

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

**МАТЕРІАЛИ**  
**XV Міжнародної наукової конференції**  
**студентів та молодих вчених**  
**«Перший крок в науку—2018»**

**18–20 квітня 2018 року**

м. Вінниця, Україна

УДК: 005.745:001"2018"

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. Верба

**Члени редакційної колегії:** О.О. Білик, Т.Ю. Повshedна, О.Г. Басінських,  
Ю.О. Василець, О.С. Лемешов, А.М. Паньків, Л.А. Тереховська,  
В.О. Пашинський, А.П. Гунько, Т.Л. Домбровська, О.І. Сушицька,  
Е.В. Вдовиченко, А.Ю. Чеботарьова, С.І. Поніна, О.А. Філевич, О.Ю. Бабійчук

*У збірнику розміщені матеріали XV Міжнародної наукової конференції  
студентів та  
молодих вчених «Перший крок в науку – 2018»*

***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**

Aberna, Lenin  
**TETRACHROMACY**  
Кафедра нормальної фізіології  
О.О.Ніколаєнко (к.б.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Relevance:** Tetrachromacy is the condition of possessing 4 types of cone cells in the eye for conveying color information.

**Objective:** tetrachromats human

**Materials and methods:** theoretic work

**Results:** The first hint that tetrachromats might exist came in a 1948 paper on color blindness. Dutch scientist HL de Vries was studying the eyes of color-blind men, who, along with two normal cones, possess a mutant cone that is less sensitive to either green or red, making it difficult for them to distinguish the two colors.

In the 1980s neuroscientist John Mollon of Cambridge University, then Jordan's adviser there, was studying color vision in monkeys and became interested in De Vries's note on tetrachromacy.

Then, in 2007, neuroscientist Gabriele Jordan from Newcastle University in the UK, who had formerly worked alongside Mollon, decided to try a slightly different test to look for this super-vision.

Genetically:

It is transformed due to the mutation in of the opsin genes which influences the sensitivity to light. 50% of women and 8% of men might have this supernatural vision. This is because women have the potential to produce 4 cone types because she inherits 2 X-Chromosomes. So if one of them contains a mutated opsin gene, she will have one X-Chromosome to provide the normal M- and L- cone opsins, and an additional chromosome to produce the mutated 'new' opsin.

Physiologically:

The organisms retina contains 4 types of higher intensity light receptors with different absorption spectra. This means that the organism may see wavelengths beyond those of a typical human being's eye sight, and may be able to distinguish between colors that, to a normal human, appear to be identical. Species with tetrachromatic color vision may have an unknown physiological advantage over rival species.

If there are males in your family with red/green colour blindness (a son or father in particular).

Oddly enough, carrying the very same gene for mild colour vision deficiency would also make you a likely candidate for tetrachromacy.

Tetrachromats are able to see 100 times more colour than people with regular vision. A rough approximation of their perception can be visualized using bird vision simulation, as some species of birds exhibit tetrachromatic vision.

**Conclusion:** Tetrachromacy is thought to be linked to intelligence and artistic ability. The colourful world of tetrachromats is still a curiosity for most of us. Ongoing research shows that it may occur due to mutant cone cells but the mechanisms of tetrachromatic vision is unknown. Many new technologies are produced to stimulate tetrachromatic vision in humans.

O. O. Burdeyniy, V. O. Sheremetiev  
**THE STUDY OF PROPHYLACTIC ACTION OF HERBAL DRUG IN THE EXPERIMENT**

Department of Normal Physiology

P. T. Datsishin (PhD, Assoc. Prof.)

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

V.M. Shkrabaliuk (senior lecturer)

Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University,

Vinnytsya, Ukraine

**Urgency of research.** Today, one of the main problems in medicine is the disturbance of carbohydrate metabolism in children and adults, which are provoked by excessive uncontrolled use of sugar and sweets. This calls for the search for useful plant products that a physician could recommend for braking or even preventing the development of type 2 diabetes.

The purpose of the study: to study the preventive effect of leaves and blueberries on structural changes in the tissues of the lung, heart, liver, stomach and kidneys in experimental diabetes mellitus in rats.

**Materials and methods.** All experimental animals were divided into 3 groups: 1 - intact, 2 - rat, which was modeled diabetes mellitus, 3 - prevention of diabetes mellitus phytopreparatum. In animals of the second group intradermally, dexamethasone was administered at a dose of 0.125 mg / kg of body weight for 14 days to reproduce the disturbance to glucose tolerance. In the 3rd group, the prevention of phytopreparation in the form of broth from dry leaves and blueberries (2 ml in dilution 1:10) was conducted.

**Results.** Research of blood lipids has shown that in animals with experimental diabetes, total cholesterol increased by 1.5 times compared with animals from the intact group. In the case of prophylactic phytopreparations, this index decreases by 1.7 times compared with animals without correction. The level of triglycerides, which in the modeling of diabetes increased by 4 times, in the prevention group of diabetes decreased by 17%. Common lipids, which increased

in experimental diabetes by 57%, decreased by 9% in the group with the prevention of diabetes mellitus. Studies have shown that in experimental diabetes, glucose levels were higher by 30% compared with the intact group. Preventive administration of phytopreparatum resulted in a decrease in blood glucose levels by 30% compared with rats with experimental diabetes mellitus and by 10% in comparison with intact animals. Morphological study of histological preparations has shown that in experimental diabetes mellitus there are dystrophic changes associated with a violation of carbohydrate metabolism, total increase in connective tissue and stroma, reduction of vascular lumen, especially small caliber, focal hemorrhage. The greatest changes were observed in the tissue of the heart, liver, kidneys, lungs and stomach. Preventive introduction of decoction of leaves and blueberries has led to minimization of the above-mentioned negative phenomena in the experimental group.

**Conclusions.** Preventive introduction of broth from leaves and blueberries has a strong organoprotective effect.

Esien Frances, Tuutaleni Toni

### **HOW PHONES AFFECTS US PHYSIOLOGICALLY**

Кафедранормальноїфізіології

О.О.Ніколаєнко (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Relevance:** Smartphones are used in different ways: for reminders, for picture, for recreation E.g(social media , games, music, YouTube e.t.c) and also for learning, research, communication and many more.

**Objective:** This research points out the different ways phones (Gadgets ) are bad for us and their effects on our brain backed up with physiological phenomenon's that explain them and a test (survey ) was conducted to see how true they were .

**Materials and methods:** survey questions and results

**Results:**Over 69% of the world's population own mobile phone and about 36% of the world are using smartphones. Smartphones are used in different ways: for reminders, for pictures, for recreation E.g(social media , games, music, YouTube e.t.c) and also for learning, research, communication and many more.

In several ways restricting the capacity in which we use our brains for anything, when we need information we don't need to read books the information is just a click away, calculations can also be done quickly , we even don't need to remember event cause our phones have calendar set reminder and alarms that tell you when you need to go somewhere or do something.

No one will stress themselves reading for a subject when they could just Google it and get away with last minute work therefore it limits our willingness to learn or do strenuous mental work of any form.

When asked how many hours they use their phones Question 1 most said 2-5 hours 13% said more 20% admitted they used it more often, then the last 20% said they're on it for a very long time so this research was based on these answers.

I have proved that sleep does actually disturbs our brain waves because according to my survey Question 5 majority experienced this only 20% replied no or not really. I also concluded that for how it affects our willingness to read I asked Question 7 in which most people admitted they did it sometimes some admitted to always doing it there was no negative answer. As for how it affects our memory 40% said yes it does but also 40% said it doesn't and 20% admitted that they forget only a little so I can't really make a definite conclusion. As for my point on distraction the greater half (50%) admitted to being distraction but the other halve said they don't so (46.67%), so we can conclude that it does distract people but not a majority.

It's no argument that phones pose a great distraction to students and prevent them from concentrating on their studies, but we don't know how greatly it affects us. We can attribute this to unconditioned inhibition (external inhibition). The notification generates what is that reaction from the individual causing the CNS to deviate from the original activity.

**Conclusion:** With all my research I have concluded;Phones disrupt our memory. By disturbing our sleep cycle it also affects the way our long term memory is stored making it hard to remember what actually we studied on the long run. By disrupting our sleep pattern it also distracts us and makes it harder to learn.

Jonathan Akyer-Bassaw, Jessy Bainson, Mahmoud Khamess Abu Mayyaleh

### **Sleep pattern among medical students**

Кафедра нормальної фізіології

О.О.Ніколаєнко (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Relevance:** Since consciousness is literally the awareness of the surroundings, being asleep is just an altered state of consciousness, as opposed to being unconscious. It is heavily influenced by circadian rhythms and by hormonal and environmental factors.

**Objective:** to identify and to study the sleeping pattern among foreign students and Ukrainian students.

**Materials and methods:** 112 foreign students and Ukrainian students, survey and questionnaire.

**Results:**

Seep is a state of unconsciousness in which the brain is relatively more responsive to internal and external stimuli. Sleep

is not actually ‘‘unconsciousness’’ but rather, it is natural state of rest. One view, ‘‘Preservation and protection’’, is that sleep serves an adaptive function. It protects the individual during that portion of the 24-hour day in which being awake, and hence roaming around, would place the individual at the greatest risk.

Another view is that the function of sleep is for memory processing. This theory argues that saving memory directly into the long-term memory is a slow and error prone process, and, thus, proposes that memory formed during waking time is not saved directly into long term memory; instead it is saved into a temporary memory store first. The function of sleep is to process, encode and transfer the data from the temporary memory store to the long memory store. These theories are not mutually exclusive.

There was survey and questionnaire was sent out and the results were as follows. Out of 112 questionnaires African students who are girls answered 20 of these and they sleep early and they get 8 hours of sleep and more and 35 boys don't sleep early due to noise and the intensity of light hence they sleep 3 hour to 5 hours. We also obtained 35 copies of the questionnaires indicated that Ukrainian student don't sleep early and the get less hours of sleep and 12 of the copies indicated that the Ukrainian girls sleep early and they also get 8 to 9 hours of sleep. Out of these copies 6 African student commented of difficulty in sleeping or having insomnia and 5 of the boys complained on sleep paralysis and other sleep pattern disorders. To obtain a good or adequate sleep pattern, a quite, dark and low noise environment should be provided. Blue light rays often prevent sleep and must be avoided. This was identified because 45 student complained on staying awake and working on laptops or watching movies.

**Conclusion:** Clearly the changes in brain activity and physiological functions during sleep are quite profound. These changes are used to help defined the occurrence of sleep. There are many clues about the functions that higher quality sleep serves and how getting more sleep can improve our health and wellbeing. These sleep patterns also helps medical professionals to identify and treat any sleeping disorders accordingly. We are darkness-deprived generation hence avoiding blue light rays and minimizing sounds and other stimuli as well as providing conducive environment can enhance adequate sleep.

Ogunseye Mojetoluwa, Toluhi Oluwatobi  
**SLEEP QUANTITY AND QUALITY**  
**IN THE SECOND-YEAR MEDICAL STUDENTS**  
**OF VINNITSIA NATIONAL PIROGOV' MEMORIAL MEDICAL UNIVERSITY**  
**WITH ENGLISH FORM OF STUDYING**

Department of Normal Physiology

O.D.Omel'chenko (candidate of Medical Science, docent),

I.V.Gusakova (candidate of Medical Science, docent)

Vinnitsia National Pirogov' memorial medical university, Ukraine

**Introduction:** Medicine is one of the most stressful fields of education because of its highly demanding professional and academic requirements. Psychological stress, anxiety, depression and sleep disturbances are highly prevalent in medical students.

**The aim:** was to estimate sleep quality and quantity in medical students having arrived for studying in Vinnitsia national medical university from different countries in the middle of the fall semester (relatively calm period of the studies).

**Material and methods:** 112 second-year medical students of Vinnitsia national medical university with English form of studying (56 males and 56 females) were interrogated using Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The mean age of the students was  $21,10 \pm 0,28$  years (in males -  $20,64 \pm 0,36$  and in females -  $21,55 \pm 0,42$  years respectively). Statistical package Microsoft Excel was used for coding and analyzing the data. Data was summarized using means ( $\pm$ standard error) for continuous variables counts and percentages for categorical variables. Student's t-test was used to compare means between two quantitative variables (statistical significance was set at  $p < 0,05$ ).

**Results:** More than half ( $62,50 \pm 4,57\%$ ) of the students scored were higher than 5 on the PSQI, which allowed suspecting sleep disorders ( $55,36 \pm 6,64\%$  of males and  $69,64\%$  of females,  $p > 0,05$ ). But self-estimation of sleep quality showed high percentage of persons estimating themselves as good sleepers ( $74,11 \pm 4,14\%$  among all persons,  $76,79 \pm 5,64\%$  among males and  $71,43 \pm 6,04\%$  among females,  $p > 0,05$ ). Mean total sleep time was  $6,37 \pm 0,15$  hours for all students ( $6,45 \pm 0,22$  hours in males and  $6,29 \pm 0,20$  in females,  $p > 0,05$ ). Sleep duration  $\leq 6$  hours was detected in each second student ( $50,00 \pm 4,72\%$ , in equal percentage of males and females). Amount of students, using sleeping medication in the last one month was  $12,50 \pm 3,13\%$  ( $14,29 \pm 4,68\%$  of males and  $10,71 \pm 4,13\%$  of females,  $p > 0,05$ ). Sleep latency (time taken to fall asleep) less 15 minutes was revealed only in  $41,07 \pm 4,65\%$  persons ( $51,79 \pm 6,68\%$  of males and  $30,36 \pm 6,11\%$  of females,  $p < 0,05$ ). Difficulties to maintain enthusiasm were typical for  $66,07 \pm 4,47\%$  of medical students ( $60,71 \pm 6,53\%$  of males and  $71,43 \pm 6,04\%$  of females,  $p > 0,05$ ), but difficulties to stay awake were met in lesser amount ( $38,39 \pm 4,60\%$  of all persons,  $35,71 \pm 6,40\%$  of males and  $41,07 \pm 6,57\%$  of females,  $p > 0,05$ ).

Mean scores of PSQI ( $\pm$ standard error) were  $6,13 \pm 0,32$  for males,  $7,36 \pm 0,45$  for females and  $6,74 \pm 0,28$  for all students.

**Conclusions:** Poor sleep quality is highly prevalent among foreign medical university students studying in Vinnitsia national medical university (even in relatively calm period of the studies). Such students should be made aware of the observed sleep problems. Improved sleep quality will likely benefit university students in their mental health status, daily activities and academic performance.

Агафонов К.М., Бокоч В.І.

## **ЗНАЧЕННЯ ТА ВПЛИВ ВОМЕРОНАЗАЛЬНОГО ОРГАНА ТА НУЛЬОВОЇ ПАРИ ЧЕРЕПНИХ НЕРВІВ НА ССАВЦІВ**

Кафедра анатомії людини

В.М. Шевченко (к.мед.н., доцент)

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

**Актуальність:** У значенні вомероназального органа (ВНО) та нульової пари черепних нервів у ссавців, багато вчених сумніваються, тому вивчення цього питання є доволі актуальним і не викликає сумнівів у його подальшому дослідженні. Вчені, які займаються цим питанням поділені на два фронти: за чи проти. Останні намагаються довести те, що немає феромонів, які впливають на пошук партнера, отже немає і органу який вловлює їх і спричиняє ефект статевого потягу. Інші вважають, що рецептори вомероназального органу не знаходяться в архаїчному стані і сприймають феромони, цим самим активують мигдалини гіпоталамуса. Ось тут нульовий нерв і може заповнити пробіл між суперечками вчених. Із 1980-х років вчені почали доводити припущення: нульова пара черепних нервів (cranial nerve zero) тісно взаємодіє з сексуальною функцією. Тобто це нерви, що проходять паралельно I парі черепних нервів, але їх особливість, на відміну від нюхових нервів, полягає в тому, що він проводить імпульси безпосередньо з носової порожнини в ділянки мозку, що впливають на «сексуальний потяг».

**Мета:** Проаналізувати наукові джерела та узагальнити отримані результати щодо ВНО та нульової пари черепних нервів у ссавців.

**Методи та матеріали:** Наукові матеріали розміщені на Web ресурсах (не пізніше 2010): Medline ([www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)), WebofScience ([webofknowledge.com](http://webofknowledge.com)), а також вітчизняні джерела.

**Результати:** Проведений нами аналіз літературних джерел показав, що згідно припущення вчених: якщо зібрати всі результати досліджень разом, вимальовується схема «сексуальної сигнальної системи». Тобто феромони ззовні надходять в носову порожнину, звідти у вомероназальний орган, звідки первинна інформація по термінальному нерву (або нульовому) йде в допоміжну нюхову цибулину і в мозок – мигдалики, безпосередньо в епіцентри «сексуального потягу». Дослідження вчених показало вплив основного комплексу гістосумісності (останній допомагає імунній системі розпізнавати чужорідні тіла) в стосунках людей та сексуального задоволення, привабливість запаху тіла та бажання дітей: щоб люди знаходили більш привабливим запах тих людей, у кого ці маркери істотно відрізнялися від їх власних. Крім того, такий механізм може захищати і від близькосторідного схрещування. Білок - дарцин, який міститься в сечі самців мишей, не тільки приваблює жінок, а й виступає в якості стимулятора пам'яті, допомагаючи їм запам'ятати специфічний запах чоловіка та місце зустрічі з ним. Цікавим є те, що люди можуть відчувати біля себе хвору людину, а саме вченими було доведено, що вомероназальні FPR-рецептори реагують на деякі пептиди, що виділяються бактеріями і клітинами імунної системи в ході запальної реакції. Специфічність у FPR-рецепторів досить широка: кожен з них реагує не на один, а на кілька різних пептидів, як антиген і антитіло.

**Висновок:** За багато років вчені змогли зробити великий крок у розвиток анатомії людини, а отже й в інших похідних цього предмету. Приведені нами результати демонструють те, що це питання не є остаточно вивченим, але нові досягнення та дослідження, які вже є сьогодні, стверджують про велику захопленість науковців.

К.М. Агафонов, Д.В. Свінкова

## **ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ I-КУРСУ В ПЕРШІ 2 МІСЯЦІ НАВЧАННЯ В МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

Кафедра медичної біології

Р.П. Піскун (д.б.н., проф.)

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

**Актуальність:** Здоров'я – один із головних аспектів довгого та щасливого життя, але різні фактори впливають на нього, що призводить до різноманітних наслідків: захворювань як виліковних, так і не виліковних. Студентське життя – прекрасний період, в якому студенти підпорядковуються новим правилам життя, вимогам, обов'язкам та цілям. Саме в цей «золотий» період, виникає велика кількість, на перший погляд, несуттєвих розладів, які в майбутньому можуть призвести до різних хвороб у різних їх проявах, тому що школяр у минулому, переступивши поріг університету зникає до нових умов і ритмів життя не завжди правильно, про що свідчить широка розповсюдженість різних проблем із здоров'ям у студентів. Враховуючи вище сказане, вивчення особливостей адаптації студентів I-курсу в перші 2 місяці навчання в медичному університеті є актуальним питанням, і має широке практичне значення, яке допоможе в майбутньому оцінити вплив зміни умов життя на розвиток різних недуг.

**Мета:** Вивчити особливості адаптації студентів до навчання в медичному університеті й порівняти вплив адаптації на виникнення різних недуг.

**Матеріалита методи:** Анкетування студентів, аналіз анкет, статистична обробка отриманих цифрових даних.

**Результати:** Проведене дослідження показало, що в анкетуванні прийняло участь 159 студентів I-курсу Г-поточку, серед яких 102 (64,2%) жіночої, і 57 (35,8%) чоловічої статей. Вік проанкетованих студентів знаходиться в інтервалі від 16-20 років – це 157 (97,8%), та 2 (1,3%) студенти, вік яких складає старше 21 року. Серед студентів були представники різних регіонів нашої країни: північних – 28,9%, південних – 10,1%, західних – 28,3%, східних – 1,9%, центральних – 35,8%. З усіх опитаних, до вступу в університет, 109 (68,6%) студентів – не мають хронічних захворювань, натомість 50 (31,4%) – мають. При цьому частота захворюваності на простудні хвороби до вступу у медичний університет за останній рік, якщо студент хворів то часто – 26 (16,4%), не часто – 109 (63,5%), ні разу не хворів – 32 (20,1%). З опитаних студентів 135 (84,9%) не мали алергії (до вступу), натомість 24 (15,1%) мали, а саме: на пил, продукти харчування, шерсть котів та собак, пилко. Після вступу, у студентів є прояв несприятливих процесів: 106 (66,67%) студентів хворіли на простудні захворювання і 53 (33,33%) не хворіли; на інші захворювання захворіли: 104 людини (65,4%) і лише 55 (34,6%) осіб не захворіли. Було встановлено, що у студентів збільшилась частка простудних захворювань від 16,4% до вступу, до 66,67% після вступу. Майже у 66% опитаних з'явилися захворювання очей, опорно-рухової системи, хвороби органів травлення, нервової, ендокринної та серцево-судинної систем.

**Висновки:** Результати дослідження показали значний негативний вплив процесу навчання на здоров'я студента. Можна припустити, що це результат надмірного розумового, психічного навантаження та неправильного харчування. Припущення потребує подальшого спостереження.

Г. Алієва

### ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ШЛЯХИ ЗБІЛЬШЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ

Кафедра медичної біології

Т.І. Шевчук (доц. к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Спроби продовження життя робилися ще з давніх часів. Наука, яка вивчає основні закономірності старіння, починаючи від молекулярного і клітинного рівня до цілісного організму, називається геронтологією. З огляду на серйозну поширеність урбанізації серед країн першого світу, в яких знаходиться більшість технологій з вивчення даного аспекту, збільшився показник тривалості життя. Еталонною країною відносно довгожителів є Японія із середньою (очікуваною) тривалістю життя 83.5 років, в Україні цей показник становить 71,0 років.

**Мета:** Дослідити наукові підходи до збільшення тривалості життя.

**Матеріали і методи:** Аналіз джерел наукової літератури, обробка результатів експериментальних досліджень.

**Результат:** Старіння - необоротний процес виникнення структурних і біохімічних змін в організмі, що призводить до скорочення адаптаційних функціональних можливостей організму. Передбачається, що нормальна тривалість життя людини може досягати 120-130 років. Висунуто понад 200 гіпотез, які пояснюють причини і механізми старіння. Але на даний час не існує такої певної теорії, яка пояснила б старіння від початку до кінця. Пошуками способів збільшення тривалості життя займаються вже давно. Так, фізіолог Ш. Броун-Секар проводив ін'єкції витяжок з сім'яників тварин людині. В результаті цих досліджень спостерігалось підвищення життєвого тонуусу і поліпшення самопочуття на короткий час. Потім один з прихильників ендокринної теорії, Г. Штейнах, провів просту аутопластичну операцію: перев'язування у старіючих тварин і чоловіків сім'яні канатики з метою посилення внутрішньої секреції статевих залоз. Ряд операцій продовжив С.А. Воронов, який пересаджував сім'яники від молодих тварин до старих. Такі операції ненадовго стимулювали життєві функції організму, але ознаки старіння виявлялися знову. Прихильник теорії обмеження калорійності їжі, В.Н. Нікіткін, помітив, що у щурів, які дотримувалися спеціальної дієти, збільшилась тривалість життя в середньому на 42%. До хімічних і фармакологічних впливів на організм можна віднести застосування антиоксидантів(для зв'язування вільних радикалів), латірогенів(для перехресного зв'язування високомолекулярних з'єднань), адаптогенів(для підвищення адапційних можливостей і опірності організму до різних факторів) та інші. Можна виділити дослід, який був поставлений на *Caenorhabditis elegans*. Він був спрямований на гени, які відповідають за роботу сигнальних шляхів. В результаті даного досвіду вдалося збільшити тривалість життя черв'яків на 130%.

**Висновки:** Варто відмітити, що дані, отримані в ході експериментів над тваринами, не можна механічно поширити на людину. Поки що, на жаль, не існує універсального методу боротьби з віковою деградацією клітин, яка є процесом необоротним і закономірним. Таким чином сучасні вчені можуть лише уповільнити цей процес. Метою геронтології є запобігання передчасного старіння, досягнення активного довголіття і співвідношення числа середньої (очікуваної) тривалості життя з природною, на основі чого можна стверджувати, що вона важлива для подальшого розвитку нашого виду.

О.О. Андронік

### ВПЛИВ ДИТЯЧОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ НА ВИНИКНЕННЯ ПОВЕДІНКИ ВИСОКОГО РИЗИКУ



**Актуальність:** У медицині проблема дитячої психологічної травми потребує значної уваги, оскільки важко піддається корекції. Вона є одним із етіологічних факторів виникнення дитячих неврозів. Несвоєчасне виявлення і лікування у подальшому призводить до саморуйнуючих дій: суїциду, вживання алкоголю й наркотиків.

**Мета:** ця робота спрямована на вивчення механізму виникнення поведінки високого ризику; визначає взаємозв'язок структур головного мозку (прилегле ядро, лімбічна система, мигдалеподібне тіло, префронтальна кора) та їхню роль у формуванні мотивацій, емоцій, поведінкових реакцій;

**Результати:** Прилегле ядро (nucleus accumbens) – це частина базальних гангліїв – скупчення нейронів у задній частині смугастого тіла, яке бере активну участь у навчанні й пам'яті, мотивації, винагороді, отриманні задоволення. Воно складається з ядра (забезпечує рухову діяльність) та оболонки, що містить велику кількість нейронних з'єднань, які сполучаються із лімбічною системою, мигдалеподібним тілом, гіпокампом. Зв'язок прилеглого ядра із лобною часткою забезпечує передачу інформації з таламуса, що відіграє вирішальне значення у механізмах пам'яті.

При виконанні приємних дій збуджуються домінуючі нейрони вентральної частини зовнішньої оболонки. Вони виділяють нейромедіатор – дофамін, підвищення концентрації якого супроводжується миттєвим відчуттям задоволення. У випадку впливу негативних чинників кількість дофаміну різко знижується, що призводить до почуття відрази.

Нестача нейромедіатора призводить до порушення діяльності лімбічної системи та гіпокампа, тому виникає тривога, погіршення пам'яті, безсоння. У дитячому віці, коли структури мозку розвинені не повністю, такі патологічні процеси спричиняють аномальне функціонування мигдалеподібного тіла, центру мозку, що відповідає за реакцію страху. Якщо ж система, яка регулює нашу відповідь на стрес – боротися чи втекти – активуватиметься знову і знову, то врешті-решт перетвориться із системи адаптації на неадекватну систему, яка зашкодить здоров'ю дитини. Отож, існують реальні неврологічні чинники, які в подальшому сприяють виникненню поведінки високого ризику. За таких умов бажання забути негативний досвід, відсторонитися від труднощів, випробувати приємні відчуття відіграють вирішальну роль.

Порушення роботи прилеглого ядра впливає не лише на структуру мозку, але й на інші системи організму, перш за все гуморальну й імунну. У найважчому випадку можливе виникнення генних мутацій. Пригнічення діяльності префронтальної кори негативно позначається на увазі, організованості, самоконтролі, когнітивних функціях, що мають велике значення для навчання.

За результатами досліджень Центру контролю захворювань (США) у неблагонадійних сім'ях, у яких діти хоча б раз піддавалися негативним дитячим переживанням (фізичне, емоційне або сексуальне насильство) було виявлено, що 6% таких випадків супроводжувалися суїцидом, в 20% - у подальшому в жертв виникли проблеми з правосуддям, у 33% - виникла алкогольна залежність, а в 20% - наркотична. Окрім цього часто спостерігалися значні проблеми зі здоров'ям: ішемічна хвороба серця, рак легень, гепатит.

**Висновок:** Отже, порушення функцій прилеглого тіла впливає на формування поведінки високого ризику. Механізм розвитку цього процесу здійснюється через вплив нейромедіатора – дофаміна, кількості якого недостатньо для нормального функціонування структур мозку, які беруть участь у регуляції емоцій, пам'яті, навчання, мотивацій і сну.

Бабійчук О.Ю., Павлюк Ю.С.

## **РОЛЬ ПАТАЛОГОАТОМІВ У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
А.О. Гаврилюк (д.мед.н., проф., завідувач кафедри), Р.Г. Жарлінська (к.екон.н., доц.)  
ВНМУ 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.

**Матеріали та методи:** 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 дослідження:** 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 із встановленням причин їх виникнення;
- 3) оцінка адекватності методів лікування;
- 4) правильність ведення медичної документації.

**Висновки:** Патологоанатомічні дослідження померлих в стаціонарах і особливо на дому в умовах медичного страхування є одним з 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.

А.А. Балян

## ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ СПАДКОВИХ ХВОРОБ З НЕКЛАСИЧНИМ ТИПОМ УСПАДКУВАННЯ

Кафедра медичної біології

С.М. Горбатюк (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Спадкові захворювання зустрічаються в практиці лікарів усіх спеціальностей. Частка спадкової патології становить значну частину в структурі дитячої захворюваності, смертності та інвалідності. За даними ВООЗ 5-7% новонароджених мають різну спадкову патологію. Існують факти, які свідчать про наявність великої кількості відхилень від менделівських типів успадкування. Зокрема, доведено, що є група спадкових захворювань, причина яких полягає в порушенні спадкового апарату статевої клітини або поломок в періоді зиготоутворення. Ці порушення не підкоряються законам Менделя. До захворювань з нетрадиційним типом успадкування належать мітохондріальні хвороби, однабатьківські дисомії і хвороби геномного імпринтингу, хвороби експансії, обумовлені присутністю динамічних мутацій, а також хвороби, викликані порушенням епігенетичної регуляції генної експресії.

**Мета:** Визначити основні особливості етіології спадкових хвороб з неklasичним типом успадкування, проаналізувати поширеність та структуру генетичної патології у Хмельницькій області, розробити алгоритм діагностування цих хвороб для лікарів з УЗД, неонатологів, сімейних лікарів, неврологів та психіатрів.

**Матеріали та методи:** Вивчення та систематизація матеріалів монографій, наукової літератури, статей у наукових фахових виданнях з медичної генетики, клініко-статистичний аналіз історій хвороб пацієнтів із вказаними порушеннями (медико-генетична консультація Хмельницького міського перинатального центру).

**Результати:** На основі аналізу зібраних даних з'ясовано етіологію та визначено діагностичні критерії для 4 спадкових хвороб: синдромів Прадера-Віллі (СПВ), Ангельмана (СА), Мартіна-Белл, або ламкої Х-хромосоми, та Беквіта-Відемана (СБВ). Особливу увагу приділено останньому. СБВ – це найпоширеніше спадкове захворювання з випередженням фізичного розвитку, що характеризується схильністю до утворення пухлин. Частота захворювання 1:15000. В деяких країнах вживається назва синдром EMG (Exomphalos-Makroglossie-Gigantismus). Більшість випадків обумовлена епігенетичними та геномними змінами хромосоми 11p15. СБВ слід підозрювати у людей, які мають одну або декілька наступних основних та/або додаткових ознак. Великі (основні) діагностичні критерії: макросомія, макрогловія, гемігіперплазія, омфальноцеле (пуповинна грижа), ембріональна пухлина (наприклад, пухлина Вільмса, гепатобластома, нейробластома, рабдоміосаркома), вісцеромегалія і насічки на передній поверхні вухної раковини. До малих (додаткових) критеріїв належать: багатоводдя при вагітності, неонатальна гіпоглікемія, кардіоміопатія та вогневий неус.

**Висновки:** Спадкові хвороби з нетрадиційним типом успадкування посідають особливе місце серед інших вроджених аномалій. Одним з найпоширеніших захворювань такого типу є синдром Беквіта-Відемана. Визначення основних та додаткових діагностичних критеріїв і розробка алгоритму виявлення цих хвороб має важливе значення для правильної діагностики та своєчасного звернення пацієнтів до лікаря-генетика.

О.О. Білик, А.В. Ільчук, М.С. Судома

## ОСОБЛИВОСТІ ОПИСУ ТА ТРАКТУВАННЯ ТАТУЮВАНЬ І ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

І.М. Плахотнюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Татування є процесом нанесення перманентного малюнка на тіло, шляхом травматизації і внесення у дерму спеціального пігменту. У зв'язку з особливо швидким поширенням даного явища і набуття ним специфічних рис серед різних соціальних і культурних прошарків населення з одного боку та потребі пошуку нових методів ідентифікації невідомих осіб, що досліджуються судово-медичними експертами виникає необхідність у його ретельному дослідженні та систематизації отриманих даних, що дозволило б з більшою користю використовувати інформацію отриману від них і таким чином більш ефективно допомагати органам дізнання, зважаючи на низький рівень обізнаності і нехтування опису малюнку судово-медичними експертами.

**Мета:** Аналізуючи роботи вітчизняних та іноземних авторів, дослідити можливості використання татувань, способи їх трактування опису в судово-медичній практиці.

**Матеріали і методи:** Огляд та аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють тематику дослідження татувань, їх опису. ідентифікації.

**Результати:** На сучасному етапі можна виявити такі соціальні і культурні групи татувань, що зустрічаються на території України: ув'язнених у нацистських та радянських концентраційних таборах (наносилися примусово, зазвичай це табірні номерні знаки на руках); осіб, що перебували в місцях позбавлення волі, належать до злочинного угруповання (перстні, хрести, карточка геральдика, геометричні фігури та тварини, що несуть інформацію про статус ув'язненого, кількість разів притягнення до кримінальної відповідальності, час утримання у в'язниці тощо); релігійні (зображення відповідних релігійних символів, сцен зі священних писань тощо); військові (група крові, резус фактор, роки несення служби, рід військ тощо); субкультурні (зображені символи характерні для субкультур эмо, готів, панків, ультрас, тектонік тощо). Окрім того варто зазначити, що будь яке татування само по собі є важливим маркером для ідентифікації особи, особливо серед осіб, котрим наносять татування з естетичною метою. Варто відзначити, що татування добре зберігаються протягом тривалого часу після смерті, зокрема на трупах, що зазнали впливу муміфікації, сапоніфікації та гниття.

**Висновок:** Таким чином, можна зробити висновок, що татування є цінною та інформативною ознакою, що може зберігатися протягом довгого часу після настання смерті і може слугувати не тільки для персональної ідентифікації особи, але і для створення теоретичного «портрету» померлого (його рід занять, соціальний статус тощо), що значно звужує коло пошуків для органів дізнання і тому потребують чіткого опису з боку судово-медичних експертів (локалізація, кольорова гамма татування, наявність «ультрафіолетових» чорнил, характер малюнку до найменших деталей), та у випадку зіпсування татування, використання методів його відновлення.

О. І. Білошицька

## АНТИРЕТИКУЛЯРНА ЦИТОТОКСИЧНА СИРОВАТКА БОГОМОЛЬЦЯ- МЕДПРЕПАРАТ З ІСТОРІСІЮ

Кафедра патологічної фізіології

Л.О. Яровенко (асистент, к. біол.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Анतिретікулярна цитотоксична сироватка (АЦС) - лікувальний препарат, що використовується із метою стимуляції реактивності і загальної резистентності організму. АЦС являє собою сироватку крові тварин, яким вводили антиген з органів людини, які багаті на активні елементи сполучної тканини (селезінка, кістковий мозок, лімфатичні вузли). У 1909 р. в своїй дисертації О.О. Богомолец довів можливість підвищення функціональної активності тканини наднирника під впливом малих доз специфічної для цього органу цитотоксичної сироватки. Для того щоб отримати можливість вираховувати вміст в АЦС: антитіл і цитотоксинів О.О. Богомолец у 1923 р. модифікував реакцію зв'язування комплементу Борде-Жангу, застосувавши в якості антигена тканину, аналогічну тій, для якої були вироблені антитіла. Це дало можливість визначати титр антитіл, і відповідно, розробляти дозування, в результаті чого в 1936 - 1937 р. АЦС вперше була застосована в клініці.

**Мета роботи:** вивчити основні патогенетичні аспекти дії АЦС та перспективи застосування в сучасній медицині із доступної вітчизняної та зарубіжної літератури.

**Результати:** Встановлено основні ланки патогенетичного впливу АЦС: стимуляція вироблення антитіл, що веде до руйнування клітин та одночасної активації розмноження сусідніх клітин під впливом цитокінів, ракових гормонів, нейрогормонів [К.І. Квеленкова, 2003].

АЦС підвищує пластичні функції сполучної тканини, її використовували в хірургії для пришвидшення зростання кісткових переломів (О.О. Богомолец, 1944), загоєння ран и хронічних виразок. К. К. Березовський (1967-1969 рр.) при підготовці до операції хворих з набутими вадами серця застосував АЦС в комбінації з іншими засобами. По даним І.В. Савицького (1956-1960 рр.) АЦС сприяла більш швидкому відновленню вмісту фібриногенів і альбумінів після крововтрати, а також підвищувала інтенсивність обмінних процесів, нормалізуючи білковий і вуглеводний обмін після дії іонізуючого випромінювання і хімічного отруєння. Встановлено й захисну функцію: знищення мікроорганізмів та здатність пригнічувати реплікацію ВІЛ в культурах клітин. Доведено, що вплив АЦС на розвиток вірусної інфекції відбувається за рахунок безпосереднього на клітини шляхом активації синтезу інтерферону, інтерлейкіну 1 та 2, а також нормалізації

співвідношення рівня цитокинів у організмі, порушеного під впливом інфекції [К.І. Квеленкова, 2003], що свідчить про перспективність подальшого вивчення застосування АЦС в цьому напрямку.

**Висновок.** Ефективність АЦС давно доведена. Великого застосування АЦС набула у Другій Світовій війні, де вона використовувалась при лікуванні інфекцій хвороб, остеомієлітів, абсцесів, переломів, для кращого загоєння ран, виразок, вогнепальних поранень, ураження очей, при сепсисі (була використана на 5637 хворих). Крім того, вона застосовувалась для лікування воїнів-афганців. АЦС – універсальна в застосуванні, врятувала не одну тисячу життів. Зважаючи на це, доцільним є поновлення її застосування у практичній медицині.

В.І. Бокоч, К.М. Агафонов  
**МОРФОЛОГІЧНІ ВІДМІННОСТІ ЛІМБІЧНОЇ СИСТЕМИ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК**

Кафедра гістології

Т.М. Кисельова (к.мед.н.,доц.)

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

**Актуальність:** Лімбічна система представляє собою набір мозкових структур, розташованих по обидві сторони від таламуса, безпосередньо під головним мозком. На протязі життя, людина відчуває прояв різних емоцій та інстинктів: щастя, страх, злість, сум, розчарування або натхнення. Все це є хімічними реакціями, якими керує лімбічна система. Вона складається з чотирьох основних структур: гіпоталамуса, мигдалини, таламуса та гіпокампу. Гіпоталамус є важливою системною структурою, адже він відповідальний за відчуття голоду, спраги, задоволення сексуальної поведінки, прояв гніву та відчуття болі. Гіпокамп, який ще називають «міфологічним камнем», відповідальний за консолідацію пам'яті (перехід короткочасної пам'яті в довготривалу). Таким чином структури лімбічної системи забезпечують пристосування людини до навколишніх умов та норм соціальної поведінки, проте є ряд відмінностей в структурах лімбічної системи між представниками різної статі.

**Мета:** Дослідити морфологічні та анатомічні особливості лімбічної системи у чоловіків та жінок, її вплив на пам'ять, роль у формуванні емоцій та участь у процесі навчання.

**Матеріали та методи:** Для розкриття поставленої нами мети використовувалися анатомічні та морфологічні дослідження кори головного мозку на препаратах кафедри анатомії (ВНМУ ім. М.І. Пирогова), вивчали порівняння різних структур та об'єму головного мозку чоловіків та жінок.

**Результати:** В результаті дослідження були виявлені наступні відмінності у будові головного мозку між представниками різної статі. Обсяг головного мозку в жінок на 10% менше за чоловічий, проте на рівень інтелекту це зовсім не впливає; обсяг сірої речовини у поясній звивині виявився більшим у представників жіночої статі; ширина слухової кори в обох представників виявилася однаковою, проте кількість нейронів в одиниці об'єму мозкової речовини у жінок на 11% більше, ніж у чоловіків; краща пам'ять виявилася у чоловіків, це пояснюється тим, що більший розмір гіпокампу є в представників сильної статі; мигдалеподібне тіло є також більшим у чоловіків, що призводить до підвищеної агресивності. Лівостороння асиметрія поясної кори в дорослому віці частіше спостерігається у чоловіків (39%) у порівнянні з жінками (25%). У той же час у дорослих жінок частіше переважає обсяг правої поясної звивини по відношенню до лівої (57%), у чоловіків дещо рідше (45%). У мозку в чоловіків в основному переважають внутрішньопівкульні зв'язки, а у жінок — міжпівкульні. Передбачається, що ця особливість лежить в основі різниці у реалізації просторових і соціальних навичок. В експериментах американського психолога Андріани Мендрек було досліджено, що певні частини головного мозку, особливо лімбічна система, чоловіків й жінок по-різному реагують на негативні ситуації. Більш високі рівні тестостерону були пов'язані з більш низькою чутливістю, в той час як більш високі жіночі риси (незалежно від статі досліджуваних учасників) були пов'язані з підвищеною чутливістю. Таким чином було доведено, що є біологічні фактори, які впливають на різне сприйняття одних й тих же стресових ситуацій.

**Висновки:** «Результати наукових досліджень в області статевих відмінностей в мозку регулярно публікуються в даний час», - висловився в свій час Шеррі Мартс, доктор філософії. Внаслідок морфологічних відмінностей лімбічної системи в чоловіків та жінок, вони по-різному сприймають ситуації, стресові чинники та, як наслідок, по-різному реагують на них. Будова і функції лімбічної системи багато в чому ще не вивчені. Проведення нових досліджень в цій ділянці дадуть можливість визначити її справжнє місце в числі інших частин головного мозку і дозволять нашим лікарям-практикам проводити лікування захворювань центральної нервової системи новими методами.

Л.Ю. Брайченко, Ю.В. Моцна  
**ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ РЕЗИСТЕНТНОСТІ  
БАКТЕРІЙ ДО АНТИБІОТИКІВ**

Кафедра мікробіології

О.А. Назарчук (к.мед.н.)

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

**Актуальність:** В сучасних умовах у лікуванні бактеріальних інфекцій переважно призначають β-лактамі антибіотики (пеніциліни, цефалоспорины, карбапенеми), які належать до препаратів з широким спектром протимікробної активності. Однак масштабне і довгострокове використання протимікробних препаратів цього класу призвело до появи і поширення стійких до них варіантів мікроорганізмів. Результати наукових досліджень вказують на необхідність визначення чутливості перед призначенням антимікробної терапії. Встановлення резистентності бактерій до антибіотиків та генетичних детермінант має важливе значення для успішної боротьби з хворобою.

**Мета роботи:** проаналізувати сучасні пошуку основних молекулярно-генетичних детермінант резистентності бактерій до антибіотиків різних класів на основі огляду наукової літератури.

**Матеріали і методи:** Цей огляд ґрунтується на аналізі та узагальненні даних літератури, отриманих за допомогою несистемного пошуку Pubmed.

**Результати:** Грампозитивні бактерії, як правило, реалізують стійкість до β-лактамічних антибіотиків за рахунок модифікації пеніцилін-зв'язуючих білків (ПСБ), що є їх мішенями дії. Наявність гена *MecA* у *S. aureus* зумовлює метицилінрезистентність, яка часто супроводжується множинною стійкістю до інших класів антибіотиків. Стійкі до метициліну штами *S. aureus* часто позначаються як MRSA. У грамнегативних бактерій одним із відомих механізмів стійкості є здатність виробляти ферменти, які руйнують антибіотики, що містять в своїй структурі бета-лактаміне кільце. Такі ферменти, які називають бета-лактамази, розміщуються в периплазматичному просторі. Важливо підкреслити, що підвищення продукції ензимів з підвищеною спорідненістю до антибіотика, наприклад бета-лактамаз, є основною причиною поширення резистентних штамів серед грамнегативних мікроорганізмів до таких антибіотиків як пеніциліни, цефалоспорины та карбапенеми. Продукцію ферментів бета-лактамаз забезпечують відповідні гени. При цьому високий рівень продукції TEM-I, які зустрічаються найчастіш, і відповідають за формування резистентності до пеніциліну та ряду цефалоспоринів (цефалотин, цефамандол, цефоперазону).

Найбільш значущим з відомих механізмів набуті резистентності до карбапенемів є продукція ферментів, що гідролізують бета-лактамази класу D. На сьогоднішній день, найбільш актуальними карбапенемазами є KPC, NDM, OXA, VIM і IMP. Клас карбапенемаз A Ambler нараховує IMI/NMC, SME, KPC і GES ферменти, які забезпечують резистентність до карбапенему на різних рівнях, від зниженої сприйнятливості до повної резистентності. KPC ген, який кодує карбапенемазу *Klebsiella pneumoniae* (KPC), бета-лактамазу класу A Амблер. Бета-лактамази SME, NMC та IMI зазвичай кодуються хромосомними генами, тоді як ферменти KPC та GES – генами, локалізованими в плазмідах.

NDM ген, що забезпечує кодування бета-лактамази Нью Делі-метало (NDM), фермент класу B. Знаходиться на кон'югативних плазмідах. IMP ген, що кодує метало бета-лактамазу Ambler B класу. Локалізований на кон'югативній плазміді. OXA (оксацилін-гідролізуючий) ген, який відноситься до молекулярного класу D з повнізвідною локалізацією. CTX-M. Кодує бета-лактамазу класу A проти цефалоспоринів третього покоління.

**Висновок:** За даними наукової літератури важливими генетичними детермінантами антибіотикорезистентності до пеніцилінів є гени *MecA* у *S. aureus*, бета-лактамази класів D, A, B, які забезпечують стійкість грамнегативних мікроорганізмів до бета-лактамічних антибіотиків. Молекулярні механізми, за допомогою яких збудники інфекцій реалізують антибіотикорезистентність досить різноманітні, їх перелік постійно поповнюється новими даними про ідентифіковані гени, для дослідження яких в усьому світі використовують молекулярно-генетичний метод.

В.І. Булавенко, О. Г. Басінських

## **ФІЗІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВООБІГУ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ**

Кафедра нормальної фізіології

І.Л. Рокунець (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Функціональна діагностика стану серцево-судинної системи (ССС) займає провідне місце в розвитку сучасного рівня профілактичної медицини, тому особливого значення набуває оцінка функціональних параметрів локальних систем кровопостачання, адже вони можуть слугувати індикатором стану всієї системи кровообігу. У світлі сказаного методом вибору є реовазографія, як неінвазивний метод діагностики кровообігу в кінцівках, оцінка якого є досить інформативним показником рівня фізичної активності людини.

**Мета:** Оцінити реовазографічні показники кровообігу нижніх кінцівок і динаміку їх змін у залежності від рівня фізичної активності та розробити можливі критерії експрес-діагностики стану СССР в означених умовах.

**Матеріали та методи:** Оцінку показників кровообігу нижніх кінцівок виконували за допомогою сертифікованого комп'ютерного реовазографічного комплексу виробництва DX-SystemsLTD, який забезпечував одночасну реєстрацію основної та диференційної реограм. Паралельно проводили реєстрацію ЕКГ у другому стандартному відведенні.

**Результати:** Серед вазографічних показників оцінювались наступні: базовий імпеданс, амплітуду систолічної та діастолічної хвиль, амплітуду інцизури. Оцінка означених показників до і після фізичного навантаження (30 присідань у розміреному темпі) вказує на їх низьку відмінність у фізично тренуваних та малотренуваних

студентів. Більш інформативною є оцінка часових показників реограми, зокрема тривалості її висхідної та низхідної частини, часу швидкого та повільного кровонаповнення. Оцінці також підлягали дикротичний та діастолічний індекси та відновлення початкової частоти серцевих скорочень (ЧСС). Нами встановлено, що відновлення означених часових показників у нетренованих студентів відбувалось суттєво повільніше відношенню до категорії тренуваних, що не завжди було достовірно пов'язаним з відновленням вихідної ЧСС.

**Висновки:** Оцінка реовазографічних показників нижніх кінцівок може бути використана як індикатор функціонального рівня їх кровообігу та слугувати методом оцінки ступеня тренуваності людини.

Т.М. Великоцький, В.О. Кириченко

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ДЕКАМЕТОКСИНУ, ОКТЕНІДИНУ, ХЛОРГЕКСИДИНУ ЩОДО КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ ГРАМНЕГАТИВНИХ ЕНТЕРОБАКТЕРІЙ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

О.А. Назарчук (к.мед.н., ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Розповсюдження антибіотикорезистентних збудників інфекцій обґрунтовує необхідність дослідження та застосування високоефективних антимікробних засобів для профілактики та лікування гнійно-запальних захворювань. До антимікробних лікарських засобів з високими протимікробною властивостями належать антисептики, які діють на грампозитивні, грамнегативні мікроорганізми.

**Мета:** Мікробіологічне дослідження чутливості клінічних штамів грамнегативних бактерій представників родини *Enterobacteriaceae* до антибіотиків та антисептиків (декаметоксин, октенідин, хлоргексидин).

**Матеріали та методи:** В роботі досліджували чутливість до 10 антибіотиків, 3 антисептиків клінічних штамів *Escherichiacoli 2*, *Eerobactercloaceae 1*, *Klebsiellapneumoniae 15*, *Proteusmirabilis 69*, які були виділені від пацієнтів з інфекційними ускладненнями різної локалізації, що знаходились на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії. Перелік антисептичних лікарських препаратів був представлений декаметоксином (0,1 %), октенідином (0,1 %), хлоргексидином (0,05 %). Чутливість до антибіотиків вивчали стандартним методом паперових дисків відповідно до методичних рекомендацій (Наказ МОЗ України №167). Протимікробну ефективність антисептиків оцінювали за мінімальними бактеріостатичною (МБСК) та бактерицидною (МБЦК) концентраціями даних антисептиків, які визначали методом послідовних серійних розведень.

**Результати:** Встановлено, що клінічний штам *E. coli 2* був чутливим до цефоперазону/сульбактаму (ЦС), іміпенему (ІМІ), меропенему (МЕР), ципрофлоксацину (ЦИП), моксіфлоксацину (МОК) але проявляв стійкість до цефазоліну, цефтріаксону, цефепіму, амікацину. В *E. cloaceae* була встановлена чутливість лише до ІМІ, МЕР, а помірно стійкі властивості проявляв до ЦС. Його резистентність встановлено до цефазоліну, цефтріаксону, цефепіму, амікацину, ЦИП, левофлоксацину (ЛФЦ) МОК. *K. pneumoniae 15* виявляла чутливість до поліміксину та ЦИП. Штам *K. pneumoniae 15* був помірно стійким до ЛФЦ, МОК і володів резистентністю до усіх досліджуваних цефалоспоринов, карбапенемів та амікацину. Клінічний штам *P. mirabilis 69* також виявився поліантибіотикорезистентним. Помірну стійкість протея було встановлено до ЦС та ІМІ.

На відміну від чутливості до антибіотиків у клінічних штамів ентеробактерій було доведено високу чутливість до антисептиків. Високу бактерицидну дію визначали в декаметоксині, октенідині. Так, встановлено МБЦК декаметоксини щодо *E. coli 2* (7,8 мкг/мл), *E. cloacae 1* (31,25 мкг/мл), *K. pneumoniae 15* (15,6 мкг/мл), *P. mirabilis 69* (62,5 мкг/мл). Усі досліджувані штами були також чутливими до октенідину: *E. coli 2* (МБЦК 15,6 мкг/мл), *E. cloacae 1* (МБЦК 31,25 мкг/мл), *K. pneumoniae 15* (МБЦК 31,25 мкг/мл), *P. mirabilis 69* (125 мкг/мл). Хлоргексидин володів найнижчою протимікробною дією на клінічні штами ентеробактерій, про що свідчили високі значення МБЦК даного препарату щодо *E. coli 2* і *E. cloacae 1* (31,25 мкг/мл), *K. pneumoniae 15* (62,5 мкг/мл), *P. mirabilis 69* (500 мкг/мл).

**Висновки:** антисептичні лікарські засоби декаметоксин, октенідин володіють високими протимікробними властивостями щодо поліантибіотикорезистентних клінічних штамів *E. coli*, *E. cloacae*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis* в той час як хлоргексидин значно поступається за протимікробною активністю і зберігає ефективну протимікробну дію щодо *E. coli*, *E. cloacae*, *K. pneumoniae*.

В.О. Величко, Ю.О. Журавська

## ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ОЦІНКИ УШКОДЖЕНЬ ТІЛА ТА ПОШКОДЖЕНЬ ОДЯГУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕКСПЕРТИЗ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ ПАТРОНІВ «ФЛОБЕР»

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.М. Перебетюк(ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Особливу увагу привертає широке поширення легкодоступної зброї, що використовує патрони «Флобер», і відповідно – збільшення кількості випадків їх використання з наслідками у вигляді ушкоджень тіла та пошкодження одягу. Нажаль, як у вітчизняній так і зарубіжній літературі досить рідко можна зустріти фахові статті, що стосуються судово-медичної оцінки ушкоджень і пошкоджень, що їх викликають патрони типу

«Флобер». Недостатня кількість даних щодо особливостей будови, типів патронів та особливості їх дії на різних дистанціях пострілу унеможливають правильно виконати судово-медичну експертну оцінку даних ушкоджень і пошкоджень.

**Мета:** Шляхом аналізу фахових літературних джерел з України та з-за кордону, вивчити особливості будови різних типів патронів типу «Флобер», особливості ушкоджень та пошкоджень на різних дистанціях пострілу.

**Матеріали та методи:** Фахові судово-медичні видання в яких висвітлюється питання ушкоджень і пошкоджень, що лишаються після використання патронів типу «Флобер» на одязі та тілі людини при пострілі з різних дистанцій.

**Результат:** При аналізі літературних джерел виявлено, що в середньому довжина гільз патронів «Флобер» варіює від 6 до 8 мм, маса патрону – від 0,7 до 0,9 г, маса кулі – 0,47-0,48 г. В якості матеріалу для оболонки кулі найбільш часто використовують мідь; часто куля не має оболонки. В якості заряду використовується порох або піросклад. При пошкодженні одягу на відстані 50 см відмічаються наскрізні пошкодження одягу з дефектом тканини і нашаруванням кіптяви від 0,5 до 0,8 мм. При пострілах з відстані більше 3 м ні дефектів ні відкладань додаткових факторів пострілу не спостерігаються. При пострілах в незахищені одягом ділянки тіла з відстані 50 см мають місце проникаючі поранення всіх шарів грудної клітки, листків плеври, епі- та перикарду з проникненням навіть у міокард. У випадку пострілів в ділянку живота куля проникає в підшкірно-жирову клітковину. При пострілах в захищені одягом ділянки грудної клітки з відстані 50 см, у випадку потрапляння кулі в ребра відмічаються переломи з утворенням тонких уламків, куля в грудну порожнину не проникає. При відстані 1 метр – кулі не проникають через одяг і утворюють лише садна. При дослідженні одягу судово-криміналістичними методами дослідження (контакторами) виявляються сліди свинцю. Сліди кіптяви складаються з часточок чорного кольору розмірами від 0,5 до 2,5 мм в залежності від складу заряду патрона.

**Висновок:** На основі викладеного матеріалу, шляхом узагальнення та систематизації даних, отриманих при аналізі фахової вітчизняної та іноземної літератури, стало можливим виділити специфічні особливості ушкодження тіла людини та пошкодження одягу при пострілах з різних типів патронів «Флобера», що можуть бути використані в подальшому при судово-медичній експертній оцінці випадків використання патронів даного типу.

А. Ю. Веткіна

## ФУНКЦІОНУВАННЯ ЦИКЛУ ОКСИДУ АЗОТУ В СЕРЦІ ЩУРІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ СИСТЕМНОМУ ЗАПАЛЕННІ

Кафедра патофізіології

В. О. Костенко (д.мед.н. проф.)

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава, Україна

**Актуальність:** Оксид азоту (NO) є одним із важливих біорегуляторів. Він бере участь у внутрішньоклітинній і міжклітинній сигналізації. Продукція NO є, згідно Реутову В.П., циклічним процесом. Основними компонентами циклу NO є NO-синтази, аргінази та нітрит редуктази. Хронічне системне запалення може розвиватися в результаті хронічних персистуючих інфекцій (хронічне обструктивне захворювання легень, хронічні гепатити). У літературі наведені обмежені і розрізнені відомості стосовно функціонування циклу NO в умовах хронічної системної запальної відповіді.

**Мета:** Метою дослідження є вивчення загальної активності NO-синтаз, аргіназ та нітрит редуктаз в умовах експериментального хронічного системного запалення.

**Матеріали і методи:** Експеримент проведений на 16 щурах-самцях лінії "Вістар" масою 180-220 г. Тварини були розділені на 2 групи по 8 щурів: інтактна група і група хронічного системного запалення. Хронічне системне запалення моделювали шляхом внутрішньоочеревинного введення розчину бактеріального ліпополісахариду (Пірогенал) з розрахунку 8 МПД/кг. Розчин Пірогеналу вводився внутрішньобрюшинно 3 рази в перший тиждень, а надалі 1 раз на тиждень упродовж двох місяців. Вивчення загальної активності NO-синтаз, аргіназ та нітрит редуктаз було проведено за методикою Акімова-Костенка (2016). Результати дослідження піддавалися статистичній обробці з використанням U-критерію Манна-Уїтні. Різницю між групами вважали статистично достовірною при  $p < 0,05$ .

**Результати:** Активність NO-синтаз в умовах хронічного системного запалення збільшилася на 154%, порівняно з контрольною групою. Активність аргіназ зменшилася на 78%. Активність нітрит редуктаз статистично значуще не змінилася. Збільшення активності NO-синтаз на тлі незміненої активності нітрит редуктаз свідчить про збільшення продукції NO L- аргінін-залежним шляхом. Зниження активності аргіназ в цих умовах пояснюється дефіцитом субстрату, який виникає через підвищену активність NO-синтаз. Підвищення продукції NO може привести до розвитку нітрозативного стресу шляхом збільшення синтезу пероксинітриду. Зниження активності аргіназ призведе до зниження синтезу поліамінів (путресцин, спермін), необхідних для регенерації тканин.

**Висновки:** Цикл оксиду азоту в умовах хронічного системного запалення зміщується у бік посилення продукції NO від NO-синтаз і зниження активності аргіназ.

О.В. Власенко  
**НОВА МЕТОДИКА ОЦІНКИ ПРОВІДНОСТІ МІОКАРДА В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

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

**Актуальність:** Оцінка основних властивостей міокарда, таких як провідність, збудливість і автоматія – є важливою складовою при розробці та дослідженні в клініці нових лікарських препаратів. Електричну основу роботи серця оцінюють за допомогою електрофізіологічних методів на різних рівнях, починаючи від роботи іонних каналів і насосів, у процесі вивчення препаратів на доклінічному етапі, аж до методу електрокардіографії в клініці. В роботі описано нову методику оцінки ряду основних параметрів роботи серця за допомогою багатоканальної системи позаклітинного запису сумарного потенціалу дії кардіоміоцитів. Наша система при оцінці ряду важливих параметрів роботи серця дозволяє об'єктивно оцінити таку властивість як провідність і порахувати швидкість проведення імпульсу, використовуючи міжелектродну затримку проходження збудження по міокарда.

**Мета:** Встановити фізичні параметри та основні показники електричної активності кардіоміоцитів; зареєструвати окремі сумарні ПД кардіоміоцитів в гострому експерименті. Розробити методику швидкої оцінки стану міокарда по базовим динамічним показникам і електричним параметрам, що можна використати на етапі доклінічних досліджень фармпрепаратів.

**Матеріали і методи:** Дослідження проведено в акредитованій науково-дослідній лабораторії експериментальної нейрофізіології ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Валідацію комплексу було проведено на чотирьох жабах *Xenopus laevis* відповідно до вимог біотики. Позаклітинний сумарний потенціал реєструвався восьмиканальним електродом, що занурений у міокард у "плаваючому" режимі. Кожен електрод представляє собою вольфрамову голку, ізольовану лаком, діаметром 12 мкм. Жорстка фіксація реєструючого електроду усувається за допомогою відключення утримуючого електромагніту та електрод переходить у "плаваючий" режим. Отриманий сигнал було очищено від артефактів запису, обробка проводилася в середовищі Matlab. По даним часовим серіям, отриманих з багатоканального реєструючого комплексу, обраховувалися електричні параметри роботи серця – частота серцевих скорочень, міжімпульсний інтервал, тривалість і амплітуда комплексів збудження, міжелектродна затримка проведення збудження, швидкість проведення збудження по міокарду.

**Результати:** На основі даних, отриманих з електрофізіологічного комплексу на "плаваючому" електроді можливо оцінити міжелектродну часову затримку при реєстрації сумарного ПД на різних каналах і швидкість проведення збудження по міокарду. Комплекси в цілому мали складну осцилюючу форму з декількома локальними max і min.

**Висновки:** "Плаваюча" система реєстрації дозволяє отримувати сигнал високої якості, стабільної форми, амплітуди при тривалому розташуванні електродів в міокарді.

Я.В. Габорець  
**РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ТА ЗАПАЛЕННЯ У РОЗВИТКУ РАКУ ЯЄЧНИКІВ**

Кафедра патологічної фізіології  
О.М. Мордвінова (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця

**Актуальність:** рак яєчників становить одну з найбільш гострих медико-соціальних проблем сучасності. Частота поширеності патології не має тенденції до згасання, поступаючись лідерством лише раку шийки матки. Хворобу називають "тихим вбивцею", адже виявити її на початкових стадіях вкрай важко, а клінічні прояви в більшості пацієнток виникають після дисемінації патологічного процесу за межі яєчника. З огляду на складність ранньої діагностики, лікування та профілактики патології, вивчення особливостей канцерогенезу пухлини є вельми актуальною проблемою.

**Мета:** висвітлення сучасних уявлень щодо походження раку яєчників і вивчення впливу процесів запалення та оксидативного стресу на виникнення та розвиток хвороби.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій за період 2012-2016 р. з ресурсу PubMed, Google Scholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** в основі екстраваріального походження раку яєчників лежить феномен ретроградної менструації. Він є джерелом ектопічного ендометрію, що імплантує на епітелій яєчників, та змінює гомеостаз клітин, провокуючи розвиток запального процесу. Прозапальні цитокіни, особливо PGE<sub>2</sub>, стимулюють виділення ферменту індоламін-2,3-диоксигенази, що пригнічує імунну відповідь в мікросередовищі, тим самим сприяючи канцерогенезу. Шляхом ретроградної менструації на яєчник потрапляє і кров, яка гемолізується макрофагами, але, коли їхні можливості вичерпуються, утворюється "вільне" залізо і гем. Саме дані сполуки є субстратом для запуску окислювального циклу Фентона. Реактивні види кисню, які генеруються в даному циклі, мають властивість пошкоджувати плазмалему, внутрішньоклітинні структури, та викликати генетичну нестабільність клітин. Крім того, гемолізована кров накопичується в дугласовому просторі, де зазвичай лежать дистальні



частини маткової труби. Це сприяє хронічному впливу гемату та заліза на епітелій фімбрії. Надвисока експресія p53 у клітинах останньої може являти собою фізіологічну реакцію на оксидативний стрес, тоді як його кінцева мутація викликає канцерогенний процес: відбувається метаплазія поверхневого епітелію фімбрії з подальшою імплантацією у епітелії яєчників.

**Висновки:** в розвитку раку яєчників вагома роль належить запаленню та оксидативному стресу, так як результатом даних процесів є формування особливого мікросередовища, сприятливого для розвитку неопластичних змін. Дослідження даних патофізіологічних механізмів є важливим кроком для розробки можливих стратегій профілактики та лікування хвороби.

Я.В.Габорець

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ МОРФОГЕНЕЗУ ЕНДОМЕТРІОЇДНОГО РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.О.Бевз (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця

**Актуальність:** ендометріоїдний рак яєчників займає провідне місце в структурі захворюваності та смертності від онкогінекологічної патології. За даними світової статистики, пік захворюваності реєструється у пацієнток віком 65-ти років, втім проблема є актуальною і для молодих жінок. Складність ранньої діагностики, швидкий ріст, раннє метастазування, незадовільні результати терапії - все це дає підставу вважати ендометріоїдний рак яєчників однією з найбільш злоякісних пухлин із вкрай несприятливим прогнозом. Таким чином, дослідження аспектів морфогенезу хвороби залишається актуальною проблемою.

**Мета:** вивчити основи морфогенезу ендометріоїдного раку яєчників у хворих з ретроградними менструаціями.

**Матеріали і методи:** аналіз наукових публікацій у галузі патогенезу ендометріоїдного раку яєчників; загально-гістологічні методи дослідження; біохімічне дослідження активності ферментів та гормонів у середовищі пухлини; імуногістохімічні методи на визначення маркера ЕМА (ембріонального мембранного антигену).

**Результати:** в ході дослідження було вивчено основи гістогенезу ендометріоїдного раку яєчника залежно від первинної локалізації процесу. Лише 20% випадків ендометріоїдного раку яєчників асоційовані з раком ендометрія. 80% випадків захворювання пов'язані з атипичним ендометріозом матки, який шляхом ретроградної менструації здатен імплантувати на поверхневий епітелій яєчників та індукувати процес малігнізації. Залежно від походження, топічно змінюється локалізація неопластичного процесу: за наявності первинної пухлини в ендометрії ракові зміни найчастіше локалізовані на рівні воріт яєчника. У разі походження раку яєчника від ендометрію матки, пухлина локалізується в паренхімі яєчника, зверненої переважно до дугласового простору. Крім того, ретроградні менструації здатні провокувати розвиток оксидативного стресу, що є потужним фактором канцерогенезу. Морфогенез хвороби також пов'язаний з дією гуморальних факторів. У 91% випадків в мікросередовищі пухлини діагностовано надвисокий рівень експресії ароматази P450 та відсутність ферменту 17 $\beta$ -гідроксистероїддегідрогенази-2 типу, який перетворює естрадіол в естрон. Таким чином, прогресування пухлини підтримується локальною естрогенною гіперстимуляцією. Крім того, за допомогою ІГХ виявлено підвищені концентрації ЕМА, який утворює на поверхні ракових клітин мукозний шар, що заважає проникненню препаратів, та затримує численні фактори росту з мікрооточення, забезпечуючи їх концентрування на поверхні клітин та подальшу прогресію пухлини.

**Висновок:** в роботі досліджено основні шляхи морфогенезу ендометріоїдного раку яєчників. Визначено, що одна з ключових ролей в канцерогенезі належить процесу ретроградної менструації, наслідки якої можуть стати мішенями для таргетної терапії. Не менш вагома роль належить факторам росту та естрогенній гіперстимуляції, що забезпечують подальшу пухлинну прогресію.

Я.В.Габорець

## РОЛЬ ПАПІЛОМАВІРУСІВ У ВИНИКНЕННІ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Кафедра мікробіології

Н.І.Осадчук (к.мед.н.ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вірус папіломи людини є найпоширенішим збудником хвороб жіночих статевих шляхів, що мають вірусний генез. Зокрема, однією з найвагоміших медичних проблем, пов'язаних з папіломавірусною інфекцією є її зв'язок із розвитком плоскоклітинних передракових і ракових змін шийки матки, та інших відділів генітального тракту. Особливого значення дослідження папіломавірусного інфікування набуває при обстеженні жінок із високим рівнем ризику розвитку раку яєчників через імовірну нестабільність геному поверхневого епітелію яєчника, яка може підвищувати їх чутливість до екзогенних чинників, в тому числі вірусу папіломи людини.

**Мета:** оцінити проліферативну активність клітин поверхневого епітелію яєчників у жінок із високим рівнем ризику розвитку раку яєчників на тлі наявності раку шийки матки, індукованого високоонкогенними типами вірусу папіломи людини.

**Матеріали та методи:** Дослідження виконано на операційному матеріалі 16 жінок ( вік від 46 до 68 років), яким було проведено гістеректомію з придатками у зв'язку з високим рівнем ризику розвитку раку яєчників. Етіологічна роль папілома-вірусу у розвитку раку шийки матки в пацієток була попередньо підтверджена за допомогою ПЛР кількісним методом. Для дослідження було використано гістологічні зрізи, забарвлені гематоксиліном-еозинном. Характер гістологічних змін яєчників та ендометрію матки досліджено мікроскопічним методом (зб.100х-400х). Імуногістохімічне дослідження проведено з застосуванням моноклонального антитіла до маркера Ki-67. З метою візуалізації білка використано хромоген 3,3-діамінбензидин. Перед дослідженням препарати було оброблено цитратним буфером (рН 6,0). Результат дослідження визначено шляхом оцінки індексу проліферації.

**Результати:** Гістологічні зміни яєчника у вигляді гіперплазії епітелію, наявності папілярних утворень та фіброзу, визначено у 12 (75,0%) випадках. У інших 4 хворих будова поверхневого епітелію яєчника була у межах норми. Імуногістохімічна реакція на визначення експресії білка Ki-67 показала позитивний результат у 12 з 16 випадків(75%). При цьому експресія білка Ki-67 в поверхневому епітелії яєчника прямо корелювала з гістологічними ознаками проліферації. Дані морфологічні характеристики являють собою передракові зміни.

**Висновки:** Отримані результати свідчать, що вірус папіломи людини володіє тропністю не лише до епітелію шийки матки, а і до поверхневого епітелію яєчника, що доводить його роль в канцерогенезі раку яєчників. Цей факт асоціюється з гістологічними змінами епітелію яєчника, які в багатьох випадках супроводжуються підвищеною проліферацією та є пренеопластичними. Даний результат вказує на вагомість ретельної діагностики можливого враження яєчників у випадках інфікування генітального тракту жінки папілома-вірусом з метою запобігання розвитку злоякісних змін.

К.А.Гаврилюк

### ДИПЛІДІОЗ: «ЗАБУТИЙ»ЗООНОЗ ЧИ РЕАЛЬНА НЕБЕЗПЕКА?

Кафедра медичної біології

Науковий керівник: Т.І.Шевчук (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними Центру медичної статистики МОЗ України у нашій державі кількість уражень паразитами стрімко росте, більш ніж 400 тисяч осіб страждає кожного року. Інвазивні форми гельмінтів готові до зустрічі зі своїм хазяїном у будь-яких місцях: поручні громадського транспорту, гроші, хутро безпритульних тварин, вода, їжа. Гельмінтози стають все більш актуальнішою темою сьогодення і вартують уваги кожного громадянина. Дипілідіоз – паразитарне захворювання, викликане цип'яком собачим (огірковий або гарбузоподібний) *Dipylidium caninum*. Питання недбалості місцевих установ та правління в країні до санітарно-ветеринарного контролю за безпритульними тваринами, значно підвищує ризик інвазій гельмінтами, що має привернути увагу суспільства до профілактики захворювань.

**Мета:** вивчити основні епідеміологічні та біологічні особливості даного паразита, а також з'ясувати патогенний вплив на організм людини, клінічні симптоми та методи діагностики і профілактики.

**Матеріали та методи:** опрацювання наукової літератури, медичних статей на дану тему, проаналізувати останні статистичні дані та результати наукових досліджень в цьому напрямку.

**Результати:** *Dipylidium caninum* є типовим зоонозом, проте несе вагому загрозу для здоров'я людини. Люди заражаються при випадковому заковтуванні інвазованих волосідей та бліх собак і кішок. Під загрозою переважно діти, або особи, що перебувають у тісному зв'язку з тваринами. Зараження тварин відбувається протягом року з високою екстенсивністю й інтенсивністю інвазії. При попаданні цистицеркоїдів в тонку кишку остаточного хазяїна вони прикріплюються до слизової оболонки і через 15 – 20 днів розвиваються у статевозрілі особини, які розмножуються статеві і продукують велику кількість яєць, що виділяються з фекаліями. Яйця проковтуються волоїдами або блохами, в організмі яких розвивається цистицеркоїд.

Часто на стадії ранньої інвазії дипілідіоз перебігає безсимптомно, але на стадії інтенсивної інвазії або вже хронічного дипілідіозу виникають порушення роботи шлунково-кишкового тракту. На цьому етапі спостерігаються виснаження, катарально-геморагічне запалення кишки, анемічність слизових оболонок, розлади нервової системи. Переважають такі симптоми: нудота, порушення апетиту, блювання, біль у животі, посилене слиновиділення, метеоризм, наявність паразитів у фекаліях, зуд в перианальній ділянці тощо.

Основними профілактичними заходами є: безкоштовна діагностика населення, покращення санітарно-просвітньої роботи, залучення відповідних установ до підвищення догляду за зараженими безпритульними тваринами, виховання гігієнічної культури населення. **Висновок:** Вивчення біології та епідеміології гельмінтів-зоонозів сприятиме розробці заходів профілактики даних паразитозів та зменшенню захворюваності населення.

Н.В.Гайдуков, І.П. Дяченко

### МЕХАНІЗМИ КАРДІОТОКСИЧНИХ УРАЖЕНЬ ПРИ СИНДРОМІ ДРЕСЛЕРА

Кафедра патологічної фізіології

О.М. Мордвінова (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Синдром Дреслера - це пізнє усладнення інфаркта міокарда аутоімунного генезу, що характеризується класичною тріадою симптомів (дифузний перикардит, плеврит та пневмонія) та спостерігається в 23% пацієнтів, тому вивчення даної патології є досить актуальним.

**Мета:** Вивчити основні патофізіологічні аспекти синдрому Дреслера, використовуючи сучасні літературні дані з'ясувати, які чинники можуть збільшити ризики його виникнення, розглянути можливі методи профілактики та діагностики даної патології.

**Матеріали та методи:** Оцінка стану проблеми згідно сучасних літературних джерел, та їх мета-аналіз.

**Результати:** Роль аутоімунних порушень в типових випадках синдрому Дреслера доведена шляхом імунологічних та гістологічних досліджень, що відображаються підвищенням титру антісіновіальних, іноді також антіміокардіальних антитіл, зниження антитілозалежної клітинно-опосередкованої цитотоксичності, збільшення числа Т-і В-лімфоцитів, підвищення рівня імуноглобулінів, особливо IgG (за 2 типом алергічних реакцій), підвищення рівня фракції С3d в поєднанні з більш низькою концентрацією С3, зв'язування кардіальних реактивних антитіл з циркулюючими антигенами, які можуть фіксуватися в різних місцях, приводячи до комплементопосередкованого пошкодження тканин (за 3 типом алергічних реакцій). Вище вказані зміни призводять до постінфарктного аутоалергічного перикардиту, плевроперикардиту, полісерозиту, ізольованого плевриту, ізольованого локального перитоніту. Більш рідкісними варіантами прояву є пульмоніт (асептична пневмонія), артрити (особливо плечового суглоба), періостит і перихондрит реберно-грудинних суглобів (синдром передньої грудної стінки), синовіти, ураження шкіри, васкуліти, гострий гломерулонефрит, гострий гепатит, бронхоспазм.

**Висновки:** Встановлення причин розвитку синдрому Дреслера та вивчення механізму ушкодження органів-мішеней може бути використане з метою профілактики даного ускладнення, а також патогенетичного лікування на різних етапах його розвитку.

О.А. Гапчук, А.Ю. Чеботарьова

## СУЧАСНІ ЄВРОПЕЙСЬКІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЗА УЧАСТЮ ДОБРОВОЛЬЦІВ У СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ

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.** У судовій медицині для вивчення ряду питань, а саме давності виникнення синців на шкірі, існує потреба проведення наукових досліджень на добровольцях. Це є особливо важливим для більш точного вивчення особливостей розвитку синців у ранньому посттравматичному періоді. Виявити це в умовах судово-медичної амбулаторії неможливо.

**Мета.** Пошук моделі проведення наукових досліджень синців на добровольцях згідно Європейських стандартів, із дотриманням всіх етичних, моральних та правових аспектів.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на 17 добровольцях (спортсменах), у яких під час гри в пейнтбол виникли синці, внаслідок попадання в них пейнтбольною кулькою. Дані ушкодження за допомогою цифрового фотоапарата на різних строках посттравматичного періоду до повного їх зникнення. Експериментальна група складалась із професійних спортсменів у пейнтбол, які займаються даним видом спортом не менше року та володіють достовірно правилами гри та технікою безпеки.

**Результат.** Проаналізувавши Європейські правові стандарти проведення клінічних досліджень за участю добровольців без використання фармацевтичних препаратів, була вибрана модель проведення досліджень відповідно до стандартів GCP (англ. Good Clinical Practice - належна клінічна практика). Кожен із добровольців був ознайомлений з правилами проведення дослідження та з кожним був укладений "Договір за участю людини" (Інформована добровільна згода на проведення дослідження за участю людини).

**Висновок.** Імплементация стандартів GCP в проведення клінічного дослідження із урахуванням вимог Українського законодавства дає змогу розширити можливості співпраці українських судових – медиків із європейськими колегами, а саме у вирішенні проблеми діагностики давності виникнення пошкодження на шкірі.

О. А. Гнатій

## ОЦІНКА МЕТОДІВ БОРОТБИ ЗІ СТРЕСОМ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ

Кафедра нормальної фізіології

І. Л. Рокунець (доц., к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сучасному етапі розвитку медицини відмічається визначена тенденція до підвищення частоти виникнення стресових станів, що може призводити до більш суттєвих психічних розладів та хвороб. Тому важливо, щоб людина вміла виявити чинники стресу та мала бажання позбутися їх, використовуючи

доцільні методи боротьби з ним.

**Мета:** Мета роботи полягає у виявленні найбільш ефективних методів боротьби зі стресом, оцінці їх різноманітності та впливу на організм у студентів ВНМУ.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось шляхом анкетування та індивідуальних бесід. До уваги брались студенти 2-3 курсів, загалом було задіяно 160 студентів.

**Результати:** Встановлено, що лише невелика кількість студентів не страждають проблемою хронічного стресу. Найбільш поширеними методами боротьби зі стресовим станом серед студентів є уникання провокативних ситуацій, регулярне виконання фізичних вправ, відпрацювання програм релаксації за будь-якими методиками, здорове харчування, паління та вживання алкоголю, засоби ароматерапії та фітотерапії.

На основі проведеного дослідження ми дійшли висновку, що більшість опитуваних студентів, відповідно до теорії Сельє, долають стрес на стадії тривоги (у людини прискорюється дихання, піднімається тиск, підвищується частота серцевих скорочень).

Значно менший відсоток студентів віддає перевагу методам боротьби зі стресом на стадії резистентності, коли спостерігається максимальне навантаження на всі системи організму.

У невеликої кількості студентів зменшуються можливості протидії стресу, коли вони знаходяться на межі стадії виснаження.

**Висновки:** Своєчасне визначення факторів стресу дає найбільш сприятливі наслідки. Обізнаність про методи боротьби зі стресом має клінічне значення для профілактики хвороб та психічних розладів.

Голубовська О.І.

### ЕМБОЛІЯ НАВКОЛОПЛІДНИМИ ВОДАМИ

Кафедра патологічної фізіології

Андрощук О.В.(к. мед. н., старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Частота ЕНВ коливається в широких межах та становить від 1:8000 до 1:40 000 пологів. ЕНВ може виникнути в кінці третього триместру вагітності, але частіше під час пологів. У 20% жінок ЕНВ починається на початку пологів або перед розривом навколоплідного міхура, 25% жінок гинуть вже через годину після ЕНВ, а до 80% - протягом 9 годин. Емболію ЕНВ частіше діагностують у жінок, що народжують повторно.

**Мета.** Розкрити особливості причин виникнення та механізмів розвитку емболії навколоплідними водами та її зв'язок з ДВЗ-синдромом.

**Матеріали і методи.** Проведений пошук, аналіз та узагальнення наукової і методичної літератури з даної теми за останні 10 років.

**Результати:** вдалось встановити причини і механізм розвитку емболії навколоплідними водами. Причинами розвитку даної патології є: попадання навколоплідних вод у великі судини і легеневу артерію внаслідок розриву шийки матки при пологах або самої матки; операції кесаревого розтину; аномалії розвитку оболонок; сполучення між судинним і амніоном руслом матері. Патогенез: меконій, сировидне мастило, клітини шкіри, плаценти, пуповини і навколоплідні води через пошкоджені судини надходять у великі артерії. Незабаром вони опиняються в правому передсерді і легеневій артерії. Найчастіше подібного роду ускладнення трапляються в кінці пологів. Небезпечних моментів виникає безліч: чужорідні тіла викликають анафілактичну реакцію або навіть анафілактичний шок; елементи вод, порушують роботу системи кровообігу; навколоплідні води підвищують згортання крові, що веде до розвитку ДВЗ-синдрому. В свою чергу, розриви матки, масивна кровотеча, швидке або нерівномірне внутрішньовенне введення оксітоцину призводить до розслаблення мускулатури, яке сприяє проникненню НВ до кровотоку матері.

**Висновок.** У ході проведеного дослідження було виявлено, що ЕНВ - занадто грізне ускладнення повсякденної практики акушерів і анестезіологів, щоб згадати про неї лише після появи. Це прогностично несприятлива ургентна патологія, наслідок якої визначається своєчасним початком терапії. Показане термінове родорозршення абдомінальним або вагінальним шляхом (в залежності від конкретної ситуації). Паралельно проводяться реанімаційні заходи. Якщо кровотечу із судин матки зупинити неможливо, показана екстирпація матки. Дії анестезіолога, в першу чергу, мають бути спрямовані на підтримку достатньої оксигенації та гемодинаміки. Виходячи з важкості даної патології, велику вірогідність летального випадку, достатньо швидкий розвиток поліорганної недостатності, після забезпечення венозного доступу необхідна оптимальна седация та переведення хворої зі спонтанного дихання на штучну вентиляцію легень. Рання терапія ЕНВ має три основні завдання: оксигенація, підтримка серцевого викиду і АТ, боротьба з коагулопатією.

В.А.Голько, С.М.Саюк, В.О.Студент

### ОДОНТОМА В ТРИВИМІРНОМУ ЗОБРАЖЕННІ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Кафедра нормальної анатомії

У.М.Галюк (к.мед.н.,доц.)

О.М.Мота (к.мед.н.,доц.)

**Актуальність:** На сьогоднішній день в стоматологічній практиці є актуальним застосування тривимірних технологій та комп'ютерної томографії (КТ). Одонтома - доброякісна пухлина, що складається з емалі, дентину, цементу та пульпи і займає 22% від усіх одонтогенних пухлин. Одонтома може мати розміри від декількох міліметрів до багатьох сантиметрів. Прорізування одонтоми через слизову оболонку може призводити до попадання мікроорганізмів з ротової порожнини до щелепної кістки і викликати важке інфекційне запалення. Враховуючи вище згадане, дана одонтогенна аномалія потребує додаткового вивчення найбільш інформативним методом КТ.

**Мета:** Описати і провести морфометрію двобічної одонтоми за допомогою комп'ютерної томографії.

**Матеріали і методи:** Проведено ретроспективний аналіз КТ щелепно-лицевої ділянки жінки молодого віку на базі "Центру медичної 3D діагностики". Комп'ютерні томограми отримали на томографі PointNix 3D з програмним забезпеченням RealScan 2.0.

**Результати:** Пацієнтка 19 років звернулася до стоматолога зі скаргами на біль і припухлість в лівій ділянці нижньої щелепи, змінену чутливість нижньої губи. Було проведено КТ дослідження щелепно-лицевої ділянки. За допомогою тривимірного зображення КТ було діагностовано, що у хворої одонтома — вроджена вада розвитку зубного зачатку. У нашій пацієнтки двобічна одонтома розміщувалася у задній частині нижньої щелепи. КТ зображення лицевої норми дозволяє виявити лівобічну асиметрію в ділянці нижньої щелепи. Одонтоми мають вигляд щільних конгломератів з чіткими контурами. Оптична щільність одонтом значно більша за оточуючі тканини. Розміри лівобічної одонтоми складають 45мм x 35мм, а правобічної 30мм x 21мм. Лівобічна одонтома займає ділянку P2M1M2 зубощелепних сегментів, а правобічна одонтома займає ділянку P2 і M1 зубощелепних сегментів. КТ зображення у різних площинах дозволяє заміряти максимальний периметр одонтоми, який складає 76 мм для лівобічної і 45 мм для правобічної одонтоми.

**Висновки:** Можливості КТ щелепно-лицевої ділянки, як новітнього методу діагностики, дозволяє з великою точністю дослідити особливості анатомічної будови зубо-щелепних сегментів і можливих вад розвитку, таких, як одонтома. За допомогою тривимірних зображень КТ, лікарю легко оцінити точну локалізацію і тип одонтоми, морфометричні показники та її оптичну щільність по відношенню до сусідніх тканин, та планувати тактику хірургічного лікування.

Горбунова М.А.

## МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПРИ УРАЖЕННІ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Г.В.Даценко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Цукровий діабет входить до трійки захворювань, які найчастіше спричиняють інвалідизацію населення та смерті. Актуальність проблеми зумовлена масштабністю розповсюдження цукрового діабету. Станом на сьогодні у всьому світі зареєстровано близько 200 млн випадків, проте реальна кількість хворих близько у 2 рази більша (не враховані особи з легкою формою, яка не потребує медикаментозного лікування). При цьому захворюваність щорічно збільшується у всіх країнах на 5-7%, а кожні 12-15 років— подвоюється. Як наслідок, катастрофічне зростання кількості хворих набирає характер неінфекційної епідемії.

**Мета:** Проаналізувати діабетичні ушкодження всіх систем організму.

**Матеріали та методи:** Аналіз зарубіжних і вітчизняних наукових статей і сучасної наукової літератури.

**Результати:** Цукровий діабет – хронічне ендокринне захворювання, яке викликає порушення функціонування всіх систем організму. Медична теорія відзначає, що молекули, відомі як AGEs (advanced glycation end products), беруть участь у пошкодженні кровоносних судин. Статистичні дані показують, що діабетики приблизно в п'ять разів більше схильні хворіти серцево-судинними захворюваннями, що пов'язано з розвитком атеросклерозу. Розлади з боку шлунково-кишкового тракту: ротова порожнина - ксеростомія, гінгівіт, пародонтит, множинний карієс, кандидоз порожнини рота; шлунок – гастропарез, атонія шлунка; тонка кишка – синдром надлишкового бактеріального росту; товста кишка – автономна нейропатія, рак товстої кишки (в людей з ЦД ризик виникнення вищий на 40%). З боку нервової системи – когнітивна дисфункція при гіпоглікемії, хвороба Альцгеймера; аміотрофія, діабетична полінейропатія. Найпоширенішими розладами органів чуття при цукровому діабеті є розлади зору, зокрема – діабетична ретинопатія (проліферативна і непроліферативна), глаукома, катаракта. Порушення слуху може бути зумовлене порушенням функції судин. Люди з цукровим діабетом мають підвищений ризик остеопорозу. Рідкісними але дуже важкими ускладненнями є діабетична остеоартропатія (стопа Шарко), адгезивний капсуліт, контрактура Дюпюїтрена. Ураження дихальної системи – обструктивне апное уві сні (OSA); дихальний кето ацидоз, яке проявляється клінічно диханням Куссмауля. Ускладнення з боку сечовидільної системи – діабетична нефропатія (існують імунна і неімунна теорії виникнення), рак сечового міхура (у хворих з ЦД ризик вищий на 40%). Ураження шкіри представлені діабетичною дермопатією, діабетичною склеродермією, діабетичною пухирчаткою, діабетичним невропатичним виразкуванням. Спостерігаються також комплексні синдроми у дітей – Моріака (часта декомпенсація ЦД з розвитком кето ацидозу, гіпоглікемічного стану) і Небекура ( відрізняється від

синдрому Моріака тим, що в дітей немає ожиріння).

**Висновки:** Таким чином, при ЦД відбувається ураження усіх систем організму людини, можливе виникнення злоякісних новоутворень і ускладнень, які можуть призвести до смерті/інвалідизації хворого.

П.О. Горяїнова, О.О.Тимошук, Н.С. Шевчук

### **СТАН СЕНСОМОТОРНИХ РЕАКЦІЙ У ЮНАКІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ РУХЛИВОСТІ НЕРВОВИХ ПРОЦЕСІВ**

Кафедра нормальної фізіології

Т. І. Борейко (доцент, к. мед. н)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Фізіологічною основою індивідуальних психофізіологічних відмінностей між людьми є генетично детерміновані типологічні властивості вищої нервової діяльності, які визначають багато важливих сторін цілісної картини індивідуальної поведінки і вивчення їх ролі має важливе значення в процесі навчання, становлення та розвитку професійних навичок.

**Мета:** Дослідити властивості основних нервових процесів та з'ясувати їх вплив і зв'язок зі швидкістю психомоторних реакцій.

**Матеріали та методи:** В обстеженні приймали участь практично здорові юнаки, віком 18 – 20 років. Для дослідження сенсомоторних реакцій нами були застосовані різні методичні прийоми, які дозволили оцінити індивідуальні особливості людини, котрі проявляються в здатності до ефективних та адекватних дій при переробленні інформації різного ступеня складності. При цьому була застосована комп'ютерна методика (ПНН – 3 – 01). Дослідження нейродинамічних характеристик здійснювали за умов переробки обстеженими зорової інформації, адресованої переважно до першої сигнальної системи. Визначили латентні періоди простої (ЛППР) та складної (ЛПСР) сенсомоторної реакції. Згідно з методикою, обстежувані повинні були реагувати швидким натисканням правої руки на клавішу, яка знаходилась на клавіатурі, при умові експозиції на екрані двозначного числа. Умова латентного періоду складної реакції – швидке натискання клавіши правою рукою, при відображенні на екрані монітора двозначного числа, яке закінчується цифрою “5”. При появі числа, яке не співпадало з умовою, виникала гальмівна реакція, тобто у цьому випадку ставилася вимога не натискувати жодної клавіши. Враховувалось середнє значення часу ЛППР і ЛПСР при пред'явленні 10 подразників відповідно.

**Результати:** На основі отриманих результатів розраховали рівень функціональної рухливості нервових процесів (РФРНП) і працездатності кори головного мозку ( сили нервових процесів). За РФРНП юнаки були розподілені на три групи: з високим, середнім та низьким РФРНП. Низькі та нижче середнього показники мають обстежені зі слабкими нервовими процесами, а особи з високим та середнім рівнями цієї властивості характеризуються сильною та середньою силою нервових процесів. Функціональна рухливість нервових процесів проявляється у величині та стійкості рухових реакцій вибору, зв'язаної з переробкою інформації за диференціацією подразників різного ступеня складності. Кореляційний аналіз виявив залежність між ЛПСР і показником РФРНП і її відсутність з ЛППР.

**Висновок:** Таким чином, функціональну рухливість нервових процесів можна вважати властивістю вищої нервової діяльності, яка є найбільш відповідальною за індивідуальні особливості характеру складної нейродинамічної та психомоторної діяльності людини, а латентні періоди складних сенсомоторних реакцій вибору можуть бути використані в якості кількісного критерія оцінки РФРНП.

Д.І. Гриценко

### **СУЧАСНІ АСПЕКТИ МОРФОГЕНЕЗУ ПЛЕОМОРФНОЇ АДЕНОМИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ. РОЛЬ ЕСТРОГЕНІВ У ВИНИКНЕННІ ТА ПРОГРЕСУВАННІ НОВОУТВОРЕНЬ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.О.Бевз (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** плеоморфна аденома є найбільш поширеною пухлиною слинних залоз, що складає 61,2 – 90% серед доброякісних епітеліальних пухлин. Складність ранньої диференційної діагностики, великий відсоток малігнізації доброякісних пухлин при пізньому їх виявленні, а також часті рецидиви роблять дану роботу актуальною, що має наукове і практичне значення.

**Мета:** обґрунтувати особливості гістогенезу плеоморфних аденом слинних залоз, визначити їх структурні варіанти. Дослідити залежність гістогенезу плеоморфної аденоми відповідно до рівня статевих гормонів у крові, а також встановити імуногістохімічний профіль пухлини.

**Матеріали і методи:** дані наукових публікацій у галузі патогенезу плеоморфних аденом слинних залоз, загально-гістологічні та імуногістохімічні методи дослідження.

**Результати:** в ході дослідження виявлено, що плеоморфна аденома локалізується частіше в привушних слинних залозах, визначено її морфологічну та гістологічну будову, що дозволяє виділити такі структурні

варіанти: 1) класичний; 2) з переважанням мезенхімального компонента; 3) з переважанням епітеліального компонента; 4) з переважанням міоепітеліального компонента. Крім вказаних варіантів часто спостерігають наявність вираженого ангіоматозного компонента, гістогенетично пов'язаного з мезенхімою, що має погане прогностичне значення.

Досліджуючи властивості епітеліального компонента у більшості клітин спостерігається імунопозитивна реакція з антитілами проти Cytokeratin 8 (CK8). Також епітеліальні клітини пухлини з різною інтенсивністю експресували Vimentin, Myosin,  $\alpha$ -SMActin, що є маркерами мезенхімального фенотипу. Гістохімічно виявлено, що в мезенхімоподібному компоненті на тлі переважання нестійких нейтральних і сіалінових полісахаридів зменшується частка сульфатованих і кислих глікозамінгліканів, що впливають на мітотичну активність і стимулюють диференціювання клітин стромы. Міоепітелій, продукуючи полісахариди формує міксоїдний компонент пухлини.

За статистичними даними розвиток плеоморфної аденоми переважає у осіб жіночої статі. Проведений аналіз теоретичного матеріалу свідчить про залежність морфофункціонального стану слинних залоз від змін гормонального фону. Результати імуногістохімічних досліджень підтверджують наявність ER і PgR в клітинах проток слинних залоз.

**Висновок:** в ході роботи було досліджено особливості гістогенезу плеоморфних аденом слинних залоз, визначено їх структурні варіанти. Виявлено, що здатність епітеліальних клітин аденоми формувати тубулярні комплекси впливає на будову мезенхімоподібного компонента, наближуючи його до ембріональних структур. В епітеліальному компоненті плеоморфної аденоми 90% клітин, що формують протокоподібні структури мають ER і PgR, що надає їм характеру "клітин-мішеней". Найбільша інтенсивність реакції спостерігалась в дрібних тубулах, найменша – в великих кістозно-розширених. При цьому інтенсивність імунної реакції пухлинних клітин виражена слабше, що свідчить про вплив гіперестрогенемії на виникнення та прогресування пухлини.

А. П. Гунько

## ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОЇ ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ АСОЦІЙОВАНОЇ З ВІЛ – ІНФЕКЦІЄЮ

Кафедра патологічної фізіології

Н. А. Рикало (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Тромбоцитопенія обумовлена імунодефіцитом - набутий проявляється геморагічним синдромом з ураженням судинно-тромбоцитарного гемостазу що, характеризується зменшенням % тромбоцитів у крові хворого, при відсутності будь-яких інших значущих змін в кількісному і якісному складі системи крові. Патологія вважається найбільш поширеною імунною гемопатією, що зустрічається у 20 – 40 % осіб інфікованих ВІЛ. Незважаючи на показну «легкість» захворювання і відносно рідкі випадки фатальних кровотеч, воно призводить до суттєвої психологічної та соціальної дезадаптації пацієнта зі зниженням якості життя.

Дискусія з приводу етіології і патогенезу імунної тромбоцитопенії, асоційованої з ВІЛ - інфекцією, не припиняється і сьогодні: патогенетичний ефект ВІЛ зрозуміти вкрай важко, суперечливі і результати ерадикації ВІЛ - інфекції з метою корекції тромбоцитопенії. Викладені вище позиції визначили актуальність цього дослідження і послужили підставою для визначення його мети і завдань.

**Мета роботи.** Вивчити етіопатогенез імунної тромбоцитопенії, асоційованої з ВІЛ - інфекцією, визначити зв'язок тромбоцитопенії з показниками клітинного імунітету.

**Матеріали та методи.** З урахуванням поставлених в роботі завдань нами було обстежено 30 пацієнтів з ВІЛ – інфекцією та 30 здорових осіб які становили групу контролю у нарркологічному диспансері. За допомогою ІФА проводилося тестування сироваток крові на наявність маркерів ВІЛ – інфекції. Визначення рівня лімфоцитів периферичної крові з маркерами антигенів CD4 +, CD8 + проводили шляхом проточної цитофлуориметрії з використанням відсотку моноклональних антитіл. Оцінку рівня тромбоцитів у периферичній крові проводили за допомогою загального аналізу крові.

**Обговорення результатів.** Патогенез тромбоцитопенії, яка виникає на фоні ВІЛ – інфекції, є пов'язаним з багатьма чинниками і залежить від перебігу основного захворювання. Короткотривалий час життя тромбоцитів може бути пов'язаний з наявністю імунних комплексів, антитромбоцитарних антитіл. Також при ВІЛ – інфекції може порушуватися синтез тромбоцитів у кістковому мозку, ця проблема пояснюється тим, що є безпосереднє інфікування мегакаріоцитів, що у свою чергу призводить до їх апоптозу та порушення здатності до тромбоцитопоезу.

Під час вивчення можливого зв'язку імунної тромбоцитопенії з маркерами клітинного імунітету було встановлено, що середній показник рівня експресії маркера CD4 + у хворих на ВІЛ - інфекцію з тромбоцитопенією склав  $38,5 \pm 0,9\%$ , тоді як у пацієнтів групи контролю з нормальним вмістом тромбоцитів в периферичній крові він виявився рівним  $64,3 \pm 1,2\%$  ( $p < 0,05$ ). Поряд з цим, у міру розвитку тромбоцитопенії зростає CD8 + - лімфоцитів. Середній рівень даного типу лімфоцитів у хворих на ВІЛ - інфекцію склав  $24,7 \pm 0,8\%$ , а у пацієнтів групи контролю -  $43,6 \pm 1,0\%$  ( $p < 0,05$ ).

Звертає на себе увагу і той факт, що виникнення тромбоцитопенії у хворих на ВІЛ - інфекцію асоціюється з

активністю CD8 + -цитотоксичної Т-клітинної імунної відповіді. При цьому, найбільш високі показники вмісту клітин, які мають маркер CD8 +, реєструвалися у пацієнтів з високим рівнем вірусного навантаження. Мабуть, запуск імунopatологічних реакцій, що призводять до розвитку тромбоцитопенії, залежить від його рівня.

**Висновки.** Патогенез тромбоцитопенії, яка виникає на фоні ВІЛ – інфекції, є пов'язаним з багатьма чинниками і залежить від перебігу основного захворювання. Тромбоцитопенія при ВІЛ - інфекції супроводжується прогресуючими змінами імунного статусу, які проявляються зменшенням експресії CD4 + і збільшенням відсотку CD8 + лімфоцитів, що на нашу думку, спричиняє імунний механізм тромбоцитопенії.

С.В. Должикова, Т. С. Довбиус  
**ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СУДИН ПРИ ПАТОЛОГІЇ НИРОК**

Кафедра патологічної фізіології  
В. В. Пилипонова (к.м.н., доц. )

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

**Актуальність:** Ендотеліальна дисфункція судин (ЕФС) виникає як наслідок порушення метаболізму вазоактивних медіаторів, прозапальних цитокінів й вазоактивних ейкозаноїдів. У зв'язку з цим з'ясування значимості окремих ланок патогенезу ЕФС є важливим для розробки нових напрямків патогенетичної терапії захворювань нирок.

**Мета:** Вивчити патофізіологічні особливості порушень функціонування ендотелію судин (ЕС) при патології нирок.

**Матеріали і методи:** огляд та аналіз наукових досліджень, статей у фахових журналах, матеріалів наукових конференцій, монографій.

**Результати:** В патогенезі уражень клубочків нирок лежить відкладання на поверхні або в мембрані капілярів амілоїду, гліко- і ліпопротеїдів, фібриногену, з активацією гуморальних і клітинних ланок запальної реакції. Відкладання у клубочках депозитів імунoglobулінів IgG, IgM, IgA та комплементу С3 характеризує проліферацію ЕС, яка, у свою чергу, має вплив на проліферацію мезангіальних клітин, збільшення мезангіального матриксу, лімфогістіоцитарну інфільтрацію інтерстицію і склероз судин, а отже і на стовщення їх базальної мембрани. ЕФС залежить від ступеня відкладання в інтерстиції IgA і IgM, причому при запаленні клубочків від рівня IgA прямо залежить рівень ET1, а вміст IgM визначає показники NO і IL-6. Рівень ET1 впливає на депозити в капілярах клубочків IgG і IgM та прямо пов'язана з клітинною інфільтрацією та склерозом строми. IL6 впливає — на відкладання в стромі IgA і IgM. Рівень NO в крові визначає проліферацію епітелію капсули Шумлянського, ET1 — зміни епітелію каналців, IL-6 — зрощення капілярних петель із капсулою клубочків, TNF- $\alpha$  — лімфогістіоцитарну інфільтрацію строми, ейкозаноїдів (Pgl2, TxA2) — збільшення мезангіального матриксу. У випадках із проліферацією гломерулярних ендотеліоцитів збільшуються показники — ET1, IL-1 $\beta$  і TNF- $\alpha$ . Збільшення ступеня проліферації ендотеліальних клітин артеріол супроводжується підвищенням у крові концентрації IL-6, що відбувається на фоні зменшення вмісту TxA2.

**Висновок:** таким чином, збільшення ET1 викликає дистрофію, атрофію, некроз епітелію каналців і клубочків, збільшення рівня IL-1 $\beta$  — проліферації епітелію капсули, TNF- $\alpha$  — склероз/гіаліноз клубочків. Порушення метаболізму вазоактивних медіаторів, прозапальних цитокінів та вазоактивних ейкозаноїдів грають важливу роль у формуванні ендотеліальної дисфункції судин.

С.В. Должикова, Т.С. Довбиус  
**ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ ЕМФІЗЕМИ ЛЕГЕНЬ**  
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
Скорук Андрій Григорович (асистент)

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

**Актуальність:** Емфізема легень – хронічне неспецифічне захворювання легень, що характеризується розширенням дистальних відділів термінальних бронхів і супроводжується деструктивними змінами в альвеолярній тканині з важким перебігом та розвитком великої кількості ускладнень з боку різних органів і систем організму.

**Мета:** Ознайомитись з основними морфологічними видами емфіземи легень та виявити їх основні ознаки.

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

**Результати:** Емфізема легень розвивається внаслідок порушення співвідношення між протеолітичними ферментами та їх інгібіторами, що в нормі пригнічують розщеплення легеневої сполучної тканини. Внаслідок руйнування альвеолярних перегородок збільшується об'єм альвеол та повітряність легень. Ця патологія також розвивається за спадкової недостатності  $\alpha$ -1- антитрипсину.

Вентильний механізм зводиться до того, що слизова пробка, яка утворюється в дрібних бронхах і бронхіолах при хронічному дифузному бронхіті, на вдиху пропускає повітря в альвеоли, але не дозволяє вийти йому при



видиху. Повітря накопичується в ацинусах, розширює їх порожнини, що призводить до дифузної обструктивної емфіземи.

За морфологічною класифікацією, яка заснована на залученні ацинуса в патологічний процес розрізняють: петроацинарну, панацінарну, дистальну і іррегулярну (неправильна, нерівномірна), бульозну емфізему легень.

При центроацинарній емфіземі бронхіоли, що представляють собою проксимальну частину ацинуса, збільшені і порушена їх цілісність. Центролобулярна форма характеризується змінами в респіраторних бронхіолах проксимального ацинуса, що створює ефект центрального розташування емфіземи в часточці легені. В розширених просторах часто виявляються макрофаги, заповнені пиловими частинками, і клітини хронічного запалення. Ця форма емфіземи переважає у верхніх частках легень.

Панацінарна емфізема (дифузна, генералізована, альвеолярна, везикулярна) характеризується ураженням всіх повітряних порожнини дистальніше термінальних бронхіол. Первинно в процес втягуються альвеолярні ходи і мішечки, між якими пізніше зникають перегородки. Макроскопічно легені здаються перерозтягненими. Панацінарну емфізему частіше спостерігають в нижніх частках легень.

При дистальній ацінарній емфіземі в патологічний процес переважно залучені альвеолярні ходи. Наявні уражені периферичні ділянки долі, що, як правило, прилягають до плеври. Часто спостерігається рубцювання ураженої тканини. Розширені простори можуть значно розширюватися, до 10 мм в діаметрі і більше. Такі порожнини називають булами. Найбільш часто вражаються верхні долі легені.

Іррегулярна (неправильна, нерівномірна) емфізема проявляється різноманітним збільшенням ацинусів і їх деструкцією, поєднується з вираженим рубцевим процесом в легеневій тканині, до неї також відноситься емфізема при пневмоконозії шахтарів.

Для бульозної емфіземи характерні емфізематозні ділянки легені розміром більше 1 см. Вона частіше носить вроджений характер і супроводжується спонтанним пневмотораксом.

**Висновок:** Емфізема — це деструктивний процес еластичної тканини легень, що характеризується патологічним розширенням повітряних просторів, розміщених дистальніше термінальних бронхіол і супроводжується деструктивними змінами альвеолярних стінок без вираженого фіброзу.

С. О. Долінський

## МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ПРОСТАТИЧНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ ТА ПОЄДНАННЯ ЇХ З РАКОМ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ, ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ БІОПСІЙ У ХВОРИХ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2016 РІК

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.І. Панасюк (ас.)

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:** Рак передміхурової залози (РПЗ) є основною проблемою онкоурології. Зі збільшенням захворюваності та смертності від РПЗ актуальною є проблема ранньої діагностики (скринінгу) чоловічого населення. В Україні за даними Сансег-реєстру в 2016 році серед виявлених хворих РПЗ I-II стадій діагностовано в 43,4%, III-23,2%, IV-21,2%, не визначені 12,2% (Вінницька обл. I-II ст.-36,4%, III-41,3%, IV-22,2%). Захворюваність цією патологією в цьому ж році склала 17,3 особи (чол. населення 37.2) на 100 тисяч населення.

**Мета:** Виявити морфологічні зміни при передпухлинних процесах в передміхуровій залозі та встановити їх зв'язок з розвитком РПЗ.

**Матеріали і методи:** Проведено аналіз 135 історій хвороб та морфологічних препаратів пацієнтів з доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) та раком передміхурової залози. Було досліджено гістологічні препарати по пункційним біопсіям передміхурової залози хворих, яким в 2016 році була проведена біопсія передміхурової залози, на базі урологічного відділення Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру. Обробка результатів проводилась за допомогою статистичного методу.

**Результати:** Нами виявлено, що в більшості досліджень, які здійснено за допомогою комп'ютерного аналізу (програма AmScore), знайдено значну схожість між простатичною інтраепітеліальною неоплазією 3 ступеня (PIN III) і раком. В 9 випадках виявлено PIN (PIN I-2, PIN II-4, PIN III-3), в 6 випадках виявлено поєднання PIN III та РПЗ, в 91 випадках виявлено РПЗ, в 3 випадках повторної біопсії при PIN III виявлено РПЗ. Атипія, яка характеризується порушенням ядерно-цитоплазматичним співвідношенням, гіперхромазією ядер, відсутністю базальної мембрани. Практично у всіх дослідженнях клітинних ядер підтверджено також схожість між змінами при PIN і змінами при раку. Ці дані вказують на прогресування змін в області ядра та ядерця при прогресії від PIN до раку.

**Висновки:** Біопсія залишається основним методом виявлення PIN і раннього інвазивного раку передміхурової залози. Результати стверджують, що підтвердження PIN III за допомогою пункційної біопсії виразно вказує на присутність раку простати в значній частині випадків. PIN III є істотним гістологічним фактором ризику захворювання на рак. Рекомендується ширше вводити в практику уролога, онкоуролога метод мультифокальної

прицільної біопсії простати(під контролем УЗД) з наступним морфологічним дослідженням.

Т.Л. Домбровська, Д.О. Куракін

## **ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕНЬ І ВІДКЛАДАННЯ ДОДАТКОВИХ ФАКТОРІВ ПОСТРІЛУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ НАПІВАВТОМАТИЧНОЇ ЗБРОЇ Z15, КАЛІБР .223 З ДИСТАНЦІЇ ВПРИТУЛ ЧЕРЕЗ ПОДУШКУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРИСТРОЮ ДЛЯ КОМПЕНСАЦІЇ ВІДДАЧІ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

І.О. Бондар(ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність.** На даний момент світі суттєво розширився асортимент ринку зброї на фоні проведення озброєних конфліктів. Загальною особливістю цих конфліктів і терористичних актів являється те, що більшість з них проходить на території населених пунктів і для них використовуються модифіковані види зброї та пристрої для компенсації віддачі (далі - ДТК). У зв'язку з чим безсумнівно має значення вивчення особливостей вогнепальних ушкоджень і пошкоджень, нанесених зі зброї з модифікаційним пристроєм після взаємодії з різними видами перешкод для зниження рівня звуку пострілу.

**Мета.** На основі експериментальних даних вивчити особливості ранової балістики боєприпасів стрілецької зброї з використанням ДТК після пробиття перешкоди.

**Матеріали і методи.** При проведенні дослідження механізму і особливостей пошкоджувальної дії кулі, що попередньо подолала перешкоду, в якості об'єктів дослідження використовували: імітатор біологічних тканин – шматочок свинячої шкіри з підшкірною клітковиною товщиною 1,5-2 см. По об'єктах здійснювали постріли з напівавтоматичної зброї Z15, калібр .223 (5,56\*45мм), твіст 9 дюймів. Тип дульного пристрою – дульний тормоз компенсатор SJCTITAN для 223. Патрон – калібр .223Rem, бездимний порох, вага кулі 55 грейн (3,56гр), покриття – мідний порох. Дистанція пострілу – впритул. В якості перешкоди було використано: подушка – 50/70 см, бавовняна наволочка, наповнювач сінтапон. Погодні умови в день проведення випробування – температура повітря +4+5 °С, вологість 70%, атмосферний тиск – 713 мм.рт.ст., швидкість вітру 9 м/с, південно- східний напрям.

**Результати.** Серія дослідів, присвячена вивченню взаємодії особливостей ушкодження перепони та імітатора біоматеріалу показали наступне. Вхідний отвір на перепоні округлої форми в середньому діаметром 12x13 мм, з дефектом тканин і двома радіальними розривами на 12 і 6 годин, відкладення продуктів пострілу високої інтенсивності, присутні розволонення і спікання країв отвору. Вихідний отвір на перепоні має ромбовидну форму з радіальними розривами – середній розмір 12x12см, без дефекту тканин і відкладення продуктів пострілу. Вхідний отвір на імітаторі біоматеріалу має округлу або «Т»-подібну форму, розміром 10x10 мм з пояском осадження ромбовидної форми. Вихідний отвір на імітаторі біоматеріалу має кратероподібну форму, суттєво більший від вхідного (розмір від 12 до 20мм в діаметрі), краї нерівні з неоднорідними осередками додаткових чинників пострілу.

**Висновки.** Проведені дослідження дозволяють верифікувати виявлені під час їх проведення особливості поранення кулями .223Rem, які попередньо подолали перешкоду і були випущені з ДТК SJCTITAN для 223. В сукупності всі дані дозволяють реконструювати механізм утворення вогнепального ушкодження і більш точно охарактеризувати снаряд і характер зброї.

Н. Д. Дубина, Д. М. Тичина, О. А. Філевич, Н. С. Шевчук

## **ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ У СТОМАТОЛОГІЇ**

Кафедра нормальної фізіології

Борейко Т.І. (доц., канд. мед наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сьогодні гостро стоїть питання якісного проведення місцевого знеболення у стоматології для підвищення рівня довіри пацієнтів, забезпечення їхнього комфортного психо-емоційного стану та передбачувано успішного результату лікування, що і зумовлює актуальність вивчення теоретичних основ фізіології дії анестетика задля досягнення досконалості у практиці локального знечуження.

**Мета:** Вивчення механізмів утворення і проведення больового імпульсу в ротовій порожнині задля порівняння дії анестетиків на ці процеси в залежності від методів виконання місцевого знеболення та хімічного складу препаратів.

**Матеріали та методи:** Пошук, аналіз, збір, вивчення та порівняння даних різних вітчизняних та закордонних науково-фахових джерел за останні 10 років.

**Результати:** Місцеву анестезію в стоматології поділяють на аплікаційну, інфільтраційну та провідникову. Її головною метою є блокада больового імпульсу на шляху від периферичних нервових закінчень до головного мозку. Для проведення больових сигналів у ротовій порожнині призначені два види нервових волокон: швидкі А $\alpha$ -мієлінізовані та повільні С-волоконні. Передача нервових імпульсів відбувається завдяки змінам електрофізіологічного стану нервової мембрани. У стані спокою мембранний потенціал спокою (МПС) становить -70 мВ, відкриті калієві канали, закриті натрієві. Нейронне збудження пов'язано з деполяризацією і

реполяризацією плазмолемі. Коли різниця потенціалів ззовні і всередині клітини досягає критичної відмітки виникає потенціал дії – короткочасні амплітудні зміни МПС, під час якого відкриваються натрієві канали. Дія анестетика полягає у поетапному гальмуванні збудливості блокуванням натрієвих каналів спочатку найтонших немієлінізованих, а потім товстіших мієлінізованих нервових волокон, тривалість дії і локалізація якого залежить від методу введення і хімічної групи анестетика та його складових.

**Висновки:** Серед анестетиків виділяють складні ефіри, що інактивуються естеразами крові і заміщені амідні які інактивуються мікросомальними ферментами печінки та діють довше. Водночас обидві групи місцевих анестетиків чинять судинорозширювальну дію, тому для уповільнення абсорбції анестетика необхідний вазоконстриктор. Водночас варто пам'ятати про певні, зумовлені хімічною структурою і механізмом введення, протипоказання до проведення місцевої анестезії, зокрема алергійні реакції на місцеві анестетики, які були в минулому, виражена серцево-судинна недостатність, порушення функції печінки та нирок у стадії декомпенсації (цироз, нефрозонефрит тощо) та органічні захворювання центральної нервової системи (шизофренія, олігофренія тощо).

Тому перед проведенням місцевої анестезії необхідно зібрати анамнез, в тому числі алергічний, та за необхідності провести пробу на чутливість організму до препарату, який вибрано для анестезії.

Дудкіна О.О.

### **МІКРОСКОПІЯ ПЕЧІНКИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЇЇ УРАЖЕННЯ**

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини

Жученко П.С.(к.м.н., доцент), Білошицька А.В.(к.м.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** На даний час кількість хворих на цукровий діабет в Україні може досягати 2,5 млн осіб  
**Мета.** Змоделювати експериментальним шляхом цукровий діабет (стрептозотоцинова модель). Вивчити макро- та мікропрепарати ураженої печінки. Вивчити профілактичну дію фітопрепарату на функціональний стан печінки при цукровому діабеті 2-го типу.

**Матеріали і методи дослідження.** Макроскопічні та мікроскопічні знімки інтактної, ураженої печінки та печінки щурів, яким проводилась профілактика відваром карпатських рослин з подальшим моделюванням цукрового діабету 2 типу. Всі піддослідні тварини були розділені на 3 групи: 1 - інтактні, 2 —щурі, яким моделювався цукровий діабет (внутрішньовенно вводився стрептозотонин в дозі 60 мг/кг маси тіла на стерильному цитратному буфері 0,1М (рН 4,5-4,8) протягом 3 днів), 3 група – щурі, яким проводилась профілактика цукрового діабету фітопрепаратом у вигляді відвару (2 мл в розведенні 1:10). Активність аланінамінотрансферази (АЛТ) та аспартатамінотрансферази (АСТ) оцінювали уніфікованими методами Райтмана і Френкеля. Активність гама-глутамілтрансферази (ГГТ) визначали за допомогою наборів для визначення фірми “Філісіт-Діагностика” (Україна). Глюкозу крові вимірювали за допомогою глюкометра ContourTS (Bayer, Швейцарія).

**Результати дослідження.** Дослідження показали, що при цукровому діабеті печінка збільшена у розмірах, жовта, з гладенькою поверхнею. Рівень глюкози крові був вищим на 30% в порівнянні с тваринами інтактної групи, профілактичне введення фітопрепарату приводило до зниження рівня глюкози крові на 30% у порівнянні з щурами з експериментальним цукровим діабетом. Активність ГГТ, яка зростала в 2 рази при експериментальному цукровому діабеті, знижувалась на 37% в групі з профілактикою діабету у порівнянні з тваринами, що не лікувались. Рівень АЛТ зростав в 1,5 рази в групі з діабетом у порівнянні з інтактними тваринами, в той же час профілактичне введення фітопрепарату знижувало цей показник на 35% в групі з профілактикою діабету у порівнянні з тваринами без фітокорекції. Рівень АСТ, який був більшим при діабеті на 18% у порівнянні з тваринами інтактної групи, знижувався на 21% в профілактичній групі у порівнянні з тваринами, яким не вводився фітопрепарат .

**Висновки.** Експериментальний цукровий діабет призводить до функціональних порушень печінки, гепатомегалії та жирової дистрофії, що може призводити до цирозу печінки Профілактичне введення фітопрепарату перешкоджає розвитку жирового гепатозу.

П.М. Душенко

### **БІОГРАФІЯ АНДРЕАСА ВЕЗАЛІЯ ЯК ВІДОМОГО АНАТОМА**

Кафедра нормальної анатомії

С.О. Приходько (викл. )

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Всім відомо, що фундаментом і основою для вивчення медицини як науки є анатомія .Із давніх-давен, із покоління в покоління, чимало видатних вчених віддали своє життя за для розширення знань цієї галузі та пошуку нових методів дослідження. Одним із видатних вчених-анатомів є Андреас Везалій, який із раннього дитинства проявив свою пристрасть до медичних наук і зробив чималий внесок у її розвиток .Відомо, що без історії немає і майбутнього, а вклад багатьох вчених є напрочуд цінним для досягнення нових вершин.

**Мега:**дослідити життя видатного вченого, анатома, хірурга – Андреас Везалія та його вклад у розвиток медицини на світовому рівні.

**Матеріали та методи:**За основу дослідження бралися матеріали з наукової бібліотеки Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Аналіз наукових публікацій 1998р.

**Результати:** В Італії 16ст.найбільшого розквіту досягло творче життя . У цей період розвиток анатомічних досліджень і спостережень теж не залишилися не помітними. Саме в такий період формувалась особистість Андреаса Везалія. Народився 31 грудня 1514 р. в Брюсселі у родині спадкових медиків. Навчався медицині спочатку в Парижі, потім поступив до Львівського університету. У той час розтини були заборонені, анатомічні знання черпалися тільки з книг Аристотеля і Галена, тому хлопець наважився зламати цю традицію. Ще студентом він зумів добути труп повішеного, з якого препарував повний скелет. У неповних 23 роки отримав докторську ступінь і почав займатися викладацькою діяльністю. Для досліджень був потрібний анатомічний матеріал, тому Везалій часто крав трупи з кладовища, що показувало його несамовиту пристрасть до науки. Він робив розтини, супроводжуючи роботу замальовками, розробляв методи препарування. Через п'ять років наполегливих праць учений закінчив свій головний трактат по анатомії. У 1543 року в Базелі вийшла його книга «Про будову людського тіла», в якій стверджувалося, що анатомія Галена помилкова.Везалій був не тільки визнаним вченим, а й успішним практиком, придворним лікарем імператорів Карла V. Але, не дивлячись на високу посаду, за єретичні переконання потрапив до рук іспанської інквізиції, тому скоїв паломництво до Святої землі. Повертаючись 1564 р з Єрусалиму, він при корабельній аварії був викинутий на острів Занте, де і помер 15 жовтня.

**Висновок:**Дослідивши історію видатного анатома, ми з'ясували, що в часи життя Андреаса Везалія, розвиток медицини потребував значної і наполегливої праці, не зважаючи на утиски та переконання .

В.О.Запара, К.С.Поліщук

## ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ ПРИ ПНЕВМОНІЇ

Кафедра нормальної фізіології

П.Т.Дацишин (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність:** Пневмонія – це інфекційне захворювання, що набуває все більшого поширення в наш час (близько 420 млн. випадків на рік). Ця хвороба характеризується запаленням тканини легень одного чи кількох сегментів. Причини виникнення пневмонії різноманітні: бактерії, віруси, гриби, хламідії тощо; це призводить до труднощів в діагностиці та прогнозуванні перебігу хвороби, високої летальності внаслідок хвороби. Важливими методами дослідження при пневмонії є флюорографічний знімок, дослідження мокроти та загальний аналіз крові.

**Мега дослідження:** Дослідження показників загального аналізу крові при різних формах пневмонії та на різних етапах розвитку хвороби.

**Матеріали і методи:** Ми користувались науковою літературою та статтями вітчизняних і іноземних вчених; проаналізували історії хвороб 20 пацієнтів різної статі, що хворіли пневмонією, у віці від 19 до 63 років відповідно Вінницької міської клінічної лікарні №1.

**Результати:**Показники загального аналізу крові залежать від фази хвороби, попереднього лікування та важкості протікання пневмонії. Число еритроцитів та тромбоцитів зазвичай залишається незмінним, або незначно змінюється внаслідок втрати рідини. В загальному аналізі крові 95% досліджених відмічався помірний лейкоз, зсув лейкоцитарної формули вліво (збільшення кількості юних і незрілих форм нейтрофілів, поява ретикулоцитів і мієлоцитів в периферичному кровотоці). Важливо зазначити, що величина лейкозу та зсуву лейкоцитарної форми залежала від важкості перебігу захворювання. У одного пацієнта відмічалася лейкопенія, що була викликана вірусною природою захворювання. Зазначимо також зменшення відсоткового співвідношення між моноцитами, еозинофілами і базофілами, особливо при важкому перебігу хвороби.

Характеристикою інтенсивності запальних процесів також виступає швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ). У 70% хворих було збільшення ШОЕ до 30-37 мм/год, при нормі для чоловіків 6-12 мм/год, для жінок – 8.15 мм/год. Ще у 20% також відбувалось збільшення ШОЕ, проте не до настільки критичних показників.

**Висновки:** У наші дні загальний аналіз крові несе велику інформативність при хворобах різної етіології. При визначенні пневмонії загальний аналіз крові не є основним діагностичним показником, проте його дані відіграють значну роль у визначенні фази хвороби, її перебігу, постановки та коректування лікування. Досліджені нами аналізи хворих дозволяють судити про пряму залежність протікання пневмонії та зміни кількості числа лейкоцитів, їх співвідношення, ШОЕ.

А. І. Зубрицька

## ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ КРОНА

**Актуальність:** За даними ECCO, (European Crohn's Colitis organization) близько 2,2 млн людей в Європі (5 млн в усьому світі) страждають на запальні захворювання кишківника (ЗК). Складність диференціювання і пізня діагностика хвороби Крона ( ХК ), веде до несвоєчасного призначення спеціалізованого лікування та розвитку ускладнень. Усе це зумовлює значні економічні витрати, пов'язані з доглядом, лікуванням та реабілітацією пацієнтів.

Згідно із статистичними даними, загальна розповсюдженість ЗК в Україні становить 0,08%, а в Європі даний показник утримується на рівні 0,3% (Burisch J.,2013), що свідчить про недостатню діагностику цих хвороб на теренах нашої держави. ЗК можуть розвиватися в будь-якому віці, але найчастіше вперше діагностуються в пацієнтів віком 15-25 років.

**Мета:** Показати основні морфологічні зміни при НВК та ХК, для подальшої швидкої диференційної діагностики. А також висвітлити характерні маркери ХК.

**Матеріали та методи:** фіксація матеріалу проводилась в 10% нейтральному забуференому формаліні. Матеріал проходив ізопропілову вакуумну проводку з подальшою імпрегнацією паропластом та заливкою в парафін. Нарізка препаратів відбувалась на напівавтоматичному ротаційному мікротомі Amos ERm3100 з товщиною зрізів до 5 мкм. Фарбували препарати гематоксилін-еозином, з подальшим заключенням препарату в гістологічний бальзам під покривне скло. Візуалізація і оцінка результатів виконувалась за допомогою мікроскопа. Використовувались дані лабораторних методів діагностики: аналіз калу на кальпротектин, антитіла до Saccharomyces, Ig A, IgG.

**Результат:** Диференціальна діагностика показала характерні зміни структур ШКТ при ХК, що досить швидко виявляються і існують ключем до вірного діагнозу.

В якості процедури першої лінії за даними ECCO для діагностики ХК є колоноскопія із зразками біопсії. Для достовірного діагнозу необхідно отримувати біопсії із п'яти місць по всій довжині товстої та клубової кишки. Вони включають, як мінімум, 2 зразки з кожного місця. КТ та МРТ поруч з є сучасним стандартом для оцінки стану кишківника. Обидві методики можуть встановити ступінь та активність захворювання на основі товщини стінки та підвищеного внутрішньовенного контрастування. МРТ дозволяє провести зрізи в додаткових площинах, що підвищує можливості діагностики. Наявність у хворого ASCA обох класів IgA IgG, дозволяє з високою ймовірністю говорити про ХК, однак не відміння біопсії та комплексного огляду хворого.

**Висновок:** ХК являється недостатньо вивченим захворюванням, що вимагає ряду зусиль для діагностики. Не існує єдиного методу, однак диференціальна діагностика морфологічних змін в поєднанні з іншими процедурами дозволяє прискорити постановку діагнозу та покращити прогноз пацієнтів.

В.Я.Іванків

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МІКРОБІОЦЕНОЗІВ ШКІРИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Н.І.Ткачук (к.мед.наук, доцент)

Кафедра акушерства і гінекології №1

І.М.Маланчин (к.мед.наук, доцент)

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського

МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:**Хронічні запальні процеси жіночих статевих органів є однією з передумов розвитку загрози передчасних пологів. Саме тому, достовірна діагностика та адекватна терапія забезпечать зменшення ризику передчасних пологів та можливих перинатальних втрат.

**Мета:**Визначити та проаналізувати мікрофлору слизової оболонки піхви і шкіри молочних залоз у здорових вагітних жінок та пацієнок із загрозою передчасних пологів.

**Матеріали та методи:**Вагітні жінки обстежувалися на базі ТОКПЦ«Мати і дитина». Спочатку стерильними тампонами, змоченими у фізіологічному розчині, робили змиви зі шкіри молочних залоз та мазки із заднього склепіння піхви. Після чого матеріал поміщали у стерильні пробірки і протягом 20-30хв. доставляли до лабораторії. Посіви проводили на чашки Петрі із середовищами ЖСА, кров'яний МПА, Ендо, Сабуро, тіогліколеве. Кожну чашку відповідно позначали і поміщали у термостат на 18-48 год. при оптимальній температурі. Після інкубації у термостаті оцінювали ріст мікроорганізмів на живих середовищах, колір, форму, величину колоній, характер поверхні та краї. Далі з певного виду колоній робили мазки, зафарбовували за методом Грама і мікроскопували їх.

**Результати:**У 15 жінок із контрольної групи( вагітних із фізіологічним перебігом вагітності) виявлено:

-у мазках із піхви:St.hominis,стрептококи,грампозитивні неспороносні бацили, St.haemolyticus у 7%;стрептобацили,Streptococcuspp.,M. lylae у 13%;тетракоки,Candida,E.coli,St.saprophyticus,лактозонегативні ентеробактерії у 20%;M.luteus у 33%; палички Додерлейна,коринебактерії,St.epidermidis,Bacilluspp. у

40%;кlostридії,бактероїди, ентерококи у 47%;лактобацили у 73% обстежених жінок;  
-на шкірі молочних залоз:Е.coli,фузобактерії, грампозитивні неспоронсні бацили,М.roseus, Streptococcuspp.,лактозонегативні ентеробактерії у 7% обстежених;лактобацили, St.haemolyticus у 13%;St.saprophyticus у 20%;коринбактерії у 27%; кlostридії, тетракоки, Bacilluspp. у 33%;М.luteus у 40%;пептострептококи,St.epidermidis,М.lylae у 47%; бактероїди-60%.

У вагітних із загрозою передчасних пологів виявлено:

-у мазках із піхви:St.epidermidis,М.luteus,стрептобацили у 7%;St.aureus,лактозонегативні ентерококи у 13%;альфа- та бета - гемолітичні стрептококи у 20%; Bacilluspp.,Candida,E.coli у 27%; ентерококи у 53%;St.haemolyticus у 67%;

-на шкірі молочних залоз:М.sedentarius,St.hominis,М.roseus,лактобацили,гамма-гемолітичні стрептококи у 7%;М.varians,Bacilluspp. у 13%;Corynebakteriumssp.,St.aureus,М.lylae у 20%;М.luteus,St.epidermidis у 33%;St.haemolyticus у 87% обстежених жінок.

**Висновки:**У жінок із загрозою передчасних пологів спостерігається поява на шкірі молочних залоз St.haemolyticus(67%) і St.aureus(20%), а на слизовій піхви зменшення молочно-кислих бактерій і поява патогенної кокової флори.

Дисбіоз мікробіоценозу слизової оболонки піхви та шкіри молочних залоз у жінок із загрозою передчасних пологів може вказувати на носійство умовно-патогенної флори чи наявність супутніх бактеріальних інфекцій.

М.В. Калиновська

## ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ДОСЛІДЖЕННІ СТРУКТУР ПЕРЕДНЬО-БІЧНОЇ СТІНКИ ЖИВОТА

Кафедра анатомії людини

О.І. Башинська (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:**Комп'ютерна томографія (КТ) та МРТ на сьогоднішній день широко використовуються для діагностики захворювань усіх органів та систем організму. Окрім цього дані методи дослідження дозволяють встановити чіткі розміри будь-якої структури організму, насамперед, передньо-бічної стінки живота (ПБСЖ).

**Мета:** За допомогою КТ вивчити особливості анатомічної будови структур ПБСЖ у людей різної статі в нормі.

**Матеріали і методи:**Проведено вивчення будови ПБСЖ у 112 осіб віком від 19 до 71 року, яким виконували КТ з метою діагностики захворювань органів черевної порожнини та поперекового відділу хребта. Середній вік обстежених 53,03±15,29 років. Серед пацієнтів було 58 (51,79%) чоловіків і 54 (48,21%) жінки.

На трьох рівнях (l. bicalis, l. bispinalis та на рівні пупка) досліджували: відстань від шкіри до апоневрозу білої лінії живота, ширину білої лінії живота, товщину та ширину прямих м'язів живота, товщину бічних м'язів живота.

**Результати:**Найбільшу товщину підшкірної клітковини спостерігали на рівні l. bispinalis (3,1±1,43 см), найменшу – на рівні l. bicalis (2,3±0,88 см).

У всіх обстежених ширина білої лінії живота на рівні пупка (2,7±1,17 см) більша (р < 0,05) ніж на рівнях l. bicalis (1,8±0,89 см) і l. bispinalis (1,4±0,97 см). Не виявлено різниці (р > 0,05) в ширині білої лінії живота на рівнях l. bicalis і l. bispinalis. У жінок ширина білої лінії живота на рівні l. bicalis (2,4±1,06 см) та пупка (3,1±1,12 см) була достовірно більшою, ніж у чоловіків, в яких дані показники становили відповідно 1,6±0,99 см і 2,1±1,05 см.

При визначенні ширини білої лінії живота виділені групи: до 1 см, 1 – 2 см, 2 – 3 см, 3 – 4 см та більше 4 см. На всіх рівнях дослідження переважали особи обох статей, у яких ширина білої лінії живота знаходилась в межах від 1 до 2 см (від 35,7% до 36,6%). Окрім цього, у великої кількості людей на рівні l. bicalis (31,3%) вона була в межах 2 – 3 см. На рівні l. bispinalis, окрім домінуючої групи людей з шириною білої лінії живота 1 – 2 см, великий відсоток осіб мали ширину білої лінії живота меншу за 1 см (27,7%).

При дослідженні параметрів м'язів живота виявлено, що обстежені мали приблизно однакові їх значення з обох боків. Найбільша ширина прямих м'язів живота була на рівні l. bicalis (6,84±1,54 см) і поступово зменшувалась в гіпогастрії. Товщина цих м'язів, навпаки, більша на рівні l. bispinalis (0,99±0,31 см).

Середня товщина бічних м'язів досліджуваних обох статей на рівні l. bicalis складає 1,61±0,4 см, на рівні пупка – 1,84±0,47 см, на рівні l. bispinalis – 1,79±0,43 см. Достовірної відмінності у товщині бічних м'язів у чоловіків та жінок не виявлено.

**Висновки:**1. У жінок біла лінія ширша ніж у чоловіків. 2. Прямі м'язи живота в каудальному напрямку звужуються і стають товстшими. 3. Товщина бічних м'язів живота найбільша на рівні пупка у осіб обох статей.

Р.В. Карлашук

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ

## МЕДИЧНИХ ПСИХОЛОГІВ І ФАРМАЦЕВТІВ, ЯК ПОКАЗНИК ЗДОРОВ'Я

Кафедра нормальної фізіології  
М.В. Йолтухівський (д.мед.н.,проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблеми адаптації полягає в тому, що сучасна освіта зацікавлена зберегти і покращити психофізіологічне здоров'я студента. Тому дослідження факторів, які впливають на адаптацію людини в умовах навчання у ВНЗ набуває фундаментального значення. Особливо це стосується студентів медичного вузу тому що, вони як майбутні лікарі повинні бути особливо адаптовані до умов професійної діяльності.

**Мета:** Дослідити показники та інтенсивність психофізіологічної адаптації студентів медичного та фармацевтичного факультетів.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось на базі ВНМУ ім.М.І. Пирогова. Вибірка досліджуваних становила 40 студентів. 20 студентів медичних психологів(МП), 20 студентів фармацевтів(Ф). Для дослідження було використано комплекс методик, а саме: Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, Методика "Індекс життєвого стилю" (Р. Плутчик, Х. Келлерман, М. Конте).

**Результати:** За допомогою методики К. Роджерса і Р. Даймонда було з'ясовано, що від першого курсу до четвертого у студентів МП спостерігається підвищення показників адаптації(26%), самосприйняття(25%), емоційного комфорту(28%), прагнення до домінування(21%). У студентів фармацевтів спостерігається підвищення самосприйняття(25%) і прагнення до домінування(22%). Перший курс МП відрізняється від першого курсу Ф підвищеною адаптацією(26%), емоційним комфортом(28%). Показник інтернальності(33%) на четвертому курсі МП вищий від показника інтернальності(27%) студентів четвертого курсу Ф. За допомогою методики «Індекс життєвого стилю» було виявлено, що від першого курсу до четвертого курсу МП спостерігається зниження проєкції(29%), підвищення інтелектуалізації(41%), а також зниженням заперечення(30%). Рівень регресії(34%,32%) першого і четвертого курсу Ф не відповідає рівню регресії(28%,24%), що спостерігається на першому курсі МП, це говорить про те, що зростання регресії характерно тільки для Ф. Рівень проєкції(31%), у медичних психологів вище, ніж у студентів – фармацевтів(23%). Перший курс МП у порівнянні з першим курсом Ф відрізняється зниженою раціоналізацією(23%) і підвищеною проєкцією(30%). Четвертий курс МП у порівнянні з четвертим курсом Ф відрізняється підвищеним рівнем раціоналізації(37%), заміщенням(31%), також зниженою проєкцією(19%).

**Висновки:** Отже, у медичних психологів, у процесі навчання в університеті, прослідковується інтенсивне підвищення показників соціально - психологічної адаптації та у позитивну сторону змінюється профіль структури механізмів психологічного захисту, на відміну у студентів – фармацевтів. Це позитивно відбивається як на психологічному так і на фізіологічному здоров'ї, а також на навчальному процесі. Слугувати цьому може навчальне навантаження, яке включає в себе багато психологічних дисциплін, що дають змогу високого особистісного самоконтролю і самореалізації у майбутньому як психотерапевта.

Д.О.Картавих

## МІКРООТОЧЕННЯ ПУХЛИННИХ КЛІТИН ЯК ДЖЕРЕЛО МОДИФІКАТОРІВ ЕПІТЕЛІАЛЬНО-МЕЗЕНХІМАЛЬНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

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:** пухлинні клітини перебувають у постійній взаємодії з мікрооточенням, яке є осередком клітинних і гуморальних чинників, котрі за епігенетичними механізмами контролюють проліферативну активність пухлинних клітин і їх фенотипові характеристики. В умовах такої взаємодії рівень пухлинної прогресії і злоякісності пухлинних клітин постійно зазнає модифікації. Окремі фактори мікрооточення можуть виступати індукторами епітеліально-мезенхімальної трансформації (ЕМТ), яка лежить в основі формування високозлоякісного і метастатичного фенотипу пухлинної клітини.

**Мета:** проаналізувати вплив факторів мікрооточення пухлинних клітин на перебіг епітеліально-мезенхімальної трансформації.

**Матеріали та методи:** аналіз наукових публікацій за період 2012-2016 р. з ресурсу PubMed, Google Scholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** Запуск програми епітеліально-мезенхімального переходу підкорюється як генетичним подіям, так і епігенетичним факторам, перш за все комбінаціям екстраклітинних сигналів мікрооточення пухлинних клітин, які є домінуючими чинниками регуляції. Ключовими регуляторами ЕМТ є клітинні компоненти стромы пухлини, перш за все мезенхімальні стовбурові та ендотеліальні клітини. Цитокіни і фактори росту також активно впливають на функціонування програми ЕМТ, як правило, стимулюючи її. Прямими індукторами ЕМТ виступають прозапальні цитокіни: фактор некрозу пухлини (ФНП), інтерлейкін (ІЛ)-1 $\beta$ , ІЛ-6, колонієстимулюючий фактор (КСФ)-1, трансформуючий фактор росту (ТФР)- $\beta$ 1, фактор росту ендотелію судин (VEGF); природним інгібітором є інтерферон. Під впливом даних факторів фенотип клітин набуває надзвичайної пластичності: вони втрачають епітеліальну морфологію і стають мезенхімальними, в них падає

експресія Е-кадгерину і зростає експресія біомаркерів ЕМТ. Тривала підтримка мезенхімальних характеристик впродовж пухлинної прогресії може залучати і численні генетичні зміни, внаслідок чого ці характеристики можуть стати стабільними і незворотними.

**Висновок:** в роботі висвітлено результати сучасних досліджень, що підтверджують вагому роль клітинної і гуморальної складових мікрооточення пухлинних клітин у процесі епітеліально-мезенхімальної трансформації, та наведено приклади основних індукторів даного процесу, які не тільки виступають маркерами ЕМТ, але й можуть стати мішенню для таргетної терапії.

Р. О. Картелян, К. В. Коломієць, Б. І. Кохан, В. В. Лагода

## СПОСІБ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ СИНЦІВ ЗА ДОПОМОГОЮ КОЛОРОСКОПІЧНОЇ ОЦІНКИ ЦИФРОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ ТРАВМОВАНОЇ ШКІРИ

кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О. І. Моканюк (доц., к. м. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Оскільки основною задачею в усіх сферах медицини є введення уніфікованих правил і стандартів в оцінці будь-якого явища, то зрозуміло і для судової медицини це є особливо актуальним. Для вирішення цієї проблеми світ новітніх технологій розкриває широкі можливості.

**Мета:** Розробити спосіб судово-медичної діагностики давності виникнення синців за допомогою колороскопічної оцінки цифрових зображень травмованої шкіри.

**Матеріали та методи:** В ході виконання роботи на 17 добровольцях-спортсменах в динаміці посттравматичного періоду вивчалися колориметричні характеристики 39 синців. Кожен синець разом з кольоровою лінійкою був сфотографований цифровим фотоапаратом Canon певними часовими проміжками 30сек. 5хв. 15хв. 30хв. 1год. 3год. 6год. 12год. 24год. 48год. 72год. 96год. 120год. 144год. 168год. 192год. 216год. 240год. 264год. 288год. 312год. 336год. Було вивчено 792 кольорових зображень синців. Колір синця порівнювався з зразками кольорів на кольоровій лінійці. Було виділено 6 типів кольорових зображень синця. Тип 1 (колір 8.2 на кольоровій лінійці) – червоний, тип 2 (10 на кольоровій лінійці) – пурпуровий, тип 3 (5 та 6 на кольоровій лінійці) – жовтий та зелений, інших три типи – це наявність перших трьох типів на зображенні одного синця у певних співвідношеннях: 1,2; 1,3; 2,3. Крім того визначалася наявність набряку м'яких тканин.

**Результати:** Тип 1 переважає в синців з давністю їх виникнення від 30 секунд до 1 години та складає від 51,29% до 100%. Тип 2 самостійно, або в поєднанні з першим та 3 типом найбільш виражений в проміжку часу від 3 до 48 годин, де складає від 71,43% до 73,16%. Тип 3 максимально проявляється в синцях, що мають термін існування від 72 годин до його повного зникнення та складає від 56,41% до 100%. Набряк м'яких тканин наявний протягом 48 годин після виникнення травми, через 5 хвилин після виникнення травми він зустрічається у 80%, а через 48 годин тільки в 18,42%. У синцях давністю 72 години набряк був відсутній.

**Висновки:** Синець в динаміці посттравматичного періоду змінює свій колір з червоного на пурпуровий, а той в свою чергу на зелений, жовтий. На одному синці можуть бути одночасно присутні від одного до трьох кольорів. Оцінка кольору травмованої шкіри та наявність набряку м'яких тканин дозволяє діагностувати давність виникнення синців в наступних часових інтервалах: до 1 години; від 3 до 48 годин; та понад 72 години.

У.Л.Кашій

## CAFFEINE AND PREGNANCY

Кафедра фізіології та патологічної фізіології №2

О.І.Крайсвітній (в.о. завідуючого кафедрою)

Донецький національний медичний університет

м.Краматорськ, Україна

**Background:** There are a lot of inconsistent reports about association between pre-pregnancy caffeine and caffeinated beverage intake and some risk for the course of pregnancy, child's health, development. For example, risk of spontaneous abortion, risk of childhood leukemia.

**Objective:** This study was undertaken to investigate whether maternal coffee consumption during pregnancy associated with some risk of the course of pregnancy and child's health and development.

**Methods:** For our study we used reports, published for the last 10 years and published in scientific journals such as "Cancer Causes Control", «International Journal of Gynecology and Obstetrics».

**Results:** The first experiment included 15,590 pregnancies from 11,072 women. These women have no history of SAB in the Nurses' Health Study II. Women were included for this study if they have no history of pregnancy loss. Beverage intake was assessed every 4 years using a validated questionnaire. Pregnancies were self-reported with case pregnancies lost spontaneously at <20 weeks gestation. For estimating the relative risks (RRs) and 95% confidence intervals (CIs) were used multivariable logbinomial regression models with generalized estimating equations. In the results we can see a positive linear trend across categories of pre-pregnancy caffeine intake and risk of SAB. Women who were consuming >400 mg/day had 1.11 (95 % CI 0.98, 1.25) times the risk of SAB compared to women consuming <50 mg/day. Thus, we can see that total coffee intake had a positive, linear association with SAB. Compared to women with



no pre-pregnancy coffee intake, women consuming  $\geq 4$  servings/day had a 20 % (6, 36 %) increased risk of SAB. Pre-pregnancy intake of caffeinated tea, caffeinated soda, and decaffeinated soda had no association with SAB.

In the second experiment maternal caffeine intake during pregnancy was assessed by questionnaires among 7,857 mothers and their children. From birth onward were measured growth characteristics. At 6 years, body fat and insulin levels were measured. As the results, compared to children whose mothers consumed  $< 2$  cups of coffee (90 mg caffeine) per day during pregnancy, those whose mothers consumed 6 cups of coffee per day tended to have a lower weight at birth, higher weight gain from birth to 6 years, and higher body mass index from 6 months to 6 years.

The third study was based on the Australian Study of the Causes of Childhood Brain Tumours, conducted between 2005 and 2010. Case children were recruited from 10 pediatric oncology centers and control children by nationwide random-digit dialing, frequency matched to cases on the basis of age, sex and state of residence. Coffee and tea intake were assessed using a food frequency questionnaire. Data on coffee and tea consumption during pregnancy were available from 293 case mothers and 726 control mothers. Odds ratios (ORs) and confidence intervals (CIs) were calculated. There was little evidence of an association between gestational consumption of any coffee or tea and CBT risk. Among children aged under 5 years, the OR for any coffee consumption during pregnancy was 1.76 and for C2 cups per day during pregnancy was 2.52 (95 % CI 1.26, 5.04).

**Conclusion:** From the first study we can see that pre-pregnancy coffee consumption at levels  $\geq 4$  servings/day is associated with increased risk of SAB, particularly at weeks 8–19.

Results from second study show us that we can suggest that high levels of maternal caffeine intake during pregnancy are associated with adverse offspring growth patterns and childhood body fat distribution.

And finally, results from third study suggest a positive association between coffee intake C2 cups per day and risk of CBT in younger children, although some estimates are imprecise. But there was no association between maternal tea drinking and risk of CBT.

So, as we can see from all these studies, pre-pregnancy caffeine and caffeinated beverage intake have a positive association with some risk of the course of pregnancy and child's health and development.

А.Ю. Кирпичова, А.О. Бондарчук

## **ФІЗІОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА ТА ПРИЧИНИ ЇХ ВИНИКНЕННЯ**

Кафедра нормальної фізіології

П.Т. Дацишин (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Хвороба Паркінсона (ХП) відноситься до нейродегенеративних захворювань, зупинити прогресування яких на сьогодні залишається невирішеною проблемою. Вивчення факторів, що впливають на прогресування рухових порушень при ХП залишається актуальною проблемою практичної медицини.

**Мета дослідження:** Дослідження та встановлення причин виникнення ХП, а також фізіологічних змін, що виникають при даній хворобі.

**Матеріали і методи:** Аналіз та порівняння інформації по даній патології з сучасних вітчизняних та іноземних посібників та наукових статей.

**Результати:** На даний момент відомо, що хвороба характеризується прогресуючою втратою нейронів чорної субстанції. Ця частина середнього мозку містить дофамін-продукуючі нейрони, аксони яких інervують смугасте тіло – хвостате ядро і шкаралупу – і контролюють рухи тіла. І чорна субстанція, і смугасте тіло є компонентами базальних гангліїв – складних структур у глибині головного мозку, що відповідають за координацію та тонку регуляцію рухів. Утрата дофамінергічних нейронів чорної субстанції викликає дисбаланс гальмівних (дофамінових) і збуджувальних (ацетилхолінових) нейротрансмітерів, що спричиняє клінічні симптоми хвороби Паркінсона. При неврологічному дослідженні у цих хворих спостерігаються такі симптоми, як акінезія, ригідність, постійне тремтіння, яке зникає лише уві сні, хробакоподібні рухи (атетоз). Причиною розладів є мутації генів альфа-синуклеїну, паркіну та убіквітин-С-термінальної гідролази. Щодо неспадкових варіантів хвороби Паркінсона – тут патогенними факторами стають травма голови, токсини, надмірне поглинання калорій, а центральними явищами – посилений оксидативний стрес і мітохондріальна дисфункція. Свій внесок у розвиток захворювання можуть зробити впливи на ЦНС екзотоксинів, інфекційних агентів. Паркінсонізм може розвинути внаслідок вживання нейролептиків, які впливають на дофамінові системи.

**Висновки:** У наші дні Паркінсонізм вважається другим за поширеністю нейродегенеративним розладом після хвороби Альцгеймера. Згідно зі статистичними даними, тремтливий параліч зустрічається у 1% населення до 60 років і у 5% більш старшого віку, але з кожним роком захворюваність на ХП серед молоді зростає.

Т.Л. Ковальчук, Я.В. Харченко

## **ВПЛИВ ЗОВНІШНІХ ФАКТОРІВ НА ЗДОРОВИЙ СОН**

**Актуальність:** Третину життя людина проводить у сні. Повноцінний сон визначає загальний рівень здоров'я і якість життя, однак порушення сну закономірно призводить до їх значного зниження. Від 8 до 15% дорослого населення світу часто або постійно скаржаться на поганий або недостатній сон, від 9 до 11% дорослих людей вживають седативні снодійні засоби, а серед людей похилого віку цей відсоток значно збільшується.

**Мета:** проаналізувати чинники, що впливають на зміни здорового сну людини.

**Матеріали та методи:** у процесі дослідження було використано статистичний метод, матеріали досліджень американських вчених щодо розладів сну.

**Результати:** Стан людини в період сну характеризується насамперед різким зниженням чутливості сенсорних систем, що призводить до порушення адекватної реакції організму на зовнішні подразники. Хоча людина, що спить, може й прокинутися під дією навіть не таких потужних, але важливих для неї подразників. Ці й інші зміни, що виникають в організмі в період сну, залежать від його глибини. Порушення сну - явище досить поширене, що може розвинути в будь-якому віці. Нами було проведено дослідження впливу факторів зовнішнього середовища на здоровий сон у різних вікових групах за чотирма критеріями: емоційні та інтелектуальні перенавантаження, збій в режимі дня та дефіцит фізичної активності, спілкування в соцмережах, шкідливі звички. Найчастішою причиною порушення сну дітей віком від 1 до 5 років є емоційне перенавантаження. Дитина буде засинати важко і довго, якщо вона перезбуджена і сильно стомлена. Крім цього, не варто очікувати віддитинихорошого сну, якщо у неї болить животик чи присутні кольки. Найпопулярнішою причиною порушеного сну у малюка першого року життя є ерахіт і нервові порушення. Підлітки 12-14 років набагато частіше страждають порушеннями сну, ніж дитина або доросла людина. Від 17 до 20% підлітків страждають розладами сну через надмірні інтелектуальні та психологічні навантаження, стреси, 20% - збій в режимі дня та дефіцит фізичної активності, 10-13% - шкідливі звички, 50% - спілкування в соцмережах, а це призводить до того, що дитина пізно лягає спати і не може швидко заснути після емоційного спілкування. Сон студентів більшою мірою залежить від порушення режиму дня та спілкування в соцмережах(50-55%), меншою мірою від емоційного та інтелектуального перенавантаження перенавантаження(33-35%), шкідливих звичок(10-17%). Крім того результати показали, що найбільший вплив на успішність надає безсоння і сонний параліч. Від 50 до 55% людей похилого віку страждають на розлади сну через психологічне перенавантаження та шкідливі звички, 40 – 45% – дефіцит фізичної активності.

**Висновки:** Сон залежить від таких біологічних чинників, як вік, емоційні та інтелектуальні перенавантаження, збій в режимі дня та дефіцит фізичної активності, спілкування в соцмережах, шкідливі звички. Сон є також відображенням загальної психофізіологічної організації людини.

Д.І. Коломієць, В.С. Тарасюк  
**УЗАЛЕЖНЕНІСТЬ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК, ЗОКРЕМА АЛКОГОЛІЗМУ, ВІД ТИПУ  
ТЕМПЕРАМЕНТУ**

Кафедра нормальної фізіології  
Т. І. Борейко (доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема алкоголізму гостро стоїть у всьому світі, але в Україні темпи зростання цієї біди особливо тривожні. Результати багатьох досліджень дають змогу зробити висновок, що деяким особам притаманна особистісна схильність до вживання алкоголю. У несприятливих умовах ця схильність актуалізується, наслідком чого є виникнення потягу до алкоголю, що неминуче призводить до захворювань. Парадокс в тому, що навряд чи знайдеться в нашому суспільстві людина, яка не знає про шкідливість алкоголю. Однак ці речовини приваблюють людей, стаючи згубними для багатьох з них. Пояснюючи сутність будь-якої психологічної залежності, слід відштовхуватися від природного прагнення людини до духовного комфорту та її невміння подолати труднощі на шляху до бажаного, що безпосередньо пов'язано з типом темпераменту. Це і зумовило актуальність обраної нами теми.

**Мета:** Дослідити зв'язок між типами темпераменту людини та алкогольною залежністю.

**Матеріали та методи:** В дослідженні брали участь 40 пацієнтів наркологічного диспансеру віком 30-55 років, з яких 34 особи чоловічої (85%) і 6 досліджуваних жіночої (15%) статі. Методом тестування визначили типи темпераментів ( за методикою Г. Айзенка) у досліджуваних. Провели статистичну обробку отриманих даних.

**Результати:** На основі отриманих результатів 50% (20 осіб) із числа досліджуваних виявилися меланхоліками; 17.5% (7 осіб) - флегматиками; 22.5% ( 9 осіб) – холериками за типом темпераменту; у 10% (4 особи) відповіді виявилися невідомими.

**Висновки:** Отже, найбільш схильними до алкоголізму є люди з меланхолічним типом темпераменту (слабкі властивості основних нервових процесів), який характеризується нерішучістю, нездатністю наполягати на своєму, схильністю підкорятись чужій волі, комплексом неповноцінності, страхом та ізольованістю від оточуючих, що повністю пояснює схильність людей з даним типом темпераменту до алкоголізму.

О.В. Коляда  
**ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ТА ПРОБЛЕМИ ДОВГОЛІТТЯ**

Кафедра медичної біології  
С.М. Горбатюк (доц., к.б.н.)

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

**Актуальність:** залишається проблема уповільнення процесів біологічної, психологічної і соціальної інволюції і подовження активного довголіття. Наука, яка вивчає механізми старіння, - геронтологія, а геріатрія вивчає особливості розвитку, перебігу, лікування і попередження захворювань у людей літнього віку.

**Мета:** Визначити основні закономірності тривалості життя населення, оцінити вплив на неї різних факторів навколишнього середовища та спадковості.

Тривалість життя людини залежить від багатьох причин, але вона, як у будь-якого іншого біологічного виду, має свої межі. Під видовою тривалістю розуміють той вік, до якого потенційно можуть дожити 80 % представників виду. Французький біолог Ж. Бюффон розрахував, що тривалість життя людини повинна перевищувати тривалість її росту в 6-7 разів і складає близько 90-100 років.

Відомий німецький фізіолог Рубнер ще на початку ХХ століття запропонував вікову класифікацію, у якій старість визначалася з 50 років, а поважна старість - з 70. Великий німецький патолог Л. Ашоф відніс початок старості до 65 років. У 1905 р. відомий американських медиків У. Аслер стверджував, що 60 років слід вважати граничним віком.

Середня і максимальна тривалість життя людини у світі різко зросла з середини ХХ століття. І тому є маса причин, і в першу чергу - поліпшення життєвих і економічних умов у більшості країн, революційні відкриття в галузі техніки і медицини.

У міжнародній організації підкреслили, що за останні 5 років був відзначено найбільш швидке зростання тривалості життя з 1960-х років. У 1990-х спостерігалось скорочення загальносвітової середньої тривалості життя через поширення ВІЛ та СНІД в Африці. За даними щорічного статистичного звіту ВООЗ, найбільшого прогресу досягли країни з низьким рівнем доходу, проте досі між багатими і бідними державами є значні відмінності. Прогнозована тривалість життя дітей, народжених в 2015 році, на сьогоднішній день складає 71,4 року (73,8 – для дівчаток і 69,1 – для хлопчиків). Однак на прогноз значною мірою впливає регіон народження: у розвинених країнах прогнозована тривалість життя перевищує 80 років, а в бідних – становить менше 60 років. Тривалість здорового життя, за підрахунками фахівців ВООЗ, для народжених у минулому році може скласти 63,1 рік. Найбільша очікувана тривалість життя в світі (86,8 років) у жінок в Японії. Серед чоловіків найдовше будуть жити жителі Швейцарії (81,3 року). З іншого боку, в країнах Африки, зокрема в Сьєрра-Леоне, тривалість життя для жінок і чоловіків становить всього 50,8 і 49,3 року відповідно.

**Висновок:** Найголовніший чинник і умова довгожителства, на якому сьогодні ґрунтується і медицина, і генетика, і психологія - це любов до життя. Саме вона, ця Любов до життя і робить людину небайдужим до термінів життя, дозволяючи подовжувати молодість і збільшувати кількість прожитих років.

К.О. Кошова  
**ВКЛАД М.І. ПИРОГОВА У РОЗВИТОК МЕДИЦИНИ ВІННИЧИНИ**

Кафедра анатомії людини  
Л. П. Смольський (доцент, к.мед.н.)

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

**Актуальність:** Сьогодні, в період переоцінки, преосмислення історичних подій, що впливають на формування загальнолюдських цінностей, варто дослідити постать М.І. Пирогова. Адже в діяльності видатного вченого, лікаря сфокусовані прогресивно – демократичні, просвітницькі, сподвижницькі, реформаторські, винахідницькі ідеї, що стали рушійною силою науки того часу. І на сьогоднішній день не втратили своєї актуальності.

Обумовило вибір теми та визначило завдання роботи важливість дослідження персоніологічного характеру непересічної особистості М.І.Пирогова.

**Мета:** Дослідити громадсько – просвітницьку та лікарську діяльність видатного вченого, хірурга, топографоанатома за час проживання його в Україні в с. Вишня поблизу м. Вінниці.

**Матеріали та методи:** Для вирішення завдань дослідження було використано теоретичні методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних наукової та методичної літератури; ретроспективний, порівняльний, біографічний, проблемно – хронологічний та метод періодизації.

**Результати:** З метою наукового дослідження було проведено аналіз, синтез та узагальнення науково - педагогічної та спеціальної літератури.

**Висновки:** Аналізуючи та узагальнюючи опрацьовану літературу можна дійти висновків, що Микола Іванович Пирогов, як вчений – винахідник, практикуючий лікар залишив по собі неоціненний скарб, здійснив прорив у медицині: винайшов наркоз, відкрив перший хірургічний госпіталь, був основоположником військово – польової хірургії. Крім того, Микола Іванович був Педагогом з великої літери, взірцем для молоді, поборником

несправедливості та заскоружлості в медичній освітній галузі. Недаремно у своїх поглядах, прагненнях змінити світ на краще, дати можливість молоді розвиватися зійшлися дві такі видатні постаті як Пирогов і Шевченко. Миколу Івановича вирізняли людяність, чесність, доброта, по відношенню до всіх оточуючих, величезне людинолюбство та прагнення допомогти всім страждущим та нужденним.

І на сьогодні його досвід переймають, його працями захоплюються, його методи лікування користуються і в наш час. А пам'ять про видатну особистість продовжує зберігати музей Пирогова у Вінниці.

М.В. Красіловська, С.О. Гетьманенко, О.В. Пасенко

## **МОЖЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ЗА МЕТОДОМ ХИЖНЯКОВОЇ У ПОМЕРЛИХ ВІД ТОКСИЧНОЇ ДІЇ АЛКОГОЛЮ ТА МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Д.В. Мусієнко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Визначення давності моменту настання смерті є одним з найбільш актуальних питань судової медицини. На даний час існує велика кількість різноманітних методів, які судово-медичні експерти застосовують в своїй практиці з метою відповіді на дане питання. Проте часовий діапазон, що його отримують органи дізнання не завжди задовольняє потреби органів дізнання. Тому не втрачає своєї актуальності розробка допоміжних методів для визначення давності настання смерті.

**Мета:** Дослідити методіку визначення давності настання смерті за Хижняковою на особах чоловічої статі, у віці від 18 до 75 років, що померли внаслідок токсичної дії алкоголю та механічної асфіксії.

**Матеріали та методи:** На базі Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи взято відбитки рогівки обох очей у 52 трупів осіб чоловічої статі у віці від 18 до 75 років, які померли від токсичної дії алкоголю або внаслідок механічної асфіксії. Предметні скельця двічі оброблялись 70% етиловим спиртом, висушувались та притискалися перпендикулярно до рогівки ока трупа. Після висихання та фіксації, відбитки були пофарбовані барвником Романовського-Гімзе, який попередньо розвели у пропорції 30 крапель на 10мл води. Час експозиції барвника 20 хвилин. Після промивання та висихання предметних скелець проводилось мікроскопічне дослідження відбитків за допомогою мікроскопа Microscope MICROmed XS-3320, об'єктив 160/0.17, окуляри 10x., під час якого підраховували крилоподібні та базальні клітини епітелію рогівки ока, досліджували їх взаєморозташування та стан ядра клітин.

**Результати:** Виявлено, що в перші 6 годин після настання смерті людини, можна виявити тільки полігональні клітини. Вони розташовуються поодинокі, ядра їх збережені. Від 1 до 6 години кількість їх у полі зору поступово збільшується від 1 до 6. З 6 по 12 годину спостерігається поява криловидних клітин у полі зору, з поступовим переважанням після 8 години останніх над полігональними. Клітини розташовуються у вигляді пластів. Поступово наростають процеси руйнування ядер клітин. Спочатку спостерігаються процеси пікнозу, які поступово переростають у лізис. Під кінець першої доби клітини розташовані у вигляді одного цільного конгломерату, де їх контури не проглядаються.

**Висновки:** На основі результатів нашого дослідження та послідуочної статистичної обробки, ми довели, що дійсно існує певна закономірність зміни кількісних та якісних показників клітин епітелію рогівки ока в залежності від давності настання смерті. Тому можемо стверджувати, що метод Хижнякової є досить перспективним для подальшого використання у судово-медичній практиці, проте потребує збільшення вибірки досліджень та додаткового дослідження можливостей доставки відбитку з місця події до бюро судово-медичної експертизи.

М.І. Кривонос, Г.О. Сокол

## **МОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ МАТКИ**

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:** цервікальна інтраепітеліальна неоплазія матки та захворювання шийки матки в загалом є однією з найгостріших та актуальних медико-соціальних проблем сучасної гінекології, частота яких у структурі гінекологічної патології сягає 10–15 %. В умовах сьогодення рак шийки матки посідає третє місце серед онкологічних захворювань у жінок, становить близько 12 % та не має тенденції до зниження.

**Мета:** опрацювати і оцінити новітню наукову медичну літературу та визначити етіологічні чинники, механізми патогенезу, найсучасніші шляхи лікування і профілактики цервікальної інтраепітеліальної неоплазії матки (CIN).

**Матеріали та методи:** в роботі використаний аналіз морфологічних змін, методів діагностики та лікування в сучасній науковій медичній літературі

**Результати:** діагноз інтраепітеліальна неоплазія базується на 7 морфологічних критеріях: збільшення розміру ядра, зміна форми ядра, збільшення щільності ядерного забарвлення, ядерний поліморфізм, збільшення

кількості мітозів, атипів мітози, порушення чи відсутність дозрівання. Була проаналізована динаміка і структура, основні тенденції і закономірності розвитку CIN за 15 років у сучасному світі. За останні 5 років є негативний приріст захворюваності CINIII ступеня при збільшенні приросту показників захворюваності CIN I і II ступеня. Встановлено, що найголовнішим етіологічним чинником у розвитку CIN є ВПЛ, який разом з сукупністю ряду фенотипових клініко-анамнестичних і соціально-психологічних, молекулярно-біологічних і молекулярно-генетичних факторів слугує обґрунтуванням комплексного обстеження пацієнток з виявленим захворюванням для оптимізації лікування. Терапія цервікальних інтраепітеліальних неоплазій ефективна лише при дотриманні алгоритму діагностики, який включає в себе клініко-візуальний метод; бактеріоскопічне виявлення мікроорганізмів, що населяють генітальний тракт і цервікальний канал з подальшим коригуванням виявлених порушень; оцінку епітеліального пласта, особливо в зоні трансформації, за допомогою цитологічних тестів; кольпоскопію; додаткову діагностику збудників урогенітальних інфекцій (УГІ) і виявлення вірусу папіломи людини методом ПЛР в реальному часі або методом HC2 (Digene-тест), а також морфологічне дослідження цервікального матеріалу, визначення білка E7.

**Висновки:** таким чином CIN за відсутності лікування прогресує в інвазивний рак. За допомогою сучасних технологій CIN підлягає лікуванню за допомогою кріотерапії, лазерної вапоризації уражених тканин, петлеподібної електроексцизійної процедури, конізації шийки і гістеректомії. Необхідно не забувати про алгоритм спостереження після лікування, яке включає повторні цитологічні дослідження або поєднання їх з кольпоскопією з інтервалами 4-6 міс. до 3-х негативних результатів.

О.К. Крохмалюк

### МІКРОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БІОТЕРОРИЗМУ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

А. В. Крижановська (к.біол.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогоднішній день біологічний тероризм перетворився в одну з найбільш серйозних загроз національної безпеки для всієї світової спільноти. Іноді засоби надання медичної допомоги, рівень розвитку медичної науки і технологій є неспроможними полегшити страждання населення, викликані результатами використання біологічної зброї. Знання про властивості мікроорганізмів, які можуть використовувати в якості біологічної зброї, є запорукою успішного вирішення проблеми біотероризму, діагностики і профілактики можливих уражень.

**Мета:** З'ясувати, які саме мікроорганізми вважають потенційними біологічними агентами; встановити, до яких наслідків може призвести їх використання; визначити методи профілактики, діагностики для гарантування біобезпеки населення.

**Матеріали та методи:** Проведення ретроспективного аналізу наукової літератури, огляд вітчизняних та іноземних видань, синтез теоретичних науково-обґрунтованих міжгалузевих знань.

**Результати:** В роботі представлена характеристика мікроорганізмів, які є найбільш небезпечними у випадку їх використання як бактеріологічної зброї. Бактерії та їх токсини за ступенем небезпеки поділяють на три групи - А, В і С. До групи А відносять збудників сибірки, чуми, натуральної віспи, туляремії, ботулотоксини, які є найбільш небезпечними. До групи В належать збудники кишкових інфекцій, бруцельозу, холери. Представниками групи С вважають збудники сказу, черевного тифу, ВІЛ та ін. В роботі подана характеристика основних факторів вірулентності бактерій, які забезпечують їх особливу небезпеку для населення. Наслідками використання біологічної зброї є епідемії, пандемії, масові ураження людей, тварин. У доповіді представлений огляд методів виявлення патологічних агентів за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА), полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), реакції імунофлюоресценції. Наведена характеристика вакцин і анатоксинів як препаратів для специфічної профілактики найбільш небезпечних інфекційних захворювань. Їх використовують як у плановому порядку відповідно до календаря профілактичних щеплень, так і при реальній загрозі ураження збудником інфекційного захворювання.

**Висновки:** Поділ мікроорганізмів і токсинів на групи залежно від ймовірності їх використання у якості зброї, а також їх вірулентності враховують при стратегічному плануванні готовності до спалаху захворювання. Розробка сучасних експрес-методів ідентифікації збудників, засобів профілактики захворювань необхідні для встановлення факту проведення біотерористичного акту, захисту і лікування постраждалих. За своєю силою біологічна зброя не поступається атомній чи хімічній. Тому все більшої уваги потребують поглиблені наукові дослідження питань біотероризму як сучасної потенційної загрози людству.

Я.В. Кузнецова

СТАН ЗАХВОРЮВАННОСТІ НА ЛЯМБЛІОЗ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Актуальність.** Проблема захворюваності на лямбліоз сьогодні є досить актуальною для Вінницької області. Для боротьби з цією проблемою розроблено комплекс різних заходів, проте випадки гострих та хронічних форм захворювання на лямбліоз реєструються у більшості районів Вінниччини. Варто відзначити, що лямбліоз – це дуже поширене захворювання, яке вражає як і доросле так і дитяче населення. Практично кожна людина є носієм лямблій та саме на основі цього лікарі часто ставлять діагноз “лямбліоз”, але не завжди такий діагноз правдивий. Важливо пам’ятати, що захворювання може протікати зовсім безсимптомно у легкій, так і у важкій формах.

**Мета.** Вивчити особливості перебігу захворювання та виявити такі випадки, коли людині потрібна кваліфікована медична допомога. З’ясувати роль найпростіших *Lambliainintestinalis* у зниженні інвазії. Провести санітарно-просвітницьку роботу серед дитячих садків, шкіл та університетів по Вінницькій області.

**Матеріали та методи.** Аналіз наукової літератури по Найпростішим *Lambliainintestinalis* та захворювання найпростішими населення Вінницької області та дітей за 2011-2017 р.р. Статистична обробка цифрових даних В. П. Боровиков (1997). Методика дослідження гідрологічних особливостей водних об’єктів В. Д. Романенко (2001). Встановлення коефіцієнту кореляції за допомогою програми STATISTICA.

**Результати.** Перший етап дослідження полягав в обробці статистичних даних Вінницької обласної санітарно-епідеміологічної станції по захворюваності населення на лямбліоз. Другим етапом стала обробка статистичних даних Вінницької гідрометеорологічної служби по кількості опадів за період з 2011 по 2017 р.р. Зроблено обрахунок за кількістю опадів по роках та випадків захворюваності населення на лямбліоз.

**Висновки.** Отже, нами узагальнено таблицю кількості опадів по роках (2011-2017 р.р.) у Вінницькій області та встановлено коефіцієнт кореляції між кількістю опадів та кількістю захворювань на лямбліоз, виявлено що найбільше зараження лямбліозом було в 2013 році. Проведено санітарно-просвітницьку роботу серед дитячих садків, шкіл та університетів у Вінницькій області та надано інформацію щодо заходів особистої профілактики лямбліозу.

Т.В. Кукуруза, В.А. Білай

## ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ ОСІБ НА РЕЛІГІЙНІ, ДЕРЖАВНІ ТА ІНШІ СВЯТА В МЕЖАХ ВІННИЦЬКОГО РАЙОНУ ЗА ДАНИМИ ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

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

**Актуальність:** Період святкувань визначних дат часто супроводжується нетиповими для повсякденного життя громадян обставинами. У зв’язку з широко поширеними серед не тільки населення але і працівників закладів охорони здоров’я та правопорядку стереотипами щодо причин смертності населення у різні визначні дати, які не підкріплені перевіреними даними, виникає необхідність у дослідженні показників смертності осіб у періоди свят.

**Мета:** Проаналізувати динаміку та характер показників смертності за нозологіями серед населення Вінницького району за останні 7 років в період свят, використовуючи дані Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи (ВОБСМЕ); охарактеризувати основні показники та їх динаміку в структурі смертності за віком та статтю.

**Матеріали і методи:** Дані дослідження взяті з журналів архіву ВОБСМЕ за 2011-2017 роки; показники смертності враховувалися в період одного тижня після закінчення досліджуваного свята; математична обробка отриманих даних виконана в межах програми Microsoft Word.

**Результати:** Дослідивши журнали з архіву ВОБСМЕ, ми виявили, що за період 2011-2017 рр. гендерний розподіл померлих осіб склав - 80% чоловіків та 20% жінок. Серед основних причин смерті, на 1-му місці є механічна асфіксія шляхом повішення – 35,52%, на 2-му місці дорожньо-транспортна пригода – 12,16%, 3-є - токсична дія алкоголю – 10,46%, далі хронічна ішемічна хвороба серця – 6,81 %, вбивство – 6,56%, інфаркт міокарда – 5,1%, цироз печінки – 4,62%, отруєння – 3,64%, аспірація їжею, шлунковим вмістом, кров’ю – 3,16%, падіння з висоти – 2,67%, панкреонекроз – 2,43 %, кардіоміопатія - 2,18%, опіки - 0,97%, обмороження - 0,72%, дія електроструму – 0,72%, інсульт - 0,72%, причина смерті не встановлена внаслідок гнильних змін – 0,72%, туберкульоз – 0,48%, менінгіома – 0,24%. При дослідженні показників смертності по роках виявлено: в 2011 році на свята було зафіксовано 48 смертей, 2012 р. - 52, 2013 р. - 55, 2014 р. - 60, 2015 р. - 63, 2016 р. - 60, 2017 р. - 73. Дослідження виявило такі характерні особливості смертності на свята: найвищі показники за всі 7 років смертей припадають на Різдво Івана Предтечі (Івана купала) – 86 смертей, Травневі свята – 76, Новорічні свята – 54, Пасха – 43, Різдвяні свята – 41, Водохрещення – 35, 23 лютого – 34, День Незалежності України – 33, 8 Березня – 32 померлих осіб. При дослідженні показників за віковими групами: 0-19 років – 14, 20-59 років – 331, 60 і старше – 66 померлих осіб.

**Висновок:** Проаналізувавши дані журналів з архіву бюро, можемо зробити висновок про неухильне збільшення чисельності смертельних випадків, що припадають на свята в період 2011-2017 рр. Найбільш часто помирають особи чоловічої статі, працездатного віку; найбільш часто зустрічаються випадки смерті від механічної асфіксії – повішення. Найвищі показники смертності припадають на свято Івана Купала, а найменші – на 8 березня. Отримані дані дозволяють створити групи особливого ризику тих чи інших категорій населення в період різних свят.

Кульчицький І.Т.

## ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ І ТКАНИН. ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ

Кафедра медичної біології

Н.М. Гринчак (доц.)

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

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Трансплантологія була і залишається найбільш прогресивним напрямком в медицині кінцевою метою якого є продовження життя людини з втраченою функцією життєво важливого органу – найбільш важкою патологією з якою коли-небудь доводилося боротися. Трансплантаційна хірургія в світі розвивається настільки швидко, що число різних пересадок органів і тканин досягло 40 тисяч в рік, і в найближчі десятиліття складатиме 50% всіх операцій.

**Мета.** Якомога більше систематизувати інформацію про трансплантацію органів і тканин, дослідити сучасні проблеми, перспективи та досягнення. Довести, що трансплантологія – одна із найважливіших галузей медицини.

**Матеріали та методи.** Науково обгрунтовані та достовірні дані з медичних статей журналів: «Український медичний вісник», «Український журнал нефрології та діалізу», «Український кардіологічний журнал», періодичні видання, репозиторій ВНМУ, книги авторства Шумакова і Готьє, статистичне анонімне опитування студентів щодо обізнаності в питаннях трансплантології.

**Результати.** У клініці людині найчастіше трансплантують кістковий мозок, шкіру, нирки, печінку та серце. На початку ХХІ сторіччя до цього списку додалися тонка кишка, долі і сегменти печінки, легені, кістки, підшлункова залоза, клітини панкреатичних островців. Для трансплантації використовуються як трупні, так і отримані від живих донорів органи і тканини. На сьогодні найбільше та найактивніше розвинена трансплантація нирки та серця, які займають 50-60% і 13-18% від усіх пересадок органів відповідно. Важливе місце посідає збереження трансплантату. За 2017 рік в Україні було проведено 143 операції по пересадці органів, із них у 15 випадках використовували органи мертвих людей. На даний момент компонентами стандартного протоколу імуносупресії в клінічній практиці є неспецифічні препарати декількох типів, а саме кортикостероїди, цитостатики, інгібітори кальцєневрину, та ін.

Завдяки введенню в практику протоколу імуносупресії вдалось суттєво підвищити показники виживання як пацієнта, так і трансплантанта. Однак все ще залишається відкритим питання щодо нефротоксичної дії циклоспорину А. Не вирішене питання і щодо українського законодавства в області трансплантології.

**Висновок.** Отже, трансплантологія розвивається, вчені винаходять все більше і більше нових методів, щоб зменшити інвазивність втручання, покращити перебіг лікування, збільшити шанси на життя пацієнтів. На даний момент можна сказати, що трансплантологія є часто незамінною при кінцевих стадіях серцевої та ниркової недостатності, тому необхідно звернути увагу на розвиток системи профілактики захворювань серця та нирок. Також необхідно врегулювати закон в Україні, на нашу думку, необхідно полегшити бюрократичну частину трансплантації, тому що час є дуже важливим під час таких операцій.

І.Ю. Сідько, І.Т.Кульчицький, В.О. Поперечний

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИБІОТИКІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ВУГРЕВОЇ ХВОРОБИ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

В.П.Ковальчук (д.мед.н., проф.)

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

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Захворюваність інфекційними і паразитарними ураженнями шкіри і підшкірної клітковини за останнє десятиріччя зросла на понад 15%. В переліку подібних захворювань одне з чільних місць посідає вугрова хвороба, якою страждає понад 60% осіб підліткового та юнацького віку. Етіологія та патогенез хвороби в повній мірі не вивчені. Відомо, що провідним патогенетичним механізмом хвороби є розвиток запальної реакції у перифолікулярних ділянках шкіри, що обумовлено порушенням продукції і складу шкірного сала та діяльністю мікрофлори. Серед етіологічних чинників провідну роль відводять факультативно анаеробним пропіонобактеріям, які є автохтонними умовно-патогенними мікроорганізмами і локалізуються в нижніх частинах протоків сально-волосяних фолікулів. Однак беззаперечним вважається етіологічне значення поверхнево розташованих гноєутворюючих коків.

**Мета.** Дослідження видового складу мікрофлори виділень з патологічних утворень шкіри при вугровій хворобі

та визначення її чутливості до протимікробних засобів.

**Матеріали та методи.** Проведено бактеріологічне дослідження вмісту пустул 53 осіб з вугровою хворобою. Висів матеріалу виконували на кров'яний м'ясо-пептонний агар. Ідентифікацію виділених мікроорганізмів проводили за сукупністю морфологічних, тинкторіальних, культуральних та біохімічних ознак. Чутливість до оксациліну, амоксациліну, амоксациліну/клавуланату, цефазоліну, цефтриаксону, кларитроміцину, лівоміцетину, доксицикліну, ципрофлоксацину, кліндаміцину визначали з використанням стандартного диско-дифузійного методу.

**Результати.** У 18,8% обстежених із вмісту пустул мікрофлора не виділена. У 62,2% випадках виділено мікроорганізми роду *Staphylococcus*. У 22,6% у дослідженому матеріалі виявлено грампозитивних паличок, що за сукупністю визначених ознак можна віднести до пропіонобактерій. З їх числа у 7,5% випадків грампозитивні палички були в асоціації з стафілококами.

Найвищий рівень чутливості виділені штами стафілококів виявляли до цефазоліну (96,9%). Досить високою була чутливість виділених стафілококів до цефтриаксону та ципрофлоксацину (90,7% та 89,3% відповідно). До доксицикліну і лівоміцетину, які найчастіше застосовуються у дерматологічній практиці в схемах комплексного лікування вугрової хвороби, виділені стафілококи виявляли невисокий рівень чутливості. Так, до доксицикліну чутливими виявились 68,8% виділених штамів, а до лівоміцетину лише 40,7% відсотків виділених штамів. Найнижчим виявився рівень чутливості виділених стафілококів до кларитроміцину (18,8%).

**Висновок.** У розвитку місцевого запального процесу у елементах висипів при вугровій хворобі приймають участь стафілококи. Традиційно використовувані для лікування захворювання антибіотики лівоміцетин і доксициклін у відношенні цих бактерій в сучасних умовах є малоефективними.

К.А. Курій

#### «ГЕНЕТИЧНА ОБУМОВЛЕНІСТЬ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ»

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.П. Сорокоумов (к.м.н., доц.)

Т. М. Король (к.м.н., доц.)

Вінницький Національний Медичний Університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми:** Статистика ВООЗ свідчить, що рак грудей є найбільш розповсюдженим видом злоякісних новоутворень у всьому світі. В Україні рак грудної залози займає першу позицію серед жіночих онкологічних хвороб. За даними Інституту раку, кожна 7 жінка має проблеми з грудними залозами, але до лікарів звертається занадто пізно: при першому огляді у четверті жінок виявляють метастатичні стадії хвороби, які лікувати надзвичайно важко. Змінити ситуацію допоможе раннє виявлення хвороби, адже на 1 стадії рак грудей виживується у 95% жінок.

**Мета:** За даними літератури та проведеною експериментальною роботою довести, що генетична мутація генів BRCA 1, 2 значно підвищує ризик розвитку злоякісного процесу молочної залози.

**Матеріали та методи:** Опитування Вінничан з приводу обізнаності їх щодо даного захворювання. Статистичні дані захворюваності раку молочних залоз серед жінок на 2012- 2015 роки. Дані з докторської дисертації Ольги Броварець «Мікроструктурні механізми виникнення спонтанних точкових мутацій».

**Результати:** В світі одним з лідируючих патологічних процесів серед жіночої частини населення є рак молочної залози, що на 2015 рік становив 1,7 млн., 11,9%. До 2015 р. у світі передбачається збільшення захворюваності на рак до 19,3 млн. нових випадків на рік у зв'язку зі збільшенням частки людей похилого віку. В Україні реєструється значний відсоток хворих, які з моменту встановлення діагнозу раку молочної залози не прожили 1 року, так у 2012 р. таких випадків нараховувалась десята частина (10,9%) від усіх вперше зареєстрованих випадків раку молочної залози. Ці невтішні дані опосередковано свідчать про досить високий відсоток занедбаних (III–IV) стадій раку. Так, у 2013 р. було діагностовано випадків раку молочної залози I-II стадій — 77,1%, III стадії — 13,6%, IV стадії – 7,1%, не визначено стадію — 1,6%. Проте, щодо цього показника, слід зазначити, що за останнє десятиріччя (2001–2012 рр.) відмічається зменшення числа хворих на рак молочної залози, що не прожили 1 року з моменту встановлення діагнозу. Запропонована рання діагностика та розроблені різні її концепції.

**Висновок:** Одним з провідних факторів збільшення смертності серед жіночої частини населення є рак молочних залоз. Він обумовлений генетичними мутаціями генів BRCA-1 та BRCA-2 можна лише виявити за допомогою відповідних маркерів. Обізнаність та рання діагностика збільшують вірогідність сприятливого перебігу в лікуванні даної патології.

І.О.Ладан

#### ХІМІЧНА ТЕОРІЯ ЕВОЛЮЦІЇ.



## ОСТАННІЙ УНІВЕРСАЛЬНИЙ СПІЛЬНИЙ ПРЕДОК

Кафедра медичної біології

Т.І.Шевчук(доц.,к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

М. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Дана робота присвячена хімічній теорії еволюції та останньому універсальному спільному предку. Адже ці два предмети є основоположними для розуміння розвитку життя на планеті. Саме з хімічної теорії еволюції почалося дослідження генезу людини на Землі.

**Мета дослідження:** Вивчення експерименту, який був проведений Стенлі Міллером і Гарольдом Юрі в 50-х роках минулого століття, та був направлений на підтвердження даної теорії, а також розгляд дослідження німецької наукової групи університету імені Генріха Гейне в Дюсельдорфі з походження останнього універсального спільного предка та дослідження його геному.

**Результати:** У апараті, який складався зі скляної сферичної колби і трубок, в якому речовини, які випаровувалися, циркулювали по замкнутому контуру, охолоджувалися і знову надходили в колбу. Після двох тижнів роботи рідина в колбі стала набувати темного червоно-коричневого відтінку. Міллер провів аналіз цієї рідини і виявив в ній амінокислоти - основні структурні одиниці білків.

В результаті досліджень групи німецьких вчених під керівництвом Вільяма Мартіна вдалося згрупувати 6 мільйонів генів в 286 тисяч родинних сімейств. Аналіз показав, що серед всіх сучасних організмів широкопоширені тільки 355 генних родин.

На сучасному етапі існування біологічної та хімічної науки, вчені не можуть дійти згоди про походження, стан та структуру «океанічного супу», не було знайдено консенсусу в ряді інших питань, які стосуються виникнення першої клітини(або клітин) з якої бере початок все живе, а також, яким саме чином ці клітини були сформовані. Що ж стосується LUCA(останнього універсального спільного предка), то науковці не можуть дати точне визначення, що це був за організм(хоча мають припущення!).

**Висновок:** Отже, у наші дні ця область знань переживає період бурхливого розвитку, в ній з'являються і проходять перевірку різні гіпотези. З цього виру гіпотез повинна з'явитися теорія про те, як же виникли наші перші предки.

Л.М. Левчук

## ХРОМОСОМНІ ХВОРОБИ: ЦИТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ

Кафедра медичної біології

С.М. Горбатюк (доц., к. б. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми:** значну частину спадкових патологій людини становлять хромосомні хвороби, тобто хвороби пов'язані з хромосомним та геномним рівнем організації генетичного матеріалу. В основі хромосомних хвороб лежать порушення структури, зміни кількості окремих хромосом і їх плідності. Більшість хромосомних порушень несумісні з життям.

**Мета.** Вивчити основні цитогенетичні механізми виникнення порушень кількості і структури хромосом та їх наслідки.

**Результати.** Хромосомні хвороби найчастіше не успадковуються, від батьків до дітей не передаються, каріотип батьків цих хворих нормальний, а аномальні хромосомні зміни відбуваються в гаметах, з яких розвивається хворий організм.

Хромосомні захворювання — патології, спричинені структурними порушеннями (абераціями) певних хромосом або змінами їх кількості. Загальною особливістю всіх хромосомних хвороб є множинність ураження.

Синдром Лежена (синдром "котячого крику"). Він трапляється з частотою 1:40 000—50 000 живих новонароджених унаслідок делеції в короткому плечі 5-ї хромосоми (5p). Розмір утраченого фрагмента в різних випадках змінюється. Виразним симптомом цієї хвороби є характерний плач дитини, який нагадує нявчання кішки і зумовлений аномальним розвитком гортані або голосових зв'язок.

Синдром Вольфа — Хіршхорна. Його спричинює переважно делеція в короткому плечі 4-ї хромосоми (4p). Частота захворювання 1:100 000 живих новонароджених. Ознаками синдрому Вольфа—Хіршхорна є численні вроджені вади розвитку, затримка розумового та психічного розвитку.

Синдром Дауна. Це всебічно вивчена хромосомна хвороба. Частота синдрому серед новонароджених досягає 1: 700—800 (0,12—0,14%). Співвідношення хлопчиків і дівчаток серед хворих становить 1:1. У більшості захворювань на синдром Дауна спричинені транслокаціями довгого плеча 21-ої хромосоми (каріотип 47, XX (XY) + 21). До 4% захворювань на синдром Дауна спричинені транслокаціями довгого плеча 21-ої хромосоми переважно на 14-ту хромосому. Невелика (до 2%) частка дітей із синдромом Дауна має мозаїчні форми (47 + 21/46). Синдрому Дауна властиві такі основні діагностичні ознаки: монголоїдні очі (косо розміщені, з епікантом), широке перенісся, деформовані вушні раковини, напіввідкритий рот, збільшений язик, короткі шия, кисті та стопи тощо.

Синдром Патау за частотою (1: 5000—7000 новонароджених) посідає друге місце після синдрому Дауна серед аутосомних трисомій і також не залежить від статі. У більшості випадків (80—85%) його спричинює трисомія

13-ї хромосоми при каріотипі 47, XX (XY) + 13. Найхарактернішими зовнішніми вадами розвитку є розщеплення верхньої губи та піднебіння, а також полідактилія.

**Висновок.** Вивчення механізмів виникнення хромосомних захворювань та їх проявів має велике значення для діагностики та профілактики даної групи спадкової патології.

О. Ю. Лепетенко, О. В. Колодій

### **ЗНАЧЕННЯ ПРОБІОТИКІВ У ЛІКУВАННІ ДИСБАКТЕРІОЗІВ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

С. А. Колодій (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Рівень захворюваності населення на хвороби органів травлення зростає усьому світі, в тому числі і в Україні. За даними Центру медичної статистики МОЗ України на гастроентерологічну патологію, в тому числі що супроводжуються дисбактеріозами хворіють біля 18 тисяч на 100 тисяч населення. Тому великого значення набувають фундаментальні дослідження патології усіх відділів травної системи, в тому числі пов'язані з порушенням мікробіоценозу кишечника.

**Мета:** Дослідити роль пробіотиків у підтриманні життєдіяльності макроорганізму за рахунок відтворення нормальної мікрофлори ШКТ, відновлення шару слизової оболонки, кишкового епітелію, стимуляції імунної системи кишечника.

**Матеріали та методи:** Досліджували літературні дані щодо пробіотиків, які містять живі культури мікроорганізмів у вигляді монокультур чи їх комплексів ( Лактобактерин, Бифидумбактерин, Бифіфарм, Бифікол) і продукти харчування тваринного походження (молочнокислі), що здатні підтримувати і відновлювати мікрофлору шлунково-кишкового тракту під впливом корекції мікробної екології організму хазяїна (йогурти, біокефір).

**Результати:** Встановлено, що позитивний вплив пробіотиків на слизову оболонку ШКТ проявляється за рахунок: модуляції бар'єрної функції кишечника, покращення трофічної дії на слизову оболонку, пригнічення життєдіяльності патогенних бактерій шляхом блокування прикріплення до епітелію і інвазії патогенних бактерій, стимулюють продукцію цитокінів у кишечнику, забезпечують протизапальні властивості, позитивно впливають на імунну систему шляхом підсилення продукції секреторного IgA, збільшення продукції інтерлейкінів та інтерферонів. Біфідобактерії відновлюють бактеріальний баланс кишкової мікрофлори, проявляючи загальний позитивний вплив на організм хазяїна. При цьому вони мають високу біосинтетичну активність (синтез коротколанцюгових жирних кислот, вітамінів, полісахаридів, незамінних амінокислот, корисних ензимів, бактеріоцинів та ін.) . У людей, які регулярно приймають пробіотики з профілактичною метою визначають покращення загального самопочуття і підвищення опірності організму проти інфекційних агентів. Високу результативність показало вживання пробіотиків у відновленні мікрофлори, після антибіотикотерапії. Але крім позитивного впливу існує ймовірність розвитку небажаних ефектів: розвиток інфекційних процесів, метаболічні розлади, надмірна імуностимуляція лімфатичного апарату кишечника, формування нових клонів мікроорганізмів за рахунок передачі генів.

**Висновки:** У ході роботи виявлено корисний вплив пробіотиків на організм людини, що проявляється у підвищенні опірної здатності організму за рахунок відновлення мікрофлори та захисних речовин на поверхні слизової оболонки кишечника. Проте прийом пробіотиків має бути контрольованим і призначатися лікарем.

В.О. Лепетун, Ю.І. Лоботрас

### **ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ УШКОДЖЕНЬ ПРИ ПОСТРІЛАХ З ГАЗОВОЇ СТВОЛОВОЇ ЗБРОЇ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.М. Перебетюк(ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Небувало розповсюдження на території України в останні десятиліття набули різноманітні види вогнепальної зброї. Одним з найбільш поширених типів вогнепальної зброї є газова ствольна зброя, що споряджена іригантами, а саме – стернітами, лакриматорами тощо. Ушкодження, які вони спричиняють, їх судово-медична оцінка, можливість визначення дистанції, напрямку пострілу, механізму виникнення ушкоджень є досі маловивченою тематикою і потребують ретельного аналізу.

**Мета:** Оцінивши конструктивні особливості та механізм дії газової ствольної зброї, ушкоджуючі фактори при пострілах з них, описати, на основі даних вітчизняної та іноземної літератури, особливості проведення судово-медичної експертизи та експертну інтерпретацію ушкоджень при пострілах з газової ствольної зброї.

**Матеріали та методи:** Дані вітчизняних та іноземних фахових видань, літературних джерел щодо судово-медичного дослідження ушкоджень при пострілах з газової ствольної зброї, її будови, механізму дії.

**Результат:** Основною відмінністю моделей газової ствольної зброї від бойової стрілецької зброї є відсутність в кінцевому відділі ствола розсікача і полів нарізів. Газові патрони містять у гільзі спеціальну подразнюючу

речовину – іритант, що знаходиться або в рідкому, або в кристалічному вигляді. Головними ушкоджуючи ми факторами, які варто відмітити є: ствольне повітря, дрібнодисперсні частки речовини подразнюючої дії, порохові гази, частини газового патрону. Основні етапи огляду пошкодження і ушкодження мають включати в себе: визначення точної локалізації феноменів, виділення епіцентру пошкодження, характер, форма, характер і розмір пошкодження, опис характеру ушкодження (наявність садна, рани чи синця), локалізація з урахуванням анатомічних точок тіла, особливості країв рани, форма і розмір дефекту шкірних покривів. При вивченні медичної документації слід звернути увагу на наявність скарг потерпілого на печію, біль, різь в очах, виражену сльозоточивість, світлобоязнь, біль за грудниною, в животі, позиви до блювоти. Зазвичай ушкодження при пострілах з газової ствольної зброї є сліпими, тому питання диференціації вхідного і вихідного отворів втрачає свою актуальність. Для встановлення дистанції пострілів допускається використання матеріалів і методик, що аналогічні при пострілах з дробової мисливської зброї. Кіт пострілу встановлюється з урахуванням характеру відкладання зерен незгорілого пороху і кіптяви відносно визначеного епіцентру ушкодження (чи пошкодження при дослідженні одягу) та формою зон відкладання додаткових факторів пострілу. Проте, досі лишається практично не вирішеним питання визначення послідовності пострілів при використанні газової ствольної зброї.

**Висновок:** Проведений аналіз особливостей ушкоджень, спричинених пострілами з газової ствольної зброї та її будови дозволяє провести повноцінну експертну інтерпретацію даних, що можуть в подальшому використовуватися на практиці судово-медичними експертами.

Д.Г.Лук, Ю.С. Павлюк

## ОСОБЛИВОСТІ ПОШКОДЖЕНЬ ТА УШКОДЖЕНЬ ПРИ ПОСТРІЛІ ВПРИТУЛ З КАРАБІНУ «KRISSEDEFIANCE»

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

А.М.Перебетюк (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Постійні зміни асортименту вогнестрільної зброї у світі обумовлені різними причинами як технічного плану так і сферою застосування – від бойової до спортивної. Зміни конструкції самої зброї та появи нових набоїв до них спричиняють появу недостатньо вивчених ознак слідів пострілів. У зв'язку з цим, має значення вивчення особливостей вогнепальних ушкоджень і пошкоджень, що виникають при застосуванні зброї з сучасними конструктивними модифікаціями на різних дистанціях пострілів.

**Мета.** Використовуючи дані, отримані при проведенні експериментальних пострілів, виявити характерні особливості пошкоджень на перешкоді та ушкоджень на мішенях-імітаторах при застосуванні певної моделі зброї на дистанції впритул.

**Матеріали і методи.** З метою отримання пошкоджень на перешкоді та ушкоджень на мішенях-імітаторах біологічних тканин проведено серію експериментальних пострілів з напівавтоматичного карабіну KrissDEFIANCE калібр 22 LR на дистанції впритул. Об'єкти дослідження: мішені-імітатори (шматочок свинячої шкіри з підшкірною клітковиною товщиною від 1,5 до 2,0 см); в якості перешкоди використовувалась подушка розміром 50×70 см, з бавовняним напірником, наповнювач – силіконізоване поліефірне волокно та всередині пружний високощільний поліуретан. При виконанні експериментальних пострілів відмічені атмосферні показники: температура повітря – +5°C, вологість 71%, атмосферний тиск – 715 мм рт.ст., швидкість вітру 8 м/с, південно-східного напрямку. При проведенні дослідження використовували візуально-описовий метод.

**Результати.** Проведені експериментальні постріли дозволили отримати пошкодження на перепоні та ушкодження на мішенях-імітаторах. Вхідні отвори на перепоні округлої форми з дефектом тканини розмірами від 0,4 до 0,7 см в діаметрі, з чіткими поясками обтирання на ширину до 0,4 см по окружності отворів, присутні розволокнення країв отвору. Навколо дефектів виявлено ділянки відкладення продуктів пострілу місцями високої інтенсивності з чіткими напрямленнями в сторони від дефектів та відповідною зональністю відкладання забруднення. Вихідні отвори на перепоні мають умовну ромбовидну форму з радіальними розривами – від 0,3 до 0,4 см, з відсутністю дефекту тканини і відкладанням продуктів пострілу. Вхідні отвори на мішенях-імітаторах мають чітку округлу форму, з дефектом тканини від 0,4 до 0,6 в діаметрі з видимим пояском осадження по окружності дефекту. Вихідні отвори на мішенях-імітаторах мають кратероподібну форму, суттєво відрізняються за розмірами (значно більші) від вхідних (розмірами від 1,2 до 1,8 см в діаметрі), краї їх нерівні з неоднорідними осередками відкладання додаткових чинників пострілу по окружності діаметром від 2,4 до 3,1 см.

**Висновки.** Результати проведених експериментальних досліджень дозволяють використовувати виявлені особливості утворених при пострілах впритул пошкодженнях на перепоні та ушкодженнях на мішенях-імітаторах біологічного матеріалу в подальшій експертній оцінці та ідентифікації застосованої зброї.

О.І.Матвійчук

## МОРФОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ ПРИ КАЛЬЦИНУЮЧІЙ ХВОРОБИ

## АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА СЕРЦЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.А.Польова (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** кальцинуюча хвороба клапанів серця (КХКС) - найчастіша лапанна патологія серця і третє за чистотою після артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця захворювання серцево-судинної системи в основі якого лежить розвиток кальцинозу клапанного апарату з переважним ураженням аортального клапана і формуванням його стенозу. На даний час не існує єдиного уявлення про механізми кальцифікації. Для розробки більш ефективних засобів і етіологічно орієнтованої профілактики та патогенетично обґрунтованого лікування серцевої патології необхідно більш глибоке розуміння ролі як самої біомінералізації, так і додаткових чинників, дія яких може попереджувати або сприяти ушкодженню впливу патологічних кальцинатів.

**Мета:** вивчити аспекти патологічної біомінералізації в аортальному клапані при ураженні його кальцинуючої хворобою

**Матеріали і методи:** аналіз наукових досліджень та публікацій за період 2010-2017 р. з репозитарію бібліотеки ВНМУ, СумДУ, та ресурсу PubMed.

**Результати:** прогресуванню кальцинуючої хвороби аортального клапана передують його патологічне склерозування яке діагностується при збільшенні еходенситивності внаслідок нерівномірного склерозу стулок зі значним потовщенням по периферії. Патоморфологічною основою КХКС є дистрофічне звапнування фіброзного кільця з утворенням дрібних кальцинатів на ньому і поширенням на основі стулок АК. Патологічні утворення являють собою агрегати із взаємодіючої органічної і мінеральної складових, співвідношення яких змінюється по мірі дозрівання: органічний компонент зменшується, а мінеральний компонент росте і удосконалюється. Процес супроводжується хронічним запаленням, вогнищевими ліпоїдозом стулок і утворенням звапнень різного ступеня «зрілості» - від початкової розсіяної зернистості до великих сформованих кальцинатів з ознаками осифікації. Притому може спостерігатись патологічний синтез тканинного ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) у стулках клапанів, який взаємодіє з ЛПНГ і зумовлює прогресування їх пошкодження при КХКС. Ці фактори викликають активне імунне запалення уражених ділянок з великою кількістю макрофагів, Т-лімфоцитів та виділенням прозапальних цитокинів та маркерів диференціації. Це створює умови для трансформації фібробластів і міофібробластів у проостеобласти, остецити та остеокласти, які продукують остеогенні білки та прискорює патологічний апоптоз ендотеліоцитів та фібробластів.

**Висновок:** стрімкий розвиток процесу звапнування клапана передують подальшому ослабленню місцевого імунітету і можливий колонізації та персистенції хронічної інфекції, що значно прискорює розвиток вади АК. Крім того, КХКС створює умови для виникнення інфекційного ендокартиту при інфікуванні патогенними мікроорганізмами з високою вірулентністю.

Н. В. Мевшук

## ДИНАМІКА ПОШИРЕННЯ КІРУ В УКРАЇНІ У ПЕРІОД З 2016-2017 РОКИ ТА ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Є.Ф. Макац ( доцент, к.б.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема поширення кору займає одне з центральних місць серед інфекційних захворювань в Україні. Кір - це антропонозне гостре вірусне захворювання, що викликає вірус роду Morbillivirus. Хвороба характеризується високою контагіозністю та такими клінічними ознаками, як сильний головний біль, слабкість, підвищення температури до 40°C, пізніше з'являється нежить, кашель як при ларингіті, характерне запалення слизової оболонки ока – кон'юнктивіт. Подальший розвиток хвороби супроводжується появою на піднебінні рожевих крапкових висипань (енантем), а на слизовій оболонці щік, ясен і губ - характерні для кору білуваті цятки (плями Бельського-Філатова-Коплика). На 4-5 день хвороби з'являється висип на шкірі голови, за вухами, на обличчі. Пізніше він поширюється на тулуб, руки та ноги. Коревий висип являє собою численні дрібні червонуваті цятки і пухирці, які мають тенденцію до злиття й утворення більших плям. За останні 2 роки в Україні стрімко зростає кількість хворих на кір. Хвороба передається повітряно-крапельним шляхом, що сприяє поширенню збудника.

**Мета:** Проаналізувати та узагальнити поширеність вірусу в Україні за останні роки, вивчення, обробка та аналіз науково-медичної літератури по даній темі.

**Результати :** За даними центру громадського здоров'я МОЗ в Україні протягом 2016 року було трохи більше ніж 100 хворих на кір, за 2017 рік в Україні зафіксували 4 782 випадки захворювання на кір, лише за перші два тижні 2018 року на кір захворіло 1285 людей, восьмеро померли, серед них - п'ятеро дітей, тобто кількість хворих зросла приблизно в 40 разів, порівняно з попереднім роком. За статистикою, 2017-го року в Івано-Франківській області захворіли 1344 людей, у Закарпатській –637, Одеській 1256, з них 2 дорослих та 3 дітей

померли. В інших регіонах реєструвались поодинокі випадки, окрім Луганської. Важливо зазначити, що специфічного лікування проти кору не існує. Найбільш дієвою профілактикою називають вакцинацію.

**Висновок:** Відомо, що 9 з 10 неімунізованих людей хворіють на кір після контакту з хворим. Це одна з найпоширеніших причин дитячої смертності у світі. Від кору помирають три-п'ять людей на 1000 хворих. Біля 30% хворих на кір матимуть такі ускладнення, як втрата слуху, енцефаліт і пневмонія, а з часом виникнення повільної вірусної інфекції – підгострого склерозуючого паненцефаліту. Найкращою профілактикою кору вважають вакцинацію, згідно з календарем профілактичних щеплень в Україні.

А.М. Музика, Ю.О. Шишковська  
**ГІСТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ**  
**Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права**  
**В.О. Бевз**

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

**Актуальність:** В Україні 1-е місце за захворюваністю серед чоловіків посідає рак легенів, серед жінок – рак молочної залози. Колоректальний рак (КРР) виходить на 2-е місце, маючи тенденцію до безперервного росту захворюваності. За даними ВООЗ, щорічно в світі реєструється один мільйон нових випадків хворих на КРР. У 2016 р. смертність від КРР склала 49 190 чоловік. За останні роки було проведено багато досліджень гістогенетичних відмінностей між пухлинами, розташованими в правій, лівій частині товстої кишки та прямої кишки, адже вони мають різне ембріологічне походження. Сегмент, що тягнеться від сліпої кишки до проксимальної дві третини поперечної ободової кишки, походить від середньої кишки. Сегмент, що включає дистальну третину поперечної ободової кишки і верхній анальний канал, походить від задньої кишки. Сегмент, що тягнеться від нижньої частини анального каналу до анального сфінктера, походить з ектодермальної воронки.

Враховуючи вищевикладене, метою нашого дослідження стало вивчення гістогенетичних відмінностей різних локалізацій колоректального раку.

**Матеріали та методи:** Фіксація матеріалу проводилась в 10% нейтральному забуференому формаліні. Матеріал проходив ізопропілову вакуумну проводку з подальшою імпрегнацією паропластом та заливкою в парафін. Нарізка препаратів відбувалась на напівавтоматичному ротаційному мікротомі Amos ERm3100 з товщиною зрізів до 5мкм. Фарбували препарати гематоксилін-еозином, імуногістохімічними маркерами p53, CA19-9, PEA з подальшим заключенням препарату в гістологічний бальзам під покривне скло. Візуалізація і оцінка результатів реакції антиген-антитіло в зрізах біоптатів шляхом непрямого двокрокового стадійного імуногістохімічного дослідження за системою Mouse/RabbitPolyVueHRP/DAB виконувалась за допомогою мікроскопа. Використовувались дані «real-time» досліджень полімеразної ланцюгової реакції мутації генів BRAF, KRAS, APC.

**Результати дослідження:** Колонобіоптати пацієнтів з КРР були розділена на 3 групи в залежності від розташування пухлин (RC –права ободова, LC – ліва ободова, RR – пряма кишка). Дослідження тканинних маркерів показали різницю у відсотковому співвідношенні мутацій різних генів RC, LC, RR. Результати мутацій RC – BRAF 25%, KRAS 51%, P53 56%, APC 53%. Мутації LC – BRAF 7%, KRAS 42%, P53 67%, APC 60%. Мутації RR – BRAF 3%, KRAS 50%, P53 71%, APC 66%. Ці дані дають можливість розуміння механізмів, пов'язаних з розвитком колоректального раку.

**Висновок.** Проведене дослідження демонструє закономірність різниці частоти і видів мутацій в різних відділах товстого кишечника, що дає можливість розділити КРР на рак правої ободової, лівої ободової і прямої кишки. Такий поділ полегшує розуміння ролі специфічних мутацій відповідних генів в пухлинній прогресії, прогнозі і ефективності лікування КРР.

О.С. Мусяченко  
**РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ У ПРОГРЕСУВАННІ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ**  
Кафедра патологічної анатомії

Т.М. Король (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Підвищення народжуваності є одним із найважливіших завдань, яке розгорнуте в нашій країні. Згідно з сучасними уявленнями, лейоміома матки належить до основних причин безпліддя.

**Мета:** На основі аналізу літератури, дослідити вплив жіночих статевих гормонів на зміни морфофункціонального стану міометрію у жінок з лейоміомою матки.

**Матеріали та методи:** Клініко-лабораторне обстеження жінок репродуктивного віку (від 18-40 років), аналіз науково-дослідницьких публікацій європейських вчених у галузі патогенезу лейоміоми матки за останні 7 років.

**Результати:** При дослідженні стану системи гормонального гомеостазу у жінок з лейоміомою, було встановлено порушення фізіологічної секреції статевих гормонів:

1. Підвищення концентрації естрогенів і їх рецепторів у матці з лейоміомою у порівнянні з нормальним міометрієм.
2. За результатами імуногістохімічного дослідження виявлений збільшений вміст естрогенів у центрі великих лейоміоматозних вузлів.
3. Про вплив прогестерону на патогенез лейоміоми матки свідчать дані про прискорення росту пухлини в лютеїнову фазу менструального циклу, а також збільшення експресії Ki-67(антиген клітинної проліферації) у нормальному міометрії в тій же фазі.
4. У міометрії і ендометрії, які оточують лейоміоматозний вузол, існує локальна продукція естрогенів за рахунок перетворення естрон-сульфату естрон-сульфатазою у естрон, а також за рахунок конверсії андростендіона в естрадіол ароматазою.
5. У міометрії знайдена активність цитохрома P-450 (ароматази), який відповідає за інверсію C19 стероїдів, у той час як у міометрії маток, які не мають міоматозних вузлів, активність даного ферменту не виявлена.

**Висновки:** При дослідженні функціонування системи гормонального гомеостазу у жінок з лейоміомою, встановлено порушення фізіологічної секреції статевих гормонів, естрадіолу та прогестерону, у бік гіперестрогенії. Був відмічений вплив прогестерону на лейоміоматозні вузли в матці, про це свідчать дані про прискорення росту пухлини в лютеїнову фазу менструального циклу.

С. В. Нестерук

### СУБМІКРОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ РОГІВКИ ПРИ НЕПРОНИКАЮЧІЙ МЕХАНІЧНІЙ ТРАВМІ ТА В УМОВАХ ЇЇ КОРЕКЦІЇ

Кафедра клініко-лабораторної діагностики

І.М. Кліщ(д.мед.н., проф.)

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Відновлення ушкодженої поверхні рогівки, її цілісності та прозорості залишається актуальною проблемою, оскільки в результаті лікування не завжди вдається зберегти її фізіологічні властивості.

**Мета:** Вивчити субмікроскопічні зміни рогівки кроля, ефективність застосування очного гелю Солкосерил та препарату «Ефіаль» приї непроникаючих ушкодженнях в експерименті.

**Результати:** Електронномікроскопічні дослідження рогівки очей кролів проведені через 10, 14 діб після механічної травми показали, що у крайовій ділянці пошкоджені передній епітелій і власна речовина. Епітеліоцити базального і проміжного шарів мають невеликі ядра, навколо яких значно пошкоджена цитоплазма. Такі парануклеарні ділянки електронно-прозорі, неструктуровані, включають різних розмірів вакуолі. Плазмолемні і міжклітинні контакти нечіткі.

Сполучнотканинні пластинки погано орієнтовані, колагенові фібрили в них пошкоджені, частково лізовані. Наявний набряк власної речовини. Більшість фіброцитів включають пікнотичні ядра, які погано контуровані, а у цитоплазмі деструктивно змінені органели.

Проведені електронномікроскопічні дослідження рогівки за умов її корекції Солкосерілом встановили, що позитивний ефект найбільш проявляється через 10, 14 діб. Формується передній епітелій, він неширокий, вкриває власну речовину рогівки. Подовгастої форми епітеліоцити мають еліпсоподібні, чітко контуровані ядра. У цитоплазмі формуються мікрофібрили, вони розташовані невеликими пучками. Проте наявні просвітлені ділянки цитоплазми, розширені міжклітинні простори.

Оновлюється власна речовина рогівки у ділянці дефекту. Фіброласти мають подовгасті ядра, каріоплазма яких виконана переважно еухроматином. У цитоплазмі відмічаються каналця гранулярної ендоплазматичної сітки, невеликі мітохондрії, рибосоми.

Субмікроскопічні дослідження рогівки за умов корекції Ефіалем показали, що позитивний ефект був більшим ніж за умов застосування Солкосерілу. Через 10, 14 діб досліду вся поверхня дефекту вкрита шаром епітеліоцитів. Наявні ознаки диференціювання клітин переднього епітелію. Базальні епітеліоцити з округло овальним ядром і більшої площі цитоплазмою. Проміжні епітеліоцити менші, мають подовгасті з інвагінаціями каріолеми ядра. В складі переднього епітелію поверхневий шар складають плоскі клітини. Субмікроскопічна організація власної речовини рогівки за умов застосування препарату «Ефіаль» у кінцеві терміни досліду також значно покращується. Крім фіброцитів наявні активні фіброласти. У їх цитоплазмі спостерігаються добре розвинені каналця гранулярної ендоплазматичної сітки, на поверхні їх мембран багато рибосом, едиктіосоми комплексу Гольджі та мітохондрії.

**Висновки:** Застосування препарату «Ефіаль» більш ефективно ніж Солкосерил оновлює передній епітелій рогівки, передню пограничну пластинку, покращує структурну організацію власної речовини.

## МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В НИРКАХ ПРИ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ

Кафедра гістології

І.А. Самборська (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гомеостаз є необхідною умовою нормального функціонування організму, при відхиленні від якого наступають різні патологічні стани. Одним із таких станів є гіпергомоцистеїнемія, тобто збільшення кількості гомоцистеїну в крові. Ця проблема є досить актуальною, без вирішення якої в організмі людини наступають необоротні патологічні зміни багатьох органів, в тому числі – нирок, що в подальшому стає причиною розвитку ниркової недостатності.

**Мета:** Дослідити механізм розвитку порушення структури нирок при гіпергомоцистеїнемії. Виявити причини та наслідки даного патологічного стану.

**Методи та матеріали:** Обробка наукової літератури, аналіз англомовних статей та результатів гістологічних досліджень, проведених в ході експерименту на щурах з введенням гомоцистеїну.

**Результати:** В нормі кількість синтезованого гомоцистеїну в організмі складає 5–16 мкмоль/л, проте при збільшенні концентрації останнього (до 100 мкмоль/л) утворюються продукти його окислення - вільні радикали, які в свою чергу пошкоджують внутрішній шар судин - ендотелій. Під впливом гомоцистеїну клітини ендотелію легше травмуються, в стінці судин швидше розвиваються атеросклеротичні зміни, тромбоз, порушується газообмін. При гіпергомоцистеїнемії на світлооптичному рівні спостерігається збільшення розмірів клубочків нефрону, вогнищеві спайки капілярів з капсулою клубочка без розширення сечового простору. В стінці капілярів виявляють помірну сегментарну проліферацію мезангіоцитів. Епітелій проксимальних каналців нефрону при даному стані помітно гіпертрофований, а цитоплазма характеризується набряканням та наявністю еозинофільних включень з добре вираженою PAS-позитивною реакцією. Також в проксимальних каналцях відмічається розходження міжклітинних контактів і втрата клітинами щіточкової облямівки. При електронномікроскопічному дослідженні виявляють проліферацію мезангіоцитів, ендотеліоцитів, гіперплазію базальної мембрани капілярів. В апікальному відділі клітин проксимальних каналців наявні чисельні аутофагосоми з щільним аморфним вмістом, а в їх базальному полюсі – велика кількість аутофагосом і вторинних лізосом з ліпідними включеннями. Також в окремих клітинах помітні ділянки неструктурованої цитоплазми, які відмежовані щілиноподібними проміжками від незмінених ділянок клітини. В каналцях виявляються ознаки апоптозу, гіалінові циліндри в просвіті. Спостерігається адгезія лейкоцитів до ендотелію капілярів клубочків. Всі згадані зміни призводять до гломерулосклерозу і як результат – до ниркової недостатності.

**Висновок:** Гіпергомоцистеїнемія - серйозний патологічний стан людини. Його наявність призводить до незворотніх змін тканин нирок, що дзеркально відображається на функціональному стані нирок.

У.О. Німак

## ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В ДИТЯЧІЙ ХІРУРГІЇ

Кафедра нормальної фізіології

Л.С. Лойко (доцент, к. психол. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Підлітковий період є найбільш чутливим до всіх життєвих аспектів, а особливо здоров'я. Стреси, переживання, непорозуміння з батьками та однолітками впливають на негативний настрій та внутрішню картину хвороби.

Внутрішня картина хвороби є віддзеркаленням хворим свого захворювання. Тілесні відчуття місцевого і загального характеру призводять до виникнення сенсорного рівня відображення картини захворювання. Ступінь участі біологічного фактора у становленні внутрішньої картини хвороби визначається тяжкістю клінічних проявів, астеною і больовими відчуттями. Крім того, хвороба створює важку для хворого життєво-психологічну ситуацію, що включає в себе безліч різномірних моментів: процедури і прийом ліків, спілкування з лікарями, перебудова відносин з близькими.

**Мета:** Вивчення негативних емоційних станів у дітей, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні Вінницької обласної клінічної дитячої лікарні.

**Матеріали та методи:** Перегляд та аналіз літератури з даної теми; проведення психологічної діагностики; створення умов і підбір відповідного контингенту для проведення експерименту. У вибірккову сукупність увійшли 30 пацієнтів: 15 хлопчиків і 15 дівчаток (віком 14-16 років). База проведення дослідження: Вінницька обласна клінічна дитяча лікарня, хірургічне відділення.

В якості методів дослідження виступили: тести для дослідження типу темпераменту (Айзенка), типу внутрішньої картини хвороби (ТОБОЛ), метод самоспостереження.

**Результати** проведеного дослідження підтверджують, що індивідуально-типологічні особливості дітей, які перебувають в лікарні, є внутрішніми факторами, що сприяють виникненню і формуванню особистісної тривоги. Вплив темпераменту позначається на характері відчуттів і емоційних проявів. Так, холерикам(33,4%) і меланхолікам(80%) більш властивий неврастенічний і паранояльний тип внутрішньої картини хвороби, тобто

нижчий поріг больової чутливості в порівнянні з сангвініками(10%) і флегматиками, у яких такі відчуття взагалі не спостерігалися.

**Висновки:** Негативний наслідок тривожності відбивається в тому, що, не впливаючи в цілому на інтелектуальний розвиток, висока ступінь тривожності може негативно сказатися на формуванні творчого мислення, для якого характерні такі особистісні риси, як відсутність страху перед новим, невідомим. Внутрішня картина хвороби має безпосередню залежність від типу темпераменту. Емоційні хворі більш схильні до страху, жалю, в більшій мірі коливаються між безнадійністю і оптимізмом. Більш стримані натури відносяться до своєї хвороби розсудливіше. Необхідно особливо підкреслити, що зовнішні прояви і особливо демонстрація впевненого виразу не завжди відповідає внутрішньому емоційному стану хворого.

Ю.В. Олешко, Т.В. Лисюк  
**ЕПІТЕЛІАЛЬНО-МЕЗЕНХІМАЛЬНИЙ ПЕРЕХІД В НИРКАХ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ**

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:** У зв'язку з тим, що захворюваність на цукровий діабет (ЦД) досягла епідемічних масштабів, його зараз називають "чумою 21 століття". За даними літератури кожен 10 житель планети має підтверджений діагноз ЦД 1 або 2 типу.

Ураження нирок при ЦД має термін «діабетична нефропатія», яка характеризується пошкодженням судин, капілярів і каналців та внаслідок прогресування патології призводить до ниркової недостатності і іншим небезпечним ускладненням.

Від моменту виникнення перших клінічних ознак діабетичної нефропатії (ДН) і ниркової недостатності (НН) середня тривалість життя пацієнтів з ЦД складає 4,8 років з коливаннями від 2 до 7 років. Слід відзначити також, що зміни судин нирок при ЦД виникають раніше змін судин очного дна, шкіри.

Одним з важливих шляхів прогресії хронічних пухлинних і не пухлинних захворювань нирок є епітеліально-мезенхімальний перехід (ЕМП), як відображення пластичності епітелію.

**Мета:** на основі аналізу літератури вивчити морфологічні особливості склеротичних змін в нирках у хворих на ЦД та дослідити роль ЕМП у фібрилогенезі.

**Результати:** Епітеліально-мезенхімальний перехід - це процес, при якому епітеліальні клітини втрачають свої властивості і набувають властивостей мезенхімальних клітин. Молекулярно-біологічні зміни при ЕМП можна умовно розділити на кілька груп: 1) пригнічення експресії генів і молекул, що визначають епітеліальний фенотип білків міжклітинної адгезії, білків цитоскелету, білків, що визначають апікально-базальну полярність, білків, що пов'язані з базальною мембраною; 2) поява молекул, що визначають мезенхімальний фенотип білків міжклітинних контактів, білків цитоскелету, факторів сигнальної трансдукції і транскрипції. Основними ініціюючими факторами, що запускають програму ЕМП, є фактори росту і цитокіни, кисневий стрес та активні форми кисню, гіпоксія, механічний стрес, компоненти позаклітинного матриксу, в тому числі утворюються при його деградації, продукти кінцевого глікозування, мікробні патогени. Важливими молекулами, що регулюють процес ЕМП, є трансформуючий фактор росту бета 1 і білок NF-κB. Вони багато в чому забезпечують інтеграцію адаптивних змін в тканинах, що виникають при пошкодженні і запаленні. Існує декілька гіпотез, які пояснюють механізм ураження нирок при ЦД. Дисметаболічна - пов'язує усі варіанти ураження нирок із розладами вуглеводного, білкового і ліпідного обміну внаслідок повної або часткової недостатності інсуліну. Інші дослідники пов'язують розвиток ДН, виходячи з гіпотези вродженого дефекту ниркових структур. Згідно з іншою гіпотезою, ЦД і його ускладнення розглядають як первинний генетичний дефект соматичних клітин, який не завжди залежить від нестачі інсуліну. В останній час увагу дослідників привертають власне імунні та аутоімунні механізми ДН - порушення регуляції імунної відповіді, пов'язане з певними локусами системи HLA, підвищення рівня ЦІК і цитотоксичних антитіл у крові. ДН є фактором ризику для приєднання інфекції м'яких тканин і сечових шляхів, туберкульозу, кандидомікозу. При приєднанні інфекції сечових шляхів можуть розвиватися апостематозний нефрит, папілярний некроз.

**Висновок:** Подальші дослідження морфологічних змін на молекулярному рівні, що залучені в епітеліально-мезенхімальний перехід, може відкрити нові перспективи у вивченні фіброзу, створенні ефективних таргетних лікарських засобів, що діють цілеспрямовано на певний сигнальний шлях або рецептор.



## ДИСПЛАЗІЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У ДІТЕЙ

Кафедра анатомії людини  
Р.А. Бондарчук (ст. лаборант)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** незважаючи на існування великої кількості методів лікування та діагностики ДКС, дотепер залишається актуальною проблема своєчасного виявлення природженого вивиху на ранніх стадіях його розвитку у немовлят, у більшості випадків в результаті цього поряд з відсутністю необхідного лікування зумовлюється подальше порушення функцій, виконуваних ураженою нижньою кінцівкою, що у більш дорослому віці призводить до розвитку інвалідності. Враховуючи це, патологія, повинна бути усунена у рамках раннього періоду її виявлення і, власне, життя дитини.

**Мета роботи:** дослідження основних причин виникнення ДКС у дітей, оцінка кількості хворих на ДКС в Україні, виявлення найефективніших методів лікування та використання в сучасній медицині.

**Завдання:** 1. Визначити серед ряду причин, ті, що найчастіше призводять до розвитку ДКС.

2. Шляхом аналізу різних інформаційних джерел ознайомитися з найпоширенішими методами діагностики, лікування та профілактики ДКС.

3. Виявити регіони України, в яких є найбільш поширеною дана патологія опорно-рухового апарату.

4. В ході дослідження, розробити рекомендації щодо профілактики ДКС на ранніх етапах розвитку.

**Методи:** 1. Порівняльний аналіз методів лікування ДКС та причин їх виникнення.

2. Теоретичний аналіз інформаційних джерел.

**Матеріали:** інформаційні дані, статистичні дані, літературні джерела, Інтернет-ресурси, періодичні видання, рентгенологічні знімки.

**Висновки:** 1. Шляхом аналізу різних літературних джерел та Інтернет-ресурсів мною було виявлено, що головною причиною розвитку ДКС є генетична схильність. Вона становить 20-30 % від загальної кількості причин.

2. Ознайомившись з статистичними даними, я дійшла висновку, що ДКС є поширеним на території України, а саме у південних, північних та центральних областях, в тому числі і у Вінниці, менше зустрічається на заході України.

3. Зібравши інформацію, я виявила, що серед усіх методів діагностики, найбільш безпечним є УЗД, а серед консервативних методів лікування найефективнішими є стремена Павлика.

4. Також, проаналізувавши знайдену мною історію хвороби, я дійшла висновку, що ДКС є виліковною патологією, головне вчасно виявити її і дотримуватися всіх правил лікування.

М.О. Ольхомяк

## МІКРОФЛОРА ЕНДОТРАХЕАЛЬНИХ ТРУБОК У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ШТУЧНІЙ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ

Кафедра мікробіології  
Н.С. Фоміна (к. мед. н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Штучна вентиляція легень (ШВЛ) залишається основним методом респіраторної підтримки пацієнтів у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії. Однак, наявність ендотрахеальної інтубаційної трубки (ЕІТ) є фактором розвитку вентилятор-асоційованих пневмоній (ВАП). Видовий склад мікрофлори, що колонізує поверхню ЕІТ залежить від профілю відділення, віку пацієнтів, тощо та спонукає до більш ретельного системного та локального моніторингу. Широке використання антибіотиків в режимі дескалаційної терапії призводить до розвитку резистентних штамів, які ускладнюють лікування пацієнтів та погіршують перебіг захворювання.

**Мета:** Дослідити біологічні властивості мікрофлори, що колонізує поверхню ЕІТ та визначити чутливість виділених штамів до антибіотиків.

**Матеріали та методи:** Об'єктами дослідження були 28 ендотрахеальних трубок новонароджених. Було виділено 34 штами мікроорганізмів. Ідентифікацію грамнегативних бактерій проводили за допомогою ЕНТЕРОтест-24 та НЕФЕРМтест24. Штами стрептококів тестували на здатність змінювати забарвлення молока з метиленовим синім та каталазну активність на середовищах, що містили 6,5% NaCl та жовч. Гемолітичну активність стрептококів визначали на середовищі з кров'ю. Ідентифікацію грибів проводили за морфологічними та культуральними властивостями, оцінювали здатність утворювати псевдоміцелії на картопляній воді. Чутливість штамів до антибіотиків перевіряли диско-дифузійним методом.

**Результати:** У ході дослідження серед мікроорганізмів, які колонізують ЕІТ, домінували грамнегативні бактерії, які виділяли у 77% випадків. Серед них, у 33% випадків були ідентифіковані *K. pneumoniae*, у 16% - представники роду *Enterobacter*. В рівній кількості (11%) поверхню ЕІТ контамінували акінетобактерії та стенотрофомонади. У 6 % випадків поверхня інтубаційних трубок була контамінована *S. albicans*. Виділені штами мікроорганізмів характеризувались полірезистентністю до антибіотиків. Акінетобактерії були нечутливими до ципрофлоксацину, тетрацикліну, хлорамфеніколу, амоксициліну, амоксициліну/клавуланату.

До цефтріаксону були чутливими лише 9,9% штамів акінетобактерій, до меропенему - 18,2%. Клебсіели та ентеробактери виявили резистентність до оксациліну, фторхінолонів і рифампіцину, були чутливими до амоксициліну-клавуланату та меропенему. Грампозитивні коки були чутливими до лінезоліду, ванкоміцину і рифампіцину.

**Висновки:** Головну роль у колонізації поверхонь ЕІТ новонароджених відіграють представники родини Enterobacteriaceae. Лідерами по частоті виділення (33% випадків) були *K. pneumoniae*, у 16% виявлено представників роду *Enterobacter*. З частотою у 11% поверхні ЕІТ колонізували представники родів *Acinetobacter* та *Stenotrophomonas*. Виявлені штами мікроорганізмів володіють полірезистентністю до більшості сучасних антибактеріальних препаратів, що має бути враховано при проведенні антибіотикотерапії.

А.О.Орлова

## РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВО – СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ДОВГОТРИВАЛОМУ СТРЕСІ

Кафедра нормальної фізіології

Т. І. Борейко (доцент, к. мед. н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Протягом життя людини багаторазово чергуються як періоди високого фізичного та емоційного напруження, так і періоди відносного спокою. Тому вивчення реакції серцево – судинної системи (ССС) при дії стресу на організм людини має особливе значення у військовослужбовців, які відносяться до категорії ризику.

**Мета:** Дослідити у військовослужбовців параметри ССС та їх реакції при дії психологічного і фізичного стресу.

**Матеріали та методи:** В дослідженні приймали участь практично здорові військовослужбовці 25-35 років обох статей. Оцінювали стан ССС шляхом проведення ортостатичної проби. До і після проведення ортостатичної проби досліджували стан ССС (вимірювання артеріального тиску, підрахування частоти серцевих скорочень серця, розрахування пульсового тиску, систолічного та хвилинного об'ємів крові). Для дослідження психологічного стресу військовослужбовцям пропонували вирішити фіксоване математичне завдання. Фізичний стрес створювали шляхом максимального зусилля при натискуванні на кистьовий динамометр. Порівнювали та аналізували стан ССС до та після виконання психологічного та фізичного стресу.

**Результати:** На основі отриманих даних та їх аналізу виявилися суттєві зміни параметрів діяльності ССС, як при дії фізичного, так і психологічного стресу. Найбільші зміни визначені при дії психологічного стресу, а у 10% досліджуваних виявилися гіперреакції.

**Висновок:** Стрес відіграє суттєву роль у виникненні як порушень психічної діяльності так і низки захворювань внутрішніх органів. Важливість цієї проблеми потребує перспективних наукових досліджень та цілеспрямованого формування спеціалістів – психологів, а також навичок практичної роботи лікарів різних спеціальностей щодо лікування коморбідних ситуацій, пов'язаних зі стресом.

Д. Р. Островерха

## РОЛЬ ПРИЙОМІВ МНЕМОТЕХНІКИ У МЕХАНІЗМАХ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ ІНОЗЕМНИХ СЛІВ

Кафедра нормальної фізіології

Н. М. Бандурка (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сучасна мнемоніка - це система внутрішнього письма, яка дозволяє послідовно записувати у мозок інформацію у вигляді комбінації зорових образів. Дана техніка використовує природні механізми пам'яті і дозволяє повністю контролювати процеси запам'ятовування, що надає нам можливість зберігати в пам'яті велику кількість точної та потрібної інформації.

**Мета:** дослідити основні методи мнемотехніки, що дозволяють миттєво та надовго зберігати інформацію на прикладі вивчення слів італійською мовою; визначити найефективніші методи мнемотехніки; встановити відсоток позитивних результатів використання різних мнемотехнічних прийомів; оволодіти навичками блискавичного запам'ятовування.

**Матеріали та методи:** були застосовані такі методи: метод фонетичних асоціацій (Дж. А. Мюллер), метод ковзання хвилями пам'яті (Уайнстайн), принцип шведського столу (Б. Уотлі), метод римської кімнати або Цицерона, метод креативного «оживлення» (Дж. А. Мюллер), самоперевірка тощо. Було опрацьовано науково-медичну літературу в GoogleScholar, ВВСFuture та в інших літературних джерелах.

**Результати:** у дослідженні приймали участь 60 осіб, які були розподілені на 2 групи по 30 осіб у кожній. Перша група досліджуваних використовували спеціальні запропоновані прийоми мнемотехніки, а в другій групі не користувалися жодними методиками. Завдання, поставлене перед учасниками було наступним: «Якщо у Вас є всього 20 хвилин на запам'ятовування 20-ти слів у суворому порядку, що Ви зробите для того, щоб згадати їх через тиждень?» Задача ускладнюється тим, що ми обрали слова з італійської мови. Було встановлено, що учасники першої групи, які користувалися прийомами мнемотехніки, показали значно кращі результати запам'ятовування інформації, ніж учасники другої. Крім того, більшість осіб першої групи не обмежувалися лише однією методикою, а із захопленням комбінували їх. Встановлено: прийом Цицерона

використовувало 23 учасника з 30 (позитивний результат спостерігався у 70%); метод фонетичних асоціацій – 18 осіб (позитивний результат показало 53%); ковзанням хвилями пам'яті користувалося 28 учасників (позитивний результат у 86%); принципом шведського столу – 15 осіб (позитивний результат у 40%); методом креативного «оживлення» – 19 учасників (позитивний результат у 63%); метод самоперевірки застосовували всі 30 учасників (позитивний результат спостерігався у 97%).

**Висновки:** внаслідок проведеної роботи, ми дійшли висновку, що використання прийомів мнемотехніки є ефективним способом покращення пам'яті. Це економія часу при запам'ятовуванні, тренування уваги та мислення.

Н.О. Павлюк, Л.В. Хлуплянець

## ОСОБЛИВОСТІ АСИМЕТРИЧНОГО СПРИЙНЯТТЯ СВІТУ ПІВКУЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кафедра анатомії людини

Кухар І.Д.(проф. д. мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім.М. І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогодні в навчальних закладах переоцінюють можливості словесних та аналітичних здібностей, але у людей існує інша складна і швидкодіюча система сприйняття і пізнання, вона легко обходиться без слів та аналізу. Це інтуїція, тобто без слів, як посередників. У житті кожної особистості необхідні інтуїтивні рішення, особливо в обстановці дефіциту часу та інформації.

**Мета:** Дослідити функціональні властивості асиметрії півкуль головного мозку. Порівняти різноманітні можливості «правопівкульних» та «лівопівкульних» людей у сприйнятті навколишньої інформації.

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

**Результати:** Аналізуючи наукові дослідження, ми виявили, що взаємодія півкуль у нормі реципрокна. Встановлено, що права півкуля сприймає з оточуючого середовища картини, образи, структури, визначає просторову орієнтацію зорових сигналів, розпізнає стереоскопічні зображення. Спосіб роботи правої півкулі паралельний, завдяки цьому можна виконувати безліч справ, у той час, як ліва півкуля дозволяє або тільки читати, або тільки писати, або тільки рахувати. Права півкуля відповідає за всі відчуття, обробляє інформацію, одержувану людиною від власного тіла. На сьогодні доведено, що пошкодження скроневих і тім'яних часток правої півкулі кори головного мозку ведуть до порушення структури тривимірного бачення, впізнання образів, утраті музикальних здібностей. Важливою рисою «правопівкульного» образного мислення вважають здатність бачити цілісно, у комплексі сприймати предмети і явища з одночасною і моментальною обробкою багатьох параметрів. Встановлено, що лівопівкульне мислення наділяє здатністю до послідовної обробки інформації, коли пізнання відбувається поетапно, й у зв'язку з цим носить аналітичний характер. Ліва півкуля мозку відповідає за мовні здібності, контролює здатність до читання та письма, запам'ятовує факти, імена, дати і їх написання. З втратою функції цієї півкулі настають розлади мови, людина втрачає здатність до абстрактного мислення. Як показали сучасні дослідження, творчий процес потребує від правопівкульних людей менших психологічних затрат і додаткової активації мозку, відбувається на менш високому рівні. Обробка інформації «правопівкульних» відбувається спонтанно і миттєво. Вони мислять інсайтами, часто не можуть пояснити яким чином знайшли правильну відповідь.

**Висновки:** Завдяки діяльності обох півкуль забезпечується функціональна повнота та збалансованість процесів людського організму. Необхідно враховувати внесок кожної півкулі у процесі реалізації цілісної функції. Порушення функціональної взаємодії півкуль повинне виявлятися при оцінці характеру і ступеня участі обох півкуль головного мозку у здійсненні психофізіологічних функцій.

Т.С. Пасічник, Є.М. Чорний

## МІКРОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООГАНІЗМІВ ДО АНТИБІОТИКІВ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

О.А. Назарчук (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Впровадження антибіотиків в медичну практику призвело до появи стійкості мікроорганізмів, збудників інфекцій.

**Мета:** Провести на основі огляду сучасної наукової літератури узагальнення основних генетичних механізмів реалізації антибіотикорезистентності мікроорганізмів.

**Результати:** Основними факторами ризику швидкого розвитку резистентності визнано активне, безконтрольне використання антибіотиків (АБ); неадекватне проведення антибактеріальної профілактики; поява «неякісних» генеричних (неоригінальних) препаратів; неадекватність вибору антибактеріального препарату, його дозування; відсутність епідеміологічного контролю; недостатній рівень знань клініцистів з клінічної мікробіології.

Основними варіантами реалізації резистентності у бактерій є повільний хромосомний (формується протягом 5-10 років) та швидкий плазмідний або транспозитний (зумовлює розвиток резистентності протягом 1-2 років)

механізми. Мікроорганізмам притаманна природна, пов'язана з відсутністю у мікроорганізмів мішені для дії АБ, та набута резистентність. Серед основних причин виникнення резистентності відомі модифікація антибіотиків; порушення проникності оболонки мікробної клітини; активне виведення АБ з мікробної клітини (efflux pump); структурні зміни та продукція альтернативних молекул-мішеней для АБ. Великий потенціал генів антибіотикорезистентності накопичений в суперінтегронах, ще не залучених в генетичний обмін мікроорганізмів існуючих в клінічній практиці. Поширення генів антибіотикорезистентності між бактеріями відбувається завдяки мобільним генетичним елементам. Фенотипова експресія генів призводить до реалізації різноманітних шляхів захисту мікроорганізмів, що призводить до селекції стійких штамів, які мають або отримують гени резистентності до антимікробних засобів.

Так, продукцію  $\beta$ -лактамаз розширеного спектра вважають найпоширенішим, клінічно значимим механізмом резистентності ентеробактерій до  $\beta$ -лактамних АБ. Резистентність до аміноглікозидів реалізується за рахунок ензимної модифікації, модифікації мішені дії; до глікопептидів – модифікації мішені дії; до хлорамфеніколу – ферментативної інактивації (хлорамфенікол ацетилтрансфераза). Резистентність до фторхінолонів мікроорганізми формують, інгібуючи ДНК-гіразу (бактеріальна топоізомераза II) і топоізомеразу IV. Зворотний транспорт грамнегативними бактеріями генів tetA-tetE, tetG і tetH, грампозитивними – генів tetK і tetL; внутрішньоклітинна інактивація (tetX) і захист рибосом-мішеней (tetM або tetQ) забезпечують резистентність до тетрацикліну. Формуючи метаболічний шунт та модифікуючи мішені дії мікроорганізми виробляють стійкість до сульфаніламідів і ко-тримоксазолів. Останні науковими дослідженнями встановлено, що від поліміксинів, до яких раніше набули стійкість реєстрували рідко, грамнегативні бактерії використовують кілька стратегій захисту. До основних механізмів резистентності до поліміксину, які всі ефективно регулюються на молекулярному рівні в грамнегативних мікроорганізмів як *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Acinetobacter spp.*, відносять модифікації ліпиду А, фосфоетаноламіну та 4-аміно-4-дезоксид-Л-арабінози, а також ефлюкс-насоси, утворення капсул та надмірної експресії білка зовнішнього мембрани OprH.

**Висновки:** Таким чином, проблема антибіотикорезистентності серед клінічно значимих мікроорганізмів сягає своїм корінням в складні екологічні, еволюційні відносини між мікроорганізмами, що склалися задовго до появи людини як біологічного виду. Постійне всебічне дослідження біологічних властивостей збудників інфекцій, механізмів формування резистентності до АБ є важливою складовою стратегії пошуку можливих шляхів подолання поширення антибіотикорезистентності бактерій в природних екосистемах.

О.А. Пахолок

## ЗНАЧЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЛАБОРАТОРІЙ В ДІАГНОСТИЦІ ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНИХ ІНФЕКЦІЙ

Кафедра мікробіології

А.В. Крижановська (доц., к. мед. н.)

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

**Актуальність:** В перелік особливо небезпечних інфекцій входять захворювання, які відрізняються епідемічною небезпекою, здатні масово поширюватися серед населення, характеризуються тяжким перебігом, високим ризиком летальності і можуть становити основу біологічної зброї масового ураження. Можливість їх ранньої діагностики лежить в основі вирішення проблеми прогресування захворювань та попередження розвитку епідемій. Лабораторні дослідження є одним з основних методів діагностики інфекційних захворювань.

**Мета:** Вивчення ролі спеціалізованих лабораторій особливо небезпечних інфекцій у діагностиці захворювань; особливості правил забору, транспортування матеріалу для дослідження.

**Матеріали та методи:** Проведення ретроспективного аналізу наукової літератури Web of Science та Scopus, вітчизняних та іноземних видань, синтез теоретично-обґрунтованих міжгалузевих знань.

**Результати:** Діяльність спеціалізованих лабораторій особливо небезпечних інфекцій та номенклатура досліджень в них регламентовані пакетом нормативних документів, які передбачають проведення бактеріологічних, мікроскопічних, біологічних, серологічних досліджень матеріалу, підозрілого на зараження збудниками холери, бруцельозу, туляремії, сибірки, лептоспірозу, лістеріозу та іншими. Зазначені інфекції мають високу летальність. Тому дуже важливо дотримуватися профілактичних заходів при заборі досліджуваного матеріалу та його транспортуванні. Спеціалізовані лабораторії повинні бути оснащені високотехнологічним обладнанням для здійснення діагностики специфічними та надчутливими методами – імуноферментного аналізу (ІФА), полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Це дозволяє відповідати міжнародним стандартам, які пред'являють до лабораторної діагностики.

**Висновки:** Для діагностики особливо небезпечних захворювань лабораторії використовують мікроскопічні, бактеріологічними, біологічними, серологічними методами. Дослідження проводять ліцензовані співробітники у спеціально обладнаних приміщеннях із дотриманням правил біологічної безпеки.

## ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ БАКТЕРІОФАГІВ У ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

О. К. Стукан (доц., к. м. н.)

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

**Актуальність.** Останнім часом посилилася увага наукового товариства до застосування бактеріофагів у терапії інфекційних хвороб. Цей метод лікування довгий час знаходився в тіні слави антибіотиків і не розглядався у якості важливого чинника елімінації збудників. Проте зараз на тлі все ширшого розповсюдження інфекцій, спричинених умовно-патогенною флорою, появи полі- і панрезистентних штамів мікроорганізмів, що набуває загрозливого масштабу, бактеріофаги можуть допомогти у подоланні кризи антибіотикотерапії.

**Мета:** виявлення основних позитивних і негативних чинників при застосуванні бактеріофагів з лікувальною метою, визначення перспектив їх використання.

**Матеріали та методи:** об'єктом вивчення були бактеріофаги; для розкриття мети використовувались енциклопедичні видання, наукові статті, публікації в наукових журналах.

**Результати дослідження.** Внаслідок специфічності дії фагів маловірогідна поява стійкості у інших видів бактерій, які не є мішенями терапії. Бактеріофаги не колонізують макроорганізм, їх кількість збільшується при розмноженні чутливих бактерій, а після їх зникнення фаги повністю виводяться. Внаслідок суворої родо- і видоспецифічності фаги не пригнічують нормальну мікрофлору кишечника, вони не мають протипоказань до застосування і використовуються для лікування дітей раннього віку та вагітних, а також у комплексній терапії разом з іншими лікувальними препаратами. Водночас із цим, є ряд недоліків у використанні бактеріофагів. Головний недолік полягає у їхній суворій селективній специфічності (штамоспецифічності). Помірні бактеріофаги викликають абортивну лізогенну інфекцію, вона не супроводжується лізисом клітини-хазяїна і появою нових віріонів фага. У такому випадку геном фага інтегрує з хромосомою бактерії хазяїна і у такому вигляді передається потомству та іншим клітинам бактеріальної популяції. Для досягнення терапевтичного чи профілактичного ефекту необхідною умовою повинна бути універсальність дії бактеріофагу - він повинен викликати лізис всієї популяції чутливого до нього виду бактерій. Однак процес взаємодії фагів із бактеріальними клітинами, заснований на принципах комплементарності рецепторів ага і бактерії, не забезпечує такої універсальності внаслідок відсутності рецепторів у більшої або меншої кількості клітин бактеріальної популяції або слабкої їх спорідненості.

**Висновок:** Бактеріофаги вже широко використовуються для лікування і профілактики інфекційних захворювань, для фаготипування й ідентифікації збудників. У майбутньому вони можуть стати головним чинником терапії різноманітних інфекцій завдяки своїм унікальним біологічним властивостям і відсутності побічних ефектів. Подальше вивчення можливостей бактеріофаготерапії буде залежати від об'єктивної зацікавленості медичної спільноти, проведення багатоцентрових незалежних досліджень, розвитку вірусології з її можливостями отримання нових чистих препаратів фагів.

Т.Ю. Повшедна, Р.Л. Любевич

## ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОГО МЕТОДУ У ВСТАНОВЛЕННІ ПРИЧИН СИНДРОМУ РАПТОВОЇ ДИТЯЧОЇ СМЕРТІ POSTMORTEM

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

О.А. Щеглов (ас.)

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

**Актуальність:** Синдром раптової дитячої смерті (SIDS – Sudden infant death syndrome) – несподівана смерть дітей віком до 1 року, причини якої залишаються невідомими після детальної аутопсії, дослідження місця пригоди і аналізу клінічного анамнезу. Даний синдром є однією з найпоширеніших причин дитячої смертності в країнах, що розвиваються. Гіпотеза «потрійного ризику» визначає SIDS як комплексну подію, спричинену стресорним фактором зовнішнього середовища, який спричиняє неадекватну фізіологічну відповідь у генетично схильної дитини під час критичної стадії розвитку. Дослідження SIDS вимагає застосування додаткових методів, результати яких (наприклад, мікробіологічне дослідження postmortem) буває важко інтерпретувати. Маркери запальної відповіді, включаючи інтерлейкін-6 (IL-6), С-реактивний білок (CRP) та молекули клітинної адгезії, виявляються у підвищених концентраціях у випадку інфекції. Втім, мало уваги приділяється їх виявленню в аутопсійному матеріалі.

**Мета:** Визначити ключові гіпотези щодо причин SIDS, потенційну роль запального процесу в його індукції, а також перспективи використання імуногістохімічного методу під час аналізу аутопсійного матеріалу.

**Матеріали та методи:** Огляд та аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють етіологію та патогенез SIDS, сучасні підходи до аутопсійного аналізу.

**Результати:** Імуногістохімічне виявлення маркерів запалення можливе, використовуючи аутопсійний матеріал, фіксований в формаліні та парафіні. Найточнішим гістологічним підтвердженням інфекції є дифузний вміст CRP в гепатоцитах. У випадках підтвердженого сепсису, CRP виявлявся в гепатоцитах, причому у 80% випадків білок був наявний також і в міоцитах. Механізм насичення міоцитів CRP, імовірно, пов'язаний із

зв'язуванням циркулюючого CRP з ішемізованими тканинами безпосередньо перед смертю. Більшість випадків SIDS, причина яких не була встановлена, не виявила достовірного накопичення CRP в печінці або міокарді, що показує непричетність системного запалення або інфекційного процесу. З іншого боку, SIDS зазвичай виникає вночі, що означає відсутність даних про точний час смерті, а також відстрочення забору зразків на аналіз, включаючи CRP. Цитокіни IL-1, IL-6 та TNF стимулюють продукцію CRP і знаходяться під генетичним контролем. Відповідно, поліморфізм генів визначає рівень протеїнів та їх функцію. Однією з гіпотез щодо причин SIDS є неможливість підтримувати необхідний рівень гострої запальної відповіді внаслідок поліморфізму генів, що може бути фактором схильності.

**Висновки:** 1. Імуногістохімічні маркери інфекційної відповіді достовірно можуть бути виявлені в аутопсійному матеріалі SIDS. 2. Рівні C-реактивного білка та ICAM-1 (молекула міжклітинної адгезії-1) підвищені у випадку підтвердженої інфекційної причини SIDS. 3. Більшість неінфекційних SIDS не пов'язані із підвищенням вмісту маркерів запалення, незалежно від даних мікробіологічного дослідження.

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. Учитывая вышесказанное, 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 пятимесечных крыс, которых разделили на 2 группы по 6 крыс: основную (1 гр.) и контрольную (2 гр.). Активность каталазы в ткани щитовидной железы определялась методом Короллока.

**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.

А.А. Пономаренко

### МОРФОГЕНЕЗ ХВОРОБИ КРЕЙТЦФЕЛЬДА-ЯКОБА

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.М. Березовський (к.мед.наук, доц.), Д.С. Сухань (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У другій половині XX століття лікарі зіткнулися із незвичайним захворюванням людини— поступовим прогресуючим руйнуванням головного мозку, що відбувається у результаті загибелі нервових клітин. Це захворювання отримало назву глибокої енцефалопатії. Схожі симптоми були відомі давно, але вони спостерігалися не в людини, а у тварин, і довгий час між ними не знаходили достатнього обґрунтованого зв'язку. 1996 р. у Великій Британії з'явився «новий варіант хвороби Крейтцфельда-Якоба». Науковець Стенлі Прюзинер виявив, що на виникнення і розвиток даного захворювання впливають інфекційні агенти – пріони, які є зміненими білковими молекулами організму. Було встановлено, що патогенні пріони є мутантними формами клітинної ізоформи пріон-протеїну. Одна з мутацій людського гена PrP безпосередньо впливає на розвиток хвороби Крейтцфельда-Якоба.

На даний момент хвороба набула поширення серед населення Великої Британії (178 випадків у листопаді 2016 р.) та країн Західної Європи (53 випадки). Смерть настає через 1,5 роки після початку захворювання.

**Мета:** Проаналізувати макро- та мікроскопічні зміни та дослідити причини розвитку, можливі наслідки та ускладнення хвороби Крейтцфельда-Якоба.

**Матеріали та методи:** аналіз іноземних публікацій, наукових видань, ресурси Інтернету (Lancet, The Merck Manuals).

**Результати:** У хворих характерне надзвичайно швидке прогресування деменції, тому макроскопічно атрофія головного мозку не встигає розвинути. Патогномічною ознакою при мікроскопічному дослідженні є губкоподібна регенерація кори головного мозку, хвостатого ядра та лушпини. Дані ураження призводять до нерівномірного утворення у нейропілі дрібних порожнистих вакуолей різних розмірів. На пізніх стадіях захворювання відмічається виражена деструкція нейронів, зони вакуолізації перетворюються в кістоподібні порожнини. Запальна інфільтрація відсутня.

Клінічно на ранніх стадіях хвороба проявляється у пацієнтів втратою пам'яті та атаксією. На пізніх стадіях виявляється міоклонус, спричинений шумом чи іншими сенсорними подразниками. Окрім вищезгаданих ознак можуть виникати галюцинації, судоми, невротія та порушення руху.

**Висновки:** На сьогодні відсутні методи лікування через недостатню вивченість хвороби, проводяться лише заходи спрямовані на усунення симптомів хвороби. Отже, за допомогою подальших досліджень у майбутньому вченим вдасться знайти шляхи для раннього виявлення та терапії даного захворювання.

А.О.Причеп, К.В.Ляшенко  
**БОРЕЛІЇ – ЗБУДНИКИ КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Є.Ф.Макац (доцент, к.б.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність.** Хвороба Лайма – природно-осередковане трансмісивне захворювання, збудниками є мікроорганізми роду *Borrelia*, що переноситься кліщами родини Ixodes, характеризується ураженнями ЦНС, суглобів, шкіри. З кожним роком кількість випадків захворювання на кліщовий бореліоз у світі зростає.

**Мета.** Проаналізувати інформацію про морфологію збудників, етіології, патогенезу та епідеміології захворювання, дослідити динаміку захворюваності на бореліоз в Україні.

**Матеріали та методи.** Аналіз даних літератури щодо особливостей морфології збудників, особливостей патогенезу та лікування хвороби. Аналіз епідеміологічних даних про динаміку захворюваності на території України.

**Результати.** Борелії відносяться до звивистих форм бактерій, патогенних для людини, родини *Spirochetaceae*. Це грамнегативні спірохети, довжина їх 30 мкм, діаметр 0,18—0,25 мкм; мають 7 завитків. Збудниками захворювання є щонайменше три види бактерій роду *Borrelia*: *B.afzelii*, *B.garinii*, *B.burgdorferi*. Матеріалом для лабораторного дослідження служить ескудат із уражень шкіри, спинномозкова рідина, кров (але відсутні у периферичній крові, тому виділення гемокультури малоймовірне). Виявляють борелій у матеріалах мікроскопічним методом мікроскопії темного поля або в забарвлених азаур-еозином мазках. Дуже вибагливі до середовищ та умов культивування. Створене єдине середовище BSK-II, придатне для їх вирощування та виділення в чистій культурі.

Переносники збудника - кліщі родини Ixodes. При цьому, розмноження борелій відбувається переважно в кишечнику кліщів, з виділенням разом з фекаліями. Тому зараження відбувається не тільки через укуси кліщів, а й при їх роздавлюванні.

За перебігом розрізняють гостру та хронічну форми. Інкубаційний період становить від тижня до місяця. Виділяють три стадії з вираженою симптоматикою: ураження шкіри (мігруюча еритема), розвиток уражень серця та ЦНС, розвиток артритів великих суглобів. При ураженні нервової системи (гострий нейробореліоз), може розвинути параліч, наприклад, неврит лицевого нерву (параліч Белла). Рідше зустрічаються менінгіт або енцефаліт з гарячкою. Може набувати хронічного перебігу з рецидивами.

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).

**Висновки.** В Україні лайм-бореліоз є серйозною медичною проблемою з огляду на динаміку розповсюдження захворювання. Існує потреба відображення більш детальнішої інформації про етіологію, патогенез, епідеміологію та лікування захворювання в посібниках.

В.А. Пудрій, М.О. Гуменюк, Н.В. Черкаська  
**ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДБИТКІВ РОГІВКИ ЗА МЕТОДОМ ХИЖНЯКОВОЇ У ОСІБ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ,  
ЩО ПОМЕРЛИ ВІД ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ З МЕТОЮ  
ВСТАНОВЛЕННЯ ОРІЄНТОВНОЇ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.І. Гунас (ас.)

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

**Актуальність:** Не зважаючи на сучасні досягнення науки - питання визначення давності настання смерті людини не втрачає своєї актуальності і до тепер. Не існує єдиного методу дослідження, що може відповісти на дане питання. Усе це спонукає до розроблення допоміжного методу, що дозволить підвищити точність встановлення давності смерті.

**Мета:** Удосконалити методіку дослідження цитологічного відбитку рогівки за Хижняковою шляхом розширення вибірки, а саме, дослідженням осіб чоловічої статі віком від 18 до 75 років, що померли від захворювань серцево-судинної системи.

**Матеріали та методи:** На базі Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи взято відбиток рогівки обох очей у трупів 49 осіб чоловічої статі у віком від 18 до 75 років, що померли від захворювань серцево-судинної системи у стаціонарі. Попередньо знежирені скельця притискалися до рогівки ока, та після фіксування підлягали фарбуванню барвником Романовського-Гімзи з розведенням 1.25 мл до 10 мл води. Після промивання та висихання предметного скельця, в одному полі зору, що обиралося рендомізовано, проводився підрахунок клітин та оцінка їх якості. Мікроскопічне дослідження проводилося за допомогою мікроскопа MicroscoreMICROmedXS-3320, об'єктив 160/0.17, окуляри 10x. Вивчалися такі показники: кількість базальних та криловидних клітин епітелію рогівки ока, дослідження стану ядра клітини; взаєморозташування клітин (поодинокі чи пластами). Отриманні результати були оброблені за допомогою програми «Statistica 5.5».

**Результати:** На основі даних дослідження та статистичної обробки, було доведена закономірність зміни якісних та кількісних показників клітин в залежності від давності настання смерті. Отримані дані дещо відрізняються від тих, що отримала Хижнякова у своїй роботі. В перші години після смерті кількість клітин у полі зору сягає не більше 5, усі вони полігональні, ядра збережені. Поступово кількість клітин наростає, з'являються криловидні клітини. Після 8 години кількість криловидних клітин перевищує полігональні, в більшості ядер спостерігаються процеси пікнозу; клітини починають відкладатися у вигляді пластів. Після 12 годин від моменту настання смерті кількість клітин стає настільки велика, що вони вкривають практично все поле зору; контури клітин погано проглядаються; відмічаються процеси лізису в ядрах.

**Висновки:** Отримані дані дозволяють зробити висновок про те, що використання методіки дослідження відбитку рогівки ока є найбільш інформативним в перші 2 доби після смерті людини. Данна методіка є перспективною для використання судово-медичними експертами, та потребує збільшення вибірки дослідження як на рахунок статі і віку, та і в тому числі причин смерті. Плюсом даної методіки є просте використання на місці пригоди, оперативність (між потраплянням скельця в лабораторію і результатом проходить не більше 1 години) і дешевизна. Данна методіка може бути оптимальною для запровадження в роботі відділу речових доказів, відділенні судово-медичної цитології та ймовірно, гістології.

Р.О. Рева, В.І. Ксьонз, Ю.П. Кисилевська

**ВПЛИВ ХЛОРОФІЛІПТУ НА АДГЕЗИВНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ  
CANDIDASPP.**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

М.М. Ананьєва (к.м.н., доц.), М.О. Фаустова

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

м. Полтава, Україна

**Актуальність:** Умовно-патогенні гриби роду *Candida* входять до складу нормальної мікрофлори слизових оболонок. Тому перший рівень захисту імунної системи макроорганізму спрямований на перешкоджання адгезії даних збудників та утворення ними біоплівки. Однак, зі зниженням резистентності організму суттєво зростає ризик виникнення кандидозів. Тому закономірним є підвищення зацікавленості наукової спільноти у вивченні адгезивних властивостей грибів роду *Candida* та пошуку препаратів, що володіють фунгіцидною дією та сприяють зниженню здатності збудників прикріплюватися до клітин організму людини.

**Мета дослідження:** вивчення адгезивних властивостей клінічних штамів *C.albicans*, *C.glabrata* та вплив розчину хлорофілліпту на процес адгезії, як пусковий механізм біоплівкоутворення.

**Матеріали і методи:** Об'єктами дослідження були клінічні штами *C. albicans* 16129 та *C.glabrata* 16191, отримані з бактеріологічної лабораторії Полтавської обласної клінічної лікарні. Визначення адгезивних властивостей досліджуваних клінічних штамів мікроорганізмів проводили за допомогою стандартної методіки Бріліса. В якості універсальної моделі для вивчення адгезії мікроорганізмів використовували еритроцити людини O(I) групи Rh(+). Для вивчення адгезії під світловим мікроскопом грампозитивні клінічні штами мікроорганізмів фарбували за Грамом. Підрахунок проводили не менш, ніж на 50 еритроцитах, враховуючи не більше, ніж 5 еритроцитів в одному полі зору.



Адгезивні властивості оцінювали за індексом адгезивності мікроорганізмів (ІАМ), тобто середньою кількістю мікробних клітин на одному еритроциті, що приймає участь в адгезивному процесі. За результатами досліджень мікроорганізми відносили до неадгезивних (ІАМ $\leq$ 1,75), низькоадгезивних (ІАМ=1,76-2,5), середньоадгезивних (ІАМ=2,51-4,0) та високоадгезивних (ІАМ $\geq$ 4,1).

**Результати та їх обговорення:** За результатами досліджень встановлено, що клінічний штам *C. glabrata* володів вищою здатністю до адгезії, порівняно з клінічним штамом *C. albicans*. В свою чергу, розчин хлорофіліпту проявляв потужну активність щодо адгезивних властивостей дріжджоподібних грибів *Candida* spp. Так, ІАМ *C. albicans* у присутності субфунгістатичної концентрації хлорофіліпту знижувався у 1,1 рази, а ІАМ штаму *C. glabrata* – у 2,0 рази, порівняно з даними показниками досліджуваних штамів без препарату.

**Висновки:** Клінічні штами *C. albicans* поступаються адгезивними властивостями ізолятам *C. glabrata*. Субфунгістатичні концентрації хлорофіліпту пригнічують адгезію клінічних штамів грибів роду *Candida*, що робить його перспективним для подальших досліджень як препарату для боротьби з кандидозами різної локалізації.

П. Р. Романюк, В. В. Герасимова

## БІОЛОГІЧНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗБУДНИКА ТОКСОКАРОЗУ

Кафедра медичної біології

Т. І. Шевчук (доцент, к. м. н.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** На сьогодні однією з проблем медицини є зростання захворюваності на паразитарні інвазії. Питання зоонозних паразитозів набуло особливого значення в наш час у зв'язку із демографічними, екологічними та соціально-економічними змінами в Україні та у світі. Одним з таких захворювань є токсокароз. Це одне з широко поширених глистяних інвазій, збудником якого є круглі черви *Toxocara canis* і значно рідше *Toxocara cati* – собачий та котячий відповідно. Статевозрілі особини сягають 4-18 см завдовжки і паразитують в тонкому кишечнику остаточного хазяїна. Високий ризик зараження хворобою зумовлений тим, що самка паразита протягом доби може відкласти близько 200 тисяч яєць, які потрапляють в ґрунт з фекаліями собак чи котів. За 15-20 днів яйця стають інвазійними, так як в них розвиваються личинки. Інвазійні яйця можуть бути на шерсті як і домашніх, так і безпритульних тварин. Людина заражається, проковтуючи яйця токсокар, шлях зараження фекально-оральний.

**Метадослідження:** вивчити біологічні та епідеміологічні особливості збудника токсокарозу; проаналізувати особливості клініки, діагностики та профілактики даного захворювання.

**Матеріали та методи.** Проведено збір науково-дослідницького матеріалу, проаналізовано наукові роботи по даному питанню за останні роки; використано методи аналізу, синтезу і порівняння.

**Результати.** За останні роки з'явилися дані, що свідчать про значний вклад зоонозних паразитозів у формування патологій у дітей та дорослих. Одним з таких захворювань є токсокароз, збудником якого є нематода *Toxocara canis*. В залежності від локалізації личинок розрізняють системний, або вісцеральний токсокароз та місцевий, або очний токсокароз. Системне ураження гельмінтом найчастіше виникає на фоні довготривалого паразитування токсокар в організмі людини. Клінічними проявами слугує підвищення температури, легеневий синдром, збільшення печінки та селезінки, збільшення лімфовузлів. При очній формі хвороби паразит вражає слизову оболонку ока та сітківку і викликає погіршення або повну втрату зору, гнійні запалення очей.

**Висновки.** Вивчення зоонозного захворювання токсокарозу на сьогоднішній день є актуальним у зв'язку з поширенням даної хвороби. В подальшому перспективним є дослідження навколишнього середовища на наявність інвазійних стадій збудників зоонозних паразитозів, в тому числі й токсокарозу.

А.О. Румянцева

## ВПЛИВ СТРЕСУ ТА ХАРЧУВАННЯ НА МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦИКЛ У ЖІНОК

Кафедра нормальної фізіології

С.В. Коновалов (к.мед.н., доцент)

Т.І. Борейко (к.м.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У наш час все більше жінок зустрічаються з проблемою порушення нормального перебігу менструального циклу. Стабільність і регулярність менструального циклу багато в чому характеризує здоров'я репродуктивної системи жінки. Нормальною його тривалістю вважають 28 календарних днів, але допускається незначне відхилення. Зміни можуть бути спровоковані різними факторами- зовнішніми та внутрішніми і однією з важливих причин порушень менструального циклу є стрес та режим харчування.

**Мета:** Систематизація літературних даних щодо механізму впливу стресу та режиму харчування на менструальний цикл у жінок на підставі попередніх досліджень та спостережень.

**Матеріали та методи:** Ресурс медичних статей I-medicy якому висвітлені основні причини порушення

менструального циклу, зокрема вплив стресу та режиму харчування.

**Результати:** Аналіз літературних джерел показує, що повсякденний стрес помітно впливає на менструальний цикл жінок. Стрес є захисною реакцією організму. Він може формуватися у відповідь на вплив різних чинників, таких як: перенапруження; сильні емоції; фізичне напруження; проблеми. Дуже часто менструації пропадають у студенток під час сесій, при емоційних потрясіннях, постійному недосипанні, частих хворобах. Паралельно з цим спостерігається погіршення апетиту і безсоння. Стрес впливає абсолютно на всі органи, але особливо вразлива жіноча репродуктивна система. Це пояснюється гормональними змінами в організмі під час стресу. Зменшується розмір тимуса. Загальна площа кори надниркових залоз збільшується. Під час стресу в жіночому організмі відбувається посилена секреція гормону пролактину. Під його впливом відбувається секреція прогестерону — основного гормону другої половини менструального циклу. Під дією пролактину діяльність щитовидної залози сповільнюється, а також порушується її зв'язок з гіпофізом. Рівень тиреотропного гормону, синтезованого мозковою структурою, зростає. Це часто призводить до порушень менструального циклу.

Стрес завжди супроводжується активізацією діяльності кори надниркових залоз, де зокрема синтезується кортизол. Підвищена концентрація кортизолу в жіночому організмі протягом тривалого часу нерідко призводить до появи зайвої ваги. Наслідком цього є порушення менструального циклу. Таким чином, з-за стресу може розвиватися олігоменорея або аменорея. Надлишок естрогенів перекладається організмом в андрогени. Це і тягне за собою порушення регулярності циклу.

Харчування також має суттєвий вплив, зокрема наявність менструацій у жінки залежить від типу її харчування. Переїдання білкової їжі тваринного походження призводить до виникнення рясних і хворобливих менструацій. Знаменитий лікар Генрі Дж. Білер досліджував явище переходу жінок на вегетаріанство і зробив висновок, що кількість і якість кров'яних виділень у жінки безпосередньо залежить від раціону.

**Висновок:** На менструальний цикл жінок впливає багато чинників різного походження. Стрес та режим харчування мають помітний вплив на жіночу репродуктивну систему, що може проявлятися різноманітними відхиленнями від норми в залежності від сили та тривалості дії стресових чинників на організм жінки та способу її харчування.

Н.О. Самойленко, В.С. Кідрук

## **ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ДЛЯ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ТА ВСТАНОВЛЕННЯ ДАВНОСТІ СМЕРТІ ПРИ ВИПАДКОВІЙ ЕКСГУМАЦІЇ.**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

О.А. Щеглов (ас.)

Вінницький Національний Медичний Університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В останні роки спостерігається ріст тяжких корисно-насильницьких злочинів, що призводять до смерті потерпілого, серед них вбивство, розбій, бандитизм, тероризм та ін. З метою приховати скоєне, злочинці вдаються до таємного захоронення жертв, що є причиною подальшої випадкової ексгумації під час земельних робіт, будівництва. Крім того, причиною випадкової ексгумації є нещасні випадки, в разі недостовірної інформації про кількість постраждалих людей.

**Мета:** Дослідити методи ідентифікації особистості та виявлення давності захоронення трупа з метою належного захоронення, а також для встановлення обставин кримінального злочину чи його спростування згідно з правилами судово-медичної експертизи.

**Методи і матеріали:** Для досягнення мети використовують виявлення і фіксування всіх ознак померлого, що можуть бути використані для розшуку, а також судово-медичне дослідження для встановлення давності смерті і доведення сумісності осіб, визнаних зниклими з померлими. Тобто, використовуються знання в галузі судової медицини і інших медичних спеціальностей, застосовуються спеціальні лабораторні методики. За необхідності вивчаються медичні документи, матеріали кримінальних і цивільних справ.

**Результати:** Власне дослідження трупа починається з визначення за зовнішніми ознаками статі, віку, будови тіла. Проте, для ексгумованих трупів, що зазнали давнього захоронення та виражених гнилісних змін, багато з рекомендованих методів (словесний портрет, дактилоскопія, дослідження волосся тощо) не завжди можуть бути використані. Таким чином, більш підходять методичні прийоми: лабораторні, медико-криміналістичні, гістологічні та рентгенологічні методи дослідження, а також ідентифікація особистості по стоматологічному статусу. В останні роки широкого значення отримав метод фотосумісності черепа і фото людини, тому важливу роль грає реставрація голови трупа при її пошкодженні, гнилісних змінах і скелетуванні. При дослідженні розчленованих трупів потрібно мати на увазі, що розчленування трупа може статися внаслідок авіакатастрофи, транспортної травми, вибуху тощо. Найбільше криміналістичне значення має розчленування трупа, проведене з метою приховування вбивства. Визначення давності захоронення залежить від посмертних умов поховання, пори року, ґрунту, одягу, флори та фауни трупа, від стану до часу його захоронення (застосування лікарських препаратів, що затримують розвиток гнилісних змін, наявність захворювань і ушкоджень).

**Висновок:** Отримавши від експерта докладний опис трупа і індивідуальних особливостей, а також результатів судово-медичних досліджень, слідчий має змогу направити пошуки на певне коло осіб і встановити шляхи, по

яким буде ідентифікувати жертву, а також встановити ознаки кримінального злочину чи його спростування. При цьому потрібно виходити з того, що будь-яка давність поховання сама по собі не може бути визначальним моментом, все залежить від положень, які належить експерту виявити і тих можливостей, якими для цього володіє судово-медична експертиза.

А.О. Сасовець, Р.В. Карлашук

### **ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СПОКОЮ ТА ГОТОВНОСТІ ДО ДІЇ У ШКІЛЬНОМУ ВІЦІ**

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:** Зумовлена тим, що електроенцефалографія (ЕЕГ) є інтегративною характеристикою функціонування головного мозку, відображає активність багатьох нейронних груп, і це має прояв у фоновій електричній активності.

**Мета:** Провести аналіз змін ЕЕГ в стані функціонального спокою та під час готовності до дії обстежуваних в залежності від віку та статі.

**Матеріали та методи:** Для реалізації поставленої мети було обстежено 60 осіб обох статей віком 7-18 років – учнів 2-4, 7-8, 10-11 класів. Використовувалась система комп'ютерної електроенцефалографії.

**Результати:** В усіх вікових групах під час розплющування очей активаційні процеси посилюються. Проте, у дітей молодшого віку зміни спектру потужності (СП) відбуваються в потиличних ділянках кори та відсутня реактивність альфа-3 діапазону. У підлітків розплющування очей призвело до депресії як високочастотних, так і низькочастотних діапазонів ЕЕГ. В юнацькому віці депресія альфа, тета-діапазону та експресія потужності бета-коливання під час розплющування очей вказує на те, що в цьому віці вихідний рівень фонові активності головного мозку є високим. Аналіз статевих відмінностей показав, що у жінок переважають лімбіко-ретикулярні (бета-ритм) та стріо-таламо-кортикальні (тета-ритм) системи мозку в стані функціонального спокою, в той час як у чоловіків молодшої та юнацької групи відмічена перевага таламо – кортикальних (альфа-ритм) систем мозку. В підлітковому віці у чоловіків виявився вищий СП альфа-1 та альфа-2 діапазонів (таламо-кортикальні системи). У жінок переважали СП тета- та бета-діапазонів у підлітковому та юнацькому віці. Збільшення СП у фоновій ЕЕГ та під час розплющування очей у чоловічої статі відмічався в задніх ділянках неокортекса, тоді як у жінок – в передньоасоціативних ділянках.

**Висновки:** В усіх вікових групах під час розплющування очей активаційні процеси посилюються, про що свідчить депресія/експресія основних ритмів ЕЕГ. У дітей молодшого віку під час розплющування очей відбуваються зміни СП в потиличних ділянках кори. Реактивність альфа-3 діапазону відсутня, що свідчить про зниження рівня активності кори в цьому віці. Під час розплющування очей у молодшій та юнацькій віковій групі спостерігається експресія бета-2 –діапазону: в лобових ділянках – у молодших учнів, у лобових та передньоскроневих ділянках – у старшокласників. У підлітків в стані готовності до дії спостерігається депресія всіх досліджуваних ритмів ЕЕГ, що вказує на неспецифічну емоційну активацію кори під час переходу до стану готовності до дії. В юнацькому віці депресія альфа – (зокрема, альфа-3) та тета-діапазону та експресія потужності бета-коливання під час розплющування очей вказує на те, що в цьому віці вихідний рівень фонові активності головного мозку є високим. У чоловіків молодшого та юнацького віку в стані функціонального спокою і у підлітків у стані готовності до дії, вищий СП у альфа-1 та альфа-2 піддіапазонах в задньоасоціативних ділянках кори. У жінок переважає СП бета- та тета –активності в фронтально-центрально-задніх ділянках неокортекса.

С.М. Саюк, В.А. Голько

### **ДИНАМІКА УЛЬТРАСТРУКТУРНИХ ЗМІН КЛІТИН КРОВІ У ДІТЕЙ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ НА ФОНІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ**

Кафедра нормальної анатомії

У.М. Галюк (к. мед. н., доц.)

Кафедра пропедевтики педіатрії і медичної генетики

О.Л. Личковська (д. мед. н., проф.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

**Актуальність:** При генералізованому гнійному перитоніті у дітей, в умовах загальної інтоксикації, неминучий негативний вплив на стан формених елементів крові.

У науковій літературі відсутні дані про ультраструктурні зміни клітин крові дітей з генералізованим гнійним перитонітом та їх динаміка на фоні інтенсивної терапії.

**Мета:** Вивчити ультраструктуру клітин крові у дітей з генералізованим гнійним перитонітом на фоні інтенсивної терапії.

**Матеріали та методи:** Дослідження ультраструктури клітин крові було проведено у 16 дітей у віці 2 - 12 років,

з яких 10 знаходились на лікуванні в реанімаційному відділі ЛОДКЛ з приводу генералізованого гнійного перитоніту, 6 - практично здорові діти. Забір крові здійснювали при поступленні у відділення та під час інфузійної терапії. Препарати осаду крові для електронної мікроскопії готували за методикою, описаною І.А. Ерохіним. Вивчення і фотографування матеріалу проводили за допомогою мікроскопу УЕМВ-100К, при прискорюючій напрузі 75 кВ і збільшенні на екрані мікроскопа 2000X — 124000X.

**Результати:** В умовах патологічного процесу електронно-мікроскопічний аналіз кров'яного осаду показав, що він складається в основному з еритроцитів, гранулоцитів і значно меншої кількості лімфоцитів. Еритроцитарна маса у порівнянні з нормою представлена в основному клітинами неправильної форми, що мають численні видовженні вирости. Еритроцити гетерогенні за своєю електронною щільністю. Значні зміни відбуваються з клітинами гранулоцитарного ряду. Їхня цитоплазма електронно-світла, з ознаками розпаду, містить краплини жиру, мікроевезикули. Ядерна оболонка в багатьох місцях дезорганізована. В цитоплазмі лімфоцитів можна виявити гіпертрофований апарат Гольджі, велику кількість юних мітохондрій, лізосом, везикул. Ядерна оболонка в багатьох місцях пошкоджена, відмічається нерівномірний розподіл хроматину. У дітей з важчим перебігом генералізованого перитоніту з ознаками токсико-септичного шоку патоморфологічні зміни клітин крові на ультраструктурному рівні поглиблювалися, що проявлялося значною дегрануляцією нейтрофільних гранулоцитів, відсутністю ядерної оболонки з виходом у цитоплазму пластинчастоподібних мас хроматину. На фоні інтенсивної терапії спостерігалось покращення клінічного стану пацієнтів, стабілізація гемодинамічних показників, нормалізація біохімічних показників та відновлення ультраструктурної картини клітин крові: зменшення кількості еритроцитів неправильної форми, збільшення кількості нейтрофілів з нешкодженою ядерною оболонкою і великою кількістю гранул, присутність лімфоцитів з добре вираженою ядерною та цитоплазматичною мембраною.

**Висновки:** При генералізованому гнійному перитоніті у дітей спостерігається пошкодження еритроцитів, нейтрофілів, еозинофілів, лімфоцитів. Вираженість ультраструктурних змін клітин крові корелює з важкістю стану дитини та є одним з критеріїв ефективності терапії.

І.Д.Свистунов, В.В.Мельник

#### **АПОПТОЗ: ОГЛЯД ЗАПРОГРАМОВАНОЇ СМЕРТІ КЛІТИНИ**

Кафедра гістології

Т.О. Реқун(асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В останні роки вчені різних біологічних і медичних спеціальностей зацікавилися проблемою апоптозу - запрограмованої загибелі клітин. Клітинний склад більшості органів усіх живих особин практично ідентичний, коливання відносно невеликі. Життєвий цикл клітин різних систем неоднаковий, при цьому відбувається постійна їх зміна. Цей закономірний клітинний феномен, спостережуваний у всіх ядерних клітинах організму людини і тварин, назвали апоптозом

**Мета:** Загальний огляд сучасних уявлень щодо процесу апоптозу, включаючи: морфологію, механізми, роль апоптозу в здоров'ї та у хворобах, методи виявлення, а також потенціальні альтернативні форми апоптозу.

**Матеріали та методи:** Аналіз даних друкованої літератури, а саме: «Галицький В.А. Виникнення еукаріотичних клітин і походження апоптозу// Цитологія, 2008, том 47» та «Гордеева А.В., Лабас Ю.А., Звягільський Р.А. Апоптоз одноклітинних організмів: механізми та еволюція// Біохімія, 2009, том 69», а також матеріалів сайту «PubMed», а саме: «Bedner E, Li X, Gorczyca W, Melamed MR, Darzynkiewicz Z. Analysis of apoptosis by laser scanning cytometry. Cytometry. 1999», «Renehan AG, Booth C, Potten CS. What is apoptosis, and why is it important? Bmj. 2001»

#### **Результати:**

Ідентифікація морфологічних біохімічних маркерів апоптозу повинна в перспективі сприяти більш глибокому розумінню механізмів патогенезу захворювань, поліпшенню диференційної діагностики і створення принципів нових напрямків терапії.

**Висновки:** Апоптоз розглядається як обережно регульований, енергозалежний процес, що характеризується специфічними морфологічними та біохімічними особливостями, в яких активація каспази відіграє центральну роль. Важливість розуміння механізмів дії апоптозу є життєво необхідним, оскільки запрограмована смерть клітини є компонентом як здоров'я, так і хвороби, будучи ініційованими різноманітними фізіологічними та патологічними подразниками.

Т.С. Смага, П.К. Мальований  
**РОЛЬ МІКРООТОЧЕННЯ У 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:** За даними наукових публікацій останніх років, причиною малої результативності досліджень у галузі онкології є фокусування зусиль вчених виключно на вивченні геному пухлинних клітин і неврахування активної участі мікрооточення в рості і метастазуванні новоутворень. Тому принципово важливо враховувати, що пухлинні клітини знаходяться в оточенні різних за своєю природою факторів, які відіграють ключову роль в пухлинній прогресії.

**Мета:** Висвітлити сучасні наукові погляди на роль мікрооточення в пухлинній прогресії, розглянути основні компоненти стромального та клітинного мікрооточення.

**Матеріали та методи:** Огляд та аналіз монографій і наукових статей, присвячених даній проблемі, дані стандартних гістологічних й імуногістохімічних досліджень.

**Результати:** Пропонується розглядати чотири види мікрооточення пухлинних клітин: патофізіологічне (ангіогенез, лімфатична система, інтерстиціальний простір), метаболічне (оксигенація, гліколіз, рН), стромальне (ендотеліоцити, перицити, фібробласти, міофібробласти; позаклітинні молекули адгезії, фактори росту, гормони, протеази, інші ферменти, метаболіти; волокна сполучної тканини), імунологічне (макрофаги, дендритні клітини, НК-клітини, В-лімфоцити, ефекторні Т-клітини, еозинофіли, зрілі мієлоїдні клітини; молекули - цитокіни, хемокіни). Фібробласти являють собою гетерогенну популяцію, клітини якої відрізняються за своїм потенціалом диференціації і здатністю продукувати різні біологічно активні речовини, зокрема IL-1 $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, IL-12, IL-17, TNF $\alpha$ , INF $\gamma$ , HGF, FGF та IGF1, які зумовлюють мітогенний, проангіогенний, проінвазивний, прометастатичний та імуносупресивний вплив фібробластів на ріст пухлин. Тканинні базофіли здатні брати участь як в гальмуванні пухлинного росту за рахунок TNF $\alpha$ , IL-6, IL-1, IL-4, гістаміну, так і в стимуляції через посилення ангіогенезу, мітогенну та антикоагулянтну дію гепарину, імуносупресивний вплив IL-17. Макрофаги можуть утворювати 2 субпопуляції, перші з яких здатні руйнувати пухлинні клітини, а другі - посилювати їх ріст. Ендотеліальні клітини забезпечують ангіогенез пухлин. Вони продукують широкий спектр цитокінів, які мають проангіогенні та прозапальні властивості. Також вони сприяють метастазуванню пухлинних клітин. При взаємодії з перицитами вони здійснюють судинне ремоделювання, а при взаємодії з Т-клітинами пригнічують імунну відповідь. Еозинофіли можуть змінювати метаболічне мікрооточення пухлин завдяки виділенню великого основного білка. Також вони секретують речовини, які стимулюють ангіогенез, а також виділяють продукти як з про-, так і з протизапальною активністю.

**Висновки:** Усі компоненти мікрооточення знаходяться в тісній взаємодії і «контролюють» ріст і прогресію пухлин, тому необхідно надати їх дослідженню статус високої пріоритетності з метою розробки стратегії використання мікрооточення пухлин в якості своєрідної мішені для лікування онкологічних захворювань.

Л.О. Стасів  
**ВТОМА ТА ПЕРЕВТОМА ЯК ПРИЧИНА ДТП**  
Кафедра нормальної фізіології  
Т.П. Рисинець (асистент, к. психол. н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогодні питання втоми та перевтоми при керуванні транспортним засобом є досить актуальним у нашій країні. За даними аналітичної групи CorestoneCorp Україна є одним із лідерів у світі за рівнем смертності в ДТП разом з США, Росією, Грузією, Індією та Вірменією. За статистикою, щодня в Україні відбувається в середньому 554 аварії.

**Мета:** Дослідити вплив втоми та перевтоми у водіїв на безпеку керування транспортним засобом.

**Матеріали та методи:** Проведення анонімного тестування групи водіїв і аналіз його даних, індивідуальна бесіда з професійними водіями, спостереження.

**Результати:** Нами було опитано групу водіїв віком від 19 р. до 74 р. із середнім стажем керування транспортним засобом 16р., з них 80% — одружені, а 20% — ні. Опитування показало, що лише 40% є професійними водіями. Всі 100% вважають себе щасливими людьми і оцінюють психоемоційну атмосферу у своїх сім'ях у середньому в 3,5 бали. 80% водіїв слідкують за своєю фізичною підготовкою, однак 60% все ж таки мають шкідливі звички. 60% водіїв сідають керувати транспортним засобом під час хвороби. У середньому 4 год. протягом доби водії проводять за кермом, а сплять трохи більше 7 год. 80% опитаних їздять у межах населених пунктів і проїжджають короткі дистанції, а 20% — їздять поза межами населених пунктів на довгі дистанції. Вони втомлюються у середньому через 4 год. після початку руху. У 40% водіїв виникає почуття сонливості за кермом, а 50% — втрачали контроль над транспортним засобом. 50% на 50% розділилися водії, які їздять з пасажирами і без пасажирів. Слухати музику чи радіо, перебуваючи за кермом, любляє 90% водіїв, а також 60% — любляє розмовляти по телефону. Порушувати правила дорожнього руху дозволяє собі 60% опитаних,

а перевищувати дозволена швидкість — 80%. Їдучи на далеку відстань, 90% осіб зупиняється на відпочинок у середньому через 3 год. Даний відпочинок триває  $\pm 25$  хв. Також дослідження показало, що 70% — не були учасниками ДТП, 20% — були 3 рази, а 10% — 1 раз. Усім опитаним керування транспортним засобом приносить задоволення!

**Висновки:** Проаналізувавши дані опитування, ми дійшли висновку, що на втому та перевтому водіїв найбільше впливають такі чинники, як не зовсім стабільна психоемоційна ситуація в сім'ї, хворобливий стан, велика інтенсивність руху на дорогах, наявність пасажирів і увімкнута музика в салоні, розмови по телефону під час руху, а також порушення правил дорожнього руху та перевищення швидкості. Оскільки всі ці зовнішні фактори відвертають увагу водія і не дають йому достатньо зосередитися на керуванні транспортним засобом, тому впливають на роботу нервової системи і насамперед головного мозку, клітини якого втомлюються значно швидше, ніж м'язи, які працюють, а наслідком цього може бути ДТП.

О.В. Степаненко, І.І. Токмакова

## КОМП'ЮТЕРИЗАЦІЯ МЕТОДУ ФОТОСУМІЩЕННЯ ПРИЖИТТЄВОЇ ФОТОГРАФІЇ ТА ЧЕРЕПА ДЛЯ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ТРУПА В СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ.

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.А. Щеглов (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У структурі злочинів проти життя встановлення особистості трупа є початковим і найважливішим етапом розслідування. Це сприяє швидкому розкриттю злочину, розшуку злочинця або зниклого безвісти громадянина. Одним з найбільш поширених методів порівняльного дослідження є краніофасціальна ідентифікація, а саме метод фотосуміщення. Даний метод може бути використаний при медико-криміналістичному дослідженні для ідентифікації особи гнилісного зміненого трупа, скелетованого трупа або трупа з травмами м'яких тканин обличчя.

**Мета:** Порівняти класичний та комп'ютеризований метод фотосуміщення та визначити перспективи його використання.

**Матеріали та методи:** сучасні вітчизняні та зарубіжні джерела, що висвітлюють питання фотосуміщення прижиттєвих фото і скелетованих рештків.

**Результат:** Суть даного методу базується на даних, отриманих дослідниками, які встановили взаємозв'язок між м'якими тканинами обличчя та черепом. Зіставлення зображення обличчя на прижиттєвій фотографії та зображення черепа (у негативі) у відповідному ракурсі та масштабі, що накладаються одне на одного, дозволяють отримати суміщену фотографію, на якій будуть показані і череп, і м'які тканини. На отриманій фотографії вивчаються збіги таких орієнтирів як контури м'яких тканин, їх товщина, а також відповідність зубів та порівнюються характерні ознаки лобних пагорбів, надбрівних дуг, глабел, вертикальних западин з урахуванням залежності між кістковою основою та м'якими тканинами. Такий класичний метод фотозіставлення, в порівнянні з комп'ютерною моделлю, є дороговартісним за рахунок необхідності використання позитивних та негативних знімків, а також відповідних фотореактивів. Комп'ютерна система, розроблена для краніофасціальної ідентифікації, забезпечує: введення і цифрову обробку матеріалів з наступною розміткою по точках і контурах, побудування трьохмірної моделі константних (краніометричних) точок черепа, що дозволяє проводити пошук найбільш наближеного обличчя серед безлічі вже опрацьованих знімків і автоматизувати процес відтворення позиції черепа відповідно до положення голови людини, зображеної на прижиттєвій фотографії. Крім того, сучасні технології дозволили створити апаратно-програмний відеометричний комплекс безконтактних вимірів об'єктів складної просторової конфігурації, призначеного для отримання 3-D моделі черепа та створення віртуальних пластичних реконструкцій. В перспективі це дасть можливість для створення централізованого банку черепів невпізнаних трупів та для проведення дистанційних контрольованих досліджень в інших експертних установах.

**Висновок:** Викладені науково-технічні досягнення в області краніофасціальної діагностики дозволять замінити класичний метод фотосуміщення більш сучасним і автоматизувати процес реконструкції зовнішності по черепу, що значно підвищить ефективність криміналістичних розслідувань, в яких фігурують невпізнані трупи.

Я.В. Стойка

## ВРОДЖЕНИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ ЯК ОДНА З ПРИЧИН КАЛІЦТВА ТА СМЕРТІ НЕМОВЛЯТ.

Кафедра медичної біології

Т.І. Шевчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Токсоплазмоз – одна з найбільш поширених та вивчених протозойних інвазій. За різними літературними даними, інфікованість дорослого населення земної кулі токсоплазмозом становить від 30 до 80% і залежить від кліматичних, соціальних і релігійних особливостей, пріоритетів національної кухні, рівня санітарної культури. Розрізняють дві форми токсоплазмозу, що особливо характерний для людей з

імунодефіцитом як первинного, так і вторинного характеру, включаючи вагітних, у яких стан природного вторинного імунодефіциту поєднується із можливістю безпосереднього патологічного впливу збудника на організм майбутньої або новонародженої дитини. Вроджений токсоплазмоз виникає при інфікуванні плода через плаценту від матері. Розвивається він при зараженні жінки під час вагітності. За даними показниками, люди всього світу, включаючи вагітних, повсюдно стикаються з остаточними хазяїнами паразита *Toxoplasma gondii* - ссавцями родини котятчих. Це зумовлює високу інфікованість вагітних жінок, зокрема. У дітей, що заражаються цим паразитом незадовго до народження розвивається гостра генералізована форма токсоплазмозу. У немовляти лихоманка, збільшення лімфатичних вузлів, селезінки та печінки, розумова відсталість, епілептичні напади. При зараженні в першому триместрі вагітності відбувається викидень або народжується дитина з серйозними вадами розвитку ЦНС та очей.

**Мета:** Ретельно дослідити шляхи зараження токсоплазмозом. Вивчити вроджену форму токсоплазмозу. Ознайомитись з можливими методами лікування та профілактики токсоплазмозу.

**Матеріали та методи:** Проведено збір науково-дослідного матеріалу та його аналіз. Вивчено різні статистичні матеріали, а також доповіді, статті, дисертації на дану тему, нариси з медичної біології.

**Результати:** В ході опрацювання даних матеріалів було досліджено особливості вродженого токсоплазмозу, як однієї з вагомих причин смерті немовлят. Було визначено, що хвороба зустрічається повсюдно через різноманітність шляхів зараження паразитом. Встановлено наслідки внутрішньоутробного гострого токсоплазмозу. Детально вивчені методи профілактики та лікування токсоплазмозу. До основних методів профілактики належать: дотримання правил особистої гігієни, термічна обробка м'яса, кип'ятіння молока, миття овочів і фруктів, дотримання правил безпеки з біоматеріалами в лабораторіях, диспансерний нагляд за вагітними.

**Висновки:** Можна підсумувати, що токсоплазмоз є однією з небагатьох протозойних хвороб, що може передаватися через плаценту і бути винуватцем вроджених вад розвитку у малюка. Але все ж таки, як показують багаторічні спостереження, різні профілактичні методи є досить ефективними для попередження токсоплазмозу.

Н.О. Стопінчук., О.П. Савчук ., Ю. А. Кравчук

#### САМООЦІНКА ЯКОСТІ СНУ ВІТЧИЗНЯНИМИ СТУДЕНТАМИ ПЕРШИХ РОКІВ НАВЧАННЯ У ВІННИЦЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ім. М.І. ПИРОГОВА

Кафедра нормальної фізіології

С.В. Коновалов (к.м.н., доц.)

І. В. Гусакова (к.м.н., доц.)

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

**Актуальність:** Працездатність, ефективність навчання як і якість життя в цілому залежать від якості сну.

**Мета:** Оцінити якість і тривалість сну у студентів медиків початкових курсів навчання у ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

**Матеріали та методи:** У 151 студентів - медиків другого курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова (91 юнака та 60 дівчат) проаналізовані якість і тривалість сну шляхом використання Пітсбургського самоопитувальника якості сну (PSQI). Середній вік обстежених студентів – років ( $19 \pm 0,13$  та  $18,54 \pm 0,14$  років у осіб чоловічої та жіночої статі відповідно). Отримані дані оброблені статистично за допомогою програми Microsoft Excel (пакет «Аналіз даних»).

**Результати:** У  $58,94 \pm 4,0\%$  обстежених осіб виявлені порушення сну ( $>5,0$  балів за результатами PSQI), причому порушення сну зафіксовані у  $73,33 \pm 5,71\%$  дівчат і  $49,45 \pm 5,24\%$  юнаків ( $p < 0,01$ ). Тривалість сну менше 6 годин має місце у  $39,73 \pm 3,98\%$  студентів. Більшість студентів ( $76,82 \pm 3,43\%$ ) лягає спати після опівночі. Переважна кількість обстежених має тривалість засинання більше 15 хвилин ( $60,26 \pm 3,98\%$  студентів-медиків), середня тривалість часу, необхідного для засинання, становить  $19,27 \pm 1,28$  хвилин ( $16,21 \pm 1,06$  хвилин у юнаків та  $23,92 \pm 2,70$  хвилин у дівчат,  $p < 0,01$ ). Середні значення PSQI у студентів дорівнюють  $6,56 \pm 0,24$  балів ( $6,21 \pm 0,29$  балів у осіб чоловічої статі та  $7,10 \pm 0,40$  балів у осіб жіночої статі,  $p > 0,05$ ). Варто підкреслити, що  $13,25 \pm 2,76\%$  обстежених приймає медикаментозні засоби для поліпшення якості сну (серед них осіб чоловічої статі –  $12,09 \pm 3,42\%$ , жіночої статі –  $15,0 \pm 4,61\%$ ,  $p > 0,05$ ).

**Висновки:** Якість сну у студентів-медиків початкових років навчання є порушеною більше, ніж у половини обстежених. Причиною цього є в основному порушення режиму дня і відпочинку. Відсоток осіб, що приймають медикаментозні засоби для покращення сну, не є надто високим ( $13,25 \pm 2,76\%$  обстежених). Враховуючи вищезазначене, доцільно ознайомити студентів-медиків з результатами обстеження та поліпшити пропаганду здорового способу життя, що матиме прогностично позитивний вплив на якість їх сну та їх академічну успішність.

В.В. Стрельчук, Н.В. Небилиця  
**СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**  
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
О.А. Польова (асистент)  
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У світі та Україні збільшуються ризики та випадки захворюваності на хворобу Альцгеймера, із цим зростає потреба точно та своєчасно діагностувати захворювання. Відкриття та впровадження нових методів діагностики хвороби Альцгеймера(ХА) значно спрощує та пришвидшує постановку достовірного діагнозу, та сприяє ранньому симптоматичному лікуванню. У випадках прогресування захворювання надати соціально-психологічну та економічну підтримку родичам хворого.

**Мета:** Охарактеризувати найбільш достовірні методи діагностики хвороби Альцгеймера та визначити найбільш точний, інформативний та зручний метод для лікаря та пацієнта.

**Матеріали та методи:** науково-медичні статті та матеріали сучасних нейрологічних конференцій

**Результати:** Хвороба Альцгеймера - це захворювання головного мозку дегенеративного характеру, що виявляється у формі прогресуючого зниження інтелекту, втрати пам'яті.

Методи діагностики захворювання:

Збір анамнезу, огляд пацієнта та опитування родичів хворого;

Оцінка за шкалою MMSE (нейропсихологічний тест для оцінки когнітивних порушень, концентрації уваги, рахування і запам'ятовування), це дає лікарю уявлення про порушення різних областей головного мозку;

Магнітно-резонансна томографія – метод візуалізації внутрішніх структур організму в деталях. Хворий розміщується у томографі, де реєструються зрізи головного мозку, зображення хворого характеризується глибокими западинами та меншою кількістю мозкової тканини, адже при ХА відбувається руйнування білкових структур мозку;

Однофотонна емісійна комп'ютерна томографія дозволяє визначити циркуляцію крові в деяких ділянках мозку та їх функціонування;

Електроенцефалографія- метод заснований на реєстрації різниці електричних потенціалів, використовується для вимірювання функціонування головного мозку на основі аналізу електричної активності, що генерується мозком;

Наявність в мозковій тканині великої кількості дегідроепіандростерона, гормон виробляється при оксидатному стресі;

ПЕТ сканування, яке виявляє маркери: сенильні бляшки, що містять бета-амілоїдні пептиди та нейрофібрилярні клубочки, які складаються з гіперфосфорильованого тау-білка;

Дослідження спинномозкової рідини, в якій спостерігається зниження рівня білка Аβ42;

Генетичні дослідження. Мутації в гені пресініліні-1 (PSN-1), який розташований на 14-й хромосомі, відповідальні за 60-70% всіх ранніх випадках сімейної форми ХА. З успадкуванням алеля Е4 гена АРОЕ пов'язують половину випадків пізньої хвороби Альцгеймера.

**Висновки:** Опрацювавши та проаналізувавши всі методи дослідження хвороби Альцгеймера, можна зробити висновок, що користуючись лише одним з методів діагностики не можна 100% поставити діагноз, тому потрібно проводити комплексну діагностику захворювання, поєднуючи декілька з вище зазначених методів. Найефективнішими з них є ПЕТ сканування та дослідження генетичного матеріалу, в іншому випадку аналіз аутопсійного матеріалу.

Т.О. Струкевич, Н.І Штурмаревич  
**ЖИТТЯ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ ДАНИЛА КИРИЛОВИЧА ЗАБОЛТНОГО ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ  
ОСОБИСТОСТІ  
СУЧАСНОГО МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА**

Кафедра мікробіології  
Ю.В. Кордон (к.мед.н., доцент)  
Вінницький національний медичний університет М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Підготовка фахівців має на меті не лише формування глибоких знань своєї справи, але й прищеплення загальнолюдських гуманітарних цінностей, громадянських чеснот, національної ідентичності. Для вирішення цих завдань у медичному ВНЗ цілком логічно використовувати інформацію про життя і діяльність видатних українських медиків. Надзвичайно продуктивним у даному контексті нам вбачається висвітлення життєвого та наукового шляху академіка Данила Кириловича Заболотного.

**Мета:** Показати як висвітлення ключових моментів життя і наукової діяльності Д.К.Заболотного можуть бути задіяні у формуванні медичного працівника як громадянина та національно ідентифікованої особистості.

**Методи та матеріали:** Аналіз науково-біографічної та дидактичної медичної літератури.

**Результати:** Розгляд життєвого шляху Д.К. Заболотного дає можливість виховувати риси громадянської відданості улюбленій справі. Це дозволяє висвітлення інформації про створення першої в країні кафедри епідеміології, заснування Інституту мікробіології і вірусології ВУАН, відкриття у багатьох містах України



бактеріологічних лабораторій, розвиток медичної мікології. Біографічний матеріал дозволяє формувати глибоке усвідомлення лікарського обов'язку, самопожертви у боротьбі зі страшними хворобами людства: готовність ризикувати заради здобуття наукових знань: перевірка дії протичумної та протихолерної сироваток на власному організмі; формування співчуття до представників людства: участь у протиепідемічних експедиціях до Індії, Монголії, Саудівської Аравії, Поволжя, Туркестану, Китаю та ін.; участь у міжнародних конференціях з чуми, холери, жовтої лихоманки; виховувати патріотизм на прикладах збереження вченим зв'язків з Батьківщиною: лікування ним особисто мешканців Поділля під час епідемії холери; небайдужість до громадсько-політичного життя: участь у студентському протесаному русі часів Російської імперії, виконання обов'язків комісара освіти та охорони здоров'я Ольгопільського повіту часів Української національної революції; турбота справами рідного краю: обґрунтування необхідності організації у Вінниці медичного ВНЗ; збереження української ідентичності: читання лекцій українською мовою, турбота спілкуванням медичних працівників з пацієнтами рідною українською мовою.

**Висновки:** Матеріали з біографії Заболотного, насамперед про його піонерські наукові розробки, дають можливість виховувати у студентів актуальні для студентської молоді громадянські риси, загальнолюдські цінності й норми, почуття національної ідентичності. Тому включення інформації про життя та діяльність академіка Д.К.Заболотного до навчальної медичної літератури є надзвичайно актуальним для становлення особистості медичного працівника.

Т.О. Струкевич, Н.І Штурмаревич, В.Л. Петречук

### **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

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

Вінницький національний медичний університет М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Щорічно у 2 % хворих на цукровий діабет (ЦД) розвиваються виразково-некротичні процеси на стопах. Майже 50-70% нетравматичних ампутацій нижніх кінцівок проводиться саме у хворих на ЦД. У 5-10% хворих виникають діабетичні виразки. За сучасними науковими даними, у формуванні діабетичної макроангіопатії беруть участь два патогенетичні механізми: облітеруючий атеросклероз (ОА) великих судин, який проявляється формуванням атеросклеротичних бляшок зі звуженням просвіту судин та кальцифікуючий склероз Менкеберга, чи медіакальциноз артерій.

**Мета:** Вивчити патоморфологічні особливості виникнення та розвитку атеросклеротичних уражень судин при синдромі діабетичної стопи у хворих на ЦД 2-го типу з ішемічною хворобою серця (ІХС) та гіпертонічною хворобою (ГХ).

**Матеріали:** Дані з історій хвороб пацієнтів із цукровим діабетом, що звернулися у Вінницький обласний клінічний ендокринологічний диспансер з виразково-некротичними процесами на стопах.

**Методи:** Загальноклінічні дослідження, статистичний та патоморфологічний методи.

**Результати:** У першому дослідженні було обстежено 74 хворих на цукровий діабет. З них: ЦД 1-го типу – у 23-х осіб і, відповідно, у 51-го пацієнта – ЦД 2-го типу. Серед пацієнтів з ЦД 2, у 29-ти виявлено супутній діагноз ІХС, у 13-ти – ГХ. У 80,2% хворих зафіксовано скорочення часу розповсюдження пульсової хвилі по судинах усіх відділів нижніх кінцівок. У другому дослідженні вибрано 54 хворих на ЦД 2-го типу та з медіакальцинозом Менкеберга з різними ступенями важкості у віці від 40-ка до 70-ти років. Їм було проведено реовазографію нижніх кінцівок. У 72,5% хворих виявлено зниження кровонаповнення стегон, у 90,4% – гомілок, у 93,8% хворих – ступнів. У 80,2% хворих спостерігалось скорочення часу розповсюдження пульсової хвилі судинами усіх відділів нижніх кінцівок

**Висновки:** Важливим фактором у розвитку ускладнень та прогресуванні виразок у хворих на ЦД 2-го типу є наявність супутньої патології такої як ГХ та ІХС. У даній категорії хворих частота гнійно-некротичних ускладнень була вищою у 1,5 рази, порівняно з контрольною групою. Медіакальциноз не може бути безпосередньою причиною ОА, оскільки останній фіксується і без нього. Водночас медіакальциноз є одним з найважливіших чинників прискорення розвитку ОА при ЦД. Виявлені відхилення показників периферичної гемодинаміки свідчать про те, що для хворих на ЦД 2-го типу характерне не тільки ураження артеріол та венул, а також артерій середнього калібру і магістральних артерій (поєднання мікро- та макроангіопатій).

В. П. Ступінь  
**ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ЗНИЖЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ МІОІНОЗИТОЛУ В ШВАНІВСЬКИХ КЛІТИНАХ У ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТИЧНОЮ НЕЙРОПАТІЄЮ**

Кафедра патологічної фізіології

І. В. Романенко (асистент)

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

**Актуальність:** Ураження нервової системи у хворих на цукровий діабет вважається одним із найчастіших ускладнень (у 70–80 % хворих). Діабетична нейропатія однаково часто виникає у хворих на обидва типи цукрового діабету, однак у хворих на цукровий діабет 2-го типу вона має місце вже на момент діагностування діабету, тоді як у хворих на цукровий діабет 1-го типу зазвичай виникає через певний час від початку захворювання.

**Мета:** Дослідити патогенез зниження концентрації міоінозитулу в Шванівських клітинах.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз наукової літератури та публікацій з даної теми у базі даних PubMed.

**Результати:** В умовах гіперглікемії в Шванівських клітинах виникає оксидантний стрес, який призводить до активації ферменту полі-АДФ-рибозополімерази, який інгібує фермент гліцеральдегід-3-фосфатдегідрогеназу, що призводить до спрямування глюкози альтернативними шляхами. Провідне місце посідає поліоловий шлях обміну глюкози, що призводить до зниження концентрації міоінозитулу в клітині шляхом зменшення його синтезу. Використання інгібіторів альдозоредуктази це підтверджує: концентрація міоінозитулу в контрольній групі 3.63 мкмоль/г, 2.4 мкмоль/г пацієнти з діабетом і 3.56 мкмоль/г при використанні інгібіторів. Також в умовах гіперглікемії глюкоза конкурентно використовує транспортні канали міоінозитулу, що призводить до зменшення його надходження в клітину.

**Висновок:** Результати дослідження показують, що спрямування глюкози поліоловим шляхом обміну призводить до інгібування синтезу міоінозитулу в Шванівських клітинах. В умовах гіперглікемії відбувається конкурентне використання транспортних каналів міоінозитулу глюкозою. Дані зміни призводять до демієлінізації нервового волокна і розвитку нейропатії.

М.М. Ступчук, С.А. Лисиця

**ПЕРСПЕКТИВИ ТА МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПАЛІНОЛОГІЇ ДЛЯ ПОТРЕБ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.І. Гунас (ас.)

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

**Актуальність:** В умовах сучасних світових реалій судової медицини задачею судово-медичного експерта є прийняття до уваги і дослідження всіх речових доказів на місці пригоди. Одним з найбільш недооцінених «німих свідків» злочину є пилки. В той час як за кордоном дослідження пилку вже набуло ознак рутинного, в країнах пост-радянського простору досі не піднімалося дане питання. Створення та оптимізація палінологічного методу дослідження в умовах судово-медичної служби України дозволило б розширити перелік питань органів дізнання на які можна було б дати відповідь.

**Мета:** Дослідити можливості використання судової палінології на практиці, шляхом огляду специфічної літератури, підбору найбільш доцільної методики дослідження з послідуочим застосуванням на трупному матеріалі.

**Матеріали та методи:** Роботи іноземних авторів з судової палінології, експериментальний, аналітичний, узагальнюючий.

**Результати:** Після аналізу іноземної літератури вирішено обрати метод фарбування пилку по Wodehouse і модифікувати його з огляду на відсутність метиленового зеленого, з заміною метиленовим синім. Експериментально творено алгоритм забору матеріалу пилку з трупа людини: над піддослідною живою особою проведено рівномірне розпилювання 0,1 г пилку сосни. З різноманітних ділянок тіла на стерильні предметні скельця стерильним пензликом-щіточкою взяті проби пилку. Препарати фіксувалися за допомогою розчину етанолу над відкритим полум'ям до повного висихання етанолу. Після цього зразки досліджувалися за допомогою мікроскопа Microscope MICROmed XS-3320, об'єктивів 160/0.17, окуляри 10x. Оцінювалися лише кількісні показники шляхом простого підрахунку виявлених пилкових зерен. Ідентифікація пилку проводилася за допомогою використання атласу пилку Л.А. Савельєва зі співавторами. Виявлено, що найкращі кількісні показники досягнути при дослідженні скелець з ділянок передньої поверхні стегон, грудей, лобової ділянки голови. Після проведення серії дослідів і аналізу отриманих результатів вирішено провести дослідження на трупному матеріалі зі сліпими рендомізованими розпилюваннями пилку і послідуочим забором матеріалу згідно затвердженого алгоритму. В усіх серіях експерименту методика виправдала свою доцільність використання.

**Висновок:** В ході проведеного дослідження було відібрано найбільш простий і швидкий метод виявлення пилку на трупному матеріалі. Створено та оптимізовано першу методика забору матеріалу для палінологічного дослідження та його алгоритм. В подальшому планується продовження досліджень в даному напрямку з метою

удосконалення алгоритму забору матеріалу, проведення статистичних обробок матеріалу з метою якісного і кількісного аналізу отриманих даних, пошуку і аналізу результатів інших методів ідентифікації пилку. Виявлено також численні проблеми, що постають перед впровадженням судової палінології в практику: надзвичайно мала кількість спеціалістів, що могли б проводити ідентифікацію пилка; відсутність нормативної бази для проведення дослідження, тощо.

О.І.Сушицька, І.Н.Ткаченко

## **ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ПАТОГЕННИХ КОКІВ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ**

Кафедра мікробіології

Є.Ф.Макац(к.б.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Внутрішньолікарняні інфекції – це проблема охорони здоров'я усіх країн світу. Тенденція до зниження їх частоти з роками – відсутня. Навпаки, ситуація стає критичною. Адже, протягом останнього десятиріччя у всьому світі все більше поширюються лікарняні інфекції, що викликані коками. Ці збудники є стійкими до біоцидів та антибіотиків і здатні викликати значні ускладнення. У зв'язку з цим єдиним заходом зниження частоти спалахів кокових інфекцій є вдосконалення методів їх профілактики та попередження у лікарні.

**Мета:** дослідити методи профілактики та попередження внутрішньолікарняних інфекцій викликаних патогенними коками.

**Матеріали та методи:** Було проведено аналіз літературних джерел та наукових статей в GoogleScholar із медичної біології, мікробіології та догляду за хворими.

**Результати:** Коки – це мікроорганізми, які мають кулясту форму та належать до найстародавніших на землі. Вони досить широко розповсюджені в природі і мають низьку резистентність до різних чинників. В ході опрацювання даних була вивчена морфологічна будова патогенних коків і проведено порівняння різних родів цих збудників. Актуальним було питання діагностики і використання такого методу, як фаготипування. Так як для всіх патогенних коків характерною є наявність великої кількості сероваріантів, які відрізняються між собою за антигенною структурою, тому при спалахах інфекції для встановлення джерела використовують фаготипування за допомогою бактеріофагів. Були вивчені методи профілактики та попередження поширення патогенних коків.

**Висновок:** Патогенні коки (гноєрідні) спричиняють переважно гнійно - запальні процеси практично всіх органів та систем. Вони здатні викликати екзогенні та ендогенні інфекції і здатні викликати внутрішньолікарняні інфекції. Внутрішньолікарняні інфекції – це захворювання пацієнтів та медичних працівників, зараження якими відбуваються під час надання медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах. Приєднуючись до основного захворювання, вони значно погіршують його перебіг, суттєво затруднюють лабораторну діагностику, лікування, ускладнюють прогноз та наслідки хвороби, подовжують перебування пацієнта у лікарні, наносять моральні та додаткові матеріальні збитки. Необхідно проводити постійну профілактику в лікарнях, щоб запобігти ускладненням у важко хворих пацієнтів. Тому що летальність при різних формах внутрішньолікарняної інфекції становить 3,5 – 60%. Без сумніву, ці інфекції погіршують показники здоров'я людської популяції, через це якість надання медичної допомоги населенню, часом викликає недовіру до медичних працівників.

О.І.Сушицька, В.Л.Жебелєв

## **ВПЛИВ ДОНОРСТВА НА ДІЯЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТОНУСУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**

Кафедра нормальної фізіології

Н.М.Бандурка(к.м.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Донорство крові - це добровільний акт допомоги здорової людини (донора) хворому, що полягає у наданні частини своєї крові для лікувальних цілей. Дана кров використовується при оперативному втручанні і надзвичайних ситуаціях, які супроводжуються значними крововтратами. Так як донорство пов'язане з функціональними можливостями серцево-судинної системи, доцільним є проведення ортостатичних проб, що є необхідним для визначення її толерантності до навантаження без шкоди для здоров'я.

**Мета:** Дослідити вплив донорства на діяльність серцево-судинної системи в залежності від тону вегетативної нервової системи.

**Матеріали та методи:** метод визначення функціонального стану серцево-судинної системи, ортостатичні проба Вальтгофеля (оцінка показників гемодинаміки), методи оцінки тону вегетативної нервової системи (індекс Кердью, око-серцевий рефлекс Даніні-Ашнера), статистичні методи обробки матеріалу.

**Результати:** в дослідженні приймали участь 100 добровольців які були розподілені на 2 групи: 50 осіб -

донори, яким здійснювали забір крові у Вінницькому обласному центрі переливання крові і 50 осіб-контрольна група. У представників обох груп оцінювали тону вегетативної нервової системи. Ортостатичну пробу було проведено учасникам обох груп (у 1 групі проба проводилась після здачі крові). Нормальною реакцією на пробу є збільшення ЧСС на 10-16 ударів за 1 хв відразу після підйому і стабілізація його через 3 хв (як правило, стоячи, на 6 – 10 уд/хв вище, ніж у горизонтальному положенні). Сильніша реакція свідчить про підвищену реактивність симпатичної частини вегетативної нервової системи, що притаманне недостатньо тренуваним особам. Слабша реакція спостерігається у разі зниженої реактивності симпатичної частини і підвищеного тону парасимпатичної вегетативної нервової системи і це, як правило, супроводжує розвиток стану тренуваності. Отримали наступні результати: людей у яких переважає тону парасимпатичної вегетативної нервової системи – 11 (22%), у них не спостерігалися зміни в діяльності серцево-судинної системи (тиск, пульс); у інших 39 людей (78%) переважає тону симпатичної вегетативної нервової системи: з яких у 31 (62%) людини спостерігається значне зростання ЧСС і АТ, а у 8(16%) людей – схильність до гіпертонії та збільшення ЧСС.

**Висновок:** завдяки опрацьованому матеріалу було визначено що серед групи донорів для 22% людей здача крові є корисною, тому що вона викликає в організмі стан тренуваності та позитивно впливає на діяльність серцево-судинної системи. Для 62% осіб донорство не завдає шкоди. Натомість для 16 % донорів з гіпертонією здача крові є небезпечною для їхнього здоров'я та навіть життя.

К.Г. Татарчук, Д.А. Боднар

## МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДАКТИЛОСКОПІЧНОГО МЕТОДУ ДОСЛІДЖЕННЯ З МЕТОЮ ЕТНІЧНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ПОМЕРЛИХ ОСІБ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.В. Жук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Дерматогліфіка – це розділ морфології людини, що вивчає шкірний рельєф долонних і підошовних поверхонь тіла людини. На думку багатьох вчених – шкірний малюнок людини можна вважати своєрідним генетичним «маркером», що дає можливість не тільки з певною мірою передбачити виникнення тих чи інших захворювань, схильність до них, але і є «відбитком» багатоміжових міграційних процесів, які мали місце на території сучасної України. Зважаючи на активізацію в світі збройних конфліктів, що в свою чергу також призводять до зростання рівня міграції населення, виникає необхідність у створенні і впровадженні в практику простого, дешевого і зручного у застосуванні методу, що дозволив би визначати етнічну приналежність померлої особи, і таким методом могла б стати дактилоскопія.

**Мета:** Аналізуючи роботи вітчизняних та іноземних авторів, дослідити можливості застосування дерматогліфічних маркерів з метою ідентифікації регіонарної приналежності осіб.

**Матеріали і методи:** Огляд та аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють тематику дослідження шкірного малюнку людини і взаємозв'язку певних його особливостей з етнічною приналежністю особи.

**Результати:** У світі питання вивчення дерматогліфічних ознак серед різних груп етнічних меншин є актуальним питанням – багатьох успіхів досягли судово-медичні експерти з Гани (D. Awuah, V. Dzogbefia, P. Kumar), Індії (Ettishree, G. Vineeta, T. Nutan) та інших куточків світу. Питанням вивчення дерматогліфічного малюнку українців науковці почали цікавитися ще з кінця 19 століття, коли намагалися скласти дерматогліфічну карту українців. Тоді виникли перші класифікації дерматогліфічних груп населення (наприклад – Північний, Західний, Східний та Південний типи). Поділи відбувалися здебільшого за географічними принципами. В подальшому виникали роботи, що почали відштовхуватися від етніко-історичних регіонів, та з'явилися роботи, направлені на дослідження ізольованих етнічних груп, що проживають на території України. Так, Козань Н.М. досліджено особливості дерматогліфіки гуцулів та бойків. Результатами даних робіт стало підтвердження думки про те, що дерматогліфічна картина українців досить неоднорідна, і частково відображує історичні міграційні процеси, а також наявність специфічних шкірних малюнків, характерних для етнічних груп.

**Висновок:** Дерматогліфічні ознаки можна використовувати у якості маркерів для визначення етнічної приналежності особи. Проведення дослідження, що змогло б виявити особливості дерматогліфічних малюнків населення України з урахуванням усіх етнічних груп, що проживають на її території дало б змогу виділити специфічні ознаки, характерні для того чи іншого регіону, що в подальшому можна буде застосувати на практиці з метою ідентифікації невідомих осіб, а саме, припустити їх регіональне походження.

Г.Я. Тимчук  
**ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ПРИ**  
**ДОВГОТРИВАЛОМУ ПАЛІННІ ЕЛЕКТРОННИХ СИГАРЕТ**  
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:** Електронні сигарети (вейпи) є одними з приладів, що використовуються при нікотинозамісній терапії. Вейпи містять невелику дозу нікотину, не містять смоли, не викликають ефект пасивного паління, окрім того можуть використовуватися в будь-якому громадському місці.

**Мета:** За даними літературного аналізу довести шкідливість електронних сигарет, а також спрогнозувати основні патоморфологічні зміни в організмі при довготривалому палінні, проаналізувавши склад рідини для електронних сигарет.

**Матеріали та методи:** Аналіз та опрацювання наукової літератури.

**Результати:** Рідина для електронних сигарет складається з трьох основних складових: пропіленгліколю, гліцерину, нікотину (в різних дозах). В залежності від виробника також може містити ароматизатори та дистильовану воду. Пропіленгліколь викликає тротхит (подроздрнення нервових рецепторів задньої стінки глотки), тривалі запальні процеси, що сприяють появі висипки; збільшує ризик поширення респіраторних захворювань в дихальній системі; забезпечує проникання нікотину якомога глибше в організм. Вдихання парів гліцерину призводить до того, що речовина осідає в легенях, створюючи на поверхні щільну плівку, утруднює їх повітрообмін і зволоження, а також призводить до стрімкої гідратації верхніх дихальних шляхів. Перегрів гліцерину призводить до вироблення акролеїну, що є потужним канцерогеном і подразнює слизову поверхню носоглотки. Нікотин спричиняє зменшення часу згортання крові, бронхоспазм, зменшення частоти серцевих скорочень, збільшення артеріального тиску, викликає резистентність до інсуліну, нудоту, сухість в роті, головний біль, порушення сну. Патогенна дія ароматизаторів залежить від виду та смаку рідини для вейпу.

**Висновок:** Речовини, що виділяються при палінні вейпу, сприяють звуженню кровеносних судин, що підвищує ризик інфаркту, інсульту, захворювань нирок, печінки, легень і т.д. Крім того нікотин здатний викликати мутацію клітин.

М.І. Тихонюк, М.О. Швая  
**ГІМНАСТИКА ДЛЯ М'ЯЗІВ ОЧЕЙ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ МІОПІЇ**  
Кафедра нормальної фізіології  
О. Л. Очеретна (доцент, к. мед. н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Міопія – важлива медико-соціальна проблема сучасної цивілізації, оскільки з бурхливим ростом комп'ютерних технологій кількість випадків міопії росте в геометричній прогресії. Статистика стверджує, що кожна третя сучасна людина страждає короткозорістю.

**Мета:** З'ясувати ефективність вправ для відновлення зору при короткозорості. Провести статистичну обробку даних експерименту.

**Матеріали та методи:** Дві групи людей: контрольна та дослідна. Аналіз та узагальнення експериментального досвіду.

**Результати:** В офтальмології захворювання міопія залишається однією з найбільш актуальних проблем, що зв'язано з її масовим розповсюдженням, тенденцією до прогресування, можливим переростанням в ускладнені форми. Причин короткозорості є чимало. Основні із них: спадковість, інтенсивні зорові навантаження, яким піддаються органи зору, неправильна корекція зору, неправильне харчування, судинні фактори, хронічні захворювання, не дотримання правил гігієни зору. Головною причиною прояву міопії у людини є видозміна форми очного яблука. Корекція міопії в даний час здійснюється трьома загальноприйнятими способами, зокрема: носінням окулярів, застосуванням контактних лінз та лазерної терапії. На початку XIX століття американський офтальмолог Вільям Гораціо Бейтс, поклав початок по поліпшенню зору, не вдаючись до допомоги окулярів. Теорія Бейтса передбачає, що аномалії рефракції ока, пов'язані з напругою м'язів, що оточують очне яблуко, а не з органічними змінами в кришталіку або форми очного яблука. Бейтс першим почав пошуки альтернативних способів поліпшення зору, першим ввів профілактику аномалій рефракції, розробив вправи, що розслаблюють очні м'язи і знімають спазми. Він вважав, що при їх регулярному виконанні зміниться форма очного яблука і відповідно покращиться зір. Нами було досліджено вірність теорії Бейтса, а також перевірено ефективність вправ для очей у покращенні зору. У нашому дослідженні взяли участь 40 людей. На початку особам було запропоновано перевірити зір, після цього ми обговорили комплекс вправ, які пацієнти повинні були виконувати тричі на день протягом місяця. Дослідна група виконувала вправи, контрольна – ні. Зважаючи на кількість виконаних вправ та старанність їх виконання, в результаті дослідження було доведено, що гімнастика для м'язів очей і справді поліпшує зір.

**Висновки:** Під час даної роботи було доведено експериментально та математично, що вправи для очей і справді допомагають відновити зір при міопії, тому їх можна рекомендувати для тих, хто має короткозорість, а

саме - на це впливає кількість і якість виконання лікувальної гімнастики. Про це свідчить виконаний нами кореляційний аналіз, в якому ми довели зв'язок між показником покращення зору і кількістю разів, що виконувалися вправи з ймовірністю 99,9%.

Отже, дані нашого дослідження підтверджують теорію Бейтса, згідно з якою якісне виконання вправ допомагає підтримувати м'язи ока у тонусі, що й дозволяє скорегувати проблеми фокусування зображення на сітківці.

І.І. Токмакова, О.В. Степаненко

## **ОСОБЛИВОСТІ ВБИВСТ З РИТУАЛЬНОЮ МЕТОЮ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗИ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.А. Щеглов (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сучасному етапі розвитку суспільства в різних країнах існують релігійні спільноти, які в деяких випадках приймають вигляд релігійних культів і сект, що спотворюють вчення традиційних релігій. Нерідко функціонування таких релігійних організацій пов'язане зі злочинною діяльністю, а саме з кримінальними посяганнями на майнові права, свободу та особисту недоторканність громадян, а також на життя і здоров'я людини. Деякі секти практикують обрядові вбивства в "релігійних" цілях, що приймає характер людського жертвоприношення.

**Мета:** Вивчення теоретичних та методологічних проблем, що виникають при дослідженні ритуальних убивств, а також визначення основних шляхів їх вирішення.

**Матеріали та методи:** Обробка результатів досліджень у галузі криміналістики, кримінального права, кримінально-процесуального права, судової експертизи, оперативно-розшукової діяльності.

**Результати:** При огляді трупа на місці виявлення судово-медичному експерту необхідно враховувати: позу трупа (жертву можуть розміщувати на спеціальному пристосуванні у вигляді хреста або п'ятикінцевої зірки – про такий спосіб вбивства буде свідчити поєднання особливої локалізації та характеру пошкоджень у вигляді наскрізних поранень на кистях та стопах); розташування, характер трупних плям (вказує чи змінювалось положення тіла після смерті); одяг жертви (накидки або балахони). Можна виділити наступний комплекс ознак, що вказують на ритуальний характер вбивства: сліди механічних пошкоджень на тілі трупа у вигляді висічених символів та знаків; ушкодження на тілі жертви у вигляді одиничного ураження гострим колючим предметом у життєво важливі органи при відсутності слідів боротьби (множинні подібні пошкодження вказують на групову природу вбивства); сліди обриву волоссяного покриву на голові, грудях, статевих органах і т. д. (обряд позбавлення людини «захисної, духовної енергії») у сукупності зі слідами ушкоджень магістральних артерій (збір жетовної крові); наявність на тілі жертви татуювань у вигляді знаків і символів ритуально-магічного змісту; сліди вилучення органів і тканин; сліди крові (намальовані знаки та символи). У рамках судово-медичного дослідження трупа необхідно провести судово-хімічну експертизу з метою виявлення отрути та ін. речовин у організмі та судово-біологічне дослідження. Експерт має вирішити чи була жертва жива й у свідомості при нанесенні тілесних ушкоджень злочинцями і чи вказує характер тілесних пошкоджень на тілі трупа, що метою злочинців було заподіяння особливих психофізичних мук і страждань жертви.

**Висновки:** Вирішити питання про ритуальний характер вбивства може лише слідчий, що базує свої висновки на сукупності матеріалів, отриманих в результаті слідчих дій, проведених експертиз, консультацій з фахівцями тощо. Але судово-медичний експерт у рамках своєї компетенції може й повинен вказати слідчому на наявність ушкоджень на тілі трупа, що мають ознаки виконання ритуалу релігійного характеру, спрямованого на смерть людини.

Н.В. Толочко

## **ОСОБЛИВОСТІ ПАТОМОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОСНОВНИХ ТИПІВ ЛІМФОМИ ХОДЖКІНА**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.І. Панасюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Лімфома Ходжкіна (ЛХ) є одним з найбільш поширених злоякісних новоутворень лімфоїдної тканини на території України з доволі високим відсотком смертності. За даними Національного Канцер реєстру захворювання на ЛХ складало 13.8% у чоловіків та 14.5% у жінок від всіх злоякісних новоутворень, діагностованих протягом 2015-2016 років. Смертність натомість досягла до 7.7% відповідно.

**Мета:** Дослідити основні методи морфологічної та імуногістохімічної діагностики для найпоширеніших типів ЛХ (нодулярного, з лімфоцитарним переважанням та класичного).

**Матеріали і методи:** аналіз вітчизняних та зарубіжних джерел наукової літератури, відомості з інтернет мережі, опрацювання статистичних даних з Національного Канцер реєстру.

**Результати:** головною патогномонічною морфологічною ознакою в діагностиці є виявлення в біопсійному матеріалі гігантських багатоядерних клітин Березовського-Штернберга-Ріда та клітин Ходжкіна. Для більш

точної диференціації діагнозу проводиться імуногістохімічне дослідження із застосуванням маркерів до вірусу Епштейн-Барр (EBV), CD30 (Ber-H2), CD15 (Leu-M1), CD45, CD20, ЕМА та інші. При варіанті з лімфоцитарним переважанням ЛХ спостерігається мало діагностичних клітин та виявляється експресія до CD45, CD20, ЕМА антигенів. Щодо класичної ЛХ, то для її різновидів буде специфічно: 1) для типу з лімфоїдним переважанням властива позитивна реакція з CD30 в пухлинних клітинах, що є характерним для всіх типів класичної ЛХ; у 75-85% буде виявлятися експресія до CD15 антигена, а CD20 – в 40% випадків. 2) нодулярно-склерозуючий тип діагностується за характерним вузловим малюнком та експресією CD30 і CD15. 3) змішаноклітинний варіант є найбільш складним для діагностики, оскільки не завжди в біопсійному матеріалі можна побачити діагностичні клітини Березовського-Штернберга-Ріда, запідозрити діагноз можна за багатим еозинофільним фоном пухлинного оточення; щодо маркерів, то вони виявляються з такою частотою: CD30 - 100%, CD15 – 85%, CD20 – 20%, EBV – 75%. 4) для варіанту з лімфоїдним виснаженням характерна гістологічна картина з витісненням лімфоцитарного фону специфічними пухлинними клітинами та наявність позитивної реакції до маркерів EBV - 95%, CD30, але відсутня експресія до CD20 та ЕМА.

**Висновок:** Отже, основним методом діагностики ЛХ є імуногістохімічне дослідження із застосуванням маркерів EBV, CD30 (Ber-H2), CD15 (Leu-M1), CD45, CD20, ЕМА з метою ранньої та точної постановки діагнозу для призначення адекватної хіміотерапії та підвищення відсотку виживання хворих.

П.В. Торчанина

### ПРОБЛЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ В СЛУЧАЯХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013-2016 ГГ

Кафедра судебной медицины

Г.Ф.Кривда (д.мед.н.,проф.)

Одесский национальный медицинский университет

г.Одесса, Украина

**Актуальность:** Согласно статистике, автомобиль является самым опасным видом транспорта. Ежегодно в мире погибает около 1,3 миллиона человек и около 8 миллионов получает ранения. Из всех видов транспортных аварий дорожно-транспортные травмы являются ведущей причиной насильственной смертности лиц в возрасте до 45 лет.

**Цель:** Проведение анализа распределения структуры механической травмы, что возникла в результате ДТП, по степени тяжести, а также причин смертности лиц, погибших в результате ДТП в Одесской области за 2013-2016 г.г., а также изучить обстоятельства дорожно-транспортных катастроф и предложить оптимальные организационные мероприятия, которые будут способствовать своевременному оказанию различных видов экстренной медицинской помощи (ЭМП) пострадавшим в ДТП).

**Материалы та методы:** Материалом исследования послужили акты судебно-медицинского исследования и заключения эксперта трупов и живых лиц, проведенных в Одесском областном бюро судебно-медицинской экспертизы за 2013-2016 г.г., а также статистические данные Управления безопасности дорожного движения Департамента превентивной деятельности Национальной полиции Украины.

**Результаты:** Ежегодно в Украине происходит около 130 тыс. ДТП, из которых около 25 тыс. – с пострадавшими. В результате ДТП за 2016 год погибло 3187 человек (9,95%) и 32079 человек травмированы. В среднем за сутки происходит около 350-400 ДТП. Из них около 10 человек погибает и около 80 получают травмы. По регионам Украины наиболее аварийными являются город Киев (35812), Одесская (12060), Харьковская (10063), Киевская (9770) и Днепропетровская (9604) области. К самым безопасным областям принадлежат Тернопольская (1530), Кировоградская (1612), Сумская (1824), Черновецкая (1967) и Ровенская (2262). По данным Одесского областного бюро СМЭ количество экспертиз и исследований за последние 10 лет уменьшилась примерно в 1,5 раза. Дефекты диагностики и лечения среди пациентов с политравмой приводят к инвалидности в 40,0 - 50,0 %, к летальному исходу — в 15,0 - 40,0 % случаев.

**Выводы:** Методика прогнозирования исходов дорожно-транспортных травм позволяет клиницисту выявить и своевременно оказать влияние на факторы риска неблагоприятного исхода, судебно-медицинскому эксперту — оценить уровень качества оказанной медицинской помощи и степень влияния дефектов оказания медицинской помощи на исход. На данном этапе основной проблемой становится оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим при ДТП. В экспертной практике возрастает необходимость в изучении видов дефектов медицинской помощи и в анализе причин их возникновения.

А. А. Тур  
**ФЕНОМЕН СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЯК КОМПОНЕНТ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я**

Кафедра нормальної фізіології  
Р. В. Карлащук (асист.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сучасні умови життя й діяльності людства викликають різні форми дезадаптації, нервово-психічні й психосоматичні порушення, посттравматичні стресові розлади. Така ситуація зумовлює надзвичайну актуальність досліджень феномену стресу та можливих варіантів поведінки людини у стресових ситуаціях, а це, в свою чергу, дозволить намітити можливі стратегії та тактики допомоги людям у стресових ситуаціях.

**Мета:** дослідити рівень стресостійкості різних соціальних груп населення.

**Матеріали та методи:** Для проведення дослідження рівня стресостійкості було проведено спеціальний авторський тест «Чи вмієте ви справлятися зі стресом?», загальна вибірка якого склала 40 осіб, поділених на 8 різних груп: школярі, студенти, викладачі, працююча молодь, що навчається заочно, працюючі люди середнього віку, пенсіонери, про яких піклуються діти, самотні літні люди, інваліди. Тест може бути використаний для людей будь-якого віку, стану здоров'я, соціального статусу та професії.

**Результати:** Кінцеві результати показали, що найменшу кількість балів, а отже, і найвищий рівень стресостійкості мають пенсіонери, про яких піклуються рідні, школярі. Рівень їхньої стресостійкості визначається 95-80 %. Працюючі люди середнього віку показали трохи більшу кількість балів, а отже, трохи нижчий рівень стресостійкості. Рівень їхньої стресостійкості – 79-60 %. Ці люди належать до групи низького ризику. Стан здоров'я нормальний. Стійкість до негативних факторів зовнішнього середовища найвища. Студенти та викладачі набрали таку кількість балів, яка може констатувати, що для них існує загроза стресу. Рівень стресостійкості таких людей – 59-30 %. Необхідно терміново нормалізувати свій стан. Для цієї категорії доцільно застосовувати некатегоричні методи боротьби зі стресом. Вони можуть справлятися зі своїми проблемами самостійно, стан здоров'я не потребує лікарських втручань. Найбільшу кількість балів отримали інваліди, працююча молодь, що заочно навчається, літні самотні люди та учні 11 класу. Це означає їх критичний стан. Люди даних категорій об'єднуються в групу високого ризику, а рівень їхньої стресостійкості – менше 30 %.

**Висновки:** На підставі отриманих даних можемо прослідкувати тенденцію підвищення схильності до стресу в певних груп населення, скласти можливий прогноз їх емоційного й фізичного стану, виявити необхідність термінових заходів підвищення стресостійкості.

У.Д. Умар  
**ОСОБЛИВОСТІ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ ЩО УТВОРЮЮТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТІ BDSMTARAPE ПРАКТИКИ**

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

**Актуальність:** BDSM (Bondage&Discipline, Domination&Submission, Sadism&Masochism) психосексуальна субкультура, заснована на еротичному обміні владою та інших формах сексуальних відносин, що зачіпають рольові ігри щодо панування і підпорядкування. RAPE вид сексуального насильства, як правило, має на увазі вчинення статевого акту одним або декількома людьми з іншою людиною без згоди останнього. Низька обізнаність органів дізнання та судових медиків у даних термінах і відповідно в характерних ознаках тілесних ушкоджень що вони спричиняють, вимагають більш ретельного дослідження даної тематики.

**Мета:** Визначити ключові ознаки тілесних ушкоджень, характерних для BDSM та RAPE, встановити відмінності між ними.

**Матеріали та методи:** Огляд та аналіз літературних даних серед вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, джерелах що висвітлюють дану тематику в аспекті судово-медичної експертизи.

**Результати:** При BDSM практиці тілесні ушкодження (в даному випадку - синці, садна, рубці) у «постраждалого» будуть характеризуватися різною давністю виникнення, вельми поверхневими проявами, що не несуть загрози здоров'ю. Так само варто відзначити що вкрай рідко тілесні ушкодження «практиків» виходитимуть за зони прикриті, при чому синці точкові або невизначеної форми будуть частіше локалізувати на грудях, внутрішній стороні стегон, сідницях, внутрішньої частини плеча; лінійні синці і садна можуть бути на спині, сідницях, зовнішній стороні стегон, руках і ногах. Тріщини і надриви навколо оральної, періанальної, вагінальної області не будуть виявлені. При RAPE тілесні ушкодження постраждалого можуть бути абсолютно будь-якого характеру, аж до переломів кістки, іноді несуть загрозу здоров'ю, працездатності та якості життя пацієнта. Локалізація вельми хаотична, включаючи обличчя, голову, руки, ноги, шию. Найчастіше і зустрічаються великі, хмароподібні синці на внутрішній стороні стегон, спині, плечах і передпліччях. Садна хаотичні, в основному на обличчі, руках. Рани хаотично розташовані, абсолютно різного характеру. Тріщини і надриви в оральній, періанальній і вагінальній областях будуть вельми показовими на відміну від випадків практики BDSM. Характерні сліди самозахисту на кінцівках практично не характерні для осіб, що практикують



BDSM, в той час як для RAPE практики вони вельми характерні. Також варто зазначити, що практично завжди практика RAPE не включає в себе використання контрацептивів, в той час як BDSM практика навпаки, практично не знає випадків, коли б засоби контрацепції не використовувалися б.

**Висновки:** Підсумовуючи вищенаведену інформацію, можна прийти до висновку, що не зважаючи на стереотипи, що спостерігаються серед органів дізнання та судових медиків, тілесні ушкодження при BDSM практиці не становлять ні загрози для життя «постраждалого», ні призводять до стійкої втрати працездатності чи довготривалого лікування, на відміну від випадків RAPE насильства.

О. А. Філевич

## ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ПЕЧІНКИ В УМОВАХ ГІПОТИРЕОЗУ

Кафедра патологічної фізіології

Н. А. Рикало (д. мед. н., проф.), О. М. Мордвінова (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В останні роки в Україні спостерігають зростання тиреоїдної патології, яка серед ендокринних захворювань посідає друге місце після цукрового діабету (Кравченко В.І., 2011). Зокрема поширеність гіпотиреозу за даними ВООЗ становить 2-3% населення. Це обумовлено, головним чином, збільшенням кількості тотальних та субтотальних тиреоїдектомій, з приводу новоутворень щитовидної залози в період після Чорнобильської катастрофи, що й зумовлює актуальність дослідження тиреоїдної дисфункції та її впливу на функціонування органів і систем організму.

**Мета:** вивчення впливу гіпотиреозу на основні функції печінки та стан гепатоцитів.

**Матеріали та методи:** пошук, аналіз, збір, вивчення та порівняння даних різних вітчизняних та закордонних науково-фахових джерел.

**Результати:** У патогенезі гіпотиреозу важливе місце займає взаємозв'язок між щитовидною залозою і печінкою (S.Battaler, 1988, M. G.Huang, 1995). Тиреоїдні гормони (ТГ) регулюють рівень метаболізму гепатоцитів, а печінка, у свою чергу, метаболізує тиреоїдні гормони, тим самим регулюючи їх системні ендокринні ефекти. Порушення функції щитоподібної залози можуть призводити до змін функцій печінки, а при захворюваннях печінки можуть виникати відхилення в метаболізмі ТГ (Malik R. and Hodgson H., 2002). Як первинний, так і вторинний та третинний дефіцити ТГ впливають на функції печінки, зокрема гіпотиреози центрального генезу (1% всіх випадків захворювань у дорослих) підвищують ризик розвитку неалкогольної жирової інфільтрації печінки (Hoffmann, A; Muller, HL, 2017). Відомо, що дефіцит ТГ знижує рівень окисних процесів, що проявляється зменшенням основного обміну на 20-40% і схильністю до гіпоглікемії, водночас спостерігається активність анаеробного гліколізу для забезпечення енергетичних потреб, що супроводжується підвищенням рівня лактату і пірувату в крові. Окрім цього ТГ виявляють регулюючий вплив на ліпідний і енергетичний обмін, про що свідчить зниження активності ферментів монооксигеназної системи печінки, що призводить до порушення процесів детоксикації як екзогенних, так і ендогенних метаболітів (Герасимчук М.Р, 2016). Також зниження ТГ пригнічує лізосомальний апарат клітин, що характеризуються змінами показників кислої фосфатази та катепсину D у гомогенаті печінки, як у непошкодженій, так і в пошкодженій тканинах, що погіршує стан ендогенної інтоксикації (Зарічна О.Й., 2016). В умовах гіпотиреозу відбувається зниження рівня основних компонентів антиоксидантної системи організму і активація вільнорадикального окислення ліпідів, що в підсумку приводить до формування розповсюдженої мембранопатії, що супроводжується збільшенням у тканинах первинних і кінцевих продуктів перекисного окислення ліпідів (Мусатова З.І., 2002). Також ТГ впливають на первинний етап синтезу пуринів та піримідинів, а при зменшенні їх рівня порушуються процеси регенерації і репарації, тому спостерігається вірогідне зростання кількості клітин, що знаходяться в стані апоптозу та знижується проліферативна активність гепатоцитів (Н. А. Рикало, О. М. Мордвінова, Ю. О. Василець, 2017).

**Висновки:** При зменшенні кількості ТГ, які абсолютно необхідні для нормального функціонування організму, розвиваються патологічні зміни всіх органів і систем, у тому числі гепатобілярної системи.

Р.Х. Фітцев

## МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В РОБОТІ ВІДДІЛУ РЕЧОВИХ ДОКАЗІВ ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.А. Старостенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Не зважаючи на те, що комп'ютерні технології набули широкого використання у всіх сферах людського життя, зокрема, і в роботі, більшість операцій статистичної обробки досі проводиться в ручному режимі, що значно сповільнює роботу персоналу та структурних одиниць організації, допускає появу помилок (людський фактор) при підрахунках. Також варто відмітити, що робота зазвичай ведеться на паперових носіях,

які підлягають пошкодженню факторами зовнішнього середовища і знову ж таки, людським факторам (наприклад, нерозбірливий почерк особи). Переведення розрахункової роботи в електронний, комп'ютеризований формат, дозволила б нівелювати всі попередньо згадані фактори.

**Мета:** Створити і впровадити в практичну роботу спеціально розроблений і адаптований для відділу речових доказів, відділення судово-медичної гістології лист формул Microsoft Excel здатний обробляти в повному обсязі його статистичну інформацію.

**Матеріали та методи:** З метою досягнення мети використовувався аналітичний метод та програмне забезпечення Microsoft Excel.

**Результат:** З метою створення бази, що могла б обробляти дані, необхідні для аналізу роботи відділу речових доказів, відділення судово-медичної гістології взяті такі дані як: прізвище, ім'я, по-батькові судово-медичного експерта гістолога, що виконує експертизу та судово-медичного експерта який направив шматочки органів на гістологічне дослідження, дата розтину трупа, дата початку судово-гістологічної експертизи, кількість зрізів відібрані для дослідження, методика забарвлення (включно з використанням додаткових фарбувань, наприклад, «Судан III», «ван-Гізон» тощо), діагноз вписаний в направленні на гістологічне дослідження. Розрахунок формул проводився з метою отримання показників: щомісячне, щоквартальне і щорічне навантаження експерта гістолога (кількість виконаних експертиз), судово-медичного експерта (кількість направлень на гістологічне дослідження), щомісячне, щоквартальне і щорічне використання додаткових барвників, кількість нозологій. Окремо проводиться підрахунок випадків експертиз дітей, комісійних експертиз, дослідження діатомового планктону.

**Висновок:** Впровадження комп'ютеризованої обробки даних відділу речових доказів, відділення гістології Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи запроваджено в експериментальному режимі з 1 січня 2018 року паралельно зі старою системою обробки даних вручну на паперових носіях. Зважаючи на отримані щомісячні розрахунки даний метод має перспективу в майбутньому повністю замінити старі методи статистичної обробки матеріалів, та поширюватися в інших аналогічних відділах судово-медичної гістології інших структурних одиниць судово-медичної служби України. Для перевірки дієвості дана методика ще має пройти випробувальні терміни у квартал і рік.

Ю. Ю. Хіміч

## МЕДИЦИНА МАЙБУТНЬОГО: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ТА ЗДТЕХНОЛОГІЇ

Кафедра медичної біології

Т. Л. Полеся (к. біол. н., доц.)

Вінницький національний університет М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Медицина майбутнього буде кардинально відрізнятись від сьогоденної. Насамперед, це спричинено стрімким розвитком таких наук як мікробіологія та генетика. Вчені вже розшифрували генетичний код людини, а не так давно навчилися робити це швидко і майже масово. Це дає доступ до абсолютно нових методів лікування та запобігання хвороб. Також великим проривом у медицині стала поява 3D-технологій, а саме застосування 3D-біопрінтингу.

**Мета:** Полягає в тому, щоб на основі доступної літератури, електронних ресурсів проаналізувати та дослідити актуальність й переваги клітинної терапії та 3D-друку органів як одних із перспективних методів лікування в наш час та в майбутньому.

**Матеріали та методи:**

1. Інститут клітинної терапії. Клітинна терапія [Електронний ресурс]: <http://www.stemcellclinic.com/>

2. Здоров-Инфо Медицинский портал Украины. Використання 3D-друку в медицині: реалії та перспективи [Електронний ресурс]:

<http://zdorov-info.com.ua/>, <http://www.unn.com.ua/>

3. Visvader, Jane E.; Clevers, Hans (2016). Tissue-specific designs of stem cell hierarchies. Nature Cell Biology. ISSN 1465-7392. doi:10.1038/ncb3332.

4. Merrell, Allyson J.; Stanger, Ben Z. (2016). Adult cell plasticity in vivo: de-differentiation and transdifferentiation are back in style. Nature Reviews Molecular Cell Biology. ISSN 1471-0072. doi:10.1038/nrm.2016.24, тощо.

**Результати:** Стовбурові клітини є першоосною організму, з них утворюються всі 240 типів спеціалізованих клітин і тканин організму людини. Зараз стрімко розвивається практика застосування стовбурових клітин для лікування низки захворювань в загальній хірургії, кардіохірургії та травматології, які раніше не піддавалися терапії. Так з'явилася нова галузь під назвою регенеративна медицина, яка ставить за мету створення клітинних і тканинних конструкцій із використанням стовбурових клітин, що проходять спеціалізацію в штучних умовах поза організмом і диференціюються в необхідні структури під впливом контрольованих сигналів різного спрямування. Також цей напрям у медицині носить назву клітинної терапії. Застосування стовбурових клітин є одним із найбільш ефективних методів противікової терапії (anti-aging), так як саме ці клітини активно виконують найголовнішу роль – заміщують хворі й старі клітини старіючого організму, омолоджуючи його, на що не здатні жодні ліки. Щодо 3D-технологій :3D біопрінтери друкують кістки, суглоби, тканини і навіть органи з живих клітин. Це вже змінило медицину. Наприклад великі компанії замовляють роздруківку тканин

печінки, щоб прискорити дослідження ліків. 20 лютого 2018 року британські хірурги Іра Голдсміт і Томас Брегг з госпіталю Моррісон містечка Суонсі провели успішну операцію на серці, для якої протез грудної клітки друкувався на 3D-принтері. На сьогодні 3D-технології все частіше можна зустріти в стоматології, в перспективі їх застосування в кардіохірургії, оториноларингології, травматології, офтальмології.

**Висновок:** На основі вивченого матеріалу можна впевнено стверджувати, що медицина майбутнього є альтернативою консервативного лікування, так як людський організм зможе відновлюватися за допомогою власних стовбурових клітин і при необхідності заміни будь-якого органу, стане в нагоді 3D-біопринтер.

І. В. Хлестова

## ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЗОВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ГЕЛЬМІНТАМИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2016-2017 р.р.

Кафедра медичної біології

С. М. Горбатюк (к. б. н, доцент)

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

**Актуальність.** За статистикою ВООЗ у світі 2 млрд. людей в організмі мають гельмінти. Причиною понад 16 млн. серед 50 млн. смертей, які щорічно реєструються у світі, є саме паразитарні та інфекційні захворювання. За поширеністю кишкові гельмінтози посідають 2-ге місце після туберкульозу. У світі їх більше, ніж гострих респіраторних захворювань. В Україні щороку офіційно реєструється понад 600 випадків гельмінтозів на 100 тис. населення, приблизно 80% яких припадають на дітей. Але справжня кількість хворих на гельмінтози в Україні значно більша. В Україні за статистичними даними 75% виявлених паразитозів становить ентеробіоз та 25% – аскаридоз. Одним із цих паразитів уражена приблизно п'ята частина дітей, які відвідують дитячі дошкільні та загальноосвітні заклади. Важливим є той факт, що частота ураження гельмінтами залежить від індивідуальних заходів профілактики, сили імунітету, віку людини та її особистої гігієни. Частота уражень такими збудниками, як аскариди та гострики, є максимальною у дітей та з віком ця тенденція поступово знижується.

**Мета.** Виявити особливості зараження дітей та дорослих на гельмінтози (аскаридоз та ентеробіоз), оцінити динаміку захворюваності по Вінницькій області за 2016-2017р.р. Провести санітарно-просвітню роботу у дитячих дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах Вінницької області.

**Матеріали та методи.** Аналіз наукових літературних джерел по визначеній проблемі, обробка статистичних табличних даних за формою №40 ДУ “Вінницького обласного лабораторного центру МОЗ України” та тестових результатів респондентів загальноосвітніх навчальних закладів про обізнаність захворювань на гельмінтози (аскаридоз та ентеробіоз).

**Результати.** Проведена динаміка інвазованості населення гельмінтами по Вінницькій області за 2016-2017р.р. Обраним контингентом були діти дошкільних закладів та персонал (вихователі, помічники вихователів та працівники харчоблоків, а також учні загальноосвітніх шкіл, вчителі та працівники шкільних їдалень. Зі 100% осіб, які підлягали обстеженню на гельмінтози у 2016 році, обстежились лише – 70% осіб, із них виявилось інвазованими – 29% осіб. Пройшли комплексне лікування, повторно обстежились та вилікувались лише 21%. У 2017 році зі 100% осіб, які підлягали обстеженню на гельмінтози, обстежились лише – 72 % осіб, із них виявилось інвазованими – 32% осіб. Пройшли комплексне лікування, повторно обстежились та вилікувались лише 19%. Варто відмітити, що інвазованість населення гельмінтами щорічно зростає за різними причинами, але нехтувати обстеженням та лікуванням ні в якому разі лікарі не рекомендують.

**Висновки.** Нами виявлено особливості зараження дітей та дорослих на гельмінтози, проаналізовано динаміку захворюваності на гельмінтози по Вінницькій області за 2016-2017р.р. Проведено санітарно-просвітню роботу у дитячих дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах Вінницької області по особистій та громадській профілактиці гельмінтозів.

Л.В. Хлуплянець., Н.О. Павлюк

## ЗНАЧЕННЯ ЕПІФІЗУ З ТОЧКИ ЗОРУ СУЧАСНИХ ЗНАТЬ

Кафедра анатомії людини

Кухар І.Д.(проф. к мед.наук)

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

**Актуальність:** В зв'язку з прогресуючою ритмією життя, надмірними стресами, негативним впливом факторів внутрішнього та зовнішнього середовища на сьогодні є важливим дослідження дії гормонів епіфіза на відновлення різноманітних ритмів, профілактики пухлин, омолодження клітин організму, а також вивчення пінеальної залози як п'єзокристала, який здатний приймати й обробляти інформацію

**Мета:** Дослідження сучасних даних морфології й фізіології епіфіза,аналіз механізмів впливу епіфізарних гормонів на органи і системи, а також з'ясування зв'язків пінеальної залози з навколишнім середовищем.

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

**Результати:** Аналізуючи наукові дослідження,ми виявили, що шишкоподібна залоза,крім останнім часом досліджених унікальних структурних,фізичних та біохімічних властивостей функціонує як орган ясновачення

та інтуїції. На сьогодні представлено достатньо наукових праць відносно вікових особливостей будови епіфіза. Цікавим є те, що пінеальна залоза, як свідчать сучасні наукові дані, є п'єзоелектричним кристалом, який діє в якості приймача світла та інформації як із зовнішнього, так і з внутрішнього середовища людини. Нещодавно описаний гормон мелатонін, який виражено впливає на свідомість, покращує характер та інтенсивність позатілесного досвіду і глибокого прозріння. Як на тепер доведено, інший гормон мелатонін бере участь не тільки в регуляції добових, сезонних, оваріально-менструальних, власних та інших ритмів, а й гальмує передчасне статеве дозрівання. Особливо важливим, як показано в багатьох дослідженнях, є те, що мелатонін - виражений антиоксидант, який омолоджує клітини організму, тобто є гормоном довголіття та життєвої сили, регулює температуру тіла, володіє снодійним, анальгезуючим та седативним ефектами. Крім того, мелатонін захищає від катаракти, хвороб серця (зменшення гормону мелатоніну призводить до збільшення холестерину), головного болі, неврологічних розладів, включаючи хворобу Альцгеймера та рак. Виходячи з даних наукової літератури, будь-які психотропні засоби, м'ясо і рафінована їжа, різноманітні добавки і генно-модифіковані продукти, препарати фтору, антибіотики, недотримання власних біоритмів гальмують продукування мелатоніну.

**Висновки:** На сьогодні є важливі отримані за останні роки дослідження відносно вікової перебудови пінеальної залози, особливостей продукування гормонів, впливу їх на організм. Найбільше необхідно звернути увагу на значущість мелатоніну не тільки як на регулятора ритмів та статевого дозрівання, а й як на гормон-антиоксидант, який здатний омолоджувати клітини організму, попереджати важкі нейродегенеративні процеси, діяти як снодійний, анальгезуючий та седативний засіб.

О.В. Чайковська

## **БАГАТОКАНАЛЬНИЙ ЕЛЕКТРОД НА БАЗІ РСВ-ПЛАТИ ДЛЯ ЗАПИСУ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАМ І ЕЛЕКТРОКОРТИКОГРАМ У ГРИЗУНІВ**

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Власенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Традиційними методами дослідження і аналізу роботи мозку були різноманітні електрофізіологічні методи, які дозволяють вивчати цей процес у різних масштабах. Один з найстаріших методів електрофізіології – електроенцефалографія дає досить широкий спектр інформації про активність та процеси синхронізації і десинхронізації різних зон мозку, осциляції нейронних пулів. З розвитком чисельних методів, а також комп'ютерних потужностей за останні десятиріччя спостерігається бурхливий розвиток в області аналізу даних мозкової активності, в тому числі і електроенцефалограм, за допомогою яких вивчаються складні когнітивні процеси, розробляються ВСІ-інтерфейси, проводиться пошук неінвазивних маркерів хвороб, які проявляються морфологічними чи функціональними ураженнями мозку, прогностичні маркери відповіді на лікування нейродегенеративних захворювань.

**Мета:** Розробка електрода для запису електроенцефалограм і електрокортикограм високої щільності в експерименті.

**Матеріали та методи:** Для бази електрода була використана РСВ-плата з 32 отворами діаметрами 200 мкм і центральним маркерним отвором, який суміщається з брегмою. Масив електродів покриватиме зони M1 і M2 моторної кори, первинну соматосерносорну кору, медіальну парієтальну асоціативну кору, первинну і вторинну звукову кору, первинну і вторинну зорову кору, скроневу асоціативну кору (по даним атласу зрізів мозку Paxinos and Franklin). Також передбачено отвір для імплантації електрода в зону гіпокампа. В отвори плати заварюється масив золотих дротів, які надалі покриваються ізолюючим акриловим лаком за виключенням активного кінчика. Виходи доріжок від кожного електрода виводяться на 33-піновий конектор Hirose FH26-33S-0.3SHW для з'єднання масиву електродів з установкою для реєстрації біопотенціалів.

**Висновки:** Розроблено електрод для багатоканального запису електроенцефалограм і електрокортикограм у лабораторних тварин на базі РСВ-плати, який дозволяє використовувати масиви електродів до 32 каналів включно.

М.В.Черноконь

## **СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІ ПСЕВДОЕКСФОЛІАТИВНОГО СИНДРОМУ**

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:** Псевдоексфоліативний синдром (ПЕС)-системне захворювання, що характеризується надлишковою продукцією і накопиченням екстрацелюлярного матеріалу в різних тканинах і органах з найбільшою маніфестацією в структури ока. Наявність ПЕФВ сприяють розвитку дистрофічних змін райдужки та циліарного тіла, зменшення міцності цинкової зв'язки, підвищення пігментації кута передньої камери, порушення гідродинаміки ока. ПЕС відноситься до найбільш поширених специфічних причин розвитку

катаракти і відкритокутової глаукоми. Поширеність синдрому збільшується з віком : від 1-2,5% (50-59 років) до 30% (61-70 років)-42% (в осіб старше 70 років). За останнє десятиліття ознаки псевдоексфоціації були виявлені більш ніж у 1/3 населення у віці старше 60 років.

**Мета:** Дослідження морфології та клінічних наслідків розвитку ПЕС.

**Матеріали та методи:** Огляд сучасної літератури.

**Результати:** ПЕФВ- позаклітинні, сіро-білі фібрили з гранулярною структурою, що містять еластин, тропоеластин, амілоїд Р, вітронектин, фібрили-1 й ін. ПЕФВ локалізуються в куті передньої камери ока, на задній поверхні рогівки, передній капсулі кришталика та в трабекулярній сітці ока. Гістохімічно відкладення мають мукополісахаридне походження. Клінічно розвиток псевдоексфоціації блокує шлях відтоку вологи з передньої камери ока і створює умови для збільшення офтальмотонуса, що є сприятливим для розвитку глаукоми. Деструктивні зміни в цинковій зв'язці призводять до спонтанних підвигів кришталика. Виділяють генетичні (сприятливі) та негенетичні фактори розвитку ПЕС. Генетичні-успадковані порушення експресії генів в ядрі і мітохондріях; набуті зміни генетичної експресії, пов'язані з віком. ПЕС має аутосомно-домінантний тип успадкування. Негенетичні-УФВ, травми та інфекції ока, порушення імунного статусу.

**Висновки:** ПЕС-віково-асоційована генералізована патологія, що характеризується відкладанням ПЕФВ на всіх структурах переднього відділу ока. Гістологічно ПЕФВ- сіро-білі фібрили з гранулярною структурою, гістохімічно-нейтральні мукополісахариди. До клінічних наслідків ПЕС відносяться: дистрофічні зміни в райдужці та циліарному тілі, зменшення міцності цинкової зв'язки, посилення пігментації кута передньої камери, порушення гідродинаміки ока, а в пізніх стадіях - потемніння кришталика. Виникнення ПЕС в оці може бути проявом ексфоціативної фібропатії на шкірі та внутрішніх органах, що є проявом системної дезорганізації.

Є.М. Чорний, Т.С. Пасічник

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ НЕФЕРМЕНТУЮЧИХ ГРАМНЕГАТИВНИХ БАКТЕРІЙ ДО АНТИБІОТИКІВ, АНТИСЕПТИКА ДЕКАМЕТОКСИНУ ТА ЇХ КОМБІОНОВАНОЇ ДІЇ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

О.А. Назарчук (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Надмірне, нераціональне застосування антибіотиків, низький інфекційний контроль, недостатня інформованість і здатність мікроорганізмів адаптуватися спричинили появу поліантибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів, що спонукає до всебічного дослідження чутливості клінічних штамів збудника до антимікробних засобів, пошуку шляхів боротьби з резистентністю.

**Мета:** Дослідження чутливості клінічних штамів *A.baumannii*, *P. aeruginosa* до антибіотиків, антисептика декаметоксину та їх поєднаної дії.

**Матеріали та методи.** у дослідженні вивчали чутливість клінічних штамів *A.baumannii* 45, *A.baumannii* 49, *P.aureginosa* 50 до антибактеріальних препаратів: цефтазидим (ЦФТ), ципаперазон/сульбактам (ЦИФ), цефепім (ЦЕФ), меропенем (МЕР), іміпінем (ІМП), гентаміцин (ГЕН), амікацин (АК), доксициклін (ДОК), левофлоксацин (ЛЕВ), моксифлоксацин (МОК). Вивчали, також, чутливість *A.baumannii*, *P. aeruginosa* до цефепіму в присутності суббактеріостатичних концентрацій (СК) декаметоксину (ДКМ). Дослідження проводили з використанням стандартних методів паперових дисків та методу двократних серійних розведень відповідно до методичних рекомендацій (Наказ МОЗ України №167).

**Результати:** В результаті дослідження встановлено, що клінічний штам *A.baumannii* 45 володів резистентністю лише до ЦФТ. Штам *A.baumannii* 49 проявляв чутливість до ЦИФ, ГЕН, АМК, був помірно стійким до ІМП, ДОК та резистентним до ЦФТ, ЦЕФ, МЕР, ЛЕВ, МОК. В ізоляту *P.aureginosa* 50 було встановлено помірно стійкі властивості лише до ІМП, ДОК, в той час як до інших антибіотиків даний штам був резистентним.

Кількісним визначенням чутливості доведено помірну стійкість *A.baumannii* 45 до цефепіму, про що свідчили мінімальні бактеріостатичні концентрації (МБсК) даного препарату, які становили 15,6 мкг/мл. Встановлена мінімальна бактерицидна концентрація (МБцК) цефепіму (1000 мкг/мл), ДКМ (250 мкг/мл) щодо *A.baumannii* 45. В результаті додавання СК ДКМ, встановлено зменшення МБсК цефепіму вдвічі, а МБцК знижувалась до 62,5 мкг/мл. Встановлено, що *A.baumannii* 49 був резистентним до цефепіму (МБсК – 500 мкг/мл), але зберігав високу чутливість до антисептика ДКМ (МБсК– 7,8 та МБцК – 31,25 мкг/мл). В результаті застосування СК ДКМ зареєстровано, що МБсК цефепіму щодо *A.baumannii* 49 зменшилась до 15,6 мкг/мл, хоча МБцК залишались на досить високому рівні (125 мкг/мл). Вихідна чутливість *P.aureginosa* 50 до цефепіму встановлена в присутності МБсК 62,5 та МБцК 500 мкг/мл. Бактерицидну дію ДКМ на синьогнійну паличку визначали в присутності 15,6 мкг/мл. Додавання СК ДКМ до цефепіму ефективно зменшило МБсК антибіотика щодо *P.aureginosa* 50 до значення 15.6 мкг/мл.

**Висновки:** Дослідження підтвердило, що клінічні штами *A.baumannii* 45, *A.baumannii* 49, *P. aeruginosa* 50, які спричиняли інфекційні ускладнення, мають резистентні властивості щодо цефалоспоринів, карбапенемів та фторхінолонів, зберігають чутливість до антисептика ДКМ. Застосування СК ДКМ ефективно підвищує втрачену чутливість *A.baumannii* 45, *A.baumannii* 49, *P. aeruginosa* 50 до цефепіму в 2, 32 та 4 рази відповідно.

О.А. Чухрай, Я.І. Котляренко  
**ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ПЕРШОКУРСНИКА**  
Кафедра нормальної фізіології  
Р.В. Карлащук(асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** При вступі до вищого навчального закладу студенти зустрічаються з рядом проблем: нові умови, до яких вони є недостатньо психологічно готові, що містять у собі як зміну побуту, так і нове оточення, з яким потрібно побудувати міцні, позитивні взаємовідносини; неготовність вирішувати самостійно будь-які питання; необхідність засвоєння і переробки великого обсягу інформації, і як наслідок – залишена зона комфорту призводить до виникнення труднощів адаптації. Виникає проблема емоційного стресу, тобто напруження і перенапруження фізіологічних систем організму.

**Мета:** Вивчити особливості і закономірності психофізіологічної адаптації першокурсників до навчання у ВНЗ. Матеріали та методи: Було проведено теоретичний аналіз наукової літератури та тестування 30 першокурсників Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. В основі тестування лежать: методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда, шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна.

**Результати:** Відповідно методики діагностики соціально-психологічної адаптації К.Роджерса та Р.Даймонда, було отримано наступні результати: адаптація(100% показали нижчі результати за показник норми, тобто досліджувані не пристосовані до навчального процесу);прийняття себе(60% дали високі показники, 20% - нижче норми, 20% - норма); прийняття інших(20% - норма, 80% - нижче норми, що демонструє критичне відношення до людей, роздратування, презирство стосовно них);емоційний комфорт (60% - норма, 40% -нижче норми); інтернальність(80% - норма, 20% - нижче норми); прагнення до домінування(100% - вище норми). Методика визначення рівня тривожності Спілбергера-Ханіна демонструє, що у 100% опитаних високий рівень особистісної тривожності, що являє собою підвищену схильність до занепокоєння і переживань, без особливих на те причин.. При оцінці ситуаційної тривожності, тобто показника інтенсивності переживань, які виникають по відношенню до типових подій, ми виділили таку закономірність: у 60% він середній, а 40% - високий рівень тривожності.

**Висновки:** Отже, було визначено чинники, які впливають на процес адаптації, а саме: тип темпераменту, характерологічні особливості і якості особистості, вміння здійснювати саморегуляцію поведінки і діяльності, наявність служби психологічної підтримки, мотивація щодо професійного самовдосконалення,неготовність брати на себе ініціативу в міжособистісних відносинах або встановлювати контроль над ними, внутрішньоособистісний конфлікт,неготовність до невдач та ін. Проаналізувавши результати тестування, ми запропонували можливі шляхи полегшення процесу адаптації першокурсників.

О.В.Швед  
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ПАТОГЕНЕЗУ ГОСТРОГО ЛІМФОЦИТАРНОГО ГЕМОБЛАСТОЗУ ДИТЯЧОГО ВІКУ**

Кафедра патологічної фізіології  
І.В.Романенко (асист.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гострий лімфоцитарний гемобластоз займає перше місце серед всіх онкологічних захворювань крові у дітей (від 1 до 5 років) . За статистикою в Німеччині в Дитячому Раковому Реєстрі (м. Майнц) щорічно реєструється близько 500 дітей у віці від 0 до 7 років з діагнозом ГЛГ.

**Мета:** Дослідити особливості патогенезу, причини виникнення, патогенез основних синдромів, діагностичних ознак гострого лімфоцитарного гемобластозу дитячого віку.

**Матеріали та методи:** Проведено огляд та аналіз наукової літератури з даної теми за останні 7 років, аналіз публікацій у базі даних PubMed та документацію ВООЗ.

**Результат:** Основні механізми розвитку гострого лімфоцитарного гемобластозу поділяється на мутаційні та епігенетичні, де останні грають основну роль. Під час будь-якої антигенної стимуляції відбувається перебування генетичного апарату з вихідного ланцюга, прикладом якого є вирізання певних фрагментів із тяжких ланцюгів, які змінюються місцями, додають певні літери, і після антигенної стимуляції утворюється нова послідовність нуклеотидів, яка кодує нову РНК. Остання кодує de novo синтезований білок, який би був комплементарний цьому антигену, це і є соматична рекомбінація, яка контролюється спеціальною системою Rag-протеїнів (Recombination activating gene). Якщо на цю систему діють екзогенні фактори, а саме стимулюють внутрішні системи, які переносять ділянки генетичної інформації між хромосомами, утворюються гібридні гени (ETV6-RUNX1(A) з 12 на 21 хромосому (25%), E2A-PBX1(B) з 1 на 19 хромосому (5%), abl з 9 на 22 хромосому надлишкова продукція тирозинкінази (тир-ПК) активація поділу (гострий лімфолейкоз у 4%)), що призводить до розвитку даної патології.

**Висновок:** Механізм патогенезу гострого лімфоцитарного гемобластозу, складний та потребує вивчення

взаємодій екзогенних факторів та фізіологічних процесів роботи соматичної рекомбінації за рахунок Rag-системи.

О.В.Швед, Д.В.Онопрійчук  
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ПАТОГЕНЕЗУ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ХВОРИХ НА ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ**

Кафедра патологічної анатомії

Т.М.Король (к.мед.н.,доц.)

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

**Актуальність теми:** Україна посіла перше місце в Європі за темпами поширення ВІЛ/СНІДу. Динаміка реєстрації нових випадків ВІЛ-інфікування в Україні за останні 10 років зросла на 147% або у 2,5 рази.

**Мета:** Виявити основні морфологічні ознаки в легенях при взаємодії туберкульозної та ВІЛ-інфекції.

**Матеріали та методи:** Аутопсія, біопсія, мікроскопія патологічного матеріалу, аналіз науково-дослідницьких публікацій європейських та американських вчених в галузі патогенезу ко-інфекції за останні 7 років.

**Результати:** Морфологічні зміни в легенях при взаємодії туберкульозу та ВІЛ-інфекції залежить від стадії інфікування.

1)Ранній етап ВІЛ-інфекції. Виявлено вогнища інфільтратів 0.5-2см. Мікроскопічно зрілі туберкульозні гранульоми з казеозним некрозом, оточеним валом лімфоїдних клітин, макрофагів, епітеліоїдних клітин і клітин Пирогова-Лангханса з вираженим обмеженням фокусів запалення грануляційною тканиною.

2)Помірна імуносупресія при ВІЛ. Плевра: набряк і біляста плівка з нашаруванням фібрину, нерідко видно зрощення парієтального і вісцерального листків плеври. Мікроскопічно виявляли зменшення кількості макрофагів і відсутність епітеліоїдних клітин і клітин Пирогова-Лангханса, а також інфільтрація нейтрофілів в неповноціну гранулому. В бронхах і бронхіолах зміни у вигляді ендо- та панбронхіту.

3)Важка імуносупресія з глибоким ВІЛ. Макроскопічна картина легень характеризувалась субміліарними дисимінаціями, так і вогнищами до 1 см з формуванням пневмогенних субплевральних каверн. Плевра в апікальних сегментах різко набрякла, покрита синюшною плівкою. Мікроскопічно виявлено численні фокуси казеозного некрозу, розташовані по ходу кровоносних і лімфатичних судин легень. Навколо казеозного некрозу були виявлені поодинокі незрілі мононуклеарні макрофаги та нейтрофіли.

**Висновок:**Результати нашого дослідження показали, що супресивна дія ВІЛ-інфекції погіршує перебіг та прискорює генералізацію ко-інфекції.

О.Б.Шевня

**СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО И НЕЙРОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ФИТОТЕРАПИИ И ГЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ**

Кафедра патоморфологии, судебной медицины и права

Т.М.Король (доц.,к.мед.н.)

Вінницький Національний медичний університет ім.Н.І.Пирогова  
г.Вінниця, Україна

**Актуальность:** Скорость увеличения количества больных с инсультами и нарушением мозгового кровотока свидетельствует, что больные не получают адекватную гипохолестеремическую и нейропротекторную терапию. Это вызывает необходимость поиска и внедрения новых методов лечения и профилактики таких патологий.

**Цель:** Сравнительное изучение гипохолестеремического и нейропротекторного действия генной терапии (трансфекции гена АРОЕ) и фитотерапии при экспериментальном атеросклерозе.

**Материалы и методы:** Опыт проведен на 40 крысах - самцах. Для моделирования атеросклероза использовалась экспериментальная модель Аничкова (скармливания крысам холестерина в дозе 0,5 мг / кг массы), в качестве профилактики использовали внутримышечное введение гена АРОЕ (в дозе 50 мкг ДНК на животное) и внутривентрикулярное введение фитопрепарата (2 мл отвара в разведении 1:10).

**Результаты:** При светооптическом исследовании коры контрольных животных нейроны располагались 6-ю слоями. Среди клеток определялись нормоциты, гипо- и гиперхромные нейроны, гемокапилляры и клетки нейроглии. Нормохромные нейроны определяли по равномерной базофильно окрашенной цитоплазме, светлым округлым ядрам с ядрышками. В III и IV слоях сенсорной зоны коры головного мозга крыс нормоцитов было 90%, примерно поровну (по 5%) наблюдали гипохромные нейроны (клетки с очень светлой цитоплазмой и очень светлыми ядрами) и гиперхромные нейроны (клетки с темной цитоплазмой и темными ядрами). Экспериментальный атеросклероз приводил к резко выраженной дислипидемии. Согласно проведенному биохимическому анализу липидного спектра крови, вырос уровень  $\beta$ -липопротеинов в 10 раз, по сравнению с интактными животными. Также в 7,3 раза вырос индекс атерогенности сыворотки крови. Морфологическое исследование коры в III и IV слоях животных с экспериментальным атеросклерозом показало количественную и качественную смену клеточного состава. Так, уменьшилось количество нормохромных клеток (до 50-ти%), гипохромных клеток (до 4%), в 2 раза увеличилось количество

гиперхромных нейронов (до 10%), наблюдались также резко гиперхромные нейроциты (до 20%) и резко гипохромные нейроциты (до 10%), безъядерные клетки определяли по классификации Боголепова как клетки-тени (до 6%). При генной и фитокоррекции удалось снизить уровень  $\beta$ -липопротеинов почти в 2 раза, по сравнению с крысами, которым моделировался атеросклероз. Также снизился индекс атерогенности сыворотки крови на 50% у крыс с генной терапией и на 19% с фитотерапией.

**Выводы:** Генная терапия и фитофилактика имели гипополипидемическое действие, согласно проведенному биохимическому исследованию. А также приводили к восстановлению морфологического строения коры мозга крыс, соответственно к восстановлению количественного и качественного состава нейронов.

Ю.О.Шишковська А.М.Музыка

## ПАТАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН МЕЛАНІНУТВОРЮЮЧОЇ ТКАНИНИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.Г. Скорук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Меланома дуже агресивна злоякісна пухлина. Більше 200.000 випадків захворювання і 65 000 випадків смертей щорічно реєструється у світі. За останні десятиліття відзначається безперервний ріст захворюваності цією патологією. Пік припадає на вік 30 - 50 років. У осіб, що мають меланому, ризик виникнення нової становить 12%. Захворювання має вкрай несприятливий прогноз, що підтверджується тим, що в структурі смертності меланома шкіри стоїть на 9 місці (1% хворих злоякісними пухлинами помирає від меланоми).

Враховуючи вищевикладене, метою нашого дослідження стало: вивчення пат анатомічних та генетичних особливостей злоякісних пухлин меланінутворюючої тканини.

**Матеріали та методи:** публікації по даній темі у вітчизняній та зарубіжній літературі.

**Результати:** На сьогоднішній день вивчення особливостей пухлин меланінутворюючої тканини є дуже важливим для подальшої діагностики та лікування. За останні десятиліття вчені виявили ряд генетичних мутацій, що обумовлюють виникнення меланом. При цій онкопатології переростання здорових клітин у злоякісні пов'язані з змінами генів, відповідальних за поділ клітин, їх проліферацію та / або апоптоз. Один з цих генів – BRAF, його мутації виявляються в 40-70% хворих на меланому.

Діагностувати мутації гену BRAF можна шляхом постановки молекулярних проб: тест на мутації в структурі гена BRAF V600E, полімеразна ланцюгова реакція в режимі RT (реального часу).

Оцінюючи статус мутації на етапі розробки індивідуальної лікувальної терапії, лікарі зможуть призначити хворому інноваційні препарати, здатні блокувати змінений ген і в значному ступені підвищити ефективність лікування.

**Висновок:** Розуміння патанатомічних та генетичних особливостей меланоми є необхідним для подальшої точної діагностики та ефективного лікування. Що допоможе зберегти тисячі життів.

Л. О. Яровенко

## РОЛЬ ОКСИДУ АЗОТУ В ПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ХВОРОБ ПЕЧІНКИ

Кафедра патологічної фізіології

Н. А. Рикало (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За останніми даними ВООЗ 1,9 мільярда людей страждають на надмірну вагу, з яких 600 мільйонів хворі на ожиріння. Відомо, що ожиріння супроводжується метаболічним синдромом: порушеннями ліпідного і вуглеводного обмінів з розвитком оксидативного стресу та імунного дисбалансу. Захворювання печінки обумовлені метаболічними порушеннями є досить актуальним питанням медицини.

Тому **метою роботи** стало вивчення ролі оксиду азоту в патогенезі гострих та хронічних хвороб печінки.

**Матеріали та методи:** Експеримент було проведено на 48 білих щурах, віком 20 міс, які були поділені на 4 групи (n=12): 1 – контроль; 2 – тварини з хронічним алкогольним ураженням печінки (ХАУП) модельованого по методиці Г.А. Ковальова та А.Ю. Петренка (2004). Використано морфологічні методи дослідження тканини печінки.

**Результати та їх обговорення.** В останні роки показано зв'язок порушення стану компонентів системи монооксиду азоту зі змінами структури міокарда лівого шлуночка серця, внаслідок хронічної гіперглікемії плазми, із метаболічними порушеннями, нейровегетативними та гормональними дисбалансами у препубертатному періоді. Також показано, що у нащадків самиць із експериментальним гестаційним діабетом експресія eNOS суттєво збільшується у обох шарах міокарда лівого шлуночка, що може свідчити про покращення васкуляризації кардіоміоцитів (Воробець Ю.І., 2017).

З літературних даних також відомо, що функціональна активність індуктибельної NO-синтази за умов моделювання метаболічного синдрому посилює інсулінорезистентність, збільшує прояви дисліпопротеїнемії і гіпертриацилгліцеролемії, призводить до активації у крові білих щурів некомпенсованого пероксидного



окиснення ліпідів (ПОЛ), сприяє розвитку гіперкоагуляційних зрушень, що супроводжується посиленням зовнішнього шляху згортання крові з утворенням фібрину із фібриногену та порушенням фібринолітичної активності плазми крові (Талаш В. В., 2016).

Продукти ПОЛ пошкоджують гепатоцити та інші клітини печінки з порушенням дихального ланцюга і мітохондріального геному. Порушення функції мітохондрій може вести до апоптозу або некрозу. Продукти ПОЛ також здатні активувати зірчасті клітини. Наслідком такої активації може бути фіброз. Нарешті пероксидації ліпідів підвищується генерація цитокінів, що відіграють важливу роль в патогенезі хвороб печінки. Фактор некрозу пухлин- $\alpha$ , інтерлейкін-1, інтерферон- $\gamma$  синергічно активують експресію індукційної NO-синтази в гепатоцитах, приводячи до пригнічення активності цитохрому P<sub>450</sub>. Експресію іNOS знижують стероїди, трансформуючий фактор росту- $\beta$ , білок теплового шоку p53, азоту оксид. Індукування синтезу NO ініціює протекцію гепатоцитів, в той час як неспецифічні інгібітори іNOS значно посилюють пошкодження печінки. Ендотоксемія і системне запалення призводять до пошкодження печінки, при цих умовах відмічено підвищення іNOS в гепатоцитах і Купферівських клітинах, а також рівня NO (Фадеев Г.Д., Кравченко Н.А., 2006). Це відіграє ключову роль в патогенезі стеатоза і стеатогепатиту. А дисфункція мітохондрій, викликана етанолом, є основною причиною жирового переродження печінки, ознаки якої були виявлені у щурів із ХАУП та доведені морфологічно.

**Висновки:** За умов алкогольної інтоксикації у щурів встановлено розвиток стеатозу (дрібнокрапельна і великокрапельна жирова дистрофія паренхіми печінки).

І.О.Яшук

## ОСОБЛИВОСТІ ПОШКОДЖЕНЬ, ПРИ ПОСТРІЛІ ЧЕРЕЗ ПЕРЕШКОДУ З КАРАБІНУ «САЙГА М3» НА ДИСТАНЦІЇ ВПРИТУЛ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

А.М.Перебетюк (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** У сучасному світі постійно розширюється асортимент нарізної зброї. Загальною особливістю конструктивних змін є те, що більшість з них постійно модифікують пристрої для погашення віддачі пострілу тощо. Безсумнівно це має судово-медичне значення при експертному вивченні особливостей вогнепальних пошкоджень, нанесених при застосуванні зброї після взаємодії з різними видами перешкод.

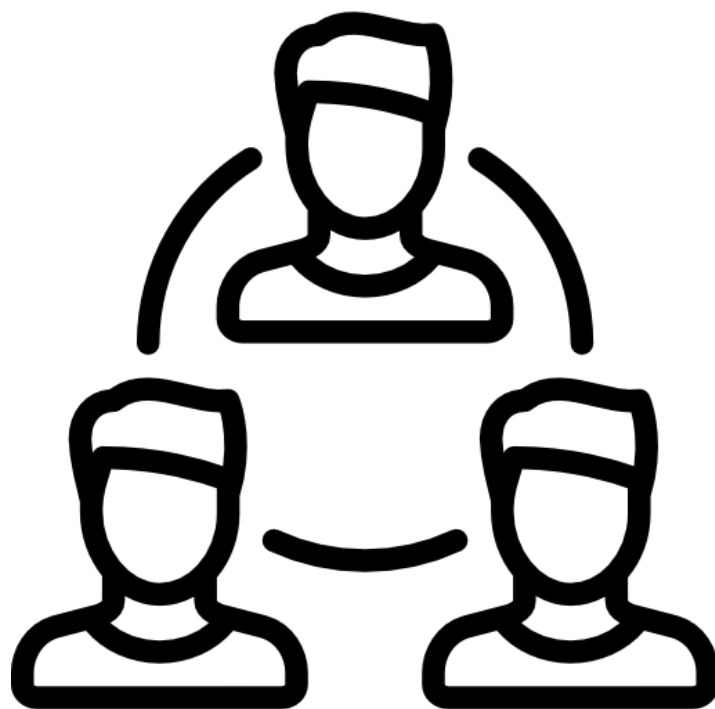
**Мета.** Використовуючи дані проведених експериментальних пострілів дослідити характер та особливості утворених пошкоджень на перешкоді.

**Матеріали і методи.** При проведенні дослідження особливостей пошкоджень від дії кулі, що попередньо пододала перешкоду, відкладання слідів додаткових факторів пострілу. Здійснювали серію пострілів з напівавтоматичного карабіну «Сайга М3», калібр 7,62×39 на дистанції впритул. На цій моделі карабіну встановлено дульний тормоз-компенсатор (ДТК) TornadoAK. Використовували патрон Barnaul калібру 7,62×39, споряджений бездимним порохом та оболонковою кулею (вага 8 г) типу FMJ (FullMetalJacket). Експериментальною перешкодою слугувала подушка – 50/70 см, з бавовняним напірником, наповнена синтетичними матеріалами (силіконізоване поліефірне волокно, пружний високощільний поліуретан). На момент виконання експериментальних пострілів були зафіксовані наступні атмосферні показники: температура повітря складала +4-5°C, вологість 70%, атмосферний тиск – 713 мм рт.ст., швидкість вітру 9 м/с, південно-східний напрям. Дослідження проводились з використанням візуально-описового методу.

**Результати.** Експериментальні постріли, що були виконані з напівавтоматичного карабіну «Сайга М3», утворили пошкодження на перепоні, які були візуально обстежені та вивчені їх особливості. Вхідні отвори округлої форми діаметром від 5,0 до 6,0 см у прошарку силіконізованого поліефірного волокна, з дефектом тканини напірника від 3,0 до 4,0 см та радіальними розривами його на 3, 6, 9 та 12 годин з розмірами від 3,0 до 8,0 см від епіцентру дефекту, з розволокненнями тканини, відкладанням продуктів пострілу високої інтенсивності на тканині напірника навколо розривів в діаметрі до 14 см і оплавленими ділянками волокна в товщі прошарку синтетичного наповнювача. В глибині перепони, в прошарку пружного високощільного поліуретану визначаються дефекти тканини неправильної округлої форми діаметром від 1,0 до 2,5 см з хрестоподібними розривами синтетичного матеріалу з розмірами променів від 1,5 до 3,0 см. Вихідні отвори на перепоні мають округлу форму з радіальними розривами – від 2,1 до 3,4 см, без дефекту тканин і з незначними поодинокими відкладанням продуктів пострілу на поверхні тканини.

**Висновки.** Аналіз характеристик пошкоджень, що виникли на перешкоді дозволяють ідентифікувати застосування напівавтоматичного карабіну «Сайга М3» з ДТК TornadoAK при пострілах впритул. Отримані результати вказують на механізм утворення вогнепального пошкодження на перешкоді та їх ознаки можуть охарактеризувати конструктивні особливості застосованої зброї.

# СУСПІЛЬНІ НАУКИ



# SOCIALSCIENCES

K.J.Waschkeba

**Die pathophysiologischen Aspekte der Entstehung des Geschwürs. Die Rolle des Stresses in der Bildung der Magenschleimhautentzündung**

Lehrstuhl für Fremdsprachen

L.A.Mazur (Oberlehrerin)

Medizinische Pirogow-Hochschule in Winnyzia

Winnyzia, 2018

**Aktualität:** das Geschwür ist ein häufiges Leiden. Man schätzt, dass 23 von 100 Frauen und 18 von 100 Männern im Laufe ihres Lebens einmal eine Gastritis entwickeln. So liegt bei schätzungsweise fast jedem zweiten über 50-Jährigen eine chronische Magenschleimhautentzündung vor. Da diese oft völlig unbemerkt verläuft, wird sie meist eher zufällig entdeckt.

**Zweck:** die Erforschung der Entstehung der Magenschleimhautentzündung und das Erlernen der Einwirkung des Stresses auf die Entwicklung dieser Krankheit.

**Material und Methode:** die Analyse der wissenschaftlicher Publikationen für den Zeitraum 2012-2016 mit der Ressource PubMed, Google Scholar, Bibliotheks-Repository.

**Ergebnisse:** Gastritis ist eine sehr häufige entzündliche Erkrankung der Magenschleimhaut, die akut oder chronisch sowie mit oder ohne Symptome verlaufen kann. Allen gemein ist, dass die Magenschleimhaut entzündet ist und sie im entzündeten Zustand ihre Aufgaben wie die Herstellung von schützendem Schleim, Enzymen und Magensäure nicht mehr funktionsgerecht ausführen kann. Die Magenschleimhautentzündung kann aus unterschiedlichsten Gründen entstehen. Ursachen sind chemische Reizstoffe, Infektionen, Medikamente, Bakterium *Helicobacter pylori* oder Stress. Bei den Medikamenten spielen nicht nur Antibiotika, sondern vor allem auch Schmerzmittel aus der Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika eine wesentliche Rolle; dazu gehören nicht nur das allseits beliebte Aspirin, sondern auch Wirkstoffe wie Ibuprofen und Naproxen. In vielen Fällen spielt bei der Entwicklung einer akuten Gastritis der Stress eine große Rolle. Dazu gehört nicht nur der psychische Stress, sondern vor allem auch physischer Stress, dem unser Körper immer wieder ausgesetzt ist. So können Operationen, Erkrankungen oder Verletzungen im Körper zur Ausschüttung von Stresshormonen führen, die über diverse Umbauprodukte auch die Magenschleimhaut schädigen. Stresshormone kurbeln auch die Produktion der Magensäure an.

**Schlußfolgerung:** die Untersuchungen zeigen, dass vor allem gut entwickelte emotionale, menschliche und soziale Kompetenzen, das „Gesundheitsrisiko“ erhöhen. Faktoren, wie Optimismus, ein starker Familienverband und auch regelmäßige Strategien zur Entspannung fördern die Gesundheit und beugen Krankheiten vor.

A.Sh. Melnik, V.V. Devyatko

**MEDICAL TOURISM**

Department of Ukrainian and Foreign Languages

E.O. Manzhos (candidate of philological sciences (PhD))

Vinnitsia National Agrarian University

t. Vinnitsia, Ukraine

**Background:** Medical tourism refers to people traveling to a country other than their own to obtain medical treatment. In the past this usually referred to those who traveled from less-developed countries to major medical centers in highly developed countries for treatment unavailable at home. However, in recent years it may equally refer to those from developed countries who travel to developing countries for lower priced medical treatments. The motivation may be also for medical services unavailable or illegal in the home country.

**The purpose:** Tell about the main medical tourism used.

**Methods:** A method of generalization and analysis were applied.

**The main information:** To clarify the role of medical tourism.

**Collecting evidences:** Medical tourism most often is for surgeries (cosmetic or otherwise) or similar treatments, though people also travel for dental tourism or fertility tourism. People with rare conditions may travel to countries where the treatment is better understood. However, almost all types of health care are available, including psychiatry, alternative medicine, convalescent care, and even burial services. Health tourism is a wider term for travel that focus on medical treatments and the use of healthcare services. It covers a wide field of health-oriented, tourism ranging from preventive and health-conductive treatment to rehabilitational and curative forms of travel. Wellness tourism is a related field.

A patient going to a different country for either urgent or elective medical procedures is called medical tourism. Medical tourism is a term that has risen from the rapid growth of an industry, where people from all around the world are traveling to other countries to obtain medical, dental, and surgical care, while at the same time touring, vacationing, and fully experiencing the attractions of the countries that they are visiting. Medical tourism is next booming sector in India as information technology. Patients going to a different country for either urgent or elective medical procedures are fast becoming a worldwide, multibillion-dollar industry. The reasons patients travel for treatment vary. Many medical tourists from the United States are seeking treatment at a quarter or sometimes even a 10th of the cost at home. From Canada, it is often people who are frustrated by long waiting times. From Great Britain, the patient can't wait for treatment by the National Health Service but also can't afford to see a physician in private practice. For others, becoming a medical tourist is a chance to combine a tropical vacation with elective or plastic surgery. And more patients are coming from poorer countries such as Bangladesh where treatment may not be available. Medical tourism is

actually thousands of years old. In ancient Greece, pilgrims and patients came from all over the Mediterranean to the sanctuary of the healing god, Asklepios, at Epidaurus. In Roman Britain, patients took the waters at a shrine at Bath, a practice that continued for 2,000 years. From the 18th century wealthy Europeans travelled to spas from Germany to the Nile. In the 21st century, relatively low-cost jet travel has taken the industry beyond the wealthy and desperate. Countries that actively promote medical tourism include Cuba, Costa Rica, Hungary, India, Israel, Jordan, Lithuania, Malaysia and Thailand. Belgium, Poland and Singapore are now entering the field. South Africa specializes in medical safaris-visit the country for a safari, with a stopover for plastic surgery, a nose job and a chance to see lions and elephants. Health tourism is another name or synonym for medical tourism. However it is sometimes used in the context of wellness, where people are looking to make healthy lifestyle choices such as eating better, practicing yoga or undergoing spa treatments. Medical Travel is another name or synonym for medical tourism.

Medical tourism, or the process of leaving a home location for health care treatment in other locations broad is becoming an emerging trend. Outbound medical tourism is most likely going to grow at a fast rate within the next few years. With health care costs rising exponentially, this concept is important to explore as consumers are becoming more open to the idea of traveling to seek care that is less expensive, safe, and effective. Most patients are going to become more interested in having treatment abroad if the quality is savings are possible and quality is close to the type of treatment available in the United States.

The word 'Medical Tourism' was initially coined by travel agencies and the mass media to describe the practice of travelling across international borders to obtain health care.

Such services could include complex specialized surgeries such as joint replacement (knee/hip), cardiac surgery, dental surgery, and cosmetic surgeries. But other types of health care like psychiatry, alternative treatments (example, Ayurveda), convalescent care and even burial services are also available.

More than 50 countries have identified medical tourism as a national industry. Surprisingly, the concept of medical tourism is not new. The first recorded instance of the practice goes back thousands of years to when Greek pilgrims travelled from all over the Mediterranean to the small region in the Saronic Gulf called Epidauria.

**Testing the evidences:** Research shows the most well know inbound and outbound programs, in addition to the several aspects of each that attracts individuals to these medical tourism opportunities. The key point to focus on is that the consumer is typically attracted to considerations about quality, service, and price; therefore, the industry must attract them based on these factors as well as individual needs and wants. Price sensitivity is growing, specifically for people with insurance programs that apply high deductibles.

**Conclusion:** Medical tourism could be a possibility that will allow for quality and price to provide a high value for patients and providers.

О.О. Андронік, С.В. Бурлакова

## **РОЛЬ МАРКЕТИНГОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ**

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А. Марчук(ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця

**Актуальність:** У сучасних умовах сфера медичних послуг зазнає значних змін та набуває маркетингової сутності, в якій намічається позитивна тенденція щодо іміджу здорової людини. Остання підвищує попит на медичні послуги. Таким чином, маркетингові дослідження у системі охорони здоров'я набувають все більшої актуальності та важливості для обох сторін процесу.

**Мета:** Розкрити основні завдання та суть маркетингових досліджень для медичної галузі та майбутньої роботи медичних працівників. Визначити, яким чином здійснюються маркетингові дослідження медичних послуг на сучасному етапі в системі охорони здоров'я.

**Матеріали та методи:** анкетування (серед студентів від першого до шостого курсу віком від 17 до 25 років у динаміці), аналіз та узагальнення.

### **Результати:**

Маркетингові дослідження у медичній сфері – це систематичне збирання та аналіз даних, пов'язаних з наявною ситуацією щодо маркетингової діяльності у медичній галузі; це системний збір і об'єктивний запис, класифікація, аналіз та представлення даних щодо поведінки, потреб, відносин, вражень, мотивацій і т.д. окремих осіб та організацій у контексті їх медичної діяльності. Роль маркетингових досліджень полягає в оцінюванні маркетингових ситуацій, забезпеченні інформацією, яка дозволяє створити ефективну маркетингову програму дій для закладу охорони здоров'я.

*Ми можемо* ідентифікувати як проблеми, так і можливості закладу охорони здоров'я, зайняти конкурентну позицію на конкретному ринку в певний період часу шляхом пристосування послуг відповідно до потреб і вимог споживачів, у зменшенні невизначеності, ризику, збільшенні ймовірності успіху діяльності закладу охорони здоров'я.

Ми провели анкетування серед студентів з першого до шостого курсу віком від 17 до 25 років у динаміці та після опрацювання анкет всіх опитаних були отримані такі результати:

1. 56% вважають, що маркетинг медичних послуг відіграє важливу роль у формуванні цілісного образу медичного працівника;
2. 24% вважають, що маркетинг медичних послуг не впливає на роботу медичного працівника;
3. 20% опитаних не знають, як маркетинг може впливати на діяльність медичних працівників.

**Висновки:** Таким чином, маркетингові дослідження медичної галузі – це дослідження, які показують можливості просування медичних послуг від виробника (лікаря, медичної сестри і т.п.) до споживача (пацієнта). Це і соціальний процес, за допомогою якого прогнозується, розширюється і задовольняється попит на медичні послуги.

У ході дослідження ми з'ясували, що в охороні здоров'я велику роль відіграє правильний підхід до маркетингу, тому ми повинні розширювати свої знання з цієї теми. Ми також визначили, що існує конкуренція серед надання маркетингових послуг медичним установам, тому можна зробити висновки, що це питання є актуальним на теперішній час.

О.Ю.Бабійчук

## ВПРОВАДЖЕННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ІСРС-2 У РОБОТУ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.Ф. Адамчук (к.ю.н.), О.О. Верлан-Кульшенко (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Введення систематизованого ІСРС-2 в щоденну практику дозволить лікарям первинної ланки концентруватись на потребах пацієнтів, а не підлаштовуватись під зручність обробки кодів для формування статистики.

**Мета:** Оцінити переваги систематизації даних по ІСРС-2 над МКХ-10 з точки зору ефективності надання первинної медичної допомоги (ПМД).

**Матеріали та методи:** Аналіз нормативно-правових баз МОЗ, у яких затверджено використання ІСРС-2 в системі охорони здоров'я України, зокрема наказ «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ІСРС-2-Е)»

**Результати:** Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги другого перегляду (ІСРС-2)- це система для шифрування причини кожного звернення пацієнта до лікаря первинної ланки. Дана система дозволяє кодувати не лише діагноз, а й скарги, симптоми та подальші дії лікаря для кожної конкретної ситуації (лікування, направлення на додаткові методи обстеження або на вторинну ланку). Базовим поняттям в ІСРС-2 є епізод медичної допомоги – взаємодія пацієнта з медичним закладом від першого звернення до медичного працівника до останнього візиту з цією ж проблемою. Це дозволяє ефективно групувати медичну інформацію, оскільки дані різних окремих візитів поєднуються в один епізод медичної допомоги, що позитивно впливає на якість надання ПМД і дозволяє оптимально розпланувати ресурси у відповідності до потреб пацієнтів. ІСРС-2 має близько 1300 кодів, які описують найбільш часті випадки (більше ніж 1 випадок на 1000 пацієнтів на рік), а рівень їх деталізації є відповідним для допомоги, що може бути надана первинною ланкою. На противагу у МКХ-10 міститься більше 14000 кодів із складною системою кодування, більшість з яких не використовується в ПМД. Застосовувати МКХ-10 залишається доцільним в умовах стаціонарних відділень лікарень, де застосовується обмежена кількість шифрів МКХ відповідно до спеціалізації відділення.

**Висновки:** Зручність у використанні, постійне удосконалення і максимальна відповідність змісту діяльності первинної медичної допомоги роблять ІСРС-2 ефективним інструментом для збирання та аналізу даних як для потреб клінічного управління ПМД, так і для статистичних потреб.

О.Г. Басінських

## VITAMIN D DEFICIENCY IN PATIENTS SUFFERING FROM DM

Кафедра іноземних мов

Л.В.Дудікова (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Actuality:** Nowadays, low level of vitamin D in the blood serum in patients with diabetes mellitus (DM) type 2 is considered a prognostic index of further development of macrovascular lesions. However, the connection between vitamin D deficiency and capillary complications has been studied not enough yet. Vitamin D helps the body absorb calcium and maintains bone and muscle health. The skin naturally produces this vitamin after exposure to the sunlight. People also absorb smaller amounts of the vitamin through food, such as milk fortified with vitamin D. More than 1 billion people worldwide are estimated to have deficient levels of vitamin D due to limited sunshine exposure.

**Goal:** To establish provision of the organism of patients suffering from DM type 2 with vitamin D, and also the correlation between vitamin D deficiency and macro- and microvascular diabetic complications.

**Materials and methods:** Literary data has been searched with the help of Google search services and PubMed.

**Results:** In all the studied patients suffering from type 2 DM we have detected vitamin D deficiency (mean value of  $20.29 \pm 1.35$  nM/L), changes in parathyroid hormone content were not revealed. We noted significantly lower levels of vitamin D sufficiency of the body in patients with proliferative diabetic retinopathy in comparison with the patients who did not reveal diabetic retinopathy. The level of providing the bodies with vitamin D of diabetes type 2 patients has been analyzed, and its total deficit at the given category of patients has been established. The dependence of the compensation of diabetes type 2 on the level of the vitamin D deficit has been revealed. The analysis of the providedness of a body with general vitamin D in dependence on getting a sugar decreasing therapy has been performed. The effectiveness of the correction of the vitamin D deficit level by the application of Alfacalcidol to the patients with various types of sugar decreasing therapy has been shown. The positive influence of the medicine on the compensation of the main disease has been proved. The effectiveness of Alfacalcidol in the correction of osteopenia of the patients with diabetes arthropathy has been demonstrated.

**Conclusion:** All the patients suffering from type 2 DM revealed vitamin D deficiency, and 80 % of them had severe deficiency. A trend towards higher incidence of macrovascular lesions of the lower extremities in vitamin D deficiency patients has been detected. Vitamin D deficiency contributes to DM decompensation and as a consequence it leads to the worsening of vascular lesions of the retina.

О.Р.Белінська

### ІСТОРИЧНІ ПЕРЕКАЗИ РІДНОГО КРАЮ (ПОЕТИКА, ПЕРСОНАЖІ, ТРАДИЦІЯ ВИКОНАННЯ)

Кафедра українознавства

О.М. Лисенко (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** досліджувана тема є досить важливою на тлі буремних подій нашого часу, коли ми живемо «на сторінках історії». Адже фольклористика, краєзнавство – це той предмет, що пробуджує патріотичні почуття, виховує розкріпачену особистість, яка вміє самовиражатися, шанує історичне минуле та сучасне регіону.

**Мета:** довести, що реалістичне відтворення історичних подій у переказах було основним засобом передачі життєвих та історичних знань; визначити персонажів, їх місце і роль в історії Вінниці, дати їм характеристику на основі аналізу історичних переказів; виховувати потребу безперервно вдосконалюватись, поглиблювати знання з історії та культури рідного міста; на основі дослідження і вивчення праць провідних фольклористів, літературознавців, істориків, журналістів, народознавців з кінця ХІV – початку ХХІ століття, навчитися сприймати й аналізувати, зіставляти явища і факти, коментувати, оцінювати їх.

**Матеріали і методи:** предметом дослідження є історичні легенди та перекази Вінниці. Для вивчення теми я звертаюся до першоджерел, а також праць відомих фольклористів, краєзнавців, журналістів.

**Результати:** у процесі роботи було опрацьовано наукову, довідкову літературу, такі легенди та перекази: легенда «Вишенька і Вінничка», «Легенда про заснування Вінниці», переказ «У Вінниці на границі», «Переказ про будинок Кумбарі». У дослідженні продемонстровано як народ фіксував та переосмислював історичні події. Паралелізм, метафори, символи, анафори, що використані у легендах і переказах, захоплюють своєю винятковістю.

**Висновки:** легенди й перекази Вінниці є невід’ємною частиною неказкової прози всієї України, історія Вінниці є невід’ємною від історії українського народу, який творив її упродовж багатьох століть. Знати фольклор, героїв саме рідного краю, потрібно для того, щоб уникати помилок у майбутньому. А мати свою точку зору можна тільки за умови здобуття знань, на основі яких, буде формуватись власна думка.

В.І. Бокоч, К.М. Агафонов

### ЛАТИНЬ – ЖИВА МОВА МЕДИЦИНИ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О.Б. Наливайко (к.пед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Латинська мова здавна відігравала важливу роль у розвитку науки ще з античних часів, особливо на території Західної Європи. На латині укладалася не лише державна документація, але й писали свої праці учені та дослідники, зокрема філософи, теологи, лікарі та інші. Один з найкращих хірургів М. Пирогов написав свою докторську дисертацію та захищав її латинською мовою, нею ж написана його класична праця «Хірургічна анатомія артеріальних стовбурців і фіксації». До ХІХ ст. у країнах Європи більшість дисциплін, зокрема медичного профілю, викладалися латинською мовою. Роль латини в системі медичної освіти можна виразити висловом: «InviaestinmedicinaviasinelinguaLatina», тобто «Непрохідний в медицині шлях без латинської мови».

**Мета:** Дослідити становлення латині як базової мови в медицині та її значення для наукових досліджень.

**Матеріали та методи:** У процесі дослідження здійснено аналіз джерел наукової літератури, публікацій

вітчизняних та зарубіжних видань. Для розкриття поставленої мети використані такі методи: описовий, порівняльний, аналітичний та індуктивний.

**Результати:** Латинська мова в медицині набула міжнародного значення, зокрема в області анатомії, фармакології та при складанні медичної рецептури. Вагомі наукові праці, написані на латині, не втрачають своєї актуальності й до нині. Особливо плідним на наукові здобутки, описані цією древньою мовою, було у XVII столітті. Наприклад, В. Гарвей, англійський учений і медик, вперше у світі описав велике й мале коло кровообігу в своїй праці «Анатомічні дослідження про рух серця і крові у тварин». Швейцарський фізіолог А. Галлер в 1757-1766рр. випустив у світ анатомічний атлас у 8 томах латинською мовою. Однією з основних причин довготривалого вживання латинської мови в медицині є її універсальність. Це створило передумови для створення свого роду інформаційної бази на території Європи, що, в свою чергу, давало більше можливостей дослідникам черпати і примножувати знання. Зокрема, з появою перших університетів, у яких навчалися представники різних країн, саме латинь стала для них ланкою, яка поєднувала їх у наукову спільноту, ставши робочою мовою для написання книг й інших дослідницьких робіт. Приміром, в англійській – одній з найбільш вживаних мов світу, в тому числі в наукових колах, - близько половини латинського походження.

**Висновки:** Феномен латині полягає в тому, що вона продовжує бути базовою у сфері медицини, поєднуючи медиків у всьому світі, хоча і вважається мертвою мовою. Існує чимало наукових публікацій, присвячених актуальності латинської мови. До прикладу, журнал «VoxLatina» випускається в Німеччині ось уже 40 років, а в Італії вже 30 років випускаються комікси на латині. Ця мова продовжує жити не тільки в термінах, але і в численних крилатих виразах, афоризмах, прислів'ях: *Acommuniobservantianonestrecedendum* – Не варто уникати того, до чого всі прагнуть; *Quodnonhabetprincipium, nonhabetfinem* – Нескінченно те, у чого немає початку; *Nullaregulasineexceptione* – Немає правил без винятків; *Meliusestnomenbonumquamagnaedivitiarum* – Добре ім'я краще великого багатства.

В.І. Бокоч, К.М. Агафонов, Р.С. Погорілий, В.Т. Башуцкий

### **МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ**

Кафедра філософії та суспільних наук

Т.В. Вакар (к.екон.н., )

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Однією з найбільш важливих галузей сфери послуг є охорона здоров'я. Розвиток страхової медицини — один із перспективних напрямів розв'язання проблем фінансування охорони здоров'я. Нині питання страхової медицини є дуже актуальними. Досвід зарубіжних країн показує, що відповідні страхові фонди можуть стати вагомим джерелом фінансування, а механізм формування і витрачання цих коштів може забезпечити саме його адресність, тобто фінансування не загалом медичних закладів, а конкретних жителів. Медичне страхування — тип страхування від ризику витрат, пов'язаних із отриманням медичної допомоги. У більшості країн є формою соціального захисту інтересів населення в системі охорони здоров'я. Простіше кажучи, в теорії медичне страхування спрямоване на те, щоб покращити наше життя, убезпечити його від непередбачених ситуацій, заховати від самих себе невелику частину грошей, аби мати заощадження у не найкращі часи.

**Мета:** Виявити основні проблеми, які гальмують розвиток медичного страхування в Україні, обґрунтувати необхідність та можливості введення обов'язкового медичного страхування(ОМС), їх наслідки, а також розкрити наявні проблеми впровадження ОМС в Україні, зокрема, з огляду на джерела та моделі фінансування.

**Матеріали та методи:** В процесі дослідження використовувалися праці таких учених та дослідників, як: Т. Артюх, К. Воблого, В. Базилевича, К. Базилевича, О. Гаманкової та ін. Саме ці науковці та фахівці однозначно підтримують думку про гостру необхідність негайного впровадження загальнообов'язкового медичного страхування в Україні. Поряд з цим такі учені, як Н. Андрієшина, В. Парій, С. Санченко, М. Поліщук, Т. Бахтєєва акцентують увагу на наявності проблем, які можуть бути пов'язані з запровадженням цієї форми страхування, і пропонують власні шляхи їхнього вирішення.

**Результати:** Проведений нами аналіз літературних джерел показав, що обов'язкове медичне страхування в Україні розвинене на 0%. Це обумовлене гальмуванням розвитку запровадження та реалізації законопроектів, які декілька разів висувалися на читання у ВРУ, спричинене передусім — через економічну складову. Суспільство очікує, що запровадження медичного страхування в Україні збільшить фінансування галузі, поліпшить забезпечення ліками, діагностичними технологіями. Але сьогодні ані держава, ані населення не мають фінансових ресурсів, які змогли б «наповнити» систему охорони здоров'я навіть у разі запровадження страхових зобов'язань. У нових законопроектах, було введено поняття «поліс». Його значення обґрунтовують так: поліс розроблятиметься щорічно, виходячи з потреб громадян. Незмінним буде тільки одне – в гарантований пакет послуг з року в рік будуть переходити екстрена медична допомога і невідкладна медична допомога, а також всі ті, що серйозно впливають на показники захворюваності та смертності. Дослідники вже на основі припущень та знань створили ідею для ефективного функціонування бюджетно-страхової моделі. Головною метою якої є затвердження наступних структур: Українське медичне страхове бюро (УМСБ)

(координуватиме діяльність страховиків, здійснюватиме загальний контроль за правилами страхування, тарифами, умовами та якістю наданих медичних послуг тощо). УМСБ складатиметься із Наглядової ради та Виконавчої дирекції.

**Висновки:** При правильному поступовому переході на медичне страхування, потрібно оцінити страхові випадки та належну медичну допомогу при них, яка буде покриватися страхуванням. Хоча потрібно розуміти зміни, які виникнуть внаслідок впровадження різних видів медичного страхування, тому що деякі з них є економічно не вигідні для держави, що зможе спричинити соціальне напруження, оскільки всі потребують якісної та доступної медичної допомоги, реально забезпечити яку не буде можливо.

A.O. Bondarchuk, A.Y. Kyrpychova

### THE ASPECTS OF LEGALIZATION OF EUTHANASIA IN UKRAINE

Chair of Foreign Languages with a course of Latin language and Medical Terminology

A.S. Marlova (c.p.n, Associate Professor)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

**Actuality:** Euthanasia is an act, committed consciously and intentionally by a medical worker upon the repeated and categorical request of the terminally ill person, with the aim to end the physical suffering that results in death of the patient. Contemporary medicine is at a fairly high level of development so that can influence not only the life and health, but among other things, also the process of people's death. However, with the advent of supporting medical technologies to help people withdraw from life, the primary importance of health care workers concerning the preservation of patients' lives and maintenance of their health is almost lost. Since euthanasia becomes very popular in European countries, this process starts to find the supporters in Ukraine. For the reason that human life is the highest value, the procedure of euthanasia is on the verge of morally permitted action.

**Objective:** The study of euthanasia from the moral and physical point of view and the perspectives of its legalization in Ukraine.

**Materials and Methods:** We have analyzed literature sources on the impact of euthanasia on society of Ukraine.

**Results:** In modern medical and scientific literature there are 4 types of euthanasia: 1) Active euthanasia - is a type of euthanasia aimed at mortification of the patient by inserting a deadly dose of medication, but this type is carried out only in the case if the patient accomplishes it himself/herself or with the help of another person; 2) Passive euthanasia - is a rejection of the treatments, which continue the duration of the patient dying, and reduces the quality of his/her life; 3) Voluntary euthanasia - the given type involves the unambiguous documented consent of the patient's life, signed in presence of two witnesses. This type of euthanasia is widely spread in Western Europe and the USA; 4) Involuntary euthanasia - this type of euthanasia is carried out without the direct consent of the patient assuming that his will won't be contradicting this, and in the case if the patient is in a coma. Ukrainian legislation defines the prohibition to satisfy individual requests concerning the cessation of his/her life, but the issue of euthanasia remains opened in Ukraine, as many countries of the world support this way of deprivation of physical suffering and soon the question will become even more relevant in our country.

**Conclusion:** Euthanasia is currently on the verge of moral and ethical standards, our society has not fully understood the importance of this process, so the legalization of euthanasia on the territory of Ukraine is impossible because it can lead to increased crime level's among health professionals, and this will be the fault of euthanasia.

Г.І. Бордуніс, О.Г. Басінських

### ПРОБЛЕМИ СВОБОДИ У ФІЛОСОФІЇ ЖАНА-ПОЛЯ САРТРА

Кафедра суспільних наук

С.В. Черкасов (д. філософ. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Оригінальну концепцію свободи волі особи створив один з найвідоміших представників екзистенціального напрямку в філософії Жан Поль Сартр. Ядром екзистенціалізму Сартра є «філософія свободи». Людина, за формулою Сартра, «приречена до свободи». Розуміння Сартром свободи як фатуму відкриває шлях до примирення з усякою дійсністю так само, як і до протесту проти усякої дійсності, до боротьби проти неї. Вона служить теоретичним обґрунтуванням будь-якого ставлення до дійсності, тому й не обґрунтовує ніякого однозначного ставлення до неї.

**Мета:** Аналіз та вивчення проблеми свободи у філософії Жана-Поля Сартра.

**Матеріали і методи:** Основний філософський трактат Сартра «Буття і ніщо».

**Результати:** Свобода трактується Сартром в дусі закінченого індетермінізму. Свобода ставить людину поза закономірності і причинну залежність. Свобода не визначається можливістю людини діяти у відповідності з тим, якою вона є, бо сама її свобода є вибір свого буття, людина така, якою вона свobodно себе вибирає. Теперішнє не знаходиться в закономірному зв'язку з минулим, а минуле з теперішнім. Свобода покладає



незалежність по відношенню з минулим, заперечення його, розрив з ним. „Свобода – це людське існування, що виводить своє минуле з гри...”

**Висновок:** Сартр у своєму трактуванні свободи виходить з того, що свідомість є „Ніщо” і в цьому сенсі життя становить такий же абсолют, як і буття – у – собі. У зовнішньому світі речей „Ніщо” виступає як недостатність, рідкість, або як щілина чи отвір. Тим самим Сартр обґрунтовує „онтологізм”, об’єктивність і самодостатність виявленої ним сфери „Ніщо”. Це в свою чергу веде до визнання її абсолютності, роблячи „Ніщо” визначальною характеристикою людського буття. І звідси він ставить питання про те, що повинно існувати якесь буття, завдяки якому „ніщо” приходить у речі, і таким буттям є буття людини. Свобода не є властивістю, яка поряд з іншими належала б до суті людського буття, бо нема різниці між буттям людини та її свободо-буттям.

З іншого боку свобода не має нічого спільного з сутністю, а тому її не можна визначити. Звідси свобода Сартра є онтологічною структурою людського буття. Людська свобода є очевидною, вона одвічно притаманна людському існуванню.

Хоча людина вибирає свій спосіб буття на фоні абсолютної випадковості свого "тут – буття", вона тримає в своїх руках всі нитки, що пов'язують її із світом. Не вибираючи свою епоху, вона вибирає себе в ній. Вона повинна бути одночасно фактичністю і трансцендуванням, повинна постійно винаходити, будувати себе "впригол до найдрібніших деталей".

Аналізуючи ситуацію як синтез даного і свідомості, фактичності і свободи, Сартр показує, що ситуація реалізується тільки через людський вибір і дії. З проблемою вибору тісно пов'язана проблема відповідальності. Сартр вважає, що будучи засудженою до свободи, людина несе тягар світу на своїх плечах. Вона відповідальна за світ і за себе. Її відповідальність є всеохоплююча.

Г.Ю. Боханов, В.О. Ковач  
**ПРОБЛЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.О. Верлан-Кульшенко(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 державою. Разом з тим, військова медицина завжди була окремим напрямом і підпорядковувалась Міністерству оборони, тому має інакшу специфіку роботи і певні особливості, в порівнянні із іншими видами медичної допомоги. Розвиток тривалого військового конфлікту на сході України досить гостро поставив питання реалізації немайнових прав військовослужбовців в сфері охорони здоров'я, а саме лікарської таємниці.

**Мета.** Провести порівняльно-правовий аналіз базових законодавчих актів забезпечення лікарської таємниці цивільних осіб та військовослужбовців у сфері охорони здоров'я, порівняти їх, визначити особливості і відмінності та обґрунтувати необхідність внесення змін у вітчизняне законодавство.

**Матеріали та методи.** Конституція України, Цивільний кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Статути Збройних Сил України. Методи: статистичний, порівняльно-правовий, правового моделювання, аналітичний, бібліографічний, історичний, системного підходу.

**Висновки.** Основними немайновими правами громадянина України у сфері охорони здоров'я є: право на життя, на належну медичну допомогу, на медичну таємницю, на згоду та відмову від медичного втручання, право на свободу вибору в галузі охорони здоров'я. Проте, можливість реалізації немайнових прав військовослужбовцями нівелюється Статутами Збройних Сил України.

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.

Тому ми пропонуємо змінити алгоритм направлення військовослужбовців на ВЛК та лікування таким чином: у відповідних документах замість розгорнутого діагнозу застосовувати шифри МКХ-10 або ІСРС-2, що забезпечить право військовослужбовця на медичну таємницю, та виключити з переліку документів, необхідних для ВЛК службу та медичну характеристики.

А. І. Бранько

## РИНОК МЕДИЧНОГО ОБЛАДНАННЯ ТА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ГОЛОВНІ ТЕНДЕНЦІ РОЗВИТКУ (2007-2017 рр.)

Кафедра філософії та суспільних наук

В. М. Мельник (викладач)

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

**Актуальність.** Ринок медичного обладнання (далі – Ринок) є не тільки основною матеріальною частиною сучасної системи охорони здоров'я, але також найбільш прогресуючою галуззю міжнародної економіки. Це складна система відносин, що виникає у контексті купівлі-продажу медичного обладнання та послуг, між постачальниками, споживачами і регулюючими органами. Якість медичної допомоги безпосередньо залежить від оснащеності медичних установ високотехнологічним обладнанням.

**Результати.** В умовах глобальної трансформації постіндустріальної економіки, ринок залишається одним з найбільш динамічно прогресуючих. Його стабільна привабливість для міжнародних інвестицій, навіть в скрутних умовах світової фінансової кризи 2007-2008 років, свідчить про неабиякі переваги, які держава може отримати, стимулюючи високотехнологічну сферу медичного обладнання. За оцінками економістів-міжнародників, ринок медичного обладнання структурований наступним чином: на Північну та Південну Америку припадає 45%, на Західну Європу – 27%, на Східну Європу – 4%, на Азійські країни – 21%, на Близький Схід і Африку – 3%. Враховуючи той факт, що ринок поділяється на низько- та високотехнологічний кластери, підкреслимо, що відсоткове співвідношення високотехнологічного кластеру, за регіональним структуруванням, відповідає загальному співвідношенню на світовому ринку.

Прозора сукупна індустрія світового медичного обладнання станом на 2017 р. складає близько 400 млрд. доларів США (гіпотетично «тіньовий» ринок може дорівнювати цій самій цифрі). Незважаючи на світову фінансову кризу (2007-2008 рр.), що негативно вплинула на прозорі показники, починаючи з 2013 року, ринок показує середньорічне зростання зі швидкістю приблизно 6,9%. За даними компанії MarketResearchReportsSearchEngine (MRRSE), ця тенденція має зберегтися до 2023 р. У другій половині 2017 р. зростання ринку склало 8%, що характеризується як збільшенням купівлі-продажу, так і світовими інфляційними процесами. На цьому прикладі 2017 р. особливо чітко вимальовується тенденція до антиномізації глобальних економічних систем. Одночасно зростають попит, пропозиція та інфляція.

Міжнародна статистика, враховуючи інфляційні процеси, свідчить, що на теренах «старої» Західної Європи у 2017 р. збереглася тенденція зростання попереднього року, що складала 27%. У Східній Європі зростання ринку склало лише 2,5%, що демонструє падіння у порівнянні з 2016 р. – з 3,9% до 2,5% (+ інфляційні ризики). Треба враховувати що з цих 2,5% близько третини усього розвитку ринку в Східній Європі складає Польща (її внутрішній ринок за рік збільшився на 2%).

За глобалістськими підрахунками, Україна займає менше 10% східноєвропейського ринку, але ми вважаємо, що ці дані не зовсім коректні (м'яко кажучи), адже потрібно пам'ятати: більшість медичних приладів закуповуються нами як попередньо уживані, що категорично заборонено у країнах ЄС. Крім того, вітчизняні ринкові умови примушують займатись купівлею вторинного обладнання безпосередньо споживача (лікарні, заклади охорони здоров'я). Ефективна практика розподільчого регулювання відсутня (сьогодні ця проблема є однією із наріжних у нашому медичному праві). В нашій державі немає єдиного документу який регулює функціонування ринку медичного обладнання. Він повинен у собі містити положення та норми про відповідальність, утилізацію, використання, виробництво медичного устаткування. Підкреслимо, що наразі найпопулярнішим в Україні обладнанням є прилади для діагностики, такі як: рентгени, мамографи, апарати КТ та МРТ і телеметричні апарати ЕКГ. Кожна така група обладнання є перспективною за обсягами співвідношення виробництва та купівлі, як на світовому ринку, так і на вітчизняному.

Незважаючи на проголошений більшістю країн світу «рух до капіталістичних стандартів ринкових відносин», головним фактором, який впливає сьогодні на ринок залишається регуляторний – стан та обсяг фінансування медичних закладів з боку держави (рідше – з інших джерел). І на цьому етапі, уже виникає ряд проблем, що ставить під загрозу існування ринку медичного обладнання в цілому. Як правило фінансування системи охорони здоров'я кардинально відрізняється у т. з. «бідних» і «багатих» країнах. Як не дивно, закупівля високотехнологічного медичного обладнання задля збільшення якості надання допомоги, є пріоритетом для другої групи країн. Разом із тим, всередині кожної групи («багатих», «бідних» держав) існують кардинально відмінні моделі фінансування охорони здоров'я: в одних це податкові надходження (бюджетні кошти), а для інших це гроші від фондів соціального медичного страхування. В українському випадку, всім громадянам, де-юре гарантовано конституційне право на безкоштовне медичне обслуговування. Однак, реальність свідчить про те, що відсутність ефективного державного регулювання охорони здоров'я зокрема та соціальної сфери загалом, призводить до зростання тіньових розрахунків у наданні медичних послуг. Охорона здоров'я України на 98% фінансується за рахунок коштів державного бюджету. У 2017 р. загальнодержавні витрати склали 57 млрд. грн. Відсутність грамотного економічного підходу в контексті державного регулювання галузі та використання в процесі регулювання одних і тих же механізмів перерозподілу державних фондів, призводить до того, що консолідованого бюджету недостатньо навіть для оптимальної підтримки існуючої інфраструктури чи гідної заробітної платні, не говорячи про виробництво чи купівлю високотехнологічного обладнання.

**Висновки.** Сьогодні ринок демонструє позитивний прогностичний потенціал у всіх регіонах. Вважається, що

навіть за умови фінансово-економічних потрясінь, попит і пропозиція на сукупну індустрію ринку не зменшиться. Втім, аналіз українського прикладу викликає ряд проблемних питань, які потребують негайного врегулювання задля підвищення ефективності ринкової моделі – хоча б до середніх регіональних показників Східної Європи:

- а) створення законодавчої бази для розвитку та функціонування ринку;
- б) збільшення адресного фінансування для закупівлі нового обладнання;
- в) проведення прозорих тендерів (навіть, в умовах сучасного функціонування електронної системи проведення тендерів та діяльності антикорупційних органів);
- г) переорієнтація ринку – від продажу низькотехнологічних виробів до високотехнологічного обладнання;
- д) реалізація справжньої медичної реформи, яка надасть змогу закладам охорони здоров'я отримувати фінансування не тільки з державних бюджетних фондів, але також і з фондів соціального медичного страхування;
- є) збільшення обсягу купівлі високотехнологічного операційного обладнання (поряд зі зменшенням державних витрат на низькі технології).

О. О. Бурдейний  
**РОЗВИТОК ФІЛОСОФСЬКОЇ АНТРОПОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ**

Кафедра філософії та суспільних наук

В.М. Мельник (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м.Вінниця

**Актуальність.** Філософська антропологія, як дисципліна та науковий напрямок, вивчає сутність людини. Головна особливість української філософської антропології – вивчення людини як цілісної («нерозривної») істоти. В цьому контексті, В. Г. Воропаєва виокремлює ряд наукових функцій цього напрямку: методологічну, світоглядну, теоретико-пізнавальну, регулятивну, прогностичну, аксіологічну (Воропаєва, 2008). Опіраючись на підхід Воропаєвої, спробуємо охарактеризувати сучасний стан характер вітчизняної філософської антропології.

**Матеріали.** Як методологічна основа використовувались праці В. Г. Воропаєвої (опубліковані в Гуманітарному віснику ЗДІА, 2008 та 2013 рр.), монографії О. К. Скаленка (в першу чергу, «Глобальні резерви поступу», 2002), Ф. М. Кирилюка (КНУ ім. Т. Г. Шевченка, 2014, 2015) та В. М. Мельника (КНУ ім. Т. Г. Шевченка, 2015). Окремо було проаналізовано матеріали із репрезентативного збірника праць III Міжнародної науково-практичної конференції по філософській антропології (НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016).

**Основний матеріал.** Кожна із функцій філософської антропології направлена на педагогічне та культурологічне оформлення уявлень про цілісність людини. В першу чергу, мова йде про цілісність тілесного та духовного, матеріального та ідейного, побутового та політичного. Як вважають В. Г. Воропаєва (2013) і Ф. М. Кирилюк (2015), сучасний етап розвитку інформаційного суспільства демонструє, що людина є водночас інтегративним суб'єктом та об'єктом. Це означає, що людина є сукупністю впливів. «Вона впливає і на неї впливають» – з цього формується моральна та інтелектуальна база життєдіяльності індивіда (Мельник, 2015).

Функціональна оцінка української філософської антропології характерна для більшості академічних закладів. Водночас представники спеціалізованої кафедри філософської антропології НПУ ім. М. П. Драгоманова, відстоюють пріоритет так званого «соціально-антропологічного аналізу», який свідчить, що особистість – це людина, яка займається удосконаленням свого власного «я». Особистість – це той, хто «несе» певну інформацію із соціуму. Людина, у відповідності з цим постулатом, має конкретну місію, головною вершиною якої виступає «перемога над долею». У відповідності із цим напрямком, людина виступає не інтегративним уособленням суб'єктно-об'єктних відносин, а «місіонером», чия суб'єктивна воля покликана змінювати об'єктивну реальність. Як бачимо, в цьому напрямку головним виступає зовсім інший аспект людської природи – не інтелектуальна складова (здатність засвоювати та репродукувати інформацію), а воля.

**Результати.** Сьогодні в Україні слід виокремити декілька академічних інституцій, які посилено займаються філософсько-антропологічними студіями: КНУ ім. Т. Г. Шевченка, НПУ ім. М. П. Драгоманова, ІФ ім. Г. С. Сковороди НАНУ, Центр гуманітарної освіти НАНУ (в педагогічному контексті розробляється т. зв. «педагогічна антропологія»), Українська асоціація психології освіти та розвитку.

**Висновки.** Еволюція філософії оформила дві тенденції в рамках антропологічної (тобто людинознавчої) думки: натуралістичну та ідеалістичну. Натуралістичний підхід розглядає сутність людини як невідривний взаємозв'язок природного та соціального, віддаючи першість природній основі. Він слугує основою для функціонально-інтегративного напрямку в сучасній українській філософській антропології. Ідеалістична думка, що акцентує увагу на духовному вимірі людини, створює підґрунтя для вольового напрямку.

В. О. Велічко  
**ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ:  
ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
В. Ф. Зверховська (к.ю.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Протягом останніх трьох років у законодавство щодо реклами лікарських засобів були внесені суттєві зміни, а також розроблені підзаконні нормативно-правові акти, що значно вплинули як на фармацевтичний ринок України взагалі, так і на ринок реклами лікарських засобів.

**Мета:** Детальний аналіз стану правового регулювання реклами лікарських засобів в Україні, визначення проблемних питань у цій сфері, з'ясування можливих шляхів їх вирішення та перспектив удосконалення чинного законодавства.

**Матеріали та методи:** Конституція України, Закони України: «Про внесення змін до деяких законів України у сфері охорони здоров'я щодо посилення контролю за обігом лікарських засобів, харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання, функціональних харчових продуктів та дієтичних добавок», «Про лікарські засоби», «Про рекламу», накази МОЗ України «Про деякі питання заборони рекламування лікарських засобів», «Про забезпечення виконання нормативно-правових актів, що регулюють рекламування лікарських засобів», «Про внесення змін до Переліку лікарських засобів, заборонених до рекламування, які відпускаються без рецепта». Методи: порівняльно-правовий, формально-логічний, аналітичний, прогностичний.

**Результати:** Реклама лікарських засобів в Україні має великий вплив на суспільство, тому підходи до їх рекламування в Україні є значно більш жорсткими, ніж у країнах ЄС. Більшу частину препаратів, реклама яких заборонена в Україні, складають рецептурні лікарські засоби та безрецептурні препарати, які включені МОЗ України до відповідного Переліку заборонених до рекламування. Там, де в інших галузях від несумлінної реклами страждає тільки гаманець конкурента та споживача, у фармацевтичній сфері факторами ризику є здоров'я пацієнта або навіть його життя. Тому випадки недобросовісної реклами лікарських засобів з великою відповідальністю повинні відслідковуватися відповідними уповноваженими державними органами. За підсумками 2016 року (дані порталу артека.ua), обсяг продажів лікарських засобів склав 50,5 млрд грн за 1 млрд упаковок. Водночас аптечний продаж безрецептурних протизастудних препаратів у період від січня до липня 2017 року становив 3,2 млрд грн. Вкладення виробників лікарських засобів у телевізійну рекламу склали 97% від всіх рекламних промоцій. Однак щорічно через нераціональне застосування лікарських засобів гине близько 5% українців, в 25% некоректно підібрані ліки викликають різноманітні побічні реакції.

**Висновки:** Реклама лікарських засобів є предметом особливої уваги з боку держави. Лікарські засоби на відміну від інших товарів є особливим продуктом споживання. Їх неправильне застосування пов'язане з істотними ризиками для здоров'я, а інколи і для життя людини. Ці ризики значно зростають, якщо пацієнти під впливом «агресивної» реклами вдаються до самолікування. Обмеження реклами безрецептурних лікарських засобів – значний крок на шляху вирішення проблеми із самолікуванням і самопризначенням ліків.

K.J.Waschkeba

**DIE PATHOPHYSIOLOGISCHEN ASPEKTE DER ENTSTEHUNG DES GESCHWÜRS.DIE ROLLE DES  
STREßES IN DER BILDUNG DER MAGENSCHLEIMHAUTENTZÜNDUNG**

Lehrstuhl für Fremdsprachen

L.A.Mazur (Oberlehrerin)

Medizinische Pirogow-Hochschule in Winnyzia

Winnyzia, 2018

**Aktualität:** das Geschwür ist ein häufiges Leiden. Man schätzt, dass 23 von 100 Frauen und 18 von 100 Männern im Laufe ihres Lebens einmal eine Gastritis entwickeln. So liegt bei schätzungsweise fast jedem zweiten über 50-Jährigen eine chronische Magenschleimhautentzündung vor. Da diese oft völlig unbemerkt verläuft, wird sie meist eher zufällig entdeckt.

**Zweck:** die Erforschung der Entstehung der Magenschleimhautentzündung und das Erlernen der Einwirkung des Stress auf die Entwicklung dieser Krankheit.

**Material und Methode:** die Analyse der wissenschaftlicher Publikationen für den Zeitraum 2012-2016 mit der Ressource PubMed, Google Scholar, Bibliotheks-Repository.

**Ergebnisse:** Gastritis ist eine sehr häufige entzündliche Erkrankung der Magenschleimhaut, die akut oder chronisch sowie mit oder ohne Symptome verlaufen kann. Allen gemein ist, dass die Magenschleimhaut entzündet ist und sie im entzündeten Zustand ihre Aufgaben wie die Herstellung von schützendem Schleim, Enzymen und Magensäure nicht mehr funktionsgerecht ausführen kann. Die Magenschleimhautentzündung kann aus unterschiedlichsten Gründen entstehen. Ursachen sind chemische Reizstoffe, Infektionen, Medikamente, Bakterium *Helicobacter pylori* oder Stress. Bei den Medikamenten spielen nicht nur Antibiotika, sondern vor allem auch Schmerzmittel aus der Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika eine wesentliche Rolle; dazu gehören nicht nur das allseits beliebte Aspirin, sondern auch Wirkstoffe wie Ibuprofen und Naproxen. In vielen Fällen spielt bei der Entwicklung einer akuten Gastritis der Stress eine große Rolle. Dazu gehört nicht nur der psychische Stress, sondern vor allem auch physischer Stress, dem

unser Körper immer wieder ausgesetzt ist. So können Operationen, Erkrankungen oder Verletzungen im Körper zur Ausschüttung von Stresshormonen führen, die über diverse Umbauprodukte auch die Magenschleimhaut schädigen. Stresshormone kurbeln auch die Produktion der Magensäure an.

**Schlußfolgerung:** die Untersuchungen zeigen, dass vor allem gut entwickelte emotionale, menschliche und soziale Kompetenzen, das „Gesundheitsrisiko“ erhöhen. Faktoren wie Optimismus, ein starker Familienverband und auch regelmäßige Strategien zur Entspannung fördern die Gesundheit und beugen Krankheiten vor.

І. В. Гвоздик, О. А. Поплавська  
**ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРАВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ  
В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ**

Кафедра медичного права  
Р. Г. Жарлінська (к. ек. н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Чинне законодавство надає медичним працівникам чимало прав. Проте більшість норм, які передбачають ці права, залишаються суто декларативними, до них не розроблені відповідні підзаконні акти, а ті, що є, часто суперечать один одному, законодавство недостатньо враховує вимоги сьогодення.

**Мета:** Висвітлити проблеми правового регулювання захисту честі, гідності й ділової репутації медичних працівників у сфері охорони здоров'я.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз нормативно-правової бази України і європейських країн за останні роки для визначення напрямів розвитку ефективного захисту прав лікарів. Під час дослідження було використано порівняльно-правові, формально-логічні, аналітичні та гносеологічні методи.

**Результати:** Про права пацієнтів пишуть багато, про права лікарів - одиниці. Виявлено, що в нашій країні немає жодного офіційного документа, який регулював би права медичних працівників, - про це згадується лише в Основах законодавства про охорону здоров'я. Професійні права, пільги та обов'язки медичних і фармацевтичних працівників, на сьогоднішній день висвітлені тільки в статтях 34, 77, 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я. В деяких зарубіжних країнах, таких як Угорщина, Велика Британія, Словаччина, створені громадські організації з захисту прав лікарів. Будь-який практикуючий лікар, що перебуває в такій спілці, має право направити заяву з проханням про надання захисту, отримання допомоги в суді у разі обвинувачення його у здійсненні лікарської помилки, розголошенні лікарської таємниці чи завданні морального збитку. В цих організаціях є професійні юристи, які спеціалізуються на медичному праві. В Україні поки не існує подібних організацій. Тому лікарі повинні звертатися за захистом безпосередньо до практикуючих адвокатів. Але, на жаль, зараз вкрай мало фахівців в галузі медичного права, і тому медичним установам і лікарям дуже проблематично отримати кваліфіковану юридичну допомогу.

**Висновки:** На сьогодні в Україні зберігається дисбаланс між захистом прав лікаря та пацієнта. На ринку послуг досить поширені юридичні послуги щодо захисту прав пацієнтів і майже зовсім не захищаються права медичних працівників. З погляду досягнення мети законодавчого регулювання та застосування правил юридичної техніки доречним видається внесення змін до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», щоб забезпечити комплексне вирішення проблеми визначення правового статусу медичного працівника.

D.V. Hlukhoniuk  
**LAW ASPECTS AND MAIN PROBLEMS OF EMERGENCY MEDICAL CARE PROVIDED BY GENERAL  
PRACTITIONERS**

Department of pathological anatomy, forensic medicine and law  
R.G.Zharlinska (Candidate of Economic Sciences, As. Professor)  
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnytsia

**Actuality:** The task of the health care system of Ukraine is to timely and efficiently provide qualified medical assistance to the population. At the current stage of development of the healthcare sector, an important issue is the strengthening of the links of primary health care and emergency medical care.

**Objective:** To highlight the legal aspects and problems of providing emergency medical care to the population by general practitioners.

**Materials and methods:** The Law of Ukraine "The Fundamentals of Ukrainian Health Law", the Law of Ukraine "On Emergency Medical Aid", the Official Manual of a General Practitioner, methods of structural and logical analysis.

**Results:** The Law of Ukraine "On Emergency Medical Aid" specifies the list of persons who are obliged to provide emergency medical care, which, in turn, is limited to employees of specialist departments of emergency medical care. Persons who are not included in this list, are obliged to provide primary medical care to a person in an urgent condition. In the Official Manual of a General Practitioner, it is indicated that the task of the specialist is to provide urgent care. However, the Law of Ukraine "Fundamentals of Ukrainian Health Law" contains the term "emergency medical care", and the term "urgent care" is not used in the context of the above-mentioned document. It can be concluded that, in

connection with the inconsistency of the Official Manual of a General Practitioner with the current legislation, the providing of emergency medical care is not part of the general practitioner's duties.

**Conclusions:** Consequently, because of the imperfection of the law framework, general practitioners are obliged to perform duties that are not relevant to the current legislation. That is why general practitioners cannot provide emergency medical care due to current legislation.

О.А. Гнатій

### ФІЛОСОФІЯ РОМАНТИЗМУ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

Кафедра філософії та суспільних наук

В. М. Мельник (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** В сучасній літературі домінує уявлення про реалістичні тенденції у літературній творчості Т. Г. Шевченка. Наша доповідь присвячена висвітленню романтичних позицій Шевченка.

**Мета.** Зміщення дослідницьких акцентів у вивченні Шевченківської спадщини – від вивчення філософії реалізму до літературного романтизму.

**Матеріали та методи.** Використано наукові праці І. Франка (1955), К. П. Волинського (1973), І. Ф. Волкова (1973), В. Л. Смілянська (1981), О. Я. Кониського (1991), П. Зайцева (2004), Л. Ушкалова (2017). Методологічною базою для доповіді виступають статті В. Шаповала («Філософські аспекти творчості Т. Г. Шевченка»), Л. Войтів («Філософсько-гуманістичні ідеї у творчості Т. Шевченка»), В. В. Гордійченко («Шевченко і російський романтизм у філософсько-літературному контексті»).

**Результати.** Романтизм, як літературний напрямок, характеризується антропоцентризмом із притаманними йому акцентами на вольовому боці людського життя. В основі романтичної літератури лежить безперервний пошук ідеалу та мрійництво (бажання письменника змінити оточуючу дійсність, зокрема, публікацією свого твору). Вивчення романтичної філософії Шевченка, на наш погляд, має базуватись на двох головних (і малодосліджених) проблемах: а) характеристики взаємозв'язків творчості Шевченка із пануючими в тогочасному суспільстві напрямками російського романтизму; б) вивченні антропоцентричних (зокрема, вольових та чуттєвих) мотивів Шевченкової поезії і прози. Російський вплив на художні та світоглядні установки великого письменника є безумовним (особливо варто звернути увагу на світоглядні запозичення із творчості К. Рилеєва, В. Жуковського, О. Пушкіна). Текстологічний аналіз свідчить про ідейну спорідненість сюжетних ліній із поетичними творами Л. Боровиковського, О. Шпигоцького. Прямий зв'язок із російськими романтиками засвідчений також «вольовими сюжетами» (антропоцентризм Шевченка у змалюванні туги, жалю, печалі, історіософських міфологем). Природні сюжети у творчості великого письменника також мають паралелі із російськими та світовими зразками романтичної літератури. Варто звернути увагу на природну образність мислення Шевченка. Це також свідчить про романтичний антропоцентризм (як принцип осмислення природи через людину).

**Висновки.** Пропонуючи сприймати філософію Шевченка як романтичну (а не як реалістичну), ми звертаємо увагу на рецепційний взаємозв'язок між поетичним доробком великого письменника та домінуючими зразками російської романтичної літератури. Антропоцентризм Шевченка також наскрізь природний, що дозволяє прокласти літературний місток між його творами та історико-природним романтизмом В. Скотта, Дж. Г. Байрона, О. Пушкіна.

Ю.В. Городнічева

### МІНІСТЕРСТВО НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОПКУВАННЯ В УКРАЇНСЬКІЙ ДЕРЖАВІ 1918 Р.

Кафедра філософії та суспільних наук

І.І. Ратушняк (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова

**Актуальність:** Указом Президента України у 2018 році відзначається 100-річчя Української революції. Саме в ті роки відбулося формування нової концепції органів охорони здоров'я, відсутність сьогодні соціально орієнтованої моделі яких спонукає досліджувати діяльність міністерств попередніх років для перейняття досвіду та попередження помилок минулого.

**Мета:** дослідити діяльність Міністерства народного здоров'я, визначити здобутки та прорахунки.

**Матеріали та методи:** у ході дослідження були опрацьовані монографія Р.Пирога, праця О. Ціборовського «На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні», книга В.Винниченка «Відродження нації», спогади міністрів гетьманської держави та самого гетьмана Павла Скоропадського, записи із щоденників С.Чикаленка, стаття Г. Демочко «Охорона здоров'я в Українській державі», наукові публікації О. М. Кравчука, І. І. Ратушняка.

**Результати:** Інституція медицини є важливою в усі часи. Але саме за гетьманування П. Скоропадського був здійснений професійний та більш організований підхід до формування органів влади. Історіографія включає обмежену кількість розвідок. За радянської доби досвід урядів Скоропадського вважався хибним, тому лише з 1990-х років змінилися погляди щодо цієї сторінки в історії України. Зокрема праця Ціборовського висвітлює

організацію охорони здоров'я. Не можна обійти і таке оригінальне джерело, як «Відродження нації» В.Винниченка, у якому він подає характеристику гетьманським міністрам із суб'єктивного боку. Досить повною є монографія Р. Пирого «Діяльність урядів гетьманату Павла Скоропадського». В усіх дослідженнях попередніх років висвітлюється найголовніша подія в історія органів охорони здоров'я – їм було надано найвищий статус – статус міністерства, офіційна назва якого Міністерство народного здоров'я та опікування. Його очолив Всеволод Любинський, який за своїм професійним фахом був лікарем із неабиякою лікарською практикою. Лише він, на відміну від решти міністрів, очолював своє міністерство до кінця існування гетьманської держави. Любинський за досить короткий час створив організаційно-функціональну структуру, що забезпечувала тісні зв'язки на всіх рівнях – від повіту до губернії, що давало можливість бути в курсі усіх проблем. Міністерство вбачало важливим вирішення таких питань, як покращення рівня медичного обслуговування, здійснення просвітницької роботи серед населення і найголовніше - поборення пошестей та епідемій, що поширилися у вирі воєнних дій. В. Любинський частіше за інших міністрів проходив Бюджетну комісію для отримання коштів, які витрачалися на ліквідацію вищеперерахованих проблем. Але діяльність міністерства гальмувалася пограбуванням німецько-австрійськими військами матеріальних медичних запасів. Подейкують, що саме Всеволоду Любинському належить заслуга щодо дипломатичного врегулювання цієї проблеми, хоча деякі джерела цей факт заперечують. Відсутність певних положень та законів обмежувало повноваження Міністерства народного здоров'я та опікування в плані відстоювання фінансових інтересів.

**Висновки:** Подальші історичні розвідки повинні більш доцільно вивчити діяльність уряду гетьманської держави у сфері охорони здоров'я, щоб історичний досвід не пропав даремно. Лише глибокі дослідження цієї доби та модернізація медичної освіти дадуть змогу сьогодні розробити правильну концепцію та стратегію для реформування системи охорони здоров'я, що виведе її на значно кращий рівень.

Х.С. Громиш  
**ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ**

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А. Марчук (ст.викладач)

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

**Актуальність:** Одним з найважливіших завдань сучасної медицини є підготовка нового покоління фахівців – висококваліфікованих, різнобічно розвинених і здатних до конкуренції в умовах ринкової економіки у сфері охорони здоров'я.

**Мета:** визначити компоненти підготовки магістрів медицини до реалізації маркетингу у своїй професійній діяльності.

**Матеріали та методи:** літературні джерела та інтернет-ресурси, аналіз та синтез

**Результати:** Головним пріоритетом розвитку суспільства є можливість отримувати максимальний прибуток від своїх здібностей. Тому ця потреба має стимулювати молоде покоління розвиватися та шукати шляхи інтегрування своїх знань, зокрема, у приватну практику. Реалізація теоретичних знань та практичних умінь полягає в опануванні студентами основ організації маркетингу в професійній діяльності. Для того, щоб нове покоління вивести на належний рівень конкурентоспроможності необхідно докласти максимум зусиль.

Представлені дані з літературних та інтернет-джерел свідчать про те, що реалізація маркетингу в професійній діяльності є складним, різностороннім і важливим напрямом підготовки молодих фахівців. Процес їхнього навчання має бути динамічним, систематичним і цілеспрямованим. Під час підготовки у ВНМЗ необхідно сприяти розвитку професійних навичок, а також підвищувати медичну професійну культуру спілкування.

Процес оновлення освіти у медицині має спрямовуватися на поєднання трьох основних органічно пов'язаних компонентів: держави, вищого навчального медичного закладу та медичного працівника. Тільки таке поєднання забезпечить виконання головного завдання вищої медичної школи: підготовки та формування фахівця високого гатунку, котрий може реалізувати свої знання на практиці.

Студент є завжди найбільш зацікавленою стороною в освітньо-науковому процесі: він не пасивний споживач знань, а активний та вмотивований співучасник формування всієї системи науково-педагогічного процесу. Домінантою повинне бути не інертне поглинання інформації, а творча проблемно-базована освітньо-виховна динаміка, відповідальність за яку несе також студент.

До того життєвий цикл знань короткий: рівень їх збереження зумовлено природним для людини забуванням отриманої інформації. Знання мають властивість «старіти» з розвитком суспільства, що змінює зміст освітньої послуги, хоча сама вона за своє сутність залишається незмінною. Для повноцінного усвідомлення студентом своїх прав і обов'язків щодо забезпечення якості освіти важливим є переосмислення ним стану справ у вищій освіті в Україні і необхідності проведення реформ.

**Висновки:** Знання медичного маркетингу є важливими для нового покоління. Воно дає змогу впроваджувати і реалізовувати набуті навички у процесі професійної діяльності за умов ринкових відносин. Економічна компетентність молодих магістрів, конкуренція та їх рівень підготовки спрямований на орієнтацію потреб і можливостей населення, що сприяє загальному підвищенню рівня охорони здоров'я в цілому.

А. Р. Гром'як

## УМОВИ ПРАВОМІРНОСТІ ТА ЗАСАДИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА ІНШИХ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р. Г. Жарлінська (к.екон.н., доц.)

ВНМУ ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогоднішній день трансплантологія є однією з найбільш новітніх галузей медицини, що активно розвивається. Існує цілий ряд чинників, що ускладнюють правильне юридичне тлумачення донорства, трансплантації органів та тканин, зокрема, морально-етичні, правові, медичні аспекти і ін. Згідно даним МОЗ в Україні щорічно помирає від 40 до 60 потенційних донорів на 1 млн. населення, що складає близько 3000 донорів, які б могли врятувати життя 10 тисячам хворим. У 2017р. в Україні виконано 125 органних трансплантацій, з них: 119-нирки, 5-печінка, 1-легені. У США, Іспанії, Білорусі за аналогічний період провели більше 30 тис. таких операцій. Щодня в Україні помирає 9 людей через відсутність налагодженої системи трансплантації. За рівнем розвитку трансплантології Україна посідає останнє місце в Європі.

**Мета:** Розглянути основні питання правового регулювання трансплантології в Україні та закордоном.

**Матеріали та методи:** В ході виконання роботи використано такі методи дослідження: біблосемантичний, системного підходу, аналіз Закону України: “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини”, порівняння розвитку трансплантології в Україні та закордоном.

**Результати:** Трансплантація, як метод лікування, застосовується виключно за наявності медичних показань реципієнта, коли позбавлення небезпеки для життя чи відновлення здоров'я реципієнта іншими методами лікування неможливі. За статистикою Інституту серця менш ніж 10% опитаних українців погодилося на донорство після смерті. Причина – непоінформованість населення щодо її переваг. На противагу від України, в США існує система трансплант-координатор (працівники, що проводять відповідну бесіду з родичами загиблого стосовно трупоного донорства). В Україні заборонено вилучення органів від померлої особи з метою подальшого їх використання в донорських цілях, за умови, якщо загибла за життя не надала на це письмової згоди; трансплантація можлива від живих осіб, якщо реципієнт та донор є родичами чи перебувають у шлюбі (виняток становить трансплантація кісткового мозку та органів, здатних до регенерації). В світі діє єдина державна інформаційна система трансплантації, до якої вносяться відомості про реципієнтів, а також про осіб, які заявили про свою згоду або незгоду стати донорами у разі смерті. При цьому, такого реєстру в нашій державі не існує.

**Висновки:** Українське законодавство, що регламентує трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини далеке від досконалості, але на сьогодні воно дає змогу проводити трансплантацію органів, хоч і в незначній кількості. Для покращення даної ситуації потрібно сформуванню у суспільстві позитивну думку щодо донорства, оновити положення закону про трансплантацію, створити систему трансплант-координатор, ввести реєстр донорів та пацієнтів, дотримуватися принципів черговості згідно “листа очікувань”, декоммерціалізації органів та тканин, створити програму щодо реабілітації пацієнтів в післяопераційний період.

М.М. Гурін

## ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАЙМЕНУВАННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ, УТВОРЕНИХ ФОП, В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.О. Верлан-Кульшенко (викл.)

Вінницький національний медичний університет М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогоднішній день в Україні відбувається багато змін в законодавчій сфері охорони здоров'я, але порядок та правила встановлення найменування медичного закладу та визначення його юридичного статусу містять прогалини, які потребують врегулювання.

**Мета:** Вивчити проблемні питання найменування медичних закладів, утворених фізичними особами— підприємцями (далі ФОП).

**Матеріали:** Господарський кодекс України, Цивільний кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Наказ Міністерства юстиції України № 368/5 від 05.03.2012 та Наказ Міністерства юстиції України № 2804/5 від 31.12.2015

**Методи:** Порівняльний аналіз.

**Результати:** Відповідно до чинного законодавства України заклад охорони здоров'я - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Крім того, залежно від форми власності заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності. Отже, лікарня, амбулаторія, поліклінічна установа тощо є закладами охорони здоров'я. Винятком є приватно-практикуючі лікарі, зареєстровані як ФОП, які отримали ліцензію на провадження медичної практики, відкрили кабінети, найняли на роботу лікарів з вищою освітою та середній медичний персонал. Кабінети, відкриті ФОП, не є юридичними особами, тому не належать до закладів охорони здоров'я приватної форми власності.



**Висновок:** В Україні вимоги щодо написання найменування юридичної особи або її відокремленого підрозділу та ФОП затверджені наказами Міністерства юстиції України № 368/5 від 05.03.2012 та № 2804/5 від 31.12.2015 «Вимоги до написання найменування юридичної особи, її відокремленого підрозділу, громадського формування, що не має статусу юридичної особи, крім організації профспілки», в яких не врегульоване питання найменування медичних закладів, утворених ФОП. В зв'язку з цим виникає проблема належності цих утворень до закладів охорони здоров'я і поширення на них всіх нормативних вимог, визначених законодавством.

Гусак О.А., Вороновський Я.В.

## **ТРАНСГЕНДЕРНІСТЬ В УКРАЇНІ: ПРАВОВІ АСПЕКТИ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.П.Гель (к.ю.н., доц.)

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

**Актуальність:** Трансгендери – особи, гендерна ідентичність яких не збігається зі статтю, визначеною при народженні. Тривалий час таких осіб вважали психічнохворими та ізолювали від суспільства. Наразі в Україні зберігається проблема трансфобії, тому регулювання прав та інтересів трансгендерних осіб є актуальним і на сьогоднішній день.

**Мета:** розкрити правові можливості трансгендерних осіб в Україні щодо питань здійснення корекції статі.

**Матеріали та методи:** аналіз основних нормативних актів, що регламентують можливість отримання трансгендерними людьми доступу до необхідних медичних втручань в Україні.

**Результати:** Згідно п.33 Рекомендацій СМ/Рес (2010) Комітету Міністрів Ради Європи державам-членам "Про заходи з боротьби проти дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації", держави-члени повинні вживати належні заходи для забезпечення найвищого рівня здоров'я усім громадянам без дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності. У свій час питання корекції статі були визначені згідно наказу МОЗ України №60 03.02.2016р. «Про надання медичної допомоги особам, які потребують зміни статевої належності», який затверджував повний перелік показань, протипоказань, інструкцію щодо порядку проведення процедури зміни статі та порядок дії Комісії з питань зміни статевої належності. Однак, наразі регулювання відповідної процедури є недосконале, адже дане положення втратило чинність на підставі наказу МОЗ України № 1041 05.10.2016р. «Про встановлення показань для зміни статевої належності». Відповідний наказ визначає лише медико-біологічні та соціально-психологічні показання для проведення медичних втручань по корекції статі та затверджує форму первинної облікової документації № 066-3/о «Медичне свідоцтво про зміну статевої належності», на підставі якої надалі вирішуються питання зміни правового статусу осіб, яким була здійснена процедура корекції статі. Ст.51 Закону України, яка має назву «Про зміну статевої належності», лише зазначає, що змінити статеvu належність шляхом медичного втручання можна в закладах охорони здоров'я на прохання пацієнта відповідно до встановлених показань. Проте нормативний акт, який би чітко врегулював порядок встановлення показань та проведення медичних втручань з корекції статі, на сьогоднішній день відсутній. Наразі всі питання щодо особливостей надання медичної допомоги особам з розладами гендерної ідентичності лише фрагментарно регулюються відповідним клінічним протоколом, який затверджений наказом МОЗ №972 15.09.2016р. «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги особам з гендерною дисфорією».

**Висновки:** Отже, наразі процедура зміни статі недостатньо врегульована, що суттєво ускладнює можливості реалізації громадянами своїх прав на зміну статі. Для вирішення цієї проблеми необхідно удосконалити відповідні нормативно-правові акти, які регламентують юридичне визнання гендерної ідентичності та можливість отримання трансгендерними людьми доступу до необхідних медичних втручань.

І.В.Данильченко

## **ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ІНСТИТУТУ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.П.Гель (доцент, к.юр.н.)

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

**Актуальність:** Лікарська таємниця посідає чільне місце серед інших інститутів медичного права. Особливої актуальності питання щодо визначення поняття лікарської таємниці і його змісту та досконалості її правового регулювання у вітчизняному законодавстві набувають у контексті інтенсивної інформатизації вітчизняної системи охорони здоров'я і, зокрема, запровадження електронної системи охорони здоров'я.

**Мета:** охарактеризувати стан нормативно-правового регулювання інституту лікарської таємниці в законодавстві України та обґрунтувати необхідність подальшого його вдосконалення з метою усунення існуючих протиріч та прогалин в чинному законодавстві.

**Матеріали та методи:** Конституція України, Цивільний Кодекс України, Кримінальний Кодекс України, Закони України: «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про захист персональних даних», «Про інформацію», монографії С. Стеценка, І. Шатковської «Медичне право України (правове забезпечення лікарської таємниці)»(2010) та Л. Удалової «Лікарська таємниця в кримінальному процесі України»(2015), наукові статті А.Дворниченко (2014), Є. Брагіної (2014), Н.Короткої (2014), К. Москаленко (2016), О. Негодченко (2013), Д. Шибяєва (2015) та деяких інших вчених.

**Результати:** «Лікарська таємниця – це відомості, які не підлягають розголошенню про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина». Серед сучасних вчених-юристів все частіше звучить думка про необхідність більш досконалого визначення як самого поняття лікарської таємниці, так і його змісту, адже у відповідності зі ст. 40 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» її суб'єктами є не тільки лікарі, а й будь-які інші особи, як з числа медичного, так і немедичного персоналу, яким така інформація стала відома внаслідок виконання їх посадових або службових обов'язків. Доцільно зауважити, що вітчизняне законодавство оперує водночас декількома нормативними термінами для визначення права фізичної особи (пацієнта) на нерозголошення інформації про її стан здоров'я. Зокрема у ст.286 ЦКУ та ст.39-1 Основ законодавець вживає термін «право на таємницю про стан здоров'я», хоча аналіз змісту диспозицій цих норм свідчить, що таке право на таємницю включає не тільки відомості про стан здоров'я пацієнта, а й відомості про факт звернення за медичною допомогою, діагноз та відомості отримані внаслідок медичного обстеження. Не можна не погодитися з думкою більшості вчених, які пропонують змінити назву наведених норм на «Право на медичну таємницю», що буде більш точно відповідати їх змісту. Гарантією забезпечення цього важливого права пацієнта виступає закріплення у ст. 40 Основ обов'язок медичних та інших працівників щодо збереження вже «лікарської таємниці». Крім того, не можна не звернути увагу й на суттєву різницю в переліку відомостей на таємницю яких пацієнт має право і які закріплені відповідно у ст.39-1 Основ та переліку відомостей, які законодавець включив до диспозиції «лікарської таємниці» у ст.40 Основ. Зокрема у переліку відомостей, закріплених у ст.40 Основ відсутня згадка про факт звернення пацієнта за медичною допомогою, проте вже присутня інформація про інтимну та сімейну сторону життя пацієнта, що є суттєвим недоліком.

**Висновки.** Відсутність чіткого понятійно-категоріального апарату, абстрактність характеристики суб'єктів нерозголошення лікарської таємниці та розбіжності у переліку відомостей, закріплених у ст.39-1 та ст.40 Основ дозволяють дійти обґрунтованого висновку про те, що цей інститут досі не знайшов свого чіткого нормативного визначення і потребує подальшої трансформації та вдосконалення.

К.С. Дерев'янченко  
**СУЧАСНІ АНГЛОМОВНІ ЗАПОЗИЧЕННЯ В УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ**

Кафедра українознавства  
Я.С. Білик (к.філол.н., доц.)

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

**Актуальність:**Інтенсивне проникнення в останній час англійських запозичень в українську мову викликає дискусії серед лінгвістів. 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 американізмів.

**Мета:** виявити й дослідити 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, організатор, пейджер, таймер, сканер, тюнер, детектор, топ-модель, інвестор, дайджест, спонсор, спреї*. 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: *Шотланд-Ярд* (англійська реалія), *дівнейленд* (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, чизбургер*, виконуючи диференційовану функцію. Лексема *сендвіч* несе

узагальнене значення, тоді як інші слова синонімічного ряду конкретизують значення слова *сендвіч*: *гамбургер* (усередині біфштекс), *фішбургер* (риба), *чизбургер* (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.

С.С. Дерій, Ю.Р. Кузьменко

## ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПЛАНОВОЇ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ.

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р.Г. Жарлінська (к.екон.н., доц.)

ВНМУ ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними ВООЗ інфекційні захворювання є причиною смертності в 24,7% випадків, а серед дітей цей показник становить 63%. Завдяки заходам планової вакцинопрофілактики (ВП) дітей щороку вдається запобігти до 3 млн дитячих смертей від особливо небезпечних інфекцій. Однак, останнім часом для вітчизняної галузі охорони здоров'я характерне стрімке падіння рівня охоплення профілактичними щепленнями за кожною рекомендованою нозологією, що загрожує різким зростанням інфекційної захворюваності.

**Мета:** Провести системний аналіз законодавчої та нормативно-правової бази з питань регулювання ВП дитячого населення в Україні, з'ясувати причини падіння рівня ВП та запропонувати варіанти рішення даної проблеми.

**Матеріали та методи:** Сучасні нормативно-правові документи (НПД) та законодавчі акти України, що регламентують надання медичної допомоги, а саме ВП. Використано метод збору правової інформації, аналітичне угруповування та метод узагальнюючих показників.

**Результати:** ВП в Україні регламентується трьома законами, а саме: Законом України (ЗУ) «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р., ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 р., Наказом МОЗ України «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» від 16.09.2011 р. № 595, яким затверджується Національний календар профілактичних щеплень (НКПЩ).

Результати аналізу зазначених НПД вказують на наявність протиріч між окремими положеннями. Зокрема згідно зі ст.10 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» и ст.5 ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», вакцинація є обов'язковою в передбачених законодавством випадках. Однак,

ст. 43 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що особа має право не погоджуватися на будь-яке медичне втручання, включаючи діагностику, лікування та профілактику, що суперечить положенням попередніх статей. Також нерегульованим залишається і перелік інфекційних захворювань, які попереджаються за допомогою обов'язкових щеплень. Згідно зі ст.12 ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб», обов'язковими є щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця та туберкульозу, що сумарно становить 6 захворювань. У той же час НКПЩ до зазначених захворювань в обов'язковому порядку включає гемофільну інфекцію, краснуху, епідемічний паротит та гепатит В, що складає вже 10 інфекцій і протирічить нормам закону.

**Висновки:** Таким чином, виходячи з проведеного аналізу НПД з питань ВП в Україні, можна стверджувати, що причиною виникнення тенденції до зниження рівня проведення ВП є достатня кількість розбіжностей у вітчизняній системі правового забезпечення імунізації населення. На нашу думку, вирішення даної проблеми можливе через перегляд та урегулювання існуючих законодавчих актів щодо проведення профілактичних щеплень в Україні.

І. І. Добош

## ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧНІ ТА СИНТАКСИЧНІ АСПЕКТИ ЛАТИНСЬКОЇ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О. Ф. Гайдаєнко (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Термінологія в області пульмонології використовується в монографіях, підручниках, посібниках, дисертаційних роботах, наукових публікаціях з анатомії, гістології, топографічної анатомії та оперативної хірургії, патологічної анатомії. Терміни, номенклатурні найменування, різного виду кліше, словотворчі елементи латинського і грецького походження є основним засобом для утворення величезної,

постійно зростаючої кількості термінів, вони дають змогу оволодіти професійною мовою медицини і пульмонології зокрема.

**Мега роботи:** Виявлення та системний лексико-семантичний та морфолого-синтаксичний аналіз анатомічних, клінічних, фармацевтичних термінів, що використовуються в пульмонології.

**Матеріали дослідження:** Terminologia Anatomica, латинсько-українсько-російський словник медичної термінології М. Ф. Кніпович.

**Методи дослідження:** Аналіз джерел наукової літератури, описовий, морфологічний аналіз, систематизація отриманих знань.

**Результати:** Для передачі анатомічних понять виділяють 2 типи синтаксичних конструкцій: іменник + прикметник (узгоджене означення) та іменник + іменник (неузгоджене означення). Багатозначні терміни є результатом комбінації цих типів. В 2 випадках зустрічається такий тип синтаксичного зв'язку, як прикладка. Для передачі клінічних понять користуються здебільшого однослівними термінами які зберегли основне значення або утворені шляхом сполучення словотворчих елементів: коренів, суфіксів, префіксів, грецьких та латинських терміноелементів. Окремо виділено та проаналізовано такі хвороби як туберкульоз та астму. Щодо першої знайдено та описано 5 її видів та 9 клінічних проявів. Щодо другої – 6 видів та основний клінічний симптом. Для позначення фармакологічних препаратів у номенклатурі використовують тривіальні назви. Всі вони – іменники II відміни з або без характерного закінчення -um. Виконаний семантичний аналіз назв препаратів, наприклад, ефедрин – вилучений з Ephedra equisetina — ефедра хвощова. Ephedra — назва цього роду зустрічається в стародавніх авторів. Походить, можливо, від грецького ері — на, hedra — сідниця, сидіння (тому що здається, що рослина сидить на скелі).

**Висновки:** Розвиток пульмонології як медичної галузі продовжується, а з ним продовжується процес розвитку наукової термінології і подальшого її вдосконалення на базі латинської лексики. В анатомічній, клінічній та фармацевтичній термінології вживається багато слів, запозичених з давньогрецької мови або утворених за допомогою грецьких словотворчих компонентів. Інформація, яка є в назвах термінів, являє собою початковий об'єм інформації про них.

П.М. Душенюк

## ЧАСТОТНІСТЬ ВЖИВАННЯ НАЗВ МЕДИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ В ПРОФЕСІЙНОМУ ДИСКУРСІ

Кафедра суспільних наук

О.М.Лисенко (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** значення української мови та походження медичної термінології неодноразово поставали предметом дослідження, але окремого вивчення потребують значення термінів медичного інструментарію та порівняння їх з термінами латинського походження. Розвиток, удосконалення, інновації медичних інструментів дали змогу лікарям до вдосконалення та піднесення медичної науки. Це сприяло необхідності більш глибокого пошуку значень загальноживаних термінів в медицині.

**Мета:** лінгвістичне дослідження структури медичних термінів, історії формування назв хірургічних, терапевтичних та гінекологічних інструментів, їх графічне порівняння та походження відносно декількох століть.

**Матеріали і методи:** аналіз наукових публікацій за період 2012-2016 р., репозитарію бібліотеки ВНМУ, методичні лінгвістичні посібники і словники.

**Результати:** в процесі роботи нами було проаналізовано 294 термінів різного професійного спрямування та походження, тому ми можемо диференціювати їх у декілька семантичних груп. До першої групи частотності вживання медичних термінів віднесемо антропонімійні епоніми. Відносно цієї класифікації вживання різних термінів обумовлюється їх походженням, а головне винахідником. Наприклад, голкотримач Гегара — класичний прямий голкотримач для кращої фіксації голки при хірургічних втручаннях. Носить назву свого винахідника-родоначальника топографічної анатомії. До другої групи відноситься вживання латинською мовою (мертвою). До цієї групи слів відноситься основна частина назв медичного обладнання. Наприклад, вазофіксатор (лат. Vas,vasinсудина +лат. figo,fixum, прикріпляти ,фіксувати)це хірургічний затискач для перетискання крупних судин легені при пневмонії; шпатель (лат. spatulaae f). До третьої групи частотності вживання термінів медичного спрямування відноситься їх власне вживання рідною мовою, у нашому випадку українською. Незважаючи на те, що більшість медичних термінів походить від латинської, проте на теренах України переважає частотність вживання саме рідною мовою. Наприклад, скальпель — це загальний різальний хірургічний інструмент, що використовують для гострого роз'єднання невеликих ділянок тканин під час виконання оперативного втручання.

**Висновок:** здійснивши оглядове дослідження, ми з'ясували, що частотність вживання медичних термінів в різних куточках світу досить неоднозначний і не залежить від його походження чи функцій. Проте, слід

вказати, що саме рідна мова є основним джерелом використання медичної термінології.

С.В.Дяченко

## ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА В КОНТЕКСТІ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ – РЕТРОСПЕКТИВА ТА СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

О.О. Верлан-Кульшенко (викл.)

Л.П.Солейко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Враховуючи прагнення кожного українця до цінностей Європейського союзу є необхідною гармонізація українських стандартів до міжнародних та європейських. Медицина також не залишається осторонь цих прогресивних процесів. Незважаючи на значний прогрес у сфері медицині, навіть сьогодні ніхто не може гарантувати успішність лікування, оскільки кінцевий результат будь-якого медичного втручання залежить від безлічі чинників: від об'єктивних обставин, професіоналізму лікаря та і від самого пацієнта. Тому на часі стоїть потреба у належному юридичному вирішенні питань, пов'язаних з відповідальністю медичних працівників за діяння, вчинені ними під час виконання своїх професійних обов'язків.

**Мета:** Висвітлення поняття «лікарська помилка» на прикладах минулого та сучасного. Обґрунтування важливості попередження лікарських помилок та невід'ємність опису таких випадків, які в подальшому допоможуть у розв'язанні даної проблеми.

**Матеріали та методи:** Кримінальний кодекс України, Закон України "Про судову експертизу" від 25 лютого 1994 р., Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 р. № 752, від 25 лютого 1994 р.

**Результати:** Отримані результати дуже яскраво говорять про те, що лікарські помилки не є рідкісним явищем, а навіть більше, мають місце у житті нашого суспільства ледь не щоденно.

**Висновки:** У підсумку хочеться наголосити, що лікарська помилка не завжди полягає у неналежному наданні медичної допомоги, а й інколи базується на нерозумінні сторін. Кожен студент, лікар-інтерн і лікар повинні усвідомити проблему лікарської помилки, щоб у своїй практичній діяльності не допускати цього, а також усвідомлювати те, що за такі помилки передбачається відповідальність.

В.В. Дячишин, Я.В. Джадан

## ЗГОДА НА ВИБІР ЛІКАРЯ ТА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СИСТЕМИ E- HEALTH: ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.О. Верлан-Кульшенко (викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** E-Health – новітня електронна система, яка спрямована на переведення паперової медичної документації в електронну. Разом з тим, даний процес супроводжує ряд питань, особливо в сфері забезпечення особистих немайнових прав людини.

**Мета:** Дослідити особливості прав лікарів та пацієнтів при переході на електронну систему документообігу, визначити проблематику реалізації прав неповнолітнього пацієнта як учасника системи e-Health.

**Матеріали та методи:** Закон України про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів, Закон України "Про електронний підпис", "Основи законодавства України про охорону здоров'я" стаття 43 «Право на медичне втручання», Наказ МОЗ України №110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», Наказ МОЗ України №29 «Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення».

**Результати:** Відповідно до законопроектів №6327 та №6604, з 1 серпня 2018 року оплата послуг лікарів буде здійснюватися згідно з кількістю декларацій, зареєстрованих у системі. Пацієнт підписує декларацію про вибір лікаря первинної медичної допомоги з сімейним лікарем або терапевтом, або педіатром. Дана декларація завіряється електронним підписом пацієнта та лікаря згідно зі статтею 8 Закону України «Про електронний цифровий підпис». Ст.284 Цивільного кодексу України зазначає, що фізична особа, яка досягла чотирнадцяти років і звернулася за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря та методів лікування відповідно до його рекомендацій. Однією з проблем залишається реєстрація згоди неповнолітнього пацієнта на медичне втручання та на вибір лікаря. Актуальними є питання збереження особистої медичної інформації неповнолітнього пацієнта та наявність права батьків на контроль якості наданої медичної послуги. Крім того, комп'ютеризація медичних установ, а особливо сільських, недостатньо розвинена. Тому в даному

напрямку існує ряд проблем у впровадженні системи e-Health, серед яких: відсутність Інтернету, комп'ютерів та комп'ютерної грамотності, що мають бути вирішені в подальшому.

**Висновки:** У майбутньому e-Health дасть можливість кожному легко оперувати медичною інформацією. Не буде потреби в паперових медичних картах і друкованих довідках, дані з системи зможуть дозволити прогнозувати поширення захворювань та запобігати їм. Надалі система e-Health пошириться не тільки на лікарів первинної ланки, але до залучення у систему будуть підлягати також і вторинна, і третинна ланки. Сьогодні система e-Health лише набуває свого поширення й має вивести українську медицину на новий рівень, за умови дотримання правових стандартів та створення відповідної правової бази.

Ю.О.Журавська

### ГОТОВНІСТЬ УКРАЇНИ ДО ТРАНСГЕНДЕРІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.Ф. Зверховська (к.ю.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У зв'язку з модернізацією населення та впровадженням європейських цінностей в Україні постає проблема збільшення кількості людей, які будуть бажати змінити свою стать. Але чи готовий українській народ прийняти у своє суспільство таких особистостей та ставитися з повагою до їх рішення.

**Мета:** Дослідження основних проблем правового регулювання трансгендерства та пошук шляхів їх вирішення.

**Матеріали та методи:** Вивчення наукової медичної та юридичної літератури, статей у наукових журналах.

**Результати:** Гендерна ідентичність – це глибоке усвідомлення тією чи іншою особою внутрішніх та індивідуальних особливостей гендерної приналежності, що може як збігатися, так і не збігатися зі статтю за народженням, включаючи індивідуальне відчуття свого тіла та інші прояви гендера такі, як одяг, мова й манера поведінки. Тоді ж як, трансгендер – загальний термін для позначення людей, чия гендерна ідентичність не відповідає тій статі, яка їм визначена при народженні. Європейський суд з прав людини застосовував Європейську конвенцію про захист прав людини та основних свобод в ряді важливих рішень, заявивши, що держави повинні надавати трансгендерам можливість пройти хірургічну операцію для повної зміни статі гендеру і що така хірургічна операція повинна покриватися системою страхування, як «необхідне за медичними показаннями» лікування. Беручи до уваги, що Україна має перейти на страховий рівень медицини, можна сказати, що виконання таких операцій призведе до того, що українське суспільство, не будучи морально готовим до прийняття таких людей у своє оточення, буде здатне до дискримінації та обмеження прав трансгендерів. Ще однією проблемою є те, що згідно з українським законодавством, для корекції статі та зміни документів трансгендерів зобов'язують пройти обов'язкову стерилізацію. Ця норма закріплена у наказі МОЗ №60. Частково положення даного наказу незаконні, не відповідають вимогам чинного законодавства і прямо суперечать один одному, що дозволяє їх довільне трактування, що призвело до незаконних вимог примусової стерилізації та порушення права людини на репродуктивне відтворення.

**Висновок:** Підсумовуючи вищесказане, можна виокремити ряд особливостей міжнародно-правових стандартів з питань гендерної ідентичності. Вони виражаються насамперед стосовно трансгендерів, які, по-перше, мають право на зміну статі та імені в офіційних документах як після проведеної щодо них хірургічної корекції статі, так і без хірургічного втручання. По-друге, ці особи не повинні бути обмеженими у праві на вступ у шлюб ні до, ні після зміни статі (заборона дискримінації у сімейних правовідносинах). По-третє, не допускається їх дискримінація у соціальній сфері. По-четверте, трансгендерство не забороняє в подальшому мати нащадків і правове законодавство України не має права примусово проводити стерилізацію, бо це прямопропорційно суперечить правам людини.

В. В. Журбенко

### УКРАЇНЬСКА ДЕРЖАВА ПАВЛА СКОРОПАДСЬКОГО (1918): ПОЛІТИКО-ІСТОРИЧНІ РЕФЛЕКСІЇ

Кафедра філософії та суспільних наук

В. М. Мельник (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Столітній ювілей Української Держави гетьмана П. Скоропадського викликає багато рефлексій та актуальних аналогій. Сучасний стан українського державотворення набуває зовсім інших рис, якщо аналітик оперує поняттєво-категоріальним апаратом Української революції 1917-1921 рр.

**Мета.** Охарактеризувати Українську Державу П. Скоропадського як тимчасову перемогу національно-консервативних сил.

**Матеріали та методи.** Рефлексивний метод (за К. Гірцом), політико-антропологічний підхід (в

традиціоналістичній версії В. Мельника), порівняльно-історичний метод (внутрішня модель, в ідеологічній інтерпретації консерватора В. Липинського).

**Результати.** Перш ніж говорити про методи здійснення політичної влади в Українській Державі Скоропадського, важливо пам'ятати про умови її зародження. Політичний кінець УНР був продиктований вже духом Берестейських домовленостей. Коли німецька окупаційна адміністрація зрозуміла, що УНР не може централізувати регіональні структури, вона пішла на закономірний крок. 29 квітня 1918 року, шляхом державного перевороту, за німецько-австрійської підтримки, до влади прийшов колишній ад'ютант Миколи II, генерал П. П. Скоропадський. Титул «гетьман всієї України» виконував роль втілення історичної неперервності та національної ідеї. Досі тривають дискусії з приводу політико-юридичної структури Української Держави. Очевидно, що для політики гетьманату була характерною одночасна наявність як російської, так і української компонент. Український компонент був визначений назвою, атрибутикою, окремими аспектами зовнішньої і внутрішньої політики, особливо сфери культури і освіти (достатньо пригадати масове відкриття українських шкіл, гімназій, університетів). Всупереч гальмуванню створення українського війська з боку німецького окупаційного командування, П. Скоропадський видає наказ військовому міністру О. Рогозі вжити заходів для поновлення козачого стану. Військово-станова організація з сильними історичними традиціями мала стати класовою опорою гетьманату (В. Липинський називав формування «вільного козацтва» головним позитивним наслідком Української Держави 1918 р.). Н. Полонська-Василенко вказує на іншу важливу складову українського компоненту: «Гетьман сподівався втягти в орбіту Української державності інші козацькі землі – Кубань, Донеччину і т.д.». Не УНР, а саме П. Скоропадському вдалося закріпити в реальності проголошені Четвертим Універсалом УЦР положення про державну самостійність України.

Соціально-економічні та політичні засади нової моделі держави вимагали оновлення кадрів, в першу чергу, вищих ешелонів влади. І саме в цьому контексті найбільш яскраво проявилась «російська компонента» державності 1918 р. Хоча більшість міністрів Гетьманату мали українське походження, не всі серед них усвідомлювали себе українськими самостійниками. Досить навести приклад міністра віросповідань В. Зеньківського. Стверджуючи, що на 7/8 був українцем, він по «вихованню і почуттях цілком належав Росії». Формування централізованої владної вертикалі на місцях зумовило створення інституту губернських старост. Однак, брак кадрів, а також пошук подальшої підтримки поміщиків, завдяки яким П. Скоропадський став гетьманом, змусили вербувати для нової влади людей старої, дореволюційної формації. Гетьманську реставрацію забезпечили інтелектуальні, кадрові ресурси імперської генерації, які були російськими або зрусифікованими. Всі вони мріяли про відродження Російської імперії. В. Кучабський назвав це найбільшим протиріччям, що лежало в основі гетьманату як державного ладу. Ще 12 травня 1918 р. газета «NeueLembergZeitung» писала: «Владу перейняв генерал Скоропадський і склав уряд з кадетів. Закон же знесення великої земельної власності відкладено і через це зміцнено впливи польських і російських землевласників. Українська мова, найважливіша підвалина незалежної від Росії українсько-національної державності сходять на другий план. Конгрес багатих хліборобів вів наради по-російськи. Побудовано тисячі мостів, які ведуть до Росії. Великоросійським тенденціям готується ґрунт».

**Висновки.** Незаперечною рисою Української Держави 1918 р. було існування двох соціально-політичних паралельних реальностей. З одного боку, Гетьманат активно займався реалізацією самостійницьких положень, які було задекларовано в Тимчасовому Основному Законі. Урядові декларації та службова переписка не дають сумніватися в самостійництві гетьмана. Разом із тим, нестача кадрів та особливості соціально-економічних відносин на більшій частині української території, штовхали Скоропадського до співпраці із проросійськими політиками та громадськими діячами. Загравання з націоналістичними та федералістичними течіями, хоча і були проявом державницького підходу гетьмана (він активно вів діалог з усіма політичними силами, представленими на українському політичному полі), але зумовили подальшу втрату політичної довіри обох партій.

V. O. Zapara

### ENGLISH WORDS IN THE UKRAINIAN LANGUAGE

Chair of Foreign Languages with a course of Latin Language and Medical Terminology

A. S. Marlova (Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

**Actuality:** The main reason why the problem of modern English-borrowed words in the Ukrainian language is actual is that the Ukrainian society and language are tendentious to “Americanisms” and “Briticisms” that appear as a big quantity permeation of English and American-origin words to the mother tongue.

**Goal:** To investigate the reasons of English-origin borrowed words to the language in the aspect of their assimilation.

**Materials and methods:** Interpretative and encyclopedic dictionaries, scientific literature and live language of Ukrainians were used for the investigation. To reach the settled goal the following methods were applied: descriptive, comparable and component analysis.

**Results:** While studying the English-origin borrowed words we investigate the main reasons of their appearance in the modern Ukrainian language. First of all, it is an absence of the appropriate concept in the language-recipient. Besides English-origin words are firmly fixed up in the vocabulary of the modern person: classifier, notebook and its varieties

(audiobook, organizer, pager, timer, scanner, tuner, detector, top-model, investor, sponsor, spray).

Second, Britishisms are mostly taken by users as alien elements and keep the signs of their origin: phonetic (jam, image), constructive (smoking, marketing), semantic (haws – politicians who support aggressive line in different countries). Some Britishisms mean national realities: Scotland-yard (English reality), Disneyland (American reality), and also things and facts on sport, techno, economy, politics.

Britishism – idiom or winged statement – in the speakers' consciousness is linked with English origin, no matter of the constructive method: Ukrainian “скелет у шафі (буфеті)” (family secret) – English “skeleton in the cupboard”; English “To be or not to be” – Ukrainian “бути чи не бути”. A lot of earlier unknown cosmetics became a reason of borrowing words from English: make-up, concealer, lifting-cream. Also in the Ukrainian language the following Britishisms are actively used: hamburger, fishburger, and cheeseburger – they have a differentiating function. Lexical item “sandwich” has a general sense, while other words-synonyms concrete the meaning of the word “sandwich”: hamburger (with beefsteak inside), fishburger (with fish), cheeseburger (with cheese). The terminology of computers formed on the base of the English language, is easily enriched by new English-origin terms. Words like “site, browser, banner” and others are used by people who work with computers.

**Conclusions:** Borrowing the already existing nomination with the borrowed concept is much easier and more effective. But only after a while we can see how this borrowing will change Ukrainian language: enrich it or vice versa.

В. Л. Зарудня, І. В. Болгарська

### ІНТЕЛЕКТУАЛЬНА ВЛАСНІСТЬ В МЕДИЦИНІ

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 роботи:** Інтелектуальна власність у всьому світі стала об'єктом посиленого захисту. Вона охороняється низкою міжнародних нормативних актів, зокрема Паризькою конвенцією про охорону промислової власності, Мадридською угодою про припинення неправдивих або таких, що вводять в оману, вказівок походження товарів, Договору про патентне право (PLT), Договору про патентну кооперацію (РСТ) та ін. Праця робітників сфери медицини та біотехнологій у багатьох випадках має ознаки творчої діяльності, що ґрунтується на здобутті ними освіти та інтелектуально-творчих здібностях. Саме тому така діяльність має відповідним чином оцінюватися суспільством, а відповідний результат – захищатися від неправомірних дій.

**Мета роботи:** з'ясувати проблеми правового регулювання інтелектуальної власності медицини в Україні, проаналізувати світовий досвід правової охорони інтелектуальної власності.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано нормативно-правові акти, що регулюють охорону прав на інтелектуальну власність в Україні та світі в медичній діяльності. Під час дослідження було використано порівняльно-правовий, соціологічний та ґносеологічний методи.

**Результати:** Право інтелектуальної власності регулює суспільні відносини з приводу створення, використання та охорони результатів інтелектуальної, творчої діяльності. Охорона лікарських засобів можлива через різні інститути права інтелектуальної власності: як об'єкт авторського права, як об'єкт патентних прав та торговельна марка - оригінальна назва лікарського засобу. 1) Лікарські засоби охороняються за допомогою авторського права як форма вираження творчого результату, а не його хімічного складу. Тобто, якщо склад лікарської речовини описаний, наприклад, у науковій статті, то охороняється не самий лікарський засіб, а стаття від її незаконного тиражування чи іншого відтворення. 2) Охорона лікарських засобів як об'єктів патентного надає можливість власнику патенту монопольне право на виробництво запатентованого продукту. 3) Оригінальна назва лікарського засобу також може отримати правову охорону як знак для товарів і послуг (торговельна марка).

**Висновки:** Таким чином, проаналізувавши чинне законодавство України про правове регулювання інтелектуальної власності в медицині, можна стверджувати, що необхідно створити єдиний надійний та ефективний правовий механізм охорони та захисту. Проте, розглянувши чинне законодавство Європейський країн та України, міжнародні стандарти в сфері інтелектуальної власності, прийшли до висновку, що дана проблема набуває своєї актуальності, так як єдиний механізм захисту інтелектуальної власності в Україні поки остаточно не створено. Отже, необхідним є імплементація міжнародних норм в сфері інтелектуальної власності у вітчизняне законодавство.

В.В. Злагода

### ВИКРАДЕННЯ ЛЮДЕЙ З МЕТОЮ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.Ф. Зверховська (к.ю.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Одним із злочинів, що поширилися останнім часом у світі та на території України, є викрадення людей з подальшою незаконною трансплантацією анатомічних матеріалів людини. Під анатомічними



матеріалами людини слід розуміти органи, тканини, анатомічні утворення, клітини людини.

До недавнього часу говорити про широкомасштабний захист життя, здоров'я, честі та гідності громадян, їх свободи не приходилося. Проте ситуація яка виникла в Україні в 2014-2017 роках та триває і надалі викликає занепокоєння серед працівників правоохоронних органів, прокуратури, суду та представників влади.

**Мета:** Дослідження основних проблем виявлення та розслідування злочинів, пов'язаних з викраденням людей з метою трансплантації органів.

**Матеріали та методи:** Вивчення наукової медичної та юридичної літератури, статей у наукових журналах.

**Результати:** Особливе занепокоєння викликає той факт, що в Україні спостерігається тенденція до значної латентності, посилення жорстокості та цинізму під час вчинення викрадення людей з метою незаконної трансплантації анатомічних матеріалів, яке досить часто супроводжується заподіянням тяжкої шкоди здоров'ю або вбивством потерпілих.

Відповідно до медичних вимог найкращий вік для донорства 40-55 років (при трансплантації серця до 35 років), проте для «чорної трансплантації» вік значення не має.

Особливістю вчинення злочинів у сфері трансплантації органів або тканин людини є участь, як правило, не менше трьох сторін донора, реципієнта та особи (осіб), що здійснює трансплантацію або вилучення органів чи тканин людини. Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини вчиняються медичними працівниками – лікарями, які всупереч закону виконують операції за відсутністю ліцензій на здійснення такої медичної практики.

Для вилучення у людини органів чи тканин шляхом примушування, обману або викраденням людини характерним є вчинення їх організованими злочинними групами, до складу яких можуть входити медичні працівники (лікарі швидкої медичної допомоги, анестезіологи-реаніматологи, хірурги, операційні сестри, судово-медичні експерти та ін.), а також особи, які не входять до числа медичних працівників, та належать до кримінальних структур, що спеціалізуються на вчиненні таких злочинів.

**Висновок:** Таким чином, збирання, аналіз інформації, виявлення та розслідування злочинів у сфері викрадення людини для трансплантації органів та тканин, є складним процесом. Труднощі зумовлені насамперед браком необхідного досвіду в оперативно-розшуковій та слідчій діяльності, а також суттєвих знань специфіки медичної та фармацевтичної діяльності, неналежно налагодженою взаємодією між фахівцями в галузі трансплантології МОЗ України та працівниками правоохоронних органів України.

М. А. Зубікова

### БІОЛОГІЧНЕ У ПСИХОЛОГІЇ АРИСТОТЕЛЯ

Кафедра філософії та суспільних наук

В.М. Мельник (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Душа людини, співвідношення між її ідеальними та матеріальними проявами – головне питання психології. Розмірковуючи над ним, психологи досі посилаються на праці Арістотеля – основоположника психології і біології.

**Мета:** охарактеризувати психологічне вчення Арістотеля як ідеалістичну концепцію.

**Матеріали та методи:** монографії (Чанишев, 1983; Столярська, 2011; Мельник, 2015; Роменець, 2005-2017), трактат Арістотеля «Про душу» (пер. В. Снегірєва).

**Результати.** Арістотель першим серед давньогрецьких філософів назвав пріоритетним вченням біологію, а не астрономію. Арістотель вважав матерію як структурно-функціональну одиницю, вічною, пасивною, інертною. Відповідно, він цікавився змістом матерії, що, на його погляд, реалізовувався у понятті «форма». З теологічної точки зору форму всьому надає Божественна воля.

Душа для Арістотеля – форма («ентелехія»), яка відображає живе тіло (організм). На відміну від своїх попередників, Арістотель підкреслював, що неживе тіло не має душі. Душа, як ідеальна форма є протилежністю матерії. Вона складається з органів. Головним органом душі, на думку Арістотеля, було серце, що, за допомогою кровообігу «транслявало» душевні імпульси до інших частин тіла. Мозок охолоджував кров, будучи органом «здорової реакції». Філософ класифікував 3 типи душі «за ступенями життя»: рослинну (ключові слова: харчуватися, рости і розмножуватись), тваринну (крім попередніх якостей також «бажання» і «чуттєвість»), розумову (людську, якій на додачу до якостей рослинного і тваринного типів притаманне «мислення як відтворення інформації»). Мислення, за Арістотелем, є «вічною логікою», що здатна існувати поза тілом. Вважаючи душу ідеальною формою, у третій книзі свого трактату філософ виділив 5 «чуттєвостей»: дотик, слух, зір, смак, запах. Він вважав, що ці чуттєвості (відчуття) підпорядковані не тілесній складовій людини, а душевній (ідеальній), але не можуть реалізовувати власні функції без «людської матерії».

**Висновок:** За Арістотелем, душу потрібно розглядати як нематеріальну форму, що, однак, не може існувати без матерії. При цьому, душа як форма, є вищою від тілесності. Їхній взаємозв'язок, на думку Арістотеля, демонструє нерозривність природи. І психологія, і біологія Арістотеля вивчають закономірності існування живих організмів, але психологія розглядає зміст життя людини (форму), а біологія – прояви її життя (матерію).

С.А.Іванова

## КРИТИКА РЕЛІГІЇ У ПРАЦЯХ Л.ФЕЙЄРБАХА

Кафедра філософії та суспільних наук

Вергелес К.М. (к.філос.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Релігія постає як тотожний із сутністю людини погляд на сутність світу, саме тому в основу філософії Л. Фейєрбах вклав антропологічний принцип. Закони релігії є певними уявленнями, а суттєву різницю складає лише зміст цих уявлень, що можуть бути навіть не релігійними, що є протилежним істинному сенсу релігії. Релігія має необхідне походження, обґрунтоване її природою. Чим більше ми вивчаємо природу, тим більше ми знайомимося з її перебігом, тим швидше ми приходимо до думки про самостійність природи та тим більше ми дізнаємося природні основи, що приводять нас у здивування, тому все зводиться до одних і тих же цілей, законів і форм, де у своїй основі є захоплення надприродною могутністю, добротою і мудрістю, що є також не чим іншим, як захопленням самим предметом, який тільки з зовні, тільки суб'єктивно, в душі поєднується з релігійним вираженням, яке можна відчувати незалежно від цього уявлення. Мистецтво є мистецтвом тільки в тому випадку, коли воно є ціллю для себе, коли воно абсолютно вільне, надано самому собі та не знає більш високих законів, ніж своїх власних - законів правди та краси.

**Мета:** Вивчення та дослідження основних ідей та діяльності Л.Фейєрбаха.

**Матеріали та методи:** Фейєрбах Л. Історія філософії, в 3-х томах, Москва 1974.

**Результати:** Релігія - це форма людського духу, а саме народного духу. Тому різні релігії мають спільну основу, і, які б різні вони не були за змістом мають загальні закони. Якими б не були різні східна і західна філософія, їх логічні, метафізичні закони та форми розуму, загальні ідеї, все ж таки одні й ті ж. Ці твердження можуть занадто суперечити з історією. На відміну від буття людини очевидно існування природи, але не буття Бога, тобто істоти відмінного від природи і людини. Переважно це істота швидше базується лише на одному висновку, а саме на тому, що природа не може існувати самостійно, а саме цим вона підлягає сумніву наші ідеї, розуміння та судження.

**Висновки:** Л.Фейєрбах зробив спробу перевести усі ідеї своїх попередників у русло людського самовизначення та самоутвердження, поклавши в основу своєї філософії антропологічний принцип. Таким чином, Л. Фейєрбах через посередництво людини зводить все надприродне до природи та через посередництво природи все надлюдське зводить до людини.

А.В.Ільчук О.О. Білик М.С.Судома

## МЕДИЧНА РЕФОРМА 2018:РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини і права

В.Ф. Зверховська (к.ю.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** 19 жовтня 2017 року парламент прийняв законопроект про медичну реформу. Реформа вже давно назріла, оскільки в декларовану безкоштовність медицини не вірять 87% громадян, а 82% розуміють, що ця платна медицина – ще й неякісна. На це вказує дослідження, що було ініційоване Центром економічної стратегії за підтримки Посольства Чехії в Україні. Опитування проведене GfK Ukraine в липні-вересні 2017 року.

**Мета:** вивчити особливості впровадження медичної реформи в Україні, виявити переваги та можливі недоліки даного законопроекту, проаналізувати ставлення студентів та викладачів ВНМУ до реформ в сфері охорони здоров'я.

**Матеріали та методи:** законопроекти, які забезпечують проведення медичної реформи в Україні:Проект Закону №6327 “Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів”;Проект Закону №6328 “Про додаткові державних фінансових гарантій надання медичних послуг і лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет і територіальну цілісність під час антитерористичної операції і забезпечують її проведення”;Проект Закону №6329 “Про внесення змін до Бюджетного кодексу України”;Проект Закону №6347 Про внесення зміни до статті 2 Закону України “Про державні закупівлі”

**Результати:** Вищезгадані законопроекти вводять такі поняття як державний гарантований пакет, державне солідарне медичне страхування, постачальники медичних послуг, страховий випадок, страховик, медичні тарифи. Дана медична реформа змінює правила та умови, на основі яких держава фінансує надання медичних послуг. Після прийняття реформи, держава фінансуватиме медичні заклади та нараховуватиме зарплату лікарям беручи за основу не кількість населення, яке проживає або зареєстроване на даній території і, можливо, звертається за медичною допомогою, а відштовхуючись від факту надання медичної допомоги або послуги. Перехід на нові правила оплати відбуватиметься поступово. Безкоштовним для пацієнта будуть вісім видів медичних послуг, які увійдуть до “гарантованого пакету”, а саме послуги:екстреної медичної допомоги;первинної медичної допомоги;вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; паліативної медичної допомоги (допомога смертельно хворим та їх

родичам); медичної реабілітації; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами. Капітаційний тариф (єдиний тариф у розрахунку на одного громадянина) на первинну медичну допомогу в поточному році складатиме 370 грн на рік за працездатну особу 18-65 років, для осіб віком до 18 та після 65 років – 740 грн на обслуговування у сімейного лікаря. Тариф покриває консультації, основні аналізи, направлення до інших спеціалістів. Тарифи на спеціалізовану медичну допомогу (вторинний і третинний рівень) уряд має розраховувати до 2020-го року, з урахуванням напрацювань пілотного проекту з Національною Академією медичних наук України (НАМНУ).

**Висновок:** Медична реформа має на меті побудувати систему, при якій тягар витрат людей на охорону здоров'я буде з часом знижуватися, покращити сервіс, підвищити якість надання медпослуг. Це можливо за умови конкуренції між постачальниками медичних послуг.

M. Ishchuck

## THE INTEGRATION EXPERIENCE OF GREAT BRITAIN: HISTORY AND CURRENT REALITIES

The Chair of International Relations and Foreign Policy

I. Lebid

PhD (History), Senior Lecturer, International Relations and Foreign Policy Department,  
Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsya, Ukraine

L. Lozynska

PhD (Pedagogy), Associate Professor, Foreign Languages Department,  
Vinnytsya Pirogov Memorial National Medical University, Vinnytsya, Ukraine

**Actuality:** Great Britain is one of the most developed countries not only in Europe, but also all around the world. To date, however, it is on the process of the substantial transformations in social, political and economic spheres. The Brexit phenomenon became an unprecedented case of withdrawing the state-member from the EU. Therefore, many questions linking with further EU functioning and cooperation with Britain were generated. The United Kingdom is considered to be one of the founders of the USE concept, although it didn't serve on the organization at once. Addressing the retrospective of joining Great Britain the EU and the term of its membership one can see some troubles and willingness to finite integration in EU's structures. Partly, it can be accounted for British desire to retain leadership not only on the regional, but also on the global level. The emergence of Brexit was induced by aggravating of social and economic problems inside the Union, the lack of an unified vision of subsequent perspectives in the EU integrating, absorbing of organization's interests and commitment to collaboration under particular conditions. 2019 is supposed to be crucial for ultimate establishment of the new relation's foundation and principles between Britain and the EU. The loss of the full-fledged member status by Great Britain in Union will entail a range of economic and political consequences that will have significant impact on the European and international environment. The relevance of this theme is conditioned by possible changes in geopolitical space. The exit from the free market and political shift by Britain can lead as to losing of the EU's principal positions like the most mighty economic association as to strengthening disintegration processes among the other members within the organization. Nevertheless, it is impossible to trace the reasons of such event thoroughly without recourse to origins of history. Thereby, the research is based on comparison and mapping of event and process development in relations between Britain and the EU in specific historical periods.

### Goals:

- to detect the contribution of the UK to the European Coal and Steel Community formation;
- to ensure prerequisites and reasons of Great Britain's acceding to the EU;
- to review priorities of the UK policy within the EEC institutional structures;
- to define the main reasons of euroscepticism in Great Britain and effects for the UK and the EU that can be provoked by Brexit;
- to justify the most probable scenarios and further models of cooperation between Great Britain and the EU.

**Materials and methods:** A comprehensive nature of the study is provided by the principle of subjectivity. It helps to analyze levels of cooperation between Britain and the EU founded on the emergence of their foreign policy and environmental conditions in a certain period of time. The holistic analysis of the theme caused by a systematic approach. It makes possible to understand formation of relations between Great Britain and the EU as interconnected system and determine their priorities. The indicator method is exploited for identification of the UK and the EU collaboration level due to regarding of Great Britain government's appeals and statements. During carrying out the research we used scientific political articles, analytical materials, historical journals, Parliaments official websites and mass-media publications.

**Results:** Thus, analyzing the study, it should be noted that Brexit is an expected event caused by the UK isolationist policy toward the EU. It will be possible to examine implications and challenges raised by Brexit depending on choosing certain partnership strategy by two international actors after formal acknowledgment of Britain exit from the EU. In general, disintegration of the UK set a negative precedent for future EU's performance and preserving the unity among members of the organization.

К.А.Кізлик, М. О. Швая

### **Філософія як невід’ємна складова сучасної медицини**

Кефедра філософії та суспільних наук

К. М. Вергелес(к.ф.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Філософія у всі часи була невід’ємною складовою медицини. Лікарі завжди при постановці діагнозу використовували філософське мислення. Зрозуміло, що лише лікарська практика без мислення не можуть дати бажаного результату. У наш час більшість фахівців продовжують роботу відомих лікарів-філософів і досягають великого успіху. Питання науково-технічного прогресу чи розумного лікування завжди було і залишається невизначеним, тому про нього не можна забувати, а потрібно шукати відповідь та приймати рішення. Для кожного це рішення буде особливим та індивідуальним.

**Мета:** Дослідити, що вивчає медична філософія, її предмет та ціль. Дослідити роботи відомих лікарів-філософів, таких як Авіценна, М.М.Амосов, Гіппократ, Лука Ясенецький, їхні найвизначніші праці та думки. Висвітлити тему народної медицини та медицини Сходу. Дати відповідь на запитання ролі філософії у сучасній медицині та що є важливіше «лікування душі чи лікування тіла»?

**Матеріали та методи:** Для дослідження була використана наукова література та праці визначних лікарів-філософів, таких як Авіценна, Гіппократ, М.М.Амосов, Лука Ясенецький.

**Результати:** Встановлено, що філософія посідає значне місце у сучасній медицині. У наш час лікування неможливе без філософського мислення, адже саме воно допомагає лікарю правильно і безпомилково поставити точний діагноз. Досліджено, що розумове лікування набагато ефективніше, ніж звичайна терапія пігулками. Лікувати потрібно душу, а потім тіло. І саме у цьому допомагає філософія, відрізнити правильне від помилкового, знайти реальну причину хвороби, а не лише її зовнішні прояви.

**Висновок:** Отже медицина без філософії неможлива. Лікар повинен, вміло підбираючи слова, старатись переконати хворого, що він обов’язково одужає, якщо буде в це вірити. Навіть однією розмовою лікар повинен вміти лікувати пацієнта, адже як говорив В.М. Бехтерев : «Якщо хворому після розмови з лікарем не стало краще, то це не лікар». І саме вибрати правильний підхід до хворого, знайти причину його хвороби лікареві допомагає Філософія це основа всіх сучасних наук.

О. Я. Клімчук

### **ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ КАРТ ПАЦІЄНТА. УКРАЇНСЬКИЙ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.О. Верлан-Кульшенко (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сьогодні інформаційні технології в медицині є запорукою виникнення важливих передумов, що забезпечують її якість на усіх етапах надання медичної допомоги, наразі у всьому світі різносторонньо розкривається питання необхідності проведення оптимізації графіка роботи лікаря, зокрема заповнення медичної документації та історій хвороб пацієнтів, шляхом інформатизації лікувально-діагностичного процесу та впровадження медичних інформаційних систем (МІС).

**Мета:** Проаналізувати історію та впровадження МІС у сферу охорони здоров’я в провідних країнах світу, дослідити проблеми створення єдиного медико-інформаційного простору в Україні.

**Матеріали:** програми впровадження ІС в США, Німеччині, Англії, Японії, програма Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров’я — 2020», проєкт Світового Банку «Поліпшення охорони здоров’я на службі людей».

**Методи:** Соціологічний, системно-структурний та статистичний методи, порівняльний аналіз.

**Результати:** З 90-х років ХХ ст. завдяки широкому впровадженню персональних комп’ютерів, систем управління базами даних (СУБД), архітектури клієнт-сервер та глобальних комунікаційних технологій, таких як бездротові локальні мережі та мережа Інтернет – інформатизація в медицині поступово наближалася до конструкції сучасних інтегрованих інформаційних систем (ІС). Сучасні ІС в США, Німеччині, Англії, Японії та інших розвинених країнах (наприклад система STRIDE Стенфордського центра клінічної інформатики) – великі (в масштабах цілих регіонів), гетерогенні (об’єднують в собі цілий ряд інших підсистем, апаратних платформ та модулів), орієнтовані на сучасні медичні стандарти та є доволі складними по своїй бізнес-логіці. Європейські організації та комісії по ІКТ забезпечують дію в цих країнах уніфікованої інформаційної картки хворого (EHR), разом з національними програми вони запровадили єдину програму Європейського союзу – eHealth, до якої приєдналася і Україна.

**Висновки:** Хаотична інформатизація українських лікувальних закладів, відсутність загальноприйнятих стандартів, вимог та уніфікованих форм не дають можливості забезпечити системності та узгодженості процесів впровадження МІС у сферу охорони здоров’я. Однак введення системи МІС вирішить багато актуальних проблем інформатизації медицини в Україні, забезпечить прозорість та доступність медичної інформації як для пацієнта, так і для лікаря, й в подальшому вимагатиме змін нормативно-правового

T.L.Kovalchuk, Ya.V.Kharchenko  
**THE INFLUENCE OF EXTERNAL FACTORS ON HEALTHY SLEEP**

Department of Normal Physiology  
T.P. Rysinets (assistant, candidate of medical sciences)  
Department of Foreign Languages with the Course of Latin Language and Medical Terminology  
A.L. Yatsenko (senior lecturer)  
Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnitsia, Ukraine

**Urgency of the research:** A person spends one third of his life sleeping. Good quality sleep defines the general level of health and quality of life, but sleep disturbances expectedly lead to their significant decrease. From 8 to 15% of world adult population complain of poor or insufficient sleep, 9 to 11% of adults use sedative hypnotics, and this percentage is considerably increased among elderly people.

**Aim:** to study the changes in human's healthy sleep pattern caused by the effects of environmental factors.

**Materials and methods:** Statistical method and American research data were used.

**Results:** The state of a person during sleep is characterized primarily by sharp decrease in sensitivity of sensory systems leading to impaired response of the body to external stimuli. But the sleeping person may be awakened under the influence of not very powerful but important stimuli for him. These changes as well as some others occurring in the body during sleep depend on its depth. The influence of environmental factors on healthy sleep in different age groups was studied according to four criteria: emotional and intellectual overload, violation of day regimen and lack of physical activity, communication in social networks, bad habits.

The most common reason for sleep disorders among children aged 1 to 5 years is emotional overload. A child has difficulties in falling asleep if he/she is overexcited or tired. In addition, a child is not expected to have a good sleep, if he/she has a sore throat, colic or cramps. The most common cause of disturbed sleep in the baby's first year of life is rickets and nerve disorders.

Teenagers of 12-14 years are more likely to suffer from sleep disorders than younger children or adults. The causes of disturbed sleep are the following: 17 - 20% - excessive intellectual and psychological overload and stress, 20% - violation of day regimen and lack of physical activity, 10-13% - harmful habits, 50% - communication in social networks followed by going to bed late and not being able to fall asleep after emotional communication.

A student's sleep depends more on violation of day regimen and communication in social networks (50-55%) than on emotional and intellectual overload (33-35%) and bad habits (10-17%). In addition, insomnia and sleepy paralysis were found to have the greatest impact on students' progress in studies.

From 50 to 55% of elderly people suffer from sleep disorders due to psychological overload and bad habits, 40 - 45% - lack of physical activity.

More than 54 different diseases of the nervous system, the psychic and internal diseases are associated with sleep disorders.

**Conclusions:** Sleep depends on such biological factors as age, brain maturation and sleep pattern formation in childhood, as well as aging of the body and the brain in adulthood, affecting the structure of sleep. Sleep is also a reflection of general psychophysiological organization of a person.

В.О. Ковач

**ПРОБЛЕМА ВВЕДЕННЯ ПЛАТНИХ ПОСЛУГ В АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.О. Верлан-Кульшенко (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Останнім часом набирає популярності бажання пацієнта вибрати лікуючого лікаря. Особливо це актуально у випадку ведення вагітності та пологів. Висока кваліфікованість та індивідуальні якості спонукають жінок до індивідуального вибору лікаря з подальшою оплатою наданої послуги. На даний час, не існує регламентації оплати послуг в акушерсько-гінекологічній практиці, що часто стає причиною «тіньової» оплати праці. Крім того, найголовніша проблема полягає у відповідальності, яку у випадку надзвичайної ситуації несе не лікар, який приймав пологи, а черговий медперсонал. Формуючи правову базу, необхідно чітко в документах, які регламентуватимуть роботу лікаря, прописати максимальний його робочий час, можливість виходу не у свою зміну, за яких умов він може це робити та визначити відповідальність за отримання винагороди готівкою.

**Мета.** Обґрунтувати необхідність регламентації умов платної послуги «Ведення пологів та/ або вагітності» з можливістю встановлення максимально вигідних, як фінансово, так і юридично, умов для обох сторін угоди.

**Матеріали та методи.** Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», розрахункові формули для визначення вартості медичної послуги, Постанова Кабінету Міністрів

України “Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров’я та вищих медичних закладах освіти” № 1138 від 17 вересня 1996 року із змінами, внесеними Постановою Кабінету Міністрів України від 12 травня 1997 року за № 449, Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров’я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах.

**Висновки.** Отже, формування нормативно-правової бази введення платних послуг в акушерсько-гінекологічній практиці дозволить:

Визначити правовий статус лікаря, якого обирає пацієнтка для надання платної послуги.

Позбавити відповідальності за «чужу роботу» черговий медперсонал.

Надасти інформаційно-роз’яснювальну характеристику сумі коштів, встановленій за послугу.

Нівелювати «тіньовий» характер оплати послуги.

Регламентувати пакет документів, необхідних для впровадження платних послуг в акушерсько-гінекологічній практиці.

Закласти підґрунтя для впровадження системи страхової медицини у випадку ведення вагітності та пологів.

M.M. Kozak, A.D. Papayan

## MEDICAL EXAMINATIONS IN CRIMINAL INVESTIGATIONS

Department of Ukrainian and Foreign Languages

O.V. Voloshyna ( Phd)

Vinnitsia National Agrarian University

t.Vinnitsia, Ukraine

**Relevance of the topic:** Every year, medicine and science are developing to new levels and new discoveries are emerging that extend our capabilities not only in medicine but also in other fields. Today, there are various types of medical examinations that help the police to disclose and prevent the commission of crimes. Due to the fact that in the past there were no such medical devices as there are now numerous crimes have not been disclosed. Now we can easily take a fingerprint, do dancers of expertise, identify a person in the state of alcohol intoxication or under the influence of drugs during the commission of a crime, specifically to know the time of the murder, to identify the unknown substance that is evidence and much more. It is precisely because of this that they condemn the offender who is guilty of committing a crime, since dunk is a direct proof and the level of crime is decreasing.

**The purpose:** Tell about the main medical examinations used to detect crimes.

**Research methods:** A method of generalization and analysis were applied.

**The main information:** To clarify the role of medical examinations in detecting crimes.

### **Collecting evidences**

A crime is solved by sewing the pieces of evidences together. There are evidences everywhere at the crime scene. If you just pay attention and investigate thoroughly, you will be able to find some evidences that will help you with your investigation.

#### – Food as evidence

Food can serve as an important evidence that can help us figure out the cause of death. We can analyze whether the food contains toxin or not to figure out if the food was used to sedate or poison the deceased. The food will be taken to the toxicology station in the lab to be analyzed.

#### – A notepad as an evidence

#### – Hair (or other things that can serve as DNA) as evidence

DNA Analysis can be done to analyze the DNA left at the crime scene. It can later be compared with the suspects’ DNAs. Not only hair, but also things such as saliva, skin cell, and bodily fluid can be used for DNA analysis.

#### – Corpse as evidence

The corpse of the deceased is certainly a crucial evidence. It can be used to figure out the cause of death and the manner of death by doing a medical examination. Specifically, pathologists will carry out autopsies. By doing an autopsy, the time of death can be estimated. The body temperature at the scene tells the recency of the death. We must look for swelling, contusions (bruises), lacerations (cuts), and bone fractures. A puncture wound shows that the victim was possibly injected with a drug or a chemical that led him/her to death. A bite mark serves as a wonderful evidence that can possibly lead to the identification of the culprit. It can be used to compare with the impression of the suspects, and the saliva on the bite mark can also be used to compare the DNA with the suspects.

#### – People as evidences

### **Testing the evidences**

After you collect all the evidences you want, you will go to the lab, or the morgue for the corpse, to find useful clues from the evidences.

#### – Fingerprint Station

#### – Toxicology Station

#### – DNA Station

The DNA station processes evidences with DNA. They are things such as hair, blood, saliva, and sweat. CODIS is used here also.

#### – Light Table

### – Comparison Microscope

The comparison microscope is used when comparing two objects. It can be used when comparing teeth impressions or fingerprints.

**Conclusion:** We have identified all kinds of medical examinations that are used in criminal investigations.

Коляда О.В.

### **РОЛЬ МОВИ В ЖИТТІ ЛЮДИНИ**

Кафедра українознавства

Л.І. Дмитрук (доцент, кандидат філологічних наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Мова є найбільшим, найціннішим надбанням як людського суспільства в цілому, так і кожної людини зокрема. За допомогою мови люди спілкуються між собою, виражають свої думки, почуття, зберігають їх і передають нащадкам. Роль мови в житті людини - важлива проблема мовознавства.

**Мета :** Розкрити роль української мови в житті людини.

**Матеріали та методи:** Матеріалом слугує українська мова, яка досліджується евристичним методом.

Мова - це найкращий засіб взаємних зносин окремих осіб між собою, засіб їх духовного об'єднання і взаємного впливу, адже без мови нема народності, рідна мова найкраще відбиває в собі думки й почуття окремої людини, суспільності всього народу. В мові, її історії, розвитку й виробленні відбилися перші ознаки проявів самостійного духовного життя в майбутньому окремого народу. Найголовніші індивідуальні ознаки народу - це його мова, література, мистецтво, пісні, усна творчість.

Кожен із нас може володіти кількома мовами, залежно від своїх здібностей, нахилів і прагнень, але найкраще, найдосконаліше ми маємо володіти, звичайно ж, рідною мовою. І це не тільки й тому, що рідна мова, – це невід'ємна частка Батьківщини, голос народу й чарівний інструмент, на звуки якого відгукуються найтонші, найніжніші струни людської душі. Багато відомих людей відзначали велич і красу української мови. В. Сухомлинський так характеризує українську мову: "Надзвичайна мова наша є таємницею. В ній всі тони і відтінки, всі переходи звуків від твердих до найніжніших... Дивуєшся дорожчості мови нашої: в ній що не звук, то подарунок, все крупно, зернисто, як самі перла".

Плекали, пестили, допомагали жити їй усі ці складні часи, коли мова наша була на межі зникнення, охоронці слова – українські письменники-патріоти.

Шевченкова мова – зразок найпильнішої уваги творця до народного слова. Саме тому Кобзар став основоположником нової української мови, предтечею її сучасного розвитку. На струнах своєї поетичної кобзи він відтворив чудовий мелос української мови, пісенний її лад, багатство образних засобів. Мова для Шевченка – це найвищий дар людини й народу, талісман їхньої долі, таланту, безсмертя.

**Результати :** Мова – скарбничка культури. Вона зберігає культурні цінності – у лексиці, у граматиці, в ідіоматиці, у прислів'ях, приказках, у фольклорі, у художній і науковій літературі, у формах письмового й усного мовлення. Мова – передавач, носій культури, вона передає скарби національної культури, що зберігається в ній, з покоління в покоління. Опановуючи рідну мову, діти засвоюють разом з цим і узагальнений культурний досвід попередніх поколінь.

**Висновок:** Роль мови у житті суспільства звичайно недооцінюється – це не вважається найвищим благом, яке у нас є. Нашому поколінню випало складне, але почесне завдання – відродження української мови, держави, нації. І виконати його – наш громадянський обов'язок.

К.О. Конєва

### **ПОХОДЖЕННЯ НАЗВ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ПСИХІАТРИЧНІЙ ТА НАРКОЛОГІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ**

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

М.Т. Денека (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця

**Актуальність:** проблема залежності від психоактивних речовин (ПАР) (наркоманія, токсикоманія, алкоголізм, нікотинова залежність) прогресивно зростає в у світі, в Україні зокрема. На протипагу цьому сучасна медицина здатна застосовувати ПАР в методах лікування та діагностики. ПАР мають найрізноманітніший хімічний склад, фізичний та психологічний ефект, методи та джерела добування. В даній роботі розглядається етимологія назв даних речовин, в яких закладається інформація про їх властивості.

**Мета:** розглянути походження назв психоактивних речовин, з'ясувати їх семантику та походження.

**Матеріали та методи:** аналіз науково-дослідницьких публікацій, опрацювання навчально-методичної літератури, статистична обробка даних.

**Результати:** специфічні властивості різних речовин впливати на психічний та фізичний стан людини були помічені ще з давніх-давен. Їх називають психоактивними. Перша частина цього слова «психо-» походить з

греки -де ψυχή значить «дух», «душа», «свідомість», «характер». Друга частина «-активний» має латинське походження - від activus «діючий», далі з actus «дія», що з agere «приводити в рух, гнати» (що в свою чергу походить від праїндоеврейського ag- «гнати, рухати»). Тому відповідно за визначенням ВООЗ речовини, що впливають на нервову систему і змінюють психіку, називаються психоактивними.

Психоактивні ж речовини, що заборонені законодавством, вважаються наркотиками. Даний термін походить від давньогрецького νάρκωτικός - «паралізуючий, що викликає оніміння», від νάρκη «заціпеніння, оніміння, параліч». У ряді європейських мов слово запозичується через середньовічної латинське narcoticum. Українське «наркотик» - з початку ХХ століття – з французького narcotique.

За характером дії ПАР поділяються на психостимулятори, нейролептики, депресанти та галюциногени. Відповідно до походження їх назв можна зробити попередній висновок про їх дію:

- «психостимулятор» - від грецьк. ψυχή - «душа» та від лат. stimulo, stimulum - «порушувати», «спонукати», що від stimulus - «палиця, якою поганяли буйволів та тварин», далі з праїндоевр. sti- «палиця» - речовини, що вибірково стимулюють психічну діяльність, тимчасово підвищуючи працездатність, зменшуючи відчуття втоми і сонливість, покращуючи настрої.
- «нейролептик» - від грецьк. neuron – «жила», «нерв» та lepsos – «напад», «хватування» - речовини, які надають пригнічуючий вплив на функції центральної нервової системи і здатні усувати або послаблювати деякі симптоми психозів
- «депресант» - від лат. depressio – «пригнічення», що від pressum – «стискання» - речовини, що пригнічують діяльність нервової системи.
- «галюциноген» - від лат. hallucinatio — «маячня», «омана» - речовини, що призводять до спотвореного сенсорного сприйняття – галюцинацій

**Висновки:** медична термінологія має невід’ємну інтернаціональну складову, що містить в собі терміни латинського та грецького походження . Зокрема це стосується й назв психоактивних речовин в психіатричній та наркологічній номенклатурі. Відповідно до значення «корінного» слова або слів можна зробити висновок щодо хімічного складу, специфічного ефекту на організм людини та джерела отримання ПАР.

В.Ю. Коноваленко, М.-Ю.І. Петришина

## **ПРОБЛЕМА ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.П. Гель (доц., к.ю.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» містить норму, яка зазначає: дітям, яким не зробили профілактичного щеплення, відвідувати заклади дошкільної освіти не дозволяється. Таке положення порушує принцип рівності громадян, їх права у відповідності до ст. 24 Конституції України.

**Мета дослідження:** Проаналізувати стан правового регулювання обов’язковості вакцинації в Україні та запропонувати можливі шляхи розв’язання наявних проблем.

**Матеріали та методи:** Проаналізовані правові норми, що регулюють цю сферу: Декларація прав дитини, Конвенція про права дитини, Конституція України, Цивільний кодекс України, Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», інші законодавчі й підзаконні акти, накази МОЗ. Під час проведення дослідження користувалися методом правового аналізу, порівняльно-прогностичним та аналітичним.

**Результати:** У нашій країні існує календар профілактичних щеплень, затверджений наказом МОЗ України від 3.02.2006 р. № 48. Перелічені у вищезгаданому календарі щеплення мають назву «профілактичні» і жодного посилання на їх обов’язковість в Наказі немає. В ч.1 ст.12 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» перераховані види щеплень, що внесені до календаря щеплень, і зазначено, що вони є обов’язковими. Згідно ч.2 ст.15 вищевказаного Закону дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, відвідування дитячих закладів не дозволяється. Наголошується також, що лікар не має права проводити щеплення впримусовому порядку. Про необхідність отримати згоду пацієнта для застосування методів профілактики йдеться також у ст.43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я». Норми наведеного вище Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» суперечать ст.53 Конституції України, в якій закріплено право на доступність дошкільної, повної загальної середньої, професійно-технічної, вищої освіти. Законодавство України слід привести у відповідність до Конституції України та до ст.2 Конвенції про права дитини, згідно з якою держави-учасниці поважають і забезпечують усі права, передбачені цією Конвенцією, за кожною дитиною, яка перебуває в межах їх юрисдикції, без будь-якої дискримінації незалежно від політичних або інших переконань, стану здоров’я, її батьків чи законних опікунів або яких-небудь інших обставин.

**Висновки:** Отже, державою створені умови, в яких вакцинація є псевдодобровільною, а право її застосування переведено в категорію обов’язків фізичної особи. При відмові від обов’язкових щеплень фізична особа зазнає ряд обмежень щодо подальшого здійснення своїх цивільних та конституційних прав. Для врегулювання цього питання необхідно змінити обов’язковий характер щеплень на добровільний та, відповідно, виключити норми, що встановлюють будь-які обмеження та дискредитують осіб, які їх не здійснили, а задля забезпечення епідеміологічного благополуччя населення України, необхідно проводити активну просвітницьку роботу.



І.І.Кос  
**ПРОБЛЕМИ СМЕРТІ ТА БЕЗСМЕРТЯ В РЕЛІГІЯХ РІЗНИХ НАРОДІВ.**

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

**Актуальність:** Людська особистість є внутрішньою духовною концентрацією людини, де своєрідно схрещуються та проявляються її природні та соціальні характеристики. Функціонування особистості передбачає певну орієнтацію у цінностях людського буття, серйозне ставлення до питання про смерть, безсмертя та сенс життя. Конечність надає людському існуванню сенсу, оскільки робить людське життя визначеним, завершеним.

**Мета:** порівняти та проаналізувати ставлення до кончини життя у різних народах світу. Розглянути їхнє бачення про смерть та безсмертя.

**Матеріали та методи:** розглянула наукову літературу «Філософія», вчення Л. Фейербаха. Сформувала висновки з питань буття, смерті та безсмертя у трактуванні різних народів.

**Результати:** ознайомившись з історією релігії народів, встановлено, що життя і смерть - вічні теми духовної культури людства в усіх її підрозділах. Аналізуючи різні прояви ідеї безсмертя, бачимо, що в різних народах зазвичай постає спільне питання про ідею здобуття безсмертя, яка рано чи пізно стає в центрі уваги людини, особливо якщо вона досягнула зрілого віку.

**Висновок:** Смерть і потенційне безсмертя - найдужча принада для філософського розуму, бо всі наші життєві справи повинні, так чи інакше, порівнюватися з вічним. Смерть лякає людину, здається всемогутньою, але важливо зрозуміти: межі життя надають йому певного змістовного наповнення. В історії людства та різних народах відомі різні варіанти тлумачення питання про долю людської душі та про те, що з нею відбувається після смерті. Атеїзм, матеріалізм та натуралізм, як правило, не визнають ні душі, ні можливості її існування поза конкретним тілом. Різного роду релігії, навпаки, наполягають на безсмертя душі та неминучість її певної відплати за наміри та вчинки після припинення фізичного існування певної людини. Нарешті, існують і концепції перевтілення душі, згідно з якими вона є безсмертною, але реально може діяти лише у з'єднанні із тілом, тому після смерті останнього відроджується в іншому тілі, несучи із собою всю інформацію про попереднє життя і спокутуючи їх провини. Підсумовуючи вище сказане, зрозуміло що людина незалежно від її релігії, знає про існування смерті, але водночас в ній живе прагнення безсмертя, яке постає реальним моментом і чинником людського життя.

В.В. Косякова  
**МОВНЕ ОФОРМЛЕННЯ БЛОГІВ: ЖАНРОВО-СТИЛІСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ**

Кафедра українознавства  
Я.С. Білик (к.філол.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Явище блогінгу досить нове, молоде, а типологія блогосфери знаходиться на етапі формування. Тому ця тема є на сьогодні актуальною. До речі, одні вчені відносять блоги до засобів масової комунікації, інші вважають цей вид мережевого спілкування засобом масової інформації, хоча є блоги, які чітко співвідносяться з жанром.

**Мета:** описати мовні особливості блогів і довести, що блог-записи становлять окремий жанр інтернет-комунікації. Об'єктом дослідження є блог як вид персональної комунікації у мережі інтернет.

**Матеріали та методи:** джерелами фактичного матеріалу послужили інтернет-блоги, он-лайн-щоденники. Для розкриття поставленої мети використовувались *методи:* описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Блог, як інтернет-журнал, чи он-лайн щоденник, досить складне явище з точки зору його матеріалів, що обумовлено цифровими мультимедіа. Мова блогу характеризується вживанням розмовної лексики, фразеології, переважно короткими, простими синтаксичними конструкціями, експресивним інтонуванням фрази. Свого роду – це сукупність великої кількості не пов'язаних між собою сфер спілкування, що функціонують автономно, а тому мова функціонально й стилістично неоднорідна, вирізняється великою кількістю жанрів. Запозичення у блогах нерідко використовуються в англійському написанні, транслітеруються українською абеткою. На рівні стилістичної організації тексту для мови блогів властиве розширення функцій епістолярного жанру, а також трансформація традиційних форм розмовного стилю. Організація тексту в мові інтернет-комунікації нерідко має нелінійний характер, що забезпечується використанням гіпертексту (текст для перегляду в Інтернеті, який містить зв'язки з іншими документами («гіперзв'язки» чи «гіперпосилання»); реципієнт має змогу перейти до пов'язаних документів безпосередньо з вихідного (первинного) тексту, активувавши посилання).

**Висновки:** Проаналізувавши текстове наповнення блогів, можна стверджувати, що мова ведення блогу, звільняється від суворості орфографії, граматичної та стилістичної правильності. Блогери часто не визнають правил при написанні, що вимагаються від них («Див його», «ОК». «Yo!»). Блог для них – інтимний щоденник, який не обмежує їх. Особливості мови у блогах зумовлені його жанровою специфікою: технічний аспект, асинхронна діалогічність, інтертекстуальність, візуальність, публічність та автентичність. Більшість блог-платформ надають користувачам повну свободу висловлювання. Певного регламентування зазнають блоги медійних ресурсів, організацій, зокрема у жанрі посту, жанр коментарів залишається неформалізованим у будь-яких блогах. Саме тому тексти блогів демонструють природність та наближеність до розмовної сучасної мови, персоналізований стиль. Багато дослідників схильні називати мову блогів усно-писемною, що особливо проявляється у текстах коментарів, оскільки тексти постів здебільшого нагадують літературно-публіцистичні жанри й відповідають нормам літературної мови.

А.В. Кохан

### МІЖМОВНА ОМОНІМІЯ: ПРОБЛЕМИ ПЕРЕКЛАДУ

Кафедра українознавства

Я.С. Білик (к.філол.н., доц.)

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

**Актуальність:** Явище міжмовної омонімії досі недостатньо опрацьовані в сучасній лінгвістиці, що й зумовлює актуальність дослідження. Ця тема є досить важливою, дійсно значущою, адже стосується не лише спеціалістів у даній області, але й простих людей – у повсякденному житті часто зустрічаються ситуації, коли переклад деяких слів може загнати у глухий кут. Тому перекладознавці завжди на сторожі, завжди в очікуванні – яке ж слово набуде нового значення, з якої мови буде нове запозичення, з якими новими лінгвістичними проблемами доведеться зіткнутися наступному поколінню перекладачів.

**Мета:** Виявлення закономірностей перекладу міжмовних омонімів на семантичному рівні.

**Матеріали та методи:** Для дослідження дібрано з двомовних перекладних та тлумачних словників української, російської та англійської мов. Для розкриття поставленої мети використовувались **методи:** описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Останні роки спостерігається тенденція до транскрибування слів, а не їх перекладу – на білбордах міста красуються написи «Девелопмент і інвестиції», «Допомога з клірингом, лізингом, іншуренсом», «Безкоштовний хостінг». Проблема полягає в тому, що деякі перекладачі, помилково вважаючи, що слово мовою перекладу має таке ж значення, що і слово мовою оригіналу. Нажаль, переклад може призвести і до фатальних наслідків, напр., «*cystic fibrosis*» (англ.) зовсім не кістозний фіброз, як подумали усі фанати Доктора Хауса, а муковісцидоз; «*a platelet contains no definite nucleus*» (англ.) не перекладається як «у тромбоциті немає визначеного ядра», адже в тромбоцитах взагалі немає ядер!

Міжмовні омоніми – це слова, словосполучення або інші мовленнєві одиниці, що однаково (дуже близько, подібно) звучать у двох мовах (які контактують), проте мають різні значення, подекуди – різні стилістичні характеристики. Джерелом неправильного слововживання може бути нерозрізнення слів російської та української мов, що звучать однаково (чи схоже), але мають різні значення (так званих міжмовних омонімів).

Перекладачі повинні бути обізнані з повними і частковими омонімами, з омоформами та омографами. Тоді вони будуть позбавлені таких казусів перекладу, коли рядок з вірша В.Сосюри «На розі дзвенів трамвай» М.Светлов переклав «По розам звенел трамвай» або *artist* (англ.) - художник, а не артист; *cartoon* (англ.) - мультфільм, а не картон; *replica* (англ.) - точна копія, а не репліка, *magazine* (англ.) – журнал, а не магазин.

Омоніми в художній літературі, в усному мовленні використовуються як засіб образної передачі думки або для створення каламбурів, словесної гри, напр.: Через досвід й сумління брак йде з фабрики суцільний брак, та бракеру твердості бракує, і тому він браку не бракує (Є.Бандуренко).

**Висновки:** Отже, основна вимога перекладу – це повнота і точність, жодна з думок автора не має бути викривленою чи пропущеною. Оскільки переклади здійснюються у багатьох сферах життя суспільства, то міжмовні омоніми – проблема міжнародного спілкування через переклад.

Б. І. Кохан  
**ПРАВОВІ АСПЕКТИ РЕІМБУРСАЦІ В УКРАЇНІ**

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:** Реімбурсація — механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлю лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України. Метою реімбурсації є забезпечення доступності лікарських препаратів та фармацевтичної допомоги в цілому, суб'єктом якої є уповноважені органи, що здійснюють компенсаційні виплати з певних джерел фінансування, об'єктом реімбурсації є певні категорії захворювань та хворих, які потребують лікування

**Мета:** проаналізувати нормативно-правову базу законодавства України щодо реімбурсації та правових і фінансових аспектів її реалізації у нашій країні

**Матеріали та методи:** Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; постанови Кабінету Міністрів України, накази МОЗ України, програма «Доступні ліки».

**Результати:** Правовідносини в даній сфері регулюються наступними нормативно-правовими актами: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»; Постанови КМУ №152(від 17.03.2017 р.), №1080(від 27.12.2017 р.); Накази МОЗ України №111(від 22.01.2017 р.), №3(від 26.12.2017 р.), №177(від 05.02.2018 р.). Згідно із цими законами громадяни мають право на безоплатне отримання ліків або невелику доплату за них у аптеках за рецептами, отриманими від лікуючого лікаря. Фінансово і організаційно реімбурсація в Україні забезпечується згідно програми «Доступні ліки», у якій вказано які ліки, в якій кількості і для лікування яких хвороб пацієнти отримують за рецептами безоплатно, а аптеки зобов'язані надати дані ліки людям. Сьогодні програма «Доступні ліки» охоплює три види нозологій, на які видаються ліки: серцево-судинні захворювання, діабет другого типу, та бронхіальна астма.

**Висновки:** число пацієнтів, які прийшли до лікаря та отримали рецепт на «Доступні ліки», в середньому в регіонах коливається від 100 до 300 тисяч. На даний час зареєстровано 192 препарати, з яких лише 32 препарати пацієнти можуть отримати повністю безкоштовно, що свідчить про недостатню правову регуляцію реімбурсації та недостатнє її фінансування. Отже, необхідно оптимізувати правову регуляцію реімбурсації, та збільшити її матеріальне забезпечення, а також розширювати перелік тих препаратів, які люди можуть отримувати згідно із цією програмою. Беручи до уваги матеріальний стан українців, і недосконалий стан медицини, реімбурсація значно полегшує стан хворих на хронічні захворювання в Україні, оскільки більшість хворих не мають коштів на повне лікування. Тому реімбурсація досить перспективна в Україні і потребує подальшого правового удосконалення.

К.О. Кошова  
**СЛЕНГОВА ЛЕКСИКА В МОЛОДІЖНОМУ МОВЛЕННІ**

Кафедра українознавства

Л. М. Писаренко (ст. викладач)

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

**Актуальність:** У наші дні молодіжний сленг широко використовується не лише в побуті, а й в художній літературі, в телевізійних передачах, в багатьох друкованих виданнях. Сленг вийшов за межі соціального і професійного середовищ, які об'єднували, як правило, неосвічену молодь, що елементарно не знала норм літературної мови. Студентська молодь, молоді фахівці добре володіють літературною мовою, але часто залюбки свідомо використовують сленг як протест у вічному конфлікті «батьки-діти», як незадоволення дійсністю, що сприяє появі сленгових неологізмів та їхньому активному поширенню.

**Мета:** Вивчити й описати молодіжний сленг як одну з підсистем сучасної української мови; виявити найбільш уживані лексеми молодіжного сленгу; з'ясувати, чи є молодіжний сленг продуктом і показником розвитку сучасного українського суспільства.

**Матеріали та методи:** Відомий американський мовознавець Флекснер зазначає, що часто люди свідомо обирають саме сленгізм, оскільки він здатний передати думку швидше і простіше, ніж загальноживане слово. За словами того лексиколога, життя зі сленгом стає нібито оригінальним та індивідуальним.

У літературі сленгізми як засіб стилізації використовували І. Франко, Г. Хоткевич. І. Микитенко, О. Корнійчук та інші. На сучасному етапі це Ю. Андрухович, О. Забужко. Любка Дереш та інші.

Комплекс методів дослідження: теоретичні методи (аналіз, синтез, систематизація досліджуваних елементів); практичні методи (анкетування, обробка результатів, укладання словника за результатами опитування).

**Результати:** 3 метою з'ясування ролі сленгу у студентському середовищі було проведено опитування, яке

показало, що з сімдесяти респондентів часто вживають жаргонні слова 30%, інколи - 60%, ніколи - 10%. Вживання жаргонних слів спричиняють такі фактори: вплив і оточення друзів - 42,5%, звичка - 60%, прагнення не відрізнятись - 75%, недостатній словниковий запас - 20%, бажання бути сучасним - 57,5% опитуваних.

**Висновки:** Сленг - це різновид сучасної молодіжної культури, це своєрідна форма самовираження і свободи, це протест проти узвичаєних норм, а також бажання самоствердитися. Сленг не є цілісною і постійною системою, він змінюється і характеризує мову кожного покоління.

Також було виділено такі основні джерела молодіжного сленгу, як комп'ютерна термінологія, іноземна, зокрема англійська, мова, професійні терміни, зв'язок людини з природою тощо.

К.О. Кошова

## ВПРОВАДЖЕННЯ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ МАРКЕТИНГОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А. Марчук (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У час глобального розвитку технічного прогресу необхідно впроваджувати у клінічну практику маркетингові технології. За умов жорсткої соціально-економічної кризи, фінансової нестабільності зростає конкуренція серед медичних працівників, а отже збільшується попит на вивчення маркетингу та його реалізації у медичній сфері.

**Мета:** Дослідити маркетингові принципи управління медичною організацією та отримати необхідну інформацію про медичні послуги, які хочуть отримувати пацієнти. Дізнатись, як за допомогою вивчення медичного маркетингу можна домогтись більших обсягів і якості пропонованих послуг у сфері охорони здоров'я, отримувати більш високі доходи, на відміну від конкурентів та прогнозувати ситуацію на ринку медичних послуг.

**Матеріали та методи:** Для вирішення завдань дослідження було використано теоретичні методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних наукової та методичної літератури.

**Результати:** Найважливішими складовими аналізу ринку медичних послуг, є маркетингові дослідження, що представляють собою систематичний збір, реєстрацію та аналіз даних у сфері медичних послуг і товарів. Маркетинг – комплексний процес планування, економічного обґрунтування та керування виробництвом медичних та фармацевтичних послуг і продуктів, цінової політики у сфері лікувально-профілактичного процесу, просування послуг та продуктів до споживачів, а також керування їх реалізацією. У маркетингу групуються в єдиний технологічний процес практично всі елементи медичної і фармацевтичної діяльності. Результатом цього процесу є надання споживачам благ, що задовольняють їхні потреби в медичній і фармацевтичній допомозі.

Ефективний маркетинг потребує побудови різнопланових партнерських відносин між пацієнтом і лікарем. Наприклад, запровадження електронного документообігу стало логічною еволюцією ведення документів у сучасних реаліях. Ідеальним було б створення централізованого загальнодержавного реєстру з контролю за наданням медичної допомоги. Загалом, 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 великого обсягу інформації для прийняття низки рішень, таких як установлення діагнозу, план обстеження, лікування, оцінка динаміки перебігу захворювання, прогноз і розробка стратегії реабілітації тощо. Своєчасний і швидкий доступ лікаря до архівів клінічних даних пацієнта, який спостерігається або перебуває на прийомі, скоротить витрати часу на пошук інформації і дозволить приділити більше уваги безпосередньо хворому та прийняттю рішень. Організація якісної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню в амбулаторних умовах, включаючи динамічне спостереження, обстеження, лікування та загалом ведення хворих, є надскладним завданням для лікарів усіх спеціальностей. Отже, застосування симбіозу інформаційних технологій та маркетингових досліджень із добре відомими методами ведення хворих показує закономірно кращий результат та потребує ширшого впровадження у клінічну практику.

**Висновки:** Аналізуючи та узагальнюючи опрацьовану літературу можна дійти висновків, що маркетинг у медицині, перш за все, повинен бути орієнтований на пацієнта. Розробляючи і пропонуючи саме те, що пацієнт хоче і чого він потребує. Для маркетингу в галузі медицини характерна концепція соціально-етичного маркетингу: медична організація повинна не тільки найбільш повно і ефективно задовольняти запити споживачів, але також підтримувати і покращувати здоров'я і добробут, як окремих громадян, так і суспільства в цілому.

V. Kudryk  
**THE DEVELOPMENT OF SEXUAL EDUCATION IN STUDENTS**  
Department of Emergency Medicine and Military Medicine  
V.V. Chorna (candidate of medical sciences, lecturer)  
Department of Foreign Languages, Latin Language and Medical Terminology  
A.L. Yatsenko (senior lecturer)  
Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnitsa, Ukraine

**Urgency of the research:** Sexual education is an important background for harmonious private life, preservation and improvement of reproductive health, proper sexual education of children, tolerant attitude towards those with atypical sexual behavior.

**Objective:** To outline and analyze the problems of sexual education of the students of Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University, as well as to compare the sexual education problems of Ukrainian and foreign adolescents.

**Materials and methods:** Analytical, systematic, descriptive, comparative methods as well as questionnaire survey were used. The respondents were the 1st-5th-year students of Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University who completed voluntary anonymous questionnaire. There were 330 persons, 67.6% of them were females, and 32.4% – males. The average age of the respondents was 21 years. The following results were obtained: the majority of young people (57.5%) received their first sexual experience at the age of 17-18 years. Much less respondents started their sexual life at the age of 16 - 19.5%, at 15 - 10%, at 19 - 6%, at 20-21 - 7%. At the time of survey 40% of students had no sexual experience. The causes of the first sexual intercourse were: an inner impulse of love - 48.2%, curiosity - 17.1%, concept of normal relationship between sexes - 16.7%, alcohol - 10.3% , the response to persistence of partner - 5.5%, and 2% «just wanted new experience». The methods of contraception chosen were: in most cases a condom (barrier) – 53.2%, natural family planning – 19%, spermicides - 7.5%, hormonal contraceptives - 5.5%, and 14.8% of respondents do not use any contraception methods, most likely meaning coitus interruptus.

**Summary:**

1. The average age of sexual activity is 17.7 years (57.5%), which occupies an intermediate position in comparison with world indicators and values of European countries.
2. The 1st-5th-year students of Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University are familiar with the main methods of contraception. More than 80% of the respondents use contraceptives regularly, which is considered to be a satisfactory indicator.
3. For modern youth, awareness of contraception, reproductive and sexual health is an urgent need. Consequently, further studies are required to determine the priority directions of social education, the formation of young generation's consciousness as well as the improvement of reproductive health of the nation

М.В.Кудря  
**ГАЛИЦЬКІ ДІАЛЕКТИЗМИ НА ПОЗНАЧЕННЯ ЗОВНІШНОСТІ ЛЮДИНИ**  
Кафедра українознавства  
Я.С.Білик (к.філол.н.,доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Дослідження галицьких діалектизмів на позначення зовнішності людини у семантичному та етнокультурологічному зумовлюється необхідністю з'ясувати механізми творення таких наріч , встановити специфіку об'єкту та суб'єкту в структурі мови, їх вплив на семантику, адже без вивчення етнологічного компонента діалектичного складу мови неможливо створити повне уявлення про культурно-національний менталітет українців.

**Мета:** дослідити й описати галицькі діалекти на позначення зовнішнього вигляду людини, вивчити особливості мовної репрезентації.

**Матеріали та методи:** для дослідження матеріал дібрано з діалектичних словників, хрестоматійних текстів. Для розкриття поставленої мети були використані такі *методи*: описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Вивчаючи галицькі діалектизми можна помітити, що ця група є досить багатоманітною і неможливо точно підрахувати їхню кількість. Зовнішність людини завжди має присутній національний образ, який відіграє важливу роль як віддзеркалення народної культури у процесі спілкування. Цей образ є своєрідним та неповторним феноменом, що має складну концепцію і формується за багатьма ознаками, а саме: зовнішніми, фізичними та інтелектуальними. Наприклад: *«Але й файний той Іван газда. Має добру фризурку, а яка у нього темна чуприна, наче смола. Та такий статечний. Завжди чисті мешти, аж виблискують на сонці, маринарка, як по ньому шита. Але ж слічний наш Іван, і люблю цього легень, бо сестру мою кохає, завжди файні їй пацьорки дарує та на філіжанку смачної кави до цукерні ходять.»* У цьому описі зовнішності чоловіка діалектизми означають: «файний»- добрий, гарний; «газда»- господар; «фризура»- зачіска, хвилясте волосся; «чуприна»- шевелюра; «статечний»- серйозний, поважний; «слічний»- гарний, красивий; «легінь»-юнак,

парубок; [ одяг, прикраси: «мешти»- туфлі, взуття; «маринарка»- піджак; «пацьорки»- намиста, прикраси; «філіжанка»- горнятко; «шукерня»- кондитерська.] Про дівчину-господиню, що любить потанцювати та з подругами порозмовляти: *«Ай, та Марічка має файні пацьорки. До старших гречна, мила. Що за гарні мешти вона має, а який ж у неї гарний кожух. Ще й до того вправна таздиня, вміє плячки напекти, зупу зварити. А дітлахи як обожають її галяретку, кажуть, що найсмачніша. Любить та Марічка посидіти з колежанками, поговорити про свого любого легіня, а потім до забав пристати. Не дівчина, а золото.»* Тут - «гречна»- ввічлива; «газдиня»- господарка; [одяг, їжа, процесові поняття : «кожух»- верхній одяг з овечої шкури хутром усередину; «плячки»- солодкі пироги, торти; «зупа»- суп; «галяретка»- желе; «забави»- танці, співи.]

**Висновки:** Аналіз семантичних типів об'єктів опису зовнішності людини свідчить про надзвичайно велику різноманітність говіркових рис, характерних для певної території та культури. Вони надають образу людині неповторності, чарівності, індивідуальності, адже є чудовим віддзеркаленням національного образу в культурно-національному менталітеті українців.

В. Р. Кузякіна

## ЗНАЧЕННЯ МАРКЕТИНГОВОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А.Марчук (ст. викладач) суспільних наук

Вінницький національний медичний університет М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Підготовка нового покоління висококваліфікованих і конкурентоспроможних медичних працівників з урахуванням найкращих вітчизняних традицій вітчизняної вищої медичної школи та інтеграції інноваційного досвіду європейського простору вищої медичної освіти. Формування теоретичних засад сучасного маркетингу з раціональним використанням спеціальних знань у галузі медицини, надбання практичних навичок з планування, впровадження, аналізу та контролю маркетингової діяльності у медичних структурах.

**Мета:** У результаті підготовки майбутні магістри медицини пізнають сутність маркетингу як філософії бізнесу; маркетинг та маркетинговий інструментарій у сфері медичних послуг.

**Матеріали та методи:** Загальна характеристика інструментів маркетингу в медицині. Поняття про асортимент, обсяг та якість медичних послуг та лікарських засобів. Загальна характеристика інструментів маркетингу у реалізації магістрів медицини.

**Результати:** підготовка майбутніх магістрів медицини до реалізації маркетингу в професійній діяльності визначено як цілеспрямований, системний, динамічний процес навчання студентів, спрямований на розвиток фахової спеціальної компетенції, професійної медичної культури загалом, а також формування готовності до реалізації маркетингу в професійній діяльності зокрема. Готовність майбутніх магістрів медицини до реалізації маркетингу в умовах реформи системи охорони здоров'я і медичної освіти в Україні, розширення професійного фахового досвіду спеціальними знаннями, що стануть основою реалізації ними маркетингу в професійній діяльності, а також підвищать їхню економічну компетентність. Знання з маркетингу загалом, і медичного зокрема, мають органічно інтегруватися в систему професійно значущої інформації за медичною спеціальністю. Одержанні в процесі здобування вищої медичної освіти знання будуть об'єднані логічними взаємозв'язками між собою, матимуть характер практичної професійної спрямованості, що підсилюватимуться ціннісними орієнтаціями й актуальними мотиваціями щодо виконання такого характеру професійних функцій, потребою в самоосвіті та самовдосконаленні.

Знання з реалізації маркетингу в професійній діяльності мають бути практично зорієнтованими, тактично обґрунтованими, покладатися на сформовані вміння й навички. У підсумку здобувач вищої освіти повинен вміти впроваджувати маркетингові дослідження у сферу медичних послуг. Зокрема, проводити маркетинг медичних організацій та їх техніки, лікарських засобів і медичних технологій, проводити розробки методів прогнозування і вимірювання попиту, досліджувати стан галузі медицини, конкуренції, умов збуту лікарських засобів і медичних послуг, оцінювати поточний попит на медичні послуги, організовувати маркетингові дослідження та ін.

**Висновки:** Маркетингова політика в професійній діяльності при підготовці магістрів з медицини дозволить майбутнім медичним працівникам, покладаючись на економічні, правові, етичні засади, виважено будувати власну професійну кар'єру на ринку охорони здоров'я, розуміти його економічні закони, пріоритети, тенденції, реальні, світові, загальнодержавні, регіональні проблеми і потреби. Економічна компетентність майбутніх магістрів медицини загалом і готовність до реалізації маркетингу зокрема стане складовою частиною їхньої професійної компетенції за умов цілеспрямованості, формування таких професійно важливих якостей під час навчання у ВМНЗ.

Це дозволить впроваджувати високі технології у медицину та фармацію: проводити інноваційну політику у сфері медичних технологій, знаходити ідеї нової медичної послуги (товару), стежити за процесом прийняття нової послуги споживачем, розробляти нові медичні техніки, програми, лікарські препарати і засоби медичного призначення, впроваджувати комп'ютерні системи і мережі Інтернет у маркетингову діяльність медичного (фармацевтичного) закладу і т.п.

М.В.Кулик  
**СЕМАНТИЧНІ АСПЕКТИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ЛЕКСИКИ**  
Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології  
М.Т. Денека (доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** медична термінологія – це сукупність множинних термінологій різних медико-біологічних і клінічних дисциплін. Підготовка майбутніх термінологічно освічених лікарів охоплює не лише розуміння, а й оволодіння нею. Статистика стверджує, що лікар у розмові на професійну тему вживає понад 80% слів латинського та грецького походження. Перша європейська медична школа – школа Гіппократа Косського і як наслідок цього термінологічною базою клінічних дисциплін являється грецька мова. Вивчення будови людського тіла в розрізі – наступний етап розвитку медицини, припадає на період, коли центром розвитку медицини стає Рим і латинська мова включається у термінотворення

**Мета:** вивчення терміна «лікування», його функціонування, особливостей вживання та засобів вираження

**Методи та матеріали:** аналіз Інтернет-ресурсів, латинський словник медичної термінології та клінічних термінів

**Результати:** в процесі вивчення семантики клінічних термінів, які позначають **лікування талікар**, виявлено 94 терміни. Етимологічний аналіз даних термінів показав наступні результати:

- a) *грецькі терміни:* 36 (термінів, що становить) – 38.29% (із загальної кількості слів даної семантичної групи); дієтотерапія, талассотерапія /морем, гормонотерапія.
- b) *грецько-латинські терміни:* 53 - 14,44% вітамінотерапія, бальнеотерапія/ваннами, гірудотерапія/пиявками, колапсотерапія, протеїнотерапія, родіумотерапія, серотерапія.
- c) *латинські терміни:* 4 – 4.3% curatio, medicatio, sanatio, cura.
- d) *складні терміни:* двоосновні 35 – 37.43 % нестіотерапія, ампелотерапія, педіатрія, геріатрія.
- e) *складені терміни:* 24 – 12,80 % електросудомна терапія, активаційна терапія.

**Висновок:** проведений мною аналіз свідчить про своєрідність і незвичайність латинської мови. За роки свого існування вона зуміла ввібрати в себе усе найкраще, що було відоме тогочасному людству. Справді, латина внесла великий вклад у розвиток медичної термінології, зробивши її оригінальною і неповторною, тому не дивно, що сучасні лікарі і досі вживають її у професійному спілкуванні. Варто згадати і про семантику терапевтичної лексики, вклад якої у розвиток медичної і клінічної номенклатури надзвичайно великий.

Кульчицький І.Т  
**СИМВОЛІКА ПРАВОСЛАВНОГО ХРАМУ ЯК ВІДОБРАЖЕННЯ ХРИСТИЯНСЬКИХ ПОГЛЯДІВ**

Кафедра філософії та суспільних наук  
К.М. Вергелес (доц., к.філос.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність.** Символіка храму пояснює віруючим сутність релігії, як початок майбутнього Царства Небесного, ставить перед ними образ Царства Небесного, користуючись видимими архітектурними формами та засобами живописної декорації для того, щоб зробити доступним нашим відчуттям образ невидимого, небесного, Божественного.

**Мета.** Систематизувати та прояснити сутність символіки окремих частин храму, як в середині так і зовні, через призму ідеї християнських поглядів.

**Матеріали та методи.** Християнський храм - складний символ, який під виглядом земного відкриває нам піднесене. Основні принципи архітектури храму, його внутрішній устрій та розпис передаються в церковному переказі. Уже з IV ст. символіка храму починає детально пояснюватися. Детальне розкриття вона отримує в IV-VIII ст. в працях святих отців церкви - творців канонів: Максима Сповідника, Андрія Критського, Іоанна Дамаскіна, Симеона Солунського. Уже в ранніх християнських пам'ятках є вказівка на те, що храм повинен нагадувати корабель ( Ноїв Ковчег) і повинен мати три двері, як настанова на Святу Трійцю, а також і інші форми храмів, кола – безкінечності, хреста – символа на якому був розп'ятий Ісус Христос, ці згадки й до сьогодні є актуальними.

**Результати.** Християнські храми в історично сформованих формах означають перш за все Царство Боже у трьох його поєднаних формах: божественній, небесній і земній. Звідси і найпоширеніших трискладовий поділ храму: вівтар, власне храм(основна частина) і притвор. Як і будь-яка будівля, християнський храм повинен був задовольняти ті потреби, для яких він призначався та мати обов'язково приміщення: для священнослужителів (солея, амвон, горне місце), для тих, хто прислуговує (пономарка, клірос) і місце для парафіян. Над храмом

височіє купол, що символізує небо. Хрест - головний християнський символ, який означає спасіння. Стіни, як правило формують квадрат, а його сторони символізують народи, що сходяться із чотирьох напрямів світу. Вівтар, найбільш важлива частина храму, завжди знаходиться на східній стороні храму, тут «осідає» Христос із апостолами. Дзвін, фреска, ладан, кадило, священне вбрання – предмети-символи, які мають особливе значення в православному житті.

**Висновок.** Таким чином, навіть сама матеріальна основа храму несе в собі глибокі християнські символи, а розташування храму, його архітектура, оздоблення, система розпису символічно виражають те, що безпосередньо зобразити неможливо.

Olia Lasorko

## STRESS – DIE NEUE MENSCHLICHE KRANKHEIT ODER BURNOUT-SYNDROM

Lehrstuhl für Fremdsprachen (Deutsch)  
Кафедра Іноземних Мов (Німецька мова)  
L. A. Masur (Oberlehrerin)  
Nationale Medizinische Pirogow- Universität  
Vinnytzia

**Grundlage:** Stress ist eine natürlich ekörperliche Reaktion auf psychische oder körperliche Belastungen. Si dient dazu, in angenommenen oder realen Gefahrensituationen kurzfristige Leistungsbereitschaft zu erhöhen.

Treten Belastungssituationen nur selten auf, ist Stress nicht gesundheitsschädlich.  
Dauerstress hingegen hat negative Auswirkungen auf nahezu alle Organsysteme.

**Methoden:** Diese Krankheit ist in der ganzen Welt verbreitet und es ist sehr wichtig, sie richtig behandeln zu können. Auch für die effektive Behandlung muss man die Ursachen von Stress kennen. Einer der Gründe kann die Störung der menschlichen Psyche sein. Um zu klären, wie die menschliche Psyche funktioniert, entwickelte S. Freud eine damals ungewöhnliche Technik, bei der er die Träume seiner Patienten und deren Assoziationen dazu analysierte und hermeneutisch (textauslegend) deutete.

Aus diesen Beobachtungen und Interpretationen entwickelte er sein Modell einer dreiteiligen psychischen Struktur. Seinem Vorschlag zufolge setzt sich die Struktur der Psyche eines Menschen aus drei Teilen (Instanzen) zusammen, dem Es, dem Ich und dem Über-Ich. Er vertrat die Ansicht, dass der überwiegende Teil der menschlichen Entscheidungen „unbewusst“ und nur ein geringer Teil „bewusst“ motiviert ist. Sein „Strukturmodell der Psyche“ entwickelte S. Freud in zwei Schritten. Soveröffentlich in der Laufzeit seiner Forschungen verschiedene topische Modelle über die Struktur und die Dynamik des psychischen Apparates.

**Schlussfolgerungen:** Um den Stress zu überwinden, muss man sich öfter ausruhen und im Freien verweilen. Es wird auch empfohlen, Yoga zu praktizieren und gelegentlich die Psyche zu entlasten.

С.С. Левенчук, В.О. Ковач, Д.І. Довбиш

## ПРАВО НА ЖИТТЯ У ЩЕ НЕНАРОДЖЕНОЇ ОСОБИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
О.Ф. Адамчук (к.ю.н.), О.О. Верлан-Кульшенко (викл.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Конституція України 1996 р. визнає людину, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю (ст. 3). А ст. 27 КУ закріплює положення: «Кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави — захищати життя людини», що є свідченням вибору Україною європейських природно-правових цінностей. Генеральна асамблея ООН 1980 р. постановила, що дитина – це людська істота до досягнення нею 18-річного віку. Тобто, починаючи з етапу перебування в утробі матері, плід є об'єктом права. Проте дане поняття часто нівелюється у випадках штучного переривання вагітності без належних на те медичних чи соціальних показів та при народженні дітей в недоношеному гестаційному віці та/або з малою масою тіла.

**Мета.** Визначити правовий статус ще ненародженої дитини з урахуванням юридичних, моральних та соціальних норм.

**Матеріали та методи.** Конституція України, Цивільний кодекс України, Сімейний кодекс України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Загальна декларація прав людини 1948 р., Закон України про охорону дитинства.

**Висновки.** За даними Міністерства охорони здоров'я України, в минулому році 130 тисяч українок зробили аборт. Проте, цю цифру варто множити на два для більш реальної картини ситуації. Тому, можна сміливо стверджувати, що права близько 200 тисяч ненароджених громадян України було порушено. Це свідчить про те, що з кожним роком все нагальніше постає проблема врегулювання правового статусу ненароджених дітей. Держава потребує повторного розгляду даного питання на законодавчому рівні задля попередження нехтуванням права на життя. А працівники медичної сфери, в свою чергу, повинні пам'ятати сказані ними слова: «...ніколи не приписувати нікому смертельного засобу і не підказувати йому способу здійснення



подібного задуму...».

Л.М.Левчук

## ФОЛЬКЛОР

Кафедра українознавства

Л.І. Дмитрук (доцент, кандидат філологічних наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність** теми зумовлена занепадом фольклору в сучасній Україні. Жодна гуманітарна наука — ні етнографія, ні історія, ні лінгвістика, ні літературознавство не можуть обходитись без фольклорних матеріалів. Дослідники поступово усвідомлюють, що розгадки та пояснення багатьох явищ духовної культури криються у творчості народу.

**Метою роботи** є донестисуспільству, щоб вони зверталися до культурних цінностей нашого народу, ознайомлювалися з його фольклорною спадщиною, з'ясували вплив фольклорних свят, народних обрядів, звичаїв, ритуалів на відродження духовності; щоб свято берегли і передавали їх з покоління в покоління.

**Матеріали та методи:** при написанні роботи використовувалися порівняльно-історичний, соціологічний методи на матеріалі усної народної творчості.

Від давнини до сучасності український фольклор пройшов складний багатовіковий шлях розвитку. Залежно від історичної долі народу в різні епохи, суспільних і політичних процесів, культурних впливів, зв'язків із фольклором інших народів народжувалися нові твори, зазнавали змін, збагачувалися новими темами, сюжетами, мотивами, образами або ставали пережитками і забувалися попередні набутки усної народної словесності. Не однаковою мірою поширювалися і збереглися ті чи інші види фольклору в різних місцевостях. На західноукраїнських землях, особливо уї Поліссі добре збереглися обрядові, баладні народні пісні, у Карпатах і Закарпатті — казки і легенди. Зате на Наддніпрянщині найяскравіше розвинулася і найкраще збереглася історична, зокрема козацька пісня, а на Лівобережній Україні — дума. Карпати і Прикарпаття — основний регіон творення і поширення коломийок, тут переважно виникали і побутували опришківські пісні, легенди, перекази. Український фольклор також живе, поширюється і твориться в середовищах українців за межами Батьківщини, в діаспорі — Північній Америці, Канаді, Аргентині, Бразилії, Австралії, у європейських країнах. Творчість українців діаспори — складова частина загальноукраїнського національного фольклорного масиву.

**Результати:** За роки незалежності української держави масштаби дослідження фольклору відомих причин різко звузилися. Держава не визначила пріоритетів у відродженні національної самосвідомості, не розробила програми дерусифікації у всіх сферах суспільного життя, народознавчі студії залишаються прерогативою національно свідомої інтелігенції.

**Висновок:** Для України питання дослідження, збереження та популяризації фольклору набувають особливого значення, насамперед у зв'язку з могутнім духовно-творчим потенціалом української традиційної культури, яка є головним чинником морально-естетичного самооздоровлення, збереження і розвитку української мови, відродження національної свідомості, духовності народу, підґрунтям розвитку професійного мистецтва. Зберігайте прадавню мудрість і передавайте її з одного часу в інший. Змінюються часи, зникають й формуються нові держави, а душа народу живе в цих творах.

O.Y. Lepetenko

## NEW METHODS OF INTESTINAL MICROFLORA RESTORATION. PROBIOTICS

Department of Microbiology, Virusology and Immunology

S.A.Kolodiy (candidate of medical sciences, associate professor)

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

A.L. Yatsenko (senior lecturer)

Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnytsia, Ukraine

**Urgency of the research.** In the whole world, including Ukraine, the incidence of diseases of the digestive system increases. According to the Center of Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, about 18 thousand people per 100.000 suffer from gastrointestinal pathology. Fundamental studies of pathologic conditions of all portions of the digestive system, including those associated with intestinal microbiocenosis, are of great significance.

**Objective:** To study the role of probiotics in maintaining the vital functions of the macroorganism, in coordinated functioning of intestinal wall: symbiotic microflora, mucosal layer, intestinal epithelium, immune system of the intestine.

**Materials and methods:** Probiotics containing live microorganisms in the form of monocultures or their complexes (Lactobacterin, Bifidumbacterin, Bififarm, Bificol) and functional food or animal products capable to maintain and restore health under the influence of microbial ecology correction of the host's organism (yoghurts, biokefir), were used for experiment. The following methods of research were used: bacterioscopic, biological and cultivation with the release of pure culture.

**Results:** Bifidobacteria of probiotics attach to the intestinal mucosa and restore the bacterial balance of intestine, exhibiting a positive effect on the organism of the host. In this case, they have high biosynthetic activity (synthesis of short-chain fatty acids, vitamins, polysaccharides, essential amino acids, useful enzymes, bacteriocins, etc.). People who regularly take probiotics for prophylaxis have better overall health and increased immunity. The stimulating effect of probiotics on the indigenous physiological intestinal flora is manifested by rapid biomass reactivation in human biotopes. Probiotics demonstrate good results in gut microflora restoration after antibiotic use.

**Conclusions:** In the course of work, the beneficial effect of probiotics on the human body was found. Administration of these substances was followed by the increase of general immunity due to microflora restoration, as well as protective substances on the surface of intestinal mucosa. Preparations based on probiotics, having high efficiency in prevention and treatment of gastrointestinal tract diseases (e.g. dysbacteriosis) and relatively low prices, are very popular among the population. However, probiotics have some limitations of use, so they are to be prescribed by doctors to make treatment effective, harmless and individual for each person.

Ю.І. Лобортас

## ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.Ф. Зверховська (к.ю.н.)

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

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Використання новітніх технологій в різних сферах суспільного життя дає змогу вирішити ряд проблем, важливих для суспільства і соціуму цілому. Однією із таких проблем, яка потребує вирішення як на загальному рівні так і на правовому є використання і застосування репродуктивних технологій, які включають в себе сурогатне материнство.

**Мета:** Дослідження основних проблем правового регулювання сурогатного материнства і пошук шляхів їх вирішення.

**Матеріали та методи:** Вивчення наукової медичної та юридичної літератури, статей у наукових журналах.

**Результати:** “Сурогатна матір” — це жінка, яка за допомогою штучного запліднення виношує та народжує дитину для іншої особи або сім'ї, які за медичними показниками не мають змоги зачати та народити дитину. На даний момент в Україні немає чіткого законодавства, яке би регулювало питання репродуктивної технології. Отже, існують важливі проблеми СМ, що підлягають вирішенню. До них відносяться: 1. Відсутність правового регулювання СМ. Усі форми СМ, окрім єдиної закріпленої в Сімейному Кодексі (повна сурогатність), залишилися не врегульованими цим кодексом. 2. Проблема переліку осіб які можуть користуватися послугами СМ. Для попередження використання СМ в комерційних цілях. 3. Складання письмової угоди (договору) між двома сторонами щодо надання послуг СМ. Законодавчо не врегульовані підстави виникнення правовідносин з СМ. Тому було би доцільним розробити моделі договору про СМ, а в подальшому закріпити його в Сімейному кодексі України. 4. Не врегульовано питання використання послуг СМ іноземними особами. Українське законодавство не забороняє іноземцям використовувати даний вид репродукції. Але виникає проблема вивозу дитини в ті країни де така процедура не є дозволеною. В таких випадках дитині забороняють в'їзд у дану країну, а її батькам не надають запису, що дитина є законно їхня. 5. Відповідальність за порушення закону щодо СМ. В Кримінальному кодексі немає прописаної норми за порушення встановленого законом порядку проведення імплантації ембріона в організм сурогатної матері. 6. Морально-етичні та психологічні питання. Не дослідженими є психічні процеси стосовно поведінки сурогатної матері, яка після виношування плоду має віддати дитину та вплив на це материнського інстинкту.

**Висновки:** Репродуктивна технологія має ще достатню кількість правових проблем, які потрібно врегулювати. Реалії часу вимагають подальшого реформування галузі репродуктивної медицини, що повинно відобразитися в його нормативно-правовому регулюванні з метою створення досконалої правової бази, захисту від неправомірних посягань на біологічні права людини.

A. I. Lukashenko  
**SCIENTIFIC CLUES TO UNDERSTANDING OBESITY PROBLEM**

Department of Foreign Languages

O.P. Gorpinyuk (sen. lect.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

**Actuality:** The optimization of food production process made food more affordable for people in the last 50 years having doubled the consumed calories amount. Due to WHO the vast of overweight people live in Mexico and USA (32.8% and 31.8% respectively). This state occurs in every 5th person in the world. Annually 3 billion people die from obesity caused diseases. Postmodern philosopher Jean Baudrillard considers this phenomenon as one of the fatal strategies of contemporary social world disappearance. Human, as other systems, despite the supersaturation with food and information aspires to keep everything.

**Goal:** To analyze the worldwide literature for different aspects of obesity problems.

**Materials and methods:** The genetical theories of obesity indicate the connection between predisposition to overweight due to RXRA gene, gene mutations coding ghrelin, peptide YY. Decade ago the viral nature theory of obesity was proposed. The psychosomatic stress theory considers stress as a factor effecting metabolism and appetite stimulation. Social theory explains the spread of overweight symptom through the social network of close contacts.

**Results:** Current analysis of obesity genesis allows to distinguish genetical, neurohumoral, viral theories of overweight. Thus the saturation state and the desire to eat are regulated by nervous and endocrine systems. In the hunger state the APUD-system cells of stomach excrete the ghrelin hormone causing hypothalamus to intensify neuropeptide Y excretion enhancing appetite. When stomach is full cells secrete peptide YY, cholecystokinin and other anorexigenic hormones causing satiety feeling. Endocrine system with its chemical products and vegetative nervous system with demyelinated nerve fibers (holding speed is 1-2 m/s) are involved in the signal transition process. So, the saturation feeling appears to be 20 minutes after meal and person proceeds eating extra food.

Due to the genetic theory child manifests a tendency to overweight if mother has not consumed enough carbohydrates in the first trimester of pregnancy that increases the RXRA gene methylation.

Viral theory revealed virus Ad-36 to cause active stem cells degeneration to adipocytes in animals but in people it is not yet proved. Researches showed adipocytes to be secretory cells producing autocrine hormones such as acylation stimulating protein, adiponectin etc.

Psychoanalytic theory considers malnutrition to be due to the pathological relations between mother and child. Humanistic concept regards food as a basic need, the desire to fill with food the existential vacuum, person's inner emptiness feeling who has unreached self-actualization.

As to the social theory the risk to gain obesity increases by 45% in case of friendship with obese people.

**Conclusion:** The worldwide problem of overweight is both a result of physiologic, biochemical, genetic aberrations and a side effect of economical surplus, creation of supportive social environment and psychologic problems

Р.Л. Любевич, Т.Ю. Повшедна

## **СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ.**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.П. Гель (к.ю.н., доц.)

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

**Актуальність:** застосування сурогатного материнства дає шанс багатьом безплідним парам в Україні пізнати радість батьківства. Проте, рівень правового регулювання цієї важливої сфери медичної діяльності не є досконалим, що негативного впливає на ефективність застосування СМ в Україні та породжує низку проблемних питань, які потребують подальшого дослідження та вирішення.

**Мета:** визначення основних положень та виявлення недоліків правового регулювання сурогатного материнства в Україні

**Матеріали та методи:** аналіз законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів, що регулюють сферу сурогатного материнства в Україні, зокрема Конституції України, Цивільного кодексу України, Сімейного Кодексу України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я, «Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій», затвердженої Наказом МОЗ України №787 .

**Результати:** визначення поняття «сурогатне материнство» на законодавчому рівні в Україні відсутнє, оскільки у ст. 281 ЦК України визначається лише право на застосування допоміжних репродуктивних технологій за медичними показами, у Порядку закріплюються необхідні умови та показання, види методу, а у ст. 123 СК України пояснюється порядок визначення батьківства.

На основі літератури, сурогатне материнство – запліднення жінки шляхом імплантації ембріона з використанням генетичного матеріалу подружжя з метою виношування і народження дитини, яка в подальшому буде визнана такою, що походить від подружжя, як правило, на комерційній основі на підставі відповідного договору між подружжям та сурогатною матір'ю. Визначено основні проблеми правового регулювання СМ. Наприклад, традиційне сурогатне материнство (інсеминація сурогатної матері спермою чоловіка) не затверджене законодавчо, в СК мова йде лише про запліднення *in vitro*, відсутня чітка регламентація комерційної програми сурогатного материнства, не висвітлена інформація щодо ситуації, коли подружжя-замовники під час участі в програмі розлучаються або помирають, дискусійним є юридичне оформлення дотримання права дитини на інформацію щодо жінки, в утробі якої вона розвивалася до народження. В законодавстві не закріплене право одинокій жінки на реалізацію права на материнство за ДРТ, Відсутнє положення про обов'язкове дотримання медичної таємниці і питання тимчасової втрати працездатності жінками, які отримують лікування з приводу безплідності з використанням ДРТ та захисту на випадок відмови подружжя-замовників від народженої дитини з різних причин

**Висновки:** Сфера допоміжних репродуктивних технологій потребує детального правового регулювання на законодавчому рівні окремим законом, оскільки нормами чинного законодавства України не визначено поняття сурогатного материнства, що породжує цілу низку питань та проблем. Створення окремого закону стосовно СМ дозволить підвищити рівень правового регулювання інституту сурогатного материнства в Україні і забезпечить можливість відчути радість материнства та батьківства для багатьох сімей.

Р. Р.Гнатів, Є. Г.Манько

## **СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО: ПРАВОВІ АСПЕКТИ**

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:** питання сурогатного материнства є досить актуальним і поширеним, як у світі, так і у нашій країні. На сьогодні близько 15 % українських сімей страждають від безплідності. Кількість безплідних шлюбів досягає **1 мільйона**. Актуальність обраної теми полягає в тому, що реалізація прав громадян у сфері репродуктивних технологій гальмується недостатнім рівнем законодавчої бази, яка потребує доопрацювання.

**Мета:** висвітлити чинне правове регулювання сурогатного материнства в Україні та виявлення основних проблемних моментів, що стосуються застосування сурогатного материнства в Україні.

**Матеріали і методи:** Основи законодавства України про охорону здоров'я, світова та вітчизняна література, фахові статті, монографії за останні 10 років, бібліотечні каталоги, електронні бази даних, література монографій і періодичних видань. Загально-статистичний метод (аналіз, синтез), порівняльний, системний підхід.

**Результати:** чинне законодавство України про охорону здоров'я точно не дає визначення поняття сурогатного материнства, а існує лише в суспільних відносинах, пов'язаних із репродуктивним розділом медицини. В чинному законодавстві України немає спеціального закону щодо захисту репродуктивних прав людини, а законодавчі нормативні акти не вирішують всіх питань сурогатного материнства. Відсутність належного правового нормативного регулювання відносин сурогатної матері та подружжя. Так, через законодавчі недоліки

в правовому регулюванні сурогатного материнства на практиці можуть виникнути непередбачувані ситуації, пов'язані з відмовою віддавати чи забирати дитину, погрозами розголошення інформації про народження дитини, відмовою біологічних батьків виплатити сурогатній матері грошову компенсацію, незабезпечення сурогатної матері належними умовами під час вагітності та пологів. Тому постає питання у необхідності прийняття закону, у якому б ці питання вирішувалися у відповідності з міжнародними стандартами, що існують. З метою удосконалення правового регулювання сурогатного материнства необхідно законодавчо закріпити наступне: по-перше, використання методу штучного запліднення повинно бути можливим лише у випадках, коли жінка має проблеми з репродуктивним здоров'ям; по-друге, необхідно, щоб даним видом діяльності займалися спеціалізовані медичні установи та органи опіки. Відомо, що у таких країнах, як Німеччина і Франція, сурогатне материнство заборонено, а у більшості штатів Америки законодавчо дозволено використання сурогатних матерів. У США на сьогодні не існує єдиного закону, який регулює сурогатне материнство. Ці питання закріплюється у законодавстві штатів, саме тому в деяких штатах сурогатне материнство здійснюється на міжнародному рівні і має комерційний характер, в інших-дозволено лише некомерційне сурогатне материнство.

**Висновки:** сурогатне материнство в Україні має бути чітко регламентованим, основним має бути врахування інтересів, не батьків або сурогатної матері, а дитини.

О.А.Мариянчук, В.А. Биков

### ЕТИМОЛОГІЧНИЙ ТА ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧНИЙ АСПЕКТ НАЗВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Г.Т. Михайлюк (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця

**Актуальність:** Завдяки потужному розвитку фармацевтичної науки та фармацевтичної промисловості асортимент лікарських засобів з кожним роком невинно розширюється. Вдала назва може навіть сприяти збільшенню обсягу реалізації лікарського препарату. Тому актуально є сьогодні ставити питання про осмислене опанування номенклатурними найменуваннями ліків, утвореними відповідно до вимог Закону України “Про лікарські засоби” та рекомендацій ВОЗ по МНН.

**Мета:** Системний етимологічний та лексико-семантичний аналіз найменувань лікарських засобів.

**Матеріали:** У ході дослідження були опрацьовані матеріали ДФУ, підручники з фармакології, Compendium medicamentorum.

**Методи:** Описовий, теоретичний аналіз, класифікація та систематизація.

**Результати:** Відповідно до міжнародних нормкожен лікарський засіб має хімічну, міжнародну та торгову (комерційну) назви. Щодо історії походження, то це — справжнє невичерпне джерело для підвищення ерудиції. Мови древніх греків та римлян можуть надавати лікарю певну інформацію щодо призначення даного препарату. Так, наприклад, від грецького καρδιάkardia та латинських cor, cordis n серце і Valeriana, aef валеріана утворено назви препаратів для лікування серцево-судинних захворювань (кардіовален: валокордин, корвалол etc.). Від грецького χολήchole жовч походять назви жовчогінних засобів (хологол, холензим, холосас etc.). Латинські іменники apis, isf бджола та vipera, aef змія інформують, що джерелом одержання є бджолина (апизартрон. вірапін) та зміїна (віпрасол, віпратокс) отрути. У найменуваннях деяких препаратів після назви лікарської форми вказується прізвище автора: Solutio Lugoli (розчин Люголя). Епонімом (від грецького ἐπώνυμος “ім'я дає”) названо розчин на честь французького лікаря Жана Люголя. Правда, нові сучасні ліки зазвичай розробляють цілі колективи хіміків, фармакологів та технологів.

Норсульфазол, сульфален - це “хрещеники” хімії (від латинського іменника Sulfur, urisn сірка утворюються найменування антимікробних сульфаніламідів).

**Висновки.** Назви лікарських засобів - це здебільшого однослівні композитні іменники, основним “будівельним матеріалом” яких є терміноелементи древньогрецького та латинського походження з хімічним, анатомічним та терапевтичним значенням.

Назви ліків – це велика та значима частина медичної термінології. Номенклатурні найменування лікарських засобів ґрунтуються на засадах мінімального ризику для здоров'я і життя пацієнта.

I.O. Martynchuk

## DIE URSACHE DER ENTSTEHUNG DES DIABETES MELLITUS. DIE ROLLE DES STRESSES BEI DER ENTWICKLUNG VON DIABETES.

Lehrstuhl für Fremdsprachen

L.A.Mazur (Oberlehrerin)

Medizinische Pirogow-Hochschule in Winnyzia

Winnyzia, 2018

**Aktualität:** Diabetes mellitus ist eines der führenden medizinischen und sozialen Probleme in dieser Zeit und macht etwa 4-5% der Gesamtbevölkerung aus, bei Menschen über 65 Jahren 10-15%. Es stellt die Grundlage für die Entwicklung von komplexen Begleiterkrankungen und Komplikationen, frühen Invalidität und Sterblichkeit dar. Die Sterblichkeitsrate von Diabetes und seinen Komplikationen steht an 3. Stelle der Gesamtsterblichkeitsrate.

**Zweck:** die Erforschung der Entwicklung von Diabetes und die Untersuchung des Einflusses von Stress auf das Auftreten von Diabetes.

**Material und Methode:** diewissenschaftlichen Publikationen, Springer Medizin Verlag GmbH, Medonline, Cleveland Clinic, Zuckerkrank.de.

**Ergebnisse:** Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die durch einen dauerhaft erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet ist. Man nennt sie häufig auch Zuckerkrankheit. Zwei Formen werden dabei unterschieden: Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ 2. Abhängig von Diabetes Typ unterscheidet man verschiedene Ursachen. Die Ursache für Typ-1-Diabetes ist eine Autoimmunerkrankung, also eine Erkrankung, bei der das Immunsystem den eigenen Körper angreift. Die viel häufigere Form ist, der Diabetes Typ 2, dessen Ursachen erbliche Faktoren, Abnahme der Insulinsensitivität (Insulinresistenz), gebrochene Insulinfreisetzung, stressige Situationen, Übergewicht und Bewegungsmangel sind. Für die medikamentöse Behandlung werden – je nach Stadium der Erkrankung und Zustand des Patienten – unterschiedlich wirksame Antidiabetika eingesetzt. Bei der Auswahl berücksichtigt der Arzt das Körpergewicht, Alter, Medikamentenverträglichkeit und Begleiterkrankungen des Patienten. In vielen Fällen spielt Stress als Manifestationsfaktor des Diabetes eine große Rolle. Seit langem ist bekannt, dass stresshafte Lebensbedingungendas Risikofür die Entwicklung eines Typ-2-Diabeteserhöhen. Als ursächlich hierfürwerden. eine verstärkte, länger anhaltendeAktivierung des endokrinen Systems (Hypothalamus Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems)mit der Folge einer vermehrten Freisetzung von ACTH (adrenokortikotropesHormon) und Kortisol und dem darausresultierenden Hyperkortisolismusverantwortlich gemacht. Dies führt übereine verstärkte Insulinresistenz zu einemerhöhtenRisiko für dieManifestationdesTyp-2-Diabetes.Stresshormone unterdrücken die Sekretion von Insulin, was zu einer Erhöhung der Glukose im Blut führt. Zur Diabetes-Behandlung können mehrere unterschiedliche Wirkstoffe – auch in Kombination – zum Einsatz kommen. Als Alternative zu Insulin stehen noch so genannte GLP-1-Analoga zur Verfügung. Sie können mit anderen Antidiabetika wie z. B. Metformin, Sulfonylharnstoff und zum Teil auch mit Basalinsulin kombiniert werden.

**Schlussfolgerung:** Aktive Lebensweise, körperliche Aktivität und die Fähigkeit, Emotionen loszulassen, aber nicht, um sie selbst zu sammeln, um eine optimistische Einstellung gegenüber der Außenwelt zu erzeugen, sind dabei die wichtigsten Maßnahmen, um Krankheiten vorzubeugen und die Gesundheit zu verbessern.

I.O. Марчук

## ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ВПЛИВУ ЛАТИНСЬКОЇ ТА ДАВНЬОГРЕЦЬКОЇ МОВ НА ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

М.Т. Денека (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сучасні біологічні та медичні терміносистеми досягли найбільшого ступеня інтернаціоналізації порівняно з термінологією інших галузей завдяки впливу двох мов – давньогрецької і латинської. Збірка давньогрецького лікаря Гіппократа започаткувала медичну термінологію. Основи сучасних медичних і фармацевтичних термінів формувались в Стародавній Греції. Співвідношення цих двох початків виразно простежується при проведенні семантичного аналізу матеріалів, що мають певне відношення до медичної тематики. Хоча українська медицина обрала для себе загальноприйнятий шлях творення термінів за допомогою морфем класичних мов, їй також притаманні назви, утворенні шляхом перенесення значення, що свідчить про зв'язок номенклатурних систем із загальною мовою. У процесі латинського термінотворення велику роль відіграють префікси грецького походження через високу частотність використання. Вивчення тенденцій, що простежуються в різномовних інтерпретаціях терміноелементів різних терміносистем сприятиме опрацюванню медичної термінології в різних науках.

**Мета:** полягає у висвітленні способів термінотворення, які є продуктивними на сучасному етапі розвитку медичної наукової мови. Акцент поставлено на системному аналізі явища префіксального способу творення та виявлення його закономірностей, спільних для філософської та медичної термінології.

**Матеріали та методи:** дослідження цієї роботи є грецькі і латинські терміни, які ввійшли повноцінним компонентом в сучасну медичну та фармацевтичну терміносистеми. Предметом дослідження є латинізовані

терміоеlementи анатомічної, клінічної та фармацевтичної термінології. Використовувались лінгвістичний, порівняльний, аналітичний, статистичний методи дослідження.

**Результати:** Як показали дослідження, кожна з трьох вказаних терміносистем має суттєві розбіжності в використанні грецько-латинських термінів, але терміни знаходяться в динамічному взаємовідношенні і взаємозбагаченні на рівні макротерміносистеми, яку називають медицина. В рамках цієї макротерміносистеми ведучу роль мають такі терміносистеми: анатомічна, клінічна, фармацевтична, які входять і мають включатися в навчальну програму латинської мови медичних навчальних закладів і формувати у студентів термінологічну основу спеціальної (медичної) мови.

**Висновок:** Сучасна медична термінологія – одна з найширших і складних у понятійному відношенні систем. Вся сукупність медичних і фармацевтичних термінів сягає сотні тисяч, а терміносистема лікарських засобів включає понад 80 тисяч мовних одиниць. Кожний термін в нашому дослідженні являє собою елемент анатомічної (гістологічної), клінічної (патолого-анатомічної, терапевтичної, гінекологічної, офтальмологічної, стоматологічної), фармацевтичної (ботанічної, фармакогностичної, хіміко-токсикологічної) терміносистем.

A.Sh.Melnik, V.V.Devyatko

### **MEDICAL TOURISM**

Department of Ukrainian and Foreign Languages

E. O. Manzhos (candidate of philological sciences (Phd))

Vinnitsia National Agrarian University

t. Vinnitsia, Ukraine

**Relevance of the topic:** Medical tourism refers to people traveling to a country other than their own to obtain medical treatment. In the past this usually referred to those who traveled from less-developed countries to major medical centers in highly developed countries for treatment unavailable at home.

**The purpose:** Tell about the main medical tourism used.

**Research methods:** A method of generalization and analysis were applied.

**The main information:** To clarify the role of medical tourism.

**Collecting evidences:** Medical tourism most often is for surgeries (cosmetic or otherwise) or similar treatments, though people also travel for dental tourism or fertility tourism. Health tourism is a wider term for travel that focus on medical treatments and the use of healthcare services. It covers a wide field of health-oriented, tourism ranging from preventive and health-conductive treatment to rehabilitational and curative forms of travel.

A patient going to a different country for either urgent or elective medical procedures is called medical tourism. Medical tourism is a term that has risen from the rapid growth of an industry, where people from all around the world are traveling to other countries to obtain medical, dental, and surgical care, while at the same time touring, vacationing, and fully experiencing the attractions of the countries that they are visiting. Health tourism is another name or synonym for medical tourism. However it is sometimes used in the context of wellness, where people are looking to make healthy lifestyle choices such as eating better, practicing yoga or undergoing spa treatments. Medical Travel is another name or synonym for medical tourism.

Medical tourism, or the process of leaving a home location for health care treatment in other locations broad is becoming an emerging trend. Outbound medical tourism is most likely going to grow at a fast rate within the next few years. With health care costs rising exponentially, this concept is important to explore as consumers are becoming more open to the idea of traveling to seek care that is less expensive, safe, and effective.

More than 50 countries have identified medical tourism as a national industry. Surprisingly, the concept of medical tourism is not new. The first recorded instance of the practice goes back thousands of years to when Greek pilgrims travelled from all over the Mediterranean to the small region in the Saronic Gulf called Epidauria.

**Testing the evidences:** Research shows the most well know inbound and outbound programs, in addition to the several aspects of each that attracts individuals to these medical tourism opportunities.

**Conclusion:** Medical tourism could be a possibility that will allow for quality and price to provide a high value for patients and providers.

В.В. Мельник

### **ЕПОНІМІЧНІ МЕДИЧНІ ТЕРМІНИ: СИНТАКСИЧНИЙ СПОСІБ ТВОРЕННЯ**

Кафедра українознавства

Я.С. Білик (к.філол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Найважливішим завданням для медичної термінології сьогодні є відродження, упорядкування та кодифікація медичних термінів. Проблема остаточного унормування та уніфікації української медичної термінології досі ще не вирішена, що і зумовлює актуальність обраної теми.

**Мета:**здійснити опис медичних епонімічних термінів-сполук, з'ясувати специфіку їхнього синтаксичного

способу творення, встановити активність використання, подати аналіз багатокomпонентних сполук у семантичному аспекті.

**Матеріали та методи:** джерелами фактичного матеріалу дослідження є словники медичних термінів, праці з медицини, опубліковані в періодичних виданнях, підручники.

Для розкриття поставленої мети використовувались **методи:** описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** У науці *епонім* – назва явища (наприклад, хвороби), поняття, структури або методу за ім'ям людини, що вперше виявила або описала їх (*Квінке, закон Вакернагеля, символ Кронекера*).

Синтаксичний спосіб творення нових термінів-словосполук досить продуктивний в анатомії. Це пояснюється потребами науки максимально точно передати зміст нових понять, конкретизувати їх. Аналізовані сполуки є дво-, три- та більше компонентними й складаються зі стрижневого слова-іменника та власної назви. З числа двокомпонентних моделей найактивнішими є структурно-семантичні моделі атрибутивного характеру: прикметник + іменник + епонім: *кам'янистий отвір Арнольда; коловий пояс Вебера; слезова частина Горнера*. Атрибутивний характер носять також такі структурно-семантичні моделі: іменник + іменник + епонім: *перехрестя покриву Макнерта, Фораля; стік назух Герофіла* та ін.

Тричленні конструкції: прикметник + прикметник + іменник + епонім: *присереднє присінкове ядро (Швальбе); нижня лобова закрутка (Брока); іменник + прикметник + іменник + епонім: нерв крилоподібного каналу (Відія); прикметник + іменник + іменник + епонім: артеріальне коло мозку (Віллізія); спіральний вузол завитки (Корті)*. Чотирикомпонентні терміносполуки: прикметник + іменник + прикметник + іменник + епонім: *коса вена лівого передсердя (Маршалла); малий сосочок дванадцятипалої кишки (Санторіні); прикметник + прикметник + прикметник + іменник + епонім: передній кірково-спинномозковий шлях (Тюрка); іменник + прикметник + прикметник + іменник + епонім: простори райдужно-рогівкового кута (Фонтана)*.

П'ятичленні конструкції: *м'яз-стискач печінково-підшлункової ампули (Одді); м'яз-стискач загальної жовчевої протоки (Окснера)*.

Вивчення епонімічних термінів сприяє розкриттю еволюції клінічних дисциплін, діагностичного процесу мислення, а також формуванню термінологічної компетенції у студентів-медиків, опануванню ними мови спеціальності.

**Висновки:** Отже, авторські назви охоплюють широкий спектр анатомічних утворень. Мотиви номінації медичних термінів власними назвами – це прагнення увіковічнити автора відкриття або регіон масового поширення хвороби та першу територію її виявлення, що охоплюють національні та світові ареали.

А.В.Мисан

## ВЕРБАЛЬНІ Й НЕВЕРБАЛЬНІ ЕЛЕМЕНТИ ГРАФІЧНОГО РОМАНУ М. ПРАСОЛОВА, О. ЧЕБИКІНА, О. КОЛОВА «ДАОГОПАК»

Кафедра українознавства

Л. М. Писаренко (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Значущим феноменом ХХ століття поряд з кіно та телебаченням по праву можна вважати комікс, який називають дев'ятим видом мистецтва.

В Україні цей вид мистецтва активно проникає у різні сфери життя і має велику кількість прихильників. Яскравим прикладом є графічний роман у трьох частинах «Даогопак» - тритомний мальований блокбастер про козаків-характерників із лицарського ордену бойових мистецтв і магії середньовічної України. Популярність роману, глибокий філософський підтекст твору зумовили вибір теми.

**Мета:** Виявлення вербальних і невербальних особливостей графічного роману «Даогопак» як феномену українського коміксу.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури дає підстави стверджувати, що комікс як вид мистецтва вивчався багатьма вченими з різних позицій. Специфічні особливості коміксу описав Скотт МакКлауд у праці «Суть коміксу», структурні особливості та специфіка декодування інформації коміксу досліджувались Е.Е. Анісімовою, В.М. Березніним та інш.; співвідношення графічної та вербальної складових вивчалось А.А. Бернацькою, А.Г. Кириловим, Н.М. Чудаковою, текстові особливості коміксу та засоби їх реалізації досліджувалися М.Б. Ворошиловою, Є.В. Козловим, А.Г. Соніним.

Для розв'язання поставлених завдань використовувався комплекс методів дослідження:

теоретичні методи (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення); емпіричні методи (описовий з використанням прийомів зіставлення та узагальнення).

**Висновки:** Комікс – це серія зображень, у якій розповідається будь-яка історія завдяки єдності оповіді та візуальної дії. Він є складовою масової культури, що спрямована на читачів різних категорій та роду діяльності. Комікси в Україні лише починають свій шлях. Найяскравішим зразком є роман «Даогопак» М. Прасолова, О. Чебикіна, О. Колова, в якому поєднано три важливі складові: текст (вербальний елемент), графіку (невербальний елемент) та їх послідовність. Текстові та графічні елементи розташовані в романі в одному візуальному полі. Оживляють візуальні повідомлення, забезпечуючи емоційний вплив, теплі й бляклі кольори. Роман «Даогопак» має глибокий філософський зміст, а саме: проблема співіснування добра і зла.



А.В.Мисан  
**КОМПОНЕНТИ ТА КРИТЕРІЇ МАРКЕТИНГОВОЇ ПІДГОТОВКИ  
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А.Марчук (ст. викладач) суспільних наук

Вінницький національний медичний університет М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Створення висококваліфікованого покоління медичних працівників вимагає не лише якісної медичної освіти, а й реалізації маркетингу.

**Мета:** Покращити рівень медичної допомоги населенню з урахуванням вимог сучасного ринку охорони здоров'я шляхом визначення компетентного складу готовності до виконання фахових функцій медичного працівника.

**Матеріали та методи:** аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових знань.

Професійну підготовку репрезентують як «сукупність спеціальних знань, умінь і навичок, якостей особистості, трудового досвіду і норм поведінки, що забезпечують можливість успішної праці за обраною професією».

Навчання студентів ВМНЗ необхідно спрямувати на розвиток фахової компетентності та медичної культури, а також формування готовності до реалізації у професійній діяльності засобів маркетингу. В основі останнього завдання лежить визначення компетентного складу готовності до виконання фахових функцій.

Структурними компонентами цієї готовності є:

1. Ціннісний – вказує на доцільність розгляду регламентації стосунків між споживачами медичних послуг та медичними працівниками (зміщення їх взаємодії, дотримання професійно-етичних норм та ін.)

2. Мотиваційний – сукупність внутрішніх бажань, умов та потреб, що спонукають працівника на самостійне удосконалення до та післядипломної освіти у цій сфері.

3. Інформаційно-пізнавальний – потреба розширення професійного досвіду шляхом органічної інтеграції у систему фахових знань спеціальних знань, які є основою реалізації маркетингу.

4. Операційно-технологічний – визнання необхідності розвитку відповідних компетенцій задля практичної орієнтації медичної діяльності.

5. Особистісний – уміння співвіднести власні можливості із ринковими потребами задля адекватного формування самооцінки, професійних цілей, реалізації творчого потенціалу.

З огляду на компоненти, ми виокремили такі критерії підготовки:

1. Мотиваційно-ціннісний – усвідомлення та бажання застосувати маркетингові технології.

2. Когнітивний – володіння системою знань щодо реалізації маркетингу у професійній діяльності.

3. Організаційно-діяльнісний – спроможність планувати і проводити маркетингові дослідження, сегментацію ринку медичних послуг.

4. Рефлексивний – готовність магістрів медицини будувати власну стратегію професійного розвитку.

У ході дослідження ми виокремили такі рівні готовності:

1. Високий – студенти орієнтуються на реальний попит та прагнуть до самовдосконалення.

2. Середній – студенти розуміють необхідність маркетингу, але відчують певні труднощі.

3. Низький – відсутня стійка система маркетингових знань та бажання їх реалізації.

**Результати:** обізнаність серед майбутніх магістрів медицини щодо можливостей професійного росту завдяки опануванню компонентами маркетингу.

**Висновки:** Отже, запровадження сучасних підходів медичної допомоги населенню забезпечить її якість та орієнтацію на справжні потреби кожної людини. Знання особливостей маркетингу, у тому числі структурних компонентів готовності, дозволить виважено будувати професійну кар'єру.

В.О. Михайлова

**СМАЙЛИ ЯК МОВНО-ВІРТУАЛЬНО-ВІЗУАЛЬНІ КОНСТРУКЦІЇ СПІЛКУВАННЯ**

Кафедра українознавства

Я.С. Білик (к.філол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Надзвичайна популярність віртуального спілкування в глобальній мережі Інтернет та через SMS-повідомлення пояснюється, насамперед, його грайливим характером. Спонтанність та інтерактивність комунікації зумовили появу безлічі нових лінгвістичних об'єктів, на яких слід зосередити особливу увагу.

**Мета:** проаналізувати генезу феномена «смайл», який став невід’ємним атрибутом культури віртуального спілкування, дослідити візуально значущі графічні символи та знаки.

**Матеріали та методи:** для дослідження дібрано з текстів мережі Інтернет, блогів, он-лайн щоденників тощо. Для розкриття поставленої мети використовувались **методи:** описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Смайл, емотикон або емограма – це графічний символ, який використовується для вираження емоцій. Емотикони (від англ. *emoticon* = *emotion icon* – емоційна іконка або, як їх часто називають у просторіччі, – «смайли», «смайлики» (від англ. *smile* – посмішка :-)) – кластери типографічних символів (наявних на клавіатурі комп’ютера або мобільного телефону), які компенсують нестачу паралінгвістичних засобів спілкування в мережі та виражають емоційне ставлення комуніканта до сказаного. Смайли відтворюють, зазвичай, настрій повідомлення, інколи зменшуючи саркастичність висловлювання або ж просто додаючи йому певного евфемістичного та естетичного забарвлення.

Смайли надзвичайно прості у використанні, інформативні й, попри свою нехитрість, надають безмежного польоту уяві та експресії. Не дивно, що їх перейняла SMS-комунікація, реклама, дизайн та традиційна пошта. Зручність їхнього використання в тому, що вони, по-перше, легко зображуються типографічними знаками, які розміщені на клавіатурі, і саме цей факт дозволяє активно застосовувати смайли у віртуальній письмовій комунікації. По-друге, їх дуже просто ввести в друкований текст, оскільки винайдена геніально проста типографічна форма. За допомогою двох або трьох типографічних знаків виражають: *радість, задоволення, сум* (будь-які позитивні та негативні емоції). Наприклад:

:-) – радість, відвертість;

:-( – розчарування;

:-< – злість;

-) – сарказм.

Найчастіше редуплікується компонент рот. Градація смайла може відбуватися через силу емоційної експресії, чим сильніша емоція, тим більше до смайла додається типографічних знаків:

:-)

:-))))))

:-)))))))))

Крім рота, редуплікуватися можуть також компоненти сльози та слина, наприклад:

:)~~~~~ слина; :^(^^^ сльози. Останній приклад засвідчує, що можливою є навіть дистактна редуплікація, на відміну від решти піктограм, які використовуються в повсякденні (дорожні знаки, торгові логотипи тощо).

**Висновки:** Таким чином, можна констатувати, що смайли, стаючи невід’ємною частиною мовного електронного тексту, повноправно входять і в орфографічну систему мови. Вони не мають жодного звукового відповідника – це окремі візуально-сміслові конструкції, які є більш адекватними для сприйняття на моніторі.

В.О. Михайлова

## ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СПІЛКУВАННЯ: СОЦІАЛЬНА СУМІСНІСТЬ

Кафедра українознавства

Я.С. Білик (к. філол. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема дослідження соціально-психологічних основ серед актуальних проблем сучасної соціології, психології, етики, соціоніки досі займає важливе місце і становить значний інтерес як у теоретичному, так і у практичному плані.

**Мета:** описати психічні типи людей, психологічні механізми взаємодії ділових партнерів з критеріями об'єктивної оцінки партнера спілкування.

**Матеріали та методи:** для дослідження використовувались побутові та робочі ситуації контакту між людьми, які включали в себе обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприймання і розуміння іншої людини. Для розкриття мети використовувались методи: описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Потреба у спілкуванні є у кожній людини, це є невід'ємною частиною людського життя. Та відмінною особливістю культури спілкування є взаємний (зворотний) зв'язок, який припускає відгук на думки, почуття, турботи та проблеми іншої людини. Цим встановлюється потік взаємної зацікавленості, співчуття, бажання зрозуміти іншу людину, розділити труднощі, увійти в її стан і відчувати її проблеми як свої власні. І це стосується усіх рівнів стосунків – не лише з близькими, але і з цілком незнайомими людьми. Різними будуть лише форми спілкування. Сучасна соціологія, психологія та етика відокремлюють анонімне, функціонально-рольове, загалом службове, неформальне та інтимно-сімейне спілкування. Звісно, талант, мистецтво спілкування не передаються людині у спадок. Вони – результат виховання. Але схильність поведінки залежить від характерологічних особливостей особистості, її психологічного складу. У спілкуванні з людиною треба звертати увагу на особливості її психологічного складу, внутрішнього світу, і для кожної спробувати знайти правильну лінію поведінки.

Гіппократ розділив все людство за темпераментом і особливостями психіки на чотири категорії: *холерики, сангвініки, флегматики та меланхоліки*. Аристотель виділяв *гарячий та холодний, легкий та важкий* темпераменти. Вельми широка характеристика кожного типу містить у собі і будову тіла, і темперамент, і риси характеру, і захоплення, і схильності.

Виділяють ще два типи людей, протилежних і за зовнішнім виглядом, і за темпераментом, і за типом мислення. За характером, тобто за такими рисами, як замкнутість чи відвертість, намаганнями усамітнитися чи бути завжди на людях, комунікабельністю, психологи поділяють людей на інтровертів та екстравертів. *Інтроверт* зосереджений на своєму внутрішньому світі, *екстраверт* – звернений назовні. Однак у чистому вигляді інтроверти і екстраверти у житті мало зустрічаються. Частіше – *нормоверти*, які під впливом обставин чи життєвого досвіду набувають характерних ознак інтровертів чи екстравертів.

**Висновки:** Визначення темпераменту та характеру партнера, як бачимо, дає багато інформації для обрання правильного способу спілкування з ним. Але ділова людина може отримати додаткову корисну інформацію, вивчаючи типи, визначені за іншими характерними особливостями психіки людини.

**Н.В. Нагорна**

### **Філософське осмислення проблеми сенсу життя людини**

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М. Вергелес (к.ф.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В сучасну епоху проблема сенсу життя набуває особливої гостроти. Людину дедалі більш поглинає потік масового споживання та масових стандартів. І щоб не втратити ідентичності, людина потребує вироблення певної життєвої позиції, яка б ґрунтувалася на особистих уявленнях про сенс життя.

**Мета:** висвітлення нагальних проблем у сучасному суспільстві, стосовно переосмислення сенсу життя.

**Матеріали та методи:** Гносеологічний; методологічний методи. Віктор Франкл «Людина в пошуках справжнього сенсу». Л.Сморж «Філософія».

«Все своє життя я шукав істину, сенс життя. І єдине про що я шкодую, це про витрачений час, щоб в результаті зрозуміти ... Істина в тому, що істини немає ... Живіть і насолоджуйтеся життям, не задаючи йому питань ...!» Е. Хопкінс

Як часто ми запитуємо себе: Хто я? В чому сенс мого існування? Яка основна суть мого буття?...

У повсякденному житті ми рідко задаємося такими питаннями, і не завжди можемо дати відповідь на такі прості, водночас глибоко-філософські запитання.

В історії були різні точки зору на проблему сенсу життя та думки вчених та філософів розходились, стосовно пошуку істини та пізнання людського буття та сенсу його існування. Аристотель говорив, що людина є господарем долі і вправі формувати своє щастя. А інший відомий філософ Ф. Ніцше, навпаки формував думку, що людина – це іграшка, незалежних від неї сил... Східна філософія направляє свої сили на пізнанні внутрішнього світу людини та його вдосконалення через самопізнання та духовні практики.

В релігії цей процес формується, як відкриття у собі образу Бога та трактування волі божої.

Якщо детально розібрати зміст слова «сенс», то воно включає в собі такі поняття: потреба, мета, для чого все інше, основна суть т.і. Тобто сенс – це вища мета, дії, якої є тактичними і зводяться до одних і тих схем, які

повторюються.

**Результат:** Під час проведення власного опитування в процесі дослідження сенсу життя, респондентам були задані всі вище перераховані запитання, але не всі змогли дати відповідь на них одразу. Основна аудиторія опитуваних включала в себе людей віком від 18 до 50 років. Безперечно, сенс життя для кожної людини різний, індивідуальний, але можна сформулювати основні висновки: 50% молоді 18-25 років, бачить свій сенс життя у побудові чудової кар'єри, 40% - у коханні, а 10% - не задавалась запитаннями, стосовно сенсу свого існування. 60% осіб віком 25-35 років формують сім'ї, та вбачають у ній свій сенс, 40% - перебувають у пошуку «свого» сенсу буття та пошуку себе. У 35-50-річних людей йде глибоке переосмислення, пройденого шляху, своїх цінностей, і на запитання про сенс життя, основна частина(80%) відповідає, що сенс життя – це є саме життя і можливість радіти щодня, і отримувати радість та насолоду від кожної миті.

**Висновок:** Отже, подібно до всіх світоглядних питань, питання про сенс життя є вічною проблемою: вони знову і знову ставляться людиною протягом історії. І на сьогоднішній день відповіді на ці запитання не має, так як кожна людина проходить свій шлях та формує свій світогляд, своє щастя, та свій сенс.

І наостанок, хотілось би завершити словами великого філософа Ошо «Мета – це і є подорож».

В.Ф. Негря

## МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ: ВІД МІФІВ ДО РЕАЛЬНОСТІ

Кафедра філософії та суспільних наук

І. А. Марчук (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність.** Економічна криза в Україні призвела до погіршення якості медичного обслуговування населення та до кризи в системі охорони здоров'я. Розвиток страхової медицини – один із перспективних методів розв'язання проблем фінансування охорони здоров'я, що полягає у віднаходженні додаткових стимулів фінансування медичної галузі. Медичне страхування в Україні має стати важливою складовою соціальної інфраструктури держави, яка повинна бути прозорою і зрозумілою громадськості.

**Мета:** провести детальний аналіз функціонування медичного страхування в Україні.

**Матеріали і методи:** на основі інтернет-джерел вивчити ринок медичного страхування в Україні та визначити основні проблеми, що гальмують його ефективний розвиток.

**Результати.** На сьогоднішній день у Верховній Раді України зареєстровано два альтернативні законопроекти: перший – від 14 липня 2017 р. «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні» № 4981 та другий – від 18 липня 2017р. альтернативний проект Закону № 4981-1 із аналогічною назвою. У законопроекті № 4981 передбачається Програма загальнообов'язкового медичного соціального страхування, яка встановлює сукупність гарантій та вимог до надання громадянам безоплатної медичної допомоги (медичних послуг) та її оплати за рахунок страхових виплат за договорами загальнообов'язкового соціального медичного страхування. Законопроектом № 4981-1 також встановлюються види медичної допомоги, які будуть фінансуватись державою. Такі види допомоги визначатимуться окремим законом, який щорічно будуть приймати одночасно з прийняттям законів про Державний бюджет України та про визначення розміру страхових внесків на загальнообов'язкове державне соціальне страхування.

До видів медичної допомоги, яка фінансуватиметься, буде належати: медична допомога у зв'язку з хворобою, індивідуальною профілактикою захворювань, травм, отруєнь та інших розладів здоров'я, запобіганням загостренню захворювань, переходом гострих хвороб чи інших розладів здоров'я у хронічну чи більш тяжку стадію та плануванням сім'ї; медична допомога у зв'язку з вагітністю, пологами та їхніми наслідками; послуги з надання в установленому законодавством порядку відповідних медичних документів.

Впровадження загальнообов'язкового медичного страхування забезпечило б гарантування якісної медичної допомоги кожному громадянину, а також подальший розвиток добровільного медичного страхування.

За даними Всесвітньої доповіді щодо соціального захисту, який презентує Міжнародна організація праці, частка прямих витрат населення на охорону здоров'я (без будь-яких схем страхування або накопичення) в Україні одна з найвищих серед країн Європи; у більшості країн ЄС вона не перевищує 12-25%. Необхідність значних особистих витрат істотно обмежує доступність медичних послуг і товарів для населення України і є одним з головних чинників високої передчасної смертності і короткої тривалості життя. Змінити ситуацію можуть реформи охорони здоров'я та запровадження загальнообов'язкового соціального медичного страхування.

**Висновки.** Прийняття Закону України «Про загальнообов'язкове соціальне медичне страхування в Україні» та реалізація і запровадження в державі чіткої та прозорої системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування сприятиме забезпеченню доступності медичної допомоги, зміцненню здоров'я та подовження тривалості життя населення України, створить передумови для розвитку конкуренції в системі охорони здоров'я, збільшить інвестиційну привабливість вітчизняної системи охорони здоров'я та підвищить якісний рівень медичного обслуговування.

В. С. Орленко  
**ВІДНОСИНИ МІЖ АФІНАМИ ТА СПАРТОЮ : ПОЛІСНИЙ УСТРІЙ І ТЕОРІЯ КУЛЬТУРНОГО  
ПРОТИСТОЯННЯ**

Кафедра філософії і суспільних наук  
В. М. Мельник (викладач)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Боротьба між полісами стала основою античної історії «високого періоду». Зрозуміти інтелектуальну історію полісних центрів поза цією боротьбою неможливо.

**Мета:** Охарактеризувати конфронтацію полісних структур Давньої Греції (зокрема, Пелопонеську війну), як війну культурних архетипів.

**Матеріали та методи:** Використовуючи методологію М. В. Єлізарова (2017), проаналізовано ознаки інституційні ознаки ахейського та дорійського режимів у V ст. до н. е. Культурологічний аналіз здійснено на основі статті І. А. Пантелеєвої (2014) «Афіни та Спарта: культурне протистояння двох антагоністів».

**Результати:** Устрій спартанців мав ознаки військової общини. Він характеризувався класовим структуруванням (три класи), в умовах якого головні привілеї надавались класу вільних воїнів (гоплітів). При цьому, спартанський устрій мав республіканську основу. Царська влада обмежувалась постановами ради із 28 «мудреців». На відміну від всезагальної рівності вільних воїнів-спартанців, громадяни Афін керувались правилом «кожному по заслугам». Це виглядало досить раціонально, оскільки кожен громадянин міг досягти вищого положення в ахейському суспільстві (принцип «соціального ліфту»). Характерна соціальна модель транслировалась і на зовнішній статус провідних полісів Давньої Греції. Поки Спарта рухалась до максимальної соціально-економічної ізоляції, Афіни популяризували себе в еллінському світі шляхом активної економічної експансії. Розвиток судноплавства та бажання підпорядкувати більше нових територій зумовили культурну відкритість ахейців. Жителі Афін позитивно ставились до культурних запозичень (в рамках еллінського світу). Наприклад, афінські філософи та риторичні звертали більше уваги на красномовство, тоді як для спартанців головним був сенс висловленого (Арахідам).

**Висновки:** Різні культурні моделі породжували нові протистояння, які набували військового характеру. Війни між Спартою та Афінами (дорійцями та ахейцями) були детерміновані культурними відмінностями – різними світоглядними позиціями. На наш погляд, можна стверджувати, що відкрита модель соціального розвитку формує високий рівень державної організації. Разом із тим, державні інститути не можуть бути міцними та легітимними, опираючись виключно на військову інфраструктуру.

Є. О. Остапенко  
**СУЧАСНА КУЛЬТУРНА АНТРОПОЛОГІЯ В УКРАЇНІ**

Кафедра філософії та суспільних наук  
В. М. Мельник (викладач)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність** теми пояснюється диспропорцією між стрімким розвитком культурної антропології на Заході та повільною інституціоналізацією цієї дисципліни в українських умовах.

**Мета:** визначити та охарактеризувати головні напрямки і перспективні школи сучасної української культурної антропології.

**Матеріали та методи:** розподіл шкіл здійснено за диференціальною методикою Ф. Лерша.

**Результати.** Культурна антропологія - це міждисциплінарний розділ антропології (науки про людину – див. Вовк Хв., 1918), що досліджує людину як об'єкт та суб'єкт культури. Вона прагне узагальнити типи і форми людської поведінки, рефлексивних реакцій. Культурна антропологія також слугує методологічним дороговказом для тих вчених, які розглядають світ як поліетнічну структуру (сукупність багатьох рас, народів, племен, мовних груп). В дослідницькому об'єктиві культурної антропології знаходиться генеза культури як специфічного продукту людського мислення. Ця дисципліна вивчає культурні, історичні, соціальні явища крізь призму поведінкових (біхевіористських) індивідуальних якостей. Суспільство нею розуміється як сума таких якостей і функціональних здатностей. Сьогодні прийнято об'єднувати культурну і соціальну антропологію в єдиний науковий напрямок, що здобуває закономірну назву «соціокультурна антропологія» (Бромлей Ю., 1981; Мельник В., 2015). При цьому, соціальні явища вважаються прямим наслідком культурного процесу. Суспільство вивчається як продукт культури (Мельник В., 2015). В Україні основні проблематики культурно-антропологічних студій можна поділити на чотири школи. 1) Львівська школа (ЛНУ, УКУ) займається вивченням історичних вимірів культурної антропології (історії культури). 2) Академічна школа (НПУ ім. М. П. Драгоманова, Відд. соц. антропології ІН НАН України, Інститут історії України НАНУ) досліджує проблеми сучасного світогляду людини (та світогляду ХХ ст.). «Людина розглядається як «особистісне буття в світі» у всій повноті свого «тут-і-тепер» існування». 3) Етнологічна школа (Відділ етнокультурології та культурної антропології ІК НАМУ та ІМФЕ НАНУ) вивчає особливості традиційного світогляду етносів, базуючись на ідеях національного детермінізму. 4) Політична школа (КНУ ім. Т.Г.Шевченка) звертає увагу передусім на

соціально-політичний розвиток спільнот. Для її представників характерний акцент на інститутах громадянського суспільства як суб'єктах і об'єктах локальної культури.

**Висновки:** сьогодні в Україні можна виокремити чотири головні школи культурної антропології (львівську, академічну, етнологічну, політичну). Кожна з цих шкіл має значну автономію у питаннях тлумачення проблемного поля культурної антропології. Наприклад, використання терміну «соціокультурна антропологія» частіше зустрічається в етнологічній і політичній школах, тоді як львів'яни частіше розмежують ці поняття.

Д. Р. Островерха  
**ПРОБЛЕМА СПІВВІДНОШЕННЯ РЕАЛІЙ ТА НОМІНАЛІЙ У ФІЛОСОФІЇ АНСЕЛЬМА  
КЕНТЕРБЕРІЙСЬКОГО**

Кафедра філософії та суспільних наук  
К. М. Вергелес (доц., к. філос. н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця

**Актуальність:** Серед видатних філософів-схоластиків епохи Середньовіччя, особливе місце займає Ансельм Кентерберійський, який, завдяки своїй освіченості, побожності і сердечності, змінив уявлення людей про Бога та змусив християнський світ заново вчитися жити по Святому Письму. Значного розвитку в його творчості набуває саме проблема співвідношення реалій та номіналій, яку він, на відміну від своїх попередників, вирішує на користь реалізму, стверджуючи, що загальне поняття первинне по відношенню до одиничного( сутність Святої Трійці). Ансельм вважав своїм основним завданням зрозуміти Бога як найвеличніше з того, у що він вірить та гармонізувати розум й віру у свідомості кожного.

**Мета:** дослідити головні онтологічні докази існування Бога, як найдосконалішої істоти у філософії Ансельма Кентерберійського; з'ясувати головну у схоластиці проблему реалій та номіналій.

**Матеріали та методи:** в процесі виконання даної роботи були застосовані такі методи: аналітичний, діалектичний, порівняльно-історичний, дедуктивний, силогізація та логічне міркування. Були опрацьовані наукові праці та статті Пхиденка С. С., Бодак В. А., Жаркової Г. В., О. Александрової. Проаналізовано роботи Ансельма Кентерберійського: «Прослогіон», «Монолог», «Чому Бог став людиною».

**Результати:** Вивчення проблеми співвідношення реалій та номіналій у філософській думці Ансельма Кентерберійського не дарма вважається домінуючою у схоластичній філософії, розв'язок якої має безпосереднє відношення до логічної інтерпретації головного догмату теології - сутності Святої Трійці. Що таке Свята Трійця? Це один Бог, чи сума трьох? Схоластика вирішує проблему шляхом визначення, що спочатку: загальне поняття - Бог, чи сума одиничних - Бог Батько, Син божий і Дух Святий, і як вважає Ансельм, первинним і визначним є ніщо інше, як загальне поняття. У своєму онтологічному доказі буття Всевишнього він трактує, що Бог - це те, більше чого не можна помислити; Він- найдосконаліша Істота; для Нього бути і бути присутнім у мисленні - є одне й те саме.

**Висновки:** Ансельм Кентерберійський, попри критику та недовіру, все ж таки зміг залишити свій відбиток в історії розвитку філософії та теології. Як засновник схоластичного світогляду європейського Середньовіччя, він сміливо занурюється у вирішення актуальних проблем та ,продовжуючи традицію патристичної філософії, Ансельм усвідомлює Бога як абсолютну повноту, цілком самодостатню, таку, що має єдину природу. Всевишній як Творець постає як Трійця, де Син - Божественне Слово, сутністю єдине і рівне Отцю, в чому й власне полягає проблема співвідношення реалій та номіналій. А своїм онтологічним доказом Божественного буття, Ансельм зумів закласти раціоналістичну впевненість та продемонструвати усім наскільки цінне людське мислення.

D. R. Ostroverkha  
**MODERN IDEAS ABOUT GENE THERAPY FOR PARKINSON'S DISEASE**

The Chair of Foreign Languages  
Liudmyla Lozynska, PhD(Pedagogy), Associate Professor,  
Vinnitsya National Pyrogov Memorial Medical University  
Vinnitsya, Ukraine

**Actuality:** Parkinson's disease is the second most common neurological disorder in the world having both sporadic and familial cases. More than 127,000 people in the UK suffer from it.

The disease usually affects those over the age of 50, but one of 20 patients is younger than 40. 4.1 millions of people are affected with Parkinson's disease worldwide, the number of such patients is expected to be doubled in 2030. Gene therapy (use of genes as medicine) is effective and newly discovered treatment of many central nervous system disorders including Parkinson's disease. Hence gene therapy of Parkinson's disease involves the use of both viral and non-viral vectors.

**The aim of the study:** to explore epidemiology and risks of Parkinson's disease (PD); to learn the genetics and symptoms of PD; to familiarize with the methods of possible PD treatment using genes as medicines; prevention of this disease, using case history of Sheila Roy and other topics about this disease.

**Materials and methods:** An exhaustive literature search was conducted in Medline, CINAHL, Web of Science, Google, and EBMR multifile, using such search terms as gene therapy and Parkinson's disease in combination and alone, as well as terms known to be synonymous. The search was limited to the clinical trials, articles from Journal of Molecular and Genetic Medicine articles and dissertations on the themes "Gene Therapy for Parkinson's disease", "Viral and non-viral methods of gene delivery to target cells", "Gene therapy: Twenty-first century medicine", case history of Sheila Roy etc.

**Results:** Over a period of three months, the assessed patients have shown an average 29 per cent improvement in motor function; 36 per cent improvement in mental function; 15-56 per cent improvement in their neuropsychiatric features such as anxiety (18%), panic attacks (27%), mood disorder (35%), loss of breath/rapidity (40%), depression (23%), illusion (49%), delusion (54-56%), dementia (33-38%) etc. Sense of smell had 30 per cent improvement in 13 patients. Optical contrast and hue judgment had 16 per cent improvement in 8 patients. Sleep complaints decreased to 68 per cent in all patients.

**Conclusions:** Parkinson's disease is a serious CNS disorder that needs treatment on urgent basis as it has many symptoms which become worst with the passage of time. Its prevalence is increasing and it has both genetic and sporadic factors involved. Different products have been designed using gene therapy for the treatment of Parkinson's disease including Parkin, GDNF and alpha synuclein. But still there is a need in further research in this field.

А. М. Паньків

#### МІЖНАРОДНІ ВІДНОСИНИ ТА СУЧАСНА ХРИСТИЯНСЬКА ПОЛІТИЧНА АНТРОПОЛОГІЯ

Кафедра політології КНУ ім. Тараса Шевченка

Ф. М. Кирилук (д. філос. н., проф.)

Київський національний університет ім. Тараса Шевченка

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Київ, Україна

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Серйозні політичні виклики, що перманентно постають перед міжнародним співтовариством, зумовлені системною кризою економічних та правових інститутів (Скаленко О., 2002). Але не варто забувати: інститути – це елементи організації суспільного життя (Кирилук Ф., 2009). Криза інститутів є проявом глибинних соціальних процесів (Еліас Н., 2001). Сучасна політична антропологія, що розробляється богословами та філософами християнського світогляду (передусім, католицькими та православними), зосереджена навколо розв'язання суперечностей між різними соціальними процесами. Основним «глибинним» соціальним процесом у міжнародних відносинах вважається глобалізація (Скаленко О., 2017; Мельник В., 2017).

**Мета:** на основі аналізу спеціальної літератури, визначити головні тези сучасної християнської політичної антропології (католицької і православної).

**Матеріали та методи:** монографії У. Бека (2001), З. Бжезинського (2006), О. Білоруса (2008), Е. Гідденса (2004, 2008), Н. Еліаса (2001), М. Крома (2004), В. Леонова (2013), В. Мельника (2015, 2017), О. Панаріна (2003), О. Скаленка (2002), Е. Сміта (2008), Ж. Рюса (1998), С. Хантінгтона (2003), В. Чернишова (2010), Л. Шеховцової (2013).

**Результати.** Між католицькими та православними ідеологами досягнуто консенсусу в розумінні глобалізації. Вона визначається як соціальний процес, що був обґрунтований ідеологами лібералізму для розв'язання військових конфліктів та міжетнічних протистоянь. При цьому, прийнято використовувати тезу про «межу глобалізації», що, на думку більшості вчених, настає сьогодні. Ознакою «межі глобалізації» вважається момент, коли глобалізаційні процеси, покликані вирішити проблему конфліктів, перейшли під маніпулятивний контроль з боку конфліктогенних чинників. Глобалізація називається невинуватою ідеологією, оскільки сила зброї, протистоянь та упередженого ставлення диктує їй свої умови. Кількість збройних конфліктів у світі не зменшується. Глобалізаційні практики і ліберальні ринкові експерименти багатьох країн стали однією з причин відновлення право-популістських рухів. При цьому, зростання націоналістичних рухів корелює із падінням відповідальності держав.

Християнські антропологі зазначають, що в контексті глобалізації відбувається ще один негативний політичний процес – десуверенізація держав. У цьому контексті, особливо цікавий інтерес християнської антропології до проблеми суверенітету. Тут мова йде про історичну детермінацію державно-церковних відносин (церковна складова ставиться на перше місце). Підкреслюється: оскільки «омріяного» багатьма

ліберальними (чи навіть пост-ліберальними) філософами «кінця історії» не буде, на арені світової політики залишилися всі ті ж гравці – нації, класи, держави, культурні практики і традиції, закони. Виходячи із тотожності соціально-економічних структур (в історичному процесі та сьогодні), християнська політична антропологія будується на наступних тезах:

а) Соціальна еволюція не може бути відокремлена від історії, яка, в свою чергу, вивчає спільноти. Модернізація тривала надто мало часу, аби робити висновки про її соціально-культурну ефективність. Наразі вона демонструє неспроможність подолати причини своєї появи – соціальну несправедливість, ринкову нестабільність, бідність. Поряд із наростанням економіко-технічного потенціалу модернізації спостерігається швидке падіння соціального добробуту. Якщо не змінилась сутність засадничих проблем світової історії (низька відповідальність держав, використання політики та міжетнічних конфліктів як засобу перерозподілу ресурсів, класова нерівність і майнове розшарування суспільства), то як же можна говорити про модернізацію в минулому часі та стверджувати, що ми знаходимося у процесі творення нових форм соціально-економічного співжиття? Потрібно шукати іншого визначення та вирішення для засадничих проблем світової історії.

б) Формування сучасних держав відбувалось за доби Просвітництва (в умовах секуляризації). Якщо взяти за увагу, що Просвітництво ставило найголовнішою вимогою своєї епохи відокремлення розуму від віри, то можна стверджувати, що сучасний теоретичний фундамент державності має раціональну сутність. Чи означає це перевагу практичного інтересу над духовними потребами? Очевидно, що означає. Завдання для християнства на сучасному історичному етапі, на думку провідних традиційних теологів, становить реалізація політичних моделей переваги духовних потреб над практичними інтересами.

в) Правова держава – це стійке політичне утворення, де юриспруденція базується на символічності свого змісту. Протестантські рухи і ліберальні теоретики досягли домінуючого становища особистісного та індивідуалізованого змісту поширених сьогодні правових концепцій. Сучасне право «розвинених країн» використовується як інструмент глобалізації, що реалізує свою мету через визначення пріоритетності особистих прав. Секуляризація, свого часу, дуже боляче вдарила по вірі європейців. Тактично вона свого домоглась – раціоналізація «політично» перемогла віру. Але ж раціоналізація, як передумова і дієвий фактор модернізації, не принесла обіцяних суспільних благ. Отже, ліберальна доктрина (її практичні інструменти: глобалізація, модернізація, раціоналізація) стратегічно програє вже сьогодні.

**Висновки.** Християнська політична антропологія підкреслює обцину сутність людської психології. Виходячи із поняття про соціальну кризу раціоналізації, християнська політична антропологія активно працює над виробленням дієвої моделі *соціально-правової держави*, де домінуюча роль належатиме не особистості (з верховенством її егоїстичного права) чи інститутам (з верховенством їхніх політичних інтересів), а соціальній взаємодії. Вважається, що на певному етапі, держави та суспільства, дороги яких в умовах глобалізації розходяться, будуть змушені вхопитись за таку (або аналогічну) модель як за рятівну соломинку – заради повернення стабільності та відновлення соціальної комунікації. Логіка історичного процесу свідчить, що соціально-психологічні «перевантаження» породжують жорсткі антитези. Політико-антропологічна доктрина традиційних християнських конфесій, у цьому контексті, позиціонує себе як антитеза неолібералізму та раціоналізації. повинна перетворюватись в антитезу лібералізму та раціоналізації.

А. М. Паньків

## СТАНОВЛЕННЯ ТЕОРІЇ «ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я» В СИСТЕМІ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А. П. Гель (к. ю. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Вітчизняні поняття про інститути медичного права, що набули свого нормативного вираження в «Основах законодавства України про охорону здоров'я» (1992, чинна ред. від 30.01.2018) та інших нормативно-правових актах, розвивались автономно від сфери міжнародного медичного права (ММП), керуючись здебільшого диспозитивним методом. Існуюче на міжнародному рівні різноманіття моделей співвідношення між диспозитивним та імперативним регулюванням охорони здоров'я має бути проаналізоване фахівцями задля ефективної уніфікації вітчизняного поняттєво-категоріального апарату медичного права (МП).

**Мета.** Дослідити становлення «права на здоров'я» як інституту ММП, порівнюючи головні диспозитивні та імперативні підходи в його визначенні.

**Матеріали та методи:** Статут ВООЗ (1948), текст «Бразильського Меморандуму» (1945), Збірник початкових документів ВООЗ (1962); монографії Л. Плеханової (2015), В. Іваненка (2003), Б. Тобеса (2001), Є. Лукашової (1999), Х. Сігеріста (1941, репр.); статті Є. Гнатик (2015), В. Ольховикова (2014), С. Шаяхметова (2014), В. Москаленка (2003).

**Результати.** Формування системи ММП пов'язано із кардинальними трансформаціями післявоєнної системи міжнародних відносин (1945 р.). 22 липня 1946 р., в структурі ООН було створено Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ). Її Статут проголосив головною метою міжнародної комунікації «досягнення всіма



народами якомога вищого рівня здоров'я» (ст. 1). Разом із тим, право на здоров'я вперше було розроблено Конституцією Мексиканських Штатів (1917), де забезпечувалось право кожного громадянина не тільки отримати медичну допомогу, але і пройти курс профілактичних заходів, організованих і скерованих державою. До 1940-х рр. термін «право на здоров'я» розповсюдився країнами Латинської Америки, ставши відмінною рисою регіональних конституційно-правових систем. Пізніше «здоров'я людини» проголошувалось «пріоритетом» в Конституціях РРСФР (1918), СРСР (1923, 1936), постверсальської Німеччини (1919). Втім, роль латиноамериканських правників у міжнародному закріпленні «права на здоров'я» була найбільш визначною. Установча конференція ООН у Сан-Франциско (1945), обговорюючи диспозицію ст. 55 Статуту ООН, взяла за основу текст «Бразильського Меморандуму», в якому бразильські делегати назвали медицину «опорою миру та стабільності». Ст. 55 Статуту ООН зазначає: «ООН повинна сприяти вирішенню міжнародних проблем, пов'язаних із здоров'ям людини». Подальше створення ВООЗ, згідно із рішенням Нью-Йоркської конференції (22.09.1946), відбувалось в межах «реалізації керівної ролі ООН у справі організації міжнародної медичної допомоги» (Гнатик Є., 2015). Проголошення Статутом ВООЗ (набув чинності 5 квітня 1948 р.) здоров'я як «стану повного фізичного, душевного та соціального благополуччя» повністю реформувало зміст та дух права на здоров'я, так як медичне право стали визначати насамперед як систему «соціальної нормотворчості» (Москаленко В., 2003). Є. Лукашова підкреслила, що ООН, формуючи ВООЗ, реалізував «імперативну концепцію соціального керівництва» проф. Х. Сігеріста, який ще в 1941 р. обстоював необхідність централізованого управління стандартами медичної допомоги з боку міжнародного органу (Лукашова Є., 1999). Визнаючи право на здоров'я складовою частиною прав людини (Загальною декларацією прав людини, 10.12.1948), ООН в особі своєї Генеральної Асамблеї чітко заявляла про імперативний характер тлумачення цього права (Тобес Б., 2001). Аналіз перших установчих документів ВООЗ, здійснений В. О. Іваненком, свідчить про директивну природу актів (Іваненко В., 2003). Зокрема, ВООЗ дозволяла собі не тільки надавати оцінки національним стратегіям охорони здоров'я (в тому числі щодо колоніальних регіонів), але і видавати директивні розпорядження з приводу використання тих або інших термінів, імплементації тих або інших значень (див. Документи ВООЗ, Женева, 1962). В 1978 р., нормами Алма-Атинської декларації (Великої хартії охорони здоров'я), право на здоров'я було визнано таким, що не може залежати від будь-яких політичних чи соціально-ієрархічних обставин. Конференції ВООЗ 1991 та 1994 рр. декларували одночасну «приватність» та «публічність» цього права (Шаяхметов С., 2014), що сьогодні приводить до його етичного обґрунтування (Ольховиков, 2014).

До початку 2000-х рр., право на здоров'я пройшло через етап дебіюрократизації, коли більшість країн світу внесли це поняття до своїх основних законодавчих актів (Москаленко В., 2003). Воно врешті визначалось як приватне право, що не може бути обмежено жодними адміністративними інструментами (наприклад, втручанням поліції або кримінальним переслідуванням – навколо цього тривало найбільше дискусій). Теоретичні протиріччя виникають лише в аспекті участі державних інститутів у процесі забезпечення реалізації права на здоров'я. З одного боку, особа, керуючись диспозитивною логікою, «має право» (а не обов'язок!), а отже, має можливість його не реалізувати. З іншого боку, більшість спеціальних нормативно-правових актів романо-германської системи (в т. ч. вітчизняне законодавство) зобов'язують лікаря та медичний персонал рятувати життя та здоров'я людині навіть тоді, коли вона від цього відмовляється. У цій романо-германській особливості досі вбачають ознаку імперативної сутності права на здоров'я (Гнатик Є., 2015). Не отримавши чіткого розмежування «приватного» та «публічного», право на здоров'я, будучи складовою частиною системи Human Rights, поступово переходить в площину т. зв. «юридичної етики» (Ольховиков В., 2014). В будь-якому разі, необхідно визнати, що його етична природа превалює над формально-юридичною.

**Висновки.** а) Нормативне народження «права на здоров'я» відбулось в 1917 р. (Мексиканська конституція). Міжнародній імплементації цього права світ зобов'язаний активній позиції бразильської делегації на Установчій конференції ООН у Сан-Франциско. Враховуючи, що своє диспозитивне наповнення (як право рівних можливостей), право на здоров'я отримало спочатку в країнах Південної Америки, ми цілком можемо говорити про його латиноамериканське походження в системі ММП. б) Формування ВООЗ (1948) змінило сутність права на здоров'я, оскільки тепер йшлося не тільки про рівні можливості в отриманні медичної допомоги, але і про уніфікацію соціальної інфраструктури. Розробляючи правила цієї уніфікації, ВООЗ перетворило право на здоров'я в об'єкт директивного регулювання, що не відповідало диспозитивній сутності приватно-правових відносин. в) Сьогодні, враховуючи складнощі в методологічній оцінці права на здоров'я, все частіше лунає думка про необхідність його етичного пояснення, а не нормативного розв'язання.

А.С.Петрушина  
**УКРАЇНСЬКИЙ МОВЛЕННЄВИЙ ЕТИКЕТ**

Кафедра українознавства  
Л.І.Дмитрук ( канд. філол. наук, доцент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Стельмахович М. Г. зауважує: "Не треба забувати, що будь-який, навіть найменший відступ від мовленнєвого етикету псує настрій, вносить непорозуміння в людські стосунки, а інколи, навіть, калічить душу і раниць серце людини". З давніх-давен український народ славився своєю чуйністю, гуманізмом, доброзичливістю, всі ці риси найкраще проглядались у мовленнєвому етикеті. Проте, чи дотримуються етикету мовлення в наші дні, чи живуть сучасні українці за його правилами?

**Мета:** Дослідження мовленнєвого етикету наших пращурів та порівняння з мовним етикетом українців сьогодення.

**Матеріали та методи:** при написанні роботи використовувалися порівняльно-історичний, соціологічний методи на матеріалі мовленнєвого етикету українців.

Правила мовного етикету, що витворювались тисячоліттями українським народом, становлять особливу групу стереотипних, стійких формул спілкування, що реалізуються в основному в одиницях лексичного («Добрідень!»), «Вибачте», «Дякую», «Добраніч» тощо), фразеологічного («Ні пуху ні пера») і частково морфологічного рівнів (вживання займенникових і дієслівних форм пошанної множини, напр...: Ви чарівні, тато казали і т. ін..). Структуру мовного етикету визначають такі основні елементи комунікативних ситуацій, які властиві всім мовцям: звертання, прощання, вибачення, прохання, запрошення, згода, відмова та багато інших.

Дотримуватись мовного етикету – не що інше, як бути ввічливим. Міру вияву ввічливості в українській мові передає ціла низка слів на означення цього поняття: гречний, чемний, шанобливий, обхідливий, приязний, тощо. Таким чином, дотримуючись правил мовного етикету, ми «передусім засвідчуємо свою вихованість, шану і уважність до співрозмовника, привітність, доброзичливість, делікатність, тобто риси, віддавна притаманні нашому народові».

Сьогодні все рідше можна почути «Ви» при звертанні до батьків. Ми забуваємо сказати «дякую» в магазині чи «перепрошую», коли трапляються казуси з нашої вини. Здається, що все це не так суттєво і доволі легко виправити, але такі «порушення мовленнєвого етикету» входять в звичку. Суспільство знецінює поведінкові приписи, що будувались століттями.

**Результати:** Національні риси мовленнєвої поведінки українців відображають як їхню зовнішню культуру, так і глибокий та багатий внутрішній світ. Ввічливість українців не має зовнішнього, формального характеру, а випливає з їхньої культури.

**Висновки:** Український мовленнєвий етикет відзначається неординарністю, різноманітністю форм, емоцій і почуттів, бо постав на власному національному ґрунті та «шліфувався» не один десяток років. Він віддзеркалює лагідну вдачу українців, схильність до коректності й толерантності в людських стосунках, зневагу до брутальності. Чому ж те, що віками було окрасою людського спілкування неприпустимо швидко девальвує? Постає і наступне питання «Як бути?», як уберегти мудрість і вагомість мовного етикету – одне з надбань нашого народу, а відповідь надзвичайно проста – розпочніть змінювати цю скрутну ситуацію із себе.

Н.В.Плющик, К.Й.Баркасі, О.В.Качуровська

**ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В УКРАЇНІ: ПРАВА ДОСЛІДНИКІВ ТА ПАЦІЄНТІВ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
В.Ф. Зверховська (к.мед.н., ас.)  
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними ВООЗ дві третини зареєстрованих випадків летальності у світі пов'язані з невиліковними неінфекційними хворобами, що зумовлює пошук нових методів надання медичної допомоги. Історично відомо, що часом вчені нехтували правами учасників експериментів, позбавляючи їх вибору. Наразі існує низка законів, яка регламентує права та обов'язки кожної зі сторін.

**Мета:** Дослідити правове підґрунтя діяльності експериментальної медицини в Україні.

**Матеріали та методи:** аналіз нормативно-правових актів України, літературних джерел.

**Результати:** Правові відносини між лікарем-дослідником та його пацієнтом чітко регламентовані світовою спільнотою. Нюрнберзький кодекс, Гельсінська декларація, Конвенція про права людини та біомедицину були створені задля збереження безпеки кожної особи. У Конституції України закріплено право на повагу людської гідності, регламентовано норми проведення медичних, наукових чи інших дослідів, а саме заборону їх виконання без добровільної згоди залучених осіб. Гуманність, повноліття та дієздатність особи є вимогами Цивільного кодексу України. Закон України «Про лікарські засоби» від 4.04.1996р., наказ МОЗ України від 17.04.2007р. №190 та наказ МОЗ України від 24.05.2006р. № 314 регламентують особливості досліджень медичних препаратів.

Клінічне випробування - вид медико-біологічного експерименту, що досліджує вплив способів лікування чи препаратів на здоров'я пацієнта. Складається з таких етапів: комп'ютерне моделювання; доклінічне дослідження на тваринах; перший етап клінічного дослідження, у якому приймають участь до 100 осіб; другий етап - до 600 пацієнтів з відповідним діагнозом; на третьому етапі залучають до 10 тис. пацієнтів. Складність зумовлює ризики, а саме відсутність гарантованої безпеки процедур, наявність «сліпих» контрольних груп, недостатня правова грамотність населення. У статтях 141 («Порушення прав пацієнта») та 142 («Незаконне проведення дослідів над людиною») Кримінального Кодексу України передбачено кримінальну відповідальність за відсутності письмової згоди пацієнта. На жаль, немає конкретного визначення поняття медичний експеримент, що спричиняє складнощі у визначенні чіткої межі між медичним втручанням та медичним експериментом.

**Висновки:** Правові акти постійно удосконалюють, проте залишається ще чимало етичних та медико-біологічних дискусій. Однак в Україні єдиним шляхом вирішення даної проблеми є контроль виконання та чітка регламентація принципів проведення експерименту: суспільно-корисна мета, наукова обґрунтованість, гласність результатів, збереження лікарської таємниці, успіх має переважати ризик, правова грамотність населення.

А.А. Повражек, І.В.Зубченко

## **ДЕФЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПОНЯТТЯ І ВИДИ**

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:** в суспільстві існує потреба у вирішенні питань якості медичних послуг та дефектів їх надання, оскільки помилки в діяльності медиків негативно впливають на найвищі цінності в суспільстві – життя та здоров'я людини. Незважаючи на значний прогрес у медицині, і сьогодні ніхто не може гарантувати обов'язкову успішність лікування, оскільки кінцевий результат будь-якого медичного втручання залежить від безлічі чинників: від об'єктивних обставин, професіоналізму лікаря і від самого пацієнта.

**Мета:** визначити поняття «дефект надання медичних послуг», розглянути та проаналізувати його види, співвідношення з якістю медичних послуг.

**Матеріали і методи:** світова та вітчизняна література, фахові статті, монографії за останні 10 років.

**Результати:** у медико-правовій науці і практиці існують різні точки зору щодо поняття дефектів роботи медиків. Проте частіше автори звертаються до визначення належної і неналежної роботи лікарів. Як основний критерій неналежного надання медичної допомоги пропонується або недотримання вимог медичної науки і порушення вимог деонтології, або порушення норм медичної етики і медичного права, затверджені офіційними інструкціями і правилами Міністерства охорони здоров'я. В той же час з позицій сучасного розвитку медичного права разом з поняттями належного або неналежного надання медичної допомоги важливо дати медико-правове визначення дефекту при наданні медичної допомоги. Дефект надання медичної допомоги - це неналежне здійснення діагностики, лікування хворого, організації медичної допомоги, яке призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання. Враховуючи необхідність медико-правового осмислення дефектів надання медичної допомоги, зважаючи на підходи, що існують у правовій науці, оптимальним є такий варіант правової класифікації дефектної роботи медиків. Відповідно до нього розрізняють такі види:

- 1) Медична помилка – це дефект у наданні медичних послуг, який проявляється в діях (бездіяльності) медичних працівників, спричиняючи негативні наслідки для пацієнта, викликаний об'єктивними чи суб'єктивними причинами, що не має ознаки злочину
- 2) Нещасний випадок- настання негативних наслідків для життя, здоров'я пацієнта, викликаних випадковим збігом обставин, при якому медичний працівник діяв в межах посадових інструкцій, не порушував нормативи та стандарти, але настання негативних наслідків не зміг передбачити.
- 3) Професійний злочин- якщо дефект медичної послуги став наслідком умисних дій, спричинив тяжкі наслідки для здоров'я пацієнта або став причиною смерті, настає кримінальна відповідальність.

**Висновок:** розглядаючи дефекти надання медичних послуг, можна знайти прямий причинний зв'язок між діями медичного працівника і пацієнта та негативними наслідками, що настали.

В.О. Поперечний, І.М. Беца, , І.Т. Кульчицький  
**ЕКОНОМІЧНА БЕЗПЕКА ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ**

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А. Марчук(ст. викл.)

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

**Актуальність:** У XXI ст. проблема забезпечення безпечного існування людини не тільки зберегла свою гостроту, а й значно актуалізувалася у зв'язку з новими викликами, небезпеками й загрозами, що набувають глобального характеру. Поряд із традиційними небезпеками й загрозами XX ст. – війнами, політичною нестабільністю, природними катаклізмами – з'явилися нові небезпеки й загрози у вигляді поширення міжнародного тероризму й злочинності, значного погіршення екологічного стану середовища перебування людини, наркоманізації та алкоголізації населення багатьох країн, масштабних техногенних аварій і катастроф, зміни клімату, вичерпання природних ресурсів, зменшення чисельності населення, проблеми зайнятості населення

**Мета :** Визначити наявні глобальні економічні для того, щоб була можливість пояснювати становище сучасного суспільства з економічної точки зору. Проінформувати про економічні небезпеки нового тисячоліття.

**Матеріали та методи:** Обробка, опрацювання достовірних та науково обгрутованих джерел, аналіз наукових публікацій з ресурсу PubMed, репозиторій бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** Економічна безпека особистості характеризується станом, при якому гарантовані умови захисту життєвих інтересів, забезпечується система соціального розвитку й соціальної захищеності особистості. Забезпечення економічної безпеки окремої особистості складається з таких складових:

- 1.Формування економічної інфраструктури особистої безпеки людини. Вона передбачає наявність економічних передумов використання людиною власних ресурсів для забезпечення безпечного рівня та якості життя з боку держави.
2. Формування економічних передумов використання людиною власних ресурсів зі сторони підприємств для забезпечення відповідного рівня доходів.
3. Розвиток людиною власних фізичних здібностей, інтелектуальних і професійних знань для забезпечення власного рівня та якості життя, протидії економічним загрозам.
4. Використання правосуддя для протидії порушенням економічних прав людини на підставі Конституції та інших законів.
5. Страхування особистих економічних ризиків.
6. Захист житла за допомогою технічних засобів.

**Висновок:** В цілому, проблема економічної безпеки особистості є комплексною. Передумовою її рішення є оптимальний розвиток усіх сфер життєдіяльності: виробничої, економічної, соціальної, політичної та духовної. Безпека особистості – це, насамперед, можливість для реалізації власних здібностей, які в умовах соціально-ринкової, а тим більше –ринкової економіки визначаються обсягами реальних доходів, рівнем і якістю життя. Але, у значній мірі, вона залежить і від власного фізичного і інтелектуального розвитку людини.

Popowa A.R.

**DIE ROLLE DER PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IN DER HEUTIGEN URBANISIERTEN WELT.**

Lehrstuhl für Fremdsprachen

L. Mazur (Oberlehrerin)

Pirogow-Hochschule in Vinnyzia, Ukraine

**Aktualität:** In der modernen Welt steht eine Person vor vielen Faktoren, die ihre körperliche und geistige Gesundheit verschlechtern. Das Problem der Geisteskrankheiten ist heute relevant, da sich immer mehr Menschen an Psychiater wenden oder schwere erworbene psychische Störungen haben. Psychische Störungen treten in vielfältigen Erscheinungsformen auf und können großes persönliches Leiden verursachen. Sie gehören zu den am weitesten verbreiteten Erkrankungen: So schätzt die Weltgesundheitsorganisation, dass weltweit etwa 300 Millionen Menschen von Depressionen, 47,5 Millionen von Demenz und 21 Millionen von Schizophrenie betroffen sind.

**Ziel:** Erforschung der Arten von Geisteskrankheiten und ihren Ursachen. Untersuchung der Beziehung zwischen Suizidfällen und psychischen Störungen.

**Materialien und Methoden:** wissenschaftliche Artikel zum Thema, psychiatrische Forschungen.

**Ergebnisse:** Trotz Vorurteilensind viele psychische Erkrankungen heutzutage gut behandelbar. Sowohl Psychotherapie als auch Psychopharmaka sind wissenschaftlich fundierte Mittel zur Behandlung psychischer Erkrankungen. Bei Störungen, die einen Wert von 40 auf der GAF-Skala nicht unterschreiten, kann Soziotherapie begleitend angewendet werden.

In der klinischen und wissenschaftlichen Anwendung haben heute zwei Diagnose- und Klassifikationssysteme eine weltweite Bedeutung:

- die auf internationale Anwendung abzielende Internationale Klassifikation psychischer Störungen als Teil des ICD-10 der WHO
  - das in erster Linie auf die USA abzielende, aber ebenfalls international gebräuchliche Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association (APA).
- Die Ursache der Krankheit kann alles sein, von ständigen Belastungen bis hin zu Hirnschäden. Die Erkrankungsraten sind je nach soziodemographischer Gruppierung sehr unterschiedlich:
- Altersverteilung – Psychische Störungen werden am häufigsten bei jüngeren Erwachsenen (18–34 Jahre) diagnostiziert und am seltensten bei Älteren (65–79 Jahre).
  - Sozioökonomischer Status – Im Mittel werden psychische Störungen in unteren sozioökonomischen Schichten häufiger diagnostiziert als in höheren.
  - Urbanität – Hinsichtlich der „Verstädterung“ lässt sich ein Trend zu höheren Erkrankungsraten in Großstädten über 500.000 Einwohner erkennen.

Eine Längsschnitt-Studie ergab, dass über 80 % aller Untersuchten zwischen Geburt und mittlerem Lebensalter mindestens kurzzeitig unter einer psychischen Erkrankung litten. Laut WHO leidet gut ein Viertel der Weltbevölkerung einmal in ihrem Leben an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung. Eine Metaanalyse der TU Dresden geht sogar von einem Lebenszeitrisko von mehr als 50 Prozent aus.

**Schlussfolgerungen:** Häufig hat man völlig falsche Vorstellungen von psychischen Erkrankungen. Das hält viele Betroffene auch davon ab, Hilfe zu suchen und sich behandeln zu lassen. Jemandem, der psychisch krank ist, kann es sehr schwer fallen, darüber zu sprechen, und er erfährt von anderen nicht immer Unterstützung und Verständnis. Daher muss die moderne Gesellschaft auf psychische Erkrankungen achten. Sie sollten studiert werden, um ihre Ursachen zu verstehen und sie wenn möglich zu vermeiden

М. Ю. Поронник

## ПРАВОСЛАВНИЙ ПОГЛЯД НА БЕРЕСТЕЙСЬКУ УНІЮ 1596 РОКУ

Кафедра філософії та суспільних наук

В. М. Мельник (викладач)

Вінницький національний медичний університет М.І.Пирогов

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Берестейська унія, що була проведена у м. Берестя (сучасний Брест) у 1596 р., стала найважливішою історичною подією в релігійному житті України XVI-XVII ст. (див., напр., Крип'якевич І., 1990; Хоткевич Г., 1992). Кожна значна історична подія породжує безліч суперечностей і соціальних проблем, що не залишають нащадкам шансів на повністю об'єктивну оцінку (Мельник В., 2017). Не є виключенням і Берестейська унія.

**Мета:** розглянути православну оцінку унії 1596 р. як канонічну за суттю і формально-юридичну за формою.

**Матеріали та методи:** системні курси історії України (Полонська-Василенко, 1992; Хоткевич Г., 1992; Субтельний О., 1992), дослідження Матвія Стахова «Христова Церква в Україні, 988-1596» (1995), монографії (Костомаров, 1988; Дашкевич, 2016 etc), православна полемічна література та збірники документів.

**Результати.** Кінець XVI століття – час духовної кризи в структурі вітчизняного православ'я. Для православної історіографічної традиції характерне пояснення причин цієї кризи через призму польської репресивної політики. Також православні автори наголошують на різній мотивації серед єпископів-прихильників унії з Римом. Тиск королівської адміністрації та геополітичні умови призвели до того, що єпископи порушили церковні закони, аргументуючи це «благими намірами відновлення Флорентійських рішень 1439 р.». Головна теза православної історіографії – відсутність факту «об'єднання» між католиками та православними. Відбулось поглинання першими других. Православна канонічно-правова література і досі підкреслює, що формат реалізації унії порушував основні принципи еклесіології. Зокрема, організація князем Острозьким паралельного собору в Бересті, недвозначно тлумачиться як головна юридична перешкода ухваленню будь-якого рішення. Крім того, константинопольський патріарх звелів анафемувати новоспечений греко-католицький клір. Все це надає «Берестейському собору Острозького» канонічної легітимації в очах сучасних православних богословів.

Для православної історико-правової історіографії притаманна побудова схеми, у відповідності з якою, незаконна Берестейська унія (1596) була наслідком незаконної Флорентійської унії (1439) та причиною Національно-визвольної війни українців (1648-1657) – реакцією на систематичні порушення закону.

**Висновки:** Головною рисою православної історіографії в усі часи залишається різке засудження унії 1596 р. як незаконного собору, що реалізував ідеї незаконних флорентійських угод 1439 р. При цьому, кожна праця формує історіографічний образ прямого впливу Берестейської унії на події 1648-1657, що, враховуючи ментальну специфіку того часу, цілком справедливо. Так чи інакше, але Берестейська унія 1596 р., безумовно,

не виконала своєї головної теоретичної мети (досягнення миру), ставши причиною багатьох кривавих конфліктів у подальшому.

А.О.Причеп, К. В. Ляшенко  
**АНТРОПОЛОГІЯ ЯК ОСНОВА МЕДИЧНОЇ ФІЛОСОФІЇ**

Кафедра філософії та суспільних наук

В.М.Мельник(викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність.** Криза вітчизняних гуманітарних наук особливо відбивається на практичних філософських дослідженнях. Знижується не лише їхня якість та прикладне значення. Повністю відсутні дослідження галузевого світогляду. Медична філософія якраз і є таким прикладом комплексного галузевого світогляду, що потребує онтологічної, гносеологічної та антропологічної характеристики.

**Мета.** Проаналізувати сутність медичної антропології, її предмет та об'єкт. Визначити роль медико-антропологічних проблем у контексті становлення медичного світогляду людини.

**Матеріали та методи.** Монографії Дж. Лоудона (1976), Б. Агвіре (1986), Р. Андерсона (1986), К. Гірца (2000), Е. Донген та Дж. Комельса (2001), Д. В. Міхеля (2010, 2012), В. М. Мельника (2015), В. І. Харитонові (2015). Використано «екологічний підхід» Еміліо Морана (1975), здійснено реферативний огляд праць Центру медичної антропології ІЕА РАН (РФ). Використано базу даних МЦГП при КНУ ім. Т. Шевченка.

**Результати.** Антропологія – наука, що вивчає людину як природничу, онтогенетичну і расову одиницю (фізично, психологічно, історично, географічно) (Мельник, 2015). Медична антропологія – це субдисципліна антропології, що виникла на межі соціальної, культурної та біологічної антропології, для інтегративного пояснення факторів, що впливають на здоров'я та благополуччя індивідів і соціальних груп (Міхель, 2010). Медична антропологія приділяє особливу увагу сприйняттю медичної справи, хвороби та лікування в різних спільнотах (Харитонова, 2015). Ця дисципліна поєднує гуманітаристику та медицину і має передусім культурологічне значення (вивчає медицину як суб'єктно-об'єктну складову «культури») (Гірц, 2000; Леві-Строс, 2000). Інституційне становлення медантропології відноситься до 60-70-х рр. ХХ ст. (США, Канада). З того часу дисципліна розвивається саме на базі «американської моделі» (Міхель, 2010; Данилюк, 2010). Засновниками медантропології справедливо вважаються В. Вайцеккер, В. Дерр, М. Шранк, Е. Кречмер. В СРСР становлення дисципліни почалось наприкінці 70-х рр. ХХ ст. (див. Бромлей Ю., 1981) як «науки про форми і фактори мінливості організму та особистості людини в нормі та межуючих з нормою станах». Медичний історик Х. Шиппер-Гес структурував медантропологію на об'єктивну (уявлення спільнот про об'єктивний бік хвороби/лікування) та конституційну (сутність хвороби – між суб'єктивним сприйняттям та об'єктивною реальністю).

**Висновки.** Медична антропологія – це субдисципліна соціокультурної антропології, головними категоріями якої є «соціальне уявлення про хворобу» та «індивідуальне сприйняття хвороби». Важливо запам'ятати, що медична антропологія намагається пов'язати соціальний, біологічний та індивідуальний характер у тлумаченні будь-якого захворювання. Актуальним напрямком медантропології залишається «історія хвороби».

П. А. Рагуліна

**ПСИХОЛОГІЧНІ ВИМІРИ ЛЮДИНИ У ФІЛОСОФІЇ З. ФРЕЙДА**

Кафедра філософії та суспільних наук

наук. керівник К.М. Вергелес (к. філ. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Психіка людини – це айсберг, мізерно мала частина якого виступає над поверхнею води. Що лежить в основі психічного життя людини? Можливо, свідомість чи все ж таки щось інше, приховане від нашого погляду. Багато філософів, психологів та науковців інших сфер цікавилися цим питанням, але на думку З. Фрейда, поведінку індивіда зумовлює несвідоме, так зване його «*Alterego*».

**Мета.** Висвітлити принципи та основні положення вчення психологічних вимірів людини в психоаналізі З. Фрейда.

**Результати.** З. Фрейд — австрійський психіатр і невролог, предметом його вивчення були не тільки питання буття, а й людське несвідоме. В своїй науковій діяльності багато часу приділяв гносеології – вченню про пізнання, а також розробці методики вільних асоціацій, які було покладено в основу психоаналізу. Психолог сформулював концепцію структури психіки, що має такі інстанції: «Воно», «Я» і «Над-Я». Згідно філософської точки зору, «Воно» — це несвідоме, «Я» — по часті свідоме, по часті несвідоме. «Его»(Я) — центр раціональної психічної діяльності, котре приймає рішення і розв'язує конфлікти, бере участь в пізнанні зовнішнього та внутрішнього світу, забезпечує безперервність і послідовність поведінки. «Я», по суті, є розум, а «Воно» — пристрасті. «Id» (Воно) є джерелом психічної енергії, котра трансформує «Я», надаючи йому

індивідуальності, самотності, неповторності. «Я» здатне змінюватись протягом усього життя й у міру розвитку індивіду може відбуватися його диференціація в «Над-Я». В свою чергу, «Супер-Его» уособлює вимоги соціальної реальності, включає заборони та контроль інстинктивних імпульсів, основою яких є батьківські стандарти. Надалі, виникає моральний конфлікт, який змінює поняття цінностей особистості й необхідний для дорослішання людини. Згідно з розвитком цих структур, відбувається перехід індивіда до раціонального мислення, що проходить у вигляді багатьох послідовних стадій протягом дитинства. То ж досягнувши фізичної зрілості, індивіди різняться між собою силою «Его», яка проявляється в формах та ефективності діяльності людини, її життєвих цінностей. Люди з «сильним Его» об'єктивні у оцінках навколишнього світу та себе; здатні виконувати ухвалені рішення і, не вагаючись, вибирати з наявних альтернатив; вони не підкоряються сліпо своїм прагненням і можуть скеровувати їх в суспільно корисне русло. В той час, індивід зі «слабким Его» більш схожий на дитину: поведінка імпульсивна та визначається моментом; сприйняття дійсності й себе спотворено; він досягає меншого успіху в продуктивній роботі, оскільки його енергія витрачається на захист спотворених та нереалістичних уявлень про себе.

**Висновок.** Оскільки психоаналіз є терапією, спрямованою на перетворення несвідомого у свідоме, то він є самопізнанням, яке призводить до змін понять про буття та цінності і сприяє розвитку автономії особистості. Самопізнання у психоаналізі призводить також до того, що людина перестає бути рабом своїх бажань як несвідомих імпульсів, вона має змогу відповідним чином спрямовувати їх, і в результаті стає справжньою особистістю.

Попова А.Р., Сасенко В.В.

## ПСИХОЛОГІЯ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ В ДИТЯЧОМУ БУДИНКУ: ФІЛОСОФСЬКО-ЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ, СУТЬ ПРОБЛЕМИ

Кафедра філософії та суспільних наук

Вергелес К.М. (доцент, к.філос.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** оскільки невід'ємною складовою сучасного суспільства є різноманітні проблеми виховання дітей, які тим чи іншим чином були позбавлені батьківської турботи, то важливо оцінити і звернути особливу увагу на розвиток психологічно стійкої особистості в умовах життя у дитячому будинку, а також на критичні періоди формування особистості дитини, готування її до роботи в певних соціальних групах, важливість підтримки, турботи і справедливості дітей з боку вихователів, медичного персоналу і вчителів.

**Мета:** спроба дослідити етапи формування психіки у дітей, що виховуються в дитячому будинку, філософсько-етичну сутність даної проблеми.

**Матеріали та методи:** психологічні тести, психологічні статті з даної теми, статистика дітей, що перебувають в дитячих будинках Вінницької області у даний час.

**Результати:** оскільки в даний час досить багато дітей знаходиться в дитячих будинках, то важливо звернути особливу увагу на їх виховання. Дані діти втрачають батьківську турботу, що має вплив на формування світогляду, і взагалі реалізації себе, як людини, повноцінного члена суспільства. Причини, через які вони опинились в дитячих будинках - різноманітні. Найчастіше це трапляється в родинях, у яких батьки страждають на алкоголізм, або вживають наркотики, ще однією обставиною можуть бути нещасні випадки, при яких один або обидва батьки загинули.

Для оцінки стану цих дітей було проведено дослідження розвитку психологічної стійкості у двох вікових категоріях: до першої групи належать діти у віці від 4 до 6 років, до другої - 13-16 років.

Першій категорії дітей було запропоновано намалювати два малюнки: як вони бачать себе зараз та у дорослому віці ( тобто намалювати себе у певній професії), і дати відповідь на 5 запитань, які характеризують стан психіки і духовного світу дітей.

У другій категорії була проведена спроба оцінити схильність до агресивної поведінки за допомогою тесту неіснуючої тварини. Додатково було поставлено декілька запитань, які остаточно дозволили зробити певні висновки про стан духовного здоров'я.

В результаті проведення дослідження, ми отримали такі дані у відсотках: невпевненість у собі-40%; демонстративність, схильність звертати на себе увагу-30%; чутливість, тенденція до самовиправдовування-25%; замкнутість, скритність-2,5%; інфантильність, емоційна незрілість-2%; різка тривожність-0,5%.

**Висновки:** в Україні в 2017 році зареєстровано більше ніж 73 тисячі дітей, що виховуються в дитячому будинку. Зважаючи на таку велику кількість, суспільство та уряд України повинні приділити цьому питанню пильну увагу. Потрібно проводити більше досліджень, які допомогли б з'ясувати проблеми, що постають перед такими дітьми. Саме спроба зрозуміти психологію таких дітей може значно стабілізувати їх стан в суспільстві, допомогти їм знайти своє місце в житті, створити свою власну повноцінну родину, зменшити кількість самогубств та кримінальних злочинів.

І.А. Святка

## ЕТИКО-МОРАЛЬНІ АСПЕКТИ СПРИЙНЯТТЯ НЕТРАДИЦІЙНИХ ОРІЄНТАЦІЙ В СУЧАСНОСТІ

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М. Вергелес (к.філос.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** З моменту інтеграції України в Євросоюз (ЄС) постало гостре питання про легалізацію шлюбів осіб з нетрадиційною орієнтацією, що є однією з умов прийняття нашої держави в ЄС.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури, опрацювання результатів інструментальних і статистичних досліджень.

**Результати:** В античності заможні греки мали в своїх гаремах молодих парубків і це вважалося цілком нормально. З впровадженням християнства людей із нетрадиційною орієнтацією страчували. В кінці XIX століття на фоні розвитку феміністичного руху почали з'являтися перші активісти, які виступали за права гомосексуалістів. Газета NewYorkTimes опублікувала статтю Марго Каплан (Margo Kaplan) доцента Rutgers School of Law–Camden, яка наголошувала, що педофілія це розлад з ймовірним неврологічним походженням. Її слова були підтвержені інструментальними методами (МРТ головного мозку) людей, що скоїли статевий злочин по відношенню до осіб препубертатного або раннього пубертатного віку. Було виявлено зменшену кількість зв'язків між нейронами у порівнянні із здоровою людиною. Були проведенні дослідження впливу генетичної інформації, дії гормонів, а також соціальних та культурних чинників. Більшість західних науковців, які досліджують етіологію нетрадиційних орієнтацій, вважають, що сексуальна орієнтація не є вибором людини, а закладається ще внутрішньоутробно. У 2012 році незалежною дослідницькою групою були проведенні генетичні дослідження чоловічої сексуальної орієнтації. Вони визначили, що значний вплив на розвиток гомосексуальності в чоловіків виявляє Xq28 ділянка 8-ї хромосоми. Механізм її дії не досліджений. Вважають, що зовнішнє середовище також є одним із головних факторів, що ймовірно впливає на розвиток девіацій. Один із проявів впливу зовнішнього середовища є наслідування батьківського прикладу. Але так як більшість гомосексуалістів виховувались гетеросексуальними батьками, а значна кількість дітей, які виховувались в одностатевих шлюбах визначають себе як гетеросексуальних осіб, то не можна говорити про значну роль батьківського прикладу. Асексуальність — люди, які не мають сексуального потягу взагалі. Вони можуть мати дітей, бути одруженими, але не відчувати лібідо. Транссексуальність (трансгендерність) має більше відношення не до сексуальної орієнтації, а до гендерної ідентифікації. На даний момент “транссексуалізм” включена до Міжнародної класифікації хвороб. Класифікація Американської психіатричної асоціації (АПА) замінила діагноз “транссексуалізм” на “гендерну дисфорію”. АПА вважають, що транссексуальність сама по собі не є патологією, тому люди з гендерною неконформністю не повинні засуджуватися суспільством. Всесвітня професійна асоціація зі здоров'я трансгендерів вважають, що транссексуальність — це прояв різноманітності, а не патології. Хоча за статистикою 25% хворих на шизофренію в певний період відчують гендерну дисфорію. Такий прояв транссексуальності деякі спеціалісти відносять до “вторинного транссексуалізму”.

**Висновок:** на даний момент однозначного ставлення до нетрадиційних орієнтацій не має. Певно це пов'язано з недостатньою кількістю дослідів і неможливістю осіб сексуальні потяги яких не відповідають стереотипному мисленню суспільства, сказати про це відкрито.

Я.П. Сегедіна, О.О. Хватова

## АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДИКИ «ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ СЕСТЕР БАКАЛАВРІВ ДО ПРОФЕСІЙНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ВЗАЄМОДІЇ»

Кафедра «Сестринська справа»

В.О. Заболотнов (д.мед.н., професор)

КВНЗ «Житомирський медичний інститут»

Житомирської обласної ради

м. Житомир, Україна

**Актуальність:** професійно-орієнтована взаємодія – це процес одночасного впливу суб'єктів один на одного під час певної професійної діяльності. При взаємодії медичний працівник-хворий відбувається задоволення потреб



пацієнта, збереження його життя та здоров'я, встановлення довірливих взаємовідносин. Професія медичної сестри - це та професія яка супроводжує людину протягом всього періоду її життя та в період надання медичної допомоги. Професійна діяльність медичної сестри полягає в умінні говорити з хворим, уважно вислухати, проявляти співчуття та доброзичливість, вселяти надію на одужання.

**Мета:** проаналізувати ефективність методики підготовки медичних сестер бакалаврів до професійно-орієнтованої взаємодії (медичний працівник-пацієнт).

**Матеріали та методи:** експериментально перевірено ефективність впровадження авторської методики на основі ділової гри. Для перевірки авторської моделі було обрано групу студентів 5-го курсу за спеціальністю «Сестринська справа» (32 студенти) та розроблено три анкети, питання яких містили в собі основні складові без яких не можлива професійна взаємодія медичної сестри у фаховій діяльності. Аналіз результатів проводили за шкалою самооцінки від 1 до 5, де одиниця вказувала на низький рівень готовності до виконання професійних обов'язків, а оцінка «5» - свідчила про високий ступінь володіння теоретичними знаннями та практичними навичками. Опитування проводили двічі (до та після експерименту).

На основі застосування авторської методики, було прослідковано динаміку рівня готовності студентів бакалаврів до професійно-орієнтованої взаємодії(медичний працівник-пацієнт) відповідно до структурних компонентів: професійний, особистісний та етико-деонтологічний.

У дослідженні використані такі методи: бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення, анкетування, математичної обробки зібраних даних.

**Результати:** аналіз отриманих результатів показав, що після впровадження авторської методики на основі ділової гри, рівень кожного структурного компоненту (професійного, особистісного та етико-деонтологічного) набув позитивної динаміки. На високому рівні (у 37,5% випадків) була оцінена підготовка майбутніх медичних сестер (до експерименту 21,88%), середній рівень був діагностований у 46,87% студентів (до експерименту 43,75%) та низький – у 15,36% (до експерименту 34,37%).

На основі впровадження авторської методики було досягнуто позитивну динаміку в кількісних та якісних показниках, які відтворювали рівень підготовки майбутніх медичних сестер бакалаврів до професійно-орієнтованої взаємодії (медичний працівник-пацієнт).

**Висновок:** проведене дослідження свідчить про ефективність методики підготовки медичних сестер бакалаврів до професійно-орієнтованої взаємодії (медичний працівник-пацієнт).

А. М. Сингаївський  
**ІДЕАЛЬНА ДЕРЖАВА ПЛАТОНА У ВІЗАНТІЙСЬКІЙ ФІЛОСОФІЇ**

Кафедра філософії та суспільних наук

В. М. Мельник (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Політична думка Візантійської імперії була синтетичним поєднанням греко-римської традиції та християнської етики. Політичний процес Візантії базувався на взаємодії держави (персоніфікованої в імператорській владі) і Церкви (вираженої після реформ Юстиніана в Константинопольському Патріархаті). Візантійська філософія, хоча і базувалась на релігійному осмисленні давньогрецьких канонів, створила видатну модель політико-правової логіки. Вивчення рецепції вчення про ідеальну державу дозволить охарактеризувати важливе джерело цієї логіки.

**Мета.** проаналізувати політологічні та юридичні аспекти рецепції візантійцями платонівських ідей про державний устрій.

**Матеріали та методи:** монографії А. Чанишева (1981), В. Асмуса (1989), О. Лосєва (1932; 1990), Ф. Кирилюка (2001; 2011; 2014; 2015), Дж. Норвича (2011), В. Мельника (2015; 2017). Методологічні критерії базуються на розробках мікромонографії І. С. Чичурова (1983).

**Результати.** Платон називав «здоровою» ту державу, що здатна забезпечити своє населення природними та економічними благами, шляхом централізованої трудової організації, Він вважав, що ідеальна держава можлива лише там, де кожна окрема людина займається улюбленою справою (і, відповідно, робить її якісно). Охорона такого устрою, в ідеалі, покладається на філософів-керівників і військову аристократію (на кшталт спартанської), які скеровують економічну діяльність ремісничого стану. Відповідно, ремісники виробляють народні багатства, а філософи та вожді ними розпоряджаються в інтересах всього населення. Жоден керівник не може накопичувати особисті багатства. Християнська філософія, що базувалась на ідеях «світопорядку», поставилась до платонівських ідей радше позитивно. Цьому сприяв монотеїзм Платона.

Рецепцію (запозичення) платонівських ідей візантійськими державцями варто поділити на декілька етапів. Перший етап (330-527) характеризувався загальною кризою церковної організації. Внутрішня ідеологічна боротьба перетворила думки Платона на знаряддя протистояння. В часи, що передували імператору Юстиніну

(518-527), неоплатоніки зазнавали репресій. Разом із тим, Отці Церкви (Св. Августин, Св. Григорій, Св. Василь) перебували під значним впливом Платона. Наприклад, Св. Григорій, будучи язичником у юності, віддав багато часу вивченню платонівської філософії у Афінській школі. Другий етап (527-640) був часом юридичного закріплення платонівських ідей. Візантійську імперію було ототожнено із ідеальною державою і юридична реформа Юстиніана запозичила багато положень із діалогів Платона. Третій етап (640-800) остаточно закріпив платонівське розуміння політичних ідеалів у християнській світоглядній системі та підготував теоретичну базу для державно-церковної симфонії (в якій вбачалось «спільне правління філософів та вождів»).

**Висновки:** Візантійська теорія симфонії є наслідком християнського осмислення концепції ідеальної держави Платона. Безумовно, що це християнське осмислення значно змінило автентичні думки філософа. Аристократичний устрій, запропонований Платоном, було перетворено в абсолютну («вселенську») монархію. Але ідея «загальної рівності», обґрунтована Платоном, знайшла своє відображення в засадах кодифікації Юстиніана (529, 533, 534-565).

V.V.Sytnyk, M.M. Shehda

## THE EFFECT OF RADIATION ON THE HUMAN BODY

Department of Ukrainian and Foreign Languages

O.V.Voloshyna (Associate Professor of Ukrainian and Foreign Languages Department, candidate of philological sciences (Phd))

Vinnytsia National Agrarian University

c.Vinnytsia, Ukraine

**Relevance of the topic:** Radiation surrounds us all the time. It's in the air, the ground, our homes, and our food. Over the past 100 years, mankind has learned to use radionuclides for various purposes: in medicine, for energy production, for the creation of nuclear weapons, and others. This led to an increase in the radiation dose of both individuals and the planet's population as a whole.

**The purpose:** Tell about the possible negative impact of radiation on the human body.

**Research methods:** A method of data analysis was applied.

**The main information:** When cells - and what lies within them - get exposed to radiation, components of DNA and critical proteins within the cell get all jazzed up (ionized), meaning that the electrons with our atoms get kicked out, causing the DNA strands to break and the proteins to cramp up (denature).

Hair -the losing of hair quickly and in clumps occurs with radiation exposure at 200 rems or higher.

Brain -since brain cells do not reproduce, they won't be damaged directly unless the exposure is 5,000 rems or greater. Like the heart, radiation kills nerve cells and small blood vessels, and can cause seizures and immediate death.

Thyroid -the certain body parts are more specifically affected by exposure to different types of radiation sources. The thyroid gland is susceptible to radioactive iodine. In sufficient amounts, radioactive iodine can destroy all or part of the thyroid. By taking potassium iodide can reduce the effects of exposure.

Blood System -when a person is exposed to around 100 rems, the blood's lymphocyte cell count will be reduced, leaving the victim more susceptible to infection. This is often referred to as mild radiation sickness. Early symptoms of radiation sickness mimic those of flu and may go unnoticed unless a blood count is done. According to data from Hiroshima and Nagasaki, show that symptoms may persist for up to 10 years and may also have an increased long-term risk for leukemia and lymphoma.

Heart -intense exposure to radioactive material at 1,000 to 5,000 rems would do immediate damage to small blood vessels and probably cause heart failure and death directly.

Gastrointestinal Tract -radiation damage to the intestinal tract lining will cause nausea, bloody vomiting and diarrhea. This occurs when the victim's exposure is 200 rems or more. The radiation will begin to destroy the cells in the body that divide rapidly. These including blood, GI tract, reproductive and hair cells, and harms their DNA and RNA of surviving cells.

Reproductive Tract -because reproductive tract cells divide rapidly, these areas of the body can be damaged at rem levels as low as 200. Long-term, some radiation sickness victims will become sterile.

**Conclusion:** We have determined how radiation affects the internal organs of a person.

E.E. Smolnyk

## INEFFECTIVE USE OF ANTIDEPRESSANTS IN DEPRESSION TREATMENT

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

A.L. Yatsenko(senior lecturer)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

**Actuality:** According to the Ministry of Health, depression is the leading cause of morbidity and disability among adolescents, and the leading cause of suicide worldwide. According to various studies, the prevalence of depression in adolescence reaches 40%. The number of cases of depression is growing globally. The Ministry says that depression will become the diagnosis № 1 worldwide by 2020, ahead of oncological and cardiovascular diseases. The most common way to treat depression is prescribing antidepressants. But, in reality, depression is much more than a purely medical problem. Hence the ambiguity in the advisability of using antidepressants for its treatment.

**Aim:** on the basis of the literature reviewed, to prove the futility of widespread and mass use of antidepressants in the treatment of depression, especially of its reactive type, to clarify the correlation of benefits and side effects of their application.

**Materials and methods:** gathering information on the subject from Ukrainian and English medical literature, its generalization, integration and explanation.

**Results:** There remains a lot to be learned about the depression itself, as well as about antidepressants. For example, we really do not know why antidepressants help. According to the most common assumption about the causes of depression, it arises from the lack of serotonin - one of the neurotransmitters of the nervous system. But, according to more recent studies, the ratio of other neurotransmitters, such as dopamine, histamine, and others, changes through the depression. Antidepressants are mainly the drugs that affect the amount of serotonin, such as SSRIs, MAOI. But the effect of these drugs is also not sufficiently investigated. They raise the level of serotonin, but at the same time these drugs affect the number of other neurotransmitters not involved in the onset of depression, which is reflected in their side effects. All antidepressants have a wide range of side effects, such as: increase of symptoms on the first days of admission, insomnia, worsening anxiety, headache, dizziness, lack or loss of appetite, physical weakness, fatigue, drowsiness, tremor, sweating, sexual dysfunction, withdrawal syndrome. Antidepressants with sedative effect can promote the development of psychomotor retardation (lethargy, drowsiness), a decrease in concentration. In a placebo-controlled study conducted in 2017, the difference in placebo and antidepressant activity of the SSRI group was clinically significant only in very severe depression; their effect in depressive episodes of mild and moderate degree was small or completely absent in comparison with placebo.

**Summary:** Thus, antidepressants should not be used as widely as they are applied today in the treatment of depression as their effectiveness is questionable and not proven scientifically. And depression itself has been studied insufficiently, especially its organic aspect. The possible small positive effect of antidepressants is significantly outweighed by serious side effects.

Г.В. Сорочинська  
**СОМАТИЧНА ФРАЗЕМА З КОМПОНЕНТОМ *ОКО***

Кафедра українознавства  
Я.С. Білик (к.філол.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Фразеологічна система мови є своєрідним містком між минулим і сучасним народом. Актуальність дослідження фразеологізмів із соматичним компонентом *око* у семантичному та етнокультурологічному аспектах зумовлена необхідністю з'ясувати механізми творення фразеологічних одиниць, встановити специфіку соматичного символу в структурі фразеологізму, його вплив, а також вивчити особливості мовної репрезентації культурно значущих концептів фразеологічними одиницями.

Для аналізу було обрано фразеологізми з соматичним компонентом *око*.

**Мета:** здійснити детальний опис українських фразеологізмів із соматичним компонентом *око*, з'ясувати специфіку фразеологічного символу, встановити фразеологоторчу активність соматичного компонента, подати аналіз досліджуваних фразеологічних одиниць у семантичному та етнокультурологічному аспектах.

**Матеріали та методи:** для дослідження послужили фразеологічні, тлумачні словники останнього сторіччя, наукові праці, а також жива мова українців. Для розкриття поставленої мети використовувались

**методи:** описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Соматична фразема – двовершинна непередикативна фразеологічна одиниця, ключовим ономасіологічним компонентом якої є соматизм (назва частини чи органу тіла людини).

Око – орган зору в людини та в усіх хребетних тварин. Око – символ розуму й духу, Сонця і зловорожих сил, краси і кохання. Вченими доведено, що майже 90% всієї інформації людина отримує завдяки органам зору. Око може випромінювати добро і зло. За станом райдужки ока лікарі визначають здоров'я людини, вказують на хвороби, які їй загрожують. Крім спектру зорового сприйняття, фраземи з компонентом *око* позначають спостережливість або уважність: *око спинилось, втопити очі, впитися очима*; а також досвідченість та кмітливість: *гостре око, бите око, око не дримає, вірне око*. Метафоричні компоненти у зворотах представляють уподібнення в етносвідомості ока до рухливого предмета, який є найбільшою цінністю людини: *око біжить, око губиться, око впало, берегти як своє око, ковзати очима*. Фразеологізми *облікати очима, засвітити очима*, що вживаються на позначення негативних дій людини, теж утворюються за цією моделлю. Втрата властивостей ока бачити світло сприймається як втрата оком своєї основної функції. Цей процес відображають фраземи типу: *в очах рябіє, в очах жовтіє, в очах чорніє, в очах темно, свічки в очах засвічуються, круги літають в очах*. Часто очі людини аналогізуються з гострим предметом, що закладене в зворотах: *гостре око, простромити очима, свердлити очима, колоти око, влучати в око*, що позначають докір або застережливе ставлення. Асоціативно мотивовані звороти з компонентом *око* поповнюють і концептосферу просторової орієнтації: *куди очі поведуть, куди очі бачать, куди очі дивляться, куди очі сягають, куди не кинь оком, куди очі покажуть, світ за очі*.

**Висновки:** Отже майже всі досліджувані соматизми є символічними утвореннями, зумовленими давніми уявленнями людини, оскільки через очі людина отримує 70% інформації.

С.А. Софу  
**ЕТИМОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ТЕРМІНІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ**  
Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології  
В.Р. Ратова (викладач)

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

**Актуальність:** Найважливіший орган пізнання навколишнього світу – орган зору. Основна інформація про навколишній світ, біля 90%, надходить у мозок людини саме через цей аналізатор. Знання офтальмологічної термінології необхідно не тільки офтальмологам, але й лікарям інших спеціальностей. Це викликано тим, що очні симптоми надзвичайно важливі для діагностики ряду захворювань.

**Мета:** виявлення та етимологічний аналіз вищезазначених термінів грецькою, латинською мовами і переклад їх українською.

**Матеріали:** Фахові медичні тексти (підручники, наукові статті).

**Методи:** Описовий, теоретичний аналіз, зіставлення.

**Результати:** Офтальмологія – наука про орган зору та його захворювань. Терміни офтальмології базуються на словах латинського і грецького походження завдяки впливу двох класичних мов античного світу. У зв'язку з тим, що анатомія ока була описана в Стародавній Греції видатним вченим Гіппократом, безліч слів має грецькі терміноелементи або повністю запозичені з грецької мови. Наприклад: блефарит (грецьк. βλέφαρον повіка + грецьк. -itis запалення), епікантус (грецьк. ері над + χαθός внутрішній кут ока), дакріоаденіт (грецьк. δάκρυον сльоза + ἀδήν залоза + -itis). Збірка Гіппократа “Corpus Hippocraticum” започаткувала медичну термінологію. З

цієї праці наукова медицина успадкувала багато найменувань, у тому числі в галузі офтальмології, наприклад: амбліопія (грецьк. ἀμβλῦς ослаблений + ὤψις зір), офтальмія (грецьк. ὀφθαλμία запалення ока), навіть, термін офтальмологія (**грецьк.** ὀφθαλμός **око** + λόγος **наука**) взятий з праці Гіппократа. З творів Арістотеля запозичені терміни: глаукома (грецьк. γλαυκός світло-синій + ὄμα пухлина), ністагм (**грецьк.** νυσταγμός дрімота), тощо. Велику роль в латинській медичній термінології відіграла праця Цельса “*De Medicina*”. Латинська лексика творів Цельса стала невід’ємною частиною міжнародної медичної термінології, зокрема офтальмологічної. Терміни *oculus* – око, *retina* – сітківка, *corpus vitreum* – склоподібне тіло, *gimaraalpebra* – очна щілина, описані в праці Цельса. Сьогодні одна з найбільш характерних властивостей медичної термінології, що зумовлена її двомовною греко-латинською основою, полягає в наявності значної кількості дублетних терміноелементів. Наприклад, окуліст (лат. *oculus* око), офтальмолог (грецьк. ὀφθαλμός око). Поряд зі словами грецького або латинського походження зустрічаються терміни-гібриди, утворені одночасно з грецьких та латинських компонентів. Наприклад: каналікуліт (лат. **canaliculus** **каналець** + **грецьк. itis**), **ретиніт** (лат. *retina* сітківка + **грецьк. itis**), кон’юнктивіт (лат. *conjunctiva* сполучна оболонка ока + **грецьк. itis**), мегало-, мікрокорнеа (грецьк. μέγας великий, μικρός – малий + лат. *cornea* – рогівка).

**Висновки:** Взаємодія грецької та латинської мов сприяла їх активній участі у творенні медичної термінології. У повсякденній практиці лікар застосовує від 50% до 80% слів латинського і грецького походження, тому для успішної роботи необхідно правильно розуміти і точно застосовувати фахову лексику.

О.В. Степаненко, І.І. Токмакова

## ПРОБЛЕМА ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ В УКРАЇНІ

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:** Нагальною проблемою в сфері трансплантації на сьогодні залишається правове регулювання трансплантації органів та інших матеріалів померлого донора. Щоденно в Україні не дочекавшись трансплантації вмирає 9 чоловік. За даними Міністерства охорони здоров’я, на рік потрібно 2000 пересадок нирок, 1500 печінки й 1000 – серця. Кількість проведених трансплантацій органів в Україні щорічно становить орієнтовно 1,5 трансплантацій на 1 млн. населення, що відповідає 1,1% від загальної потреби.

**Мета:** аналіз та розгляд проблемних питань правового регулювання трансплантації органів в Україні, пошук шляхів їх вирішення.

**Матеріали та методи:** Конституція України, ЦК України, Основи законодавства України про охорону здоров’я, Закон України «Про трансплантацію органів і інших анатомічних матеріалів людини», ін. нормативно-правові акти, що регулюють сферу трансплантації в Україні.

**Результати:** Для тисяч українців операція з пересадки органів та тканин — єдиний шанс врятувати життя. Нинішня система охорони здоров’я спроможна допомогти лише сотням.

Багато років трансплантологія в нашій країні виживає як може згідно із законом, ухваленим ще в 1999 році. З цього моменту пересадка трупних органів практично припинилася, проводилися здебільшого родинні трансплантації. Для того, аби взяти в людини донорський орган, потрібно запитувати дозвіл у родичів. Ситуація парадоксальна: доросла здорова людина не має законного механізму розпорядитися своїми органами за життя. В даний час презумпція незгоди (вилучити орган можна лише якщо людина погодилася за життя або родичі дали таку згоду після її смерті) окрім України використовується у Великій Британії, Швейцарії, США, Японії, Німеччині, Канаді. Презумпція незгоди покликана захищати права мертвих. Однак, згідно з ч. 4 ст. 25 ЦК України цивільна правоздатність фізичної особи припиняється у момент її смерті. Таким чином, померлий не має того обсягу прав, що має фізична особа. Інша модель отримання згоди на вилучення органу в померлого після смерті називається презумпція згоди (якщо людина за життя не відмовилася, значить вона не проти стати донором після смерті), яка використовується в Іспанії, Австрії, Польщі, Ізраїлі, Норвегії, Італії.. Перевагою презумпції згоди є ефективність для розвитку трансплантації, яка веде до збільшення кількості донорського матеріалу. Презумпція згоди захищає права живих, зокрема, закріплені Конституцією України та Цивільним Кодексом України: глава 21 ст.281 «Право на життя», ст.283 «Право на охорону здоров’я», ст.284 «Право на медичну допомогу», ст.290 «Право на донорство».

**Висновки:** З метою вдосконалення правового регулювання вважаємо за доцільне закріпити принцип презумпції згоди, який дозволить врятувати тисячі пацієнтів, які потребують негайної трансплантації органів.

В. Р. Тагеев, Т.Л. Ковальчук  
**ЩО ТАКЕ ФІЛОСОФІЯ? ПОГЛЯДИ АРІСТОТЕЛЯ НА «ПОЧАТКИ ТА ПРИЧИНИ»**  
Кафедра філософії та суспільних наук

В. М. Мельник (викладач)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У 2016 р. світ святкував 2400 річницю від народження Арістотеля. На позачерговому Світовому Конгресі Філософії, що проводився на базі Афіського університету з цієї нагоди, поновились дискусії про «голове питання філософських досліджень». Оскільки одні вважали, що головне питання має відображати «сутність як буття», а інші наголошували на необхідності вивчати «першопочаток сутності», Арістотелівські положення про «першу філософію» (трактат «Метафізика») заслужено здобули нове теоретичне життя.

**Мета:** висвітлити концепцію Арістотеля, базуючись на системних курсах О. Лосева, А. Чанишева, Т. Ойзермана.

**Матеріали та методи:** трактат Арістотеля «Метафізика» (ред. Андроніка Родоського) у перекладі О. Лосева.

**Результати:** Сьогодні предмет та об'єкт філософських досліджень визначається функціональним чином (відповідно до наукових функцій), що направляє філософію до розв'язання співвідношення буття та мислення (Рябоконт, 2015). В античних полісних демократіях філософію вважали наукою наук, оскільки вона об'єднувала всі можливі дослідницькі напрямки та дисципліни (Лосев О., 1990). Оскільки математика, історія, риторика, архітектура, навігація та біологія одночасно виступали напрямками філософії, виникало питання про «найголовніше завдання філософії» – першочергову наукову проблему (Чанишев, 1981).

За Арістотелем, існує «перша філософія» (метафізика), предметом якої є не природа, а все те, що «домінує над нею» – над-природа. Відповідно, сутність є вищою від природи. В усьому існує самостійна надприродна причина, яка регулює природу речей. Осягнути філософію для Арістотеля означало осягнути Бога як Вищий порядок (М. А. Кларіес, 2011). Оскільки осягнути Бога неможливо, людське пізнання над-природи («метафізики») зводиться до усвідомлення окремих явищ, які лише здатні підтвердити існування Вищого порядку (Мельник В. М., 2015). Людина здатна вивчати лише ті «початкові субстанції», які досяжні для неї – елементи надприродного в навколишньому середовищі (наприклад, людське мовлення, що є впливом Вищого порядку на людську популяцію). Наука для філософа виникає там, де люди виявляються здатними відкрити справжні причини досліджуваного явища (Чанишев, 1981).

**Висновки:** Філософія Арістотеля близька, за своїм предметним визначенням, до сучасного напрямку «сутність як буття». Основне завдання філософії Арістотель вбачає не у відтворення першопричин (як його попередники), а в осмисленні сутності. Крім того, філософ дивився на сутність як на певну «ієрархію причин» (термін – Melnyk V., WCPH, 2016).

V.R. Tageev, O.O. Stepanyshena

**PERSPECTIVE USE OF PROBIOTICS IN TREATMENT OF INFECTIOUS DISEASES**

Department of Foreign Languages, Latin Language and Medical Terminology

A.L. Yatsenko (senior lecturer)

Vinnitsya National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

**Urgency of the research.** Although the beneficial effect of probiotics has already been established, none of them has evident targeted activity against pathogenic microorganisms. Because of this reason, the development of preparations having both antiviral and antibacterial properties, is of great significance. The alternative and more perspective trend in this field is the study of direct modification of probiotic strains by the cloning of antiviral protein genes.

**Objective:** to study the advisability of administration of genetically modified microorganisms, their benefits and limitations.

**Materials and methods.** The subjects of the study were the strains of lacto- and bifidobacteria, obtained from associative culture in the course of laboratory investigations of fermentation and biological material.

**Results.** In bacterial populations genetic recombinations are actively manifested, as in the state of “competence” bacterial cell is able to absorb foreign DNA molecules from the external environment, using some of the obtained genes to extend its metabolic potential. DNA molecule transporters are bacteriophages, which embed new DNA fragments into the host bacterium genome, and plasmids. The use of genetically modified microorganisms in production of antibiotic preparations, having the maximal range of targeted beneficial characteristics, such as formation of antibiotic-like substances and various proteins of immunocompetent human cells, presents an interesting issue to study.

One of the promising modern directions is the development of genetic engineering probiotics using living bacterial vectors for transporting heterologous immunogenic proteins together with cytokines. There are dozens of recombinant strains of microorganisms carrying genes responsible for the synthesis of  $\alpha$ -,  $\beta$ - and  $\gamma$ -interferons, various types of interleukines (IL-1, IL-6,  $\alpha$ -1-timozin, granulocyte-macrophage-colony stimulating factor), tumor necrosis factor  $\alpha$ -,  $\beta$ -

Lactobacillus, Lactococcus, Bifidobacterium, Bacillus, Escherichia, etc.

The most promising bacteria for creation of recombinant probiotics are Bacillus bacteria due to their great antagonistic activity and feasible cloning of foreign pro- and eukariotic genes in them. Besides, Bacillus bacteria form no biofilm on the host mucosa, consequently they are deprived of uncontrolled persistence in the organism. Administration of recombinant probiotic originating from Bacillus bacteria makes it possible to control the number of "foreign" protein.

**Conclusions.** Administration of probiotics in the treatment of infectious pathologies has great advantages over the antibiotics as they are simple in production and storage, require no expensive purification of drug substance to receive biomass. Oral use of such preparations is simple non-invasive rout of administration.

О.В.Телегузова

## ПРАВОВІ ТА ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО МАРКЕТИНГУ: ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р.Г.Жарлінська (к.е.н., доц.)

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

**Актуальність:** Закон України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я" (№ 2002-VIII), ухвалений Верховною Радою 6 квітня 2017 року, передбачає впровадження заходів із реформування системи охорони здоров'я України задля створення мережі державних та комунальних медичних закладів з достатнім рівнем самостійності для ефективного та своєчасного медичного забезпечення населення, що спричинить підвищення рівня конкуренції між закладами.

**Мета:** науково обґрунтувати доцільність застосування маркетингу в галузі охорони здоров'я, визначити сутність та особливості маркетингу медичних послуг, проаналізувати юридичні аспекти функціонування маркетингу та реклами, внести пропозиції щодо удосконалення рекламного законодавства.

**Матеріали та методи:** інформаційною базою роботи слугували державні нормативні акти, матеріали публікацій вітчизняних і закордонних досліджень з питань маркетингу медичних послуг, матеріали власних досліджень. Для реалізації мети дослідження використано системний підхід, аналіз нормативно-правових документів, метод миттєвих спостережень на рівні окремих суб'єктів медичної практики, абстрактно-логічні узагальнення.

**Результати:** визначено сутність та особливості медичної послуги в контексті права та маркетингу. Запропоновано класифікацію медичних послуг на основі економічних та правових критеріїв. Виокремлено особливості реклами медичних послуг. Проаналізовано законодавче регулювання реклами медичних послуг в Україні. Внесено пропозиції щодо удосконалення рекламного законодавства з врахуванням функціонування ринка медичних послуг в Україні. Розроблено практичні рекомендації з рекламної діяльності для закладів охорони здоров'я України.

**Висновки:** в умовах ринкової економіки та відносин у полі господарського права важливим та невід'ємним елементом діяльності закладу охорони здоров'я будь-якої форми власності є промоція. Ефективна реклама є конкурентною перевагою та гарантує високий рівень задоволення потреб пацієнтів на ринку медичних послуг. Законодавче регламентування взаємовідносин у сфері реклами медичних послуг є недосконалим, що потребує термінового вдосконалення.

Д.А. Теліга

## СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ДАВНЮ ФІЛОСОФІЮ

Кафедра філософії та суспільних наук

В.М. Мельник (викладач)

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

**Актуальність.** Характеристика історії зародження філософії має велике ідеологічне значення. Різні ідейні напрямки використовують тенденційні характеристики для побудови антагоністичних концепцій первісного розвитку людини.

**Мета.** Проаналізувати погляди на категорію «давня філософія» в межах чотирьох головних наукових шкіл – соціально-психологічної, культурної, географічної, соціоцентричної.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано праці Е. Тайлора, К. Гірца, Н. Еліаса, Е. Сміта, Б. Малиновського, А. Редкліфа-Брауна, М. Петрова. Для вивчення літератури використано методологічні підходи А. М. Гребенкіна («Социальная реальность в контексте философии истории древнего мира и средневековья», 2016) та М. О. Дідика.

**Результати.** До складу категорії «давня філософія» входить передусім еволюція соціальної реальності первіснообщинного та архаїчного (бронзова доба) ладу. Соціальна реальність – процес безперервного самовдосконалення спільнот. Вона детермінована еколого-історичними подіями, що безпосередньо впливали на формування людської психології. Кожна історична епоха (в т. ч. сучасність) ставить перед людиною ключове питання – співвідношення між реальністю та раціональністю. В кожну епоху, форми цього ключового питання змінювались, але зміст залишався. Коли ми звертаємось до первісної та архаїчної епох людської історії, нам потрібно чітко відрізнити філософські вчення Месопотамії, Індії, Китаю, Єгипту, Еллади від універсальних елементів сприйняття реальності, що були притаманні людині як виду «HomoSapiens». Таким універсальним елементом давньої філософії можна вважати синкретизм (нероздільність світогляду). Із синкретизму, під час Неолітичної революції (відбулась приблизно 7 тис. років тому), виокремилась окрема гілка – еклектизм (форма свідомості, що відрізняла субстанції за формою, але не за змістом). Неолітична революція привела до зміни форм та засобів виробництва. Аграрна трансформація общинного устрою сприяла подальшому переходу напівсинкретичного еклектизму на міфологічні позиції.

Сьогодні існує чотири підходи до вивчення трансформацій «синкретизм-еклектизм-міфологізм» (соціально-психологічний, культурний, географічний, соціоцентричний). Якщо соціально-психологічний підхід вивчає світогляд як незаперечну частину сутності людини, що мала аналогічний сучасності зміст уже за давніх часів, то культурний та географічний підходи, є навпаки еволюційними теоріями. Разом із тим, культурний підхід вважає світогляд виключно продуктом розвитку культури, традицій, релігійного та суспільного життя людей, тоді як географічний підхід базується на т. зв. «адаптаційному дозріванні» (під впливом природно-кліматичних факторів). Соціоцентричний напрямок, в свою чергу, вважає, що людство є продуктом суспільної еволюції, що зумовлена культурою та природою, але не детермінована ними (соціоцентристи є індетерміністами).

**Висновки.** Сьогодні існує чотири підходи до вивчення «давньої філософії». Вони зосереджені навколо поняття «світогляд», розглядаючи давню філософію шляхом психологічної трансформації «синкретизм-еклектизм-міфологізм». «Давньою філософією», відповідно, визнається світогляд спільнот на межі «первісного» та «архаїчного» ладу.

Л.А.Тереховська

## СВОБОДА СОВІСТІ ТА ВІРОСПОВІДАННЯ В КОНТЕКСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

О.О.Верлан-Кульшенко (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За офіційними даними в Україні налічується 32468 діючих релігійних громад та більш ніж 85 конфесій, кожна з яких має власний світогляд. У деяких випадках релігійні вчення можуть суперечити сучасним уявленням про надання медичної допомоги та накладати заборону на деякі медичних втручання, що може викликати суперечливі правові ситуації у лікарській практиці.

**Мета:** Визначити особливості реалізації прав пацієнта з урахуванням його віросповідання задля збереження свободи совісті та гідності за умови надання необхідного об'єму медичних послуг. Узагальнити матеріал та скласти практичні рекомендації для лікарів.

**Матеріали та методи:** Аналіз нормативно-правових актів (Конституція України, Кримінальний Кодекс України, Цивільний Кодекс України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України «Про свободу совісті та релігійні організації»), опрацювання статистичного матеріалу та даних єдиного державного реєстру судових рішень. Використані методи: статистичний, порівняльно-правовий, гносеологічний.

**Результати:** Право людини на свободу совісті та віросповідання закріплене у Конституції України (стаття 35) та Законом України «Про свободу совісті та релігійні організації». Здійснення цього права може бути обмежене законом лише в інтересах охорони громадського порядку, здоров'я і моральності населення або захисту прав і свобод інших людей. Ніхто не може бути увільнений від своїх обов'язків перед державою або відмовитися від виконання законів за мотивами релігійних переконань. Пацієнт має право відмовитися від медичного втручання у зв'язку з віросповіданням на загальних правових засадах, у тому числі, якщо дана відмова матиме негативний вплив на здоров'я особи та підвищує ризик летальності. У випадку, коли відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання - засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків. За умови, що відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки і піклування. (стаття 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я) Релігійні вчення, що спонукають до відмови від необхідної медичної допомоги, не трактуються як посягання на здоров'я людей під приводом проповідування релігійних віровчень чи виконання релігійних обрядів (стаття 181 Кримінального Кодексу України). Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму. (стаття 34 Основ законодавства України про



охорону здоров'я). Лікар зобов'язаний підтримувати ідею рівноправності громадян незалежно від їх ставлення до релігії, поважати право кожної людини на свободу совісті та віросповідання.

**Висновок:** Під час надання медичної допомоги не повинна порушуватись свобода совісті та віросповідання людини. Відмова від медичного втручання на основі релігійних поглядів повинна відбуватись відповідно до чинного законодавства.

М.І. Тихонюк

## ВЗАЄМВІДНОСИНИ ЛЮДЕЙ ЯК ЧАСТИНА ФІЛОСОФСЬКОГО БУТТЯ: ВПЛИВ ПОВЕДІНКИ ІНДИВІДІВ НА ЛЮДСЬКУ СТАБІЛЬНІСТЬ

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М. Вергелес (доц., к. філ. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Міжособові стосунки – важливий медико-філософсько-психологічний аспект, який впливає на соціальне становище індивідів та визначає первинну значущість духовних понять.

**Мета:** з'ясувати причини дисгармонії особистості, встановити залежність між внутрішнім станом душі та її соціальним середовищем.

**Матеріали та методи:** Соціологічне опитування та психологічні тести. Аналіз та узагальнення отриманих даних.

**Результати:** "Сутність людини - це не абстракт, властивий окремому індивіду, в своїй дійсності вона є сукупністю всіх суспільних відносин"(К. Маркс). При цьому заміна слів "суспільних відносин" на слова "людських відносин" має необхідний вигляд через те, що хоч Маркс і підкреслював, що "соціальними, суспільними відносинами" є "всі відносини, в яких люди перебувають один з одним" , однак сьогодні це поняття не вказує прямо, поруч з іншими, на особистісні людські взаємини. А без відносин типу "людина - людина" говорити про усі суспільні відносини, як про сутність людини, навряд чи коректно. Адже суспільство не складається з окремих індивідів, а виявляє суму тих зв'язків і відносин, у яких ці індивіди перебувають один стосовно одного. Основу цих зв'язків і відносин формують дії людей та їх взаємовплив, тобто взаємодія – процес безпосереднього чи опосередкованого впливу об'єктів (суб'єктів) один на одного, що породжує їх взаємні зумовленість і зв'язок. У філософії під цим терміном розуміється не лише вплив людей один на одного, а й безпосередня організація їх спільних дій, взаємодія їх внутрішніх світів: обмін думками, ідеями, образами, вплив на цілі та потреби. На основі цього досліджувалась залежність поведінки людей від соціальних чинників. Аналіз отриманих даних показав, що проблеми в сім'ї, у спілкуванні з друзями, знайомими негативно впливають на психологічний стан людини, що проявляється необміркованими вчинками, спонтанними діями. Іноді навіть одне маленьке непорозуміння чи суперечка може стати поштовхом до безповоротних змін в житті.

**Висновок:** Під час роботи було доведено, що будь-яке наше рішення - це причинно-наслідковий взаємовплив людей. Кожна особистість починає змінювати себе під впливом простого бажання сподобатись або прагнення змінити існуючу думку про себе. Людина потребує соціальної та моральної підтримки. За її відсутності весь внутрішній світ руйнується і життя втрачає сенс. Філософія такої ситуації полягає у тому , що не час лікує від духовних страждань, людей лікують інші люди.

І.Н. Ткаченко, О.І. Сушицька

## САМООРГАНІЗАЦІЯ КИТАЙЦІВ В КОНТЕКСТІ КОНФУЦІАНСТВА

Кафедра філософії та суспільних наук

Викладач: В.М. Мельник

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця

**Актуальність:** У сучасному світі Китайська Народна Республіка (КНР) посідає ключове місце за темпами економічного та соціально-демографічного розвитку. Це впливає на стрімку зміну політичного ставлення провідних «західних» країн до Піднебесної. Сьогодні жоден міжнародний захід чи подія вже не зможуть відбутись без участі китайських громадян. Ось чому західну філософію все частіше цікавить питання про філософські та етико-психологічні засади політичної і економічної життєдіяльності китайців.

**Мета:** Розглянути конфуціанство як концепцію самоорганізації та порівняти практики її ідеологічного використання в КНР.

**Матеріали і методи:** політико-антропологічний підхід (В. Мельник), структурно-функціональний метод оцінювання ідеології (М. Леонард), порівняльно-історичний аналіз внутрішньокитайських ідейно-політичних практик. Доповідь опирається на праці А. Б. Старостіної, М. Вебера, Н. Бевелікова, Л. С. Васильєва, Д. Є.

Фурмана, О. О. Салата.

**Результати:** Філософська антропологія конфуціанства базується на категоріях «гармонія», «злагода», «єднання». Відповідно, головними організаційними цінностями (за шкалою М. Леонарда) для конфуціанців виступають принципи стабільності, впорядкованості, миру. При цьому, конфуціанство, будучи справжнім конгломератом філософських ідей, не ніколи не базувалось на єдиній точці зору. Кожна проблема в конфуціанстві оцінюється диференційовано. Конфуціанство не має жодних ознак інтегративності, що є важливим етичним джерелом китайського світогляду – боротьби за досягнення компромісів. Як у житті, так і в ідеології, китайці найвище цінують досягнення компромісів заради встановлення правопорядку і стабільності, що детерміновано конфуціанським вченням. У новітній історії Китаю адаптація «соціалістичних» або «капіталістичних» цінностей здійснюється з урахуванням конфуціанських традицій. Це передбачає чітку ієрархічність (жорстку систему підпорядкування) та патріархальне сприйняття державних інститутів (в т. ч. КПК). Китайські вчені вважають, що модернізація китайської економіки (головна умова сучасного геополітичного домінування КНР) ніколи не стала б можливою без «конфуціанського переосмислення цінностей». Конфуціанство вбачає основу прогресу в освіті та етичному зростанні людини (від індивіда до особистості).

**Висновки:** Конфуціанство є цінним для теорії самоорганізації, оскільки передбачає ієрархічність відносин між людьми, патріархальне ставлення до влади та партії, пріоритет обов'язків людини над її правами, тотальну відповідальність кожного за невдачі та прорахування. Ця модель суттєво оновила соціально-економічну структури КНР протягом 1980-х – 2000-х років. Важливо пам'ятати, що вчення Конфуція базується на тому, що людина повинна жити не «для себе», а «заради інших» – т. зв. поняття «соціального боргу».

А.А.Угрин

## ПРОБЛЕМИ СТУДЕНТСЬКОЇ ФІЛОСОФІЇ ТА ЇЇ ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ У ЖИТТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М. Вергелес (к.філос.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність теми:** Вивчення філософії у вищих навчальних закладах допомагає у формуванні духовного світу особи, усвідомлення себе як особистості, розумінню сенсу свого буття, що відіграють значну роль у становленні майбутнього спеціаліста.

**Мета:** Визначення місця філософії в розвитку людських та професійних якостей у студентів медичних закладів.

**Матеріали та методи:** Пошук джерел та вивчення інформації з даної теми.

**Результат:** Студент у перекладі з латинської (*Studens*) означає «ретельно працюючий», «такий, що займається». У Стародавньому Римі й у середньовіччі студентами називали будь-яких осіб, зайнятих процесом пізнання. Студентство завжди вважалося передовою верствою населення із прогресивними поглядами та рішучими вчинками. Завдяки новітнім технологіям і доступності інформації сучасні студенти відрізняються високим інтелектуальним рівнем та широким кругозором, але й особливим оптимізмом, енергійністю, креативністю, цілеспрямованістю та самостійністю.

Розвиток ділових і гуманних якостей у студентів-медиків має свої специфічні особливості. Згідно Гіппократу саме філософія допомагає медикам увійти в святилище загальнолюдської мудрості, сформувати передовий науковий світогляд і критичне мислення. Життєдіяльність медика – постійне прагнення оволодіти мудрістю: осягнення природи людини і збагаченню свого мистецтва зцілення хворого, набуттю можливості задалегідь передбачити можливі результати лікування.

Філософія розвиває у студентів медичних закладів не тільки передовий науковий світогляд, критичне мислення, але і гуманне ставлення до пацієнтів. Тому дуже важливим принципом філософії в медицині стало аксіологічне виховання. Аксіологія сприяє духовному саморозвитку медиків, їх морального самовдосконалення. Кожна хвороба – це покарання за недосконалість наших думок, за нерозвиненість почуттів. Адже будь-яка розбещеність у людських бажаннях та емоціях підривають психічне і фізичне здоров'я людини.

**Висновок:** М.І. Пирогов говорив, що лікар, який не має хорошої загальної освіти, не лікар, а ремісник. У своїх виступах перед студентами на тему «Бути чи здаватися», він особливо підкреслював, що не можна сформувати світогляд людини, а тим більше лікаря на базі тільки природничо-наукових знань, необхідно також осягнути філософію. Знання з філософії допомагають спрямувати всю внутрішню енергію на добру справу – зміцнення здоров'я людей. На цій основі відбувається усвідомлення медиком самого себе та свого ставлення до інших людей.

О.Г. Формада  
**ПРАВА ТА ОBOB'ЯЗКИ ЛІКАРІВ ВІДПОВІДНО ДО ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ОСНОВИ  
ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я». ПОЗИЦІЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО  
УНІВЕРСИТЕТУ**

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

**Актуальність:** кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Обов'язок лікаря – забезпечити дотримання цього права. Саме від компетенції медичного працівника в сучасному законодавстві України про охорону здоров'я залежить правомірність його дій. Студенти медичного університету згодом стануть лікарями і почнуть лікувати людей, тому, окрім теоретичних знань та практичних навичок, необхідно бути впевненим в їх обізнаності у правах і обов'язках лікаря.

**Мета:** дослідити та проаналізувати обізнаність студентів 3 та 6 курсів ВНМУ ім. М.І. Пирогова про права та обов'язки лікарів згідно чинного законодавства України.

**Матеріали та методи:** проаналізувавши Закон України: «Основи законодавства України про охорону здоров'я», наукові статті О.В. Крилової, Ю.Ю. Сізнцевої, Ю.В. Вороненко та опрацювавши «Медичне право: нормативно-правові акти» І.Я. Сеньюта Ю.С. Гуменюк, складено 10 питань, які ввійшли до опитувальника для студентів 3 та 6 курсу ВНМУ. Всього опитано 200 студентів по 100 з кожного курсу. На основі статистичної обробки результатів опитування, сформовані висновки.

**Результати:** опитано 200 студентів 3 та 6 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Беручи до уваги отримані результати, встановлено, що більшість майбутніх лікарів компетентні в правах та обов'язках лікаря згідно чинного законодавства України.

**Висновок:** Кожен громадянин держави має знати свої права та обов'язки. Особливо це стосується медичних працівників, адже саме від них залежить життя та здоров'я населення. Результати дослідження показали, що студенти 3 та 6 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова мають достатньо високий рівень обізнаності в правах та обов'язках сучасних лікарів. Однак, на питання: «Чи має право лікар здійснювати медичне втручання без згоди пацієнта та/або його законних представників?» лише 10% 3 курсу та 20% 6 курсу відповіли вірно. Студенти, які правильно відповіли ймовірно знали зміст статті 43 (ч. 2) Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». В цій статті прописано, що згода пацієнта чи його законного представника на медичне втручання не потрібна лише у разі наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників» Проте на питання: «Чи мають право медичні працівники на створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій?» 99% 3 курсу та 92% 6 курсу відповіли вірно. Зважаючи на це, студентам необхідно більше приділяти увагу вивченню прав та обов'язків лікарів і звертати особливу увагу на виключення, уточнення та доповнення.

О.О. Хватова, Я.П. Сегедіна  
**СИСТЕМА ПРОЦЕСНОГО УПРАВЛІННЯ ОСВІТНЬОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ПРИ ПІДГОТОВЦІ  
МЕДИЧНИХ КАДРІВ**

Кафедра «Сестринська справа»  
С.В. Гордійчук (к.біол.н., доцент)  
КВНЗ «Житомирський медичний інститут»  
Житомирської обласної ради  
м. Житомир, Україна

**Актуальність:** проблема якості медичної освіти і в Україні, і в інших країнах не нова й існувала за всіх часів, тому у сучасному світі якість освіти займає одне з центральних та ключових місць в освітній політиці і науці, оскільки вона пов'язана з вирішенням комплексу завдань, спрямованих на розвиток особистості з високими моральними прагненнями та мотивами, її підготовку до життя в мінливому і суперечливому світі. На сьогодні в Україні склалася суперечливість між вимогами суспільства до якості знань медичного фахівця й реальним рівнем підготовки студентів та формування у них професійної компетентності під час навчання.

**Мета:** проаналізувати систему процесного управління освітньою діяльністю вищого медичного навчального закладу (ВМНЗ).

**Матеріали та методи:** розглянуто річні звіти освітньої діяльності 373 студентів-випускників відділень «Акушерська справа», «Лікувальна справа» та «Сестринська справа» Житомирського медичного інституту з 2015 по 2017 роки. Використано: бібліосемантичний метод, методи системного аналізу та логічного узагальнення, статистичної обробки цифрового матеріалу (кореляційний аналіз).

**Результати:** проведене дослідження дозволило встановити, що якість набутих молоддю знань в

загальноосвітніх закладах, прямопропорційно пов'язана з їхнім успішним навчанням у вищому медичному навчальному закладі. Так, на відділенні «Лікувальна справа» та «Сестринська справа» між дисциплінами природничо-наукової та професійної і практичної підготовки прослідковувався прямий кореляційний зв'язок середньої сили, різниця достовірна з максимальною надійністю 99,9% ( $p < 0,001$ ), а на відділенні «Акушерська справа» даний зв'язок був слабкої сили з рівнем значущості  $p < 0,05$ .

Вивчення навчальних дисциплін, які є фундаментальними та безпосередньо пов'язані з подальшою професійною діяльністю формують сучасного медичного фахівця, здатного бути самостійним, мобільним та компетентним у своїй сфері діяльності. Сформовані під час навчання професійні якості особистості допомагають самостійно розбиратися у всіх вимогах, з якими доведеться зіштовхнутися в процесі роботи, проявляти активність, творчість, здатність приймати самостійні рішення, швидко опановувати технічні новинки, оперативність й гнучко діяти у різноманітних професійних ситуаціях.

**Висновки:** процесне управління навчального закладу повинно ґрунтуватися на засадах: вдосконалення організаційної структури ВМНЗ, постійного підвищення кваліфікації науково-педагогічних та педагогічних кадрів, інформатизації освітнього процесу, систематизації документообігу у сферах управління та організації навчального процесу, залучення студентів та роботодавців до процесу забезпечення якості освіти, періодичного оновлення та удосконалення навчальних планів та програм, розвитку органів громадського самоврядування, планування та контролю над діяльністю ВМНЗ. Одним із показників ефективності управління діяльністю ВМНЗ є рівень формування у студентів професійної компетентності, через опанування дисциплін навчального плану спеціальності.

Ю.В. Хріненко

### РАННЯ ЕВОЛЮЦІЯ ПСИХОЛОГІЇ (ВЧЕННЯ ПРО ДУШУ)

Кафедра філософії та суспільних наук

В.М. Мельник (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця.

**Актуальність:** Душа завжди вважалась первинною ознакою людини (Роменець, 2005). Доповідь присвячена еволюції наукових уявлень про душу в античному світі (за регіональним принципом).

**Мета:** розглянути раннє становлення науки про душу, та давні згадки про розлади психіки.

**Матеріали та методи:** перший том «Історії психології» В. А. Роменця (2005), монографії А. Нікольської (1990), В. Мельника (2015; 2016), Л. Лисенко (2016).

**Результати:** Ранні уявлення про душу мали міфологічну основу. В добу панування синкретизму матерію не відокремлювали від ідеї. Форма та зміст вважались тотожними речами. Неолітична та енеолітична епохи характеризуються паралельним розвитком анімізму і тотемізму. Кожна субстанція (річ, предмет, явище) вважалась «живим». Згодом анімізм і тотемізм знайшли своє закономірне відображення у релігійних культурах месопотамських цивілізацій (Тайлор Е., 1989). Очевидний вплив культур Межиріччя відчувається в ранніх філософських уявленнях Єгипту, де творцем всього вважався бог Птах який був джерелом поєднання духовності і матеріальності. Китайська філософія вперше обґрунтувала поняття темпераментів: повітряно-подібного Ці (тотем – тигр), жовчного (тотем – мавпа) та слизового (тотем – черепаха). В свою чергу психологічне вчення Давньої Індії повністю базувалось на здатності/нездатності людської душі до «просвітлення» («нірвани»). Ранній синкретизм, що через тотемізм перетворився в античну міфологічність, наклав відбиток на соціальне сприйняття психологічних розладів, що розумілись як одержимість злими духами. Скажімо Біблійні притчі називають причиною розладів відхід своїх героїв від Бога (наприклад, царя Саула). З Месопотамії ці уявлення перейшли до Давньої Греції та Риму, де вважалося, що Бог (або боги) карають людину за богохульство її перетворенням у тварину (Роменець В., 2005). В еволюції ранніх уявлень про лікування душі особливу роль відігравав інститут шаманізму. Шамани, в постнеолітичних соціальних структурах, вважались служителями культу із надприродними можливостями, що впливали безпосередньо на мислення людини.

В епоху античності поняття про душу прямо корелювало із пошуками першопричин. Фалес першопричиною називав воду, а душу не відокремлював від води. Анаксимандр називав душу складовою частиною «апейрону». Геракліт вперше застосував поняття «Психея», яке було «проявом Логосу» (Хайдеггер М., 1943-1944, репр.). Арістотель став автором першого спеціалізованого психологічного трактату – «Про душу». Душу Арістотель вважав вищим проявом ідеальності (завдяки людському логічному мисленню).

**Висновок:** Аналіз літератури дозволяє визначити схему ранньої еволюції вчення про душу. Первісний синкретизм сформував духовно-ідеальні уявлення людей, що спочатку транслювались на навколишнє середовище. В постнеолітичних міфологічних теоріях бачимо першу спробу людини осмислити себе, що врешті-решт знайшла конструктивне вираження в теоріях Геракліта та Арістотеля

В. О. Шереметьєв  
**ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ІСТОРІЇ ФІЛОСОФІЇ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПЕРІОДИЗАЦІЇ (АНТИЧНІСТЬ І  
СЕРЕДНЬОВІЧЧЯ)**

Кафедра філософії та суспільних наук

В. М. Мельник (викладач)

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

**Актуальність.** Періодизація історії філософії базується на основних типологічних характеристиках кожної з історичних епох. Застарілі методи викладання цієї дисципліни не дають можливості для формування об'єктивних уявлень про особливості еволюції світогляду у різні епохи. Необхідність введення сучасних принципів пояснення матеріалу ґрунтується на необхідності полегшити сприйняття студентами інформації поданої викладачем під час практичного заняття.

**Мета.** Висвітлити періодизаційну проблему у викладанні історії філософії на матеріалі «зміни епох» (заміни античності середньовіччям).

**Основний матеріал.** Сенс викладання дисципліни «історія філософії» полягає у поясненні викладачем студентам основних принципів розвитку філософської думки в різні часи. При цьому, викладання будь-якого філософського курсу здебільшого орієнтується на розширення етичного й естетичного світогляду студента. Сюди ж слід віднести пояснення викладачем головних принципів організації соціальної життєдіяльності, що виражались у певних економічних та політико-правових категоріях тієї або іншої епохи.

Давня філософія виникла у полісних демократіях Давньої Греції початку VI ст. до н. е. і розвивалася до VI ст. н. е. Загальноприйнята періодизація історії античної філософії має три етапи: **I** – класичний (VI-IV ст. до н.е.), **II** – ранній еллінізм (IV ст. до н.е.- I ст. н.е.), **III** – пізній еллінізм (I-V ст. н.е.). Класичний період визначався великою кількістю шкіл та напрямків, в свою чергу ранній еллінізм характеризувався інтересом людей до пізнання приватного життя, а під час пізнього еллінізму філософія почала зближуватись із монотеїстичним християнством. Залишаючи в стороні дискусії навколо внутрішньої періодизації античної філософії, зазначимо, що головна «періодизаційна проблема» виникає «на межі» античності та середньовіччя. Трансформація античної філософії у середньовічну припадає на період занепаду Римської імперії (IV-VI ст.). Зазначимо, що відмінною рисою європейського середньовічного світогляду є релігійна детермінація. Перехід людей до сприйняття Божественної волі, зосередження людського побуту на духовних практиках, дає зрозуміти, як змінилися погляди людей після закінчення античності. Але тут виникає питання: де ж та межа, де та точка, від якої ми маємо відраховувати «завершення» панування античного світогляду і «початок» світогляду Середніх віків?

**Результати.** Проаналізовано три моделі «інтелектуального початку середньовіччя» в Європі. Перша модель – завершення античності одразу після падіння Західної Римської імперії (476-480 рр.). Вона вважає, що зміна політичного ладу одразу трансформувала інтелектуальні уявлення Західної Європи, оскільки призвела до негайної зміни еліт (Гіббон Е., Штейн Е.). Друга модель – початок середньовіччя після провалу реконкісти візантійського імператора Юстиніана (527-565). Її прихильники вважають, що антична філософська думка, хоча і під сильним християнським «пресом», ненадовго відновила за часів панування цього енергійного східноримського імператора над колишніми провінціями Західної Римської імперії (Норвич Д. Дж., Войтович Л., Домановський А.). Третя модель (Хізер П., Мюссе Л.) відносить кінець античності аж до 630-х років, що пов'язано із політико-економічними змінами європейського культурного ландшафту, що сталися після перших арабських завоювань.

**Висновки.** «Періодизаційна проблема» історії філософії полягає у визначенні точних меж формування того чи іншого світогляду. Це особливо важливо для викладання філософських дисциплін, оскільки викладач зобов'язаний пояснювати студентам не лише думки конкретних мислителів, але і сутнісні характеристики духовного змісту епохи. та поясненні певних особливостей різних епох.

О. О. Burdeyniy, V. O. Sheremetiev

**THE STUDY OF PROPHYLACTIC ACTION OF HERBAL DRUG IN THE EXPERIMENT**

Department of Normal Physiology

P. T. Datsishin (PhD, Assoc. Prof.)

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

V.M. Shkrabaliuk (senior lecturer)

Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University,

Vinnytsya, Ukraine

**Urgency of research.** Today, one of the main problems in medicine is the disturbance of carbohydrate metabolism in children and adults, which are provoked by excessive uncontrolled use of sugar and sweets. This calls for the search for useful plant products that a physician could recommend for braking or even preventing the development of type 2 diabetes.

The purpose of the study: to study the preventive effect of leaves and blueberries on structural changes in the tissues of

the lung, heart, liver, stomach and kidneys in experimental diabetes mellitus in rats.

**Materials and methods.** All experimental animals were divided into 3 groups: 1 - intact, 2 - rat, which was modeled diabetes mellitus, 3 - prevention of diabetes mellitus phytopreparatum. In animals of the second group intradermally, dexamethasone was administered at a dose of 0.125 mg / kg of body weight for 14 days to reproduce the disturbance to glucose tolerance. In the 3 rd group, the prevention of phytopreparation in the form of broth from dry leaves and blueberries (2 ml in dilution 1:10) was conducted.

**Results.** Research of blood lipids has shown that in animals with experimental diabetes, total cholesterol increased by 1.5 times compared with animals from the intact group. In the case of prophylactic phytopreparations, this index decreases by 1.7 times compared with animals without correction. The level of triglycerides, which in the modeling of diabetes increased by 4 times, in the prevention group of diabetes decreased by 17%. Common lipids, which increased in experimental diabetes by 57%, decreased by 9% in the group with the prevention of diabetes mellitus. Studies have shown that in experimental diabetes, glucose levels were higher by 30% compared with the intact group. Preventive administration of phytopreparatum resulted in a decrease in blood glucose levels by 30% compared with rats with experimental diabetes mellitus and by 10% in comparison with intact animals. Morphological study of histological preparations has shown that in experimental diabetes mellitus there are dystrophic changes associated with a violation of carbohydrate metabolism, total increase in connective tissue and stroma, reduction of vascular lumen, especially small caliber, focal hemorrhage. The greatest changes were observed in the tissue of the heart, liver, kidneys, lungs and stomach. Preventive introduction of decoction of leaves and blueberries has led to minimization of the above-mentioned negative phenomena in the experimental group.

**Conclusions.** Preventive introduction of broth from leaves and blueberries has a strong organoprotective effect.

О.І.Шулякова, М.І.Шулякова

## **ПРОБЛЕМИ ЕКЗИСТЕНЦІАЛІЗМУ У ФІЛОСОФІЇ С.К'ЕРКЕГОРА: СУЧАСНІ ПРОЯВИ**

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М.Вергелес (доц.,к.філ.н.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця

**Актуальність:** У сучасному суспільстві, де відбувається пошук соціальної, політичної та культурної ідентичності, дослідження екзистенціального впливу не втрачає вагомості.

Концепція філософії С.К'еркегора набуває нового сенсу, пов'язаного з екзистенційними проблемами, що постають перед індивідом в умовах інформаційного простору нового типу свідомості.

**Мета:** Дослідити екзистенціальні проблеми людського існування у філософії С.К'еркегора крізь призму сучасності, а саме проблеми онтології людини та її свободи вибору.

**Матеріали і методи:** у ході виконання даної роботи були використанні такі методи: порівняльно-історичний, аналітичний, спостереження. Були опрацьовані статті Н.С.Мудрагея, І.С.Матвієнка, М.Л.Яковенка та інших. Проаналізовані праці С.К'еркегора такі як «Або-або» (1843), «Стадії на людському шляху»(1845) .

**Результати:** Вивчення проблем екзистенціалізму у філософії С.К'еркегора в умовах сьогодення є важливим морально-етичним аспектом розвитку суспільства. Ключове місце займає готовність особини зрозуміти сутність існування, що є передумовою усвідомлення відповідальності людини за побудову власної моделі світу. Коли звичайний плін життя людини ламається вона виявляє уявність своєї захищеності світом і розуміє представленість самій собі як свою свободу. І у своїй свободі вона повинна зробити правильний вибір – вибір віруючої людини, що прагне до Бога, оскільки життя абсурдне, то залишається тільки вірити у існування вищої матерії.

**Висновки:** У працях С.К'еркегора чітко відображена безнадійність людини у теперішньому світі, він не випадково намагався показати звичайну людину, він намагався спонукати її до роздумів про своє життя, чого воно варте, і чи не слід щось змінити у ньому. Відповідь на одвічне питання: куди звертатися, та як знайти себе? Можна відшукати у філософських роздумах датського мислителя, який пропонує нам шлях до пізнання себе і онтології людини через діалектичну єдність естетичного, етичного та релігійного начал. Пройшовши три життєві етапи: почуття, розуму та серця ми досягаємо істинного усвідомлення людської екзистенції.

І.Р. Юзв'як  
**ТРАНСФОРМАЦІЇ ФРАЗЕОЛОГІЗМІВ-НОВОТВОРІВ У ТЕКСТАХ ЗМІ: СТРУКТУРА Й  
СЕМАНТИКА**

Кафедра українознавства  
Я.С.Білик (к.філол.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. Мова друкованих ЗМІ є одним із найдинамічніших підстилів публіцистичного стилю, всередині якого лексико-фразеологічний рівень об'єктивно засвідчує значну кількість змін за порівняно короткий часовий відрізок, що і зумовлює *актуальність* обраної теми дослідження.

**Метою:** виявити підвиди фразеологізмів-новотворів й дослідити їх структурні трансформації у публіцистичних текстах.

**Матеріали та методи:** матеріалом для аналізу послуговувалися фразеологічні одиниці (ФО), дібрані з українських текстів засобів масової інформації. Для розкриття поставленої мети використовувалися *методи*: описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Поява великої кількості нових понять у зв'язку з розвитком технічних засобів, у змінених соціально-політичних умовах зумовлює потребу номінації та образної оцінки явищ дійсності, характерних для нової епохи та появу власне нових ФО. У сучасній лінгвістиці трансформації розглядаються як фундаментальна властивість мови, яскравий вияв еволюції мови.

Спостерігаючи за процесами, які відбуваються у фразеологічному складі сучасної української публіцистики, можна виокремити трансформації, що відбуваються за допомогою:

- лексичної субституції - заміна компонента ФО (значення при цьому залишається незмінним, але набуває додаткової експресивності): *звідки ноги ростуть (звідки руки ростуть – що є причиною чогось); кінь не валявся (і кіт не валявся – нічого не робиться); навісити усіх слонів (навісити усіх собак – інтенсивність – слон більший за собаку); одним фоліантом двох зайців можна прибити (убивати двох зайців (одним махом) – домагатися одночасного здійснення двох різних справ); та подібні ФО (великий поділ нафтового пирога, залізна Юля; ні повзком, ні галопом...);*

- семантичного нарощування або розширення значення за рахунок залучення ад'єктивів (змінюється лексико-граматичний склад, значення всього фразеологізму стає іншим): *все піде як по вершковому маслу; крізь терни до темно-синіх європейських зірок; єврозірки світять, але поки що не гріють; почім фунт акторського хліба (почім фунт хліба);*

- семантизації ФО або прийому реалізації одного з компонентів у вільному значенні: *фільтрувати розмови, коментарі, уміти протиставляти потоку негативної інформації свій контрпотік (фільтрувати базар);*

- усічення ФО: *спати і бачити себе у мерському кріслі (спати і в снібачити – бажати, хотіти чого-небудь, мріяти про здійснення чогось); почали вішати локишину, але робили це досить непереконливо (вішати локишину на вуха).*

**Висновки:** Активна мобільність форми і взаємозаміна компонентів – постійне джерело поновлення експресивності фразеологізму, основна причина актуалізації стійких сполучень у мовленні. Такі перетворення становлять специфіку друкованого тексту ЗМІ, який прагне до оновлення готових схем, їх трансформацій.

Г.Ю. Юрченко, Т.В. Шмигельська  
**ЕТИКО-МОРАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВИНИКНЕННЯ КОНФЛІКТУ ТА ПЕРЕРОСТАННЯ ЙОГО У  
ВІЙНУ: СВІТОВА ПРАКТИКА**

Кафедра філософії та суспільних наук  
К.М. Вергелес (доц., к. філософ. н.)

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

**Актуальність:** Війна – це відкритий активний конфлікт між ворогуючими сторонами і великою кількістю видимих фізичних і невидимих емоційно – духовних наслідків. Якщо поглянути на минуле, то ми, напевно, не знайдемо жодної епохи, щоб у світі не йшла війна. Постійно з'являються нові й нові причини для виникнення конфліктів, які не вдається вирішити мирним способом. Зараз, як і раніше, на планеті проходить не один десяток війн. Люди віддають свої життя, борючись в міжнародних і громадянських війнах. Одні відстоюють свої права, намагаються щось комусь довести, а інші прагнуть оволодіти чимось, підкорити собі когось.

**Мета:** Проаналізувати етико-моральні проблеми у виникненні конфлікту та переростання його у війну, розкрити мотив сучасних людей для вступу у конфлікти.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз щодо статистичних даних щодо проблем виникнення війни у різні

часи.

**Результати:** Від самого початку причиною воєнних дій було бажання розширити свої території за допомогою захоплення ворогуючих. Тут одержував перемогу сильніший. Важливим елементом перемоги була численність і сила армії воїнів, їх зброя й обмундирування. Також відігравали роль й внутрішні якості характеру, сильний дух, віра в перемогу і невідступність. Якщо говорити про інший результат конфлікту, про його мирне вирішення, то необхідним є мудрість правителя і його непохитне бажання для взаємодії і співпраці. Але час іде, і причини воєнних дій видозмінюються і доповнюються. Звісно, ніхто не виключає з людської природи всеосяжного бажання до наживи і влади, небажання миритися з факторами, які не влаштовують. XXI століття носить в собі менталітет споживача. Кожен прагне оволодіти великою кількістю таких необхідних видимих речей, щоб заглушити рани й пустоту, які є в їх душі.

**Висновки:** Війни, я і конфлікту, на жаль, ніколи не припиняться на землі, але ми можемо також внести свій посильний вклад, для того щоб зменшити їх руйнівний вплив. Люди мають розуміти, що у війні немає переможців, що кожна ворогуюча сторона щось втрачає. І варто, на сам перед, зберегти мир і любов у своєму серці, для того щоб руйнівна сила гніву і образ не перетворила нас у жорстоких людей.

З.В. Яцишина

### ПРОБЛЕМА СВІДОМОСТІ В ПЕРІОД ФІЛОСОФІЇ РОМАНТИЗМУ

Кафедра філософії та суспільних наук

К. М. Вергелес (к.філос.н., доц.)

Вінницький Національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця. Україна

**Актуальність:** Однією з найістотніших характеристик світоглядного знання, філософського зокрема, є його принципово історичний характер, оскільки ідеї, сформульовані у процесі історичного розвитку філософії, зберігають свою актуальність і для сучасності, і для майбутнього. У певному розумінні філософські ідеї є вічними: кожне нове покоління повертається до них, надаючи їм все нових розв'язань і тлумачень.

**Мета:** Вивчення проблеми свідомості в період філософії романтизму.

**Матеріали і методи:** Вивчення літературних джерел з даної тематики: Історія Філософії - під ред. Проф. Н.В. Мотрошилова. Введення у філософію: Підручник для вищих навчальних закладів-під рук. І. Т. Фролова, М, та інші.

**Результати:** За оцінкою Ліницького Петра Івановича, професора та філософа, «філософія як прагнення до осягнення істини в усьому, що може бути предметом людського пізнання, є необхідним виявленням розумової діяльності і тому не обмежується якимсь визначеним часом; навпаки, кожна більш значна філософська система настільки слугує вираженням філософії свого часу, наскільки вона задовольняє потреби суспільства. Але з іншої сторони, принципово відрізняючись від конкретних філософських систем, власне філософія в них і через них проявляється. Тому поступовий розвиток філософії усвідомлюється, по-перше, в історичній послідовності обопільних внутрішніх зв'язків між системами, а по-друге, у відношенні їх до загально-історичного поступу людства».

Отже, однією з найістотніших характеристик світоглядного знання, філософського зокрема, є його принципово історичний характер, оскільки ідеї, сформульовані у процесі історичного розвитку філософії, зберігають свою актуальність і для сучасності, і для майбутнього. У певному розумінні філософські ідеї є вічними: кожне нове покоління повертається до них, надаючи їм все нових розв'язань і тлумачень. Тому, вивчаючи історію філософії, необхідно вивчати найближчі зв'язки, пов'язані із загальним характером і спрямуванням життя, а також рівень знань певного народу в певний історичний час. Тобто філософія постає як ступінь історичної зрілості світогляду, є вираженням «розумової свідомості людства в різні історичні часи та у різних народів».

**Висновки:** Проблема усвідомлення в філософії в період романтизму існувала саме через стан суспільства в цей період. Тому що, людина розглядалася як основний центр і кінцева мета природного процесу і одночасно як початковий пункт надприродного відкриття. Русійними силами душі людини вважалися не мислення та інтелект, а фантазія і поч



**МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ  
НАПРЯМ**



**PUBLIC HEALTH**

В.Ю. Ангельська, А.В. Червко  
**ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Н.Д. Корольова (к.психол.н., доцент)  
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблеми психічного здоров'я зумовлені реаліями нашого життя. Прогресивні зміни в освіті, які відбуваються в Україні, створюють нові вимоги до особистісного розвитку кожної дитини, її можливостей, регулювання власної діяльності на різних етапах. Високі вимоги та задачі, що постають перед учнями шкіл впливають на емоційне порушення, яке є фактором для розвитку неврозів та інших розладів.

**Мета дослідження:** Дослідити наявність неврозів у учнів шкіл.

**Матеріали і методи:** Обстеження проводилось на базі НВК: загальноосвітня школа І-ІІ ступенів-ліцей №7 Вінницької міської ради. Було обстежено 30 учнів за допомогою: тест-опитувальника невротичних порушень, визначення інтегральних форм комунікативної агресивності, методика Басса і Дарки, Філіпса та САН.

**Результати.** Психічне здоров'я - стан душевного благополуччя, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів та забезпечує адекватну до умов дійсності регуляцію поведінки та діяльності. Від ступеня вираженості психічної рівноваги залежить урівноваженість людини з об'єктивними умовами, її пристосованість до них. Урівноваженість людини та адекватність її реакцій на зовнішній вплив мають велике значення для розмежування норми та патології. Психічне здоров'я людини пов'язане із наявністю і збереженням психологічної стійкості. Проблеми психологічної стійкості особистості мають практичне значення, оскільки стійкість охороняє особистість від дезінтеграції й особистісних розладів, створює основу для внутрішньої гармонії, забезпечує реалізацію фізичних потенціалів людини. Якщо ж на якійсь із цих ланок відбувається збій, то є вірогідність виникнення психічного захворювання. За даними опитувальника невротичних порушень встановлено, що за шкалою депресії 15 % учнів набрали від 16 до 18 балів, що свідчить про високий рівень ризику клінічного симптомокомплексу, за шкалою тривожності рівень невротизації вище норми спостерігається у 24 % учнів та нормальний рівень за всіма шкалами - у 61 %. 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 Дарки індекс агресивності становить 50% та індекс ворожості - 55%. До групи ризиків виникнення неврозів за методикою Філіпса входять в цілому 13 учнів. За результатами дослідження визначення рівня САН встановлено, що до групи виникнення неврозів належать за індексом “самопочуття” – 8 учнів; за індексом “активність” – 7 учнів; за індексом “настрій” – 11 учнів.

**Висновок.** За даними проведеного нами обстеження встановлено, що значне навчальне навантаження та великі очікування, постійне перебування у напруженні та відповідальності перед вчителями та батьками, негативно впливають на стан психічного здоров'я.

В.Ю. Ангельська, В.С. Шемет, І.В. Юрчишина  
**АГРЕСИВНІСТЬ ЯК ФОРМА ВИРАЖЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Н.Д. Корольова (к.психол.н., доцент), М.В. Матвійчук (к.мед.н., доцент)  
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Різноманітність видів конфліктів і їх зміст змушує звернути на себе увагу фахівців різних галузей знань таких як правознавство, військові науки, медицина та психологія, зокрема конфліктологія. Однією з характерних особливостей взаємодії людей у сучасному суспільстві є підвищена конфліктність та агресивність. Це пов'язано з впливом цілого ряду факторів що ускладнюють життєдіяльність і є джерелом роздратування, та виникнення психічної напруги. Агресивність займає важливе місце, яке може виступати дестабілізуючим фактором у роботі, впливає на здатність контролювати і регулювати власні поведінкові реакції, які потрібні для забезпечення виконання своїх завдань.

**Мета дослідження:** Визначити домінуючий вид агресивності у військовослужбовців та лікарів, які виконували свої професійні обов'язки в зоні АТО.

**Матеріали і методи:** Дослідження проводилось на базі ВМКЦ ЦР та Вінницькому обласному клінічному госпіталі ветеранів війни. Загальна кількість обстежуваних – 100 осіб (n=100). Під час визначення агресивності було сформовано дві групи з однаковою кількістю респондентів, а саме: перша група лікарів (n=50), друга - військовослужбовці (n=50). Для дослідження прояву агресивності ми використали методику діагностики форм

агресії А. Басса й А. Дарки, методикою діагностики А. Ассінгера, що досліджує рівень агресивності.

**Результати:** Агресія – це поведінка, яка спричиняє шкоду іншим людям. Агресія проявляється у побитті інших людей, у вербальних образах, погрозах, ворожих насмішках, жартах, а також містить непрямі форми фізичної та вербальної агресії (бойкот, ворожа міміка та жестикуляція). На основі отриманих даних, нами виконано якісний аналіз результатів дослідження рівня прояву основних форм агресії і ворожих реакцій лікарів та військовослужбовців. В процесі інтерпретації результатів нами було встановлено, що у лікарів фізична агресія притаманна 16%, непрямая агресія - 8%, дратівливість - 26%, негативізм - 10%, образа - 2%, підозрілість - 6%, вербальна агресія – 30%, почуття провини - 2%. Прояви у військовослужбовців: фізична агресія - 20%, непрямая агресія - 4%, дратівливість - 16%, негативізм - 10%, образа - 10%, підозрілість - 14%, вербальна агресія - 20%), почуття провини - 6%. За методикою А. Ассінгера отримані такі дані: лікарі: 6% набрали 35 та менше балів, 84% - 36-44 бали, 10% -45 і більше; військові:- 2% набрали 35 та менше балів, 24% -36-44 бали, 14%- 45 і більше балів.

**Висновок.** Таким чином, за даними проведеного обстеження, встановлено, що за діагностикою форм агресії А. Басса й А. Дарки лікарі користуються механізмом захисту агресії, переважала вербальна агресія, що складала 30% та дратівливість - 26%, у військовослужбовців переважала фізична агресія - 20%, та вербальна агресія 20%. Домінуючі показники за методикою А. Ассінгера у лікарів та військовослужбовців знаходяться в межах 36-44 бали, це 84% - у лікарів та 24% - військовослужбовців, що свідчить про помірну агресивність, що суттєво не впливає на якість життя.

В.Ю. Ангельська, І. В. Юрчишина, Д.В. Смагло, В.С. Шемет

### МЕТАФОРИЧНІ АСОЦІАТИВНІ КАРТИ ЯК МЕТОД РОБОТИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Н. Д. Корольова (к.психол.н., доцент)  
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Посттравматичний стресовий розлад та розлад адаптації є однією з найбільш частих і несприятливих форм психічних порушень у осіб, які пережили життєвонебезпечні ситуації та займають центральне місце в числі так званих нових пограничних психічних розладів, що виокремлюють в останнє десятиліття.

**Мета дослідження.** Ефективність метафоричних асоціативних карт при роботі при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР).

**Матеріали і методи.** Було обстежено 40 військовослужбовців, котрі перебували на лікуванні у Вінницькому обласному клінічному госпіталі ветеранів війни за допомогою опитувальника САН, PCL-шкала самооцінки наявності ПТСР та Міссісіпська шкала (МШ) для оцінки посттравматичних реакцій (військовий), а також метафоричні асоціативні карти.

**Результати.** Посттравматичний стресовий розлад («в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «чеченський синдром») - психологічний стан, який виникає в результаті психотравмуючих ситуацій, що виходять за межі звичайного людського досвіду і можуть загрожувати фізичній цілісності суб'єкта або інших людей. Можна виділити три складові ПТСР: 1) повторне переживання травми; 2) уникнення; 3) ознака фізичного стресу. Більшість людей починають відчувати прояви ПТСР невдовзі після травми. Близько у половини симптоми зникають протягом трьох місяців, у інших – тривають роками. Отримання ефективного лікування відіграє вирішальне значення для зменшення проявів симптомів та покращення адаптації у суспільстві. Військовослужбовців було розділено на 2 групи: експериментальну (проводились психокорекційні заходи за допомогою МАК) та контрольну. Перед початком психокорекції у першій та другій групі були такі результати: САН - самопочуття  $3,57 \pm 0,30$  балів, активність  $3,20 \pm 0,27$  балів, настрої  $3,87 \pm 0,30$  балів, за МШ у 5 чоловік виявлено ПТСР, у 15 - характерні розлади для ПТСР, у 20 - добре адаптовані, за PCL у 3 виявлено ПТСР, у 18 - окремі ознаки ПТСР, у 19 - нормативні показники психічної діяльності. Після психокорекції за допомогою МАК отримані такі дані: САН - самопочуття  $4,57 \pm 0,30$  балів, активність  $4,48 \pm 0,37$  балів, настрої  $4,87 \pm 0,30$  балів, за МШ у 4 виявлено ПТСР, у 11 - характерні розлади для ПТСР, у 25 - добре адаптовані, за PCL у 2 виявлено ПТСР, у 16 - окремі ознаки ПТСР, у 22 - нормативні показники психічної діяльності.

**Висновок.** За даними проведеного нами обстеження встановлено, що МАК мають позитивний вплив на психіку людини. Це проявляється у покращенні сну, настрою, активності та адаптації у суспільстві. Таким чином, метафоричні асоціативні карти є ефективним методом у роботі з військовослужбовцями, оскільки дозволяють опрацювати внутрішні проблеми, особливості міжособистісних взаємовідношень без значної травматизації.

Березівська Т.П., Петренко К.В.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ В УМОВАХ КЛІМАТИЧНОГО КУРОРТУ**

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Баранова І.В.(к.мед.н., асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Одним із складних поліетіологічних захворювань з аутоімунним патогенезом є гломерулонефрит. Ранній дебют захворювання, складність лікувального процесу та коротка тривалість життя людей з визначеною невиліковною патологією привертають увагу лікарів та науковців. Покращення якості життя пацієнтів – це головна мета реабілітаційного процесу.

**Мета:** оцінити ефективність медичної реабілітації хворих з гломерулонефритом на кліматичному курорті Байрам-Алі ( Туркменістан).

**Матеріали та методи:** нами було проаналізовано сучасні наукові праці (Дудар І.О., 2012; Сайдакова Н.О., 2013; Ніколаєнко С.С., 2016) щодо лікування гломерулонефриту, Протокол (Наказ № 593 МОЗ України) щодо надання медичної допомоги хворим на хронічний гломерулонефрит з сечовим та нефритичним синдромами.

**Результати:** Курорт Байрам-Алі відноситься до найвідоміших кліматичних курортів світу. Його унікальність пов'язана з особливим географічним положенням – в пустелі Каракуми. Висока середньодобова температура (+ 50° С), малі коливання добової температури влітку та дуже незначна кількість опадів забезпечують стабільність клімату регіону. За умови значного потовиділення організмом хворого відбувається зменшення набрякового синдрому та об'єму циркулюючої крові, зниження артеріального тиску. Перспективним, однак мало відомим напрямком лікування на курорті є псаммотерапія. Під час прийняття пісочних ван відбувається покращення мікроциркуляції паренхіми нирок, зменшуються запальні прояви. Це приводить до уповільнення розвитку сполучної тканини та подовженню функціональної здатності нефронів. Відмічено, що частота ремісії у хворих на гломерулонефрит після кліматичного лікування збільшується на 27 % та може тривати 12-14 місяців. Аналіз статистичних даних захворюваності на аутоімунну патологію нирок у жителів різних регіонів показав найнижчий показник поширеності гломерулонефриту серед корінних жителів Туркменістану (3-6 на 10000 осіб). Середня тривалість захворювання до настання незворотніх змін в нирках є найдовшою (35-45 років) у вказаному регіоні, в порівнянні з іншими країнами Європи (15-20 років - в Україні, 22-25 років в країнах Балтики).

**Висновки:** Таким чином, враховуючи патогенетичний вплив природних лікувальних факторів на кліматичному курорті Байрам-Алі (Туркменістан ) слід рекомендувати його як один з найкращих реабілітаційних центрів для лікування хронічної аутоімунної патології нирок. Комплексний вплив реабілітаційних методів сприяє уповільненню прогресування хвороби та покращенню якості життя пацієнтів.

І. М. Беца, Н. І. Янкова

## **ЗМІНИ ГОМЕОСТАЗУ СЛЬОЗНОЇ ПЛІВКИ ПРИ РОБОТІ ЗА КОМП'ЮТЕРОМ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.І. Гуменюк(викладач)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця ,Україна

**Актуальність.** В умовах сьогодення робота з комп'ютером займає дві третини нашого часу. Це і робота, і навчання, і розваги, і хобі. При цьому орган-мішень - наші очі, функція, що страждає першою - зір. Досить часто ми не звертаємо уваги на безпеку, що включає в себе даний процес. До них належать як побутові(пил,неналежне освітлення, випромінювання від монітору та ін.) так і фізіологічні (пересихання сльозної плівки, порушення акомодатії). Саме сльозна плівка першою реагує на всі чинники, порушується її структура, з'являються скарги.

**Мета :** Встановити залежність від частоти моргань за одну хвилину та наявності неприємних суб'єктивних відчуттів та скарг у студентів другого курсу при моделюванні двох ситуацій:перша-у стані спокою,без зорового навантаження та друга - при напруженій зоровій роботі за комп'ютером при виконанні завдання.

**Матеріали та методи.** В дослідженні прийняло участь 26 студентів,які перебували в невимушеній обстановці, за гарною бесідою в умовах психологічного та зорового комфорту. Було запропоновано дати відповіді на перші чотири запитань анкети, спостерігачами в режимі запису були підраховані кількість моргань за хвилину кожним учасником. Використовувались комп'ютери, планшети, ноутбуки, анкетиз запитаннями, а саме:1.Чи наявні у Вас порушення зору? 2.Чи відчуваєте Ви дискомфорт в очах на момент проведення дослідження? 3.Чи відчуваєте Ви дискомфорт в очах на початку роботи за комп'ютером? 4.Чи відчуваєте Ви дискомфорт в очах після роботи за комп'ютером? 5.Чи маєте Ви неприємні відчуття після проведення досліду (варіанти відповідей-так, ні, іноді).Студентам,що приймали участь в першому дослідженні було запропоновано пройти тест: за одну хвилину закреслити всі голосні літери в тексті на 3000 знаків. Дослідження було записано. Після проведення підраховано частоту моргань за одну хвилину кожним учасником.

**Результати:** В нормі частота моргань складає 16-18 за хвилину. Дослідження проведені нами показали, що в комфортній обстановці без зорового навантаження частота моргань була в нормі. Показники склали: 16 учасників-18 за 1 хвилину (62%), 6 студентів-17 за 1 хвилину (23%), 4 учасника- 15 за 1 хвилину (15%). Відповіді на перші чотири запитання анкети: «Ні»-18 чоловік (69%) , «Іноді» -8 чоловік (31%). При роботі за комп'ютером кількість моргань різко скорочується. Після проведення дослідження показники змінилися наступним чином: 12 учасників-13 за 1 хвилину(46%), 10 учасників-11 за 1 хвилину (39%) 4 учасника 7 за 1 хвилину (15%). Відповідь на заключне запитання анкети: 16 чоловік-«Так» (62%), 10 чоловік «Ні» (38%). Як наслідок, слезна плівка змінює свою структуру і виникає відчуття піску в очах, печіння і втома. Поверхня рогівки пересихає, а секрет мейбомієвих залоз накопичується на краю повіки і стає густим, в наслідок чого відбувається закупорка залоз і як результат, може розвинути «синдром сухого ока».

**Висновки:** Таким чином, проведені нами дослідження дали змогу встановити залежність між частотою моргань за хвилину і виникненням неприємних відчуттів та скарг. Чим менша частота моргань за хвилину, тим частіше виникають скарги пов'язані з пересиханням слезної плівки.

**Рекомендації:** для збереження зорового комфорту без застосування медикаментів потрібно контролювати частоту моргань при зоровому навантаженні працюючи за комп'ютером.

Богуш Г.Л., Павлішина О.С.

#### VAC-THERAPY ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ РАН КІНЦІВОК

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

**Актуальність:** VAC-therapy (Vacuum-assisted closure) – сучасна новітня методика лікування ран, яка значно поліпшує перебіг всіх стадій ранового процесу: зменшує локальний набряк, сприяє посиленню місцевого кровообігу, знижує рівень мікробного обсіменіння, призводить до відносно швидкого зменшення ранової порожнини, скорочуючи термін загоєння. Застосування даної методики є надзвичайно актуальною на сьогодні з огляду на те, що через бойові дії на Сході нашої країни суттєво збільшилась кількість постраждалих від вогнепальних поранень різного характеру. Часто ці поранення носять поєднаний характер і призводять до утворення великих дефектів м'яких тканин.

Протягом 2015-2016 років у ВМКЦ ЦР проводилось лікування 54 поранених із зони АТО, у яких в комплексному лікуванні застосовувалась вище зазначена методика з метою підготовки інфікованих вогнепальних ран до пластичного закриття. Вік поранених був від 20 до 55 років, серед них переважали молоді люди до 30 років. У 8 із них мало місце ураження тільки м'яких тканин, у інших 46 – поранення були поєднаними з відкритими вогнепальними переломами кісток верхніх та нижніх кінцівок, що вимагало застосовувати іммобілізацію відповідними апаратами для зовнішньої фіксації.

Всі постраждалі були доставлені з інших медичних закладів в терміни від 3 до 20 діб від моменту отримання поранення після проведених їм хірургічних обробок вогнепальних ран, з огляду на це всі рани у них були інфікованими.

Мета: підготовки ранових поверхонь до подальшого пластичного закриття у всіх зазначених поранених був застосований метод VAC-therapy (VAC- апарат Foryou STAN, що створює негативний тиск від –55 до –200 мм рт. ст.). Перед монтажем апарату обов'язково проводили некректомію з використанням за необхідності ультразвукового кавітатора (SONOCA-400). Негативний тиск ВАК-системи встановлювали на рівні –125 мм рт. ст. в режимі non stop. В 5 випадках було застосоване поєднання дренажно-промивної та вакуум-систем - вакуум-промивна терапія (Vacuum Instillation Therapy).

Критерієм для припинення ВАК-терапії було повне очищення ран від некротичних тканин, утворення грануляцій і виповнення дефекту в зоні ураження. Термін лікування за допомогою ВАК був від 5 до 25 діб в залежності від розмірів дефекту м'яких тканин. Заміна ВАК-системи проводилась не рідше одного разу на 5-7 діб. У більшості поранених такі заміни проведені тричі.

У всіх пролікованих нами пацієнтів застосування зазначеного методу лікування дозволило в подальшому провести закриття ранового дефекту шляхом накладання вторинних хірургічних швів або з використанням автодермопластики з позитивними наслідками.

**Висновки:** Таким чином, застосування VAC-therapy при комплексному лікуванні інфікованих вогнепальних ран є оптимальним методом, що дозволяє швидко очистити ранову поверхню, заповнити рановий дефект грануляційною тканиною і підготувати рану до пластичного закриття.

М. Бобр, І.А. Дорофеева

## СУЧАСНІ ВІТЧИЗНЯНІ ФАРМАКОЛОГІЧНІ ПРЕПАРАТИ У СФЕРІ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.Д. Корольова (к.психол.н., доцент), В.В. Чорна (к.мед.н., викладач)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Тривала зовнішня кровотеча залишається однією з основних причин смерті поранених на догоспітальному етапі. Тому актуальності набуває використання сучасних гемостатичних засобів, що можуть використовуватися для зупинки різних видів кровотеч, в тому числі й масивних.

**Мета:** Вивчити інноваційні розробки у сфері невідкладної допомоги бійцям АТО.

**Матеріали та методи:** Аналіз сучасної наукової літератури за досліджуваною проблемою.

**Результати:** Забезпечення українських військових в зоні проведення АТО лікарськими засобами одна з ключових проблем сьогодення. В її рішенні бере участь провідний вітчизняний фармацевтичний виробник. Українська компанія «ЮРІЯ ФАРМ» розробила унікальний препарат, який без перебільшення рятує життя нашим воїнам. Новітньою розробкою є хімічний засіб для тампонування ран при зупинці масивних вузлових кровотеч. Ревул® високоефективний кровоспинний засіб, виготовлений з натуральної природної речовини – хітозан. Гемостатичний ефект зумовлений зв'язуванням позитивно заряджених елементів матеріалу з негативно зарядженими еритроцитами. При контакті з кров'ю сприяє поглинанню рідкої фракції крові та утворює єдину гелево-желеподібну масу, що призводить до зменшення кровотечі. Ревул® існує у формах: гемостатичний бинт, порошок, пов'язка, гемостатичний шприц. Середній час формування щільного згустку - 25-30 секунд. Хітозан проявляє ефект незалежно від процесів згортання крові в організмі. Концентрація хітозану для швидкого гемостазу становить не менше 100 г, що збільшує швидкість здійснення гемостатичного ефекту. Не впливає на фактори згортання крові, ефективний в умовах гіпокоагуляції. Прямого впливу на систему гемостазу не має. Утворює згусток в присутності гепарину та не прямих антикоагулянтів. При видаленні медичним працівником утвореного згустку, Ревул® легко змивається теплим фізіологічним розчином та в подальшому рану оброблюють відповідно до затверджених медичних протоколів. Препарат не викликає термічної реакції у місці нанесення і не призводить до опіків. Дуже низька ймовірність алергічних реакцій оскільки в організмі людини відсутні ферменти, що здатні розщеплювати основні компоненти препарату. Гемостатичний бинт Ревул® - зручний і простий у застосуванні порівняно з традиційними засобами, не травматичний щодо сусідніх тканин і діє локально в рані. Порівняно з існуючими аналогами не викликає термічної реакції в зоні контакту засобу з краями рани.

**Висновки:** Таким чином, крововтрата є основною причиною смерті на полі бою, якої можна уникнути при вчасному наданні медичної допомоги. З огляду на доступність та ефективність новітню розробку Ревул® для тампонування ран при кровотечах необхідно рекомендувати до включення в склад аптечок першої медичної допомоги не тільки в Збройних Силах, але й в цивільному житті.

Бондар Т. М.

## ІМПЕРСЬКА РОСІЯ – ГОЛОВНИЙ ЧИННИК ВИНИКНЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ У СВІТІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Тарасюк В.С. (к.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна.

**Актуальність роботи:** Серед сучасного світу спроби тероризму – досить розповсюджене явище. Тероризм, на сьогоднішній день, є головною причиною виникнення світової надзвичайної ситуації. Кожна країна дає частину основи виникненню тероризму на території її суверенності. У цій роботі ми висвітлюємо вплив Російської Федерації на виникнення тероризму світового масштабу. Так як в межах Росії існує Чеченська республіка, яка проголошувала себе незалежною державою, що викликало розгортання першої та другої «чеченських» війн, вони велися методом «випаленої землі», за яким населений пункт зрівнювався з землею в лічені години. Війна була припинена лише тоді, коли Президентом Чечні призначили Рамзана Кадірова. У 2002 році у Москві відбулася трагедія Норд-Осту (ще називають Терористичний акт на Дубровці) під час якого загинуло приблизно 130 заручників і всі терористи, через небажання російської влади вирішувати конфлікт мирним-дипломатичним шляхом. 8 серпня 2008 року Росія напала на Грузію, піддаючи бомбардуванню грузинські міста, порти та військові об'єкти. Втрати мирного населення становили близько до 2000 вбитих і поранених. Великий вплив Російська Федерація має і на громадянську війну в Сирії. Так у своєму листі до Рособоронекспорт Хьюман Райтс Вотч пише: «Поставки зброї до Сирії, коли там тривають злочини проти людяності, можуть означати співучасть у скоєнні цих злочинів». Слід згадати і про військовий конфлікт, розпочатий російськими диверсантами у квітні 2014 року на території українського Донбасу після захоплення Росією Криму. Внаслідок якого і на сьогоднішній день частина території України залишається під контролем бойовиків. Результатом вторгнення є тисячі вбитих і поранених українців.

**Мета роботи:** Розглянути події, які спричинили надзвичайні ситуації світових масштабів в контексті їх

відношення до Російської Федерації.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури, інформації з джерел інтернет (InternetWebScience, Google Academy Pub Med 2012-1017, накази МОЗ).

**Результати:** Знання з цієї теми дозволять нам розширити кругозір, сформувати патріотичність до власної держави і допоможе усвідомити нам, що потрібно цінити у житті людини. Станом на серпень 2017 року, за даними ООН, з початку конфлікту на Донбасі у квітні 2014 року зафіксовано 10225 вбитих і 24541 поранених осіб в результаті бойових подій.

**Висновки:** В умовах сучасного світу терористичні акти набувають великого розповсюдження, тому знання про світові надзвичайні ситуації є необхідними на сьогодні. Особливо для України та її населення, оскільки на її території протягом останніх чотирьох років ведеться «гібридна війна». Також вони дають оцінку кількості жертв світових надзвичайних ситуацій у країнах, що стали жертвами терористичних актів спричинених Російською Федерацією.

Є.Ю. Бондар, К.О. Семко

### НАРКОТИК НОВОГО ПОКОЛІННЯ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

С.М.Пашковський(викладач, підполковник м/с)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сьогодні більшість людей страждає від нової соціальної залежності, що називається номофобія. Захоплення сучасними гаджетами носить руйнівний характер. Дослідження базується на використанні мобільних телефонів у людей.

**Мета:** Дослідити вплив необмеженого використання мобільних телефонів та інших гаджетів, на стан здоров'я користувачів.

**Матеріали та методи:** Аналіз джерел наукової літератури.

**Результати:** У сучасному світі залежність від гаджетів спостерігається серед всіх поколінь, які поглинаються тенетами мобільних пристроїв. Проблема людей полягає в тому, що вони так поглинуті своїми смартфонами, що не помічають світу навколо себе. Так звані зомбі-смартфони тепер ходять під час перерв у класі, аудиторії, у транспорті та вдома. І навіть якщо користувачі веселяться, їх задоволення потрібно задокументувати за допомогою фото, відео або текстового повідомлення. Інші звички, такі як перегляд великої кількості відео на YouTube, фото в Instagram та читання в Інтернеті, також можуть призвести до номофобії. Можливими причинами можуть бути завищена чи занижена самооцінка, соціофобія, нудьга, нетерплячість, різні соціально-психологічні розлади, висока екстраверсія. Коротше кажучи, це сукупність дуже різноманітних причин, які можуть бути присутніми на різних рівнях. Серед основних ознак, що характеризують залежність від телефона - неспокійні ночі, тривога, соціальна ізоляція, нервові розлади, зміни ваги (як втрати, так і збільшення), безсоння, безпідставний гнів, самоагресія. Як наслідок, люди годинами проводять за гаджетами, а це загрожує низкою дивних хвороб, про які до недавнього часу навіть не чули. Наприклад, "ефекту гуглу". Його симптоми: чим частіше людина шукає відповіді на всі питання в інтернеті, тим менше думає, а отже, і запам'ятовує. Зловживання мобільним призводить до синдрому «фантомного дзвінка». Коли людині постійно здається, що їй телефонують або пишуть повідомлення. А постійне сидіння в інтернеті може породити цифрову залежність, і навіть викликати так звану мережеву депресію, коли людина починає жити віртуальним спілкуванням і там залишає всі емоції.

Чи відчуваєте, ви роздратування, коли вам кажуть – «Залиш телефон.»? Що ви робите першим, коли прокидаєтеся: п'єте каву, застеляєте ліжко чи переглядаєте новини у Facebook? Чи важко вам утриматися від користування гаджетом на роботі, університеті чи школі? Чи берете ви смартфон до вбиральні? Якщо відповідь «Так» хоча б на два запитання з вищеперерахованих, то вам варто замислитися про роль гаджета у вашому житті.

**Висновок:** Більшість користувачів виявляють емоційну нестабільність після використання мобільних телефонів (тривога, неспокій, безсоння та депресія), а довгострокові користувачі гаджетів також піддаються ризику різних психічних, фізичних та психологічних захворювань. Люди повинні уникати такої поганої звички. Отже, можна сказати, що сотові – «наркотик» нового покоління.

Ю.О. Василець

### ОЦІНКА РІВНЯ ВІДНОВЛЕННЯ СПОНТАННОГО КРОВООБІГУ СЛУЖБОЮ ЕМД ЗА 2016-2017 рр.

Курс медицини катастроф та військової медицини

Н.Д. Корольова (к.психол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Перші хвилини після зупинки дихання критично важливі. Серцево-легенева реанімація (СЛР),

розпочата в першу хвилину має максимальні шанси на успіх. З кожною наступною хвилиною зволікання, ефективність СЛР зменшується на 10%. Період клінічної смерті триває близько 4-6 хвилин. Після закінчення цього часу, в першу чергу, починають відмирати клітини кори головного мозку (соціальна смерть) і навіть, якщо дихання потерпілого вдасться відновити, то зміни можуть мати серйозні наслідки (втрата пам'яті, порушення сприйняття, мови, моторних функцій і т.д.). Якісна серцево-легенева реанімація забезпечує лише 30-40% нормального серцевого викиду, 30-60% мозкового кровотоку і 5-20% серцевого кровотоку, тим самим продовжуючи період клінічної смерті. Завданням рятувальника є, в прямому сенсі слова, виграти час до приїзду кваліфікованої медичної допомоги.

**Мета.** Оціни рівень відновлення спонтанного кровообігу службою ЕМД Вінницької області за 2016-2017 рр.

**Матеріали та методи.** У ретроспективному дослідженні, що проводили на базі територіального медичного об'єднання «Вінницький обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» за 2016–2017 рр., проаналізовано 368 «Карт виїзду швидкої медичної допомоги» пацієнтів, яким було проведено серцево-легеневу реанімацію з різних причин.

**Результати.** Протягом 2016 року було зареєстровано 367 випадків проведення серцево-легеневої реанімації бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги (успішних – 50 випадків (13,6 %); безуспішних – 317 випадків (86,4 %)). Протягом 2017 року бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги було зареєстровано 301 випадок серцево-легеневої реанімації (успішних – 38 випадків, що становило 12,6 %; безуспішних – 263, що становило 87,4 %).

**Висновки.** Рівень проведення успішної серцево-легеневої реанімації на догоспітальному етапі залишається відносно низьким (12,6–13,6 %). Даний показник можна пов'язати з тим, що в більшості випадків реанімаційні заходи до приїзду бригади ЕМД не проводились.

Ю. О. Вітрова

### ЗВ'ЯЗОК МІЖ ТОНУСОМ АНАТОМІЧНИХ СТРУКТУР ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА ЗМІНАМИ СИНТОПІЇ ШЛУНКА

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:** Вісцероптоз (ВП) – патологічний стан, який розвивається при ослабленні м'язів передньої черевної стінки (ПЧС) і тазового дна. При ВП спостерігається опущення органів черевної порожнини малого тазу. Це явище поширене і має велике медико-соціальне значення, наприклад, у 28.3% дітей із дисплазією сполучної тканини спостерігається ВП (Нестеренко З.В., 2012). Рання діагностика ВП є актуальною проблемою, тому що дозволяє запобігти розвитку низки патологічних станів. Конституційний синдром, хронічний пієлонефрит, сечокам'яна та жовчнокам'яна хвороба та інших (Заремба С. Х., 2013). Одним з неінвазивних методів об'єктивної діагностики нижньої межі шлунка є аускультофрிகція.

**Мета:** Дослідити зв'язок між тонусом анатомічних структур ПЧС і змінами синтопії шлунка, оцінити вплив ЛФК на тонус м'язів ПЧС та евакуаторну функцію шлунка при гастроптозі.

**Матеріали та методи:** В дослідження включено 60 добровольців віком від 17 до 77 (28.75±14.22) років, які були поділені на три групи: I – контрольна група (36 осіб), II – група (9 осіб) із слабкістю білої лінії живота (СБЛЖ), III – група із гастроптозом (15 осіб). Групи були репрезентативні за гендерними та віковими показниками. Тонус ПЧС оцінювали за наявністю СБЛЖ. Наявність гастроптозу визначали методом аускультофрிகції. Констатували опущення нижньої межі шлунка після п'ятиразового вживання по 100 мл води протягом 5 хв. Евакуаторну здатність (ЕЗ) оцінювали визначаючи час повернення нижньої межі шлунка до вихідного рівня. Пацієнтам III групи було призначено комплекс вправ для зміцнення м'язів ПЧС, ЛФК виконували двічі на добу протягом 5 тижнів, після чого виміри повторили. У жінок брали до уваги фазу менструального циклу. Статистичну обробку здійснювали стандартними методами біометрії.

**Результати:** Виявлено, що СБЛЖ є сприяючим фактором розвитку гастроптозу (OR=16,33; ДІ 3,06–87,18; p=0,0011). Прослідковується позитивний вплив ЛФК на покращення тонусу м'язів ПЧС та евакуаторну функцію шлунка протягом 5 тижнів з 5,63±1,04 хв. до 4,67±0,81 хв. (p>0,05). ЕЗ шлунка у жінок залежить від фази менструального циклу (r=0,63) та має тенденцію до зниження: в першу фазу – 5,33±0,65хв., другу – 5,67±0,50 хв. (p>0,05).

**Висновки:** Метод аускультофрிகції – неінвазивний, швидкий та інформативний, дозволяє на ранніх етапах виявити групу ризику щодо ВП. У пацієнтів із СБЛЖ існує високий ризик розвитку гастроптозу (OR=16,33; ДІ 3,06–87,18; p=0,0011). Апробований нами комплекс ЛФК покращує стан м'язів ПЧС та ЕЗ шлунка протягом 5 тижнів.



Н. С. Гончарова

## АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ КРОВОЗУПИННИХ ЗАСОБІВ QUIKCLLOT ТА CELOX

Кафедра військової медицини та медицини катастроф

В.С. Тарасюк ( проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема зупинки зовнішньої кровотечі постає як у мирний, так і у воєнний час. Згідно з офіційними даними, близько 50% смертей на догоспітальному етапі пов'язані з крововтратою. В сучасному арсеналі засобів, які допомагають боротися з даним станом, чільне місце займають хімічні (контактні) гемостатики. Серед них найбільш широко використовуються дві групи - на основі хітозану (Celox) та коаліну (QuikClot). Вони ж були на забезпеченні військових в зоні АТО практично від початку ведення бойових дій. Важливим є питання вибору конкретного засобу для мінімізації крововтрати та зменшення випадків смертності від даного патологічного стану.

**Мета:** Провести порівняння ефективності кровозупинних засобів QuikClot та Celox. Охарактеризувати показники виживання, загальної крововтрати, абсорбційних властивостей та випадків повторних кровотеч.

**Матеріали та методи:** Аналіз і порівняння даних закордонних досліджень, згідно з якими для оцінки ефективності гемостатиків створювалась модель бойової травми на свинях шляхом пересікання попередньо виділених пахових артерій та вени з наступним застосуванням даних засобів та виконання відповідних замірів. Для цього експеримент поділяли на такі фази: 1. Індукції/стабілізації (в/м введення Кетаміну та Атропіну, інгаляція Ізофлурану); 2. Геморагічна (після 30 хв стабілізації пахові артерія з веною пересічені; кровотечу не зупиняли протягом 1-2 хв, що імітує час прибуття медичного працівника на полі бою. Перед застосуванням гемостатиків протягом 1 хв чинили механічний тиск на пошкоджені судини для видалення крові); 3. Крововтрати (через 35 хв тиску на рану (5 хв ручного тиску +30 хв за допомогою піщаного мішка) пов'язка знімалася без відриву кров'яного згустка); 4. Фаза реанімації (вводили до 5 л кристалічних розчинів для визначення кількості, при якій кровотеча відновлюється); 5. Фаза руху (рух ноги свині у бік складної травми паху).

**Результати:** Отримані дані свідчать, що відсоток виживання більший при використанні QuikClot (83%), порівняно з Celox (75%). Загальна крововтрата для QuikClot 32 мл/кг (12,6-49,6 мл/кг), для Celox - 34 мл/кг (17,5-52,1 мл/кг). Абсорбційні властивості QuikClot склали в середньому 370 г (100-870 г), після Celox - 380 г (110-700 г). Випадки повторних кровотеч спостерігались лише при використанні Celox.

**Висновки:** Після порівняння ефективності кровозупинних засобів QuikClot та Celox, можемо зробити висновок, що за показниками виживання, загальної крововтрати, маси крові в порожнині рани та випадків повторних кровотеч варто надавати перевагу QuikClot. Однак, показники Celox незначно відрізняються, тому вважаємо, що обидва засоби є досить ефективними для зупинки зовнішньої кровотечі навіть з магістральних судин на догоспітальному етапі, незважаючи на різний механізм дії.

Н. С. Гончарова, Я. П. Лісков ( ас.)

## ВПЛИВ ПОЛОЖЕННЯ ГОЛОВИ ТА ОРТОПЕДИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НА СТВОРЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОГО ЛОРДОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА ПОКАЗНИКИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОГО КРОВОТОКУ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Колісник С.П. (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вертебробазиліарна недостатність (ВБН) – це оборотне порушення функцій мозку, викликане зменшенням кровотоку ділянки, яка кровопостається хребтовими і основною артеріями. Причинами цього стану є: стеноз магістральних судин, вроджені особливості будови судинного русла, мікроангіопатії, компресія хребтових артерій патанатомічно зміненими структурами в шийних сегментах, гостра травма шийного відділу хребта, артеріїти, антифосфоліпідний синдром, защемлення потиличного нерва, спазм підпотиличних м'язів, синдром підключичного обкрадання тощо (Яхно Н.Н., 2005 рік). Враховуючи клінічне значення, поліетіологічність цього синдрому, питання діагностики, лікування та профілактики ВБН є дуже актуальними. Оскільки збереження фізіологічного лордозу шийного відділу хребта (ШВХ) забезпечує нормальний хід судин з належним кровопостачанням усіх відділів головного мозку, то при його зміні може виникати компресія вказаних судин з проявами ВБН (Колісник П.Ф., 2010 рік).

**Мета:** Вивчення залежності показників кровотоку вертебробазиліарної системи, визначених методом реоенцефалографії, від положення тіла та створення фізіологічного лордозу ШВХ за допомогою ортопедичних валиків.

**Матеріали та методи:** Обстежено 15 практично здорових добровольців віком 17-30 (24,5±4,55) років шляхом реєстрації реоенцефалограми (РЕГ) потилично-соскоподібної ділянки. Датчики встановлювались симетрично, різниця базового імпедансу не перевищувала 10 Ом. Для визначення змін кровотоку обстежуваним надавались наступні положення: сидячи, лежачи на спині, лежачи на спині з валиками під ШВХ малого та великого розміру.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми «MicrosoftExcel2013».

**Результати:** При створенні фізіологічного положення в ШВХ шляхом підкладання невеликого валика під шию в положенні лежачи на спині у обстежених суттєво зменшувалось або зникало венозне повнокрів'я (OR=4,13; p=0,19; CI 0,49-34,50). Зниження показників асиметрії кровотоку було також пов'язано з застосуванням ортопедичної корекції (OR=3,00; p=0,30; CI 0,37-24,17).

**Висновки:** Покращення артеріального притоку та венозного відтоку вертебробазиллярної системи пов'язане зі створенням фізіологічного лордозу в лежачому положенні за допомогою ортопедичної корекції шляхом підкладання валиків невеликих розмірів. Пацієнтам з проявами ВБН слід рекомендувати формування фізіологічного лордозу ШВХ шляхом створення правильного положення за допомогою валика в лежачому положенні (під час сну, проведення фізіотерапевтичних процедур тощо).

Горбунова М.А., Островська Л.М.

## ІНФОРМОВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ПРО ВИКОРИСТАННЯ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК В ПРОДУКТАХ ХАРЧУВАННЯ

Кафедра загальної гігієни та екології

С.О.Латанюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Харчові добавки— це природні сполуки або хімічні речовини, які самостійно не споживаються, але у обмежених кількостях спеціально вводяться до складу інших продуктів харчування. У різних країнах у виробництві продуктів харчування використовується понад 500 харчових добавок. Різні харчові добавки мають різні властивості відносно мікроорганізмів: одні сприяють їх росту і розмноженню, інші – мають бактеріостатичні і бактерицидні властивості. Деякі добавки можуть збільшувати ризик виникнення раку молочної залози у жінок і викликати безпліддя у чоловіків (E216), серйозні алергічні реакції і захворювання ШКТ (E222), токсичні для нирок, печінки і нервової системи (E230), здатні викликати канцерогенез внаслідок утворення N-нітрозамінів (E250), викликати хімічні опіки (E260). Таким чином надзвичайно актуальним є проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань.

**Мета:** Визначення рівня проінформованості покупців про вміст харчових добавок у продуктах.

**Матеріали і методи:** Статистична оцінка впливу окремих харчових добавок на розвиток патології. В дослідженні був застосований метод опитування. Прийняли участь 100 покупців супермаркетів «Сільпо» і «АТБ». Отримані результати підлягали статистичній обробці.

**Результати:** Переважна кількість опитуваних (82%) знає, що таке харчові добавки. В той же час лише 30% респондентів може сказати, що знають про шкоду та користь харчових добавок і лише 20% звертає увагу на склад продуктів і вміст консервантів в них. Проте 71% покупців купують переважно свіжі продукти, а не напівфабрикати, що зменшує ризик виникнення захворювань, пов'язаних з вживанням харчових продуктів з добавками.

**Висновки:** Результати анкетування свідчать про те, що населення мало проінформоване про позитивне та негативне значення харчових добавок і не знають про наслідки вживання продуктів, що їх містять.

Гудемова М. О.

## СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ (СПВ) У ХІРУРГІВ, ЩО ПОБУВАЛИ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Тарасюк В. С. (к.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність роботи:** У кожній професії є свої труднощі, а особливо у медичних працівників. Їх діяльність прямо пов'язана контактуванням з пацієнтами, що вимагає постійної стриманості, толерантності, компетентності та багатьох інших якостей. Адже, саме лікарям люди довіряють своє найдорожче – здоров'я і життя. Лікар часто зазнає моральної та фізичної втоми. На цій основі часто формується синдром професійного вигорання. Актуальність цієї проблеми пов'язана з тим, що цей синдром впливає як на професійну діяльність лікаря, так і на його особисте життя. Лікар поступово втрачає задоволення від своєї діяльності, відчуває постійну напругу, втому та спустошення. Проблема синдрому професійного вигорання у лікарів хірургічного профілю впливає на якість надання медичної допомоги населенню, що набуває особливої актуальності в умовах

реформування системи медичного обслуговування, яке передбачає збільшення професійного навантаження на спеціалістів вузького профілю. Професійне навантаження, стаж роботи та спеціалізація є основними чинниками формування даного синдрому. Тому вивчення впливу формування СПВ у лікарів хірургічного профілю на ефективність їх праці у сучасних умовах реформування структури охорони здоров'я обумовлює наукову новизну цієї роботи.

**Метароботи:** розглянути синдром вигорання у хірургів, що побували на сході України на основі аналізу факторів, які вплинули на початок формування цього синдрому та його наслідків.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури, інформації з джерел інтернету (Internet Web Science, Google Academy Pub Med 2012-2017, накази МОЗ).

**Результати:** систематизовані нами відомості про СПВ у хірургів, що побували на сході України допоможуть нам вчасно помітити симптоми та ознаки вигорання. Виникненню СПВ передують період підвищеної активності, коли людина поглинена своєю діяльністю, забуває про власні потреби, відмовляється від них, зазнає виснаження. Виснаження характеризується відчуттям перенапруження, вичерпанням емоційних і фізичних ресурсів. Присутня втома, яка не проходить після сну. Лікарям з різною мірою вираження вигорання властива різна поведінка у робочому середовищі. Якщо при СПВ низька міра вираження – переважає активне прагнення до подолання проблем. Якщо у лікаря висока міра вираження синдрому професійного вигорання – домінує незадоволення та відсутність бажання розв'язувати проблеми. При опрацюванні інформації було встановлено, що найвищий рівень професійного вигорання виникає у лікарів, що працюють більше 10 років. Хоча іноді лікарі зазнають СПВ швидше, наприклад, хірурги, що побували на сході України.

**Висновок:** Існує тісний зв'язок між станом психічного здоров'я лікаря та характером його професійної діяльності. Серед основних професійних чинників, що викликають стрес, виділяють значне емоційне насичення взаємодії лікаря з пацієнтами. Адже, всі свої особисті негаразди пацієнт свідомо чи несвідомо перекладає на лікаря. Також опрацьована інформація показує, що до емоційного виснаження найбільше схильні люди, які працюють із високою відповідальністю і повністю присвячують себе професії. Отримані матеріали дадуть можливість задуматись лікарям про правильність свого режиму дня як у професійній діяльності, так і в житті загалом. Дана інформація допоможе майбутнім лікарям хірургічного профілю в підвищенні якості надання медичних послуг та застереже від емоційного спустошення.

Я.М. Демчишин

## **ОЦІНКА ВПЛИВУ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

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:** Якість надання первинної медико-санітарної допомоги населенню визначається значною кількістю факторів: професіоналізмом та комунікативними навичками лікарів, матеріально-технічним забезпеченням медичного закладу, організацією маршруту пацієнта та злагодженою пацієнто-орієнтованою роботою всіх підрозділів закладу, в тому числі реєстратури та діагностичних кабінетів. Вивчення задоволеності пацієнтів якістю надання медичної допомоги в закладі є важливим інформативним інструментом для виявлення можливих недоліків і їх усуненню за допомогою ефективного управління та впровадженню світового досвіду.

**Мета:** визначити та оцінити роль організації медичної допомоги у ЦПМСД на задоволеність пацієнтів якістю надання медичної допомоги населенню.

**Матеріали та методи:** інформаційно-аналітичний, соціологічний, статистичний. Статистична обробка результатів, отриманих в ході аналізу анкет соціологічного опитування, здійснювалася у програмі «STATISTICA 10.0». У процесі виконання дослідження, нами була розроблена анкета для відвідувачів ЦПМСД №1 м. Житомира, яка включала 22 запитання з різних аспектів діяльності ЦПМСД, а саме: організаційного (робота реєстратури), організаційно-методичного, лікувального, лікувально-профілактичного.

**Результати:** Задоволеність населення зручністю графіку роботи ЦПМСД №1 м. Житомира становила: 50% опитаних були абсолютно задоволеними вказаним графіком роботи ЦПМСД чи їхніх сімейних лікарів, 25% опитаних були частково задоволеними, 11% - у якійсь мірі задоволені, 5% опитаних були невдоволеними, для 5% опитаних графік роботи ЦПМСД не відігравав важливої ролі та 4% не змогли відповісти на вказане питання. При аналізі відповідей до блоку запитань щодо лікувальної та лікувально-профілактичної роботи, отримали наступні результати: 41% опитаних відвідувачів ЦПМСД стверджують, що лікарі надавали повну вичерпну інформацію про стан їхнього здоров'я та плану лікування, 29% опитаних були частково задоволеними від отриманої інформації, 15% були задоволеними у певній мірі; 39% опитаних дали відмінну оцінку лікарям

щодо наданих рекомендацій для профілактики або при загостренні даного захворювання; 53% опитаних стверджують, що лікарі у даному ЦПМСД виконують свої професійні обов'язки на високому рівні відповідно кваліфікаційних вимог спеціальності «ЗП-СМ», 17% були частково задоволеними від кваліфікаційних навичок лікарів ЦПМСД.

**Висновки:** З метою підвищення задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги населенню варто посилити процеси комп'ютеризації у ЦПМСД, постійно підвищувати професійні навички медичних працівників, знижувати рівні дефектів надання медичної допомоги, модифікувати залишки радянських елементів роботи у сучасних ЦПМСД. Для контролю над задоволеністю відвідувачів ЦПМСД варто проводити соціологічні опитування, оскільки задоволеність пацієнтів якістю наданої медичної допомоги є одним із інтегральних показників, які визначають рівень якості лікування.

О.В. Долинна

## ТИП РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА СУБ'ЕКТИВНОГО СПРИЙНЯТТЯ ВАЖКОСТІ ТРЕНУВАНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СКЛАДУ МАСИ ТІЛА

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

П.Ф. Колісник (проф., д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гіпертонічна хвороба (ГХ) одна з найбільш поширених нозологій, яка зустрічається в структурі коморбідної патології. Поширеність есенціальної артеріальної гіпертензії серед хворих працездатного віку з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) складає 41%.

Згідно «Нормативів надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю «кардіологія» до реабілітаційних заходів, рекомендованих пацієнтам з ГХ 1-2 стадії, віднесено лікувальну фізкультуру, дієтичні рекомендації, фізіотерапію, нормалізацію маси тіла та санаторно-курортне лікування. Критеріями ефективного лікування та реабілітації є досягнення цільових значень артеріального тиску (АТ), зменшення кількості та виразності скарг, контроль факторів ризику.

Гіпотензивний ефект фізичних тренувань, вплив на рівень катехоламінів, жорсткість судин та функції ендотелію доведений в багатьох дослідженнях. Виявлені гендерні, вікові, пов'язані з расою та стадією захворювання особливості реакції серцево-судинної системи (ССС) на фізичне навантаження (ФН). Продовжується вивчення впливу різних видів тренувань та їх поєднання з фармакотерапією на толерантність до фізичних навантажень, склад маси тіла (СМТ) та ефективність контролю АТ, смертність у пацієнтів з ССЗ. Результати цих досліджень лягли в основу створення обґрунтованих з позицій доказової медицини програм кардіореабілітації та вторинної профілактики. Покази до залучення в дані програми розширюються.

**Мета:** Визначити тип реакції ССС на ФН та суб'єктивне сприйняття важкості тренування (ССВТ) у пацієнтів з ГХ 1-2 стадії залежно від СМТ.

**Матеріали та методи:** В дослідженні прийняли участь 148 пацієнтів з ГХ, які лікувались на базі Центру медичної реабілітації та спортивної медицини (м. Вінниця). СМТ визначено методом біоелектричного імпедансу. ССВТ оцінено в балах за шкалою Борга. Всім обстеженим визначено тип реагування ССС на ФН (нормотонічний, гіпертонічний, гіпотонічний, дистонічний, зі ступінчастим зростанням АТ) та антропометричні показники. Статистичний аналіз отриманих даних проведено за допомогою програми Statistica 10.

**Результати:** Виявлений прямий кореляційний зв'язок між масою м'язової тканини та ССВТ ( $r=0,51$ ;  $p<0,01$ ), масою жирової тканини та ССВТ ( $r=0,66$ ;  $p<0,01$ ). Спостерігалась достовірна різниця результатів отриманих за шкалою Борга для груп з нормальною та надлишковою масою тіла ( $t=3,59$ ;  $p<0,001$ ). Ризик виникнення патологічних типів реакцій ССС на ФН підвищувався у пацієнтів з надлишковою вагою тіла та ожирінням ( $OR=2,9$ ;  $CI=2,5-11,3$ ).

**Висновки:** Тип реакцію ССС на ФН та ССВТ залежить від СМТ. Патологічні зміни маси жирової та м'язової тканин негативно впливають на адаптацію ССС до ФН. Необхідно враховувати виявлені закономірності під час розробки формули тренувань у пацієнтів з ГХ. Перспективи подальших досліджень мають бути спрямовані на вивчення впливу корекції СМТ на толерантність до фізичних навантажень.

О.О. Дудкіна  
**ЗВ'ЯЗОК ВЖИВАННЯ М'ЯСНИХ ВИРОБІВ З ВИНИКНЕННЯМ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРИЮВАНЬ**

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Згідно даних ВООЗ щорічно в світі помирає 34 тисяч осіб від онкології, спровокованої регулярним вживанням м'ясної продукції. Що стосується червоного м'яса, то експерти припускають, що воно може бути причиною смерті від онкології 50 тисяч чоловік в рік. Тому вирішення цієї проблеми є дуже актуальним на сьогоднішній день.

**Мета:** Провести анкетування щодо кількості та якості вживання м'ясних виробів на новорічні свята серед студентів: Опрацювати літературу щодо наявності ризику виникнення раку внаслідок зловживання м'ясними продуктами.

**Матеріали та методи:** Застосовано анкетування серед двох груп студентів. Для першої групи була проведена бесіда, яка демонструвала критичний стан споживання неякісних продуктів, що можуть шкодити організму та привести до серйозних онкологічних захворювань, а в другій групі анкетування було здійснено без попередньої бесіди. Створена нами анкета за зразком сучасних опитувань, яка містить питання стосовно виду спожитого м'яса, його кількості та якості, а також скарг студентів на стан здоров'я після новорічного застілля. Також в анкеті ми дали можливість студентам запропонувати свої ідеї щодо шляхів зменшення кількості споживання червоного м'яса, запропонувавши його аналоги.

**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: 90% новорічних страв містили м'ясо, серед них: 45% - ковбасні вироби, 16% - птиця, 14% - свинина, 4% - телятина та 21% - копчене м'ясо. В другій групі отримані такі дані: лише 5% страв містили м'ясо. Після новорічних свят за допомогою анкетування було виявлено, що студенти першої групи, які не обмежували себе в споживання м'ясних виробів. У 100% випадків студенти відчували важкість у шлунку, печію, у 60% - нудоту, слабкість, головні болі, у 15% - біль у суглобах, апатію. Тривале споживання м'яса у таких великих кількостях може призвести до виникнення раку. Спочатку відбувається надмірна проліферація клітин кишківника. Це підвищує ризик виникнення помилок в ДНК під час поділу, що є першим кроком на шляху до пухлинного переродження. У студентів другої групи, які замінили продукти з м'яса на сою, рибу, крупи та бобові, що містять достатню кількість білка, не було скарг на розлади функції органів травлення.

**Висновки:** 1. Опрацювавши джерела інформації, ми можемо запропонувати обмежити вміст червоного, а особливо обробленого м'яса в раціоні, збільшивши при цьому частку рослинної їжі з акцентом на зелені овочах. Щоденне вживання червоного м'яса має становити не більше 70-85 г

2. Проаналізувавши дані анкетування ми зробили наступні висновки: більшість людей вважають цю проблему актуальною, але при цьому невелика кількість студентів дотримуються рекомендацій. Проведення бесіди, яка демонструє критичність ситуації, позитивно вплинула на студентів. Також спостерігалася позитивна динаміка у готовності до корегування власного раціону задля збереження здоров'я та зменшення ризиків виникнення онкологічних захворювань.

М.М. Желізна

**ВПЛИВ ЗАНЯТЬ СПОРТИВНОЮ ГІМНАСТИКОЮ НА СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я  
ХЛОПЧИКІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Кафедра загальної гігієни та екології

О.Ю. Браткова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** вивчення взаємозв'язку між систематичними заняттями спортивною гімнастикою та функціональним станом і рівнем здоров'я дітей молодшого шкільного віку є необхідним для обґрунтування тренувально-профілактичних заходів у спортивному тренуванні.

**Мета:** дослідити вплив занять спортивною гімнастикою на стан соматичного здоров'я хлопчиків молодшого шкільного віку (7-9 років).

**Матеріали та методи:** в дослідженні взяло участь 89 хлопчиків віком 7-9 років, що займаються спортивною гімнастикою, які були поділені на три вікові групи. До першої групи належали 28 хлопчиків віком 7 років, до другої – 31 хлопчик віком 8 років, до третьої – 30 хлопчиків віком 9 років. Дослідження проводилось в три етапи. У дослідженні було використано методику «Експрес-оцінки рівня соматичного здоров'я» Г.Л.Апанасенка. Для визначення рівня соматичного здоров'я розраховували індекси маси тіла, силовий, життєвий, Робінсона та Руф'є на основі вимірних антропометричних показників та проведених

функціональних проб.

**Результати:** заняття спортивною гімнастикою в молодшому шкільному віці позитивно впливають на розвиток опорно-рухового апарату і серцево-судинної системи, але разом з цим спостерігається недостатній розвиток дихальної системи. Сумарні показники соматичного здоров'я та фізичної підготовленості у більшості дітей усіх груп знаходяться на середньому рівні, що спостерігається серед 57,1% дітей 7 років, 87,1% дітей 8 років та 93% дітей 9 років. Більшість дітей має задовільну адаптацію організму до умов оточуючого середовища при збереженні високих функціональних можливостей (за показниками індексу Руф'є 85,7% дітей 7 років, майже 100% дітей 8 років та 93,3% дітей 9 років мають рівень вище середнього). У дітей 7 та 8 років краще проявились показники гнучкості та рівноваги (11 та 7 балів з 12). У гімнастів 9 років краще розвинута швидкісна сила (10 балів), силова витривалість і сила м'язів рук (по 8 балів).

**Висновки:** Проблема фізичного розвитку хлопчиків-гімнастів молодшого шкільного віку та їх стану здоров'я неодноразово вивчалась різними авторами. Наукові дані показують, що молодший шкільний вік є базовим у плані формування усіх систем організму, під час якого необхідно активно впливати на їх розвиток. За результатами проведеного дослідження можна стверджувати, що заняття спортивною гімнастикою в молодшому шкільному віці активно впливають на розвиток опорно-рухового апарату і серцево-судинної системи, але разом з цим недостатньо на дихальну систему. За сумарними показниками у більшості дітей усіх груп спостерігається середній рівень соматичного здоров'я та задовільний адаптаційний потенціал серцево-судинної системи. Частка дітей, що демонструють середній та вище середнього рівні соматичного здоров'я та інших показників поступово зростає у відповідності з стажем занять спортивною гімнастикою, що ще раз доводить важливість занять спортивною гімнастикою в молодшому шкільному віці.

Т.О. Зайцева, О.В. Юрій, М.В. Писарцова

#### **ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ЛФК ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВОЇНІВ АТО З ТРАВМАТИЧНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ**

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Ю.Й. Рудий (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність:** Проблеми реабілітації усе гостріше постають перед національною медициною з урахуванням наслідків антитерористичної операції на Сході України, які призводять до важких фізичних і психологічних уражень значної кількості населення, а особливо, самих учасників АТО. Найпоширенішими нозологіями є травматичні ушкодження опорно-рухового апарату, а саме переломи (шийки стегнової кістки, черезвертлоговий перелом, перелом діафізу стегнової кістки) і вогнепальні поранення. Переломи трубчастих кісток нижніх кінцівок є однією із причин довготривалої непрацездатності та причиною інвалідності. При плануванні реабілітаційних заходів відсутній диференційований підхід до осколкових і фрагментарних переломів кісток. Тому, удосконалення існуючих методів і засобів фізичної реабілітації, підвищення функціональних можливостей нервово-м'язового апарату ушкодженої кінцівки, зменшення відсотка інвалідності, скорочення строків відновлення хворих з переломами кісток продовжує залишатися актуальною проблемою.

**Мета:** Дослідити ефективність різних заходів фізичної реабілітації у бійців АТО з переломами стегнової кістки, порівняти тривалість реабілітаційного періоду в пацієнтів, які використовували різні методи фізичної реабілітації та їх комбінацію.

**Матеріали і методи:** Об'єктом клінічного дослідження стало 15 пацієнтів у віці від 20 до 40 років з переломом діафізу стегна. Всі пацієнти отримували комплексне лікування, яке включало: кінезотерапію, комплекс методів фізіотерапії (гідро- та електротерапія). Всі пацієнти були розділені на дві групи, аналогічні за віком та тривалістю захворювання. В I групу ввійшло 8 пацієнтів, у яких при реабілітації була використана активна та пасивна кінезотерапія, в II – 7 пацієнтів використовувалась лише пасивна кінезотерапія. Активна кінезотерапія – лікувальна фізична культура, а саме активні та цілеспрямовані рухи хворого, пасивна кінезотерапія передбачає масаж і механотерапію – лікування фізичними вправами за допомогою спеціальних апаратів.

**Результати:** Аналіз результатів лікування показав позитивну динаміку у всіх випадках, але ефективність лікування, в комплекс якого входила активна і пасивна кінезотерапія (пацієнти I групи), була вищою. Оцінюючи об'єктивні клінічні дані, у I групі об'єм рухів кінцівкою збільшився на 27,2% від початкового рівня, тоді як у пацієнтів II групи - лише на 12,3%. Аналогічними були зміни показників якості життя – зменшення проявів больового синдрому у I групі відбулось на 25,1% від початкового рівня, а у II групі – на 22,7%. Оцінюючи показники клінічної ефективності в цілому, можна констатувати, що ефективність лікування складає (28,1±2,1)% в I групі, (23,8±1,2)% у II групі відповідно.

**Висновок:** Отже, використовуючи активну і пасивну кінезотерапію можна досягти кращої ефективності

лікування, ніж за умови використання лише пасивної кінезотерапії.

І. В. Зубченко, А. А. Повражек  
**РОЛЬ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У ВТОРИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ  
ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ**

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Ю. Й. Рудий (к. мед. наук, доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** хронічна серцева недостатність становить до 5 % серед всіх терапевтичних захворювань, з віком її частота збільшується; смертність при ХСН становить 50% протягом 5 років з моменту появи перших ознак патології.

**Мета:** визначити вплив помірних фізичних навантажень на ранні та пізні ускладнення ХСН, прослідкувати динаміку змін при комплексному застосуванні лікувальної фізкультури.

**Матеріали і методи:** світова та вітчизняна література, фахові статті, монографії за останні 10 років, Cochrane Database of Systematic Reviews.

**Результати:** збільшення об'єму грудної порожнини під час вдиху створює більш негативний тиск, ніж у порожнистих венах, це сприяє пасивному притоку крові до серця. За виконання пасивних і помірно активних вправ м'язи здавлюють вени і клапани вен, переміщуючи кров у напрямку до серця, що дозволяє значно зменшити набряки.». Згідно з національними рекомендаціями по лікуванню ХСН (Марєєв В. Ю. та ін, 2013), ЛФК показана для всіх хворих з ХСН, незалежно від ступеня важкості, і за 3 місяці збільшує споживання кисню на 33% та підвищує толерантність до фізичних навантажень. Відповідно до даних Казакова В. Ф. Макарової І. Н. (2010) ЛФК ефективно знижує стан декомпенсації у хворих з ХСН, але вже через 3 тижні після відміни виникають ускладнення ХСН, тому найбільш ефективним вважається пожиттєве призначення помірних фізичних навантажень. За результатами Patel K. P. (2012) середня ЧСС при помірних фізичних навантаженнях через 3 місяці занять ЛФК в дослідній групі виявилась достовірно ( $p < 0,05$ ) нижчою ( $68,7 \pm 5,65$  за хв), ніж даний показник в контрольній групі ( $82,40 \pm 6,56$  за хв), відповідні зміни були зафіксовані на ЕКГ (відмічено меншу вираженість гіпертрофії шлуночків, зменшення тахікардії).

**Висновки:** у хворих з ХСН ЛФК має на меті наступні завдання: попередження можливих ускладнень, зумовлених порушенням функцій серця, поліпшення функціонального стану серцево-судинної системи під впливом фізичних вправ, тренування периферичного кровообігу та ортостатичної стійкості, відновлення простих рухових навичок, підвищення толерантності до побутових навантажень, що сприяє соціальній адаптації, профілактика гіпокінезії, створення позитивних емоцій. Згідно з даними опрацьованих джерел, в усіх клінічних групах, для яких проводилась комплексна лікувальна фізкультура, спостерігалось зниження частоти ускладнень ХСН. Застосування ЛФК привело до зменшення больового синдрому, задишки, покращення загального стану хворих.

А.М. Іванова

**СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ**

Кафедра епідеміології

В.І Макарова (асистент кафедри епідеміології ХНМУ)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

**Актуальність:** Туберкульоз відноситься до одного з найбільш поширених в світі інфекційних захворювань, з різноманітними проявами клінічного перебігу та епідемічного процесу. Туберкульоз завжди позиціонується як соціальна інфекція, одними з факторів ризику якої є куріння, зловживання алкоголем, споживання наркотичних та психотропних речовин, перебування у місцях позбавлення волі, наявність та тривалість контакту з хворою людиною, ВІЛ-інфекція. Рівень захворюваності на туберкульоз визначається економічною та соціальною ситуацією в країні, міграцією населення, рівнем та якістю життя людей, надзвичайними ситуаціями. Соціальна значущість даної патології підтверджується також і рівнем летальності – до 95 % випадків смерті від туберкульозу реєструється в країнах з низьким та середнім рівнями економічного устрою.

**Мета:** Оцінити рівень та соціальну структуру захворюваності на туберкульоз в Україні в 2016 році.

**Матеріали і методи:** За офіційними даними проведено ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на туберкульоз в Україні в 2016 році.

**Результати:** Проведений аналіз виявив, що у 2016 році в Україні на туберкульоз захворіло 28800 тисяч осіб, інтенсивність епідемічного процесу дорівнювала 67,6 випадків на 100 тис. населення. Було встановлено нерівномірність розподілу захворюваності у розрізі адміністративних центрів. Найбільша кількість захворілих зареєстрована в Південних регіонах – Одеській, Херсонській областях, та Київській області, при цьому інтенсивний показник (інт. показник) дорівнював відповідно 130,6, 99,1 та 85,7 на 100 тис. населення, що можна пояснити тим, що більше половини людей, що живуть з ВІЛ-інфекцією, тобто особи з групи ризику, мешкають саме в Південних регіонах та в м. Києві. Найнижчі показники захворюваності встановлено в Харківській та Чернівецькій областях, інт. показник захворюваності на 100 тис. населення складав 52,5, 39,8 відповідно.

При аналізі соціальної структури встановлено, що лівова частка захворілих на туберкульоз припадає на непрацюючих осіб працездатного віку - 51 %, питома вага осіб, які зловживають алкогольними напоями склала 13,5 %, споживачів ін'єкційних наркотичних речовин – 2,9 %, хворих на СНІД – 19,8 %, осіб, які повернулись з місць позбавлення волі – 1,0 %, осіб без постійного місця проживання – 1,9 %. Слід відмітити зростання в 1,3 рази захворюваності медичних працівників, доля яких дорівнювала 1,6 %.

**Висновки:** Проведений аналіз рівня та соціальної структури захворюваності на туберкульоз виявив актуальність даної патології для певних верст населення України, в першу чергу це стосується непрацюючих осіб працездатного віку, які складають більше половини всіх захворілих. Покращення епідемічної ситуації буде можливим тільки за умов ефективного впливу на соціальну складову захворюваності на туберкульоз, а саме, створення нових робочих місць та боротьба з безробіттям, підвищення заробітної плати та рівня життя населення, впровадження ідеї здорового способу життя та відмови від шкідливих звичок у світогляд українців.

М.А. Карбівнича, Д.О. Орлова

## АНАЛІЗ СИТУАЦІЇ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА БОТУЛІЗМ В УКРАЇНІ У 2017 РОЦІ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ботулізм - це досить тяжке захворювання токсико-інфекційного характеру, особливості перебігу якого призводять до ураження нервової системи. Ботулотоксин, потрапляючи в організм, викликає розвиток гострої прогресуючої дихальної недостатності. В результаті відсутності належного лікування ботулізму не виключається настання летального результату.

**Мета роботи:** Оцінити шляхи виникнення хвороби та дослідити поширення і спалах захворювання в Україні станом на 2017 рік. Розглянути актуальні методи профілактики ботулізму.

**Методи та матеріали:** Теоретичний аналіз наукової та медичної літератури.

**Результати:** Ботулізм викликається анаеробною паличкою, що утворює в несприятливому середовищі спори. Сама бактерія виділяє дуже сильний токсин, здатний блокувати виділення медіатора ацетилхоліну в нервовій системі ссавців, що призводить до блокування нервових імпульсів. Шлях передачі - контактний або фекально-оральний. Людина заражається ботулізмом найчастіше після вживання зараженої їжі, як правило, консервованих м'яса, риби, грибів та овочів. Майже всі продукти, які зазнали ґрунтового забруднення або забруднення вмістом кишечника тварин, риб та птахів, містять у собі спори збудника.

Основними симптомами, що свідчать про зараження та початок розвитку хвороби є: біль в животі, нудота, блювота, діарея, запор, метеоризм, головний біль, температура тіла підвищується, а потім знижується, порушення в роботі серця. Маркерами на ботулізм є офтальмологічні (птоз, косоокість), гастроентеричні («грудка в горлі») та симптоми дихальної недостатності (задишка, тахікардія).

За даними Держпродспоживслужби, в 2015 році на ботулізм захворіли 178 осіб, померли семеро. В 2016 році в Україні були зареєстровані 99 випадків отруєнь, що викликані збудником ботулізму з кількістю потерпілих 119 осіб, з них 12 померли. Станом на 15.11.17 в Україні зареєстровані 112 випадків харчових отруєнь, що викликані збудником ботулізму з кількістю потерпілих 132 особи, з них 11 померло. За останній рік харчові продукти, що були виготовлені в домашніх умовах, вживали 80 потерпілих (60,6%); придбаних на підприємствах торгівлі – 35 ( 26,5 %); невідомого походження – 10 ( 7,6 %); придбані в місцях несанкціонованої торгівлі – 7 потерпілих ( 5,3 %).

**Висновки:** Провідну роль у запобіганні ботулізму відіграє суворе дотримання санітарно-гігієнічних норм та правил під час виготовлення, транспортування, зберігання продуктів харчування, особливо консервів, солоні та копченої риби. Дуже важливо запобігати забрудненню землею сировини і готових продуктів. Консерви повинні підлягати тривалій стерилізації, бомбажні банки - бракуватись. Велике значення має санітарно-просвітницька робота, що стосується роз'яснення правил домашнього консервування та обробки харчових продуктів.



О.В.Качуровська, К.Ю.Рудюк, Л.В.Прядко  
**ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ПРОДУКТІВ, ЩО ВОЛОДІЮТЬ ЗОБОГЕННИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ**

Кафедра загальної гігієни та екології  
Т.І.Гончарук (асистент)

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

**Актуальність:** Йододефіцитні захворювання — одна з найпоширеніших неінфекційних патологій людини. У світі йодну недостатність відчувають 2 млрд осіб, в тому числі у 740 млн людей виявлено збільшення щитовидної залози, а в 45 млн — виражену розумовідсталість внаслідок йодної недостатності (ВООЗ, 2003). У той же час в Україні близько 70% населення відчуває дефіцит йоду, що призводить до зниження інтелектуального та професійного потенціалу нації, викликає порушення репродуктивної функції, негативно впливає на фізичний розвиток дітей та сприяє розвитку дифузних і вузлових форм зобу, що часто потребують оперативного лікування.

**Мета:** з'ясувати, які продукти зумовлюють виникнення спорадичного зобу та механізм їх зобогенної дії.

**Матеріали та методи:** опрацювання літературних джерел, медичних статей та описаних клінічних випадків.

**Результати:** після проведення аналізу результатів опрацьованої літератури встановлено, що провідну роль у зобогенній дії продуктів на організм людини мають гойтрогени. Ці біохімічні сполуки блокують фермент тиреопероксидазу, що відповідає за зв'язування молекули йоду з тиреоглобуліном з подальшим порушенням синтезу основних гормонів щитоподібної залози. Розрізняють три основні види гойтрогенів: гойтрини, роданіди, флавоноїди. Гойтрини та роданіди містяться в листовій, брюссельській капусті, зеленій гірчиці та ріпаковій олії. Флавоноїди - антиоксиданти, але деякі з них під впливом кишкових бактерій можуть ставати зобогенними. Ці речовини наявні в просі, горіховому маслі, арахісі, кедрових горіхах, мигдалі, соєвих бобах, червоному вині та зеленому чаєві. Також гойтрогени у невеликій кількості були виявлені у таких фруктах як: яблука, вишні, нектарини, сливи, груші, персики.

**Висновки:** Раціон сучасної людини включає надзвичайно велику кількість продуктів, що містять зобогенні речовини. Для того, щоб зменшити негативний вплив на організм людини, при приготуванні їжі потрібно застосовувати термічну обробку. З метою профілактики розвитку спорадичного зобу у пацієнтів з гіпотиреозом цих продуктів потрібно уникати, а здоровій людині – харчуватись різноманітно.

Д.С. Кобзіна

**ЗАПОБІГАННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Фіщук (викл.)

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

**Актуальність:** Розповсюдженість синдрому професійного вигорання (СПВ) найбільш часто зустрічається серед таких професій, як лікарі, викладачі, психологи, соціальні працівники. Процес вигорання виникає в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної «розрядки» і розвивається поступово. Стає необхідним поглиблене вивчення СПВ та профілактичних заходів щодо запобігання його виникнення.

**Мета:** Визначити основні методи профілактики СПВ у професійній діяльності медичних працівників.

**Матеріали та методи:** Нами були проаналізовані дані зарубіжних і українських психологів.

**Результати:** Основним напрямом для відновлення здоров'я у лікарів, схильних до синдрому психоемоційного «вигорання», є все, що може анулювати дію стрес-фактору: зменшення і зняття робочого напруження, підвищення свідомої професійної мотивації, вирівнювання балансу між затраченими зусиллями й винагородою за роботу. Керівництву слід здійснювати регулярний моніторинг стану фізичного та психічного здоров'я членів виробничого (будь-якого робочого чи творчого) колективу і в разі виникнення ознак психоемоційного «вигорання» слід оптимізувати умови та характер трудових процесів, міжособистісні взаємовідносини, контролювати реакції-відповіді та схильність до захворювань на особистісно-індивідуальному рівні. Точно розраховувати й обдуманно розподіляти за часом передбачувані обсяги навантажень і напружень. Вміти переключатися з одного виду діяльності на інші, не надто перейматися конфліктами, не надто намагатися бути найкращим завжди і в усьому. Використовувати перерви і відпочивати від професійної діяльності, опанувати навички саморегуляції, підтримувати належний фізичний стан та не зловживати засобами, що стимулюють або пригнічують діяльність нервової системи, культивувати впевненість у власних силах, розуміння і сприйняття себе як особистості.

**Висновки:** Профілактика та психокорекція синдрому емоційного вигорання має позитивний вплив на професійну діяльність лікаря. На сьогодні перед представниками всіх наук постає єдина задача — знайти ту

оптимальну напругу в процесі праці, що забезпечить її високу ефективність, але не призведе до небажаних наслідків у результаті тривалої нервово-психічної напруги. Звичайно, це поняття потребує подальшого вивчення, оскільки отримані знання можуть мати практичне втілення і суттєво допомогти у подоланні синдрому емоційного вигорання.

Д.С. Кобзіна

### **СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
М.В. Матвійчук (к.м.н., доцент), В.В. Фіщук (викл.), І.І. Тишкул (викл.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Професійна діяльність лікаря визнається як одна з найбільш емоційно напружених. Це пов'язано з великою кількістю непередбачуваних і неконтрольованих комунікативних ситуацій, із нерегламентованим режимом роботи, з високою мірою особистої відповідальності. Профілактика та мінімізація професійної деформації лікаря потребує системного підходу на різних етапах діяльності.

**Мета:** Визначити основні способи подолання синдрому вигорання у професійній діяльності медичних працівників.

**Матеріали та методи:** Нами були проаналізовані дані українських і зарубіжних психологів.

**Результати:** До способів психологічної допомоги при синдромі вигорання та збереження психологічного здоров'я можна віднести наступні:

1. Дихальна гімнастика та вправи з глибоким диханням. Вони забезпечать додаткове насичення крові киснем, повернення частоти серцевих скорочень до норми, розслаблення м'язів, які до цього перебували в напруженому стані, а також відбудеться зменшення емоційної напруги, відволікання від джерела стресу, відновлення здатності до раціонального мислення.
2. Знання напруги та релаксація. Напруга має акумулюючий ефект. У вільний час рекомендовано слухати музику, займатися розслаблюючими справами.
3. Трансформація негативних думок та переконань. За оцінками фахівців, наймогутнішу руйнуючу дію на людину чинять її негативні переконання, тому важливо освоїти техніки позитивного мислення.
4. Регуляція емоційного стану. Існує тісний взаємозв'язок між емоційним та фізичним станом людини, тому важливо вчасно помічати та усвідомлювати свої негативні емоції.
5. Пошук і накопичення внутрішніх ресурсів. Оскільки однією з головних причин вигорання є виснаження внутрішніх ресурсів, то важливим є знаходження тих справ, або речей, які здатні наповнювати внутрішні ресурси організму.
6. Фізичне навантаження. Воно стимулює появу в мозку легко збудливих нейронів, які, як вважається, можуть підвищувати чутливість до стресу, тому психологічна тривожність рідше з'являється і швидше проходить.
7. Режим та харчування. Необхідно планувати свою діяльність, адже вчені помітили, що ті люди, які планують свою діяльність більше убезпеченні від негативних емоцій. Особливе місце відводиться на сон (не менше 7-8 год.) та відпочинок. Харчування має бути збалансованим. Особливу увагу слід приділяти вживанню вітаміну Е.
8. Підвищення рівня професійної майстерності. Самосупервізія, відвідування тренінгів, групова робота над проблемою.

**Висновки:** Оскільки вигорання - фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності і призводить до вичерпання життєвих ресурсів, воно не може торкатися лише однієї сфери життя, воно впливає на все життя людини. Тому важливим є виявлення синдрому вигорання на ранніх етапах.

К. В. Коломієць

### **ПОПАРНА ОЦІНКА СУМІЖНИХ ЧАСОВИХ ПРОМІЖКІВ В РОЗВИТКУ СИНЦЯ ЗА КАЛОРИМЕТРИЧНИМИ ДАНИМИ.**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
О. В. Ткаченко (ас)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В наукових роботах, метою яких є створення стандартизованих уніфікованих систем, завжди виникає необхідність в оцінці даних, які отримують шляхом експерименту. В більшості випадків, під оцінкою даних, розуміють визначення середнього значення, похибки по вибірці, стандартного відхилення. Якщо в якості даних виступає певне явище, яке змінює свої властивості у часі, то тоді постає необхідність у визначенні достовірності різниці між властивістю цього явища у суміжних часових проміжках.

**Мета:** Визначити достовірність різниці між суміжними часовими проміжками існування синця за його кольоровим спектром. Дати рекомендації, щодо підвищення достовірності різниці між часовими проміжками.

**Матеріали і методи:** Для дослідження взяті 493 фото синців, отримані спектри їх кольорів у відсотковому співвідношенні. Всі дані порівню знаходяться в 17 часових інтервалах. Достовірність різниці між суміжними інтервалами будемо визначати по чотирьом кольорам, які відповідають наступним значенням спектральної лінійки: 6.2;7.2;8.2;10.4. Для визначення достовірності різниці використовуємо функцію СТЬЮДЕНТ.ТЕСТ в MicrosoftExcel хвості 2, тип 3.

**Результати:** Попарно порівнюючи суміжні інтервали отримано такі дані: достовірність різниці між проміжком 30сек. і 5хв. = 71,59%; між 5хв. і 15хв. = 35,25%; між 15хв. і 30хв. = 74,14%; між 30хв. і 1год. = 71,15%; між 1год. і 3год. = 83,71%; між 3год. і 6год. = 84,70%; між 6год. і 12год. = 78,58%; між 12год. і 24год. = 32,63%; між 24год. і 48год. = 55,43%; між 48год. і 72год. = 89,62%; між 72год. і 96год. = 77,80%; між 96год. і 120год. = 65,49%; між 120год. і 144год. = 77,99%; між 144год. і 168год. = 55,10%; між 168год. і 192год. = 38,20%; між 192год. і 216год. = 17,17%.

**Висновки:** Різницю зміни даних в часі не можна вважати надійно достовірною оскільки відсоток нижчий за 95%. Рекомендації, щодо отримання достовірності різниці більше ніж 95%: убрати інтервали часу після 144 годин; оцінювати синці за більшою кількістю кольорів, а також за можливості додати інші характеристики синця; об'єднати результати 17 часових проміжків у меншу кількість часових інтервалів; збільшити кількість вимірювань та якість обробки фото.

В.Ю. Коноваленко

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

О.В. Ткаченко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За оцінками ВООЗ, понад 1 млрд. людей мають якусь форму інвалідності, а це майже 15% населення світу. Згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ в Україні станом на 2017 понад 2 млн.800 тисяч людей мають статус особи з інвалідністю, з них 151 000 – діти. Попри велику кількість дітей з обмеженими можливостями соціальне забезпечення в Україні характеризується низьким та обмеженим розвитком.

**Мета дослідження:** Вивчення соціального аспекту надання допомоги дітям з інвалідністю в Україні та в ЄС, оцінка ефективності виконання урядових програм стосовно організації реабілітаційних центрів для дітей-інвалідів в Україні.

**Матеріали та методи:** Систематизація, аналіз та узагальнення рішень Європарламенту щодо соціальної допомоги допомоги інвалідам, вітчизняних урядових правових актів, розпоряджень, наукових джерел. Аналіз соціального забезпечення дітей з інвалідністю м. Бердичева, що включає в себе збір інформації про роботу реабілітаційних закладів, про організацію соц.забезпечення на державному і громадському рівні, а також анкетування 86 батьків цих дітей.

**Результати:** В країнах ЄС основним напрямком соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями є так звана «інклюзія» їх в соціум шляхом забезпечення рівних можливостей навчання, спілкування, виконання спеціалізованих навичок. Для цього в багатьох країнах Європи сформовано державні й приватні програми фінансування та розвитку діапазону суспільних послуг для дітей з інвалідністю та їх сімей, що й стало основним пріоритетом запобігання розміщенню дітей у спеціальних закладах. На місцевому рівні широко розповсюджене оснащення технічними, реабілітаційними та засобами комунікації. Існує чітка класифікація хвороб дітей з обмеженими можливостями, якій відповідає перелік соціальних пільг. На прикладі ГО «Насіння надії» та *Центру* соціальної реабілітації дітей з інвалідністю м. Бердичева було проаналізовано організацію соціальної допомоги таким дітям та визначено, що українські стандарти цієї сфери є нижчими, адже в нас відсутня чітка класифікація різновидів соціальної допомоги, значно менша кількість реабілітаційних центрів та багатьма видами соціальної допомоги забезпечують не усіх хворих, які її потребують. Згідно анкетування, «корекційну» роботу в 75% випадків виконують самі батьки, проте багато з них не володіють спеціальними знаннями з дефектології та медико-соціальної реабілітації.

**Висновки:** Інвалідність призводить до обмеження життєдіяльності людини, її соціальної дезадаптації, обмеження здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, майбутньої трудової діяльності внаслідок відхилень у фізичному та психічному розвитку. Українська система організації соціального забезпечення дітей з інвалідністю не досконала. Саме тому треба вирішувати комплекс соціальних та психолого-, медико-педагогічних проблем соціальної орієнтації таких дітей. Для цього важливим є переймання досвіду Європейських країн стосовно «інклюзивного» підходу до соціальної реабілітації та адаптації.

В.Ю. Коноваленко, Т.О. Луцюк

## ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

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:** Діабетична стопа – одне з найбільш важких та інвалідизуючих ускладнень діабету, яке в 50% випадків призводить до резекцій та ампутацій. Процес розвитку діабетичної стопи - результат комбінації трьох факторів, типових для діабету: ішемії, нейропатії та інфекції. Фізичні вправи є найважливішим засобом профілактики діабетичної стопи, тому всі хворі з цукровим діабетом повинні вміти їх робити. Вправи покращують кровотік і зміцнюють м'язи стопи та гомілки, запобігають плоскостопості, яка швидко прогресує у хворих на діабет через ослаблення м'язів.

**Мета:** Дослідити та проаналізувати етіологію, основні патогенетичні механізми розвитку синдрому діабетичної стопи та клінічно визначити ефективність профілактики патологічного процесу при застосуванні фізичних вправ.

**Матеріали і методи:** У дослідженні взяли участь 45 пацієнтів з діагностованим синдромом діабетичної стопи змішаного типу. Хворі були розділені на 2 групи по 15 осіб відповідно до класифікації Meggitt-Wagner (0 та I ст.) та контрольна група (15 осіб). Хворі протягом трьох місяців виконували комплекс спеціально розроблених та адаптованих вправ. Ефективність оцінювали шляхом анкетування, проведення доплерографії судин нижніх кінцівок та визначення реографічних показників.

**Результати:** Після проведеного аналізу, встановлено, що перша група пацієнтів (0 ст.) відчула покращення вже на шостому тижні виконання щоденних фізичних вправ, а після 3 місяців відзначила підвищення чутливості в ділянці стопи (64,5%), зниження больового порогу (43,2%), збільшення чутливості (65,2%) та мікроциркуляції нижніх кінцівок (54,6%). У даній групі спостерігалось стійке покращення реології крові та кровопостачання стоп (реографічний індекс в межах 1 – 1,1). Пацієнти другої групи (I ст.) спостерігали ефект на восьмому тижні застосування комплексу вправ, а наприкінці дослідження відзначили зменшення інтенсивності больових відчуттів (62,2%), покращення нічного сну (74%), відсутність парестезій нижніх кінцівок (51%), зменшення епізодів судомних скорочень (46,4%), підвищення чутливості шкіри стоп (56%); об'єктивно спостерігалось прищвидшення епітелізації виразкових дефектів в порівнянні з контрольною групою на 27%, підвищення місцевої температури на 16%, підвищення реографічного індексу з 0,7 до 0,9.

**Висновки:** Синдромом діабетичної страждають від 85 до 90% хворих на діабет 2 типу, саме цей синдром стає основною причиною їх інвалідності. Навчання пацієнтів методам профілактики діабетичної стопи істотно знижує ризик її виникнення. Істотна роль відводиться фізичним вправам, які також сприяють якісному поліпшенню роботи дихальної та серцево-судинної системи; підвищенню працездатності; коригуванню психічного та емоційного стану хворих.

В. О. Корнак, Ю.О. Каліновська

## ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГОР НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ПІДЛІТКІВ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця

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

**Мета:** Вивчення впливу комп'ютерних ігор на самопочуття школярів з урахуванням гігієнічно регламентованих норм та правил, 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 електромагнітного поля, що генерує працюючий комп'ютер, виникає стимуляція симпато-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

**Висновки:** Нами були проведені дослідження та гігієнічна оцінка щодо встановлення закономірностей впливу комп'ютерних ігор на функціональний стан організму підлітків. Виявлені суттєві зміни у діяльності серцево-судинної системи під впливом комп'ютерних ігор «Counter-Strike», «GTA» з нав'язаним ритмом, які характеризуються інтенсивним виключенням психічних функцій, що вказує на їх дезадаптивний вплив на організм дітей. 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.

Косяченко Д.С.

## **ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІЧНИЙ ТА ГІГІЄНИЧНИЙ СТАН СТУДЕНТІВ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Чорна В.В. (к.мед.н., викладач)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність теми.** Психічний стан людини є важливою частиною гармонійного життя людини, правильне сприймання стресових ситуацій та їх вирішення веде до гармонії як психічного так і фізіологічного здоров'я людини, але невід'ємною частиною цього є і гігієнічний стан, який повинен виконувати кожен.

**Мета роботи.** Виявлення факторів які впливають на психічний та гігієнічний стан студентів ВНМУ ім.М.І.Пирогова, а також проаналізувати умови проживання, звички та методи вирішення проблем в стресових ситуаціях.

**Матеріали та методи:** Проведено анкетування 400 студентів 2, 4 та 5 курсів ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

**Результати:** За даними проведеного анкетування встановлено, що 25% студентів мешкають у гуртожитку, 58% - знімають житло, 17% - проживають з родиною. Ранкову зарядку серед студентів систематично роблять лише 25%. Стежать за гігієною ротової порожнини – 95%. Дотримуються режиму харчування 49% студентів, в той час як 51% нехтують цим важливим аспектом в розпорядку дня. Метою навчання у ВНМУ 84% стало власне бажання, 5% - навчаються за бажанням батьків, а 11% досягли цього спільним рішенням.

Для зменшення емоційного напруження питома вага займає тютюнопаління -14%, вживають алкоголь -10%, вживають спиртні напої та курять - 6%. Знімають психічні навантаження після модулів або іспитів студенти наступним чином: фізичне навантаження -19%, споживання їжі - 18%, куріння - 8%, алкоголь - 3%, комбінують вищепераховані пункти 17%. Студенти чоловіки мають такі шкідливі звички як : паління 20%, вживання алкоголю 15%, паління та алкоголь 6%, паління, алкоголь та наркотики 6%, в той час як жінки : паління 9%, вживання алкоголю 7%, паління та алкоголь 4%.

**Висновки:** Розумово-емоційне навантаження впливає на працездатність, і врешті на стан здоров'я, що виявляється послабленням імунітету та збільшенням захворюваності серед студентів, які знімають це навантаження палінням – 14%, вживанням алкоголю 19%.

Б. І. Кохан

## **АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В 2016 РОЦІ В УКРАЇНІ**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

І.В.Паламар (к.мед.н.,доц..)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Туберкульоз-одне із найпоширеніших інфекційних захворювань не тільки в Україні,але і у світі. Саме показники захворюваності на туберкульоз є одними із показників розвитку медичної допомоги країн. За даними ВООЗ Україна перебуває серед світових лідерів за поширенням туберкульозу,показники у 2016 році становили 67.6 хворих на 100.000 людей,що вказує на недостатню боротьбу з даною хворобою

**Мета:** проаналізувати захворюваність на туберкульоз на туберкульоз в Україні,найпоширеніші шляхи інфікування,розподіл захворюваності по областях у 2017 році

**Матеріали та методи:** аналіз даних ДУ"Центр громадського здоров'я"МОЗ України,аналіз медичних статей та медичних джерел

**Результати:** у 2016 році в Україні показник захворюваності становив 67.6 на 100.000 населення (у 2015 році-за захворюваність туберкульозом становила 70,5 на 100 тисяч населення). Захворюваність у 2016 році,включно з новими випадками та рецидивами серед дітей(до 14 років), становила 8,8 на 100 тисяч населення(571 випадок),серед підлітків(15-17 років)-20,4 на 100тисяч(228 випадків). Найвищі показники зареєстровані в таких областях: Одеській(130,6),Херсонській(99,1),Київській(58,7) областях. Найнижчі-у Харківській(52,5) та Чернівецькій областях(39,8),у Києві(52,6).Рівень смертності від туберкульозу становить 4,5 на 100 тисяч населення. Найвищий показник смертності зареєстровано у Луганській(18,1 на 100 тисяч) та Херсонській(18,6

на 100 тисяч) областях, найнижчий - у Києві (5,8 на 100 тисяч) та Тернопільській області (6,9 на 100 тисяч).

**Висновки:** за 2016 рік рівень захворюваності знизився з 70,5 на 67,6 на 100 тисяч населення. Зниження рівня захворюваності за все пов'язане з вдалим заходами щодо захворюваності та вчасної діагностики та лікування. Все ж показники залишаються високими через низький рівень соціально-економічної ситуації в країні. Основним способом зараження є повітряно-крапельний (близько 90 відсотків нових випадків), основне місце локалізації процесу це легені (95 відсотків хворих). Станом на 2016 рік 50 відсотків хворих - це непрацюючі працездатного віку, 13,4 %-особи, які зловживають алкогольними напоями, що вказує на соціальний характер туберкульозу. Показник захворюваності на туберкульоз у поєднанні зі СНІДом у 2016 році становила 13,2 на 100 тисяч населення. З метою зменшення показників захворюваності і смертності необхідно розширювати арсенал засобів і забезпечувати хворих протитуберкульозними засобами, підвищувати соціально-економічний рівень країни, розвивати медичну систему та розширювати систему масових проф.- і загальних оглядів для ранньої діагностики туберкульозу.

К.О. Кошова

## СИСТЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В УКРАЇНІ ТА В СВІТІ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Г.В. Лісчишин (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сучасному етапі розвитку суспільства гостро постала проблема зміцнення й збереження здоров'я населення. Особливу тривогу викликає погіршення здоров'я студентів. Це пов'язано не лише з проблемами економіки, екології, а й із недооціненням в суспільстві, вищих навчальних закладах ролі фізичного виховання у процесі формування навичок здорового способу життя студентської молоді. Фізичне виховання спрямоване на розв'язання таких завдань: формування у студентів високих моральних, вольових і фізичних якостей, збереження і зміцнення здоров'я студентів, сприяння всебічному розвитку організму, підтримання високої працездатності протягом всього періоду навчання; професійно – прикладна фізична підготовка студентів з урахуванням особливостей майбутньої трудової діяльності; виховання усвідомлення необхідності регулярно займатися фізичною культурою і спортом.

**Мета:** Вивчити та теоретично обґрунтувати технологію формування здорового способу життя студентів в Україні та світі; з'ясувати основні аспекти проблеми формування здорового способу життя студентів вищих навчальних закладів; проаналізувати засоби фізичної культури і спорту у різних напрямках життєдіяльності студентів; з'ясувати особливості систем фізичного виховання молоді в США, Великобританії, Німеччині, Франції, Швейцарії.

**Матеріали та методи:** Для вирішення завдань дослідження було використано теоретичні методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних наукової та методичної літератури.

Питання оптимізації процесу фізичного виховання студентів вивчали О. Ващенко, В. Горашук, Г. Грибан, Н. Завидівська, І. Заневський, О. Шиян та ін. Науковці зазначають, що студентська молодь не має інтересу до обов'язкових занять фізичним вихованням. Окрім того, вказують, що необхідна сучасна організація фізичного виховання у вищих навчальних закладах, адже доведено, що навчальні заняття не забезпечують необхідного для студентської молоді обсягу рухової активності.

На думку багатьох фахівців (Г. Апанасенко, В. Куделко, Р. Раєвський, Н. Семенова та ін.) у студентів не сформована потреба піклуватися про своє здоров'я. Ю. Бріскін, М. Булатова,

Н. Вольєва, М. Носко, зазначають, що збільшилася кількість студентів, зарахованих за станом здоров'я до спеціальної медичної групи. Натомість науковці І. Боднар, Е. Булич, Л. Маланюк, Б. Шиян вбачають, що однією із причин відхилень у стані здоров'я студентів є недостатня рухова активність.

**Результати:** З метою наукового дослідження було проведено аналіз та узагальнення науково – педагогічної та спеціальної літератури в аспекті фізичного виховання студентської молоді, системи розвитку фізкультурного руху в Україні та світі. В даній роботі проаналізовано специфіку зміцнення здоров'я студентів, підготовки до професійної діяльності, що визначає можливості фізкультурно – спортивної діяльності, в процесі якої забезпечується розвиток індивідуальних здібностей; обґрунтовано значимість основних компонентів системи фізкультурно – спортивного руху в Україні та інших країнах світу.

**Висновки:** Формування здорового способу життя – необхідна умова самовдосконалення та самореалізації, а також всебічного розвитку студентів. Для включення кожного студента в активний пізнавальний процес має бути створене адекватне навчально – виховне середовище. У вищих навчальних закладах потрібно залучати студентів до занять фізичними вправами та орієнтувати їх на формування здорового способу життя.

В.Ю. Кудрик

## СТАТЕВА ОСВІЧЕНІСТЬ СТУДЕНТІВ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Корольова Н.Д. (к.психол.н., доцент), Чорна В.В. (к.мед.н., викладач)  
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність теми.** Сексуальна освіченість є важливою передумовою гармонійного особистого життя людини, збереження і поліпшення її репродуктивного здоров'я, правильного статевого виховання дітей, толерантного ставлення до осіб із нетиповою сексуальною поведінкою.

**Мета роботи:** полягає в окресленні та аналізі проблем формування статевої освіченості у студентів ВНМУ ім.М.І.Пирогова, а також порівнянні проблеми статевої освіченості українських та зарубіжних підлітків.

**Методи дослідження:** аналітичний, системний, описовий, порівняльний, опитування шляхом анкетування.

**Результати:** Метою нашого дослідження є створити уявлення про особливості початку статевого життя, обізнаність молоді у питаннях контрацепції та сексуальної поведінки, аналіз рівня сексуальної освіченості у студентів I-V курсів ВНМУ ім. Пирогова. Респондентами було обрано студентів I-V курсів ВНМУ ім. Пирогова, за їх участі було проведено добровільне анонімне анкетування. Участь в опитуванні взяло 330 осіб, з яких 67,6% – представниці жіночої статі, а 32,4% – чоловічої. Середній вік респондентів склав 21 рік. Свій перший сексуальний досвід за результатами, більшість опитаних отримали у віці 17-18 років - 57,5%, значно менша кількість респондентів почала своє статеve життя у віці 16 років - 19,5%, у 15 років – 10%, у 19 років – 6%, у 20-21 рік – 7%, на момент опитування 60% студентів не мали статевого досвіду. Причиною першого статевого контакту 48,2% вказали, що це був внутрішній порив кохання, 17,1% - цікавість, 16,7% опитуваних відмітили, що це частина поняття норми стосунків між статями, у 10,3% випадків причиною був алкоголь, 5,5% - крок у відповідь на наполягання партнера, 2% зазначили що «просто бажали нового досвіду». Більшості випадків методом контрацепції обирали презерватив (бар'єрний) - 53,2%, у меншій мірі природні методи планування сім'ї - 19%, 7,5% використовують сперміциди, 5,5% надають перевагу гормональним контрацептивам і 14,8% не користуються методами контрацепції, що найімовірніше означає перерваний статевий акт.

**Висновки:** Таким чином, щорічно нових випадків ВІЛ-інфекції та інфекцій, які передаються статевим шляхом в Україні зростає і ми з метою пропаганди здорового способу життя провели роботу. Середній вік початку статевого життя складає 17,7 років (57,5%), переважна більшість студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова, 80% опитуваних використовують контрацептиви регулярно. Для сучасної молоді поінформованість у питаннях контрацепції, репродуктивного та сексуального здоров'я є нагальною потребою і вимагає подальшого вивчення задля визначення пріоритетних напрямків соціального виховання, формування свідомості молодого покоління і покращення репродуктивного здоров'я нації.

І.Т. Кульчицький, І.М. Беца, В.О. Поперечний

## МЕДИЧНІ ЗАСОБИ ЗАХИСТУ ПРИ ХІМІЧНИХ ТА РАДІАЦІЙНИХ УРАЖЕННЯХ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
В.В. Поляруш (ст. викл.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Первинна променева реакція виявляється вже в перші хвилини після опромінення внаслідок утворення токсичних продуктів, які викликають подразнення інтерорецепторів та прямого пошкоджуючого впливу іонізуючого випромінювання на структурні елементи нервових клітин, що спричиняє нейроендокринні пошкодження. Саме тому важливо знати механізм дії антидотів та призначення різних їх варіацій.

**Мета :** Виявити основні засоби захисту при хімічних та радіаційних ураженнях, які на сьогоднішній день є ефективними та легкодоступними.

**Матеріали та методи:** Обробка, опрацювання достовірних та науково обгрутованих джерел, аналіз наукових публікацій з ресурсів i-medic.com.ua, irbis-nbu.gov.ua, PubMed, репозиторій бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** Серед медичних засобів протихімічного захисту особливе місце посідають антидоти. Антидоти - це лікарські засоби або спеціальні рецептури, які запобігають або усувають основні ознаки інтоксикації завдяки фізичним чи хімічним перетворенням при безпосередній взаємодії з отрутою або внаслідок антагонізму з отрутою в дії на біомішені (рецептори, ферменти) та фізіологічні системи. Залежно від застосування вони поділяються на профілактичні та лікувальні. За механізмом захисту та токсикокінетичними особливостями ОР, антидоти можуть бути поділені на такі групи: 1. Засоби запобігання доступу отрути в організм (місцевої дії). Вони використовуються у першу чергу. (Це компоненти рецептури розчину ППП, комплексоутворюючі речовини: унітіол, дикаптол, гіпосульфат Na, амінополікарбонати, амінополіфосфорні кислоти). 2. Засоби, які змінюють швидкість біотрансформації та "втрату" отрути в крові, тканинах на шляху до біомішеней. 3. Антидоти, засновані на принципах функціонального антагонізму. (До цієї групи належать речовини, які викликають фармакологічні ефекти, протилежні тим, які виникають при дії ОР. Так, при Perezбудженні холінергічних відділів нервової системи використовуються холінолітики (атропін), при

збудженні центральної нервової системи - нейролептики та транквілізатори). 4. Речовини, які запобігають взаємодії отрути з біомішенями або реактивують біомішені. Наприклад, зворотні інгібітори холінергів (аміностигмін, галантамін, прозерин та ін.) захищають активні центри холінергів від взаємодії з ФОС. 5. Речовини, які замінюють пошкоджені біоструктури або які були втрачені під дією отрути. 6. Імуноантидоти. Дані засоби працюють за принципом імунохімічної детоксикації, заснованої на тому, що в тканинах організму, завжди виробляються антитіла, специфічні до антигенів. Концентрація цих антитіл в крові та тканинах організму ("напруження" імунітету), ступінь подібності антитіл до антигену й визначає ефективність імунного захисту).

**Висновок:** В цілях реабілітації після впливу ОР, особливо вищої нервової діяльності, перспективно використовувати актопротектори та ноотропи, як первинно активізують енергетичний та пластичний обмін мозку, та за рахунок цього підвищують резерви, рівень функціонування та адаптацію організму в цілому.

К.А. Курій, О.В. Горошинська

## **ВПЛИВ КЛІМАТИЧНИХ УМОВ НА ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ ТА ЗМІНИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ**

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (асистент)

Вінницький Національний Медичний Університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця

**Актуальність теми:** Нині спостерігаються зміни кліматичних умов по всій території нашої планети. Україна не є винятком. Кліматичні умови безпосередньо впливають на різні сфери людського життя: психо-емоційний та фізичний стан організму, соціальні взаємовідносини, рівень захворюваності та тривалість життя людей. Ознайомившись з впливом цих факторів на здоров'я населення нашої країни, ми зможемо зменшити негативний вплив кліматичних умов та розробити рекомендації для жителів Вінниччини.

**Мета:** За даними літературних джерел вивчити особливості впливу кліматичних умов на зміни настрою, депресивні стани, рівень самогубств та працездатність населення Вінниці. Запропонувати методи покращення самопочуття та працездатності населення.

**Матеріали та методи:** Опитування студентів з приводу обізнаності їх в даній сфері, оцінка зміни їх настрою, працездатності відповідно до різних періодів року. Опитування студентів на тему самогубств та актуальності даної проблеми в Україні та в країнах світу. Вивчення списку країн за Індексом людського розвитку та статистичних даних по самогубствам у світі станом на 2017 рік.

**Результати:** В результаті анкетування було з'ясовано, що кожен другий житель Вінниччини страждає на депресивні розлади, зміни настрою протягом різних періодів року. Частіше подібні явища спостерігаються в холодний період року. Було виявлено, що на зниження працездатності та уваги впливають кліматичні умови. За даними ВООЗ на 2012 рік Україна займала 21 місце за рівнем самогубств, чисельність яких склала 9165 людей, з них 1690 чоловіків та 7474 жінки. На 2017 рік Україна посіла 25 місце. Найвищі місця по рівню самогубств займають такі країни, як Російська Федерація та Шрі-Ланка, де переважає субполярний і екваторіальний клімат відповідно. Країни Заходу займають нижчу частину списку. Вивчивши статистику найрозвиненіших країн світу та порівнявши її зі списком за Індексом людського розвитку та даними по самогубствам, можна зробити висновок, що ці країни мають високі показники якості та середньої тривалості життя, високі рівні розвитку населення, охорони здоров'я, соціальної захищеності, довголіття, екології тощо. Переважна територія цих земель піддається впливу сезонного помірною клімату.

**Висновки:** Територія України лежить переважно у зоні помірною кліматичного поясу зі зростанням континентальності з північного заходу на південь. Переважна кількість депресивних станів і змін настрою населення спостерігається в холодні пори року. Доцільним буде проводити профілактичну і просвітницьку діяльність, особливо в категоріях ризику та серед людей з різними психічними відхиленнями з метою запобігання сезонних загострень і забезпечення стабільного емоційного стану більшої частини населення.

Личик А.В., Маковій Д.С.

## **ВПЛИВ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ НА МОЗКОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ІСПИТІВ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Чорна В.В. (к.мед.н., викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність проблеми.** Емоційне напруження, великий об'єм інформації, пригнічений настрій – усі ці чинники негативно впливають на психічний стан студентів під час екзаменаційної сесії та в комплексі діють як основний фактор незадовільного складання іспитів. Аби хоч трохи зменшити вплив цих факторів на організм, студенти вдаються до крайніх заходів – вживання психотропних препаратів, а саме ноотропів та



антидепресантів. Але ж не всі розуміють, що часте застосування психотропних засобів призводить до розвитку звикання та медикаментозної залежності.

**Матеріали і методи.** Проведено анкетування 358 студентів 2, 3, 4, 5 та 6 курсів ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

**Результати.** За даними проведеного анкетування встановлено, що серед усіх опитуваних 48% студентів хоча б один раз вживали психотропні препарати, а саме: 22,3% - лише ноотропи, 12,8% - лише антидепресанти, 13,7% - і ноотропи, і антидепресанти. А решта – 52% - жодного разу, проте застосовували такі методи, як вживання алкоголю – 6,4%, вживання кави – 14,2%, вживання енергетичних напоїв – 6,7%, фізичне навантаження – 7,0%, спокій і сон – 15,1%, інші методи (наприклад, комп'ютерні ігри) – 2,5%. Серед студентів усіх курсів, що ми опитали, найбільша кількість тих, які хоча б один раз вживали психотропні препарати, виявились студенти 3-го та 6-го курсів. Загальна кількість 3-курсників, які вживали психотропи - 63,6%, з яких приймали лише ноотропи – 36,4%, приймали лише антидепресанти - 13,6%, приймали і ті, і інші психотропи - 13,6%. Серед студентів 6 курсу, які вживали психотропи - 50,2%, 27,0% з яких вживали лише ноотропи, 10,7% вживали лише антидепресанти, 12,6% вживали і ті, і інші психотропи. Нами була виявлена така закономірність: 67% дівчат 3-курсу приймали психотропні препарати, а 71 % хлопців 6 курсу . Серед усіх опитаних студентів, які хоча б один раз вживали психотропні препарати, 50,0% робили це перед іспитами, 22,1% - після іспитів, 16,3% - постійно, 11,6% - «приймали курсами». Серед цих же студентів 44,1% приймали психотропи з метою покращення пам'яті, 41,9% - з метою зняття напруги, 11,1% - з метою поліпшення настрою. 75,6% студентів досягнули бажаного ефекту, решта – 24,4% - не досягнули.

**Висновки:** Серед опитуваних студентів 48% приймали ноотропи, антидепресанти або їх комбінацію.

Найбільший відсоток – 63,6% - приходить на студентів 3-го курсу, з яких 67% становили дівчата та 50,2% - студенти 6-го курсу, з яких 71% були хлопці. Це, можливо, пов'язано з більш важким розумовим навантаженням перед

Т.О. Луцук

## ВПЛИВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА В ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
Підлісна І.В.(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. Істотну частку складають пацієнти працездатного віку ( 40-50 років ), що негативно впливає як на демографічні показники, так і на економічну ситуацію.

**Мета дослідження:** Визначити частоту виникнення раку сечового міхура у пацієнтів 40-50 років, з вперше встановленим діагнозом; дослідити зв'язок між частотою виникнення нозології та впливом факторів ризику; відокремити основні шляхи профілактики.

**Матеріали та методи:** Дослідження, аналіз та систематизація інформації щодо стану захворюваності на PCM в Україні з використанням даних медико-статистичного відділу Подільського регіонального центру онкології, даних Національного канцер-реєстру, наказу Міністерства охорони здоров'я України № 554 (від 17.09.2007).

**Результати:** Для дослідження було відібрано 130 осіб (104 чоловіків та 26 жінок) у віковій категорії від 40 до 50 років, яким вперше встановили діагноз PCM. Пацієнти були розподілені на дві групи по 65 хворих. До першої групи входили пацієнти, які хворіли понад п'ять років на хронічний цистит. До другої групи віднесли пацієнтів, які перенесли онкопатології іншої локалізації та використовували цитостатики, більше десяти років постійно перебували в середовищі професійних шкідливостей, мали стаж тютюнопаління близько п'ятнадцять років.

Аналізуючи дані першого діагнозу пацієнтів II групи, було виявлено такі гістопатологічні форми: 0,4% - папілярний рак з низьким злоякісним потенціалом (PUNLMP), 39,95% - неінвазивна папілярна карцинома (pTa), 28,07% - пухлина, що поширюється на субепітеліальну сполучну тканину (pT1), 10,1% - пухлина, що інвазує м'язовий шар (pT2), 3,03% - пухлина, що поширюється на паравезикальну клітковину (pT3), 3,24% - наявна пухлинна інвазія в прилеглі органи (pT4). Окрім того, періневрально інвазія і лімфоваскулярні вторгнення спостерігались у 3,03% та 12,18% зразках відповідно. Порівнявши досліджені гістологічні варіанти раку у пацієнтів I групи, виявлено зменшення кількості папілярного раку з низьким злоякісним потенціалом (PUNLMP) у порівнянні з II групою, а також зменшення частоти виявлення пухлин, що інвазують м'язовий шар (pT2) – 8,1%.

**Висновки:** Вперше діагностований рак сечового міхура у пацієнтів із групи ризику проявляється у набагато важчих формах, ніж у хворих з відносно сприятливим передраковим фоном. Висока частота інвазії в лімфатичні та кровоносні судини (12,18%), підкреслює важливість особливого підходу до попередження розвитку даної нозології. Серед основних шляхів профілактики – усунення професійних шкідливостей

хімічного виробництва, у першу чергу виключають безпосередній контакт робітників із хімікатами, своєчасне лікування запальних захворювань, відмова від паління, профілактичні огляди два рази на рік.

Р.Л.Любевич,Т.Ю.Повшедна

## **ПОРІВНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОНЦЕПЦІЙ НАДАННЯ НЕВІДКАДНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ НА ФОНІ ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ ТА В ПОЛЬЩІ ВЖЕ В ІСНУЮЧІЙ РЕФОРМІ**

Кафедра соціальної медицини та охорони здоров'я

І.В. Підлісна (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Якісне медичне обслуговування – це послуги, при яких ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняли медичні потреби тих, хто потребує допомоги. Екстрена медична допомога, що забезпечує невідкладні діагностичні і лікувальні заходи, спрямовані на збереження і рятування життя людини, має надаватись максимально якісно. В даний час в Україні проходить реформування, воно торкається всіх галузей медицини, і невідкладна допомога в їх числі. Для того, щоб не допускати помилок, потрібно розглядати досвід інших країн.

**Мета:** Порівняти концепції надання екстреної допомоги в Україні, що наразі проходить етап реформування системи охорони здоров'я, та Польщі, де проведена кілька років тому реформа успішно працює та підтверджує свою ефективність.

**Матеріали та методи:** Огляд літератури, що регламентує надання невідкладної допомоги в Україні ( Закон України «Про екстрену медичну допомогу») та Польщі (Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym – Закон про державну невідкладну медичну допомогу), методичні рекомендації МОЗ України щодо організації контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

**Результати:** Проаналізувавши нормативні документи, що регулюють порядок надання невідкладної допомоги, можна виділити такі відмінності, що безпосередньо впливають на якість надання медичних послуг: 1. Наявність бригад екстреної медичної допомоги, а також відділень (SOR), що надають допомогу в критичних ситуаціях, і мають цілодобовий доступ до діагностичних лабораторних досліджень, комп'ютерної томографії та всіх видів ендоскопії. В Польщі налічується 216 відділень SOR. 2. Зручна класифікація бригад екстреної медичної допомоги, що поділяються на спеціалізовані, базові, транспортні та повітряні. Залежно від змісту виклику, на нього виїжджає бригада, що має достатній кадровий склад і також діагностичні і лікувальні можливості. 3. Наявність чітко визначеного переліку станів, для купірування яких потрібно викликати бригаду екстреної медичної допомоги. Близько половини станів, що визначаються ЗУ «Про екстрену медичну допомогу» як невідкладні, у Польщі підлягають зверненню до SOR, що дозволяє бригадам концентруватись на випадках, що несуть реальну загрозу для життя. 4. Наявність штрафів за немотивований виклик.

**Висновки:** Якість надання екстреної медичної допомоги визначається, крім ефективності та професійного компоненту, також і часткою непотрібних витрат, що включають, зокрема, немотивовані виклики. Оптимальним рішенням проблеми є структурна реорганізація порядку надання невідкладної допомоги, основою для якої може стати успішний міжнародний досвід інших країн.

С.С. Малеш

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ПО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ СТАНОМ З 2012 ПО 2016 РОКИ**

Кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я

І.С. Пірвердієва (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Протидія туберкульозу в Україні є одним з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань. У 2014 р. Особливо загрозливим є несвоєчасне звернення хворих за медичною допомогою, пізнє виявлення туберкульозу (далі ТБ) та поєднаних форм ВІЛ/ТБ, що обумовлює високий рівень смертності від ТБ та є результатом відсутності комплексного підходу до поєднання профілактичних та лікувальних програм на державному і регіональному рівнях в єдину дієву систему протидії. Тому контролювання показників захворюваності та профілактики туберкульозу і є актуальним і необхідним.

**Мета:** Вивчити особливості поширеності туберкульозу на основі аналітично-статистичного довідника «Туберкульоз в Україні» центра громадського здоров'я МОЗ України.

**Матеріали та методи:** Для дослідження було використано матеріали з аналітично-статистичного довідника «Туберкульоз в Україні» центра громадського здоров'я МОЗ України.

**Результати:** Загальна кількість населення Вінницької області – 1 595 078 (2016 р.). Епідеміологічні показники по ТБ, 2016 (абсолютна кількість): зареєстровані випадки ТБ – 1036; захворюваність на ТБ (ВДТБ+РТБ) – 977, з

них ВДТБ – 769, ТБ/ВІЛ – 98; випадки з позалегеновою локалізацією ТБ – 94; випадки з легеневою локалізацією ТБ – 881; поширеність – 1062, з них ТБ/ВІЛ – 107, смертність ТБ – 118, ТБ/ВІЛ – 19. Захворюваність на ТБ (ВДТБ + РТБ): кількість випадків ТБ 2012 р.- 1120, 2013 р. – 1056, 2014 р. – 976, 2015 р. – 972, 2016 р. – 977; Кількість хворих на туберкульоз, у яких діагноз МР ТБ або РР ТБ підтверджено вперше у житті та кількість випадків МР ТБ або РР ТБ за якими розпочато лікування: кількість зареєстрованих випадків з 2012 по 2015 роки зменшувалась, у 2015 р. незначно підвищилась, 2016 р. -знизилась; кількість випадків за якими розпочато лікування у 2013 р. найбільша кількість, у 2014 р. значно знизилась і поступово зростає; % розпочавших лікування від зареєстрованих стабільно підвищується. Результати лікування випадків Риф ТБ/МРТБ, 2014 р.: виліковано – 23,2%, лікування завершено – 25,8%, померло – 18,0%, невдале лікування – 23,2%, перерване лікування – 8,8%. Показники профілактичних оглядів з метою виявлення хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я: флюорографічне обстеження хвилеподібно незначно підвищуються та знижуються ; туберкулінодіagnostика має тенденцію до зниження. Профілактичні щеплення БЦЖ, що проведені дітям першого року життя 2016р.: підлягали щепленню -17208, проведено щеплення – 12260.

**Висновки:** Епідеміологічні показники захворюваності на туберкульоз у Вінницькій області з 2012 по 2016 роки мають хвилеподібний характер з тенденцією до зменшення. Зменшення кількості профілактичних оглядів з метою виявлення хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я веде до недостатнього виявлення первинних форм туберкульозу, що призводить до реєстрації вторинних, занедбаних форм туберкульозу, які є епіднебезпечними для оточуючих, ускладнюють процес лікування та призводять до інвалідазації хворих.

Г. М. Малюта

### САМОЛІКУВАННЯ - АЗАРТНА ГРА ЧИ ВИМУШЕНА НЕОБХІДНІСТЬ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
С. М. Пашковський (викладач, підполковник м/с)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Виникає багато ризиків, пов'язаних із самодіагнозом, відсутністю усвідомлення споживачами можливих негативних наслідків самостійного прийому ліків, резистентності мікрофлори (особливо у випадках безконтрольного вживання антибіотиків), переходом хвороби у хронічну форму. Самолікування нерідко приносить шкоду, яка виникає через невірний прийом власне безрецептурних лікарських засобів, так і ліків для самолікування абсолютно не призначених або протипоказаних. Пацієнти вважають, що якщо лікарський засіб рекламується як безпечний та ефективний і відпускається без рецепту, то можна зайнятися самолікуванням.

**Мета:** Дослідження небезпеки та наслідків, що несе в собі самостійне застосування фармацевтичних засобів.

**Матеріали та методи:** Аналіз джерел наукової літератури.

**Результати:** По-перше, абсолютно безпечних ліків не існує. Лікарський засіб, що відпускається без рецепту, може бути протипоказаний пацієнту з супутньою патологією; крім того, вони можуть взаємодіяти з рецептурними препаратами, що приймаються пацієнтом, алкоголем, їжею — про це рекламна інформація, що розповсюджується ЗМІ і через Інтернет, не попереджує. По-друге, в багатьох країнах число безрецептурних лікарських засобів, призначених для самолікування, постійно збільшується у зв'язку з переведенням в цю категорію рецептурних медикаментів.

Слід зазначити, у сфері медицини широкого розповсюдження набуває навий напрям медицини - телемедицина, заснований на використанні сучасних комп'ютерних і телекомунікаційних технологій адресного обміну медичної інформацією між фахівцями з метою підвищення якості і доступності діагностики і лікування конкретних пацієнтів. Телемедицина є новим напрямом медичної практики, що дає можливість надання допомоги з відривом й ґрунтується на передачі спеціалізованої медичної інформації з допомогою сучасних інформаційно-телекомунікаційних технологій. Телемедицина дозволяє вирішити багато абсолютно нерозв'язні проблеми, але найголовніше – вона дозволяє наблизити мешканцям віддалених і важкодоступних регіонів допомогу вітчизняних і зарубіжних висококваліфікованих фахівців. Сьогодні необхідність розвитку телемедицини визнана усіма провідними країнами світу.

Самолікування підвищує відповідальність людини за своє життя та здоров'я. Дає можливість збільшити доступність медичної допомоги населенню, що проживає у віддалених районах; зменшує навантаження на лікувальні заклади і бюджет системи охорони здоров'я, дозволяє в деяких випадках здійснювати самопомогу й уникати серйозних ускладнень.

**Висновки:** Роль самостійного лікування в даний час зростає. Це супроводжується підвищенням ролі і кваліфікації фармацевтів. Для ефективної роботи аптек в нових умовах вони повинні бути переобладнані з урахуванням інтересів пацієнтів. Людина має право на одержання необхідної, доступної, достовірної та своєчасної інформації про продукцію, що забезпечує можливість її свідомого і компетентного вибору. Інформація повинна бути надана споживачеві до придбання ним товару. **Варто пам'ятати, що потрібно дотримуватися основного правила лікарської безпеки: менше довіряйте рекламі та більше – досвідченому лікарю.**

К. В. Марчук  
**РІВЕНЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЯКІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ САНІТАРНО-ПРОСВІТНЬОЇ РОБОТИ СЕРЕД  
НАСЕЛЕННЯ ЗА УЧАСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР**

Кафедра «Сестринська справа»  
В.Й. Шатило (д.мед.н., професор, ректор)  
КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР  
м. Житомир, Україна

**Актуальність проблеми:** Однією з найважливіших умов проведення ефективної профілактики захворювань, збереження та зміцнення індивідуального і громадського здоров'я є обізнаність населення з чинниками, які негативно впливають на здоров'я. Санітарно-просвітня робота являє собою невід'ємну складову системи охорони здоров'я, комплекс державних, громадських і медичних заходів, спрямованих на забезпечення такої обізнаності з метою підвищення рівня здоров'я населення.

**Мета дослідження:** Визначити рівень організації та якість проведення санітарно-просвітньої роботи серед населення за участі медичних сестер.

**Матеріали та методи:** У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні методи наукового дослідження: бібліосемантичний, медико-соціологічний, системного аналізу та логічного узагальнення.

**Результати:** В опитуванні взяли участь 100 практикуючих медичних сестер ЛПЗ Житомирської області. Віковий діапазон опитуваних коливався в межах 20-59 років, середній вік опитаних склав 34,9 років. Переважна більшість опитаних медичних сестер мають першу кваліфікаційну категорію та стаж роботи 15-19 років. Згідно отриманих даних всі 100,0% опитаних медичних сестер займаються проведенням санітарно-просвітньої роботи серед населення. З них переважна більшість (66,0%) проводять санітарно-просвітню роботу щотижня. Більшість опитаних, а саме 63,0% не проходили спеціальне навчання формам і методам санітарної освіти. Щодо джерел інформації, які медичні сестри використовують для ведення санітарно-освітньої роботи, то найбільша частка опитаних (67,0%) вказали мережу Інтернет, найменший відсоток опитаних (9,0%) користується літературою наукової медичної бібліотеки. Найбільш розповсюдженою формою ведення санітарно-освітньої роботи серед медсестер виявилась бесіда, яку обрали всі 100,0% респондентів, найменша кількість опитаних (2,0%) користуються такою формою роботи, як вечір запитань і відповідей. Переважна більшість медичних сестер (53,0%) не залучають керівні кадри, фахівців різних галузей, інтелігенцію до санітарно-просвітнього активу. Санітарно-просвітню роботу в ДДЗ та школах проводить 71,0% респондентів, з них 69,0% залучають батьків, вихователів та педагогів до санітарно-просвітнього процесу. Санітарно-просвітню роботу серед усіх груп населення проводили 48,0% опитаних. Щодо труднощів, які виникають у медичних сестер під час проведення санітарно просвітньої роботи, то більшість респондентів (62,0%) зазначили, що для проведення групових форм роботи відсутні спеціальні кабінети, зали, навчальні кімнати, 45,0% опитаних відмітили, що труднощі виникають внаслідок того, що громадяни не бажають отримувати санітарно-просвітню інформацію про збереження здоров'я і дотримання правил здорового способу життя.

**Висновки:** Результати проведеного дослідження свідчать про те, що медичні сестри беруть активну участь у проведенні санітарно-просвітньої роботи серед населення, але рівень її організації та якість проведення потребують удосконалення та покращення, оскільки існують численні недоліки, труднощі та помилки під час її організації та виконання, тому існує необхідність при підготовці кадрів медсестринства значну увагу приділяти формуванню навичок по проведенню санітарно-просвітньої роботи.

О.М. Миколайчук  
**СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА МНОЖИННУ МІЄЛОМУ У ЛЮДЕЙ РІЗНОГО ВІКУ**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
І.В.Підлісна (ас. каф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На даний момент визначення факторів ризику розвитку множинної мієломи (ММ) є відкритим питанням у науці та суспільстві. Причиною цього є низька поширеність цього захворювання, вона складає 1% усіх випадків раку та близько 10% усіх гематологічних захворювань. Сучасна медицина ще вивчає всі таємниці цієї патології.

**Мета:** Збір та аналіз даних щодо географічних особливостей виникнення ММ та факторів ризику захворювання.

**Матеріали та методи:** Аналіз, збір, вивчення та порівняння даних різних вітчизняних та закордонних науково-фахових джерел.

**Результати:** У процесі збору та аналізу різних літературних джерел було визначено, що факторами ризику захворювання на ММ являються вік, раса і стать. Частіше на ММ хворіють люди старшого віку (60-70 років),

негроїдної раси та чоловічої статі. Також на захворювання має вплив радіація та хімікати, такі як гербіциди, інсектициди, продукти нафтопереробки, важкі метали, пластик, різні пилові частинки, особливо азбест. Тому ММ частіше виникає у робітників сільського господарства, гірничо-видобувної, металургійної, вугільної промисловостей, на виробництві будівельних матеріалів, у керамічному, фарфоро-фаянсовому, металообробному виробництвах, у текстильній промисловості, шкіряних та нафтових виробництвах, а також у косметологів. Саме в цих галузях переважно працюють чоловіки, які виходячи на пенсійний вік і складають групу ризику захворювання на ММ. Опрацювавши зарубіжні літературні джерела, прийшли до висновку, що чоловіки негроїдної раси частіше хворіють на ММ.

**Висновки:** Проаналізувавши дані науково-фахових джерел, можна зробити висновок, що у зоні ризику захворювання на ММ знаходиться велика кількість людей. Фактори ризику розвитку даного захворювання тісно пов'язані з професійними особливостями. Тому необхідно пропагувати здоровий спосіб життя, посилювати методи захисту на виробництвах та господарствах, проводити щорічні комплекси обстеження у осіб, які знаходяться у зоні ризику згідно своїх вікових, расових, статевих, національно-етнічних або професійних даних.

В.О. Липницька, В.Р. Мирончук  
**ВПЛИВ ХАРЧУВАННЯ НА САМОПОЧУТТЯ СТУДЕНТІВ ТА ЇХ КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ**

Кафедра загальної гігієни та екології

Л.О. Процюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Прийом їжі для людини – найбільша потреба протягом дня, завдяки чому вона отримує енергію для своєї повсякденної життєдіяльності та сприйняття зовнішнього світу. Проте нині мало хто зі студентів приділяє увагу збереженню раціональності харчування. Період навчання у ВНЗ для студентів супроводжується інтенсивними навантаженнями та постійним напруженням. І іноді саме правильне харчування допомагає підтримувати працездатність на високому рівні.

**Мета:** Метою дослідження є загальний аналіз харчування студентів різних ВНЗ. Виявлення впливу харчування на самопочуття та стан когнітивних функцій студента.

**Матеріали та методи:** Проведено анкетування за розробленими анкетами серед 150 студентів різних ВНЗ. Здійснено аналіз отриманих результатів.

**Результати:** Опитано 150 студентів різних ВНЗ України (з них жінок – 96, чоловіків – 64). Виявлено, що з них постійно снідають 60%, іноді – 29%, та не снідають 11%. Причиною пропуску сніданку у більшості студентів є брак часу 74%, відсутність почуття голоду 17% та 9% респондентів надають перевагу сну над сніданком. Встановлено, що 67% опитаних відчувають зниження працездатності, якщо пропускають сніданок. На питання: «Чи впливає якість харчування на успішність у навчанні?» ствердно відповіли 52%, «частково впливає» думають 37%, та заперечують вплив харчування 11% опитаних.

**Висновки:** Дослідження виявило досить велику кількість студентів з тенденцією зниження когнітивних функцій, якщо вони зранку не снідали. Більшість серед опитаних вважають, що якість їх харчування опосередковано впливає на успішність. Розроблено поради щодо раціоналізації харчування для студентів.

А.М. Музика, Ю.О. Шишковська

**ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТА НЕ ЗБАЛАНСОВАНОГО ХАРЧУВАННЯ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**

Кафедра загальної гігієни і екології

О.Б. Дударенко(доц.), Н.М. Фещук(ст. вкл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

**Актуальність теми:** У другій половині ХХ століття основну небезпеку для здоров'я населення і проблему для охорони здоров'я стали представляти не інфекційні захворювання, в першу чергу хвороби серцево-судинної системи, які в даний час є провідною причиною захворюваності, інвалідності та смертності дорослого населення. Сталося «омолодження» цих захворювань. Вони стали поширюватися і серед населення країн, що розвиваються. Ішемічна хвороба серця – найпоширеніша патологія в Україні. За період 2008–2012 рр. її показники серед дорослих поступово збільшувалися (на 6,7 %) і досягли 24 088,1 особи на 100 000 населення. За 2017 рік кількість хворих зросла на 60 332 особи (на 1,0 %). Майже 37% дорослого населення має те або інше серцево-судинне захворювання.

Враховуючи вищевикладене, **метою** нашого дослідження стало вивчення впливу психологічних чинників та особливостей харчування 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 та опитування хворих щодо їхнього раціону харчування методом анкетування.

**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. За результатами анкетування 80% хворих не дотримуються збалансованого та раціонального харчування.

**Висновок.** Таким чином, проведене дослідження демонструє важливість вивчення впливу психологічних чинників та не збалансованого харчування для ранньої діагностики, лікування і профілактики ішемічної хвороби серця.

М. С. Музика, Б.С. Соколенко

## **КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ТРАВМАТИЗАЦІЇ КИСТІ І ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТНОГО СУГЛОБА У СПОРТСМЕНІВ РІЗНИХ ВИДІВ СПОРТУ**

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

І. В. Лисак (ст. викладач, к.н. з фіз.вих.та сп)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Спорт є сферою людської діяльності, для якої характерні підвищений травматизм, різноманітні професійні захворювання, передпатологічні та патологічні стани, що містять загрозу для здоров'я спортсменів. За даними літературних джерел різних країн світу кількість травм в спорті коливається в межах 10-17% всіх пошкоджень. Найбільш часто травмуються нижні (50-65%) та верхні кінцівки (35-50%). Багато видатних спортсменів змушені значно більше часу і уваги приділяти лікуванню захворювань і травм, ніж власне тренувальній та змагальній діяльності. Фахівці в галузі спортивної медицини постійно ставлять питання про вдосконалення правил змагань як засобу профілактики спортивного травматизму.

**Мета:** На основі теоретичного аналізу та за результатами обстеження надати комплексну оцінку травматизації кисті і променево-зап'ястного суглоба в групах підвищення спортивної майстерності студентів-баскетболістів, волейболістів і боксерів.

**Матеріали та методи:** аналіз науково-методичної літератури, спостереження, тестування функціональних здібностей кисті і променево-зап'ястного суглоба, статистичні методи.

**Результати:** Відсутність належної уваги до травматизації кисті і променево-зап'ястного суглоба негативно впливає на оволодіння спортсменами певними руховими діями. Саме високий рівень розвитку рухових здібностей є особливим підґрунтям для успішного опанування нових видів різноманітних дій, успішного пристосування до трудової, побутової і спортивної діяльності. Для оцінки травматизації кисті і променево-зап'ястного суглоба студентів-баскетболістів, волейболістів і боксерів ми застосували один із видів комплексного контролю. У дослідженні взяли участь 90 студентів (з кожної групи по 30 хлопців), які раніше мали незначні травми протягом заняття певним видом спорту. За системою оцінювання Short Form36, отримали результат, що неодноразова травматизація кисті і променево-зап'ястного суглоба суттєво не порушує нормальну якість життя у спортсменів різних груп. Дослідження рухливості зап'ястка нейтральним методом показало, що у групі студентів боксерів спостерігається помірне обмеження рухів, у баскетболістів і волейболістів відповідає нормі. Тест на нестабільність зап'ястка (тест Watson, тест човноподібно-півмісяцевого балотування) дали можливість виявити найбільшу нестабільність суглоба у студентів-боксерів. Оцінку якості сухожилків-згиначів кисті визначався тестом Finklestein і Мукарда, результат показав, що найчастіше ці сухожилки уражуються при інтенсивних заняттях баскетболом. Виконуючи тест сили захвату найгірші показники були у студентів-спортсменів, що займаються боксом.

**Висновки:** Порівнюючи результати рівня травматизації кисті і променево-зап'ястного суглоба студентів-баскетболістів, волейболістів і боксерів ВНМУ, слід відмітити, що показники хлопців волейболістів, в основному, достовірно вищі, ніж результати баскетболістів і боксерів. У порівнянні з баскетболістами нижчий рівень рухливості і сили захвату відмічається у боксерів. Ефективність профілактичної роботи спортсменів і тренерів знаходиться в прямій залежності від знання факторів ризику, здатних призвести до захворювань і травматизму.

К.Г. Нагорян

## **СУЇЦИДАЛЬНІ ПОВЕДІНКИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ЗОНІ АТО**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (к.мед.н., викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність теми :** Військовослужбовці в зоні АТО, піддаються впливу затяжного стресу високої інтенсивності. Фізичні травми, позбавлення сну, погані санітарні умови та екстремальні фізичні навантаження є додатковими факторами стресу та порушення адаптації.

**Мета роботи:** Проаналізувати самогубства військових, адже це стало у ЗСУ повсякденною реальністю. Знайти найдієвіше методи профілактики психічних травм при воєнних діях та у мирному часі.

**Матеріали і методи:** аналітичний, системний, порівняльний, а також аналіз інформаційних джерел за досліджуваною проблемою.

**Результати :**На даний час психічні та поведінкові розлади в структурі санітарних втрат терапевтичного профілю серед військовослужбовців в зоні АТО складають 4,9%, з них 77,5% припадають на невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади.В перший день застосування може скласти: розлади психологічного рівня: психічна дезадаптація, психологічні стресові реакції 20 %; розлади невротичного (пограничного) рівня – 4 %; розлади психотичного рівня: реактивні психози – 0,8 %.Половина суїцидальних спроб і завершених суїцидів здійснені в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. Зловживання алкоголем, наркотичних засобів може призводити до суїцидальних дій через розгальмування, імпульсивність і порушення суджень, але він також може бути використаний як засіб. З різною частотою серед проявів у поведінці, яка передувала суїцидальній спробі, повідомляється про низьку комунікабельність, схильність драматизувати, скритність, підвищену чутливість, тривожність, замкненість, недовірливість, роздратованість, часте бажання усамітнитись, агресивність. Дані прояви, одночасно з бажанням повернутися до участі в бойових діях, можуть свідчити про наявність ПТСР або іншого психічного розладу, пов'язаного зі стресом, а також про порушення соціальної адаптації військовослужбовців.За статистикою останніх років військовослужбовці України вчинили самогубства чотирма найпоширенішими методами: 55% - вчинили повішення, 27% - нанесли собі різані рани, 9% - стрибнули з висоток, 9% - передозували барбітурати та інші седативні ліки.

**Висновки:**На відміну від США, в Україні немає не лише обліку ветеранів із психологічними проблемами, а й навіть конкретної статистики самогубств серед учасників бойових дій.Досвід зарубіжних країн підтверджує, що **відсоток самогубств серед демобілізованих завжди значно більший, ніж у діючій армії.** В діючій армії допомагає згуртованість колективу. А після демобілізації людина часто або розчаровується в цивільному житті, або її не сприймають навколишні, або роботу не може знайти – тобто значно більше підстав до відчаю, який призводить до такого крайнього кроку. Основними заходами, які повинні проводитися з метою профілактики та усунення наслідків психотравм на догоспітальному етапі є проведення: первинної профілактики; першої психологічної допомоги; немедикаментозного лікування; медикаментозного лікування.

О.О. Острадчук

## РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ТРЕНУВАНЬ У СПОРТИВНИХ СЕКЦІЯХ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

С.О. Кулібаба ( вкл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Розвиток фізичних якостей у студентів під час тренувань у спортивних секціях виноситься на обговорення керівниками навчальних закладів, медичними працівниками та викладачами фізичного виховання вузів. Виникає протиріччя: хоча, у студентів зберігається високий рівень здатності до тренувань, але зниження рухових нервових процесів призводить до обмеження рухової активності. В свою чергу, тривале обмеження рухів призводить до зниження точності рухових дій, до погіршення тимчасової і просторової координації. Як наслідок, недолік м'язової активності є однією з головних причин важких хронічних захворювань.У зв'язку з прогресом негативних результатів дефіциту рухової активності у студентів доцільно залучати їх до занять в спортивних секціях, які сприяють розвитку фізичних якостей.

**Мета:** визначити основні шляхи розвитку фізичних якостейта особливості їх розвитку у студентів.

**Методи:** аналіз літературних джерел та Інтернету, педагогічне спостереження.

**Результати:** З кожним курсом рухові якості студентів погіршуються, через те, що діюча програма недієздатна та не повністю вирішує питання оздоровлення молоді. Однак, у процесі відвідування спортивних секцій студенти опановують руховими вміннями й навичками, які відповідають вимогам навчальної програми для вищої школи.

Формування спортивних вмінь і навичок впродовж занять в спортивних секціях здійснюється в безперервній єдності з вихованням фізичних якостей студента.

Різноманітні види діяльності в спортивних секціях включають вправи, що спрямовані на виховання фізичних якостей, застосовуються в строго певній послідовності, включаються у різні форми рухової діяльності студентів, в тому числі в самостійну рухову активність.

Розвиток фізичних якостей містить у собі поняття розвитку сили, швидкості, витривалості, спритності й гнучкості. В результаті систематичного й цілеспрямованого процесу виховання в спортивних секціях можна

вплинути на розвиток фізичних якостей.

**Висновки:** Аналіз літератури та практичних занять з фізичного виховання, відвідування спортивних секцій та опитування студентів показали, що визначальними факторами ефективності діяльності студента в спортивних секціях є: позитивна динаміка розвитку фізичних якостей, підвищення інтересу до занять фізичними вправами і спортом; включення студентів у процес саморозвитку й самовдосконалення.

В.С. Петраченко  
**ОСОБЛИВОСТІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В ІНФЕКЦІЙНОМУ  
ВІДДІЛЕННІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ ВТОРИННОГО РІВНЯ**

Кафедра «Сестринська справа»  
В.З. Свиридюк (д. мед. н., проф.)  
Житомирський медичний інститут  
м. Житомир, Україна

**Актуальність.** Сьогодні українська медицина не в кращому стані та потребує ряду реформ. Одна з головних проблем перенавантаження на медичних сестер, це одна з причин неефективного виконання ними професійних обов'язків. Стан надання медичної допомоги покращиться за умови належного виконання стандартів медсестринського процесу.

**Мета роботи** – розроблення перспективних підходів за рахунок впровадження стандартів медсестринської діяльності для покращення надання медичної допомоги дітям.

**Методи дослідження:** анкетування, системного аналізу та логічного узагальнення.

**Результати.** Встановлено, що завдяки дотримання стандарту медсестринської діяльності у центральній дитячій міській лікарні тривалість ліжко-днів на лікування зменшилася.

У структурі нозологічних одиниць інфекційного відділення в центральній дитячій міській лікарні м. Житомир переважну більшість складають: гострі інфекції верхніх дихальних шляхів, кишкова інфекція та ангіни.

Середня тривалість лікування (перебування на ліжку) становила у 2016 р. - 6,2 ліжко-днів, а у 2017 р.- 6,0 ліжко-днів. При цьому для кишкових інфекцій не уточнених середня тривалість лікування складала у 2016 році - 6,5 ліжко-днів, а у 2017 р.- 5,9 ліжко днів, для ангін у 2016 р. – 6,0 ліжко-днів, а у 2017 - 5,8 ліжко-днів, для гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів у 2016 – 5,0 ліжко-днів, а у 2017 – 4,6 ліжко днів. Зменшення тривалості лікування (ліжко-днів) зумовлене дотриманням медичними сестрами стандартів медсестринської діяльності.

**Висновок.** Стандарт медсестринської діяльності – це перспективний підхід, використовуючи світовий досвід та враховуючи особливості охорони здоров'я України, удосконалити надання медичної допомоги маленьким пацієнтам.

М.-Ю. І. Петришина, О.А. Гусак

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ДІАГНОСТИКИ В ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ  
ПРАКТИКИ СТОСОВНО РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ОНКОПАТОЛОГІЇ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У  
ЖІНОК**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
І.В. Паламар (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Рак молочної залози (РМЗ) займає перше рейтингове місце серед онкопатології у жінок репродуктивного віку у світі. Щорічно у світі реєструється більше 1,38 млн. нових випадків РМЗ, а в Україні близько 17 тис. Медико-соціальна значущість РМЗ у стані громадського здоров'я жінок визначається як показниками захворюваності та смертності, так і погіршенням якості життя хворих. Слід зазначити, що основні проблеми полягають в організаційних аспектах профілактики та діагностики РМЗ на первинному рівні медичного обслуговування.

**Мета:** визначити основні напрямки профілактики РМЗ у жінок на первинному рівні медичної допомоги з огляду на фактори ризику та майбутні діагностичні методи для пацієток з підвищеним ризиком.

**Матеріали та методи:** опрацювання вітчизняної та іноземної літератури. Для роботи використовували метод системного підходу та аналізу, статистичний, медико-географічний та соціологічний методи.

**Результати:** з'ясовано чинники ризику РМЗ такі, як: спадкова обтяженість, порушення лактації, травми молочної залози, ендокринні патології, клімактеричні зміни, порушення менструального циклу, аборти в анамнезі, нездоровий спосіб життя, використання гормональних контрацептивів. Комплексним соціальним дослідженням було обгрунтовано індивідуальний підхід під час профілактики та діагностики РМЗ серед осіб жіночої статі на первинному рівні медичного обслуговування, де найголовнішим є мінімізація керованих факторів ризику з персоніфікованим підходом у практичній діяльності лікаря загальної практики. Встановлено, що основним профілактично-діагностичним методом в практичній охороні здоров'я є самообстеження жінками



власних молочних залоз. УЗД молочної залози та мамографія як вторинні методи профілактики та діагностики. В основі первинної профілактики підхід полягає у виявленні факторів ризику при консультації та індивідуальному профілактичному огляді лікарем загальної практики і своєчасне проведення інструментальних методів обстеження, а також попередження пацієнтки про підвищений ризик РМЗ і застереження щодо уникнення керованих факторів ризику.

**Висновки:** У практичній охороні здоров'я наявні лише технології вторинної профілактики даної патології, однак враховуючи різноманітність та кількість факторів ризику є підстави для індивідуалізації та переходу від популяційної профілактики до первинної, ефективність якої була доведена соціальними дослідженнями.

П.А. Рагуліна

### АЕРОМЕДИЧНА ЕВАКУАЦІЯ. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
наук. керівник Н.І.Гуменюк (викл. кафедри)

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

**Актуальність.** Аеромедична евакуація в умовах сьогодення займає одне з провідних місць, враховуючи техногенні катастрофи, стихійні лиха, локальні збройні конфлікти, які трапляються в усіх містах та країнах світу. Велика кількість поранених, травмованих та хворих потребує саме аеромедичної евакуації, при якій швидка доставка пацієнтів або постраждалих на вищий рівень надання допомоги в спеціалізовані медичні центри рятує тисячі життів. В усьому світі створені бригади аеромедичної евакуації від мобільних гелікоптерів до великих транспортних медичних літаків. В медичній службі ЗС України створений підрозділ аеромедичної евакуації з залученням літака АН – 26 (Vita), який виконує завдання за призначенням в мирний час та з початком бойових дій на Сході нашої країни.

**Мета.** Дослідити сучасний стан аеромедичної евакуації та її значення в умовах проведення антитерористичної операції в системі лікувально-евакуаційних заходів в Україні.

**Матеріали та методи.** Були опрацьовані дані військово-медичного клінічного центру Центрального регіону з 2014 по 2017 рр., щодо аеромедичної евакуації важких поранених та хворих військовослужбовців ЗС України під час проведення антитерористичної операції.

**Результати.** Аеромедична евакуація виконувалась санітарним операційно-реанімаційним літаком АН – 26 (Vita) із зони бойових дій до головних військово-медичних клінічних центрів Харкова та Дніпра, а з них до відповідних центрів та лікарень Києва, Львова, Вінниці та Одеси. До складу лікарсько-сестринської бригади входили хірург, анестезіолог, операційна медсестра, сестра-анестезистка. Евакуаційні можливості літака – 5 лежачих хворих або 12 сидячих. За час проведення антитерористичної операції на Сході країни було здійснено 324 вильоти та евакуйовано 4936 поранених та травмованих бійців, які були доставлені на вищий рівень надання медичної допомоги. Найбільшу кількість вильотів було зроблено в 2014 р. під час активних бойових дій – 135 та евакуйовано 1869 поранених. Згодом кількість вильотів зменшилась. Вік евакуйованих бійців був від 18 до 64 років. На штучній вентиляції легень було доставлено – 40 важких поранених. Летальних випадків під час аеромедичної евакуації не було.

**Висновки.** Під час проведення антитерористичної операції аеромедична евакуація відіграє провідну роль в доставці бійців на вищі рівні надання допомоги з урахуванням системи лікувально-евакуаційного забезпечення, що важливо для збереження життя важким пораненим та хворим. Аеромедична евакуація в Україні відповідає сучасним світовим стандартам надання медичної допомоги та потребує подальшого вдосконалення, розвитку й впровадження новітніх і сучасних технологій та обладнання.

Д.П. Радзивилюк, А.В. Хомич.

### ПОШИРЕНІСТЬ ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВНМУ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
В.В. Чорна (к.м.н., викладач)

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

**Актуальність:** Тютюнопаління є найпоширенішою та надзвичайно небезпечною шкідливою звичкою кожного п'ятого жителя планети, особливо серед молоді. За даними ВООЗ, щорічна смертність від тютюнопаління у світі становить 3 млн. чоловік, у Європі – майже 1,2 млн., США – 400 тис., державах СНД – майже 500 тис. Помітно поширюється тютюнопаління серед жінок, дівчат, що в подальшому призведе до зменшення народжуваності дітей. Міжнародний досвід довів високу ефективність профілактичної роботи медичних працівників охорони здоров'я у боротьбі з епідемією тютюнопаління, тому актуально буде визначити ставлення студентів медичного університету до паління.

**Мета:** Визначити поширеність, причини та наслідки тютюнопаління серед студентів Вінницького

національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

**Матеріали і методи:** Було проведено опитування шляхом анкетування 487 студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова з першого по п'ятий курси.

**Результати:** В результаті опитування 487 студентів, з яких 353 жіночої статі і 134 чоловічої встановлено, що 64% опитуваних - курять. За даними проведеного аналізу причин паління встановлено, що головною з них є зняття стресу - у 38%, мають труднощі в навчанні - 20%, отримують задоволення - 17%. На питання «Який час ви курите?» статистика розподілилася таким чином: термін паління серед студентів 1 курсу – 6 місяців (52%), 2 курсу – 2 роки (31%), 3 курсу – 4 роки (50%), 4 курсу – 6 місяців (37%), 5 курсу – 5 років (30%), відповідно. Ще одним дуже важливим завданням було визначити, що саме курять студенти. Сигарети обрало 48% опитаних, кальяний тютюн 21 %, електронні сигарети 15%, каннабіс 11%. Встановлено, що 80% студентів вважають, що паління є шкідливим для здоров'я людини, 12% вважають, що в палінні є позитивні сторони, але їх дуже мало, і лише 8% вважають, що паління має багато позитивних сторін. Отже, більшість опитаних усвідомлюють шкідливість тютюнопаління і не знаходять жодної позитивної сторони у цій звичці. Щодо наслідків, систематичного куріння, було встановлено, що у 78% студентів відсутні захворювання, у 4% розвинувся хронічний бронхіт, у 3% гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, у 2% виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки.

**Висновки:** Таким чином, переважна більшість студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова потрапляють у категорію ризику захворіти на рак легень чи інших захворювань внаслідок регулярного куріння. Регулярне куріння викликає наркотичну залежність - нікотиноманію, коли нікотин включається в процеси обміну речовин і стає необхідним. З метою пропаганди здорового способу життя, пропонуємо проводити лекції з приводу негативних наслідків на організм людини, організувати зустрічі з психологами, здійснювати моніторинг (анкетування, інтерв'ю) щодо проблеми тютюнопаління в студентському середовищі.

О.В. Рибчич, Ю.С. Семенович, А.Є. Бухштаб

### СТАН ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ СПОРТСМЕНІВ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Л.А. Сарафинюк (д.б.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми:** Тривожність – індивідуальна риса особистості, яка характеризується схильністю людини переживати тривогу через відносно незначні причини. Відчуття такої емоції як тривога притаманна усім людям і є складовою захисного рефлексу та механізмів адаптації. Проте сильне емоційне переживання щодо очікуваної події невизначеного рівня загрози та прогнозування несприятливого її вирішення не тільки негативно впливає на психічне здоров'я індивіда, але й перешкоджає успішному виконанню завдань. Високий рівень тривожності негативно впливає на рівень життя особистості, спричиняючи проблеми в усіх сферах життя та діяльності людини, зокрема і в спорті. Вважається, що тривожність є дуже поширеною проблемою серед спортсменів, незалежно від їх статі, віку, національності та кваліфікації. Враховуючи зацікавленість науковців щодо вдосконалення системи підготовки кваліфікованих спортсменів та неналежним вивченням питання тривожності спортсменів, цей напрям досліджень вбачається актуальним.

**Мета:** Проаналізувати та узагальнити дані щодо рівня тривожності волейболісток команди Суперліги України «Білозгар-Медуніверситет» (12 осіб).

**Матеріали та методи:** Аналіз та узагальнення науково-методичної літератури. Використовуючи шкалу оцінки реактивної та особистісної тривожності за Спілбергом та Ханіним, визначити рівень тривожності спортсменок.

**Результати:** Особистісна тривожність - це стійка індивідуальна особливість людини, що характеризує її тенденцію сприймати певний діапазон ситуацій як загрозованих, небезпечних для самооцінки і самоповаги. Реактивна тривожність, як стан, характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію. За даними анкетування по визначенню реактивної та особистісної тривожності (Спілберг-Ханіні), було встановлено, що помірна реактивна тривожність становить – 66,6%, висока реактивна тривожність – 33,3%. Низька особистісна тривожність становить – 26,6%, помірна особистісна тривожність – 40%, висока особистісна тривожність – 33,3%. Як бачимо, в спортсменів переважає помірна тривожність, що позитивно впливає на їхні результати. Як будь-який психічний стан, тривога знаходить своє відображення на різних рівнях людської організації: на фізіологічному рівні – тривога проявляється в посиленні серцебиття, збільшенні хвилиного об'єму крові, підвищенні артеріального тиску та загального збудження, зниження порогів чутливості, слабкостю в ногах; на емоційно-когнітивному рівні – характеризується переживанням безпомічності, безсилля, незахищеності; на поведінковому рівні – безцільним блуканням по приміщенню, нав'язливими рухами.

**Висновки:** Визначення рівня тривожності у спортсменів може бути передумовою для визначення стану

перевтоми та перетренування у спорті і може сприяти формуванню спортивного потенціалу та результативності.

О.В. Риженко

### **ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАТОРСЬКИХ УМІНЬ МЕДПРАЦІВНИКА СЕРЕДНЬОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ**

Науковий керівник : канд. пед. н., зав. відділу аспірантури та докторантури Новіцька І.В.

Житомирський державний університету імені Івана Франка

м. Житомир, Україна

**Актуальність:** На сучасному етапі розвитку суспільства особливо актуальним і гострим постає питання підвищення рівня підготовки медпрацівників, зокрема, і випускників середніх загальноосвітніх навчальних закладів (СНЗ) медичного профілю. Адже, саме медицина є королевою серед наук, бо тільки здоров'я людини складає умову, без якої не буває нічого великого і прекрасного у світі, і саме життя людини є початком, кінцем і взірцем усього. Щасливою може бути людина яка здорова й духовно розвинута, тоді вона себе добре почуває, отримує задоволення від своєї роботи, прагне самовдосконалення, досягає постійної молодості духу й внутрішньої краси, тобто може себе організувати до всього. Однією з ознак розвитку суспільства завжди є стан здоров'я населення, бо саме він є підґрунтям економічного, соціального й політичного добробуту в державі, запорукою безпеки та прогресу. За цих умов професійна підготовка медичних працівників була і є одним із регуляторів соціального розвитку, оскільки фактично формує концепцію життєздатності суспільства та реалізовує через діяльність кадрів системи охорони здоров'я. Специфіка підготовки медпрацівників в Україні пов'язана з постійною роботою студентів та лікарів біля ліжка хворого в лікарнях та клініках, а тому вимагає сформованій організаторські уміння, які визначатимуть загальну підготовленість.

**Мета дослідження.** Вивчити умови, підібрати форми та методи, які допоможуть у формуванні організаторських умінь медпрацівника СНЗ в процесі фахової підготовки. Крім того, є потреба теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити впровадження моделі формування організаторських умінь медпрацівника СНЗ в процесі фахової підготовки.

**Матеріали та методи.** Питанням підготовки майбутніх медичних працівників до професійної діяльності присвячено праці таких українських та зарубіжних науковців, а саме І. Є. Булах, Ю. В. Вороненко, Л. М. Романішина, Я. В. Цехмістр, В. Й. Шатило, М. Б. Шегедин та ін. Для розв'язання поставлених завдань та досягнення мети було використано ряд методів: аналіз, узагальнення і систематизація психолого-педагогічної та фахової літератури з метою вивчення стану підготовки медпрацівників СНЗ до формування організаторських умінь; для побудови моделі формування організаторських умінь медпрацівника СНЗ в процесі фахової підготовки було вивчено вітчизняний та зарубіжний досвід; анкетування, бесіда, інтерв'ювання дали змогу визначити рівень професійної готовності медпрацівників СНЗ до формування організаторських умінь; проведений експеримент підтвердив ефективність авторської моделі.

**Результати та їх обговорення.** В результаті проведення анкетування, встановлено, що в студентів більше сформовані комунікативні здібності, ніж організаційні вміння. Однак, у ході впровадження авторської моделі та реалізації експерименту, було визначено позитивну динаміку в їх ставленні до навчання і майбутньої професійної діяльності, сформованості прагнення до вдосконалення, розширення і поглиблення професійних знань, умінь і навичок, зокрема і організаторських. Було визначено шляхи ефективного впливу на формування організаторських умінь медпрацівників СНЗ у процесі фахової підготовки.

**Висновки.** Отже, діюча модель підготовки медичних працівників середньої ланки не повною мірою відповідає вичерпним часом, тому є потреба щодо реалізації моделі формування організаторських умінь у ході фахової підготовки, які є основою компетентності медпрацівника. Проте представлені результати не претендують на вичерпне висвітлення досліджуваної проблеми. До перспективних напрямів можна віднести дослідження процесу формування організаторських умінь медпрацівників в системі післядипломної медичної освіти.

К.Ю.Рудюк

### **ГЛЮТЕНЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ : ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ У ДВОХРІЧНІЙ ДИНАМІЦІ**

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук(асистент)

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, а і додатковими рослинними протеїнами. Клейковина здатна пов'язувати багато поживних речовин і мінеральні елементи. Але білок є основною ланкою патогенезу таких захворювань, як целиакія, глютеніа 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. Двічі проведено анкетування студентів за спеціально розробленими анкетами (березень 2017, лютий 2018). Статистична обробка зафіксованих випадків глютензалежних захворювань у Вінницькій області протягом 2013-2018 років. Аналіз безглютенових продуктів харчування та товарів з прихованим вмістом фракцій білка. Аналіз інструкцій медичних препаратів на вміст глютену.

**Результати:** 2017 року проведено анкетування 313 студентів 1-3 курсів лікувального, стоматологічного факультетів ВНМУ ім. М.І. Пирогова показало, що 50.8% студентів не знають, що таке целиакія, 2.86% - мають явні симптоми глютензалежних захворювань, ще 2.56% - мають однозначну симптоматику і прямі фактори розвитку хвороб. Анкетування 290 студентів 1-3 курсів 2018 року показало, що 85.6% не знають, що таке целиакія, 3.1% - мають явні симптоми глютензалежних захворювань, ще 2.76% - мають однозначну симптоматику і прямі фактори розвитку цих хвороб. Встановлений прямий 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 досліджуваних вибірках за 2017 та 2018 роки частина людей, у яких можна підозрювати непереносимість глютену, становить відповідно 5.42% і 5.86%. 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.

С.В. Ніколайчук

## РАК ШИЙКИ МАТКИ ЯК ОДИН ІЗ НАСЛІДКІВ РАННЬОЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ІНІЦІАЦІЇ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Пірвердієва І.С. (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність роботи:** Щорічно у світі рак шийки матки (РШМ) діагностують у 500 тис. жінок, 250-270 тис. з яких помирає. За останні роки спостерігається тенденція до росту числа неоплазій епітелію шийки матки у жінок віком до 30 років. Доведено, що саме вірус папіломи людини (ВПЛ), онкогенні штами 16 та 18, є причиною розвитку РШМ. Вірогідність інфікування ВПЛ при статевому контакті сягає 46-67%, причому з кожним новим партнером ризик зростає на 3-5%.

**Мета:** визначити рівень проінформованості дівчат підліткового та юнацького віку з питань виникнення РШМ та порівняти ступінь поширення факторів ризику, що сприяють інфікуванню ВПЛ.

**Матеріали та методи:** Нами було проведено опитування, за самостійно розробленою анкетною, 100 учениць 9-11-х класів м. Вінниця щодо обізнаності про ВПЛ та інші чинники ризику, що сприяють розвитку РШМ (респонденток було розподілено на 2 групи: I група - 15-16 років; II група - 17-18 років). Також був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 50 пацієнток Вінницького обласного онкологічного диспансеру, яким у 2017 році було діагностовано неоплазію та РШМ. Окрім діагнозу, вивчався тип вірусу, яким інфіковані жінки, вік початку статевого життя та кількість партнерів.

**Результати:** Лише третина опитаних (31%) обізнані про взаємозв'язок РШМ з інфікуванням вірусом папіломи людини. Досліджено, що серед опитаних дівчат підліткового та юнацького віку є поширені фактори ризику, які можуть сприяти інфікуванню ВПЛ і провокувати розвиток патологій шийки матки, зокрема: досвід інтимних стосунків мали 23% дівчат, 9% з них мали двох статевих партнерів, ще 2% - три і більше, двоє учениць 17-18 років робили аборт, троє дівчат вирішили народити. Не всі сексуально активні дівчата (21%) використовували засоби контрацепції. Кожна друга респондентка (48%) ігнорує щорічний огляд у гінеколога, що може бути причиною несвоечасного діагностування і лікування статевих інфекцій, в тому числі папілом, неоплазії і раку. В результаті аналізу амбулаторних карток пацієнток виявлено, що 63% жінок з даними патологіями розпочали статеве життя у 17-18 років, а 24% з них - ще в 15-16 років; переважна більшість (67%) мали 3 і більше статеві партнери, у 87% пацієнток було виявлено онкогенні 16-й та 18-й типи ВПЛ.

**Висновки:** В цілому, проведено анкетування показало відносно низький рівень проінформованості дівчат з питань зв'язку РШМ з факторами ризику. Враховуючи значне поширення ранніх дебютів статевого життя та незнання усіх його наслідків, а також недостатнє охоплення гінекологічним диспансерним спостереженням даного контингенту значно підвищується ризик зростання інфікування ВПЛ. Аналіз амбулаторних даних

хворих жінок підтвердив, що передчасна сексуальна ініціація та часта зміна статевих партнерів є першочерговими факторами ризику розвитку неоплазії та РШМ, наряду з інфікуванням ВПЛІ 16 та 18 типами. Тому в останні роки такі захворювання стали все частіше виявляти у молодих жінок, що загрожує репродуктивному потенціалу нації.

У.В. Сатурська

## ЕПІДЕМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я  
з медичною статистикою

Н.Я. Панчишин (к.мед.н., доц.)

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** Одним із найважливіших завдань медицини є дослідження механізмів впливу різноманітних чинників на організм з метою попередження та лікування патології. В останні десятиліття захворюваність на бореліоз в країнах світу та в Україні прогресивно зростає. Іксодовий кліщовий бореліоз (синоніми – хвороба Лайма, Лайм-бореліоз) – найпоширеніша у країнах Європи та Південної Америки природно осередкова трансмісивна інфекція. Це порівняно «молода» для нашої держави хвороба, офіційна реєстрація якої розпочалася в Україні з 2000 року. Тому дослідження системного кліщового бореліозу, з'ясування суті захворювання, шляхів передачі, перебігу, епідеміології є надзвичайно актуальним.

**Мета дослідження:** Дослідити етіологічні та епідеміологічні особливості системного кліщового бореліозу (хвороби Лайма), шляхи передачі, характер перебігу, охарактеризувати захворюваність на бореліоз в країнах світу та в Україні, а також проаналізувати поширеність захворювання в районах Тернопільської області.

**Методи дослідження:** епідеміологічний, статистичний, інформаційний аналіз наукової літератури.

**Результати:** Результати обчислень показали, що кількість зареєстрованих хворих на Лайм-бореліоз у Тернопільській області зростала протягом досліджуваного періоду з 2009 по 2017 роки, також спостерігається зростання рівня захворюваності на хворобу Лайма з розрахунку на 10000 населення, що проживає у Тернопільській області. Можна зазначити, що найбільш інтенсивне зростання даного захворювання у Тернопільській області було зареєстровано у два етапи: у період з 2010 по 2011 роки та з 2014 по 2017 роки. Ймовірно, що це пов'язано з покращенням діагностики Лайм-бореліозу та обізнаності населення та медичних працівників із даною хворобою, але не слід виключати вплив циклічних змін у поширеності збудника та його переносників у природньому середовищі.

**Висновки:** Дане дослідження відкриває нові перспективи ранньої діагностики та профілактики хвороби Лайма, що в цілому дозволить зменшити захворюваність на системний кліщовий бореліоз.

Я.С.Скоробогач

## СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

М.В. Матвійчук (к.мед.н., доц.), Н.Д. Корольова (к.психол.н., доц.), В.В. Фіщук (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Синдром професійного вигорання (СПВ) – це стан організму, який характеризується виникненням відчуття емоційної виснаженості та втоми, викликаних професійною діяльністю людини. Цей стан, поєднує в собі емоційну спустошеність, деперсоналізацію та редукцію професійних досягнень. Синдром професійного вигорання є актуальним серед працівників комунікативних професій по типу «людина - людина», до яких безпосередньо належать працівники служби екстреної медичної допомоги (ЕМД). Ця професія пов'язана зі щоденним впливом багатьох стресових факторів. За короткий проміжок часу працівник ЕМД повинен прийняти рішення щодо вибору правильної тактики та надання екстреної чи невідкладної медичної допомоги, від якої залежить життя людина.

**Мета:** Дослідити розвиток СПВ у працівників центру екстреної медичної допомоги (ЕМД) та медицини катастроф (МК) у Вінницькій області в залежності від стажу роботи (до 5 років, 5 - 15 років, більше 15 років) та посади (лікар чи фельдшер).

**Матеріали та методи :** З метою визначення ступеня професійного вигорання серед працівників ЕМД та МК у Вінницькій області було проведено анкетування за методикою К. Маслач та С. Джексон

**Результати:** В ході анкетування було опрацьовано та проаналізовано 80 анкет. В результаті проведеного дослідження було отримано такі результати: серед фельдшерів у яких стаж роботи до 5 років - СПВ відсутній у 67%, на стадії формування - 22%, спостерігається СПВ у 12%. У працівників зі стажем роботи 5- 15 років : СПВ відсутній у 22%, на стадії формування - 39%, спостерігається СПВ у 39%. Зі стажем роботи більше 15 років

СПВ відсутній у 65%, на стадії формування - 22%, спостерігається СПВ у 13%. Серед лікарів у яких стаж роботи до 5 років СПВ відсутній у 83%, на стадії формування - 17%, спостерігається СПВ у 0%. Стаж роботи 5 – 15 років: СПВ відсутній у 0%, на стадії формування - 25%, спостерігається СПВ у 75%. У лікарів зі стажем роботи більше 15 років СПВ відсутній у 66%, на стадії формування у 17%, спостерігається СПВ у 17%.

**Висновки:** Таким чином, синдром професійного вигорання в залежності від займаної посади частіше спостерігається у лікарів, ніж у фельдшерів, що пояснюється більшим обсягом обов'язків, підвищеним ступенем відповідальності та збільшеним професійним навантаженням. В залежності від стажу роботи: СПВ більш виражено спостерігається у лікарів та фельдшерів зі стажем роботи 15 років, та найменший прояв СПВ мають працівники зі стажем роботи до 5 років. З метою профілактики формування СПВ необхідно розраховувати та розподіляти професійне навантаження, навчитися переключатися з одного виду діяльності на інший, адекватно оцінювати свої можливості, опанувувати вміння та навички саморегуляції, займатися самовдосконаленням та професійним розвитком.

Ю.О. Солонар, Н.В. Свєрдлик  
**ЗАЛЕЖНІСТЬ УСПІШНОСТІ У НАВЧАННІ ВІД ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТУ СЕРЕД УКРАЇНСЬКИХ  
ТА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ**

Кафедра загальної гігієни та екології  
О.Ю. Браткова (к.мед.н., доц.)  
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 щодо підходів до здійснення навчальної діяльності з метою її покращення.

**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 віком від 18 до 20 років. 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 у навчанні виявлені студенти з сангвінічним 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 у навчанні 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. Найкращий рівень успішності спостерігається серед студентів з сангвінічним та холеричним типом темпераменту.

В.Д.Стаднік, А.В.Лігерко  
**ВИЗНАЧЕННЯ ТА ОЦІНКА ВИТРИВАЛОСТІ ДИХАЛЬНОЇ МУСКУЛАТУРИ СПОРТСМЕНІВ  
РІЗНИХ ВИДІВ СПОРТУ (БОКС, БАСКЕТБОЛ, МЕТАННЯ ЯДРА)**

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:** Система зовнішнього дихання є однією з найважливіших систем життєзабезпечення організму, головне завдання якої забезпечення тканин киснем і виведення вуглекислоти з організму. Сучасний рівень спортивних досягнень вимагає оптимізації функціонального стану та максимального нарощування адаптивних можливостей усіх систем організму спортсмена в умовах конкретного виду спорту. Об'єктивний аналіз й адекватна оцінка показників функціональної підготовленості у різні періоди підготовки може відігравати важливу роль в індивідуалізації тренувального процесу спортсменів і сприяти підвищенню його ефективності. Функціональні можливості дихальної системи боксерів, баскетболістів та метальників ядра відіграють важливу

роль у досягненні високого спортивного результату.

**Мета:** визначити та оцінити витривалість дихальної мускулатури та функціонування легень у спортсменів різних видів спорту (бокс, баскетбол, метання ядра).

**Матеріали та методи:** У дослідженні взяли участь спортсмени боксери, баскетболісти та метальники ядра, які навчаються та тренуються на базі ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Кількість осіб в кожній досліджуваній групі було 8. Для визначення функціональних можливостей дихальної мускулатури нами була проведена спірометрична проба Розенталя.

**Результати:** Проведене дослідження дозволило визначити рівень витривалості міжреберних м'язів та діафрагми спортсменів різних видів спорту.

Оцінка ЖЕЛ у спортсменів трьох видів спорту:

Бокс ( Середнє значення ЖЕЛ 1: 3930 мл.; Середнє значення ЖЕЛ 5: 4025 мл.; Мах: 5500 мл.;Min: 3050)

Баскетбол ( Середнє значення ЖЕЛ 1: 4325 мл.; Середнє значення ЖЕЛ 5: 4644 мл.; Мах: 6500 мл.;Min: 2500)

Метання ядра ( Середнє значення ЖЕЛ 1: 3450 мл.; Середнє значення ЖЕЛ 5: 3605 мл.; Мах: 5000мл.;Min: 2000)

**Висновки:** В ході дослідження завдяки проведенню проби Розенталя було визначено та оцінено рівень розвитку дихальної мускулатури та встановлено, що найбільш розвинена дихальна мускулатура спостерігається у спортсменів, які займаються баскетболом, а найменш розвинена - у метальників ядра.

М.С.Судомо О.О. Білик А.В.Ільчук

### **Особливості інтерпретації електрокардіограми у спортсменів**

Кафедра фізичної реабілітації і спортивної медицини

О.В. Лежньова (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Спорт висуває особливі вимоги до організму людини й насамперед серцево-судинної системи. Раптова серцева смерть (РСС) – найбільш часта з причин загибелі атлетів. Для того, щоб запобігти виникненню трагічних випадків особам, які планують пов'язати своє життя зі спортом необхідно проходити регулярні обстеження під час інтенсивних тренувань та перед змаганням. Методом функціональної діагностики що найбільш часто застосовується в кардіології є електрокардіографія (ЕКГ), проте в атлетів наявні свої особливі принципи розшифрування й інтерпретації ЕКГ.

**Мета:** розробити критерії, за якими лікарі зможуть відрізнити нормальні адаптивні зміни серця від патологічних, які потребують додаткового обстеження.

**Матеріали та методи:** Сіетльський консенсус зі стандартів інтерпретації ЕКГ у атлетів, аналіз літературних джерел, педагогічне спостереження.

**Результати:** Заняття спортом асоціюються з частим виникненням РСС та порушень серцевого ритму у спортсменів, саме тому вони знаходяться під прицільною увагою кардіологів. Щорічно вдосконалюються підходи до обстеження осіб, які професійно займаються спортом та приймають участь у змаганнях для того, щоб попередити розвиток РСС. Надзвичайно важливим під час обстеження спортсменів перед змаганнями є виключення патологій, які можуть становити реальну загрозу життю та здоров'ю. До даних патологій відносяться: гіпертрофічна кардіоміопатія, аритмогенна дисплазія правого шлуночка, синдром подовженого чи вкороченого інтервалу QT, синдром Бругада, катехоламінергічна поліморфна шлуночкова тахікардія, асоційована з великими фізичними навантаженнями. Для своєчасного виявлення вищевказаних патологічних станів основним скринінговим методом залишається ЕКГ у 12 відведеннях. Впровадження обов'язкової скринінгової ЕКГ дасть змогу істотно зменшити кількість випадків РСС серед спортсменів. На ЕКГ можна спостерігати зміни які спричинені фізіологічною адаптацією та патологічні, що вимагають додаткового обстеження спортсменів. До патологічних змін у атлетів належать: повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, порушення внутрішньошлуночкової провідності з тривалістю комплексу QRS >140 мс, патологія лівого передсердя, гіпертрофія правого шлуночка, WPW синдром, атріовентрикулярна блокада високого ступеня, ФП або тріпотіння передсердь, шлуночкова екстрасистолія високих градацій. При наявності на ЕКГ змін, що відповідають Сіетльським критеріям, таким спортсменам необхідне проведення додаткового до обстеження. При аритмії – показане холтеровське моніторування ЕКГ; при наявності підозри на кардіоміопатію найбільш доцільним є призначення ЕхоКГ. Особам, які бажають займатись спортом, є можливим виконання навантажувальних тестів для об'єктивної оцінки переносимості максимальних фізичних навантажень за ЧСС.

**Висновок:** Наразі профілактичні обстеження проводять в індивідуальному порядку. Безперечно, необхідно впорядковувати систему медичного обстеження спортсменів, упроваджувати сучасні експертні рекомендації та на їх основі розробити національні протоколи, які на сьогодні в нашій країні відсутні.

І.І. Токмакова, О.В. Степаненко  
**ПРОБЛЕМА ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ ТА СТАТИСТИКА НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ  
ПРИЧИН ВІДМОВ БАТЬКІВ ВІД ЩЕПЛЕНЬ**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я  
І.В. Підлісна (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Станом на 2017 рік в Україні встановлено найнижчі показники вакцинації дітей серед європейських країн, що зумовлено відмовою батьків від профілактичних щеплень. Стан вакцинації дітей корелює з рівнем захворюваності важкими інфекційними хворобами з високим ризиком летальності. Імунопрофілактика – це єдиний спосіб запобігти розвитку епідемій за умови вакцинації не менше 95% населення.

**Мета:** визначити основні причини відмови батьків від щеплень та запропонувати методи формування позитивного відношення до імунопрофілактики серед населення України.

**Матеріали та методи :** офіційні дані ВООЗ за 2016 рік, дані Центру громадського здоров'я за січень-листопад 2017 року, дані досліджень Дніпровської медичної академії за 2013 рік.

**Результати:** За офіційними даними ВООЗ, менше 50% дітей були вакциновані проти кору в Україні 2016 року. Як наслідок, за січень-листопад 2017 року, за даними Центру громадського здоров'я, зареєстровано 3382 випадки захворювання на кір. Частка дітей в загальному числі пацієнтів в 2017 році склала 75,6%. В 2013-му році вченими з Дніпровської медичної академії було проведено дослідження з метою визначити фактори, які формують ставлення до щеплень. У дослідженні брали участь 170 батьків, які мали дітей до 18-ти років. Опитуваних поділили на групи: 1 група — мали позитивне ставлення до щеплень (108 людей); 2 група – мали негативне ставлення до щеплень (39 людей); 3 група – не сформуvalи своє ставлення (23 людини). Причини відмови від профілактичних щеплень дитини були наступними: страх розвитку ускладнень після вакцинації – 32% ; інформація, отримана зі ЗМІ - 8%; інформація, отримана від знайомих про негативні наслідки вакцинації – 8%; вважають, що щеплення ослаблюють імунітет – 10%; вважають, що щеплення є марними, не мають сенсу – 10%; вважають, що щеплення від кількох інфекцій в одному шприці, є завеликим навантаженням на імунну систему дитини – 9%; порада лікаря відмовитись від щеплень – 8%; власний негативний досвід щеплень – 6%; негативне ставлення до традиційної медицини – 3%; впевнені, що вітчизняні вакцини є неякісними – 3%; не розуміють, навіщо потрібна вакцинація, оскільки вважають, що інфекції, від яких роблять щеплення, зустрічаються рідко – 4%; вважають, що щеплення шкодять духовному і психічному розвитку дитини – 2%.

**Висновки:** Низький рівень вакцинації призводить до спалахів важких інфекцій в першу чергу серед дитячого населення. Для формування позитивного ставлення до щеплень необхідно проводити санітарно-просвітницькі заходи серед населення України, залучаючи до цього працівників медичних служб, освітан та журналістів. Лікарі повинні вести бесіди не лише з батьками дитини, а й з вихователями, вчителями, пояснюючи необхідність та важливість своєчасної імунопрофілактики. Оскільки значний вплив на думку населення має ЗМІ, постає необхідність у правдивому висвітленні проблеми вакцинації з точки зору традиційної медицини та розвіюванні міфів, створених журналістами заради комерційної вигоди.

І.І. Токмакова, О.В. Степаненко  
**ЯВИЩЕ АКСЕЛERAЦІЇ В СПОРТИВНІЙ МЕДИЦИНІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ТРЕНУВАНЬ  
АКСЕЛЕРОВАНИХ ПІДЛІТКІВ – 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:** Про акселерацію як прискорений фізичний розвиток дитячого населення почали говорити в ХХ ст. після порівняння антропометричних та спортивних показників розвитку сучасних дітей з показниками їхніх ровесників минулих поколінь. З 80-х років темп розвитку акселерації сповільнився, а сам термін характеризує індивідуальні особливості дитини, а не масштабне явище. Тренування акселерованих підлітків вимагає знання ключових періодів розвитку фізичних і функціональних можливостей.

**Мета:** підтвердити явище акселерації серед дітей у всьому світі; охарактеризувати розвиток дітей-акселератів та визначити основні підходи в тренуванні акселерованих спортсменів-плавців.

**Матеріали та методи :** дані дослідження Н. Grimm (1966), дані дослідження В.Р.Соломатіна (1999р), в якому прийняли участь 204 хлопців та 164 дівчат, які займаються плаванням та мають різні розряди (від III до майстра спорту)

**Результати:** Явище акселерації починається ще на стадії внутрішньоутробного розвитку. За останні 80 років маса новонароджених збільшилася на 100-300 г, а довжина тіла на 1 см. З віком темпи акселерації ростуть: довжина тіла 4-7-річних дітей за кожне десятиліття збільшується на 1,5 см, а маса тіла на 0,5 кг. Акселерація охоплює і спортивні показники. За даними Н. Grimm (1966), німецькі школярі 15-18 років в стрибках у висоту,



довжину і метанні ядра в 1958 р. показали значно кращі результати, ніж їх ровесники в 1910 році. Акселеровані підлітки проходять стадії розвитку на 1,5-2 роки швидше в порівнянні з їх ровесниками–нормотипами та ретардантами. Пубертатний період хлопців-акселератів, які займаються плаванням триває 4 роки і майже завершується до 14 років. Період з 13 до 14 років являється ключовим в розвитку антропометричних, морфофункціональних та біоенергетичних показників. У дівчат-плавців бурхливий розвиток соматичних показників відбувається з 11 до 12 років, а морфофункціональних з 11 до 13 років. Період з 13 до 15 років є основним для розвитку усіх показників. Знання ключових періодів розвитку фізичних і функціональних можливостей дозволяє максимально ефективно тренувати акселерованих підлітків–спортсменів. У плавців-акселератів оптимальний період для розвитку витривалості – 12-14 років, для розвитку анаеробної продуктивності– 12,5–15 років. У дівчат найкращий вік для розвитку витривалості – з 11 до 13 років, для розвитку анаеробної продуктивності– з 13 до 15 років. Максимальні по об'єму та інтенсивності навантаження варто розпочинати з 13-14 років після пубертатного стрибка.

**Висновок:** Тренувальні програми, направлені на розвиток спортивних можливостей, необхідно складати з урахуванням статі та типу біологічного розвитку. В молодших та середніх вікових групах лідирують акселеровані діти, але більш перспективними є спортсмени з нормальним і ретардованим темпом розвитку, що пов'язано з довшою тривалістю пубертатного періоду, а отже і більшими часовими резервами для вирішення задач базового тренування і наступної підготовки до більш інтенсивної роботи.

А.В. Черевко, О.С. Попова, С.Г. Головата, Є.А. Очеретна  
**КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА  
ПЕРЕДУМОВИ УСПІШНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
Н.Д. Корольова (к.психол.н., доцент)  
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить про необхідність розв'язання різноманітних проблем, пов'язаних з низьким рівнем комунікативної компетентності майбутніх фахівців різних сфер діяльності. Актуальність дослідження посилюється також існуючою суперечністю, пов'язаною з невідповідністю вимог суспільства до компетентної у питаннях спілкування особистості та низьким рівнем комунікативної підготовки.

**Мета:** охарактеризувати проблеми комунікативної підготовки старшокласників з'ясувати роль професійного спілкування у формуванні професійної та мовної компетенції майбутнього фахівця та виявити шляхи підвищення низької комунікативної компетентності майбутніх фахівців.

**Матеріали і методи:** Було обстежено 30 учнів на базі «НВК: загальноосвітня школа І-ІІ ступенів-ліцей №7 Вінницької міської ради» за допомогою тесту «Комунікативні та організаційні здібності», тесту «Визначення інтегральних форм комунікативної агресивності».

**Результати.** Сучасний ринок праці вимагає від майбутнього фахівця сформованості професійних якостей характеру - ініціативності, мобільності, комунікабельності, дисциплінованості, толерантності, гнучкості, коректності, відповідальності, терпимості, витривалості, мужності, сили волі, працьовитості, компетентності, дипломатичності, готовності чути й розуміти та приймати точку зору іншого, вміння працювати в команді, приймати оперативні рішення, здатності оволодівати новими знаннями тощо. Комунікативна компетентність лікаря ґрунтується на знаннях та чуттєвому досвіді, здатності орієнтуватися в ситуаціях професійного спілкування, розумінні мотивів, стратегії поведінки, фрустрації як своїх власних, так і партнерів по спілкуванню, рівні освоєння технології та психотехніці спілкування. За даними проведеного нами обстеження учнів 10 класу було встановлено недостатній рівень сформованості комунікативної компетентності.

**Висновки.** Оволодіння засобами й видами комунікації, їхнє втілення у навчальне, ділове, професійне спілкування розвивають комунікативну компетентність учнів, готують їх до ефективного встановлення й підтримки необхідних соціальних контактів.

З метою розвитку й підвищення у старшокласників комунікативної компетентності, досконалості й захищеності доречно планувати й здійснювати різні корекційні заходи: комунікативні тренінги й семінари, симуляційне навчання, комунікативні дидактично-рольові ігри, креативні завдання (вікторини, ігри, ребуси, творчі змагання та ін.), спрямовані на подолання комунікативних девіацій в учнів та ін.

# ФІЗИКО-ХІМІЧНИЙ НАПРЯМ



**PHYSICS AND CHEMISTRY**

Esan Oladipo Michael, Jasmin Jino  
**ANALYSIS OF THE RELEVANCY AND SAFETY OF CREATINE SUPPLEMENTATION**

Department of biological and general chemistry  
M.M. Cher'vjak (Ph.D., ass. prof.), D.O. Philchukov (Ph.D., ass. prof.)  
Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnitsa, Ukraine

**Actuality:** Creatine is a nitrogenous organic acid that occurs naturally in vertebrates. Its main role is to facilitate recycling of adenosine triphosphate (ATP), the energy currency of the cell, primarily in muscle and brain tissue. Today creatine has become one of the most popular dietary supplements in the sports nutrition market for increasing high-intensity athletic performance. At the same time, the question of the appropriateness and safety of creatine supplementation remains open.

**Aims:** To analyze the appropriateness and safety of creatine supplements based on published data for the last 5 years.

**Materials and methods:** We used 19 electronic bibliographic database dedicated to creatine supplements, among them are 4 manuals, 5 reviews and 10 original articles.

**Results:** Doubtful allegations of adverse effects of creatine supplementation have been released through the press media and through scientific publications. Despite several unproved allegations, liver (enzymes, urea) and kidneys (glomerular filtration urea and albumin excretion rates) show no change in functionality in healthy subjects supplemented with creatine, even during several months, in both young and older populations. Creatine endogenic synthesis requires three amino acids: glycine, methionine and arginine, and three enzymes: l-arginine:glycine amidinotransferase (AGAT), methionine adenosyltransferase (MAT) and guanidinoacetate methyltransferase (GAMT). Creatinine loss averages approximately 2 g (14.6 mmol) for 70kg males in the 20- to 39-year age group (this index is lower with decrease of muscle mass). Approximately half of this creatine lost as creatinine can be replaced, in omnivorous individuals, by dietary creatine. However, since dietary creatine is only provided in animal products, virtually all of the creatine loss in vegetarians must be replaced via endogenous synthesis. Glycine is readily synthesized amino acid, but creatine synthesis imposes an appreciable burden on the metabolism of methionine and of arginine. The form of creatine that has been most extensively studied and commonly used in dietary supplements is creatine monohydrate (CM). CM is not degraded during normal digestion and that nearly 99% of orally ingested CM is either taken up by muscle or excreted in urine. The safety, efficacy, and regulatory status of CM is clearly defined in almost all global markets; the safety, efficacy, and regulatory status of other forms of creatine present in today's marketplace as a dietary or food supplement is less clear.

**Conclusions:** Thus, high-dose (>3–5 g/day) creatine supplementation should not be used by individuals with pre-existing renal disease or those with a potential risk for renal dysfunction (diabetes, hypertension, reduced glomerular filtration rate). A pre-supplementation investigation of kidney function might be considered for safety reasons, but in normal healthy subjects appears unnecessary. Perhaps in the future, creatine supplements will help to solve problems with full nutrition for vegetarians.

Gopinat Vishnu, Jennifer B. Mersah  
**NEW MECHANISMS AND APPLICATIONS OF UBIQUINONE**

Department of biological and general chemistry  
O.I. Shtathko (Ph.D., ass. prof.), D.O. Philchukov (Ph.D., ass. prof.)  
Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnitsa, Ukraine

**Actuality:** Coenzyme Q<sub>10</sub> (CoQ<sub>10</sub>) in human mitochondria, also known as ubiquinone, is a 1,4-benzoquinone, where Q - the quinone chemical group and 10 - the number of isoprenyl chemical subunits in its tail. In human body coenzyme Q is synthesized from mevalonic acid and derivatives of tyrosine and phenylalanine. The capacity of this molecule to act as electrons carrier in the electron transport chain of mitochondrial complex I and III, and as a free-radical-scavenging antioxidant are well-known. However, the molecular mechanisms of CoQ<sub>10</sub> function are not fully understood.

**Aims:** To analyze the advances in CoQ<sub>10</sub> based on published data for the last 5 years.

**Materials and methods:** We used 22 electronic bibliographic database dedicated to CoQ<sub>10</sub>. Among them, 4 manuals, 3 reviews and 15 original articles, are including the results of original researches.

**Results:** CoQ<sub>10</sub> is found to effectively reduce UV-mediated oxidative stress in human keratinocytes by thiol depletion, activation of specific phosphotyrosine kinases and prevention of oxidative DNA damage. As the level of intracellular CoQ<sub>10</sub> decreases with age, the supplementation of dietary or topical CoQ<sub>10</sub> has been proposed to decelerate the ageing process of skin. Studies have shown that CoQ<sub>10</sub> inhibits the expression of MMPs in fibroblasts; CoQ<sub>10</sub> also promoted the proliferation of human neonatal fibroblasts, enhanced gene expression of type IV and VII collagens by topical application. One report suggested that CoQ<sub>10</sub> can suppress the UV- or IL-1  $\alpha$ -mediated inflammatory response in human dermal fibroblasts by inhibiting production of pro-inflammatory factors PGE-2 and IL-6. CoQ<sub>10</sub> treatment promoted proliferation of fibroblasts, increased type IV collagen expression and reduced UV-induced matrix

metalloproteinases-1 (MMP-1) level in embryonic and adult cells. In addition, CoQ<sub>10</sub> treatment increased elastin gene expression in cultured fibroblasts and significantly decreased UV-induced IL-1 $\alpha$  production in HaCat cells. Taken together, CoQ<sub>10</sub> presented anti-ageing benefits against intrinsic ageing as well as photo damage. Interestingly, CoQ<sub>10</sub> was able to inhibit tyrosinase activity, resulting in reduced melanin content in B16 cells and may have potential depigmentation effects for skincare. Additionally, in two separate journal articles was showed, that 400-500 mg of CoQ<sub>10</sub> per day reduced the severity of depression symptoms in elderly adults with geriatric bipolar depression.

**Conclusions:** Thus, the influence of ubiquinone on the cellular metabolism is much deeper than the generally known facts. This allows us to expect that in the coming years its use in medicine will expand significantly.

I.V. Palamarchuk

## MODULATORS OF HYDROGEN SULFIDE METABOLISM INFLUENCE ANTIOXIDANT/PROOXIDANT SYSTEM IN STREPTOZOTOCIN-INDUCED DIABETIC RAT HEART

Department of Biological and General Chemistry

N.V. Zaichko (doctor of medical sciences, professor)

Vinnitsa National Medical University named after M.I. Pirogov

Vinnitsa, Ukraine

**Background and aims:** Hydrogen sulfide (H<sub>2</sub>S) is known as a third gasotransmitter and considered to have antioxidant effects, but whether H<sub>2</sub>S can (influence biochemical parameters of myocardial dysfunction) (reduce oxidative stress) in diabetic rat heart is not clear. The present study was aimed to investigate the effects of propargylglycine (PPG, cystathionine  $\gamma$ -lyase inhibitor) and NaHS (exogenous H<sub>2</sub>S donor) by assessing thiol/disulfide (SS) and antioxidant/prooxidant parameters in diabetic rat myocardium.

**Methods:** Forty male rats were randomly divided into control group, diabetes group, PPG-group, and NaHS group (n = 10). Rat model of diabetes mellitus was established by intraperitoneal injection of streptozotocin (40 mg/kg, i.p.). Rats (group 3-4) were administered NaHS (3 mg/kg/i.p.) or propargylglycine (50 mg/kg/i.p.) once per day starting from third to 28th day after streptozotocin injection. Rats of group 1 (control) were administered the equivalent volumes of 0.9% NaCl. After four weeks, NADPH oxidase, superoxide dismutase (SOD), malondialdehyde (MDA), protein carbonyl groups, thioredoxin reductase were measured in cardiac tissue. After native thiol (-SH) and disulfide (-S-S-) levels were detected.

**Results:** Compared with control group, myocardial dysfunction in diabetic rats was accompanied by oxidative stress. In myocardial tissue of diabetic rats, the oxidant parameters (content of MDA, protein carbonyl groups, activity of NADPH oxidase, and disulfide levels) were increased in 1.5 - 2 times (p<0.05). While the antioxidant parameters (activity of SOD and thioredoxin reductase; native thiol levels and thiol/disulfide ratio) were much lower (p<0.05) in diabetes group, compared to control group. Inhibition of H<sub>2</sub>S synthesis by PPG resulted in significant increase of oxidant parameters and decrease of antioxidant parameters compared to diabetes-group. Whereas antioxidant effects of NaHS showed significant improvement in antioxidant parameters compared with diabetes group; the most noticeable change was in increased thioredoxin reductase activity (up to 44%, p<0.05) and reduction of protein carbonyl groups (up to 43%).

**Conclusion:** H<sub>2</sub>S may be considered to protect myocardium in diabetic rats through reduction of oxidative stress.

**Keywords:** diabetic heart, hydrogen sulfide, H<sub>2</sub>S, propargylglycine, sodium hydrosulfide, thiol/disulphide status, antioxidant/prooxidant system.

К.М. Агафонов, В.І. Бокоч

## БІОЛОГІЧНА РОЛЬ ПОХІДНИХ АМІНОКИСЛОТИ ЦИСТЕЇНУ

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.М. Нечипорук (к.б.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Цистеїн - це замінна сульфуровмісна амінокислота, що виконує ряд біологічно важливих функцій в клітині: є найсильнішим антиоксидантом, приймає участь в процесах трансамінування, а також є попередником глутатіону. Метаболізм цієї амінокислоти широко вивчається провідними лабораторіями, встановлюються нові факти щодо впливу різних факторів та патологічних станів, що впливають обмін цистеїну та його похідних. Однак на цьому біологічна роль цистеїну не завершується, оскільки він і його похідні широко застосовуються для виготовлення ряду груп лікарських засобів, а саме: антисептиків, цитостатиків, муколітиків.

**Мета:** Проаналізувати наукові джерела та узагальнити отримані результати щодо біологічної ролі цистеїну, цистеїновмісних лікарських засобів та їх терапевтичний ефект.

**Матеріали та методи:** Наукові матеріали розміщені на Web ресурсах (не пізніше 2010): Medline

(www.ncbi.nlm.nih.gov), Web of Science (webofknowledge.com), а також вітчизняні джерела.

**Результати:** Проведений нами аналіз літературних джерел показав, що похідні цистеїну також відіграють важливу біологічну роль, наприклад s-(2-метилхіноліл-4)-l(-)-цистеїн, його естери та солі володіють сильними антимікробними властивостями і дають змогу розробити різні комбіновані препарати з антисептичним ефектом. N-ацетил-S-(p-хлорфенілкарбамоїл)цистеїн є перспективним фармакологічним препаратом, ізомери якого володіють сильним протипухлинні властивостями. Проведені клінічні дослідження, які показали ефективність N-ацетил-S-(p-хлорфенілкарбамоїл)цистеїну при лікуванні певних форм меланому та раку товстої кишки, дана речовина має низьке зв'язування з білками і практично не має побічних ефектів. N-ацетил-L-цистеїн – найпоширеніша похідна цистеїну, з великим спектром застосування (муколітичні, відхаркувальні та детоксифікуючі властивості). Так, фармпрепарат АЦЦ, основним компонентом якого є ацетил цистеїн, застосовується при інфекційних захворюваннях, що супроводжуються підвищеною в'язкістю мокротиння. Його також призначають при отитах, ринітах і синуситах. Клінічні дослідження продемонстрували, що N-ацетил-L-цистеїн має терапевтичні можливості при печінкових хворобах (при окислювальних стресах та запаленні).

**Висновок:** За багато років вчені змогли зробити великий крок у розвиток органічної хімії, що в подальшому сприяло розвитку сучасної фармакології. Проведений нами аналіз літературних джерел показав, що цистеїн – не тільки одна із ключових сульфурвмісних амінокислот, що виконує важливі бібліологічні функції в клітині, а і основа для виготовлення сучасних і ефективних фармакологічних засобів.

I. М. Беца, В. О. Поперечний

### **ЕКСПЕРТНІ СИСТЕМИ ТА ЇХ ПРИЗНАЧЕННЯ В МЕДИЦИНІ**

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

В. В. Мотигін (доцент, к.т.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ефективність комп'ютерної програми при вирішенні певної задачі залежить від знань, якими вона володіє, а не тільки від схем виводу та формалізмів, які вона використовує. Реалізація даної концепції призвела до розвитку експертних систем. Основною її характеристикою є накопичення та правильна організація знань, оскільки вони є основою експертних систем. Саме через це, експертні системи використовують для вирішення проблеми досвід медичних працівників. Іншою важливою характеристикою є її гнучкість, під якою мають на увазі високу модернізаційну здатність бази знань експертної системи.

**Мета:** Довести користь використання експертних систем в медицині.

**Матеріали для дослідження:** Дані про експертну систему MYCIN, інтернет сайти, репозиторій ВНМУ.

**Результати:** встановлено, що експертні системи є одними з основних способів для правильної інтерпретації даних, прогнозування, діагностики певного захворювання та планування лікування.

**Висновки:** Експертні системи створюються для визначення причин захворювання за симптомами, які спостерігались у пацієнтів, часто є консультантами, які допомагають за результатами діагностики зробити прогноз, підібрати оптимальний курс лікування та реабілітації. Користувачу, якому буде потрібна консультація експертні системи може скористатись діалоговим сеансом роботи з нею, у процесі якого вона вирішує деяку експертну задачу. Саме це доводить користь використання експертних систем в медичних галузях.

В.В. Блажченко

### **ВПЛИВ ВИСОКОКАЛОРИЙНОЇ ДІЄТИ НА АКТИВНІСТЬ H<sub>2</sub>S-СИНТЕЗУЮЧИХ ЕНЗИМІВ В ЖИРОВІЙ ТКАНИНІ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Дослідження останніх років довели, що окрім депонування енергії, жирова тканина відіграє провідну роль у регуляції багатьох метаболічних та фізіологічних процесів в організмі. Регуляторна функція жирової тканини пов'язана з синтезом у ній великої кількості молекул, які мають широкий спектр біологічної дії. Однією з регулюючих молекул, яка синтезується в жировій тканині є гідроген сульфід (H<sub>2</sub>S). Однак, особливості продукції H<sub>2</sub>S в жировій тканині за умов ожиріння та інших патологічних станів залишаються не визначеними.

**Мета роботи:** Вивчити вплив довготривалої висококалорійної дієти на активність H<sub>2</sub>S- синтезуючих ензимів в жировій тканині шурів.

**Матеріали та методи:** Досліди проведені на 20 білих лабораторних щурах-самцях з початковою масою 100-140 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 висококалорійну дієту (ВКД), у якій була

підвищена квота вуглеводів (67 % ккал) і зменшена квота жирів (16 % ккал). Гомогенізацію жирової тканини проводили в 1,15 % розчині KCl у співвідношенні 1:3 (маса/об'єм), з наступним центрифугуванням при 3000 об/хв. В постядерному супернатанті жирової тканини визначали активність цистатіонін- $\gamma$ -ліази (ЦГЛ), цистатіонін- $\beta$ -синтази (ЦБС), цистеїнамінотрансферази (ЦАТ) за швидкістю накопичення H<sub>2</sub>S в інкубаційному середовищі. Вміст H<sub>2</sub>S визначали за реакцією з N,N-диметил-пара-фенілендіаміном у присутності FeCl<sub>3</sub>. Статистичну обробку результатів проводили методами варіаційної статистики у пакеті прикладних програм «MS Excel» та SPSS22 (©SPSS Inc.).

**Результати:** Встановлено, що 60-добове застосування ВКД викликало зростання індексу маси тіла, підвищення маси вісцерального жиру та індексу ожиріння (в 1,2 рази,  $p < 0,05$ ) у щурів. Розвиток ожиріння супроводжувався зниженням активності процесів десульфування в жировій тканині. Реєструвалось зниження активності H<sub>2</sub>S-синтезуючих ензимів: ЦГЛ (в реакції десульфування L-цистеїну до пірувату), ЦБС (в реакції конденсації D,L-гомоцистеїну з L-цистеїном) і ЦАТ (в реакції трансамінування L-цистеїну з  $\alpha$ -кетоглутаратом, з наступним десульфуванням 3-меркаптопірувату). У щурів з ожирінням найбільш суттєво пригнічувалась активність процесу десульфування цистеїну за участі ЦГЛ. Зниження активності H<sub>2</sub>S-синтезуючих ензимів в жировій тканині щурів корелювало з підвищенням індексу маси тіла та маси вісцерального жиру ( $r_{xy} = -0,46-0,52$ ,  $p < 0,05$ ).

**Висновки:** Таким чином, довготривала висококалорійна дієта індукує формування дефіциту гідроген сульфід у жировій тканині щурів внаслідок зменшення в ній активності H<sub>2</sub>S-синтезуючих ензимів (ЦГЛ, ЦБС і ЦАТ), що може впливати на перебіг H<sub>2</sub>S-залежних біологічних процесів. Доцільність корекції метаболізму H<sub>2</sub>S в жировій тканині потребує подальшого вивчення.

Т. М. Бондар, М. О. Гудимова, Л. В. Кулінич, Ю. В. Лемець  
**ЗАСТОСУВАННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН (БАР)  
У КОСМЕТОЛОГІЇ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.б.н., доц.)

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

**Актуальність:** З прадавніх часів жінки прагнули мати гарний вигляд, для чого різноманітними засобами намагалися зберегти, підтримати і покращити свою натуральну красу. Відомо, щоб мати здорове і гарне тіло, потрібно вживати в достатній кількості білки, ліпіди, вуглеводи, мінеральні солі, вітаміни (БАР). Поява і подальший розвиток косметології як науки надали можливість використання цих речовин у виробництві косметичних засобів по догляду за тілом. БАР в складі косметичних засобів підвищують їх ефективність. Вони стимулюють метаболічні процеси в шкірі, захищають її від впливу токсичних чинників, проявляють лікувально-профілактичну дію.

**Мета:** Розглянути БАР, що застосовуються в косметології, за таким планом: хімічна природа, фізико-хімічні властивості, біохімічні механізми дії, цікаві факти з історії відкриття, біологічна роль, джерела надходження в організм та способи їх приготування та використання в домашніх умовах. Отримані дані викласти у вигляді буклету.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури, фармацевтичних довідників, інформації з джерел інтернету (Internet Web Science, Google Academy Pub Med 2012-2017, накази МОЗ).

**Результати:** Аналіз джерел інформації показав велике значення природних речовин у догляді за шкірою, волоссям, нігтями. Так, зокрема, амінокислота аргінін в складі шампунів зміцнює волосся. Вітаміни А, Е в кремах запобігають сухості шкіри. Селен покращує кровопостачання шкіри, біотин регулює утворення кератинової субстанції нігтів і волосся. Лаки з препаратами кальцію зміцнюють нігті. Креми на основі гідролізатів колагену та з гіалуроновою кислотою «омолоджують» шкіру обличчя - підвищують її еластичність, попереджують появу зморщок і т.д. Систематизовані нами відомості про біологічну роль БАР у косметології стануть основою правильного догляду за шкірою та вибору потрібних косметичних засобів. Ці знання допоможуть відрізнити «хорошу» косметику, що не шкодить організму та допоможе йому у вирішенні проблем, від «поганої». Остання згубно діє не тільки на шкіру, але й на весь організм у цілому. Ця інформація стане потрібною кожному, хто бажає мати гарний і здоровий зовнішній вигляд.

**Висновок:** Проаналізовані нами матеріали опрацьовані, систематизовані і знайшли своє відображення у вигляді створеного нами навчального буклету «Біологічно активні речовини (БАР) у косметології», використання якого дозволяє підвищити обізнаність студентської аудиторії у біохімічних механізмах дії БАР у косметології та правильність їх застосування.

А.О. Бондарчук  
**ЗМІНИ В БІЛКОВИХ СТРУКТУРАХ МОЗКУ ПРИ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Тертишна (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Хвороба Альцгеймера (ХА) – це первинна дегенеративна деменція, що супроводжується неухильним прогресування порушення пам'яті, інтелектуальної діяльності та інших вищих кіркових функцій і спричиняє тотальне недоумство. що зумовлене синаптичною дегенерацією та загибеллю нейронів лімбічних структур і ділянок кори головного мозку (КГМ) аж до повного розпаду інтелекту та психічної діяльності. Ця хвороба уражує від 3 % людей у віці 65 років до 30–35 % у віці, старшому за 85 років, що становить близько 20 млн людей в усьому світі.

**Мета:** На основі літературних джерел узагальнити інформацію щодо біохімічних механізмів розвитку хвороби Альцгеймера.

**Матеріали та методи:** Опрацювання, аналіз та узагальнення сучасної навчальної та наукової інформації з посібників, наукових статей вітчизняних та іноземних авторів за 2014-2017 рр.

**Результати:** ХА традиційно розглядалася як захворювання, яке протікає з паралельним неправильним згортанням і агрегацією двох різних білків, існуючих незалежно один від одного:  $\beta$ -амілоїдних пептидів і Тау-білка. Одною з найхарактерніших патологічних ознак хвороби Альцгеймера є позаклітинний вміст  $\beta$ -амілоїдних пластинок, утворених агрегацією молекул  $\beta$ -амілоїдного пептиду. При цьому на відростках нервових клітин утворюються бляшки, які не лише блокують проведення нервових імпульсів, але й спричиняють відмирання цих клітин.  $\beta$ -амілоїд – основний компонент цих утворений при протеолітичному процесингу білка-попередника амілоїду. Такий процесинг зазвичай пов'язано з функціонуванням двох ферментів –  $\beta$ - та  $\gamma$ -секретаз, які розщеплюють APP відповідно по N- та C-кінці. Другою характерною патологічною ознакою ХА є порушення цитоскелету нервових клітин і накопичення всередині них нейрофібрилярних клубків, що складаються головним чином з нерозчинних філаментів гіперфосфорильованого Тау-білка. Зв'язок тау-білка з мікротрубочками підтримується в результаті скоординованої дії протеїнкіназ та фосфатаз. Підвищена активація даних ферментів спричиняє підвищене патологічне фосфорилування тау-білка. Внаслідок цього, гіперфосфорильований тау-білок відщеплюється від мікротрубочок та виходить в цитоплазму клітини у вигляді щільно укомплектованих фібрил, які агрегуючи утворюють нейрофібрилярні клубки, накопичення яких в клітинні призводить до її апоптозу. Також існують і спадкові форми хвороби Альцгеймера пов'язані з мутацією одного із трьох генів, що кодують APP (21 хромосома), білки презенілін-1 (14 хромосома) і презенілін-2 (1 хромосома).

**Висновки:** Дослідження механізму взаємодії між  $\beta$ -амілоїдом та Тау-білком, який би врегулював об'єм вже отриманих наукових даних і зміг би послідовно і однозначно демонструватися на моделях *in vivo* і *in vitro* все ще залишається важливою задачею. Виявлення цього взаємозв'язку з відповідними патологічними ознаками необхідно для розробки терапевтичної стратегії в попередженні чи зупинці розвитку ХА.

Г.І. Бордуніс, І.І. Кузнецова

**ЕКСАЙТОТОКСИЧНІСТЬ ТА ОКСИДАНТНИЙ СТРЕС ЯК ПУСКОВІ МЕХАНІЗМИ  
НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ РОЗЛАДІВ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.В. Ладутько (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Досягненням фундаментальних нейробіологічних наук є відкриття єдиних біохімічних механізмів пошкодження нейрона при різних патологічних станах - це ексайтотоксичність (від англ. excite - порушувати) і окислювальний стрес. У рамках теорії ексайтотоксичності розвиваються і аргументуються уявлення про те, що надлишкове вивільнення збуджуючих нейротрансмітерів (глутамату й аспартату) є ключовою ланкою патогенезу багатьох захворювань ЦНС, в тому числі і перинатальних енцефалопатій та дитячого церебрального паралічу, і обумовлює запуск біохімічних реакцій, що ведуть до деструкції мембрани нервових клітин. Особлива небезпека розвитку оксидантного стресу в центральній нервовій системі визначається значною інтенсивністю окислювального метаболізму в мозку. Мозок людини, що становить 2% від загальної маси тіла, утилізує 95% всього споживаного кисню. Інтенсивність споживання  $O_2$  нейронами в десятки разів перевищує таку інших клітин тканин.

**Мета:** Визначити важливість впливу оксидантного стресу та явища ексайтотоксичності, що викликають патологію нервової системи.

**Матеріали і методи:** Аналіз наукової літератури, інформація з джерел Інтернету ( Web of Science, Scopus) про значення окисного стресу в розвитку патологічних процесів.

**Результати:** Активність антиоксидантних систем в мозку (ферментів каталази і глутатіонпероксидази) - значно

нижче, ніж в інших тканинах, що підвищує ризик розвитку оксидантного стресу в центральній нервовій системі. Порушення в будь-якому з комплексів мітохондріального дихального ланцюга може призводити до посиленої генерації активних форм кисню і розвитку оксидантного стресу в нервовій тканині. Мітохондріальні порушення можуть розвиватися в результаті мутацій мітохондріальної ДНК токсичного генезу. У ЦНС основним пусковим механізмом оксидантного стресу є збудження Glu-рецепторів, при цьому іонотропні рецептори реєструють надходження позаклітинного  $\text{Ca}^{2+}$  в клітину, а метаботропні стимулюють вивільнення внутрішньоклітинного  $\text{Ca}^{2+}$  з клітинного депо. До відомих Ca-залежних процесів відносяться утворення арахідонової кислоти під дією фосфоліпази  $\text{A}_2$ , окислення ксантину за участю ксантиноксидази, синтез NO при активації NO-синтази. Стан оксидантного стресу в ЦНС може бути викликано не тільки активацією окисних процесів, а й пригніченням або дефектністю антиоксидантної системи захисту. При цьому можуть бути задіяні як ферментні, так і неферментні антиоксиданти. Крім самих інтермедіаторів кисню, посилювати ексайтотоксичний ефект можуть інші метаболіти: наприклад, біоактивний ліпід-медіатор, що бере участь у сигнальній трансдукції нервових клітин - фактор активації тромбоцитів (ФАТ) стимулює вивільнення Glu з пресинаптичних закінчень, арахідонова кислота гальмує зворотне захоплення Glu астроглією, а також іонний дисбаланс в нервовій тканині. У патології нервової системи процесам ПОЛ (перекисного окислення ліпідів) відводиться певна роль, особливо при таких захворюваннях, як ішемічний інсульт, розсіяний склероз, бічний аміотрофічний склероз, гіпоксична енцефалопатія. Основним результатом ексайтотоксичності і оксидантного стресу є порушення фосфорилювання білків і блокування SH-груп з подальшою їх інактивацією, гідроксилування основ ДНК, її фрагментація, а також розвиток перекисного окислення ліпідів і дестабілізація клітинних мембран.

**Висновок:** Дослідження оксидантного стресу та явища ексайтотоксичності є досить перспективним і важливим у профілактиці, діагностиці та лікуванні захворювань нервової системи, так як є незалежними чинниками ризику цих патологій.

В.І. Булавенко, О.Г. Басінських

### **РОЛЬ ПОРУШЕНЬ ОБМІНУ ВІТАМІНУ D3 В РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

А.В. Мельник (д.мед.н.)

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

**Актуальність:** Цукровий діабет (ЦД) визначений Всесвітньою організацією охорони здоров'я як неінфекційна епідемія. Якщо на початку 80-х років минулого століття число хворих на ЦД становило близько 30 млн, то на сьогодні це вже понад 366 млн, а за прогнозами експертів Міжнародної діабетичної федерації і ВООЗ до 2030 року очікується понад 552 млн. Актуальність цього питання визначається не лише високою поширеністю ЦД, але й швидким розвитком ускладнень, які спричиняють ранню інвалідизацію та смертність хворих.

Останнім часом увагу науковців все більше привертає вітамін D3. Загальновизнаним класичним ефектом цього вітаміну є регуляція фосфорно-кальцієвого обміну. Поряд з цим останні десятиліття ознаменувались розкриттям його нетрадиційних біологічних ефектів: стимулює проліферацію та диференціацію клітин, синтез білків та ліпідів, є модулятором імунної та запальної реакції, регулює артеріальний тиск, стан ендотелію, скоротливість міокарду. Важливим є участь вітаміну D3 в регуляції вуглеводного обміну - зменшує вміст глюкози в крові, активує  $\beta$ -клітин підшлункової залози, стимулює секрецію інсуліну, індукує експресію інсулінових рецепторів та збільшує їх чутливість до інсуліну. Враховуючи отримані дані можна думати, що порушення обміну вітамін D3 є важливим елементом патогенезу ЦД та його ускладнень.

**Мета:** На основі літературних даних оцінити забезпеченість вітаміном D3 осіб з цукровим діабетом та з'ясувати роль його дефіциту у виникненні та прогресуванні цієї патології.

**Матеріали та методи:** Пошук та аналіз літературних даних за даною проблемою в мережі Інтернет за допомогою пошукових сервісів Google та PubMed.

**Результати:** У хворих на ЦД II типу частота дефіциту вітаміну D3 становить 80% (вміст в крові 25(OH)D3 менше 50 нмоль/л), а недостатності - 20% (вміст в крові 25(OH)D3 менше 50-75 нмоль/л). Порівняно з цим у осіб без порушень вуглеводного обміну частота дефіциту та недостатності вітаміну D3 є вірогідно меншою і становить відповідно 60 та 20%. За ЦД встановлено сильний кореляційний зв'язок між вмістом в крові 25(OH)D3, рівнем глікемії, вмістом глікозильованого гемоглобіну, рівнем інсуліну та чутливістю рецепторів до нього. Поряд з цим показано наявність асоціативних зв'язків між рівнем в крові 25(OH)D3 та частотою розвитку макро-та мікроангіопатій. Отримані дані свідчать про важливу роль дефіциту вітаміну D3 в патогенезі цукрового діабету та його ускладнень. Експериментальні дослідження підтвердили, що дефіцит вітаміну D3 є одним із факторів ризику виникнення ЦД II типу. Показано, що у щурів, які отримували дієту, дефіцитну по цьому вітаміну, формувалася ЦД - виникала гіперглікемія, інсулінорезистентність, порушувались всі види обміну. Поряд з цим моделювання ЦД у щурів супроводжується розвитком дефіциту вітаміну D3, ступінь вираженості якого асоціюється з важкістю ЦД. Причиною зменшення вмісту вітаміну D3 у при ЦД є порушення



його всмоктування в кишечнику, транспорту в печінку та біотрансформації монооксигеназними системами мікросом та мітохондрій.

**Висновки:** Розширення знань про біологічну роль вітаміну D3 в організмі в нормі та за умов патології розкриває перспективи його використання профілактиці та лікування ЦД.

К.Ю. Вашкеба, Я.В. Габорець  
**СУЧАСНІ БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ІНГІБУВАННЯ ПРОГРЕСІЇ  
ПУХЛИННИХ КЛІТИН ПРИ РАКУ ЯЄЧНИКІВ**

Кафедра біологічної та загальної хімії  
О.Б.Струтинська (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Рак яєчників є одним із найбільш небезпечних злоякісних новоутворень, діагностику якого не можливо провести на ранніх етапах розвитку пухлини. Частота поширеності патології не має тенденції до згасання, поступаючись лідерством лише раку шийки матки. Цей факт є рушійним у вивченні патогенезу хвороби, пошуку методів ранньої діагностики, лікування та профілактики патології.

**Мета:** Висвітлити механізми розвитку резистентності ракових клітин до платини, проаналізувати перспективи сучасних біохімічних напрямків інгібування пухлинної прогресії.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій за період 2012-2016 р. з ресурсу PubMed, Google Scholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** Стабільно високі показники смертності від патології пов'язані з двома основними факторами: пізньою діагностикою і резистентністю до лікування. Як і у більшості злоякісних пухлин, за раку яєчників стійкість до заснованого на платині лікування може бути первинною, чи надбаною. У своєму прагненні вижити ракові клітини користуються багатьма методами: від мультибілкових комплексів плазмалеми, що видаляють платину з клітини, до активації генів, що включають альтернативні шляхи росту. Вибір раціональних методів інгібування неопластичних пертворень ускладнюється важкістю встановлення шляхів набуття резистентності, що активувалися в конкретній людині.

На даний час визначено декілька перспективних напрямків інгібування біоорганічних субстратів, застосування яких вже показує позитивні результати спільно з хімотерапією препаратами платини. Зокрема до них належать механізми, спрямовані на пригнічення ферменту полі(АДФ-рибоза)-полімерази, що має властивість стимулювати репарацію онкогенної ДНК. Досить перспективним напрямком є застосування індукторів імунного захисту, які забезпечують профілактику рецидиву хвороби. Успішними вважаються методи специфічного депресорного впливу на естрогенові рецептори пухлинних клітин, та пригнічення фактору росту ендотелію судин, що в подальшому забезпечує блокування ангіогенезу, а отже і трофіку пухлини.

**Висновки:** Отже в роботі висвітлено результати сучасних біохімічних досліджень механізмів набуття резистентності раку яєчників до платини, та продемонстровано нові перспективні напрямки інгібування пухлинних клітин, які в комплексі з терапією препаратами платини здатні зупинити пухлинну прогресію, та унеможливити рецидивування хвороби.

К.В. Зубюк  
**РОЛЬ BRCA 1,2 ГЕНІВ В РОЗВИТКУ ПУХЛИН РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ.**

Кафедра біологічної та загальної хімії  
П.О. Юрченко (к. мед. н., ст. викладач)  
Завідувач кафедри медичної біології (к. б. н., ст. н. співробітник) В.М. Шкарупа  
ННКД лабораторія ПЛР Г.П. Людкевич  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема генетичної схильності до розвитку раку органів репродуктивної системи є важливою соціально-медичною проблемою сучасної онкології, про що свідчать численні дослідження зокрема, генетичних особливостей раку молочної залози (РМЗ) та раку яєчника (РЯ) залежно від експресії генів BRCA, генетичному скринінгу РМЗ у різних країнах, ризику розвитку раку у носіїв мутацій у генах BRCA1/2. Частота та спектр мутацій генів BRCA 1/2 значно варіюють між різними популяціями та етнічними групами. При цьому більшість досліджень щодо визначення мутаційного статусу генів BRCA 1/2 виконано після маніфестації РМЗ/РЯ, що виключає можливість профілактики раку. Мутації генів BRCA 1/2 визначають високий ризик розвитку РМЗ у чоловіків – у 80 разів вищий, порівняно із загальною популяційним. 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%.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури по вивченню ролі генів BRCA 1,2 в розвитку раку молочної залози.

**Матеріали та методи:** Ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science та Scopus по вивченню ролі генів BRCA 1,2 в розвитку раку молочної залози за 2013- 2018 роки.

**Результати:** Ген BRCA1 розташований на довгому плечі 17-ї хромосоми (локус 17q21), належить до класу пухлинних супресорів. Ген BRCA2 розташований на довгому плечі 13-ї хромосоми (13q12-13), також належить до числа пухлинних супресорів. Продукти цих генів беруть участь у процесах репарації ДНК, регуляції клітинного циклу, диференціації клітин та апоптозу. 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. Мутації в генах BRCA1/2 характеризуються високою пенетрантністю (до 85%). Для носіїв мутацій гена BRCA1 ризик розвитку РМЗ складає 44-80%, а РЯ – 15-60%. Кумулятивний ризик розвитку первинного раку обох локалізацій складає 90%. Носійство мутацій гена BRCA2 асоціюється з ризиком розвитку РМЗ, не тільки для жінок (55-85%), але й для чоловіків (6%), для яких він у 80 разів вищий за загальнопопуляційний. Крім того, серед чоловіків – носіїв мутації гена BRCA2, спостерігається підвищена частота раку передміхурової і підшлункової залоз. Вірогідність захворювання на РЯ у BRCA2-позитивних осіб складає 11%. Слід зазначити, що у 20-30% випадків спорадичного РМЗ відзначається зниження або повне зникнення експресії білка BRCA1.

**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.

Х.С. Громиш

### ПОВЕРХНЕВИЙ НАТЯГ В БІЛОГІЧНИХ СИСТЕМАХ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Смірнова (к.хім.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Найважливіші процеси обміну, синтезу, ферментативних реакцій в людському організмі, проходять, як правило, на поверхні розділу фаз. Поверхневий натяг є характеристикою стану рідини, він має важливе практичне і медичне значення. Стінки судин, мембрани клітин знаходяться на межі з певними рідинами, і тому вони можуть зазнавати безпосередніх впливів цих речовин на функціонування організму, що може спричинити виникнення змін певних функцій, а також порушення в організації будови як окремих структур, так і організму в цілому.

**Мета:** На основі літературних даних з'ясувати значення поверхневих явищ для біологічних систем.

**Матеріали та методи:** Опрацьована література з репозитарію бібліотеки ВНМУ та інтернет-ресурсах: Google, Pub Med за останні п'ять років.

**Результати:** Літературні джерела надають багато прикладів того, як проходять поверхневі явища.

В організмі людини відбувається явище фагоцитозу, у результаті того, що чужорідне тіло адсорбується на поверхні клітини, знижує її поверхневий натяг і поглинається.

Емульгування жирів відбувається за допомогою жовчних кислот, які є поверхнево-активними речовинами. Ці ПАР адсорбуються на поверхні крапель жиру, знижують його поверхневий натяг і відбувається самовільне дроблення.

Велике значення мають поверхневі явища для дихання. Цьому сприяє поверхнево-активна речовина – сурфактант, який вистилає стінки альвеол і не дає їм спадатись, коли людина видихає.

Під час внутрішньовенного введення лікарських засобів необхідно дотримуватися правил техніки безпеки. Необхідно перевіряти відсутність газових пухирців в шприці, для того, щоб запобігти газовій емболії.

Причиною газової емболії може бути накопичення білкових молекул таких як ПАР на межі розділу рідина-газ.

Очні лінзи тримаються за рахунок високого поверхневого натягу між ними і рогівкою.

Визначення поверхневого натягу використовується з діагностичною метою. Так під час цукрового діабету в сечі знаходять оксо- та оксикислоти, які є поверхнево-активними речовинами, і знижують поверхневий натяг сечі.

**Висновки:** На основі опрацьованого матеріалу можна справді сказати, що явища поверхневого натягу є дуже важливими в організмі людини. Завдяки ним ми можемо дихати, відбуваються процеси обміну речовин та енергетичні процеси.

К.А. Кізлик  
**ПЕРЕДЧАСНЕ СТАРІННЯ: МОЛЕКУЛЯРНІ МЕХАНІЗМИ, НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ**

Кафедра біологічної та загальної хімії.

Г.З. Личик (доцент, к.б.н.)

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

**Актуальність:** Старіння є невід'ємною частиною людського життя. Це процес поступового руйнування і втрати важливих функцій організму, зокрема здатності до розмноження і регенерації. Вивчення механізмів передчасного старіння дозволить у майбутньому віднайти ліки, які зможуть загальмувати цей процес. У цьому відношенні продуктивним, на наш погляд, є дослідження генів «Пітера Пена» і CETP, ферменту теломерази та генетичної мутації в гені SERPINE1 у членів громади амішів, яка призводить до зниження вмісту білка PAI-1 в крові.

**Мета:** Дослідити механізми дії генів «Пітера Пена» і CETP, ферменту теломерази та генетичної мутації в гені SERPINE1 на процесі старіння.

**Матеріали та методи:** Було використано найновішу наукову літературу та інформацію з джерел інтернету (Internet Web Science, Google Academy Pub Med 2012-2017, накази МОЗ).

**Результати:** Проведений аналіз наукових досліджень показав як саме гени та фермент теломераза впливають на процеси старіння: ген «Пітера Пена» дозволяє зберігати молодість протягом тривалого часу, люди, у яких він відсутній, генетично запрограмовані старіти швидше; ген CETP (cholesterol ester transfer protein) позитивно впливає на тривалість життя, його мутація в 405 кодоні веде до збільшення розмірів ЛПНЩ у крові, що перешкоджає їх проникненню в стінки судин і утворенню атеросклеротичних бляшок; генетична мутація в гені SERPINE1 в амішів впливає на синтез білка - інгібітору активатора плазміногену 1 (PAI – 1). Останнє сприяє тому, що аміші не хворіють на діабет II типу, майже не мають проблем із серцево-судинною системою та живуть набагато довше, ніж люди, в крові яких відзначається великий вміст PAI-1. Вкорочення теломери може бути причиною не тільки клітинного старіння, а й старіння усього організму в цілому. Для запобігання процесам передчасного старіння в організмі існує фермент теломераза, який додає певні повторювані фрагменти ДНК («TTAGGG» для всіх хребетних тварин) до теломер, розташованих на 3'-кінці ДНК хромосом еукаріотів. З віком активність теломераз зникає. Ракові клітини, в яких активно функціонує теломераза, є практично безсмертними.

**Висновок:** Аналіз наукової літератури дав змогу зрозуміти механізми дії генів та ферменту теломерази на процеси передчасного старіння. Ця інформація дозволить підвищити рівень обізнаності та зацікавленості студентської аудиторії в процесах гальмування старіння.

О.М. Клуб

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ В ОРГАНАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ  
ВВЕДЕННЯ МЕТОТРЕКСАТУ**

Кафедра біологічної хімії

Л. П. Білецька (к.б.н., ас.), О. П. Хаврона (к.б.н., доц.)

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

**Актуальність:** Метотрексат один з найвідоміших антиметаболітів фолієвої кислоти, який широко застосовується в онкології для пригнічення процесів пухлинного росту. Однак, цитостатична дія препарату передбачає розвиток цілого ряду негативних побічних ефектів пов'язаних із зниженням активності проліферативних процесів загалом, що призводить до змін біохімічних показників та фізіологічного статусу організму. Тому значний інтерес становить можливість оцінити рівень ендогенної інтоксикації в органах щурів навіть за умов одноразового введення препарату.

**Мета дослідження:** Дослідити вплив одноразового введення метотрексату на показники ступеня ендогенної інтоксикації в печінці, селезінці та легенях щурів.

**Матеріали:** Дослідження проводили на щурах-самцях масою 180–240 г., згідно етичних критеріїв роботи з лабораторними тваринами. Тварин поділили на 2 групи: I – 5 інтактних щурів, II – 10 щурів, ввели метотрексат 10 мг/кг, внутрішньоочеревинно. Забір матеріалу для досліджень проводили під тіопенталовим наркозом (40 мг/кг).

**Методи досліджень:** У гомогенатах печінки, селезінки та легень визначали: вміст ТБК-активних продуктів за методом (Р. А. Тимирбулатова, 1981), молекули середньої маси (МСМ) за методом (Е. Ф. Чернушенко, 1978), циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) за методом (Л. Е. Лаповець, Б. Д. Луцик, 2002). Статистичну обробку результатів проводили, враховуючи критерій Стьюдента, з використанням стандартних комп'ютерних програм.

**Результати:** За умов одноразового введення метотрексату рівень ТБК-продуктів підвищувався у всіх без винятку досліджуваних органах, так в печінці у 1,03 рази ( $p < 0,05$ ), селезінці та легенях у 1,4 та 1,2 рази ( $p < 0,05$ ) відносно контролю. Однак, показники МСМ та ЦІК змінювались неоднозначно в досліджуваних гомогенатах різних органів. Кількість МСМ значно підвищувалась у легенях в 2,7 рази та селезінці у 1,4 рази ( $p < 0,05$ ),

залишаючись у печінці нарівні значень контрольної групи. Кількість ЦІК зростала у печінці та селезінці у 1,1 та 1,4 рази, однак у легенях знижувалась у 2,4 рази ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з контролем.

**Висновки:** Одноразове введення метотрексату призводило до активації процесів ендогенної інтоксикації у тканинах усіх досліджуваних органів шурів. Однак, у селезінці спостерігався найвищий рівень ендогенної інтоксикації внаслідок дії метотрексату про що свідчило значне підвищення досліджуваних показників відносно контролю. У печінці показники ендогенної інтоксикації зростали менш інтенсивно відносно контролю у порівнянні з показниками легень та селезінки.

О.К. Крохмалюк, О.А. Пахолук

## ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедри біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

Б.Ф. Коваль (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Згідно статистики на даний час онкопатологія знаходиться на 2 місці за рівнем захворюваності та смертності у світі. Україна за темпами поширення раку посідає 2 місце серед європейських країн. Розвиток телемедицини та її впровадження у діагностично-лікувальний процес є одним із вагомих факторів досягнення високого рівня анатомо-фізіологічного відновлення, повернення працездатності та покращення стану пацієнтів онкологічного профілю. Це особливо важливо у тих випадках, коли відстань між лікарем та пацієнтом є критичним чинником надання відповідної медичної допомоги.

**Мета:** Розробити клінічну концепцію використання телемедицини в галузі онкології згідно сучасних умов реформування охорони здоров'я України. Довести необхідність телемедичних процедур при наданні якісної та своєчасної допомоги пацієнту, хворому на рак. Дослідити програми і проекти, що використовуються для телекомунікацій.

**Матеріали та методи:** Проведення ретроспективного аналізу наукової літератури, іноземних та вітчизняних видань, синтез теоретичних науково-обґрунтованих міжгалузевих знань. Дослідження роботи програми "iPath" і телемедичного терміналу віддаленої присутності RP-7i виробництва InTouch Health.

**Результати:** Платформа "iPath" являє собою унікальну систему програмного забезпечення, яка знаходиться у відкритому доступі і створена спеціально для телеконсультацій та онлайн-навчання. Будь-який клінічний онкологічний випадок розміщується на сервер і обговорюється провідними спеціалістами. Важливою є можливість залучення міжнародної мережі експертів INCTR (The International Network for Cancer Treatment and Research). Спеціалізовані телемедичні термінали віддаленої присутності RP-7i виробництва InTouch Health, перевагами яких є невеликі розміри, простота у використанні, універсальність та мобільність, сприяють виникненню ефекту присутності консультанта поряд із пацієнтом та його чіткої координації дій працюючої групи, проведення онлайн досліджень та операційних втручань.

**Висновки:** На початку розвитку телемедицини в онкології використовувалися традиційні телеконференції, яких виявилось недостатньо, щоб повноцінно і безпечно забезпечити пряму взаємодію між консультантом і клієнтом (лікарем, студентом, оперуючим лікарем чи будь-яким одержувачем теленаставництва). Саме тому провідні клініки світу поступово почали впроваджувати у практику спеціалізовані системи телекомунікації. Очевидно, що останні досягнення телемедицини здатні вирішити багато проблем сучасної охорони здоров'я, зокрема, вдосконалення якості медичного обслуговування за рахунок економії часу, коштів, наближення і забезпечення повноцінної і рівної медичної допомоги населенню в будь-якій географічній точці країни.

В.П. Кузняк

## ВПЛИВ ВІТАМІНУ D3 НА СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

А.В. Мельник (д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В багатьох дослідженнях показано, що забезпеченість вітаміном D3 в загальній популяції є досить низькою. Так, в країнах Європи, США, Африки, Середньої Азії та Нової Зеландії частота дефіциту цього вітаміну складає від 50 до 70% серед дорослого населення, а серед жителів України - 81,8%.

За результатами багатьох проспективних досліджень встановлено, що недостатня забезпеченість вітаміном D3 є важливим фактором ризику серцево-судинної патології. Встановлено, що дефіцит цього вітаміну є предиктором ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, фібриляції передсердь, артеріальної гіпертензії. У жінок в постменопаузі низький рівень вітаміну D асоціюється з розвитком ожиріння, дисліпідемії та високим кардіоваскулярним ризиком. Застосування вітаміну D у осіб з кардіоваскулярними захворюваннями та низьким вмістом цього вітаміну супроводжується покращенням ендотеліальної функції, зменшенням систолічного та

діастолічного артеріального тиску та зниженням кардіо-васкулярного ризику.

**Мета:** На основі літературних даних оцінити молекулярні механізми через які реалізується вплив вітаміну D3 на стан серцево-судинної системи

**Матеріали та методи:** Пошук та аналіз літературних даних в мережі Інтернет за допомогою пошукових сервісів Google та PubMed.

**Результати:** Високий кардіозахисний та ендотеліопротекторний потенціал вітаміну D3 реалізується через різноманітні біохімічні механізми. Важливою молекулярною мішенню для цього вітаміну є ренін-ангіотензин-альдостеронова система (РААС), гіперактивацію якої є важливим патогенетичним чинником артеріальної гіпертензії та серцево-судинної недостатності. Показано, що вітамін D3 зменшує секрецію реніну та знижує активність РААС. Також цей вітамін стимулює експресію ендотеліальної ізоформи NO-синтази та продукцію нітроген монооксиду – потужного вазодилатора та антиагреганта.

Існують поодинокі дані щодо впливу вітаміну D3 на ліпідний профіль сироватки крові. Виявлено, що застосування цього вітаміну асоціюється зі зменшенням рівня тригліцеридів в крові та збільшенням рівня ліпопротеїнів високої щільності.

Поряд з цим вітамін D3 зменшує експресію адгезивної молекули судинних клітин (sVCAM) прозапального цитокіну TNF- $\alpha$ , збільшує експресію протизапального інтерлейкіну IL-10, знижує рівень матричної металопротеїнази-1 та ядерного фактору NF- $\kappa$ B.

**Висновки:** Подальші дослідження в цьому напрямку дозволять оцінити доцільність застосування вітаміну D3 для корекції серцево-судинних порушень.

І.Т. Кульчицький, В.О. Поперечний

## ФІЗИЧНІ ОСНОВИ ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКУ В ХІРУРГІЇ

Кафедра біофізики, інформатики та медичної апаратури

В.М. Дідич (доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сьогодні ультразвук (УЗ) з успіхом застосовується в ряді областей медицини і в першу чергу для лікувальних цілей в терапії, в діагностиці різних захворювань, в хірургічній практиці. За допомогою ультразвуку стерилізують рідини, дезінфікують хірургічні інструменти, руки хірурга, виробляють розпорощення і інгаляцію. Використання ультразвуку в медицині ґрунтується на фізичних явищах, що відбуваються в біологічних тканинах: це різне поглинання ультразвуку тканинами, що відрізняються внутрішньою будовою, відображення ультразвукових коливань при переході середовищ різної щільності, утворення під дією ультразвуку тепла в тканинах (збудження в них коливань, розвиток різних потоків біологічних рідин і т.д.).

**Мета:** Визначити основні області застосування ультразвуку в хірургії, дослідити переваги та недоліки дії УЗ порівняно з іншими методами.

**Матеріали та методи:** Можна виділити дві основні області використання ультразвуку в хірургії. У першій з них використовується здатність сильно пучків ультразвуку фокусуватися та викликати локальні руйнування в тканинах, а в другій механічні коливання ультразвукової частоти використовуються в хірургічних інструментах типу леза, пил, скальпелів механічних наконечників.

Ультразвукові хірургічні інструменти складаються з напівхвильового магнітострикційного або п'єзоелектричного перетворювача, пов'язаного з хвилеводом, що має робочий наконечник, форма якого відповідає виконуваним операціям. Амплітуда коливання наконечника може складати від 15 до 350 мкм, а робоча частота вибирається з діапазону до 30 кГц. При порівнянні даних по граничних інтенсивностях, при яких відбувається руйнування тканин, виявилось, що при інтенсивності звуку менше  $2 \cdot 10^3$  Вт/см<sup>2</sup> і часу експозиції менше  $4 \cdot 10^{-2}$  спрацьовує кавітаційний механізм, а в разі, коли час експозиції перевищує 1с, а інтенсивність звуку менше 200 Вт/см<sup>2</sup> працює механізм теплового руйнування.

**Результати:** У ультразвукових інструментів є свої переваги в порівнянні з іншою хірургічною технікою, що дозволяє використовувати УЗ в різних галузях медицини, а саме хірургії, кардіології, неврології, онкології та ін. Основними сферами застосування УЗ є: ультразвуковий розтин м'яких тканин: розсічення і висічення рубців, видалення злоякісних пухлин, висічення гнійно-некротичних вогнищ (займає 8-10% усіх розрізів), різання кісток -трепанация черепа, резекція груднини, ключиці, стопи, резекція кісток ліктьового та кульшового суглобів та ін. (До 20% від загальної кількості розтинів), ультразвукове зварювання (до 55% від усіх зварювань кісток), також ультразвук використовують при лапароскопії (у 45% випадків), при лікуванні хвороби Паркінсона УЗ застосовують лише у 15%.

**Висновки:** У хірургії завжди існували питання і завдання, які потрібно було вирішувати. Це зниження травматичності операцій, зменшення крововтрат, прискорення загоєння ран, розробка нових, більш прогресивних методів та ін. Багато в чому допоміг метод використання ультразвукових хвиль, який на сьогоднішній день досить часто використовується при хірургічних втручаннях.

І.Е. Лиманчук, Ю.С. Хомич  
**ПЛАСТИК: РЕКЛАМА ДЛЯ ВИРОБНИКА І ЗАГРОЗА ДЛЯ**  
Кафедра біологічної та загальної хімії  
О.Я. Сливка (доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми:** Використання виробів з пластику становить екологічну, фізіологічну небезпеку для навколишнього середовища та здоров'я людей.

**Мета:** Проаналізувати деякі властивості пластику, звернути увагу на проблеми, що можуть виникнути при застосуванні виробів з нього.

**Матеріали і методи:** Аналіз розповсюдженої реклами та вивчення наукової літератури.

**Результати:** Вироби із пластику стали невід'ємним елементом повсякденного життя. Вони широко використовуються і рекламуються. Ми стали свідками реклами на трамвайних зупинках, де стверджується безпека з полімерних матеріалів (знімок додається).

Проблема нашого дослідження полягає в протиріччі між властивостями пластикових виробів для виробника і тими проблемами, які виникають при їх використанні.

Полівінілхлорид – це полімер на основі хлору. Тара з полівінілхлориду, наприклад, пляшки для води, посуд для косметичних виробів з часом починає виділяти вінілхлорид. Природно, він потрапляє в газоповану воду, в креми, а звідти в організм людини. Виділяти цю небезпечну речовину полімер починає через тиждень після того, як в посуд заповнили вмістом. Через місяць в одній пляшці води може накопичитись кілька міліграмів вінілхлориду. А вінілхлорид, між іншим, є канцерогенною речовиною, що викликає рак. З точки зору фахівців - онкологів, таке накопичення вінілхлориду є небезпечним. Американські вчені підрахували, що випивши з пластикової пляшки 1000 раз, людина скорочує своє життя на 10 хвилин!!!

Поліетилентерефталат (PET). З цього полімеру виробляють посуд. У цього посуду термін придатності – один рік, після закінчення якого починають виділятися шкідливі речовини. Користуватись цим посудом треба тільки один раз.

Полістерол (PS). Полістероловий посуд при нагріванні виділяє отрути. Тому ложки, скляночки, контейнери для їжі, вилки, ножі і ін. повинні призначатись для холодної їжі і напоїв.

Поліпропілен (PP). Вироби з поліпропілену витримують високу температуру. В них можна підігрівати їжу в мікрохвильовій печі, також можна пити гарячий чай або каву. Але потрібно пам'ятати, що при контакті із жирами пропілен руйнується і виділяє таку токсичну речовину, як формальдегід.

Пластик – це справжнє лихо для природи. Сьогодні тверді побутові відходи на 50 % складаються з пластикових виробів, які не піддаються процесам біологічного руйнування та гниття (розкладована пластикова пляшка – 700 років, а деякі вироби не розкладаються ніколи). Вчені б'ють на сполох, що в океанах накопичуються гігантські поклади сміття. Це в основному пластик.

Спалювання – поширений метод знищення побутового сміття приводить до накопичення в атмосфері різноманітних отрутливих продуктів.

Люди вже стомлюються від пластикового сміття, яке вони самі ж і створюють. Пластикові вироби вирішують багато проблем, але породжують не менше.

Сміття, яке залишили наші діди, вже давно перетворились на пил, а наші пластикові відходи побачать наші праправнуки, тому що вони «вічні»

**Висновки:** Виходячи із вищезазначеного, можна зробити висновок, що на сучасному етапі розвитку суспільства увага до виробів із пластику є актуальною

І.С. Литвиненко  
**ШКІДЛИВИЙ ВПЛИВ ХІМІЧНИХ РЕЧОВИН КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ**

Кафедра біологічної та загальної хімії  
Т.М. Зелінська (старший викладач)  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Споживачі косметики часто не усвідомлюють, що певні її компоненти є першопричиною виникнення захворювань шкіри і внутрішніх органів. Не звертаючи уваги на хімічний склад, покупці орієнтуються лише на зовнішній вигляд, запах та ціну косметичних товарів, ставлячи тим самим на другорядний план власне здоров'я. Між тим, вчені прийшли до висновку, що певні хімічні речовини, які використовуються у косметичній промисловості, можуть накопичуватися в клітинах і негативно впливати на роботу внутрішніх органів. Як дорослі, так і діти можуть страждати від недбалості у виборі косметичних товарів.

**Мета:** визначити найбільш небезпечні хімічні сполуки у складі косметики та вказати наслідки їх використання, розглянути недоліки контролю якості косметичних продуктів в Україні.

**Матеріали і методи:** проаналізувати джерела "Internet" та наукову літературу ("Імунологія та алергологія")

№3,2013; “Вестник дерматологии и венерологии”№6,2015; “Довкілля та здоров’я” №3,2016), спеціально виготовлені анкети, порівняльний аналіз.

**Результати:** було виявлено перелік хімічних сполук (ПАР: кокамідопропілбетаїн, натрієва сіль; парабени, ароматизатори, SLES, SLS), які здатні завдати негативного впливу на здоров’я людини (алергічні реакції, сухість, свербіж, дерматити, послаблення захисного бар’єру та фотосенсибілізація шкіри). Ці наслідки можуть виникати при одноразовому або після довготривалого використання (залежно від індивідуальних характеристик організму) косметичних засобів, які містять токсичні хімічні речовини. Антиоксидант бутилгідрокситолуол є однією зі сполук, заборонених в США, Японії, Австралії, Швеції. Цікаво, що за даними EU Cosmetics Directive з 70000 косметичних компонентів в країнах Європи дозволені лише 3000. В Україні, на жаль, досі немає затверджених стандартів щодо хімічних сполук, що можуть входити до складу косметичних товарів.

**Висновки:** На сьогодні ринок косметики представлений дуже широким вибором засобів для догляду за шкірою та декоративної косметики. Найбільш розрекламований і дорогий засіб не означає найкращий. Косметичні товари, окрім удосконалення зовнішності, можуть таїти ризик побічних ефектів. Саме тому, кожен споживач повинен пам’ятати хімічні речовини, яких необхідно уникати серед складників, щоб не ставити під загрозу власне здоров’я та здоров’я дітей.

І.В Литовченко

### ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ЕКСПРЕСІЄЮ МУТАНТНОГО ГЕНУ БІЛКА p53 ТА ТЯЖКІСТЮ ПЕРЕБІГУ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Паламарчук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Білок p53, що кодується геном TP53, розміщеним на короткому плечі 17-ї хромосоми, за нормальних умов є важливим транскрипційним фактором, що регулює клітинний цикл, процеси апоптозу та старіння. Окрім того, він виконує функцію супресора канцерогенезу. Багаторічні дослідження геному ракових клітин показали, що у приблизно 50% відсотках саме мутація гену TP53 є пусковим механізмом розвитку онкологічного процесу.

**Мета:** Систематизація літературних даних про проведення досліджень спрямованих на виявлення залежності між експресією мутантного гену TP53 та тяжкістю перебігу онколого-гічного процесу.

**Матеріали та методи:** Ресурс наукової літератури- NCBI (National Center for Biotechno-logical Information of USA), згідно якого було обґрунтовано особливості експресії мутантного гену TP53 та його впливу на тяжкість перебігу онкологічного процесу та описано приклади відповідних імуногістохімічних досліджень, хроматографій тощо.

**Результати:** Інактивація пухлинного супресора є частим явищем в онкогенезі. У більшості випадків раку, ген є мутованим, що призводить до синтезу стабільного мутантного білка p53, накопичення якого є маркерною ознакою онкологічного процесу. Дані мутантні білки не тільки втрачають свою властивість до пригнічення пухлин, а набувають додаткових онкогенних функцій, які наділяють уражені клітини посиленими здатностями до росту та поділу. Мутації в гені TP53 виявляються на всіх етапах багатоступінчатого процесу онкогенезу та відіграють вирішальну роль у малігнізації, поширенні та агресивності захворювання. Окрім того, на сьогодні доказано, що мутації у досліджуваному гені є практично невід’ємною частиною ракового процесу. Так у моментних дослідженнях хворих на початку захворювання та на початку метастазування, було показано, що хворі які не мають порушень у гені TP53 на початку хвороби, з ймовірністю 60-70% мають їх при переході захворювання на другу стадію. У подальших дослідженнях таких хворих можна виявити, що збільшення показника експресії мутантного гену не проходить без посилення тяжкості захворювання. Посилення експресії, у свою чергу, свідчить про зменшення шансу на одужання та виживання.

**Висновки:** У процесі розвитку раку провідну грає порушення системи супресорів канцерогенезу. Одним із таких супресорів є білок p53, що кодується геном TP53. Дослідження спрямовані на виявлення мутацій у даному гені можуть грати вирішальну роль у ранній експрес-діагностиці раку. Дослідження експресії цього гену, у свою чергу, може відігравати провідну роль у прогнозуванні перебігу захворювання, шансу одужання та загальної летальності.

А.В. Луканова, О.Г. Басінських  
**ВПЛИВ L-ЦИСТЕЇНУ НА АКТИВНІСТЬ H<sub>2</sub>S-СИНТЕЗУЮЧИХ ЕНЗИМІВ В ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ З АЛІМЕНТАРНИМ ОЖИРІННЯМ**

Кафедра біологічної та загальної хімії  
Н.В. Заїчко (проф., д.мед.н.), В.В. Блажченко (асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Одним із поширених метаболічних захворювань є аліментарне ожиріння. Розвиток ожиріння асоціюється із розладами багатьох біохімічних процесів, які не обмежуються лише обміном ліпідів та вуглеводів. У хворих на ожиріння часто виявляються порушення обміну гомоцистеїну та цистеїну, метаболізм яких у печінці пов'язаний з утворенням гідроген сульфід (H<sub>2</sub>S). Питання щодо впливу ожиріння на ендогенну продукцію H<sub>2</sub>S поки не з'ясовано.

**Мега роботи:** Вивчити активність H<sub>2</sub>S-синтезуючих ензимів в печінці щурів з експериментальним ожирінням, індукованим висококалорійною дієтою та її поєднанням з L-цистеїном.

**Матеріали та методи:** Досліди проведені на 30 білих лабораторних щурах-самцях з початковою масою 100-140 г, розподілених на три групи (n=10). Тварини групи контролю (1) отримували стандартну дієту, що була збалансована за всім макро- та мікронутрієнтами і постачала 17 % ккал за рахунок протеїнів, 62 % ккал – вуглеводів та 21 % ккал – жирів. Для індукції ожиріння тварин груп 2 та 3 упродовж 60 діб годували висококалорійною дієтою (ВКД), у якій була підвищена квота вуглеводів (67 % ккал) і зменшена квота жирів (16 % ккал). Щурам групи 3 додатково до ВКД додавали L-цистеїн (0,9 г на 100 г корму). Розвиток ожиріння оцінювали за приростом індексу маси тіла (ІМТ) та індексу ожиріння. В постядерному супернатанті гомогенатів печінки визначали активність цистатіонін-γ-ліази (ЦГЛ), цистатіонін-β-синтази (ЦБС), цистеїнамінотрансферази (ЦАТ) за швидкістю накопичення H<sub>2</sub>S. Вміст H<sub>2</sub>S визначали за реакцією з N,N-диметил-пара-фенілендіаміном у присутності FeCl<sub>3</sub>. Статистичну обробку результатів проводили у пакеті програм SPSS22.

**Результати:** Встановлено, що 60-добове застосування ВКД викликало розвиток ожиріння із зростання індексу маси тіла, підвищення маси вісцерального жиру та індексу ожиріння у щурів. Так, у щурів групи 2 були вказані показники були вищими в середньому в 1,15-1,20 рази, ніж у щурів групи контролю (p<0,05). Додавання L-цистеїну до ВКД суттєво не впливало на процеси ліпогенезу, зокрема індекс ожиріння та ІМТ у щурів групи 3 були вищими в 1,2-1,25 рази відносно групи контролю. Розвиток ожиріння супроводжувався зниженням активності H<sub>2</sub>S-синтезуючих ензимів в печінці щурів, між тим додавання L-цистеїну до ВКД уповільнювало цей процес. Так, у щурів групи 2 активність ЦГЛ, ЦБС та ЦАТ була достовірно нижчою в 1,4-1,5 рази (p<0,05), а у щурів групи 3 – нижчою в 1,18-1,2 рази (p<0,05), ніж у щурів групи контролю. Слід відзначити, що за ожиріння в печінці щурів найбільш суттєво знижувалась десульфуразна активність ЦГЛ, але при додаванні L-цистеїну депримуєчий ефект ВКД був значимо меншим.

**Висновки:** Розвиток аліментарного ожиріння, індукованого ВКД, супроводжується зниженням продукції H<sub>2</sub>S в печінці щурів. Додавання L-цистеїну (субстрату реакцій десульфуровання) стримує падіння активності H<sub>2</sub>S-синтезуючих ензимів за умов ВКД. З'ясування механізмів регуляції печінкової продукції H<sub>2</sub>S за умов ожиріння є перспективним напрямком подальших досліджень.

Т. М. Маслоїд

**ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТА ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА МЕТАБОЛІТИ ОКСИДУ АЗОТУ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології  
О.О. Яковлева (д. мед. н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) — значно поширена хвороба, що характеризується стійким обмеженням дихальних шляхів, яке прогресує та асоціюється із підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів. Загострення та супутні захворювання впливають на загальну тяжкість у пацієнтів. Зростання генерації активних форм кисню неминує призводить до нездатності ендотелію адаптуватися до мінливих умов гемодинаміки, що проявляються посиленням вазоконстрикції. Оксид азоту (NO) – є один з головних медіаторів дихальної системи. Розслаблення бронхів може реалізуватись через накопичення саме NO.

**Мега.** Вивчити вплив базисної та гіпотензивної терапії на маркери окислювального стресу в пацієнтів при ХОЗЛ.

**Матеріали і методи.** При госпіталізації в пульмонологічне відділення ВОКЛ м. Вінниці було обстежено 46 пацієнти, з загостренням ХОЗЛ II та III ступенів, ускладненого ЛАГ і коморбідного з гіпертонічною хворобою II стадії, середній вік - 52,68±4,68 років. Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: 22 пацієнтів з ХОЗЛ II ступеня і 24



пацієнти з ХОЗЛ III ступеня. Діагноз верифіковано за розробленим нами детальним протоколом обстеження хворого, інструментально-лабораторними методами, згідно наказу МОЗ України № 555. Визначалося насичення гемоглобіна артеріальної крові киснем за допомогою пульсоксиметра Patient Monitor BR-88. Проводили дослідження вмісту нітритів (NO<sub>2</sub>) та нітратів (NO<sub>3</sub>) крові як кінцевих стабільних продуктів обміну. NO визначали після осаджування білків сироватки крові за методикою L.C. Green у модифікації П.П. Голікова та співавт. Всі пацієнти приймали базисну терапію при загостренні ХОЗЛ (згідно наказу № 555 МОЗ України): антибактеріальні препарати, муколітики перші 10 діб перебування в стаціонарі, а також комбіновану бронхолітичну інгаляційну терапію 3 місяці, крім того, комбіновану гіпотензивну терапію для корекції тиску в малому та великому колах кровообігу (амлодипін 5 мг і раміприл 5 мг). Всі дослідження та контроль ефективності терапії виконували до та через 3 місяці після лікування.

**Результати.** Дослідження насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем показало, що після проведеної запропонованої нами терапії показники збільшилися при ХОЗЛ II на +4,06%, а при ХОЗЛ III на +3,87 %. Тобто забезпечення киснем периферичної крові після лікування прийшло майже до норми в обох групах. За результатами визначення сумарної кількості нітратів та нітритів в периферичній крові показники покращилися при ХОЗЛ II на +23,34%, а при ХОЗЛ III на +21,12% ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** Регулярне, а також контрольоване використання базисної та гіпотензивної терапії пацієнтами при ХОЗЛ сприяє позитивному впливу на показники окислювального стресу, що асоціюється з покращенням оксигенації периферичної крові.

Н.В. Мевшук

### АКАДЕМІК СЕМЕНОВ М.М. І ПРОЦЕСИ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО І ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ. ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ БІОХІМІЇ

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.М. Истошин ( доцент, к.б.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ушкодження клітини й субклітинних структур вільними радикалами кисню є однією з причин виникнення більшості найпоширеніших захворювань, таких як інфаркт міокарду, токсичні гепатити, атеросклероз, канцерогенез. Ці захворювання розвиваються внаслідок зміни інтенсивності реакцій, що протікають за участі вільних радикалів. Вільні радикали являють собою надзвичайно реакційно здатні уламки молекул з неспареними електронами які, реагуючи з іншими молекулами або вільними радикалами, сприяють виникненню вільнорадикальних ланцюгових реакцій. Важливою ланкою в механізмі ураження клітин є окислення ненасичених жирних кислот, які входять до складу біологічних мембран, вільними радикалами кисню, так зване перекисне окислення ліпідів (ПОЛ). Великий внесок в сьогоденне розуміння процесів ПОЛ зроблено у теоретичних роботах академіка М.М.Семенова, за ці роботи він був удостоєний Нобелівської нагороди з хімії «за дослідження в області механізму хімічних реакцій».

**Мета:** Дослідження, структурування та аналіз наукової літератури взятої з джерел Google Академія та Scopus про механізм ланцюгових реакцій перекисного окислення ліпідів в біологічних мембранах.

**Результати:** Під час розвитку деяких патологічних процесів різко підвищується інтенсивність ліпопероксидації, що робить її універсальним механізмом пошкодження клітинних мембран. Продукти перекисного окислення мембранотоксичні, вони деформують мембрани клітин, порушують їх осмотичну резистентність і електричний потенціал, окислюють тіолові сполуки і SH-групи білків мембран, розривають нуклеїнові кислоти, денатурують білки, пошкоджують амінокислоти, сприяють деградації макромолекул сполучної тканини, беруть участь в процесі апоптозу. Двоїста роль проміжних продуктів ПОЛ, їх здатність виступати також у якості каталізаторів аутоокислення створюють реальну небезпеку розгортання вільнорадикальних ланцюгових реакцій і, як наслідок, повної деструкції мембранних структур, клітин і органів при доступі кисню. Триває пошук молекул, що можуть бути маркерами вільнорадикальних процесів. Крім вже відомих МДА і МСМ такі властивості розглядають для сечової кислоти, що утворюється під час гіпоксантиноксидантної реакції, бере участь в процесі ушкодження судин і міокарду.

**Висновок:** У всіх без винятку живих системах існують об'єктивні передумови розвитку неферментативних реакцій вільнорадикального окислення, що полягають у присутності в їхній структурі (насамперед біомембранах) органічних сполук, що легко окислюються та акумулюють у своїх молекулах запас потенційної енергії. Серед органічних молекул найбільш уразливі для реакції ПО полієнові молекули жирних кислот. До числа «вільнорадикальних патологій» також може бути віднесена променева хвороба, що виникає внаслідок дії на організм іонізуючої радіації.

Т.Р. Мусіюк  
**ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ БІСФЕНОЛУ-А В ПРЕДМЕТАХ ПОБУТУ ТА ОЦІНКА ЙОГО  
ПОТЕНЦІЙНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

Кафедра біологічної та медичної хімії  
О.Г. Сулім (к.н.б. ст. викладач)  
Вінницький медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Обумовлена тим, що останні наукові дослідження пов'язують використання бісфенолу-А(БФА), хімічної речовини, що застосовується при виробництві багатьох предметів побуту, з виникненням цілого ряду серйозних захворювань: від порушень неврологічного розвитку до вад репродуктивної системи та раку.

**Метою роботи:** Є проведення якісного аналізу предметів побуту, виготовлених з полікарбонату; експериментальної перевірки наявності БФА у складі цих предметів, оцінки потенційної небезпеки користування ними та надання практичних рекомендації по зменшенню їх негативного впливу на здоров'я людей.

**Методи:** Теоретичний аналіз літературних джерел, якісний аналіз зразків побутових предметів, порівняльний аналіз кількісного вмісту біс фенолу-А за фізичними параметрами.

**Матеріали:** папір касових чеків та транспортних квитків; пластикова пляшка з-під чаю «Ліптон»; пластикова упаковка з-під дитячої сиркової маси «Яготинське»; консервні банки з-під кукурудзи «Чемпіон» та пива «Старопрамен»; пластиковий електрочайник фірми «Маестро». Натрій нітрит і сульфатна кислота, бромна вода, 5% -го розчин ферум(III) хлориду, реактив Лібермана.

**Результати:** Було встановлено, що усі досліджувані зразки, крім пляшки з-під чаю, містять у своєму складі бісфенол-А. Найбільш інтенсивна зміна забарвлення при додаванні реактивів відбулася у витяжках з чеків та транспортних квитків, вони ймовірно містять найбільшу кількість бісфенолу-А у своєму складі. Етерні витяжки покриття консервних банок з-під кукурудзи і пива та упаковка з під сиркової маси забарвились дещо слабше, проте бісфенол-А також наявний.

**Висновок:** Практичне значення роботи полягає в тому, що проведені дослідження надають можливість розширити знання споживачів про небезпеку багатьох речей, що нас оточують, розширюють розуміння їх шкідливого впливу на здоров'я, дозволяють корегувати інтенсивність застосування цих предметів у щоденному користуванні.

І. Ю. Навроцький, М.О. Похальчук, О.А. Миколіук, В.А. Крашеніннікова  
**ЗАСТОСУВАННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН (БАР)  
У ФІЗКУЛЬТУРИ І СПОРТИ**

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:** Кожна людина прагне мати гарну фізичну форму. Для досягнення цієї мети, в першу чергу, нам потрібно раціонально харчуватись, тобто вживати їжу, збалансовану по білкам, ліпідам, вуглеводам, мінеральним солям, вітамінам, які забезпечують нормальний метаболізм в організмі. Ці речовини широко використовуються, в першу чергу спортсменами, для підвищення ефективності тренувань, підтримки високої працездатності і швидкого відновлення після серйозних навантажень і травм. БАР беруть участь практично у всіх біохімічних реакціях, стимулюють синтез білків і клітин. Вони виступають у ролі антиоксидантів, мають протизапальну дію. БАР надходять в наш організм щодня з продуктами харчування. Але для досягнення продуктивного результату і підтримки витривалості краще приймати спеціальні комплексні препарати (харчові добавки), розроблені спеціально для тих, хто активно займається фізичною культурою і, особливо, спортом.

**Мега роботи:** Розглянути біологічно активні речовини, що використовують у фізкультурі та спорті, за наступним планом: хімічна природа, цікаві факти з історії відкриття, біохімічні механізми їх дії, біологічна роль, дозування, джерела їх надходження в організм, негативні наслідки їх застосування. Систематизувати та викласти отриманні результати у вигляді буклету.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури, фармацевтичних і спортивних довідників, інформації з джерел інтернету (Internet Web Science, Google Academy Pub Med 2012 – 2016, накази МОЗ).

**Результати:** Аналіз джерел інформації показав велику роль БАР для тих, хто займається фізичною культурою і спортом. Нами детально проаналізовані спеціальні харчові добавки. Виявлено, що застосування гідролізатів білків і суміші амінокислот, зокрема розгалужених (валіну, лейцину, ізолейцину), стимулює ріст м'язової маси. Креатин підвищує енергозабезпечення м'язів. Вітаміноподібна речовина карнітин, яка транспортує жирні кислоти для подальшого їх окиснення, забезпечує м'язи, і в першу чергу серцевий, енергією АТФ. Оротат калію сприяє синтезу піримідинових нуклеотидів, а відповідно, ДНК, РНК, білка. Вітамін В6, В9, В12, препарати Феруму приймають участь в синтезі гемі, еритропоезі, і тим самим, підвищують надходження кисню в організм, активують процеси тканинного дихання і синтез АТФ. Знання про функції біологічно активних

речовин, що застосовують у фізкультурі і спорті, є важливими в першу чергу для спортсменів, спортивних інструкторів і медиків, які мають справу з наслідками неправильного вживання спортивних добавок. Ця інформація стане у нагоді кожному, хто бажає скорегувати свою фізичну форму. Водночас, отримані нами дані ілюструють і негативні сторони вживання спортивних добавок.

**Висновок:** Харчові добавки, які використовують з метою покращення спортивних результатів, в цілому виявляють позитивний вплив на організм. Однак штучне підвищення метаболізму може негативно вплинути на функціональний стан печінки та нирок. Отримані матеріали опрацьовані, систематизовані і відтворені у вигляді навчального буклету «Застосування біологічно активних речовин (БАР) у фізкультурі та спорті», використання якого, на наш погляд, дасть студентам можливість підвищити свою обізнаність у цій сфері.

В.Ф. Негря

## ВПЛИВ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ПОЛЯ МОБІЛЬНОГО ТЕЛЕФОНУ НА ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ОРГАНІЗМУ У СТУДЕНТІВ І КУРСУ ВНМУ ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

С.К. Мисловська (к.п.н., доц.), В.К. Добровольська (к.п.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Мобільний телефон - це джерело постійного надвисокочастотного потужного електромагнітного випромінювання, за допомогою якого і здійснюється зв'язок. Електромагнітне поле (ЕМП), що виділяють мобільні телефони є важливим фактором з високою біологічною активністю, що впливає на органи і системи організму людини. Проблема пов'язана з тим, що кількість осіб, які контактують із надмірними рівнями енергії ЕМП постійно зростає. Ще у 1995 році ВООЗ офіційно оголосила масштабну проблему - "глобальне електромагнітне забруднення довкілля", що тісно пов'язане з стрімким розвитком мобільного зв'язку. Встановлено, що під впливом ЕМП в організмі людини змінюється амплітуда та фаза ритмів біологічних показників, що є загальною ознакою погіршення здоров'я.

Таким чином, в усьому світі почалось детальне вивчення цієї проблеми. Але, незважаючи на дослідження науковців щодо вивчення впливу ЕМП мобільного телефону на людину, ця проблема залишається актуальною по сьогоднішній день, так як немає конкретної та чіткої відповіді на питання – шкідливе чи нешкідливе це випромінювання для людини.

**Мета:** Проаналізувати вплив ЕМП мобільного телефону на загальний стан організму у студентів ВНМУ імені М.І. Пирогова.

**Матеріали і методи:** У дослідженні взяли участь 45 студентів І курсу у віці від 16 до 27 років. Серед обстежених хлопців було 20 (44,4%), дівчат-25(55,6%). Критеріями виключення були: вік  $\leq 16$  років, особи з хронічними чи системними захворюваннями. Для дослідження впливу ЕМП мобільного телефону на організм, нами проведено незалежне анонімне опитування у вигляді анкет.

**Результати:** У результаті проведеного дослідження було проаналізовано вплив ЕМП мобільного телефону на організм. Встановлено, що більше 39% студентів нашого ВНЗ вже відчувають на собі негативний вплив мобільного телефону, що проявляється такими симптомами: головний біль (7%), сонливість або втома (21%), дискомфорт або сухість в очах(4%), погіршення пам'яті або уваги (15%).

### **Висновки:**

1. Мобільні телефони можуть бути причиною погіршення результатів навчання. Оскільки, в результаті опитування більшість студентів, що відмічають у себе симптоми, на запитання про свій рівень знань вказали середній рівень навчальних досягнень.
2. Мобільні телефони шкідливо впливають на весь організм, але найбільш уразливими частинами тіла виявились ті, що більше всього підлягають впливу електромагнітних випромінювань мобільних телефонів.
3. Щоб захистити свій організм та зменшити потік електромагнітних випромінювань, потрібно правильно вибрати мобільний телефон і розумно ним користуватися.

А.О. Орлова

## ПРІОНИ. ПРІОНОВІ ІНФЕКЦІЇ. ПАТОГЕНЕЗ ПРІОНОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Паламарчук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Значимість проблеми пріонових хвороб зумовлена тим, що вони надзвичайно небезпечні для життя людей і тварин. Сьогодні не існує ефективної етіологічної чи патогенетичної терапії даного недугу. Пріонові захворювання відносяться до нейродегенеративної групи, виходячи з цього можна зробити припущення, що встановлення методу лікування цієї патології дасть можливість розробити його для таких, невиліковних на даний момент захворювань, як хвороба Паркінсона, Альцгеймера.

**Мета:** Аналіз літературних даних щодо особливостей проходження процесів, що відбуваються в нейроні, зараженому неправильно складеними пріонними білками на підставі попередніх наукових повідомлень.

**Матеріали та методи:** Ресурс наукової літератури Topics in Current Chemistry 2011 р. та Folia Neuropathologica 2012 р., згідно яких були обгрунтовані процеси, що відбуваються у зараженому пріонами нейроні та були описані методи дослідження та їх результати.

**Результати:** Розбір літературних даних показує, що спорадичні типи пріонових захворювань (ПХ) викликаються мутаціями гена PRNP або спонтанною конверсією нормальної ізоформи пріонового білка (ПБ) PrP(c) у патологічну ізоформу PrP(Sc). У зв'язку з високим поліморфізмом спадкових випадків ПХ їх поділяють залежно від мутацій деяких генів, таких як PRNP, PRND, гену, що картований на хромосомі 19 (відповідальний за генотип аполіпропротеїну Е), а також генів, що кодуєть метіонін або валін. При спадкових формах наявний зв'язок із мутацією PRNP, а при набутих — з інвазією PrP(Sc). Накопичення PrP(Sc) пов'язують із його здатністю трансформувати нормальний PrP(c) в його інфекційну форму за рахунок конформаційних змін. Таким чином, процес накопичення інфекційного ПБ відбувається не в результаті синтезу в зараженому організмі молекул PrP(Sc) de novo, а внаслідок конформаційних змін уже синтезованих нормальних молекул PrP(c) під впливом інфекційного PrP(Sc). ПХ виникають у результаті накопичення PrP(Sc), а не пригнічення функції PrP(c). Патологічна ізоформа PrP(Sc) відрізняється від нормального PrP(c) своєю високою резистентністю до протеази К, стійкістю до ультрафіолетового і рентгенівського опромінення, а також до нагрівання, що свідчить про відсутність у її складі ДНК. PrP(Sc) накопичується в цитоплазматичних везикулах, а пізніше в синаптичних структурах. Далі PrP(Sc) виходить у позаклітинний простір і відкладається в амілоїдних бляшках. Дуже часто вони локалізуються в клітинах зернистого шару кори мозочка, але можуть також розташовуватися в молекулярному шарі і в білій речовині. Сьогодні картовано більше 15 добревивчених мутацій в гені PRNP. Так, при випадках спорадичної хвороби Крейтцфельдта-Якоба (ХКЯ) у пацієнтів виявлена мутація в кодоні 178 при якій відбувається заміна аспарагінової кислоти на аспарагін. Але якщо при цьому 129 кодон кодує валін, то дійсно розвивається ХКЯ, а якщо ж у положенні 129 знаходиться метіонін, то розвивається фатальна інсомнія. При мутації Про102Лей виникає синдром Герстманна - Штреусслера - Шейнкера

**Висновки:** При ПХ має місце мутація гена PRNP, при якій відбувається заміна амінокислот у кодонах, що не змінює їх зміст, але призводить до фатальної інсомнії. Також спонтанна конверсія нормальної ізоформи пріонового білка PrP(c) у патологічну ізоформу PrP(Sc), накопичення якого призводить до дегенеративних процесів у головному мозку.

Ю.О. Осадчук, С.О. Миколенко

## ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ MTHFR C677T (rs1801133) ЯК ФАКТОР ГІПОМЕТИЛЮВАННЯ ТА ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ.

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко (к.мед.н., ст.викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Стан гіпергомоцистеїнемії (ГГЦ), який супроводжується явищами гіпометилування, оксидативним та нітрозактивним стресом, як свідчать літературні джерела може бути предиктором захворювань серцево-судинної системи, депресій, хвороби Альцгеймера, патології нирок та шлунка, виникнення пухлин. Основними причинами гіпергомоцистеїнемії (ГГЦ) виступають як генетичні, так і екологічні фактори. Але існують генетичні фактори які безпосередньо впливають на концентрацію гомоцистеїну (Hcy) в крові. В метаболізмі гомоцистеїну велику роль грають ферменти фолатного циклу а саме 5,10-метилентетрагідрофолатредуктаза (MTHFR) та метіонінсинтаза (MTR), які приймають участь в процесах метилування, синтезі та відновленні ДНК, знижуючи рівень гомоцистеїну в плазмі крові. MTHFR перетворює 5,10-метилентетрагідрофолат в 5-метилтетрагідрофолат, первинну форму фолату, який є універсальним джерелом для реакцій метилування різних субстратів, в тому числі і реметилування гомоцистеїну в метіонін, який каталізується MTR. Процеси метилування є важливою частиною метаболізму багатьох біомолекул, вони представлені і в процесах експресії генів, де розглядаються як тимчасова хімічна модифікації нуклеотидної послідовності без порушень кодуєчої здатності ДНК, яка може суттєво впливати на процеси експресії відповідних генів.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science та Scopus по вивченню впливу поліморфізму гена MTHFR C677T (rs1801133) на метаболізм гомоцистеїну та процеси метилування ДНК.

**Результати:** Поліморфізм MTHFR C677T є мононуклеотидним поліморфізмом (SNP) (локус C677T rs1801133) в гені метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR) що веде до заміщення амінокислоти (аланін-валін) в 677 положенні і має наслідком зниження активності фермента при 37 С та вище, і проявляється явищами стійкої гіпергомоцистеїнемії та гіпометилування, які корелюють зі збільшенням вмісту Т алеля. Крім того в результаті заміни аланін-валін в сайті зв'язування фолату спостерігається зменшення активності ферменту до 35 %, що у випадку генотипу Т/Т по даним літератури також призводить до явища стійкої ГГЦ і гіпометилування.

Носійство Т - алеля достатньо широко розповсюджене у представників європеїдної раси і досягає 30 %, що є вагомою причиною для вивчення розповсюдження МТНFR С677Т в українській популяції для своєчасного виявлення осіб носіїв алелю Т, та корекції стану гіпергомоцистеїнемії.

**Висновок:** Поліморфізм в гені метилентетрагідрофолатредуктази МТНFR С677Т має суттєвий вплив на метаболізм гомоцистеїну, і призводить у випадках гомозігот по Т алелю до значного зниження активності ферменту, що призводить до стійкої гіпергомоцистеїнемії і враховуючи дані щодо розповсюдження носійства алелі Т потребує детального вивчення в українській популяції.

Д.Р. Островерха, О.І. Сушицька

## СУЧАСНІ ДАНІ ПРО СТРУКТУРУ, ВЛАСТИВОСТІ ТА ХВОРОБОТВОРНУ ДІЮ ПРІОННИХ БІЛКІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.М. Колошко (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Серед збудників надзвичайно небезпечних для життя людей інфекцій пріони посідають особливе місце у зв'язку з неминучою летальністю спричинених ними захворювань і відсутністю ефективного лікування. Їх ще називають «молекулами смерті» чи «повільними вбивцями».

**Мета:** Узагальнити інформацію щодо будови, патобіохімічних механізмів дії та способів інфікування пріонами.

**Матеріали та методи:** Проведено збір науково-дослідного матеріалу з різних джерел. Було проаналізовано статті, дисертації та іншу науково-медичну літературу в Google Scholar із біохімії та соціальної медицини за 2012-2017 роки.

**Результати:** Пріони – особливий клас інфекційних агентів, що представлені білками з аномальною третинною структурою та не містять нуклеїнових кислот. Вони спричиняють тяжкі захворювання центральної нервової системи у людей і ряду вищих тварин. Цей протеїн кодується єдиним геном, який позначається як PRNP. Патогенез пріонних інфекцій обумовлений здатністю інфекційного білка викликати мутацію гена, що кодує синтез нормального нейронального пріонного протеїна PrP<sup>C</sup> (складається з трьох альфа-спіралей і дволанцюгового антипаралельного бета-шару). В результаті чого синтезується інфекційний білок PrP<sup>Sc</sup>, що відрізняється порушеною просторовою конфігурацією молекули (утворена переважно бета-шарами, «заразна структура» білка). У людини пріони викликають такі невиліковні хвороби: аміотрофічний лейкоспонгіоз; хвороба Альперса; фатальна інсомнія; хвороба Крейтцфельдта-Якоба; куру, тощо.

Людина може заразитися пріонами, що містяться в їжі, оскільки вони не руйнуються ферментами травного тракту. Безперешкодно проникаючи через стінку тонкого кишечника, вони в кінцевому результаті потрапляють в центральну нервову систему. Так переноситься новий варіант хвороби Крейтцфельдта-Якоба (nvCJD), якою люди заражаються після вживання в їжу яловичини, що містить нервову тканину із голів худоби, яка хвора бичачою губчастою енцефалопатією (BSE, коров'ячий сказ).

На жаль, в Україні зареєстровані випадки захворювань, відсоток яких перевищує світові показники (показник ураженості населення пріонними захворюваннями становить 8,4 на 1 млн населення (В. Копча)). Тому не можна недооцінювати небезпеку поширеності цих білків та щодня не шукати методи профілактики та лікування цих хвороб.

**Висновки:** В процесі опрацювання науково-медичної літератури було досліджено особливості будови пріонних білків, їх роль у патогенезі хвороб та основні шляхи інфікування ними. Було вивчено захворювання, причиною яких є видозмінені протеїни, що дозволило зрозуміти, яким чином пріони діють на нормальні білкові молекули. Найбільш небезпечними виявились такі білки: PRNP, PrP<sup>Sc</sup>, nvCJD, ICJD; тому доцільно проводити дослідження для ідентифікації «білків-смерті» та впроваджувати нові методи лікування цих хвороб, зокрема в Україні. За результатами створена навчальна таблиця «Пріонні білки, молекули-вбивці».

О.А. Пахолук, О.К. Крохмалюк

## РОЛЬ ФЕРМЕНТУ GALNAC-T6 У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ.

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.О. Качула (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Онкологічні захворювання займають друге місце після серцево-судинних патологій серед причин передчасної смерті в Україні. Актуальною проблемою медицини є їх рання діагностика, яка лежить в основі вирішення проблеми прогресування злоякісних хвороб та попередження розвитку крайніх форм патологій. Одним зі способів такої діагностики є визначення наявності у клітинах товстої кишки ферменту N-ацетилгалактозамінтрансферази 6 (GalNac-T6), поява якого і свідчить про розвиток патологічного процесу. Розуміння ролі досліджуваного ферменту у модифікації (глікозилюванні) білків у здорових та ракових клітинах

робить можливим формування нових методів лікування онкозахворювань.

**Мета:** Вивчення впливу ферменту GalNAc- T6 із класу трансфераз на розвиток онкологічних захворювань, встановлення способів його виявлення та можливості ранньої діагностики патологій.

**Матеріали та методи:** Проведення ретроспективного аналізу наукової літератури Web of Science та Scopus, вітчизняних та іноземних видань, синтез теоретично-обґрунтованих міжгалузевих знань. Огляд наукового дослідження дії GalNAc- T6, проведеного вченими Копенгагенського університету.

**Результати:** Процес глікозилювання, у якому бере участь досліджуваний фермент, є найпоширенішою модифікацією білків та ліпідів. GalNAc- T6 ініціює перший крок у виникненні гліканової модифікації, а саме О-глікозилювання муринового типу у Комплексі Гольджі, каталізуючи перенесення N- ацетил-альфа-D-галактозаміну до залишків треоніну та серину на цільовому білку. Такі білки беруть участь у адгезії уражених клітин та змінах їх цитоскелету. Після введення ферменту у клітини товстої кишки спостерігається формування трубчастих структур, типових для ураження онкологічним процесом клітин. Після видалення ферменту з клітини розвиток подібних утворень припиняється. Аномально глікозилювані форми муцину 1, який є субстратом для ферменту, використовуються клінічно, як біомаркери для встановлення онкозахворювання. Крім того, GalNAc- T6 здатний глікозилювати фібронектиновий пептид *in vitro* і експресується в лінії фібробластів. Це вказує на те, що він включається у синтез онкофетального фібронектину.

**Висновки:** Проведені дослідження дозволяють стверджувати, що перенесення GalNAc- T6 до ендоплазматичного ретикулуму часто виникає при раковій трансформації, що посилює міграцію пухлинних клітин, а також сприяє адгезії та інвазивності, внаслідок модифікації поверхневих білків клітини. Дані знання відкривають потенційні можливості для раціонального використання ефективних та селективних інгібіторів О-глікозилювання, а, отже, для проведення ранньої діагностики та продуктивного лікування.

В.С. Петренко, В.Р. Тагеев

### **МАСО-РОСТОВІ ПАРАМЕТРИ ТА АКТИВНІСТЬ ЦИСТАТІОНІН- $\gamma$ -ЛІАЗИ В ПЕЧІНЦІ У ЩУРІВ З ОЖИРІННЯМ, ІНДУКОВАНИМ ВИСОКОКАЛОРИЙНОЮ ДІЄТОЮ З ДОДАВАННЯМ L-ГЛУТАМАТУ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.В. Блажченко (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ожиріння є поширеним метаболічним розладом, що виявляється майже у 20% населення України. Ключову роль у розвитку ожиріння відіграють аліментарні чинники, які поряд з надмірним споживанням вуглеводів та ліпідів включають споживання індуктора харчового потягу L-глутамату. Продукція H<sub>2</sub>S найбільш активно відбувається в печінці в реакції десульфування цистеїну за участі ПАЛФ-залежного ензиму цистатіонін- $\gamma$ -ліази (ЦГЛ). Вплив аліментарних чинників ожиріння (в тому числі L-глутамату) на продукцію H<sub>2</sub>S в печінці не визначений.

**Мета роботи:** Встановити вплив довготривалої висококалорійної дієти з додаванням L-глутамату на масо-ростові параметри та активність ЦГЛ в печінці у щурів.

**Матеріали та методи:** Досліди проведені на 30 білих лабораторних щурах-самцях з початковою масою 100-140 г. Щурі були розподілені на 3 групи, по 10 тварин. Щурі контрольної групи отримували упродовж 60 діб збалансовану стандартну дієту, яка постачала 17 % ккал за рахунок протеїнів, 62 % ккал – вуглеводів та 21 % ккал – жирів. Щурі групи ВКД-1 отримували висококалорійну дієту, у якій була підвищена квота вуглеводів (67 % ккал) і зменшена квота жирів (16 % ккал). Щурі групи ВКД-2 отримували модифіковану висококалорійну дієту, до якої включали у індуктор харчового потягу глутамат натрію (0,6 г на 100 г корму). Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували за формулою:  $ІМТ (г/см^2) = \frac{Маса\ тіла, г}{(Довжина\ тіла, см)^2}$ . Індекс ожиріння (ІО) розраховували як відношення сумарної маси вісцерального, епідідимального та ретроперітонеального жиру (г) до маси тіла (г) \*100 %. Для біохімічних досліджень готували в постядерний супернатант гомогенатів печінки. Для цього наважку печінки гомогенізували протягом 1-2 хв. в охолоджену середовищі 1,15 % розчину КСІ (1:3 маса/об'єм) і центрифугували при 3000 об/хв. 20 хв. Активність ЦГЛ (КФ 4.4.1.1) визначали за швидкістю накопичення сульфід-аніону в інкубаційному середовищі за реакцією з N,N-диметил-пара-фенілендіаміном у присутності FeCl<sub>3</sub>. Статистичну обробку результатів проводили у пакеті програми MS Excel.

**Результати:** Встановлено, що 60-добове застосування у щурів ВКД №1 викликало розвиток аліментарного ожиріння, про що свідчить статистично значуще зростання ІМТ та ІО в середньому 1,18-1,2 рази (p<0,05). Застосування ВКД викликало зниження в 1,57 рази активності ЦГЛ в реакції десульфування L-цистеїну до пірувату (p<0,05). Виявилось, що включення в дієту L-глутамату прискорювало розвиток ожиріння: у щурів групи ВКД-2 кінцева маса тіла, ІМТ та ІО були достовірно вищими в 1,4-1,5 рази, а активність ЦГЛ в печінці - нижчою в 1,65 рази, ніж у щурів групи контролю (p<0,05). Зниження десульфуразної активності ЦГЛ в печінці щурів обернено корелювало з підвищенням ІМТ та ІО (r = -0,42-0,48, p<0,05).

**Висновки:** Таким чином, додавання L-глутамату до ВКД прискорює формування ожиріння у щурів. Аліментарне ожиріння асоціюється з пригніченням десульфуразної активності ЦГЛ та зниженням продукції

H<sub>2</sub>S в печінці, а L-глутамат потенціює цей ефект.

П.Ю. Полинчук, Є.М. Чорний

### **ВСТАНОВЛЕННЯ БІОМАРКЕРА ЗА ДОПОМОГОЮ РІВНЯННЯ МЕЩЕРСЬКОГО**

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

В.І. Ревенок (к.т.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Кафедра загальної фізики та дидактики фізики

О. Є. Зюбанов (к.ф.-м.н., доцент)

Донецький національний університет ім. В. Стуса

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Щорічно в Україні реєструється 50 000 випадків інфаркту міокарда. При цьому статистика смертності від цієї хвороби залишається стабільно високою - від гострого інфаркту міокарда вмирають 30% пацієнтів, водночас як у країнах Заходу - 5%. В сучасній медицині широко застосовуються різні варіанти методик, так чи інакше пов'язаних з аналізом серцебиття та пульсової хвилі. Проте, в клінічній практиці не існує загального методу встановлення конкретної патології. Наразі відбувається все більше проникнення фізичних методів та підходів в біологію.

**Мета:** Спробувати визначити біомаркер для групи людей, в яких серцево-судинна система в нормі, для групи спортсменів та для людей, які мають патологію серця.

**Матеріали та методи:** Проведення ретроспективного аналізу наукової літератури, іноземних та вітчизняних видань, синтез теоретичних науково-обґрунтованих міжгалузевих знань. Застосування рівняння Мещерського для опису викидання крові лівим шлуночком в аорту. Застосування відкритої бази даних медичної інформації eMedicine.

**Результати:** Очікується, що гіпотеза дослідження підтвердиться. Ми сподіваємося, що це дасть змогу більш точно встановлювати наявність патології серця. Відомо, що для діагностики інфаркту міокарда лікарю потрібні: 1) збір клінічних даних (опитування пацієнта, вивчення сімейного анамнезу, огляд хворого); 2) електрокардіографія в 12 відведеннях (для вимірювання електричної активності серця); 3) загальний і біохімічний аналізи крові (для оцінки загального стану організму і виявлення маркерів пошкодження серцевого м'язу (тропонін, міоглобін, КФК); 4) коронарографія (для візуалізації прохідності судин серця). Також відомо, що класичними симптомами серцевого нападу є біль за грудиною і задуха. Однак захворювання може мати атипичну клінічну картину, що знижує ймовірність своєчасного звернення пацієнтів по медичну допомогу. Тому, розробивши методику вимірювання біомаркера, можна встановлювати необхідність подальшого ретельного обстеження пацієнта.

**Висновки:** Отже, сучасна кардіологія та біофізика серця є досить розвиненими галузями. Проте, не спостерігається значного зменшення кількості пацієнтів з патологіями серця, адже проблема містить цілий комплекс причин. Найкращий порадник – ми самі, а найкращий наставник – рух. Адже, для прикладу, на ранніх стадіях розвиток атеросклерозу можна зупинити, виконуючи ряд психологічних рекомендацій. Це підтверджує аналіз варіабельності кардіоритму для оцінки стресу людини.

К.М. Пономарчук

### **БІЛКИ В ХАРЧУВАННІ ЛЮДИНИ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

Т.В. Марчак (доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Харчування – важливий чинник, який забезпечує нормальний розвиток організму, здоров'я та якість життя людини, її працездатність та активне довголіття. З грудня 2017 р. в Україні діють нові норми споживання основних харчових речовин і потреби в енергії, затверджені наказом МОЗ. Серед макронутрієнтів, споживання яких нормується цим наказом, - білки, тому питання щодо місця білків у харчуванні людини є актуальним.

**Мета дослідження:** На основі літературних джерел узагальнити інформацію щодо функцій білків в організмі людини, порівняти норми споживання білків в Україні та інших країнах світу, опрацювати методи оцінки повноцінності білків, що містяться у різних продуктах харчування.

**Матеріали та методи дослідження:** Була опрацьована навчальна література, а також електронні версії наукових статей в пошуковій системі Google за 2010 – 2017 р.р. з харчової хімії, фізіології харчування, дієтології. Метод роботи – опрацювання навчальної та наукової літератури.

**Результати досліджень:** Білок – есенціальний компонент раціону людини. Єдине джерело білка в організмі – білки їжі. Середньодобова потреба людини у білках – 70-80 г/добу (1г білка /1 кг маси тіла людини). Фактори

харчової цінності білків: вміст білка у 100 г продукту, біологічна цінність білка, перетравність білка. Біологічна цінність білків визначається вмістом у них незамінних амінокислот (НАК). Застосовують метод амінокислотного скору (базується на порівнянні амінокислотного складу досліджуваного білка зі складом еталонного білка).

В еталонному білку АС кожної НАК 100%. Біологічну цінність досліджуваного білка визначають за лімітуючою НАК (АС<100%). Тваринні білки повноцінні, АС близький до 100% (білок курячого яйця – 100%, молока – 95%, яловичина – 92%, риба – 100%). Рослинні білки – неповноцінні, АС значно менший за 100% (соя – 55%; рис – 67%; пшениця – 53%). Лімітуючі НАК білків злаків – лізин, ізолейцин, пшениці – метіонін, треонін, кукурудзи – триптофан, картоплі і бобових – метіонін і цистин.

Біологічна цінність білків також залежить від ступеня засвоєння їх в організмі людини (для тваринних білків – 90 %, для рослинних 60 - 80 %).

Проблема сучасного світу - зниження забезпечення населення Землі харчовим білком. Останнім часом багато уваги приділяється створенню нових видів білкової їжі, які б містили повноцінний білок на основі рослинних продуктів, отриманих з різних джерел.

**Висновки:** Норми споживання білків в Україні відповідають нормам, рекомендованим ФАО і ВООЗ, а також середнім нормам споживання в США, Німеччині, Великій Британії, Японії. В раціонах українців в середньому міститься рекомендована загальна кількість білка, проте кількість тваринного білка нижча за рекомендовану норму, а рослинні білки не збалансовані за повноцінністю.

В.О. Поперечний, І.Т. Кульчицький

### **ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНІ ОРГАНІЗМИ. ЗА ТА ПРОТИ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.Б. Струтинська(ас.)

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

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Питання використання ГМО належить до числа глобальних, які детально вивчаються в наукових колах, цікавлять громадськість, але не мають на сьогоднішній день однозначного рішення. Противники і прихильники вживання ГМО в своєму арсеналі володіють достатньою кількістю вагомих аргументів.

**Мета:** Систематизувати та опрацювати наукові роботи та дослідження визнаних вчених – спеціалістів у даній галузі. На основі цих досліджень, сформувати власне об'єктивне ставлення щодо ГМО та генної інженерії взагалі та проінформувати населення про позитивні та негативні сторони ГМО та генної інженерії.

**Матеріали та методи:** Обробка, опрацювання достовірних та науково обгрутованих досліджень та праць, аналіз наукових публікацій за період 2010-2017 роки з ресурсів i-medic.com.ua, irbis-nbuv.gov.ua, PubMed, репозиторій бібліотеки ВНМУ , статистичне анонімне опитування щодо обізнаності населення про ГМО та генну інженерію.

**Результати:** Найбільш перспективною галуззю молекулярної біології в наш час стала генна інженерія, яка розробляє методи перенесення генетичного матеріалу від одного живого організму до іншого з метою одержання нової генетичної інформації та управління спадковістю. Зміни генів насамперед пов'язані з перетворенням хімічної структури ДНК. У результаті інтерналяції нового гену в генотип можна індукувати синтез нових білків. Так інсулін людини, отриманий за допомогою E.coli, виявився першим генно-інженерним білком, який використали з метою фармакотерапії цукрового діабету. Виявилось, що генно - інженернтї інсулін не поступається за гіпоглікемічним ефектом інсуліну свині та не викликає алергічних реакцій.

Крім того методом генної інженерії можна отримати продукти з новими біологічними характеристиками. Трансгенні рослини, які отримали генноінженерним шляхом, дають більш високу врожайність, можуть мати інші властивості, підвищену декоративну і харчову цінність. ГМ-сорти стійкі до гербіцидів, несприятливого клімату, псування при зберіганні, хвороб і шкідників.

**Висновки:** Наукові дослідження все ще в процесі, але споживаючи продукти, що є генно модифікованими чи містять такі складники, маємо розуміти, що як і всі компоненти їжі, новий генний матеріал та нові білки, які потрапляють в нашу травну систему хімічно розкладаються до елементарних одиниць (мономерів) – нуклеотидів та амінокислот, які є універсальними для всього живого. І лише в такому вигляді всмоктуються з кишківника в кров, яка перед проходженням через тіло, несе всі продукти травлення до печінки, де вони перетворюються в придатний для використання клітинами тіла стан або ж переводяться в нетоксичну форму і виводяться.



А.О. Причепа, К.В. Ляшенко  
**МЕДИЧНІ ІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ**  
Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики  
В.В. Мотигін (доцент, к.т.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В період глобальної інформатизації є необхідним використання медичної бази даних для централізованого збереження та накопичення інформації, полегшення її знаходження та опрацювання.

**Мета:** Дослідити статистику використання різних медичних інформаційних систем, зокрема тих що є основними в державних та приватних медичних установах України, переваги та недоліки їх використання.

**Матеріали та методи:** Аналіз статистики інтернет-запитів по території України, використання офіційної статистики щодо використання різних інформаційних систем в медичних установах.

**Результати:** Інформаційна система – організаційно впорядкована сукупність документів та інформаційних засобів, в тому числі обчислювальної техніки і засобів зв'язку, що забезпечують реалізацію інформаційних процесів. Медична інформаційна система (МІС) – це програмно-технічний комплекс, що забезпечує процеси збирання, зберігання, обробку і використання інформації в галузі охорони здоров'я. Згідно з наказом МОЗ від 07.09.2017 № 1060 «Про тестування компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги» було створено основу для запуску електронної системи охорони здоров'я для реєстрації медичних закладів, лікарів та пацієнтів. На території України існує електронна система охорони здоров'я eHealth, яка полегшує процес отримання інформації як пацієнту так і лікарю. eHealth підтримує декілька МІС, а саме: HELSI.me, DoctorEleks, MedCard Plus, МедЕйр, MEDICS, Поліклініка без черг, MEDSTAR, EMCIMED. Найпоширенішою МІС в медичних закладах є DoctorEleks.

Основними перевагами використання цих систем є можливість зменшення затрати часу на пошук даних попередніх обстежень пацієнта, впровадження контролю за процесом лікування, швидкий доступ у будь-якому регіоні країни (що входить до складу системи), довготривалість, можливість імпорту чи експорту даних. У порівнянні з паперовими носіями, електронні варіанти більш компактні, унеможливають похибку трактування інформації через незрозумілість написання, не підлягають впливу часу (папір з часом втрачає свої властивості, що є причиною втрати важливих даних) тощо. Станом на сьогодні в Україні існують певні проблеми з впровадженням та використанням цих систем.

**Висновки:** Медичні інформаційні системи значно полегшують процес лікування пацієнта, забезпечують централізоване накопичення великих об'ємів інформації та роботу з ним. Основна задача МІС – інформаційна підтримка різноманітних задач надання медичної допомоги населенню, регуляція роботи медичних закладів та інформаційне забезпечення системи охорони здоров'я.

Д.І. Пшеничний  
**МАЛІ РЕГУЛЯТОРНІ МОЛЕКУЛИ – ГАЗОТРАНСМІТЕРИ В НОРМІ ТА ЇХ РОЛЬ В РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЙ**

Кафедра біологічної хімії  
О.М. Колошко (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гуморальна регуляція в людському тілі не обмежується гормонами та гормоноподібними речовинами. Концепція «газотрансмітерів» була запропонована вченими ще в 2002 році. З того часу накопичено чимало даних про механізми дії та функції таких сполук в живих організмах. Важливе значення мають відомості про місце газотрансмітерів в розвитку патологій внутрішніх органів (серцево-судинних захворювань, тромбозів, ниркової недостатності, невиношування вагітності, вроджених вад розвитку, тощо).

**Мета:** узагальнити сучасну наукову інформацію за період з 2008 по 2018 рр. про молекулярні механізми дії газотрансмітерів NO, H<sub>2</sub>S та CO та їх роль в діагностиці та лікуванні.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз літературних джерел із системи пошуку «PubMed» відповідно тематиці та зроблено узагальнюючі висновки.

**Результати:** NO був виявлений як хімічно невідомий вазодилататор. NO синтезується в організмі з аргініну НАДФН залежним ферментом синтазою NO. Є медіатором ЦНС, знижує ЧСС, сприяє релаксації судин та зниженню АТ, току крові в міокард. Із препаратів, що впливають на сигнальний шлях NO, ще у дев'ятнадцятому столітті використали нітрогліцерин для боротьби зі стенокардією. NO забезпечує розширення судин і зменшення тиску на серце. Препарат силденафіл (віагра), через NO пригнічує фосфодіестеразу, розщеплює цГМФ і продовжує дію сигналу.

CO – сигнальна молекула, летючий газотрансмітер, не зв'язується з рецепторами, а взаємодіє з ферментами. Синтезується при катаболізмі гему під дією гемоксигенази. Ефекти реалізує через вторинного месенджера цГМФ: розслаблює судини, розширює жовчні каналці, гальмує моторику кишечника, активує тромбоцити.

H<sub>2</sub>S. синтезується з амінокислот цистеїн та гомоцистеїн. Ефекти: вазодилатація, стимуляція фільтрації в нирках, антиагрегант, медіатор ЦНС – сприяє синтезу цАМФ, регулює синаптичну активність нейронів. Порушення продукції H<sub>2</sub>S викликає молекулярні механізми розвитку різних патологій: серцево-судинних захворювань, тромбозів, ниркової недостатності, вроджених вад розвитку. Для діагностики визначають рівень гомоцистеїну в крові (нормальне значення 5-15 мкмоль/л) збільшення - є маркером серцево-судинної та ряду патологій.

**Висновки:** Розуміння механізмів дії та функцій цих речовин створює основу для їх використання з діагностичною та лікувальною метою. На основі опрацьованої інформації про основні шляхи впливу регуляторних молекул на клітини – мішені організму людини проведені дослідження по розробці препаратів для яких ґрунтується на механізмах газотрансмітерів. H<sub>2</sub>S використовується для «сірководневої терапії» у вигляді донора діалілітрисульфіда для того, щоб підвищити вміст сірководню в крові і тканинах пацієнтів з інфарктом міокарда. Кореляція сірководню в організмі при паталогічних станах вирівнюється надходження із зовнішнього середовища (екзогенний сірководень), який реагує з киснем, утворює сульфан-сірки (проміжний продукт), запасється і транспортується кров'ю. Оксид вуглецю використовується як активне середовище в інфрачервоних лазерах, справляє анелгезуючий, антибактеріальний, протизапальний ефект, посилює мікроциркуляцію, дозволяє провести діагностику порушень окиснювально – відновних процесів.

П.А. Рагуліна

### РЕГУЛЯЦІЯ ЦИРКАДНИХ БІОРИТМІВ НА ГЕНЕТИЧНОМУ РІВНІ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Тертишна (к.біол. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Періодичність, гармонійність, злагодженість функціонування багатоклітинного організму можлива за умов чіткої керуючої універсальної програми життєдіяльності. Хронобіологія – наука медико-біологічного спрямування, що вивчає механізми регуляторного повторення фізіологічних процесів в надскладних багатоклітинних організмах. Досягнення молекулярної біології останніх років показали спадкову природу циркадних біоритмів.

**Мета:** Висвітлити останні досягнення молекулярної біології в питанні регуляції біоритмів людини на генетичному рівні, проаналізувати перспективи та можливості використання цих досягнень в сучасній медицині.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій за 2016-2017 рр. з ресурсу PubMed, депозитарію бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** До останнього часу існувала думка, що основними чинниками, які впливають на циклічний характер змін біоритмів, слід вважати внутрішні біорегуляторні механізми організму людини, а саме продукцію як гормонів активності: кортизолу, адреналіну, серотоніну, дофаміну, так і гормонів спокою: мелатоніну, соматотропіну. Наступним по значущості вважались природні, географічні та інші зовнішні фактори: тривалість сонячної доби, на яку реагує сітківка ока, геофізичні сигнали пов'язані з обертанням Землі навколо своєї осі, а також нераціональне харчування, переміщення людини в часових поясах.

На даний час перспективним науковим напрямком є докази спадкової природи регуляції циркадних ритмів. У 70-х роках ХХ ст. С. Бензер та співавтори довели наявність, а потім ідентифікували гени, які контролюють циркадні ритми. Вчені продемонстрували, що мутації цих генів порушують циркадний годинник у тварин. Невідомому гену присвоїли назву ген-Perіоду або ген-Per.

В 1984 році американські біохіміки Д. Холл, М. Розбаш, М. Янк не тільки виділили ген-Per, а й в подальшому розшифрували молекулярний принцип його роботи. Виявилось, що він кодує інформацію про структуру регуляторного Per-білка. В своїй будові має гальмівну петлю зворотного зв'язку. Завдяки такій особливості структури Per-білок перешкоджає власному синтезу, чим регулює свій рівень в безперервному циклічному ритмі. Цей білок синтезується в клітинах вночі і руйнується вдень, отже рівень білка коливається синхронно з циркадними ритмами.

У 2017 році Холлу, Розбашу, Янку присуджена Нобелівська премія за розшифровку структури генів та розкриття молекулярних механізмів їх дії за участі спеціальних білків-регуляторів. Відкриття зроблені лауреатами лежать в основі ключових принципів функціонування біологічного годинника і дали поштовх для подальшого вивчення проблеми регуляції циркадних ритмів. Нещодавно був відкритий ще один «вартовий» ген – Tim, що слугує додатковим фактором в активації білка-Per і контролю активності гену-періодичності.

**Висновки:** Проблема циркадних ритмів та їх регуляції на різних молекулярних рівнях знаходить своє відображення в сучасній медицині, оскільки дає поштовх таким новим напрямкам як хронодіагностика, хронопрофілактика, хронотерапія, хронофармакологія.

В.О. Радіонов  
**ХІМІЗМ ЕМОЦІЇ СТРАХУ**  
Кафедра біологічної та загальної хімії  
О.Г. Сулім (к.б.н., ст.викладач)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Страх - це почуття, через яке в своєму житті неодноразово проходила кожна людина. Всі люди, коли-небудь відчували страхи. Страх може вбити, а може і врятувати. Страх, незважаючи на всі неприємні відчуття, які він приносить, є необхідним почуттям. Це абсолютно нормальна, закономірна реакція на небезпеку.

**Мета:** Систематизувати біологічно активні речовини які беруть участь у формуванні емоції страху.

**Матеріали та методи:** Була опрацьована відповідна навчальна література, яка є в бібліотеці університету, а також інтернет ресурсах: Google, Pub Med за останні п'ять років.

**Результати:** Безпосередньо після визначення ситуації як стресової, гіпоталамус виділяє в кров кортикотропін (адренкортикотропний гормон), який, досягнувши наднирників, спонукає синтез норадреналіну і адреналіну. У надниркових залозах адреналін синтезується з норадреналіну шляхом метилювання атома нітрогену.

Адреналін - гормон - потрапивши в кров, викликає цілу бурю реакцій в організмі: підсилює і прискорює серцебиття, викликає звуження судин мускулатури, черевної порожнини, слизових оболонок, розслабляє мускулатуру кишечника, і розширює зіниці. Крім цього мобілізує резерви цукру в організмі - підвищується вміст глюкози в крові.

Сам адреналін не потрапляє в клітини печінки і м'язів. Гормон зв'язується, на поверхні клітини за принципом "ключа і замка" з білком-рецептором. В результаті зв'язування адреналіну активується фермент аденилатциклаза, яка з'єднується з білком-рецептором і проникає всередину клітини. Аденилатциклаза перетворює носій енергії в клітині аденозинтрифосфат (АТФ) в циклічний аденозинмонофосфат (цАМФ).

З утворенням цАМФ починає рухатися лавина реакцій. Активується протеїнкіназа, що переносить фосфатні групи від АТФ на інші ферменти. Ферменти змінюють свою активність. При згасанні стресовій ситуації припиняється надходження адреналіну в кров. цАМФ ферментативно розщеплюється, і всі ферменти після відщеплення фосфатних груп знову повертаються в початковий стан. Глюкоза знову переводиться в свою запасну форму - глікоген. Концентрація глюкози в крові і клітині знижується і нормалізується

Основне завдання адреналіну - адаптувати організм до стресової ситуації. Адреналін покращує функціональну здатність скелетних м'язів. Разом з тим тривала дія високих концентрацій адреналіну призводить до посиленого білкового обміну, зменшення м'язової маси і сили, схуднення і виснаження. Це пояснює схуднення і виснаження при стресі (стресі, що перевищує адаптаційні можливості організму).

Норадреналін - гормон і нейромедіатор. Норадреналін також підвищується під час стресу, шоку, травмах, страху, нервовому напруженні. Дія норадреналіну полягає в звуженні судин і підвищенні артеріального тиску.

**Висновки:** Численні експерименти показали, що тварини, у яких видаляли мозкову речовину надниркових залоз, виявлялися нездатними робити будь-які стресові зусилля: наприклад, бігти від небезпеки, що насувається, захищатися, або добувати їжу. Без гормонів надниркових залоз організм виявляється "беззахисним" перед обличчям будь-якої небезпеки.

В.О. Радіонов  
**ВПЛИВ ШУМУ ТА ВІБРАЦІЇ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ**  
Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики  
Н.Ф. Серпак (ст.викл.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У зв'язку з бурхливим науково-технічним прогресом, шум і вібрація у повсякденному житті зросли більше ніж у 2 рази. З підвищенням рівнів шумового забруднення захворюваність мешканців міст збільшилась майже в 3 рази. Перевищення допустимої норми рівня шуму (80 дБ) на 1 дБ призводить до зростання професійних захворювань на 20-30 % та зниження продуктивності праці на 1 %.

**Мета:** Дослідити вплив шуму та вібрації на органи і системи людини, визначити найбільші джерела шумового забруднення та шляхи їх подолання.

**Матеріали і методи:** Дані Українського гігієнічного центру при МОЗ України; «Руководство к лабораторным работам по медицинской и биологической физике» И.А. Эссауловой, М.Е. Блохиной, Л.Д. Гонцова (М., 1987); Профілактична медицина Даденко І.І., Габович Р.Д., 2014; Лекційний матеріал з біофізики ВНМУ ; інтернет-джерела.

**Результати:** Підвищений рівень шуму є причиною старіння організму людини і скорочення тривалості її життя на 8-12 років. Сьогодні мешканці шумних районів великого міста, працівники шумних технологічних процесів переважно страждають на ішемічну хворобу серця, розлади центральної нервової системи, гіпертонію, втрату слуху, виникнення злоякісних пухлин, погіршення пам'яті тощо. За твердженнями фахівців Українського

гігієнічного центру при МОЗ України, близько 40 % загальної площі середньостатистичного міста (з населенням 750 тис. мешканців) непридатні для забезпечення належного рівня проживання через надмірне акустичне забруднення. У містах з мільйонним населенням мешканці будинків, що знаходяться близько до магістральних вулиць, зазнають значного шумового навантаження, яке у деяких випадках сягає 83-90 дБ, причому у 55-86 % джерелом підвищеного шуму є автотранспорт. А гранично допустимий рівень шуму на територіях, що прилягають до житлових будинків, протягом доби має становити 70 дБ від 7-ї до 23-ї години, і 60 дБ — від 23-ї до 7-ї години. Під дією вібрації виникають функціональні зміни в організмі людини: погіршення зору; порушення вестибулярного апарату; галюцинації; швидка втомлюваність. Негативні відчуття внаслідок вібрації виникають при віброприскореннях, що становлять 5 % віброприскорення від сили маси людини, тобто 0,5 м/с<sup>2</sup>. Особливо шкідлива вібрація з частотами, близькими до частот власних коливань тіла людини, більшість з яких знаходиться у межах 6-30 Гц. Резонансні частоти окремих частин тіла знаходяться у межах, Гц: очі – 22-27; горло- 6-12; грудна клітка – 2-12; ноги й руки – 2-8; голова – 8-27; обличчя та щелепи – 4-27; поперекова частина хребта – 4-14; живіт – 4-12.

**Висновок:** Тиша сьогодні потрібна не тільки людині, але всьому природному середовищу. "Якщо раніше ми говорили, що чистота — це запорука здоров'я, то тепер стала не менш важлива істина: тиша — це запорука здоров'я". Сильний шум нині справедливо називають "невидимою отрутою". Боротися з шумом і вібрацією нині значить продовжити життя на Землі.

К.М. Сидорук

## ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОГЕННИХ МЕТАБОЛІТІВ ТА ЕСЕНЦІАЛЬНИХ НУТРИЄНТІВ В СПОРТИВНОМУ ХАРЧУВАННІ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.М. Колошко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Активні фізичні навантаження є достойною формою проведення вільного часу. Виходячи з того, що сучасний урбанізований спосіб життя не дає змоги реалізувати еволюційно закладені молекулярні механізми адекватної реакції на стрес, можна стверджувати, що регулярна фізична активність є профілактикою серцево-судинних захворювань. Водночас, захопившись досягненнями в побудові форм власного тіла, люди нерідко вдаються до фармацевтичної підтримки, що спричиняє побічні ефекти.

**Мета:** Дослідити молекулярні механізми основної та небажаних побічних дій спортивних харчових добавок та узагальнити в наукову таблицю для використання студентами II курсу під час занять по відповідним темам із біологічної хімії.

**Матеріали та методи:** Література з курсу біологічної хімії з додаванням сучасних даних із наукової системи пошуку «PubMed» за 2014-2017 роки відповідно тематиці.

**Результати:** Ряд метаболітів, які вивчаються в курсі біологічної хімії, знайшли використання у спортивному харчуванні.

Карнітин є коферментом другої групи, основна функція якого є переніс радикалів жирних кислот із цитозолу в мітохондрії для подальшого окислення. Прийом карнітину перед тренуванням активізує окислення жирних кислот, що збільшує силу м'язових скорочень та витривалість до навантажень, сприяє згорянню жирових відкладень.

Оротова кислота, що є спільним попередником в синтезі піримідинових нуклеотидів, спричиняє активуючу дію на реплікацію ДНК, мітотичне ділення та репарацію тканин. Водночас, активація транскрипції призводить до анаболічного ефекту.

Метандростенолон – модифікована версія тестостерону, основний ефект якого проявляється в швидкому збільшенні м'язової маси, за рахунок активації синтезу білка та глікогенезу. Препарат має властивості ароматизуватися і помірні естрогенні показники, що може викликати багато побічних ефектів при передозуваннях.

Поліненасичені жирні кислоти є незамінними жирами, які часто включаються до складу спортивного харчування. Біологічна і харчова цінність жирів полягає в тому, що вони є джерелом незамінних факторів харчування не можуть синтезуватися в організмі людини і повинні обов'язково надходити з їжею.

Креатин - це натуральне з'єднання, що виробляється в організмі з трьох амінокислот (аргінін, гліцин і метіонін) і є потрібним для енергетичного обміну і виконання рухів. Приблизно 95% від загального пулу креатину запасається в тканинах скелетної мускулатури у формі креатин фосфату, так як фосфат є необхідним компонентом для того, щоб від креатину можна було витягти потрібний ефект.

**Висновки:** Вивчення механізму основної та побічних дій ендогенних метаболітів, які вивчаються в курсі біологічної хімії, створює ґрунтовну базу для використання їх в спортивній медицині. Але їх бездумне застосування, зокрема стероїдів, призводить до побічних ефектів, таких як гепатит, цироз, гінекомастія, алопеція, прогресування атеросклерозу, тощо.

Р.Р. Смолинець, М.М. Вороновська, В.М. Сай  
**АНАЛІЗ ВПЛИВУ ІНДОМЕТАЦИНУ ТА МЕТОТРЕКСАТУ НА ПРООКСИДАНТНІ ТА  
АНТИОКСИДАНТНІ ПРОЦЕСИ У ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ**

Кафедра біологічної хімії

Л.П. Білецька (к.б.н., ас.), О.П. Хаврона (к.б.н., доц.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м.Львів, Україна

**Актуальність:** Індометацин належить до нестероїдних протизапальних засобів, є неселективним інгібітором ЦОГ. Препарат має значну протизапальну, анальгезуючу, антипіретичну та антиагрегантну активність. Індометацин застосовується при запальних і дегенеративних захворюваннях опорно-рухового апарату, навколосуглобових тканин та дисменореї. Проте значний спектр небажаної побічної дії обмежує застосування цього препарату. Метотрексат належить до антиметаболітів, є антагоністом фолієвої кислоти, має високу протипухлинну активність і широкий спектр дії. Однак побічна дія цього препарату призводить до змін біохімічних показників та фізіологічного статусу організму. Тому значний інтерес становить визначення ступеня змін у системі прооксиданти-антиоксиданти за умов введення індометацину та метотрексату.

**Мета:** Вивчити вплив індометацину та метотрексату на прооксидантно-антиоксидантний гомеостаз в клітинах печінки щурів.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводили на щурах-самцях масою 180-240 г, згідно міжнародних умов проведення експериментів з лабораторними тваринами. Тварин поділили на 3 групи: I – 10 інтактних щурів, II – 10 тварин, яким перорально вводили суспензію індометацину в дозі 10 мг/кг, III – 10 тварин, яким вводили метотрексат, у дозі 10 мг/кг внутрішньоочеревинно. Декапітацію тварин проводили під тіопенталовим наркозом (40 мг/кг). У гомогенатах печінки визначали активність супероксиддисмутази (СОД) за методом С.Чевари (1991), каталази за методом М.А. Королюка (1998) та вміст ТБК-активних продуктів за методом Р.А.Тимирбулатова (1981). Статистичну обробку результатів проводили, враховуючи критерій Стьюдента, з використанням стандартних комп'ютерних програм. Достовірними вважались показники при  $p < 0,05$ .

**Результати:** В печінці щурів при введенні індометацину активність СОД і каталази знижувалась приблизно у 5 та 2 рази відносно контролю, а вміст ТБК-активних продуктів у 1,06 рази. Введення метотрексату зумовило тенденцію до зростання активності СОД, в той час як активність каталази і вміст ТБК-активних продуктів знижувався у 3 і 1,1 рази відносно показників I-ї групи.

**Висновок:** Згідно вказаних результатів вплив індометацину на ферментативну ланку антиоксидантного захисту та показники прооксидантних процесів відзначається негативною динамікою. Введення метотрексату спричинило зниження рівня оксидативних процесів та виникнення дисбалансу в системі антиоксидантного захисту.

Є.Є. Смольник, І.Л. Погребна, К.Г. Нагорян, І.Д. Гедз

**БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА МЕДИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ МАТРИЧНОГО  
СИНТЕЗУ БІЛКІВ**

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:** В лікуванні інфекційних та онкологічних захворювань широко використовується хіміотерапія – застосування фармапрепаратів як інгібіторів матричних синтезів (реплікації, транскрипції, трансляції). Це, в першу чергу, антиметаболіти (аналоги) структурних одиниць нуклеїнових кислот, велика група різноманітних антибіотиків, алкалоїди та ін. На сьогоднішній день актуальним є з'ясування механізмів дії цих інгібіторів, які лежать в основі їх практичного застосування.

**Мета роботи:** Висвітлити механізми дії, фармакологічну активність, показання, протипоказання, дозування та побічні дії препаратів - інгібіторів матричних синтезів. Отримані дані будуть систематизовані в буклеті, створеним сумісними зусиллями студентів медичного і фармацевтичного факультетів.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури, фармацевтичних довідників, інформації з джерел інтернету (Internet Web Science, Нормативно-директивні документи МОЗ України).

**Результати:** В буклеті лікарські препарати, які використовуються як інгібітори матричних синтезів, систематизовані в три великі групи. Перша група - інгібітори реплікації, які блокують подвоєння ДНК і, відповідно, ділення клітин, тому їх застосовують в хіміотерапії ракових захворювань. Однак, ці препарати здатні інгібувати синтез ДНК як у ракових, так і нормальних клітинах і тому є досить токсичними для організму хворого.

В другій групі представлені фармапрепарати – інгібітори транскрипції і в третій - інгібітори трансляції. Останні, переважно, представлені антибіотиками, які блокують синтез РНК та білка у прокаріотів. Кінцевим

результатом їх дії є загибель бактеріальної клітини. Ці препарати володіють високою вибірковістю дії і відносно низькою токсичністю для людини. Препарати з кожної групи описані детально.

**Висновки:** Застосування фармпрепаратів – інгібіторів матричних синтезів у медичній практиці та в експериментальних дослідженнях є перспективним напрямком в лікуванні онкохворих. Отримані матеріали опрацьовані, систематизовані і знайшли своє відображення у буклеті «Біохімічні механізми та медичне застосування інгібіторів матричного синтезу білків», використання якого в навчальному процесі дозволить підвищити його наочність і ефективність як для студентів медичного, так і фармацевтичного факультетів.

С.О. Тимошук, О.О. Тимошук, В.В. Мошківський

### **БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ АПОПТОЗУ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.В. Ладутько (к.м.н., доц.),

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

**Актуальність:** Апоптоз це запрограмована смерть клітини, як еволюційно-сформований механізм елімінації застарілих клітин. Посилення апоптозу спостерігається при нейродегенеративних захворюваннях, ішемічних та токсичних ураженнях. Клітини злоякісних пухлин не здатні підлягати апоптозу. Тому вчені намагаються знайти ліганди для ракових клітин, що є важливою задачею сучасності.

**Мета:** Вивчення та систематизування знань про важливість біохімічних механізмів апоптозу.

**Матеріали та методи:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science та Scopus по вивченню біохімічних механізмів апоптозу за 2013-2018 роки.

**Результати:** Апоптоз - запрограмована клітинна смерть, регульований процес самоліквідації на клітинному рівні, в результаті якого клітина фрагментується на окремі апоптотичні тільця. Процес апоптозу умовно розділяють на три фази: сигнальну, ефекторну, деградаційну.

Сигнальна фаза: виділяються два основні шляхи трансдукції сигналу апоптозу: 1) рецептор-залежний сигнальний шлях за участю рецепторів загибелі клітини 2) нерепеторний шлях.

Ліганди – цитокіни, індуктори рецептор-залежного апоптозу: Fas, ФНП, інтерлейкіни- регулятори смерті. Вони взаємодіють з лігандами (CD95, TNF). Активованій рецептор взаємодіє з адаптером. Адаптер вступає у взаємодію з ефектором-прокаспазами. Взаємодія «ліганд-рецептор-адаптер-ефектор» формують агрегати, в яких активуються каспази. Рецептори смерті активують апоптотичні білки: p53, Кв, Вах. ВНЗ. Відбувається активація ДНК-ази, руйнування клітинних білків, порушення міжклітинних контактів та цитоскелету, інгібування реплікації та репарації ДНК, фрагментація ДНК.

Індуктори рецептор-незалежного апоптозу: АФК, NO, цераміди, сфінгозин, перфорини, які утворюють канали в мембрані клітин. Їх дія призводить до змін редокс-потенціалів, модифікації білків, активації каспаз. Нерепеторний сигнальний шлях реалізується виходом апоптогенних білків (цитохром С та флавопротеїн (AIF)) з ММП мітохондрій у цитоплазму при розриві мітохондріальної мембрани або шляхом відкриття пор. В цитоплазму вивільняється цитохром С, який разом з білком Ара1-1 формує апоптосому, що активують каспази. Флавопротеїн діє незалежно від каспаз, викликає конденсацію хроматину і активує ендонуклеази, які фрагментують ДНК.

Ефекторна фаза: різні ініціюючі шляхи конвертуються в загальний шлях апоптозу. Відбувається активація каскаду білків-ефекторів і білків-модуляторів. У процесі активації вони запускають каспазний каскад.

Деградаційна фаза: відбувається фрагментація на окремі апоптотичні тільця, обмежені мембраною. Фрагменти загиблої клітини дуже швидко фагоцитуються макрофагами, мінаючи розвиток запальної реакції.

**Висновок:** Правильне розуміння біохімічних та фізіологічних особливостей апоптозу дає змогу використовувати даний процес у великій кількості клінічних аспектів лікування та профілактики ембріопатології та використання в клініці онкологічних захворювань.

М.І. Тихонюк, М.О. Шваця

### **ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРАВ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗОРУ ПРИ КОРОТКОЗОРОСТІ**

Кафедра біофізики, інформатики та медичної апаратури

О.І. Тарчинець (асистент), Ю.В. Тарчинець (асистент)

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

**Актуальність:** Міопія – важлива медико-соціальна проблема сучасної цивілізації, оскільки з бурхливим ростом комп'ютерних технологій кількість випадків міопії росте в геометричній прогресії. Статистика стверджує, що кожна третя сучасна людина страждає короткозорістю.

**Мета:** З'ясувати ефективність вправ для відновлення зору при короткозорості. Провести статистичну обробку даних експерименту.

**Матеріали та методи:** Дві групи людей: контрольна та дослідна. Аналіз та узагальнення експериментального

досвіду.

**Результати:** В офтальмології захворювання міопія залишається однією з найбільш актуальних проблем, що зв'язано з її масовим розповсюдженням, тенденцією до прогресування, можливим переростанням в ускладнені форми.

Причин короткозорості є чимало. Основні із них:

- Спадковість
- Інтенсивні зорові навантаження, яким піддаються органи зору.
- Неправильна корекція зору.
- Неправильне харчування.
- Судинні фактори.
- Хронічні захворювання.
- Не дотримання правил гігієни зору.

Головною причиною прояву міопії у людини є видозміна форми очного яблука. Корекція міопії в даний час здійснюється трьома загальноприйнятими способами, зокрема: носінням окулярів, застосуванням контактних лінз та лазерна терапія.

На початку XIX століття американський офтальмолог Вільям Гораціо Бейтс, поклав початок по поліпшенню зору, не вдаючись до допомоги окулярів.

Теорія Бейтса передбачає, що аномалії рефракції ока, пов'язані з напругою м'язів, що оточують очне яблуко, а не з органічними змінами в кришталіку або форми очного яблука. Бейтс першим почав пошуки альтернативних способів поліпшення зору, першим ввів профілактику аномалій рефракції, розробив вправи, що розслаблюють очні м'язи і знімають спазми. Він вважав, що при їх регулярному виконанні зміниться форма очного яблука і відповідно покращиться зір.

Нами було досліджено вірність теорії Бейтса, а також перевірено ефективність вправ для очей у покращенні зору. У нашому дослідженні взяло участь 40 людей. На початку особам було запропоновано перевірити зір, після цього ми обговорили комплекс вправ, які пацієнти повинні були виконувати тричі на день протягом місяця. Дослідна група виконувала вправи, контрольна – ні. Зважаючи на кількість виконаних вправ та старанність їх виконання, в результаті дослідження було доведено, що гімнастика для м'язів очей і справді поліпшує зір.

**Висновки:** Під час даної роботи було доведено експериментально та математично, що вправи для очей і справді допомагають відновити зір при міопії, тому їх можна рекомендувати для тих, хто має короткозорість, а саме - на це впливає кількість і якість виконання лікувальної гімнастики. Про це свідчить виконаний нами кореляційний аналіз, в якому ми довели зв'язок між показником покращення зору і кількістю разів, що виконувалися вправи з ймовірністю 99,9%.

Отже, дані нашого дослідження підтверджують теорію Бейтса, згідно з якою якісне виконання вправ допомагає підтримувати м'язи ока у тонусі, що й дозволяє скорегувати проблеми фокусування зображення на сітківці.

К.М. Тубулкан

## ВПЛИВ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ НА КІНЕТИЧНІ ПАРАМЕТРИ УТВОРЕННЯ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В НИРКАХ ЩУРІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

А.В. Мельник (д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гідроген сульфід (H<sub>2</sub>S) відіграє важливу роль у функціонуванні нирок в нормі та при патології. Він є потужним вазодилататором, стимулює процеси фільтрації в нирках, залучений до регуляції реабсорбції електролітів у каналцях нефрона. Хронічна ниркова недостатність супроводжується формування дефіциту H<sub>2</sub>S, що супречене з розвитком функціональних та морфологічних змін у нирках. За цих умов донори H<sub>2</sub>S виявляють потужні нефропротекторні властивості. Утворення гідроген сульфіду в нирках переважно відбувається з цистеїну за участі трьох піридоксальфосфатзалежних ферментів: цистатіонін-γ-ліази, цистатіонін-β-синтази та цистеїнамінотрансферази. Показано, що одним із чинників регуляції синтезу H<sub>2</sub>S в нирках є статеві гормони. Естрадіол викликає збільшення активності цих ферментів, тоді як дія тестостерону є протилежною. На сьогодні залишається невивченим вплив статевих гормонів на кінетичні параметри цистатіонін-γ-ліази – основного ферменту продукції H<sub>2</sub>S в нирках щурів.

**Мета:** Оцінити вплив тестостерону та естрадіолу на максимальну каталітичну активність (V<sub>max</sub>) та константу Міхаеліса (K<sub>m</sub>) цистатіонін-γ-ліази в нирках статевозрілих щурів.

**Матеріали та методи:** Досліди проведені на 60 білих нелінійних статевозрілих (6-8 міс., маса тіла 220-280 г) щурах обох статей (*Rattus norvegicus*). Дефіцит статевих гормонів в організмі щурів створювали шляхом кастрації тварин під каліпсоловим наркозом хірургічним методом через серединний розтин передньої черевної стінки згідно загальноприйнятих методик. В супернатанті пост'ядерного гомогенату нирок визначали активність та кінетичні параметри цистатіонін-γ-ліази (КФ 4.4.1.1) спектрофотометричним методом за реакцією

з N,N-диметил-пара-фенілендіаміном в присутності FeCl<sub>3</sub>.

**Результати:** З'ясувалось, що при низьких концентраціях цистеїну (0,12-0,48 мМ) у самок щурів швидкість реакції гідролітичного розщеплення цієї амінокислоти в нирках за участі цистатіонін-γ-ліази була вищою на 35-40% ( $p < 0,05$ ), порівняно з самцями. Аналіз кінетичних параметрів показав, що в нирках самок щурів  $V_{max}$  реакції на 18% ( $p < 0,05$ ) більша, а  $K_m$  по цистеїну - на 23% ( $p < 0,05$ ) менша, ніж у самців, що свідчить про більшу спорідненість до цистеїну та максимальну каталітичну активність цистатіонін-γ-ліази у особин жіночої статі.

Кастрація тварин мала різноспрямований вплив на кінетичні показники реакції гідролізу цистеїну за участі цистатіонін-γ-ліази в нирках: оваріектомія самок супроводжувалась збільшенням  $K_m$  по цистеїну на 21% ( $p < 0,05$ ) та зменшенням  $V_{max}$  реакції на 17% ( $p < 0,05$ ), тоді як орхідектомія самців спричиняла зниження  $K_m$  по цистеїну на 19% ( $p < 0,05$ ) та зростання  $V_{max}$  реакції на 13% ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** Результати проведених досліджень свідчать, що одним із шляхів впливу статевих гормонів на продукцію H<sub>2</sub>S в нирках є модуляція основних кінетичних параметрів цистатіонін-γ-ліази ( $V_{max}$  та  $K_m$ ).

В.Г. Халілова

## РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ РЕЦЕПТОРІВ LEPR В ОЖИРІННІ ТА АТЕРОСКЛЕРОЗІ

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко (к. мед. н., ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ожиріння давно стало реальною загрозою здоров'ю населення розвинених країн. Найстрашніше, що до нього стають все більше схильні діти, тобто добробут суспільства підривається в самому його зародку. При ожирінні вірогідність відкладання на стінках судин холестерину підвищується, останній утворює атеросклеротичні бляшки. Судинні бляшки порушують кровообіг, звужуючи просвіт як великих, так і дрібних судин, викликаючи атеросклероз. Атеросклероз небезпечний розвитком інсультів, ішемічної хвороби серця, інфаркту та інших видів порушення кровообігу. Ризик розвитку даного захворювання підвищується вже при 1 ступені ожиріння. Захворювання серцево-судинної системи займають провідне місце серед причин смертності людства, саме тому проблема лікування ожиріння та профілактики серцево-судинних захворювань є настільки актуальною в сучасному світі.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science по вивченню впливу поліморфізму рецепторів лептину на розвиток ожиріння та на захворювання серцево-судинної системи, зокрема на атеросклероз.

**Результати:** Ген лептинових рецепторів LEPR, який розташований у хромосомі 1p31, відіграє важливу роль в регуляції маси тіла, харчової поведінки, енергетичного гомеостазу та метаболічних процесів. Ідентифіковано 6 алельних поліморфізмів гена LEPR – rs1137100 (K109R), rs1137101 (Q223R або Gln223Arg), rs1805134 (S343S), rs8179183 (K656N), rs1805096 (P1019P) та делеція/ вставка в пентануклеотиді СТТГА в 3' – нетрансльованому сайті (3'UTR Del/Ins), однак їх поширеність та клініко-діагностичне значення в різних етнічних групах є дискусійним. У більшості досліджень відмічається зв'язок поліморфізму гену LEPR Q223R з факторами кардіоваскулярного ризику – ожирінням, метаболічним синдромом, дисліпідемією. Засвідчений зв'язок поліморфізму гена LEPR Q223R з розвитком серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця та дилатаційну кардіоміопатію.

**Висновки:** Ген LEPR містить в собі інформацію про протеїн, який називається рецептором лептину, який бере участь у регулюванні ваги тіла. Лептин – поліпептидний гормон, що синтезується в основному, але не виключно, адипоцитами. Головна роль лептину – довгострокове управління енергетичним балансом. У людей з ожирінням високий рівень лептину. Виникає лептин-резистентність, коли мозок втрачає чутливість до лептину і порушується управління енергетичним балансом, що призводить до неконтрольованого споживання їжі та, як наслідок, ожиріння. Ожиріння, особливо його абдомінальна форма – це самостійний фактор ризику розвитку атеросклерозу.

Ю.Ю. Хіміч

## ЕНДОСКОПІЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

Н.Ф. Серпак (старший викладач, магістр)

Вінницький національний університет М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ендоскопія – медичний метод спостереження змін всередині тіла та обстеження внутрішніх органів людини за допомогою медичного приладу-ендоскопа, без порушення цілісності шкірних покривів та слизових оболонок. Ендоскопічний метод обстеження ЛОР-органів належить до золотого стандарту діагностики у всьому світі. В практику роботи отоларингологів міцно увійшли як діагностична (дозволяє



виявляти і точно діагностувати більшість захворювань ЛОР-органів на ранніх стадіях), так і лікувальна (максимально знизилася ризики оперативних втручань у ділянці носа і його придаткових пазух) ендоскопія носа.

**Мета:** Полягає в тому, щоб на основі доступної літератури та електронних ресурсів проаналізувати механізм ендоскопічного дослідження, з'ясувати значення й переваги ендоскопії в оториноларингології.

**Матеріали та методи:** Була опрацьована велика кількість різноманітної літератури, наукових статей із даної теми.

1. Виганд М.Э., Иро Х. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА. Медицинская литература, 2010 — 296 с.

2. Шадыев Х.Д., Хлыстов В.Ю., Хлыстов Ю.А.. Практическая оториноларингология. 2013 – 496.

3. iHealth. Ендоскопія носа – що це таке, як проводиться? [Електронний ресурс] : <https://ihealth.in.ua/> тощо.

**Результати:** Для проведення ендоскопії ЛОР-органів використовується спеціальний тонкий зонд – ендоскоп, який оснащений оптичними системами. Лікар проводить обстеження ЛОР-органів, а комп'ютеризована система виводить на екран збільшене зображення того, що не видно при звичайному огляді. Оториноларингологія є піонером в застосуванні ендоскопічних методик для хірургічного лікування хворих. Такі операції почали робити близько сорока років тому, засновником ендоскопічної хірургії носа вважають австрійського вченого Мессерклінгера. Лікувальна ендоскопія носа – це мало травматичні операції в порожнині носа і його придаткових пазухах. З кожним роком показання для таких операцій все більше розширюються, а самі операції стають більш складними, залишаючись при цьому максимально шадливими. Більшість сучасних ендоскопів для проведення ендоскопічних операцій оснащені цифровими відеокамерами і системою комп'ютерної навігації, це дуже важливо, тому що дозволяє лікарю провести правильну діагностику та полегшує проведення операції.

**Висновки:** На основі опрацьованого матеріалу ми проаналізували механізм ендоскопічного дослідження ЛОР-органів, з'ясували основні переваги ендоскопічного обстеження в оториноларингології, а саме : процедура ендоскопії безболісна і займає всього кілька хвилин; альтернатива рентгену носоглотки у дітей, що проводиться з метою оцінки ступеня розвитку аденоїдних вегетацій; відсутність шкідливого опромінення; ендоскопія дає можливість точної діагностики і отже допомагає у виборі тактики лікування, дозволяє відстежити динаміку захворювання; виявляє патології, не видимі при звичайній діагностиці ЛОР-органів, за допомогою ендоскопа можна проконтролювати ефективність лікування через будь-який проміжок часу і при необхідності скорегувати призначення.

Ю.Ю. Хіміч

## ПОЛІМЕРИ. ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В МЕДИЦИНІ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Смірнова (к.хім.н., доц.)

Вінницький національний університет М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Стрімкий розвиток полімерної науки і техніки, що спостерігається останнім часом, призводить до широкого впровадження полімерів в різні галузі промисловості і народного господарства, особливий інтерес представляє використання високомолекулярних матеріалів в медицині. На ранньому етапі розвитку полімерів медичного призначення вони служили лише заміниками вже відомих матеріалів.

**Мета:** Полягає в тому, щоб на основі доступної літератури проаналізувати та з'ясувати значення полімерів загалом, а також їх роль у медицині.

**Матеріали та методи:** Була опрацьована література за останні п'ять років, яка є в наявності депозитарію бібліотеки ВНМУ, а також велика кількість електронних ресурсів, таких як : Біосумісні полімери [Електронний ресурс]: ©2016 Електронна технічна енциклопедія E-Tech тощо.

**Результати:** Високомолекулярні речовини настільки глибоко проникли в сучасну практику що відсутність їх поставила б всю медичну науку перед серйозними труднощами, зрозуміло що найбільш важливими є ті з полімерних матеріалів які можуть бути використані або в фармакології або для протезування частин тіла і внутрішніх органів людини. Розглянуто властивості біосумісних полімерів. Хоча операції на легенях, стравоході, кишечнику, сечовивідних шляхах і ін. із застосуванням полімерних матеріалів порівняно численні, більшість з них все ще носить характер експериментальних робіт, і лише порівняно невелике коло матеріалів знайшло широке клінічне застосування. До таких матеріалів в першу чергу слід віднести надзвичайно перспективні для застосування, в хірургії полімерні клеї. Позитивною властивістю яких є притаманна всім біосумісним матеріалами здатність поступово розсмоктуватися в тканинах.

**Висновки:** На основі вивченого матеріалу можемо впевнено стверджувати, що в наш час полімери вже міцно увійшли в сучасну медицину, зробили вагомий внесок в її розвиток і успішно використовуються в різних її областях.

Ю.С. Хроль, В.В. Мошківський  
**ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ ГЕПАТИТУ В**

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.В. Ладутько (к.м.н., доц.),

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

**Актуальність:** В останні десятиліття спостерігається збільшення захворюваності на гепатит В в Україні і в цілому світі. Щороку більше 1 мільйону людей вмирає від хронічних захворювань печінки, пов'язаних з цією хворобою.

**Мета:** Вивчення та систематизування знань про біохімічні маркери гепатиту В.

**Матеріали та методи:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science та Scopus по вивченню біохімічних маркерів гепатиту В за 2013-2018 роки.

**Результати:** Гепатит В – антропонозне вірусне захворювання, яке викликається збудником з вираженими гепатотоксичними властивостями. Вірус гепатиту В є ДНК-вмісним гепаднавірусом, в серцевині якого містяться білки, що детермінують реплікацію його. При вивченні зразків крові австралійського аборигену у 1964 році американський лікар і вірусолог Барух С. Б. відкрив поверхневий антиген гепатиту В, за що отримав Нобелівську премію. Для діагностики гепатиту В визначають біохімічні та антигенні маркери. Біохімічні показники крові дають важливі дані про стан печінки, її функціональність та про ступінь ураження вірусом. Діагностичну цінність має визначення активності наступних ферментів: АЛТ (N = 5-40 Од/л) – різке підвищення свідчить про гострий перебіг хвороби, повільне незначне підвищення характеризує хронічний процес; АСТ (N = 15-40 Од/л), ГГТ (N = 15-49 Од/л) підвищені показники свідчать про ураження печінкової тканини; ЛДГ (N = 125-250 Од/л) підвищення свідчить про руйнування клітин печінки; СДГ (N = 0-1 Од/л) різке підвищення свідчить про гострий перебіг або загострення хронічного захворювання; ЛФ (N = 30-100 Од/л) – підвищення свідчить про закупорювання жовчних шляхів, білірубін (N = 8-20 мкмоль/л) підвищення свідчить про ураження печінки; альбуміни (N = 35-50 г/л) зниження показників вказує на порушення синтетичної функції печінки; тимолова проба (N = 0-4 Од/л) позитивний результат вказує на ураження печінки. Антигенні маркери: HBsAg (поверхневий АГ вірусу, свідчить про стан інфікованості); HBeAg (ядерний АГ вірусу, підвищення свідчить про реплікацію вірусу); HBcAg свідчить про активну реплікацію вірусу. Антитіла при HBV-інфекції: Анти-HBc (IgM) – ранній маркер гепатиту В; Анти-HBe маркер пригнічення розмноження вірусу; Anti-HBs – свідчить про перенесену HBV-інфекцію.

Маркерами оцінки фіброгенезу у хворих на ХГВ є визначення в сироватці крові концентрації гіалуронової кислоти та трансформуючого фактору росту  $\beta 1$  (TGF-  $\beta 1$ ). Вірогідне підвищення в сироватці крові вмісту гіалуронової кислоти та трансформуючого фактору росту  $\beta 1$  свідчить про активний фіброгенез.

**Висновки:** Виявлення маркерів гепатиту В: біохімічних, антигенних та показників фіброгенезу допомагає поставити діагноз, з'ясувати характер перебігу та дає змогу запобігти і попередити ускладнення захворювання.

О.А. Чухрай

**ОСОБЛИВОСТІ ОБМІНУ АМІНОКИСЛОТ  
ТА ЇХ ПОХІДНИХ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.М. Истошин (к.б.н., доцент)

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

**Актуальність:** Шизофренія (F-20) – ендогенне прогресивне психічне захворювання, котре характеризується як основними (негативними), дефіцитарними розладами – апатією, аутизмом, так і додатковими (позитивними) – маренням, галюцинаціями. За даними ВООЗ, у світі хворіє до 2% загальної кількості населення. Причини ураження центральної нервової системи залишаються донині остаточно нез'ясованими. Однак, існують теорії щодо речовин, які відіграють значну роль в патогенезі.

**Мета:** Систематизація літературних даних щодо особливостей обміну амінокислот та їх похідних при шизофренії на підставі попередніх наукових повідомлень.

**Матеріали та методи:** Ресурс наукової літератури – Web of science 2012-2017pp., згідно якої було обґрунтовано особливості обміну амінокислот та їх похідних при шизофренії, та описано гістохімічні методи, результати МР спектроскопії.

**Результати:** Аналіз літературних джерел показує, що не існує гіпотези, яка б більш повно пояснювала розвиток захворювання і порушення обміну речовин як дофамінова гіпотеза – центральне місце займає дофамін – нейромедіатор, який бере участь у контролі руху, мислення, емоцій. Дофамінергічні нейрони формують чотири шляхи: нігостріарний (нейронами цього шляху виділяється 80% дофаміну; забезпечує рухову активність), мезолімбічний (забезпечує механізми пам'яті, емоцій), туберінфундибулярний (регулює секрецію пролактину), мезокортикальний (формування поведінки). Вплив на організм здійснюється за рахунок D1, D2-подібних рецепторів, розміщених як в ЦНС, так і інших системах. Шизофренія характеризується підвищенням дофаміну

в мозку(синаптичних щілинах). Такі симптоми шизофренії як марення, галюцинації усуваються за рахунок нейролептиків, які блокують D2-дофамінорецептори, здійснюється антипсихотична дія. Гістохімічний метод підтверджує гіперчутливість дофамінових рецепторів, що вкаже на зміни на синаптичному та рецепторному рівнях.

Гіпотеза, яка доповнює дофамінову – гіпотеза гама-аміномасляної кислоти. Гама-аміномасляна кислота – гальмівний нейромедіатор ЦНС, знаходиться в корі головного мозку, таламусі, гіпокампі. Лише 1% використовується як медіатор, інша кількість – забезпечує функціонування нервових клітин(окислюється мітохондріями з утворенням АТФ). Утворюється з глутамату за допомогою ГАМК-декарбоксилази, яка має 2 ізоформи, і саме GAD67 має важливу роль в регуляції синтезу ГАМК. При шизофренії виникає зниження ГАМК(MP спектроскопія показала зменшення концентрації ГАМК у гіпокампі), обумовлене дією GAD67, білка риліну, рецепторів.

Окрім цього, існує не менша кількість прихильників щодо серотонінової гіпотези. Серотонін – нейромедіатор, що відповідає за регуляцію психоемоційних реакцій. Після утворення з триптофану, він потрапляючи в синаптичну щілину взаємодіє з рецепторами, надлишок повертається назад і під дією моноамінооксидази знешкоджується. За рахунок поліморфізму генів, що кодують білок-переносник і моноамінооксидазу, позаклітинна концентрація серотоніну збільшується, а внутрішньоклітинна навпаки, що обумовлює такі симптоми як: тривожність, заперечення хвороби.

**Висновок:** При шизофренії має місце порушення обміну амінокислот та їх похідних, таких як дофамін, ГАМК, серотонін, що спричиняє прояви цієї хвороби, такі як марення, галюцинації, порушенням мислення, мови, хибне тлумачення подій.

К.К. Шваєвська, О.А. Столяр, Л.В. Стадник

### **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ L-ЦИСТЕЇНУ ТА ПОХІДНИХ ТІАЗОЛІДИНОНІВ, ЩО ВИВІЛЬНЯЮТЬ СІРКУ НА АКТИВНІСТЬ ЕНЗИМІВ (СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗИ ТА КАТАЛАЗИ) У ЛЕГЕНЯХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ДІЇ ІНДОМЕТАЦИНУ ТА МЕТОТРЕКСАТУ**

Кафедра біологічної хімії

Л.П. Білецька (к.біол.н., ас.), О.П. Хаврона (к.біол.н., доц.)

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

**Актуальність:** Індометацин – відноситься до групи нестероїдних протизапальних препаратів, які виявляють гальмуючу дію на простагландиновий синтез шляхом інгібування циклооксигенази. Метотрексат антиметаболіт фолієвої кислоти, що набув широкого застосування для пригнічення пухлинного росту. Однак дія цих препаратів передбачає розвиток цілого ряду побічних ефектів в організмі, призводить до змін біохімічних показників та впливає на про- та антиоксидантні процеси. Тому значний інтерес становить дослідження механізмів регуляції та відновлення захисних функцій ензимів антиоксидантного захисту в легенях щурів при введенні індометацину та метотрексату під впливом препаратів донаторів SH-груп.

**Мета дослідження:** Дослідити вплив сірковмісних препаратів на активність антиоксидантної системи у легенях щурів при введенні індометацину та метотрексату.

**Матеріали:** Дослідження проводили на щурах масою 180-240г., згідно міжнародних умов проведення експериментів з лабораторними тваринами. Тварин поділили на 5 груп : I –інтактні щури, II – вводили метотрексат 10 мг/кг, внутрішньоочеревинно, III – вводили індометацин per os у вигляді суспензії 1 мл в дозі 10 мг/кг, IV – вводили 2СЗДНТА двічі після введення метотрексату внутрішньоочеревинно у дозі 10 мг/кг, V – комбіноване введення індометацину і L-цистеїну. Забір матеріалу проводили під тіопенталовим наркозом (40 мг/кг).

**Методи досліджень:** Стан ферментативної ланки антиоксидантного захисту оцінювали за активністю СОД (С.Чевари., 1991) і каталази (М.А.Королюк 1988). Статистичну обробку результатів проводили, враховуючи критерій Стьюдента, з використанням стандартних комп'ютерних програм.

**Результати:** Активність СОД і каталази у легенях щурів групи II ( введення метотрексату) зменшувалась на 38% та 15%. За умов дії індометацину (група III) на 48% та 60% (P<0,05) відносно контролю. У легенях щурів групи IV (вводили метотрексат і похідні 4-тіазолідинону з лабільною сіркою) активність СОД та каталази зростала на 17% та 7% у порівнянні з показниками у щурів групи II. За умов комбінованої дії індометацину і L-цистеїну (група V) активність обох ензимів зростала – СОД на 30,5%, каталази на 38, 5% відносно даних у щурів групи III.

**Висновки:** Отримані данні свідчать про позитивний вплив комбінації препаратів метотрексату і похідних 4-тіазолідинону з лабільною сіркою, індометацину і L-цистеїну на активність ензимів у легенях щурів. Однак, при застосуванні комбінації індометацину і L-цистеїну активність ензимів антиоксидантної системи зростала більше, ніж при введенні метотрексату в поєднанні з речовинами, що вивільняють H<sub>2</sub>S.

Д.А. Яценко  
**ВПЛИВ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРУ РОСТУ -  $\beta$  НА ПРОДУКЦІЮ ЗОВНІШНЬО  
КЛІТИННОГО МАТРИКСУ СКЛЕРИ ПРИ МІОПІЇ**

Кафедра очних хвороб  
Н.В. Малачкова (зав. каф., к.мед.н., доц.)  
Кафедра біологічної та загальної хімії  
П.О. Юрченко (к.мед.н., ст. викладач)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Якісний зір є важливим фактором існування людини в соціумі, формування особистості та її реалізації у суспільстві. Як відомо, міопія є важливою медичною та соціальною проблемою сучасного світу, оскільки кожна третя людина на планеті страждає саме на цю хворобу. За даними центру медичної статистики МОЗ України, у 2016 році первинна захворюваність на хвороби ока та його додаткового апарату складала 3227 на 100 тисяч населення.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури по вивченню впливу експресії гену трансформуючого ростового фактору  $\beta$  (ТРФ $\beta$ ) на продукцію зовнішньо клітинного матриксу (ЗКМ) склери та розвиток міопії.

**Матеріали та методи:** Проведено ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science та Scopus по вивченню ролі генетичних факторів у розвитку міопії за 2013- 2018 роки.

**Результати.** Як відомо сполучна тканина (СТ) входить до складу багатьох структурних відділів очного яблука, у тому числі склери. СТ складається з ЗКМ представленого аморфним компонентом, структурними волокнами та клітинами СТ. Структурні волокна склери представлені волокнистою СТ, що складається переважно з гетерогенних колагенових фібрил I типу з невеликими ділянками фібрильних та фібрил-асоційованих колагенів, що функціонують як каркас, який дозволяє витримувати механічні навантаження, у тому числі і внутрішній очний тиск. Тому вивчення факторів, що впливають на метаболізм СТ ока є важливою проблемою офтальмології.

Вагому роль в процесах ремоделювання склери при міопії, по даним багатьох дослідників, відіграє ТРФ $\beta$  вміст та якість якого може значно змінюватися при міопії в епітелії ретинального пігменту, судинній оболонці та склері. Відомо, що ТРФ $\beta$  є регулятором росту склеральних хондроцитів та склеральних фіброblastів, тому розуміння особливостей його синтезу та реалізації ефекту є важливим у розумінні механізмів розвитку міопії. ТРФ $\beta$ 1 входить до складу сімейства ТРФ $\beta$ , його ген локалізується на довгому плечі 19 хромосоми (19q13.1). Існує три висококонсервативні ізоформи ТРФ $\beta$ , визначені у ссавців: ТРФ $\beta$ 1, ТРФ $\beta$ 2 та ТРФ $\beta$ 3. Перші дві є профібротичними та інгібують активність матричної металопротеїнази, на відміну від них ТРФ $\beta$ 3 відіграє антифібротичну роль. Визначена значна кількість поліморфних маркерів в ТРФ $\beta$ 1 гені, але тільки 5 мають функціональне значення, їх можна поділити на ті що змінюють рівень експресії незмінного ТРФ $\beta$ , та ті які викликають структурні зміни. ТРФ $\beta$  активує транскрипцію, трансляцію багатьох генів, в тому числі і тих що підвищують синтез та секрецію матричних білків, знижують синтез протеаз матричних білків та посилюють синтез інгібіторів протеаз, тим самим зміцнюючи сполучнотканинний каркас склери. Також ТРФ $\beta$  індукує транскрипцію, трансляцію та модифікацію рецепторів клітинних матричних білків, впливає на розвиток багатьох процесів, починаючи від ембріогенезу, імунної відповіді, м'язової диференціації, остеогенезу, клітинної проліферації та ін., до розвитку гіпертрофії міокарда та онкогенезу.

**Висновок:** ТРФ $\beta$  модулює продукцію ЗКМ, тим самим впливає на стан склери та її функцію. Обмін ЗКМ є основним механізмом змін осьової довжини очного яблука, що являється одним з вагомих факторів розвитку міопії. Вивчення змін експресії та будови ТРФ $\beta$  та наслідків цих процесів для структури та функції ока стає одним з пріоритетних напрямків офтальмології.

О.Є. Яцун, Д.О. Харченко  
**ЗМІНИ ЕЛЕКТРОЛІТНОГО СТАНУ ПРИ МУКОВІСЦИДОЗІ**

Кафедра біологічної та загальної хімії  
С.В. Ладутько (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Муковісцидоз (МВ) – це аутосомно-рецесивне захворювання, що характеризується ураженням життєво важливих органів і систем. Після виділення МВ в окрему нозологічну категорію його віднесли до розряду летальних захворювань, оскільки середня тривалість життя хворих не перевищувала 5 років. Необхідність ранньої діагностики МВ забезпечує більш високий терапевтичний ефект і збільшує тривалість життя хворого.

**Мета:** Дослідження змін електролітного стану при муковісцидозі та впливу його на різні системи організму людини.

**Матеріали та методи:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science та Scopus по

вивченню електролітного стану при генетичних захворюваннях за 2013-2018 роки.

**Результати:** Основний фактор МВ – генетична аномалія, локалізована в гені унікального білка-регулятора трансмембранної провідності (РТП). РТП - це хлорний канал клітинних мембран. Ідентифіковано 200 мутацій даного гена, але лише в 70% з них виявлений дефіцит однієї амінокислоти-фенілаланіну, що призводить до функціональних змін білка і порушення транспорту іонів хлору. Аномальний іонний транспорт з епітеліальних поверхонь заключається в непроникності для хлор-іонів. Це призводить до дисбалансу електролітів в секретах: в них знижується кількість води і зростає густина. Порушення іонного і водного складу секретів гальмує нормальні функції білків, які секретуються епітелієм, та викликають обструкцію проток різних залоз. Внаслідок обструкції протоків підшлункової залози порушується перетравлення і всмоктування в ШКТ жирів і білків, характерний вторинний дефіцит жиророзчинних вітамінів А, Д, Е, К. Поширені також бронхоектатичні зміни з ознаками руйнування паренхіми легень, наростає гіпоксемія, розвивається легенева гіпертензія і легеневе серце. Діагноз муковісцидозу зазвичай встановлюється на підставі типових клінічних проявів захворювання і підтверджується високим рівнем Na і Cl в секреті потових залоз, що перевищує норму в 5 разів. Нормальна концентрація хлоридів в крові не перевищує 40 ммоль/л, а в деяких випадках не досягається і 20 ммоль/л. У більшості дітей, хворих на МВ, концентрація іонів хлору виявляється в межах 60-80 ммоль/л. Діагностичним вважається значення хлоридів 60 ммоль/л. Стандартна методика діагностики МВ (метод по Гібсону-Куку) передбачає використання іонофорезу пілокарпіном: за допомогою слабого електричного струму, препарат вводиться в шкіру і стимулює потові залози. Зібраний піт зважується, потім визначають концентрацію іонів Na і Cl. Для пренатальної діагностики і виявлення гетерозиготних пацієнтів широко використовують аналіз ДНК.

**Висновки:** Зміни електролітного стану при муковісцидозі призводять до згущення секрету екзокринних залоз та обструкції протоків залоз, що порушує їх функції.

# **АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ**



# **OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

Д.В. Бондарчук  
**ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ ІОНІВ МІДІ В ЛІКУВАННІ НЕСПРОМОЖНОСТІ  
ПОСТЕПІЗІОТОМНИХ РАН**

Кафедра акушерства та гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доцент),

А.А. Васильков (лікар акушер-гінеколог кабінету патології шийки матки ВМКПБ № 2)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Епізіотомія - одна з найпоширеніших медичних операцій, що виконується під час пологів. Операція епізіотомія передбачає травматизацію, як шкіри, так і слизових оболонок. При цьому заживлення шкіри та слизових мають деякі відмінності. Метод електрофорезу з міддю є безпечним в плані термотравми, адже сила струму що використовується забезпечує терапевтичний ефект, але при цьому не викликає руйнівного ефекту на навколишні тканини. Його перевагою є безпечність, малоінвазивність, доступність, а найголовніше – ефективність. Ефект досягається як за допомогою дії самого струму так і іонів міді, які мають бактерицидну дію, нейтралізуючу дію на утворені вільні радикали, забезпечують підвищену оксигенацію тканин.

**Мета:** Запропонувати спосіб оптимізації репаративних процесів постепізіотомних ран за допомогою електрофорезу іонів міді, що дозволяє мінімізувати об'єми грануляційної тканини та усунути всі супутні явища запалення.

**Матеріали та методи:** Було використано внутрішньопіхвові мідні електроди відповідних розмірів та форм. Активний мідний електрод оливоподібної форми фіксують в ділянці постепізіотомних ран, індиферентний електрод розміщують під куприком. Тривалість сеансу становила від 5 до 20 хвилин та збільшувалась поступово, сеанси призначали щоденно або через день, тривалість курсу залежить від перебігу запального процесу. Контроль проводили за даними мікроскопії мазка піхвових виділень та бакпосіву на патологічну мікрофлору.

**Результати:** У породіллі А. 23 років, з обтяженим гінекологічним анамнезом (хронічний аднексит хламідійної етіології), обтяженим перебігом вагітності (загроза передчасних пологів у 31 тиждень, анемія II ступеня, багатоводдя) після невдалого застосування місцевих антисептиків був призначений електрофорез міддю на ділянки швів. Вже після першого сеансу було відмічено зниження гіперемії та зникнення свербіжу. Після 5 сеансу відбулася інволюція грануляцій, після 10 сеансу – повне загоєння. Породіллі виписана додому на 10 день лікування.

**Висновки:** Запропонований спосіб оптимізації репаративних процесів постепізіотомних ран за допомогою електрофорезу іонів міді дозволяє мінімізувати об'єми грануляційної тканини та усунути всі супутні явища запалення. Метод являється безпечним.

К.А. Бондарчук, В.О. Ковач

**ПРОВІДНІ ЧИННИКИ ЗМІНИ НОРМАЛЬНОГО БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК  
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

Кафедра акушерства та гінекології №2

Дзись Н.П. (д.мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Протягом багатьох років проблема вульвовагінальної та цервікальної інфекції знаходиться в центрі уваги дослідників та практичних лікарів, оскільки є ризиком розвитку гнійно-запальних захворювань органів малого тазу, невиношування вагітності, анте- та інтранатального інфікування плода. На сьогодні із ЗЗОМТ стали асоціювати цитомегаловіруси, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*. В останній час особливий інтерес представляють генітальні мікоплазми, які за даними епідеміологічних досліджень часто виявляються у жінок репродуктивного віку: *Ureaplasma spp.* – у 40 – 80%, *Mycoplasma hominis* – у 5 – 49%, *Mycoplasma genitalium* - у 0,7 – 1%.

**Мета.** Вивчити видовий склад мікроорганізмів у жінок репродуктивного віку з патологічними виділеннями із статевих шляхів, встановити частоту генітального уреа - та/або мікоплазмозу та наявність супутньої патології шийки матки.

**Матеріали та методи.** Обстежено 27 жінок репродуктивного віку зі скаргами на свербіж, печію, надмірну кількість виділень із статевих шляхів або/та з неприємним запахом, які повторювалися 2 і більше рази протягом року, після проведеного лікування.

Огляд шийки матки проводився методом розширеної кольпоскопії з подальшим прицільним забором матеріалу для лабораторних досліджень. Цитологічне дослідження проводилось методом мікроскопії зафарбованого мазка на скельці за Папаніколау. Для бактеріоскопічного аналізу мазків проводили фарбування останніх за Грамом з подальшою мікроскопією. Інфекційні збудники досліджувались проведенням ПЛР. Бактеріологічне

дослідження урогенітальної мікрофлори проводилось класичними методами.

**Результати.** Рецидив патологічних виділень двічі на рік спостерігався в 63% обстежених, 3 – 4 рази – у 24%, більше 4 разів – у 7%.

При гінекологічному обстеженні у пацієнток виявлено: ерозія шийки в 4 (14,8%) пацієнток, цервіцит у 3 (11,1%), наботові кісти шийки матки у 2 жінок (7,4%), лейкоплакія у 2 (7,4%) обстежених. За результатами бактеріоскопічного дослідження бактеріальний вагіноз виявлено у 2 (7,4%) хворих, неспецифічний бактеріальний кольпіт – 14 (51,8%), вагінальний кандидоз – у 9 (33,3%). При цитологічному скринінгу СІN I діагностовано в 5 (%) обстежених, СІN II в 2(7,4%). Аналізуючи результати дослідження проведені шляхом полімеразної ланцюгової реакції ВПЛ – інфекція виявлена у 4 жінок (14,8), уреоплазма – у 7 (25,9%), мікоплазма – у 3 (11,1%) пацієнток.

**Висновки.** Таким чином, при встановленні діагнозу «Уреоплазмоз» необхідно враховувати поліетіологічність комплексного діагнозу у жінок з патологічними виділеннями із статевих шляхів та підбирати коректну терапію, яка б охоплювала весь спектр мікроб-інфекційних агентів.

М.Ю. Бялковська, І.С. Самойдук, Т.М. Гомон  
**ТРАНСПЛАНТАЦІЯ МАТКИ ЯК МЕТОД БОРОТЬБИ З БЕЗПЛІДДЯМ**  
кафедра акушерства і гінекології №1  
Н.А. Годлевська (доц. к.м.н.)  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Причиною безпліддя у більше 15% жінок є відсутність матки у зв'язку з її вродженою аплазією, видаленням внаслідок онкологічних захворювань чи ускладнень попередніх пологів. Одним з рішень цієї проблеми є трансплантація матки, яка надасть можливість сотням подружніх пар відчувати радість батьківства.

**Мета:** Вивчити світові досягнення у трансплантації матки, необхідні умови й особливості проведення процедури, ймовірність застосування даного методу в Україні.

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

**Результати:** починаючи з 2000 року були проведені трансплантації матки у Швеції, Туреччині, США, Саудівській Аравії і вже в 2014 році у Швеції народилась перша дитина, виношена в трансплантованій матці. На даний момент у світі народилось 8 таких дітей, двоє з яких у однієї матері. Незважаючи на такі досягнення, зараз все ж лишаються невирішеними багато проблем пов'язаних з післяопераційними ускладненнями, необхідністю використання імуносупресивної терапії для прижиття органа, яка утруднює зачаття. Також цей вид операції складний ще й тим, що матка повинна не лише прижитись, але й мати необхідні анатомо-фізіологічні властивості, необхідні для виношування дитини.

**Висновки:** Трансплантація матки є новим перспективним методом, який потенційно допоможе значно знизити рівень безпліддя. На жаль, в Україні даний метод поки не використовується, але в майбутньому українські лікарі зможуть використати світові досягнення для допомоги безлічі жінок.

Л.П.Гап'юк, О.І.Ревчук  
**АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ У ЖІНОК ІЗ ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА**  
Кафедра акушерства та гінекології №2  
О.М. Гончаренко (асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У жінок із дефіцитом маси тіла клінічний перебіг вагітності характеризується високою частотою загрози переривання вагітності, ранніх токсикозів, плацентарної дисфункції, затримки росту плода, патології кістково-зв'язкового апарату. У пологах частіше відбувається несвоєчасне відходження навколоплідних вод та аномалії пологової діяльності. Перинатальні наслідки характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку новонародженого та народженням немовляти з низькою масою тіла.

**Мета:** Оцінити перебіг вагітності, пологів і стану новонароджених у жінок із дефіцитом маси тіла.

**Матеріали та методи:** Аналіз та опрацювання монографій, тематичних статей та матеріалів. Здійснили аналіз перебігу вагітності та пологів у 41 жінки з ДМТ та у 35 практично здорових вагітних із нормальною масою тіла (НМТ).

**Результати:** У структурі ускладнень першої половини вагітності у жінок із ДМТ статистично частіше, ніж за НМТ, зареєстровані загрози переривання вагітності (15 із 41(36,6%) проти 4 із 35 (11,4%)) та ранні токсикози (14 (34,1%) проти 3 (8,6%)).

У другій половині вагітності серед жінок із ДМТ, порівнюючи з вагітними із НМТ, спостерігали тенденцію до збільшення частоти загрози передчасних пологів (7(17,1%) проти 1 (2,9%)). Розвиток преєклампсії легкого ступеня спостерігали у 4 (9,8%) вагітних із ДМТ і у 3 (8,6%) із НМТ. Заслуговує на увагу висока частота



дисфункції плаценти у жінок із ДМТ, що за даними ультразвукового дослідження та за об'єктивними ознаками значно перевищувала таку в жінок із НМТ – 27 (65,9%) проти 7(20,0%). Під час спостереження відзначили: майже в половині вагітних з низькою масою тіла виявлена патологія кістково-зв'язкового апарату, що могла бути проявом остеопенічного синдрому. Частіше траплялася симфізіопатія – 10 із 41 (24,4%) випадків, люмбалгію спостерігали у 2 (4,9%) жінок, кокцигодинію та сакроілеопатію виявили по одному випадку (по 2,4%). Порівняльним аналізом ускладнень у пологах через природні пологові шляхи визначили, що в породіль із ДМТ частіше, ніж за НМТ, відбувалися несвочасне відходження навколоплідних вод – 15 (36,6%) проти 5 (14,3%), аномалії пологової діяльності – 14 (34,1%) проти 3 (8,6%). Ішемічно-гіпоксичні ураження центральної нервової системи у новонароджених у групі з ДМТ відзначали частіше, ніж у групі з НМТ (5 (12,2%) проти 1 (2,9%)). У структурі церебральних порушень у неонатальному періоді переважали синдроми гіперзбудливості та пригнічення. Маса тіла дітей, які народжені жінками з ДМТ, – від 1800 до 4100 г, із НМТ – від 2000 до 4300 г.

**Висновок:** Проаналізувавши дані літератури, можна вказати, що клінічний перебіг вагітності у жінок із ДМТ, незважаючи на прегравідарну підготовку, характеризується збільшенням частоти акушерської та перинатальної патології.

П.Р. Гродський  
**АКУШЕРСЬКА АГРЕСІЯ В ПОЛОГОВІЙ ЗАЛІ**

Кафедра акушерства та гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доцент)

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

Вінниця, Україна

**Актуальність.** Проблема акушерської агресії є актуальною і однією з важливих соціальних та медичних проблем сучасності. Застосування різних методів стимуляції пологів, а також хірургічних маніпуляцій часто тягне за собою наслідки, які відображаються не тільки на організмі матері, але і на організмі плода. Доцільність застосування цих методів постійно буде під питанням, але не можна заперечувати, що інколи акушерська агресія є виправданою і направлена на запобігання ускладненням, поява яких є більш небезпечною ніж ускладнення від цієї самою акушерської агресії. Згідно з статистичними даними в світі із понад 400000 тисяч жінок, що померли по причині вагітності і пологів, 35000 помирають в результаті лікарської помилки. Половина із цих випадків наслідок наркозу, переважно інтубаційного при кесаревому розтині. Також значний вплив на материнську і жіночу смертність, а також на репродуктивну функцію жінки мають аборти. Навіть в період коли медикаментозні аборти антигестагенами і простагландинами викликають ускладнення у 100 разів рідше, досі використовують травмуючий хірургічний метод. Проблему становить також стимуляція пологів окситоцином, яка і досі проводиться у 40%-60%, а також амніотомія, які підвищують ризик розвитку ускладнень у 16 разів, а частоту кесаревого розтину у 6 разів.

**Мега дослідження:** Провести аналіз випадків застосування “агресивних” акушерських методів у ВМКПБ № 2 м. Вінниця та зіставити їх з даними по Україні. Визначити основні фактори ризику та особливості перебігу пологів після застосування амніотомії, стимуляції вагітності, проведення кесаревого розтину, тощо.

**Матеріали і методи:** Нами було вивчено та проаналізовано 100 історій вагітності та пологів жінок, які народжували в Вінницькому клінічному пологовому будинку № 2 на предмет агресивного акушерського втручання.

**Результати дослідження:** Частота застосування стимуляції вагітності окситоцином становить 1:4 жінок, частота застосування амніотомії наближається до 1 випадку на 5 вагітних, а кесаревий розтин проводиться із частотою 1:10. Пологи після застосування стимуляції вагітності окситоцином перебігали із незначною кількістю ускладнень. Серед них виникнення післяпологових кровотеч, надмірно болючі перейми, що спричиняють передчасне виснаження жінки, згубний вплив на плід, що проявляється дистресом плода, підвищенням частоти розвитку пологових травм, внаслідок надмірно швидкого просування плода по пологовому каналу. Амніотомія є менш агресивним методом в акушерстві, але небезпеку становить її застосування поза межами медичного закладу, або одночасне застосування її з пологовою стимуляцією окситоцином. Було виділено такі ускладнення амніотомії: випадання пуповини, випадання кінцівок плода, маткові крововиливи, швидкі пологи і внутрішньоутробне інфікування. Кесаревий розтин завжди є засобом розпачу, але останнім часом, відповідно до проаналізованих матеріалів, став застосовуватися частіше, незважаючи на недостатність обґрунтування його проведення. Серед ускладнень, які він може спричинити, зустрічалися: кровотеча із крововтратою, порушення перистальтики із розвитком злукової хвороби внаслідок застосування наркозу, ендометрит, падіння артеріального тиску при спінальній анестезії, спінальний блок.

**Висновки:** Для будь якої дії з боку лікаря акушер-гінеколога повинно бути адекватне обґрунтування. Лікар повинен проаналізувати всі за і проти, та вибрати із двох майбутніх сценаріїв той, що призведе до найменшого ризику для жінки та плода.

А. С. Гузенко, Р.В. Найдич  
**ФАКТОРИ РИЗИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ У  
ВАГІТНИХ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Кафедра акушерства і гінекології № 2

Мазченко О. О. (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** виявлення факторів ризику перинатальної захворюваності та смертності у вагітних з гіпертензивними розладами дозволить спрогнозувати розвиток дистресу плода та зменшити перинатальну патологію шляхом розробки ефективної системи профілактичних заходів.

**Мета дослідження :** виявити та дослідити фактори ризику летальності новонароджених від матерів, вагітність яких ускладнилась гіпертензивними розладами.

**Матеріали та методи :** Було проведено дослідження частоти розвитку дистресу плода у вагітних з гіпертензивними розладами за даними ВМКПБ № 2, ВОКЛ ім. М. І. Пирогова, ВОКДЛ за участі кафедри акушерства і гінекології № 2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Для аналізу, було відібрано 120 історій пологів та карт розвитку новонароджених. В групі порівняння передчасні пологи становили 60 від загальної кількості пологів у досліджуваній період. Термін вагітності на момент родорозршення у групі порівняння склав від 31 до 41 повного тижня. Аналізувалися історії пологів, обмінні карти вагітних та карти розвитку новонароджених. Детально досліджувалися дані анамнезу, гінекологічні, акушерські, екстрагенітальні ускладнення.

**Результати дослідження та їх обговорення :** Встановлено, що у досліджуваних групах спостерігалась достовірна різниця у віці матерів ( $p = 0,019$ ), термінах гестації при народженні ( $p < 0,001$ ), вазі плода при народженні ( $p < 0,001$ ), кількості вагітностей, за станом новонародженого при народженні на першій ( $p < 0,001$ ) і п'ятій хвилині ( $p < 0,001$ ) за шкалою Апгар. Фактори ризику були виявлені за допомогою адекватної логістичної моделі регресії. Виділено три основних фактори ризику летальності новонароджених при гіпертензивних розладах : 1) вік матері (ВШ = 1,25; 95 % ДІ 1,04- 1,51 на кожен рік) 2) гіпергомоцистеїнемія (ВШ 36,3; 95% ДІ 3,4- 386,7) 3) недоношеність новонародженого (ВШ 95; 95% ДІ 3- 2900) 4) підвищення спонтанної окисної модифікації білка (ВШ 1,65; 95% ДІ 1,8- 457,5).

**Висновки :** До факторів ризику виникнення гіпертензивних розладів необхідно віднести : обтяжений акушерський та гінекологічний анамнези, ускладнення перебігу даної вагітності (плацентарна дисфункція, гіпоплазія плаценти, перинатальні інфекції), що призводять до порушення компенсаторних можливостей плаценти, зростання відсотка ЗВУР плода, аномалій пологових сил, дистресу плода в пологах та оперативних втручань.

С.В. Демянюк

**ВИКОРИСТАННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ПЕРЕДЛЕЖАННІ  
ПЛАЦЕНТИ**

Кафедра акушерства і гінекології №1

О.П. Засаднюк (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Акушерські кровотечі займають одне з провідних місць серед причин материнської смертності у всьому світі. Частота їх становить 2,5 – 8 % по відношенню до загальної кількості пологів. 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. Найбільш небезпечні кровотечі виникають в пізні терміни вагітності, в пологах та в ранньому післяпологовому періоді. Передлежання плаценти є найпоширенішою причиною кровотеч в другій половині вагітності (0,2—0,8 % від загальної кількості пологів). В ході операції можливе виникнення ряду ускладнень, що можуть призвести до подальшої екстерпації репродуктивного органу жінки.

Отже, вивчення вже існуючих та створення нових методів органозберігаючих операцій при передлежанні плаценти є пріоритетним та надзвичайно актуальним напрямком на даний час.

**Мета:** Розробка та впровадження новітніх оперативних методик під час кесарів розтину для збереження репродуктивного здоров'я жінок шляхом підвищення якості та ефективності медичної допомоги, включаючи проведення органозберігаючих оперативних втручань та заходів щодо попередження можливих ускладнень (масивна крововтрата, геморагічний шок) за рахунок надання своєчасної та ефективної допомоги в разі виникнення акушерської кровотечі.

**Матеріали та методи:** Проведено ретроспективне дослідження та статистична обробка даних, отриманих при вивченні обліково-звітної документації в обласному перинатальному центрі ВОКЛ ім. М.І.Пирогова, м.Вінниця за 2013-2017 рр.

**Результати:** В результаті проведеного аналізу, за 2013-2017 рр. було проведено 2324 кесарських розтинів, із них 79 випадків маткових кровотеч з приводу передлежання плаценти. Всього нами було виявлено 23 випадки

маткових кровотеч, які закінчилися екстирпацією матки без додатків в обласному перинатальному центрі ВОКЛ ім. М.І.Пирогова станом на 2013-2017 роки, серед яких 18 випадків за 2013-2015 рр., та 5 випадків за 2016-2017 рр.. Решту кровотеч було усунуто шляхом використання донного кесарського розтину та застосуванням реместипу.

**Висновки:** Згідно результатів нашого дослідження, можна стверджувати, що застосування запропонованих нами методів органозберігаючих операцій при передлежанні плаценти суттєво знизило кількість випадків маткових кровотеч, що закінчилися екстирпацією матки, та дозволило досягти основної мети – збереження репродуктивної функції породіллі.

Є.В. Діхтяренко, Л.А. Автенюк  
**ЛАПАРОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ НЕПЛІДІЯ**  
Кафедра акушерства та гінекології №1  
В.Б. Мартиненко (к.мед.н., доцент)  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»  
м. Полтава, Україна

**Актуальність:** Непліддя – це нездатність до запліднення протягом одного року та більше статевого життя без використання будь яких методів контрацепції. Непліддя поділяють на первинне та вторинне. Первинне непліддя – це стан при якому жінка не досягає першої вагітності протягом одного року та більшестатевого життя без контрацепції. Вторинним непліддям вважають стан при якому жінка, яка мала підтверджену вагітність, не може завагітніти протягом одного року та більше статевого життя без застосування контрацептивів. Частота непліддя в сім'ях коливається від 15 до 20 %. Найрозповсюджені причини жіночого непліддя є анатомічні та овуляторні розлади, а саме: трубний, перитональний, матковий, ендокринний, шийний та імунологічний фактори.

**Мета:** Визначення ефективності діагностики та лікування непліддя за допомогою лапароскопічних методик.

**Матеріал та методи:** Нами був виконаний ретроспективний аналіз історій хвороб та протоколів лапароскопічних операцій хворих з непліддям на базі Центральної районної лікарні міста Полтава, за 2014 по 2016 роки.

**Результати:** За період 2014-2016 роки було проведено 375 операцій. Під час яких було проліковано жінок з такими нозологіями: ендометріоз - 75, кіст - 101, кістом - 37, фіброматоз матки - 20, трубно-перитональне непліддя - 70, СПКЯ - 72. Дані нозології в 38 % випадків супроводжувались злуковим процесом. З непліддям було прооперовано 102 хворих, з них перитонеальний та трубний фактор 70, ендокринне безпліддя (яєчники) – 32.

**Висновки:** За результатами проведених діагностичної та лікувальної лапароскопії у 63% жінок настала вагітність.

С.В. Дяченко, Ю.С. Михальська  
**ПІДЛІТКОВА ВАГІТНІСТЬ, ЯК ВИКЛИК СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВУ**  
Кафедра акушерства та гінекології №2  
Т.В. Супрунова (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогодні проблема раннього материнства знаходиться на піку своєї актуальності. Згідно статистичних даних понад 40% позашлюбних дітей народжені саме підлітками. Щороку фіксується близько 10 тисяч випадків юної вагітності. Вагітні дівчатка-підлітки від загального числа майбутніх матерів складають 10-15%. Причому це не тільки діти з неблагополучних сімей. На сьогоднішній день випадки ранньої вагітності актуальні і для цілком благополучних і забезпечених сімей. Більшість із підліткових вагітностей у розвинених країнах є позашлюбними. На сьогодні в Україні частота пологів у юних вагітних становить від 1,8% до 2,7% і має тенденцію до зростання з року в рік.

**Мета дослідження:** Провести аналіз випадків підліткової вагітності у ЦПС та ВМКПБ № 2 м. Вінниця та співставити їх з даними по Україні. Визначити основні фактори ризику та особливості перебігу вагітності та пологів в підлітковому віці.

**Матеріали і методи:** Нами було вивчено та проаналізовано індивідуальні карти вагітної та породіллі 38 жінок підліткового віку, які спостерігалися в Центрі планування сім'ї Вінницької обласної лікарні ім. М.І. Пирогова, та 27 підлітків, що були на обліку в жіночій консультації Вінницького клінічного пологового будинку № 2 м. Вінниця.

**Результати дослідження:** Середній вік вагітних-підлітків складав 16,5 років. Вагітність і пологи в підлітковому віці мали перебіг зі значною кількістю ускладнень. Серед екстрагенітальних захворювань у дівчат підлітків частіше зустрічалися короткозорість легкого ступеня, пролапс мітрального клапану, хронічний пієлонефрит, харчова та медикаментозна алергія, ГРВІ під час теперішньої вагітності. При аналізі характеру перебігу вагітності було відмічено, що часто спостерігалися загроза переривання вагітності, гестаційна анемія легкого

ступеня, гестаційна протеїнурія, ранній гестоз, гіпоплазія або гіперплазія плаценти та передчасне дозрівання плаценти. Часто зустрічалися такі ускладнення в пологах, як передчасні пологи, несвоєчасне вилиття навколоплодових вод, аномалії пологової діяльності, патологічна крововтрата, пологовий травматизм, оперативні втручання, народження дітей з низькою масою тіла.

**Висновки:** Проблема підліткової вагітності є мультифакторною і однією з важливих соціальних, медичних та психологічних проблем сучасності. Ювенільна вагітність являється додатковим, часто надмірним, навантаженням на організм юної жінки, часто стає причиною не тільки акушерських і перинатальних ускладнень, але і призводить до порушення психологічної адаптації. Вагітність і пологи в підлітковому віці мають перебіг зі значною кількістю ускладнень, особливо у дівчат із соціально несприятливих сімей. Підліткові вагітності належать до високої групи ризику материнської та перинатальної патології, і як наслідок, потребують відповідного нагляду та надання допомоги зі сторони закладів III рівня.

О.В. Кузовлева, В.О. Федорченко

## **ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПОЛОГІВ ТА РАНЬОГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК**

Кафедра акушерства та гінекології № 2

О.М. Гончаренко (Асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Передчасний розрив плодових оболонок є одним з найбільш серйозних ускладнень вагітності, який значно впливає на показник перинатальної смертності та перебіг раннього неонатального періоду не тільки в Україні, але й в усьому світі. Поліетіологічність та відсутність єдиного підходу до діагностики передчасного переривання вагітності при передчасному розриві плодових оболонок значно ускладнює проведення профілактичної та лікувальної терапії, метою якої є народження здорової дитини. Тому беручи до уваги велику частоту появи цієї патології важливим питанням залишається прогнозування ускладнень пологів у жінок з раннім розривом плодових оболонок та перебігу перших місяців життя новонародженої дитини.

**Мета:** Дослідити взаємозв'язок виникнення ускладнень пологів та раннього неонатального періоду при передчасному розриві плодових оболонок.

**Матеріали та методи:** Аналіз та опрацювання історій пологів, наукових статей та матеріалів за допомогою математико-статистичних та клінічних методів дослідження.

**Результати:** За даними літератури при різних методах розродження вагітних жінок із передчасним розривом амніону спостерігаються відмінності у показниках перинатальної захворюваності новонароджених: при самовільному початку пологів зростає частота розвитку синдрому дихальних розладів та вроджених інфекційних захворювань; при індукції пологів окситоцином підвищується частота народження немовлят із первинною асфіксією, ішемічно-гіпоксичними ураженнями ЦНС та тяжкими формами конюгаційної жовтяниці. Проте не лише РДС та інфікування новонароджених є грізними супутниками ПРПО. В середньому у 35 % таких новонароджених розвивається гіпоксично-ішемічна енцефалопатія та виникають внутрішньочерепні крововиливи (ВЧК). Під час аутопсії ВЧК виявляють у 6 % мертвонароджених і 60,80 % померлих у неонатальний період недоношених новонароджених.

Окрім інфекційних ускладнень при ПРПО до 37 тижнів вагітності, у 4,06,3 % випадків виникає передчасне відшарування плаценти, що у 23 рази частіше, ніж при своєчасному відходженні вод. Якщо перед цим спостерігалися кров'яністі виділення зі статевих шляхів, ризик цього ускладнення ще вищий. Виражене зменшення навколоплідних вод незалежно від тривалості безводного періоду збільшує ризик стискування плода в матці з подальшим розвитком аномалій лицевого скелета, контрактур кінцівок, можлива гіпоплазія легень.

**Висновок:** За даними аналізу наукових статей та медичної документації вінницького пологового будинку № 2, м.Вінниця можна зробити висновок, що існує досить тісний кореляційний зв'язок між передчасним розривом плодових оболонок на різних термінах вагітності та виникненням ускладнень при пологах та перебігу раннього неонатального періоду.

О.В. Качуровська, Л.В.Прядко, К.Ю.Рудюк, Т.І.Плазовський, В.А.Тростенюк

## **ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ ГЕНІВ BRCA1 ФОРМУВАННІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Кафедра акушерства і гінекології №2

О.В.Фурман (асистент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Рак молочної залози – це найчастіше онкологічне захворювання у жінок (щорічно у світі виявляється більше 10 млн випадків). Велика захворюваність і смертність мотивують вчених шукати нові способи ранньої діагностики. Розвиток онкології пов'язаний із порушенням регуляції поділу клітин. При пошкодженні регуляторних механізмів клітини не піддаються контролю зі сторони організму, починають

безупинно розмножуватися, що призводить до розвитку злоякісного захворювання. Весь процес регуляції залежить від роботи білків, які злагоджено функціонують всередині і поза клітинами, забезпечуючи взаємозв'язок всіх клітин організму, їх розвиток, розмноження, репарацію та загибель. Структура кожного білка кодується у відповідному гені. В організмі існують гени, зміни в яких можуть призводити до розвитку раку, в тому числі, молочної залози. Вони можуть передаватися спадковим шляхом, призводячи до виникнення сімейного раку.

**Мета:** Дослідити значення мутації в генах BRCA1 і BRCA2, що визначається методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

**Матеріали та методи:** опрацювання літературних джерел, медичних статей та описаних клінічних випадків.

**Результати:** ген BRCA1 кодує білок, що регулює відновлення пошкодженої ДНК. Таким чином він попереджує розвиток пухлин. Також BRCA1 впливає на рецептори естрогену, блокуючи надмірний поділ клітин молочної залози та інших органів.

Існує близько 1000 мутацій BRCA1. Виявлено, що їх частота у популяції становить 1%. При цьому ризик онкозахворювання молочної залози значно підвищується і становить 50-80%, а при обтяженому генеалогічному анамнезі – більше 87%. Також підвищується ризик розвитку раку яєчників, кишечника, ендометрію, гортані та шкіри. Мутація BRCA2 зустрічається у два рази рідше. При обтяженому спадковому анамнезі імовірність розвитку раку молочної залози становить більше 84%. Особливості мутацій цих генів у високій пенетратності і аутосомно-домінантному типі успадкування.

**Висновки:** Жінки з позитивним результатом генетичного тесту повинні постійно знаходитися під наглядом лікаря-онколога і проходити необхідні методи діагностики. При виявленні захворювання на ранній стадії воно повністю виліковується у 95% випадків. Тому на етапі ранньої діагностики виявлення мутації в генах BRCA1 і BRCA2 має надзвичайне значення.

В. Л. Кобець

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Кафедра Акушерства і гінекології №2

С. А. Тарасюк (доц., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Інфекційно-запальні захворювання жіночої статеві системи, викликані різноманітними збудниками, що передаються статевим шляхом, або неспецифічною мікрофлорою, становлять серйозну медичну і соціальну проблему в акушерстві та гінекології. Бактеріальний вагіноз (гарднерельоз) – це захворювання, що визначається як інфекційний незапальний синдром, пов'язаний з дизбіозом піхвового біотипу, характеризується масивним розмноженням анаеробних грамотригативних бактерій і зникненням H2O2–продукуючих лактобацил. Встановлено, що *G. vaginalis* наявна не лише у пацієнток із неспецифічним вагінітом, але й у 40% здорових жінок, і тому не є єдиним збудником цього захворювання.

**Мета:** вивчення частоти та особливостей клінічної картини бактеріального вагінозу на сучасному етапі.

**Матеріали та методи:** використовувались емпіричні (вивчення наукової літератури, сортування медичної документації, опис) та статистичні методи (реєстрування, порівняння, математичний аналіз).

**Результати:** У більшості жінок перебіг бактеріального вагінозу безсимптомний, у зв'язку з чим визначити його справжню частоту достатньо тяжко. Частота його виявлення загалом в амбулаторній гінекологічній практиці коливається у межах 15-19%: 1) серед вагітних цей показник становить 10-30%; 2) жінок з інфекціями, що передаються статевим шляхом 24-40%; 3) жінок із запальними захворюваннями органів малого таза - 35%; 4) пацієнток, які звертаються зі скаргами на рясні вагінальні виділення — 95%. Констатована висока частота виявлення при бактеріальному вагінозі *Atopobiumvaginae* (77–96%) поряд із *G. vaginalis* (35–79%)

**Висновки:** Бактеріальний вагіноз може призвести до низки гінекологічних (ендометрит, сальпіngoофорит, запальні ускладнення після операцій та інвазивних процедур, кольпіт, дисплазія шийки матки), та акушерських (невиношування вагітності, хоріоамніоніт, післяпологовий ендометрит, підвищується ризик передчасних пологів на 40%, передчасного розриву плодових оболонок на 10%) ускладнень. При бактеріальному вагінозі лише у 35% жінок виділяють *Lactobacillus spp.* і тільки 11% з них є пероксидпродукуючими. Значне зниження кислотності піхви та концентрації лактобацил відбувається за рахунок дії сукупності декількох патогенних мікроорганізмів, внаслідок чого бактеріальний вагіноз є полімікробним захворюванням.

В.О. Ковач, Ю.О. Швакуляк

## КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.В. Булавенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** За даними досліджень в сфері гінекології, на хронічний тазовий біль скаржаться більше 60% пацієнток, що звернулися за спеціалізованою допомогою. Близько 14% діагностичних гістероскопій і 40% лапароскопій призначають саме пацієнткам з болями внизу живота. Особливістю синдрому хронічного тазового болю є низька ефективність лікування і висока частота рецидивування. У жінок з хронічним болем в тазу виникає безсоння та інші порушення сну, знижується працездатність і продуктивність, настрої поступово погіршуються до рівня депресії. За даними сучасної літератури у сфері вивчення синдрому хронічного тазового болю у жінок, на сьогодні основним в етіопатогенезі є перевага нейропатії, спричиненої вірусною інфекцією над запальним процесом, викликаним бактеріальними збудниками. Для підтвердження своїх припущень автори наводять лише такі клінічні дані, як суб'єктивне відчуття болю при спеціальному огляді, зміни рівня імуноглобулінів у лабораторних дослідженнях та дані УЗД.

Розвиток сучасної імунології дає можливість більш детально дослідити зміни імунного статусу у жінок з проблемою хронічного тазового болю на різних етапах надання медичної допомоги та провести детальну диференційну діагностику щодо першопричини виникнення даної патології.

**Мета.** Довести необхідність призначення імунологічних досліджень, як методу диференційної діагностики етіологічного фактору синдрому хронічного тазового болю.

**Матеріали та методи.** У роботі наведені дані клінічного обстеження 18 жінок репродуктивного віку з ХТБ, що тривав протягом 6 місяців та більше. Імунологічне дослідження, ультразвукове дослідження, бімануальне обстеження.

**Результати.** Опрацювавши результати розгорнутого аналізу крові виявлено: у 13 жінок (72,2%) рівень лейкоцитів становив  $4-5 \times 10^9/\text{л}$ , у 3 (13,9%) – менше  $4 \times 10^9/\text{л}$ , а у 3 (13,9%) – вище  $5 \times 10^9/\text{л}$ . Нейтрофільно-лімфоцитарний індекс знижений у 14 жінок (77,8%) на фоні абсолютної нейтропенії та відносного лімфоцитозу, у 8 жінок (22,2%) його показники перебували у межах норми. Ще у 2 жінок (11,1%) спостерігалось підвищення рівня нейтрофілів вище  $6,13 \times 10^9/\text{л}$ .

Імунологічне дослідження продемонструвало наступні результати: підвищення рівня НК-клітин (вище 27%) спостерігалось у 15 жінок (86,1%), у 3 жінок (13,9%) цей показник становив 5,0-27,0%. Імунорегуляторний індекс Т-хелпери/Т-супресори у 14 (77,8%) жінок перевищував рівень норми (2,3%). Т-лімфоцити/цитотоксичні клітини були виявлені у 11 жінок (61,1%) при умові, що в нормі вони не виявляються.

**Висновки.** Включення імунограми до переліку клініко-лабораторних досліджень повинно бути обов'язковим при виявленні клінічних симптомів синдрому хронічного тазового болю, адже саме цей метод дослідження дає можливість провести якісну оцінку етіологічного чинника захворювання, а також контролювати процес лікування за рахунок ранніх змін показників імунного статусу.

Б.І. Кохан, К.В. Коломієць, Р.О. Картелян,

## ВПЛИВ АНТЕНАТАЛЬНИХ СТРЕСІВ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛЮДИНИ ТА НА ПОДАЛЬШЕ ЖИТТЯ

Кафедра акушерства та гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** останнім часом вчені наголошують про важливість антенатальної психології в структурі акушерсько-гінекологічного нагляду за вагітною та майбутньою дитиною. Адже саме смаки, уподобання та страхи, що пережила мати під час вагітності, впливають на подальше життя дитини. Поширена думка про те, що психоемоційні розлади беруть свій початок ще з внутрішньоутробного періоду.

**Мета:** дослідити стресові фактори у антенатальному періоді та виявити їх вплив на характер та психічну сферу людини.

**Матеріали та методи:** Провели аналіз літературних джерел, в яких висвітлені дослідження антенатальних стресів та їх вплив на розвиток характеру дитини та психічної сфери. Розроблена анкета, згідно якої проведено анкетування.

**Результати дослідження:** з моменту зачаття майбутня мама і внутрішньоутробний плід перебувають в стані симбіотичної єдності. Адже її любов або неприйняття, сумніви і страхи визначають і формують емоційне життя малюка. Звичайно, вагітна жінка не може контролювати ритм свого серця, але може працювати зі своїми емоціями і вирішити, поділитися з малюком відчуттям чогось неприємного і небезпечного або дарувати любов і радість. Під час вагітності мама втілює своє ставлення до світу і формує модель світу для дитини.

Сучасними дослідженнями вчених встановлено зв'язок між стресами вагітної в певні періоди антенатального розвитку та інтенсивністю й характером наслідків для подальшого життя дитини. Якщо стресовий чинник діє на вагітну в період формування основних структур мозку – цей вплив може викликати грубі органічні відхилення. Якщо ж вплив стресових факторів присутній у матері після 5 місяця вагітності, тобто після проліферації нейронів, то зміни мають функціональний характер і заключаються в зміні кількості синаптичних щілин, розподілі нейромедіаторів, утворенні асоціативних нейронів та проліферації й диференціації гліальних структур, реактивності нервової системи. Вище перераховані складові мозку відіграють важливу роль у формуванні функціональних адаптаційних можливостей та психологічних аспектів подальшого життя дитини. Також на формування емоційно-вольової сфери та інших психічних особливостей життя дитини впливає гормональний фон, особливо рівень АКТГ та мінералокортикостероїдів матері в третій триместр вагітності. Відомо, що кортикостероїди виділяються внаслідок дії стресу на організм людини, потрапляючи через плаценту до дитини ці гормони чинять вплив на формування функціональних зон головного мозку та на ядра підкіркових зон в більшій мірі стимулюючи метаболічні зміни в них та зменшуючи стійкість нейронів до впливу із зовнішнього середовища.

**Висновки:** дослідження перенесених антенатальних стресів має важливе значення в сучасному суспільстві, оскільки знання принципів цього впливу дозволять розробити рекомендації, щодо покращення подальшого життя людини, попередження розвитку багатьох функціональних патологій в психічній діяльності та підвищенні адаптаційних можливостей дитини. Переживання та емоції матері, ставлення батька, гормональні та психологічні зміни під час вагітності впливають на плід і відповідно на формування майбутньої людини.

Є. С. Лагно

### ВИКОРИСТАННЯ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ПОЛОГАХ

Кафедра акушерства та гінекології №1

О. П. Засаднюк (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Щастя жінки, яка стала матір'ю – незрівнянне. Проте, процес пологів є надзвичайно болісним, у зв'язку з розтягненням нижнього маткового сегменту, розкриттям шийки матки, тиском плода на тазове дно і м'язи промежини, розтягненням вульварного кільця і шкіри промежини. Деякі жінки зізнаються, навіть, що не йдуть на другі пологи, адже не хочуть пережити той же біль, що відчували при перших пологах.

Одним з найефективніших способів полегшення страждань є епідуральна анестезія. Проте література описує чимало протипоказань та ускладнень даної процедури, тому роділлі бояться йти на неї, і не всі акушери погоджуються знеболювати. То чи варто погоджуватися на епідуральну анестезію під час пологів?

**Мета:** З'ясувати безпечність та доцільність проведення епідуральної анестезії під час пологів, шляхом визначення рівня успішності пологів з використанням знеболення та без нього.

**Матеріали та методи:** статистичний (суцільного переліку та малої вибірки), опитування, анкетування.

**Результати:** Щороку відсоток пацієнток, які народжували під епідуральною анестезією збільшується, як у Вінницькому міському, так і обласному перинатальних центрах. Даний вид анальгезії збільшує тривалість II періоду пологів в середньому на 40 хвилин і у 50% випадків скорочує I період на 90 хвилин. Використання епідуральної анестезії не впливає на частоту проведення ургентного кесарського розтину.

**Висновки:** Епідуральна анестезія є одним з найбільш безпечних та ефективних методів знеболення при пологах. Постановкою епідурального катетера може займатися лише вмілий і досвідчений анестезіолог, адже процедура складна і найменша помилка загрожує важкими ускладненнями; Для досягнення результату, анестезіолог має на 100% розуміти дії акушера, а акушер – анестезіолога. Кожна породілля відрізняється від іншої, тому і розрахунок анестетика має бути індивідуальним. Варто «відчувати» пацієнтку.

Т.П.Маврова

### ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЖЕНЩИН С ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ.

Кафедра акушерства и гинекологии №2

О.Н.Надворная (к.мед.н., доцент)

Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса, Украина

**Актуальность:** С каждым годом проблема замершей беременности в первом триместре становится всё более актуальной в структуре репродуктивных потерь. Распространенность данной патологии стала увеличиваться во всех странах, в связи с этим привлекает внимание специалистов разных областей.

**Цель:** Определить факторы риска и причины замершей беременности в первом триместре беременности.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось на базе КУ ГКБ №1г. Одессы. В работе проанализированы истории 50 женщин с замершей беременностью в анамнезе. Контрольную группу составили 32 здоровые беременные женщины, наблюдавшиеся на базе ЖК №1 при КУ «Родильный дом №5».

**Результаты исследования:** Средний возраст обследуемых женщин - 29 лет. Среди поступивших были работающими - 12(24%), не работающими - 38(76%). Женщины, которые прерывали беременности в первом триместре - 27(54%). Среди опрошенных количество рожавших - 26(52%), не рожавших - 24(48%). Физиологические роды - 21(42%), кесарево сечение - 29(58%). Из них первородящих - 35(69%), повторнородящих - 15(31%). Среди гинекологических заболеваний наиболее распространены: хронический аднексит (8%), миома матки (4%), кисты яичника (4%).

Контрольную группу составили 32 женщины не страдающих невынашиванием беременности. У всех женщин роды произошли в срок.

**Выводы:** По результатам проведенного исследования факторами риска замершей беременности в первом триместре явились женщины, которые не становились на учет и не проводили скрининговые тесты, а также к факторам риска стоит отнести женщин, имеющих в анамнезе хронические заболевания, прерывание беременности методом медицинского аборта. В связи с этим возникает вопрос о контроле скрининговых программ, своевременного выявления и лечения хронических заболеваний, что позволит повысить шансы благополучного течения и исхода последующей беременности.

Л.І.Нетребін О.В.Гайдук

## ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З ПСИХОЕМОЦІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ОБУМОВЛЕНИМИ ТРИВОЖНІСТЮ

Кафедра акушерства та гінекології №2

Т.В.Супрунова (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Стан матері та матково-плацентарного комплексу під час вагітності відіграють значну роль у всіх аспектах розвитку плода і низки ключових моментів розвитку мозку майбутньої дитини, які надалі проявляються після народження протягом усього подальшого життя індивідуума.

**Мета:** Встановити частоту і структуру акушерських ускладнень, перинатальних наслідків розродження жінок із психоемоційними порушеннями, обумовленими різноманітними факторами.

**Матеріали та методи:** Обстежено 35 вагітних у II та III триместрах гестації. До I групи включені 19 вагітних із середнім та високим рівнем ситуативної тривожності (СТ), до II групи — 14 вагітних із низьким рівнем СТ. У 2-х вагітних з хронічними соматичними захворюваннями встановлено дисгармонійний тип ставлення до соматичної хвороби і вони були виключені з дослідження. Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їх психоемоційний стан оцінювали з використанням комплексу психодіагностичних методів.

**Результати:** Встановлено, що частота ускладнених пологів мала безпосередній вплив на зростання частки перинатальної патології, частота якої у I групі склала 42% та у 1,5 разу перевищувала показник II групи (27,6%). Дистрес плода у пологах мав місце лише у I групі — 2 (3,2%) випадки. Частота затримки росту плода при розрахунку за масо-ростовими параметрами була вищою у I групі (30,7% і 20,7% відповідно). Кількість недоношених новонароджених у I групі у понад двічі перевищила таку у II групі (8,1% і 3,5% відповідно). У I групі мала місце антенатальна загибель плода у терміні 39 тижнів.

**Висновки:** Тривожність, яка є проявом психоемоційної дезадаптації, сприяє зростанню частоти акушерських ускладнень, а саме передчасних пологів та аномалій пологової діяльності. Розродження жінок із середнім та високим рівнем СТ свідчать про статистично достовірне переважання перинатальної патології (затримка росту плода, недоношеність, дистрес плода у пологах) порівняно із жінками з низьким її рівнем. Враховуючи вплив тривожності на гестаційні ускладнення, частоту оперативних втручань і перинатальні наслідки розродження, саме діагностика та корекція психоемоційних порушень у вагітних може стати резервом їх зниження.

Г.І.Ордак, А.І.Погорільчук

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З МАЛОВОДДЯМ

Кафедра акушерства та гінекології №2

Льовкіна О.Л. (к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Зменшення кількості навколоплідних вод є однією з актуальних проблем сучасного акушерства та перинатології. Маловоддя являється маркером порушення функції плодових оболонок, вроджених вад розвитку плода, екстрагенітальних захворювань матері. Частота даної патології постійно збільшується і сягає за даними різних джерел 0,3-6,7%. Наслідками маловоддя являються загроза переривання вагітності, плацентарна дисфункція, затримка внутрішньоутробного розвитку плода та дистрес плода.

**Мета:** Вивчити фактори ризику виникнення плацентарної дисфункції та дистресу плода у жінок з маловоддям, оцінити особливості клінічного перебігу вагітності та пологів у жінок з даною патологією.

**Матеріали та методи:** Аналіз даних індивідуальних та амбулаторних карт, історій пологів жінок з діагностованим маловоддям на базі ВМКПБ №2 за 2016-2017 рр.



**Результати:** у 42% обстежуваних жінок були виявлені хронічні запальні процеси матки та придатків, у 38 % було виявлено патологічні зміни шийки матки, захворювання сечовидільної системи діагностувалися у 17%.

У всіх жінок з даною патологією було виявлено інфекційний фактор, 70% становила бактеріальна інфекція, 30 % вірусно-бактеріальна. У структурі патологічних збудників найбільшу частку становили представники умовно-патогенної мікрофлори в підвищеній концентрації.

Також встановлено, що у вагітних з маловоддям була виявлена тенденція до зниження кількості лакто-, та біфідобактерій.

За даними доплерометрії мали місце незначні порушення гемодинаміки зі сторони аорти плода та середньої мозкової артерії у вигляді підвищення систоло-діастолічного відношення у матковій артерії на 18,08 % та артерії плоду на 19,35%.

Під час проведення дослідження було встановлено загрозу мимовільного викидня у кожної 4 жінки(25%), загроза передчасних пологів реєструвалася у 10%, гестаційна анемія у 30%, передчасний розрив плідних оболонок(18%), що обумовлювало високу частоту абдомінального розродження цих вагітних(21%). Перинатальні наслідки розродження характеризувалися високим рівнем асфіксії середньої важкості(16%) та виявлення внутрішньоутробного інфікування плода(6%).

**Висновки:** Основною причиною розвитку маловоддя є інфекційний фактор, який був ідентифікований у всіх вагітних жінок. Важливу роль відігравали у виникненні маловоддя обтяжені соматичний та репродуктивний анамнези.

Гемодинамічні зміни за даними доплерометрії відображали компенсаторну реакцію, спрямовану на захист плода. У жінок з маловоддям відмічались високі показники ускладненого перебігу вагітності та пологів.

М.-Ю.І. Петришина, О.А. Гусак

## ПЛАНУВАННЯ СТАТІ ДИТИНИ ЗА ОВУЛЯЦІЄЮ

Кафедра акушерства та гінекології № 2

Т.В.Супрунова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Питання визначення статі дитини постає не лише з приводу цікавості та власних побажань батьків. Враховуючи зростання кількості та частоти в Україні спадкових патологій, зчеплених зі статтю, проблема планування статі дитини є актуальною на сьогоднішній день. Одним з науково обґрунтованих методів є метод планування статі дитини за овуляцією.

**Мета:** Визначити ефективність та достовірність методу планування статі дитини за овуляцією.

**Матеріали та методи:**Проведено анкетування та зібрано дані акушерсько-гінекологічного анамнезу у 25 жінок в другому триместрі вагітності, що знають точну дату зачаття. Співставлено дані з датою овуляції та статтю дитини за даними УЗД. В основу покладено метод Отфрида Хатцольда. Вважають що цей метод планування статі дитини ефективний у 80% випадків. На практиці він виглядає наступним чином: щоб народити хлопчика – необхідно утримання протягом 1 тижня до дня овуляції, статевий акт в цьому випадку повинен бути краще в день, що передує або співпадає з днем овуляції. Для зачаття дівчинки – останній статевий акт повинен бути не пізніше ніж за 2-3 дні до дати овуляції.

**Результати дослідження:**Звичайно у здорової жінки овуляція настає на 12-16 день менструального циклу. Функцію носія статі виконують сперматозоїди, які містять Х або У хромосому, що і визначає майбутню стать дитини. Овуляційний метод передбачає планування статі дитини шляхом визначення дати овуляції за допомогою існуючих методів та урахування особливостей запліднення в різні періоди менструального циклу відносно властивостей Х- та У- хромосом. Доведено, що Х-сперматозоїди, які кодують жіночу стать, характеризуються меншою швидкістю руху, більшою тривалістю життя та їх вміст у спермі є меншим порівняно з кількістю У-сперматозоїдів, які є більш швидкими, менш витривалими та стійкими. Для визначення дати овуляції використовували підрахунки по менструальному циклу при умові його стабільності, тест на овуляцію, заснований на визначенні лютеїнізуючого гормону. В день овуляції більшість жінок відчувають незначні болі внизу живота легку нудоту та нездужання. Визначення дати овуляції проводили за так званим фолікулогенезом по УЗД, тобто за розвитком фолікула починаючи з 10-го дня менструального циклу та його зникнення під час овуляції. Для точного визначення овуляції в сучасному світі жінки використовують компактні прилади для визначення овуляції, тести-мікроскопи, які працюють на принципі появи в слині симптома папороті, так звані ову-тести.Для підвищення ймовірності зачаття дитини чоловічої статі процес запліднення має відбутися в день овуляції, що можна пов'язати з характеристикою У- сперматозоїдів. Їх краща рухливість дозволяє швидше подолати шлях до яйцеклітини. Щоб підвищити ймовірність народження немовляти жіночої статі запліднення має відбутися за 3-5 днів до овуляції, так як Х- сперматозоїди є більш витривалішими, що забезпечує їм більш тривале перебування у статевих шляхах жінки.

**Висновки:** Розрахувавши точну дату зачаття і дату овуляції, можна спланувати стать майбутньої дитини. Вірогідність отримання бажаної статі дитини за допомогою овуляційного методу досягає від 65% до 80%.

А.В.Плужник

## ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ ГЕСТАЦІЇ

Кафедра акушерства і гінекології №2

О.А. Мунтян (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогоднішній день переривання вагітності на ранніх термінах гестації є однією з найважливіших проблем в акушерстві та гінекології. Частота цієї патології в Україні становить 10-25%. Переривання вагітності на ранніх термінах являє собою симптомокомплекс, у розвитку якого бере участь система мати-плід. Основними причинами ранніх репродуктивних втрат є: генетичні і хромосомні аномалії, ендокринні та імунологічні порушення, інфекційно-запальні захворювання статевих органів, зміни ендометрію та порушення маткової гемодинаміки.

**Мета:** Своєчасне прогнозування і виявлення загрози переривання вагітності на ранніх термінах гестації та попередження репродуктивних втрат.

**Матеріали та методи:** Дана робота проводилась на базі Вінницького міського клінічного пологового будинку № 2. В ході дослідження було проведено ретроспективний аналіз 800 історій вагітних, котрі втратили плід на ранніх термінах (до 12 тиж. вагітності)

**Результати:** Після аналізу результатів ретроспективного дослідження у більшості жінок із ранніми репродуктивними втратами в анамнезі (самовільні викидні, завмерла вагітність) було виявлено наступні дані: наявність медикаментозного абортів в анамнезі; перенесені раніше гінекологічні запальні захворювання (хронічний аднексит). Крім аналізу анамнестичних і клінічних даних також було вивчено результати ультразвукового обстеження. При цьому було виявлено фіброматозні вузи матки (інтрамуральні), кісти яєчників, ретрохоріональні гематоми, анембріонію, хоріональний поліп та поліп шийки матки, що ймовірно зумовило переривання вагітності на ранніх термінах.

**Висновок:** Згідно результатів даного дослідження жінок, які мають ризик невиношування вагітності, слід включити в групу ризику, що вимагають підвищеної уваги лікарів, та проводити адекватну прегравідарну підготовку та комплексне обстеження жінок для раннього виявлення та попередження ранніх репродуктивних втрат.

О.А. Поплавська, Т.А. Мельник

## ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЯК ПРЕДИКТОР ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ

Кафедра акушерства і гінекології №2

О.В. Фурман (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними офіційної заяви Європейської спільноти ендокринології, Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є одним з найрозповсюдженіших захворювань серед жінок репродуктивного віку (частота складає від 6 до 20%, в залежності від діагностичних критеріїв). У 2016 році, за даними ВООЗ, кількість летальних випадків, асоційованих з високим рівнем глюкози в крові, становить 5430 у жінок віком від 30 до 69, та 28700 у віці 80 років і старше. Одним з основних критеріїв наявності інсулінорезистентності та можливого подальшого розвитку цукрового діабету (ЦД) II може бути порушення репродуктивної функції у жінок, яким проявляється СПКЯ.

**Мета:** Висвітлити клінічний зв'язок СПКЯ з інсулінорезистентністю. Удосконалити методи діагностики інсулінорезистентності у жінок з порушенням репродуктивної функції.

**Матеріали і методи:** сформовано дві групи пацієнток віком від 25 до 36 років: I група – основна — з проявами СПКЯ (60 жінок) та II група – контрольна — без ознак захворювання (30 жінок). Були застосовані методи: анкетування, статистичний, біохімічний.

**Результати:** Проаналізувавши інформацію з вітчизняних та зарубіжних джерел, було визначено, що порушення у будові інсулінових рецепторів, зменшення їх кількості або блокування викликає підвищення циркуляції вільного інсуліну. Його надлишок призводить до надмірного зв'язування рецепторами ІІФ, в результаті чого збільшується концентрація ІІФ в крові, що, у свою чергу, призводить до гіперандрогенії. Остання зумовлює появу гірсутизму, хронічної ановуляції, великої кількості кіст в яєчниках, розвиток ожиріння, акне. Отже, наявність прихованої інсулінорезистентності може свідчити про те, що жінка має підвищений рівень ризику розвитку СПКЯ у майбутньому, що підтверджують проведені дослідження. Аналізуючи можливість наявності інсулінорезистентності за індексом НОМА – IR, нами не встановлена різниця у групах: так в групі 1 (основна) він дорівнює  $(1,49 \pm 0,69)$ , групі 2 (контрольна) –  $(1,234 \pm 0,547)$ . Однак, були виявлені відмінності в результатах тесту на приховану інсулінорезистентність: 1 група –  $(6,121 \pm 1,453)$ , 2 група –  $(1,85 \pm 0,338)$ . Отриманні дані підтверджують необхідність проведення у пацієнток з

СПКЯ додаткових досліджень для виявлення прихованої та явної інсулінорезистентності, що допоможе вчасно діагностувати та попередити розвиток порушень вуглеводного обміну.

**Висновки:** Отже, СПКЯ супроводжується кількісними та якісними порушеннями рецепторів до інсуліну, що зумовлює підвищений рівень розвитку інсулінорезистентності, порушення толерантності до глюкози та, як наслідок, ЦД II. Регулярні проведення тесту на приховану інсулінорезистентність, рання профілактика та своєчасна діагностика ЦД у пацієнок з даною патологією може помітно зменшити кількість ускладнень та рівень смертності жінок, що спровоковані високим рівнем глюкози в крові.

Р.А.Рамос

## ВЕРТИКАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПРИ РОДАХ В ЭКВАДОРЕ

### Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Пролыгина Елена Валерьевна (к.мед.н.), Клывак Виталий Васильевич(ас., к.мед.н.)

Винницкий национальный медицинский университет им Н.И. Пирогова

г.Винница, Украина

**Актуальность:** Именно роды в положении сидя или стоя должны рассматриваться как традиционные, испытанные множеством поколений во всех концах света. Роды на корточках являются традиционными для народов Севера, Средней Азии, многих стран Африки, Южной Америки, Азии, Мексики, Китая. Что касается Европы, то роды в вертикальном положении активно практиковались в Голландии и Германии. Еще в начале позапрошлого века в приданое невесты голландцы включали специальный стул, предназначенный для родов. Почему же ситуация изменилась? Законодательницей «моды» на роды в положении лежа стала, как считается, Франция, и произошло это в XVIII веке, когда вместо акушерки-женщины роды стал принимать врач-мужчина. И поменялась поза роженицы не из-за того, что это было нужно ей, а просто потому, что врачу было удобнее принимать роды у лежащей на спине женщины. В Эквадоре 20% популяции предполагает и практикует вертикальные роды.

**Цель исследования:** Определите преимущества вертикальных родов по сравнению с горизонтальными родами.

**Методы исследования:** Обсервационное, сравнительное и кросс-секционное исследование.

**МЕСТО:** Больница Отавало, Эквадор.

**УЧАСТНИКИ:** Беременные женщины, у которых были вертикальные или горизонтальные положения в родах.

**ВМЕШАТЕЛЬСТВА:** В период с июня 2006 года по июнь 2007 года было изучено 160 родильниц, 80 из которых рожали в вертикальном положении (PV) и 80 – в горизонтальном. (PH)

Время вертикальных родов было короче по сравнению с горизонтальными (11,39 мин и 19,48 мин соответственно). Объем кровотока был одинаковым в обеих группах (300 мл и 296,74 мл). Учитывая использование и неприменение окситоцина, было обнаружено статистически значимое различие в объеме кровотока, которое было выше, когда окситоцин не использовался. Маневр «Кристеллера» практически не требовался для вертикального положения (1,3%), в то время как он выполнялся у 16 пациентов в горизонтальном (20%). Эпизиотомия была менее частой для вертикального положения, чем для горизонтального положения (26,5% против 56,3%). Оперативное влагалитное родоразрешение требовалось только в двух случаях горизонтального положения (1 вакуум-экстракция, 1 выходные щипцы). Частота вагинальных гематом и послеродовых кровотечений была отмечена как при горизонтальном, так и при вертикальном родоразрешении без статистически значимой разницы между ними. В группе женщин, которые были родоразрешены вертикально (которым не проводилась эпизиотомия) было больше вагинальных разрывов сравнительно с теми, кто был родоразрешен горизонтально (83% против 60%). Что касается восприятия матери вертикальных родов, они воспринимались как более быстрые, более комфортные и менее болезненные. Большинство женщин в обеих группах будут рекомендовать вертикальные роды (81,9% из 160 женщин).

**Выводы.** Вертикальные роды имеют значительные преимущества перед горизонтальными, за счет более коротких и менее болезненных потуг, что обеспечивает комфорт для рожениц .

Г.О.Рамська

## НАСЛІДКИ АБОРТІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ

Кафедра акушерства та гінекології №2

Т.В.Супрунова(к.мед.н.,доцент)

Вінницький національний медичний університет М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Україна – одна із лідерів в Європі за кількістю абортів, у тому числі підліткових. Якщо народити дитину наважується одна неповнолітня, то п'ять - штучно переривають вагітність. Дві третини підліткових вагітностей закінчуються абортom. У 2008 році понад 3,5 тисячі українок віком від 15 до 17 років штучно перервали вагітність. Ця цифра протягом останніх п'яти років практично не змінюється. Кожна п'ята

подружжя пара в Україні - безплідна, і у 80% безпліддя - це наслідок ранніх абортів.

**Мета:** Проаналізувати частоту підліткових абортів та їх ускладнень в Центрі планування сім'ї Вінницької обласної лікарні ім. Пирогова М.І. та в жіночій консультації Вінницького клінічного пологового будинку № 2 м. Вінниці.

**Матеріали і методи:** Нами вивчено та проаналізовано індивідуальні карти вагітної та медичні карти амбулаторного хворого 36 жінок підліткового віку, яким виконано переривання вагітності в Центрі планування сім'ї Вінницької обласної лікарні ім. Пирогова М.І. та Вінницькому клінічному пологовому будинку № 2 м. Вінниці.

**Результати дослідження:** Вивчено наслідки переривання вагітності у дівчат-підлітків. Під час проведення абортів у дівчат віком до 18 років на 38% частіше виникають серйозні кровотечі, перфорація матки, ускладнення, спричинені наркозом (порушення дихання, серцевого ритму, дисфункція печінки, алергічний шок); місцеві запалення після процедури (ендометрит, сальпінгіт, інфекційно-запальні захворювання органів малого тазу.); тромбози. Віддаленні наслідки абортів з боку жіночих статевих органів, з якими вони можуть зіткнутися в майбутньому під час наступної вагітності і пологів: непрохідність, інфікування запалення маткових труб; позаматкова вагітність; зростання загрози викидня в 3-4 рази; функціональна недостатність шийки матки; маткові спайки; ендометріоз; безпліддя, тощо. Найчастішим віддаленим ускладненням абортів у молодих дівчат є ендокринні збої, які проявляються, в першу чергу, різноманітними порушеннями менструального циклу, такими як нерегулярні, занадто сильні або занадто мізерні менструації, мажучі виділення в середині циклу, болісні менструації тощо. Крім того, існують психологічні наслідки абортів для дівчини-підлітка. Часто юні дівчата, які зважилися на переривання вагітності, відчувають почуття провини, страх, стають дратівливими, схильні до депресії і безпричинної зміни настрою. Якщо в майбутньому вони зіткнуться з такими факторами як викидні або безпліддя, у них можуть виникати різні нервові розлади, депресії та психози.

**Висновок:** Підліткова вагітність – це правдивий індикатор морального здоров'я суспільства. Щоб уберегти підлітка від всіх вищеписаних ускладнень батькам дівчат-підлітків варто відверто говорити про наслідки сексу і необхідності контрацепції. Робити це регулярно. А ще завжди бути другом своїй дитині, багато спілкуватися, щиро цікавитися його життям, друзями, інтересами та особистими відносинами.

В.В. Савіна

## ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НИЖНІХ ВІДДІЛІВ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ДІВЧАТОК, ПІДЛІТКІВ

Кафедра акушерства та гінекології № 1

Г.В. Чайка (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність:** Запальні захворювання жіночих статевих органів за частотою розповсюдження посідають одне з перших місць у патології геніталій у дівчаток та підлітків, є частою причиною безпліддя в майбутньому, багатьох ускладнень та втрати працездатності. Знання причин, методів діагностики та особливостей лікування даної патології в дитячому та підлітковому віці необхідно лікарю гінекологу дитячого та підліткового віку, педіатру. Окрім цього необхідно ретельно вивчати методи профілактики даних захворювань, щоб запобігти негативним наслідкам.

**Мета:** Дослідити структуру та клінічні прояви запальних захворювань нижніх відділів сечостатевої системи у дівчаток та підлітків на базі ВОДКЛ.

**Матеріали та методи:** загально-клінічний, лабораторний, статистичний.

**Результати:** Щороку на базі ВОДКЛ оглядається, в середньому 2200-2500 дівчаток віком від 0 до 18 років. За 2017 рік дитячим гінекологом було поставлено діагноз вульвіт 76% дівчаток віком 0-7 років, 8% дівчаток віком 8-13 років та 1% дівчат віком 14-18 років; діагноз вульвовагініт – 48% дівчаток віком 0-7 років, 18% дівчаток віком 8-13 років та 49% дівчаток віком 14-18 років; гострий сальпінгоофорит був виявлений у 1% дівчат віком 8-13 років та у 6% дівчат віком 14-18 років; кандидозний кольпіт - в 1% дівчаток віком 0-7 років, у 29% дівчат віком 8-13 років та у 32% дівчат віком 14-18 років; трихомоніаз – в 1% дівчат віком 0-7 років та в 4% дівчат віком 14-18 років; хламідіоз – лише в 1% дівчат віком 14-18 років. При цьому причиною вульвітів найчастіше є умовно-патогенна флора зі шкіри, іноді – кишкова флора. Етіологія вульвовагінітів та ж, але тут на перше місце виступає кишкова мікрофлора, яка заселяється у піхву при порушенні особистої гігієни, глисній інвазії, особливо ентеробіозі; часто проявляється сезонність вульвовагінітів – літньо-осіння, коли дівчатка, граючись у дворі, або, перебуваючи на морському узбережжі щільно контактують з забрудненим піском. Ще однією причиною вульвовагінітів є сторонні тіла піхви, а також алергічні вульвовагініти, що складають окрему проблему, особливо у моментах лікування. У старшій віковій групі, особливо в дівчаток, які жили статевим життям, спостерігаються специфічні вульвовагініти, і лікування відповідно розширюється. У цій віковій групі діагноз «вульвовагініт» змінюється на діагноз «кольпіт». Тут часто спостерігається специфічна мікрофлора - це хламідія, мікоплазма, уреоплазма, трихомонада, гарднерелла, вірус папіломи людини, іноді спірохети та ВІЛ.

**Висновки:** Нами було встановлено, що серед запальних захворювань нижніх відділів сечостатевої системи у

дівчаток та підлітків переважають такі: вульвіт, вульвовагініт, кандидозний кольпіт, гострий сальпінгоофорит, трихомоніаз та хламідіоз, що вимагає проведення певних профілактичних заходів для попередження виникнення цих захворювань. Також необхідно звертати увагу батьків дівчаток на дану проблему з метою попередження рецидивів та запобігання розвитку негативних для репродуктивного здоров'я дівчинки наслідків.

О.В.Телегузова

## **ВЖИВАННЯ КОФЕЇНОВІСНИХ НАПОЇВ ВАГІТНИМИ ТА ЖІНКАМИ, ЯКІ ГОДУЮТЬ ГРУДДЮ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ПЛОДА**

А.В.Старовер (к.мед.н., доц.)

Кафедра акушерства і гінекології №1

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** більшість лікарів і вчених на сьогоднішній день погоджуються з тим, що кофеїн не завдає шкоди вагітним жінкам. Було доведено, що щоденне вживання до 300 мг кофеїну на добу не має жодного несприятливого впливу на перебіг вагітності. Тим не менше, під час вагітності кліренс кофеїну з крові матері значно знижується. Результати деяких спостережних досліджень свідчать, що надмірне споживання кофеїну може бути предиктором передчасних пологів, мертвородження, еклампсії плода. Кофеїн є одним із найпоширеніших стимуляторів у загальній популяції. Він зустрічається у різних продуктах харчування та напоях, включаючи каву, чай, шоколад, какао-продукти, безалкогольні напої та енергетичні напої. Крім того, він все ширше використовується як діюча речовина ліків від грипу, головного болю, стимуляції імунної системи.

**Мета:** дослідити та проаналізувати релевантність між споживанням кофеїновмісних напоїв та впливом на плід серед вагітних та матерів, які годують груддю.

**Матеріали та методи:** інформаційною базою роботи слугували матеріали публікацій вітчизняних і закордонних досліджень у галузі акушерства та неонатології, матеріали власних досліджень. Для реалізації мети дослідження використано системний підхід, аналіз літературних даних PubMed, метод миттєвих спостережень на рівні окремих суб'єктів, абстрактно-логічні узагальнення. Було проведено соціологічне ретроспективне когортне дослідження серед вагітних жінок у Вінниці та Вінницькій області.

**Результати:** вплив кофеїну на організм здійснюється опосередковано через взаємодію з рядом рецепторів, включаючи аденозин, адренергічну, холінергічну  $\gamma$ -аміномасляну кислоту та серотонінові рецептори. Занепокоєння щодо використання кофеїну під час вагітності або лактації обумовлено теоретичними впливами на плід: кофеїн проникає крізь плацентарний бар'єр; період напіврозпаду кофеїну збільшується у пізніх термінах вагітності. За результатами соціологічного опитування нам вдалося встановити, що вагітні попри адикцію до кофеїновмісних напоїв (зеленого чаю, кави, енергетичних напоїв) відмовляють собі у їх вживанні під час вагітності через острах негативного впливу на здоров'я дитини та можливі патологічні наслідки у розвитку.

**Висновки:** вагітні та матері, що годують груддю, можуть вживати у помірних кількостях кофеїновмісні напої. Дослідження показали, що хоча кофеїн передається дитині через грудне молоко, його кількість несуттєва і жодним чином не впливає на здоров'я дитини. Представники Американської академії педіатрії, а також автори дослідження, опублікованого в American Journal of Clinical Nutrition, дійшли висновку, що вживання кофеїну у помірних кількостях вагітними не впливає негативно на дитину.

Ю.Р. Христофор

## **АНЕМІЯ ЯК ПРЕДИКТОР ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ**

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.М. Гончаренко (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Виникнення анемії у вагітних за умов сучасної екологічної ситуації та різних медико-біологічних факторів ризику зумовлено не одним, а сумою різних факторів. Анемію, яку виявлено під час вагітності, як правило, пов'язують з самим станом вагітності, оскільки зміни в організмі жінки за умов останньої спричиняють розвиток дефіциту заліза. Перебіг вагітності у жінок на тлі анемії ускладнюється невиношуванням, гестозами, плацентарною недостатністю. При анемії вагітних спостерігається зниження насиченості крові киснем та порушення матково-плацентарного кровообігу, що призводить до гіпоксії плода та затримки його внутрішньоутробного розвитку.

**Мета:** дослідити вплив розвитку гестаційної анемії на розвиток перинатальних ускладнень у вагітних.

**Матеріали та методи:** аналіз та опрацювання монографій, тематичних статей та матеріалів.

**Результати:** Дослідники стверджують, що токсикози у I половині вагітності часто зумовлюють розвиток

анемії. Такі фактори, як блювання, порушення дієти, зниження апетиту, гіповітамінози, провокують розвиток або виявлення прихованого залізодефіциту у вагітних. Підставою для цього слугувало часте сполучення (від 7% до 40%) пізніх гестозів з анемією. У вагітної з анемією, навіть легкого ступеня, знижується рівень загального білка крові. Це призводить до розвитку плацентарної недостатності, що клінічно проявляється у 20% випадків внутрішньоутробною затримкою розвитку плода, у 10% – невиношуванням вагітності. В основі цих ускладнень лежать суттєві метаболічні нейроендокринні ускладнення в системі мати–плацента–плід, які виникають під впливом хронічної гемічної гіпоксії, що супроводжує ЗДА вагітних. Передчасні пологи настають у 11–42%, слабкість пологової діяльності відзначається у 10–15%; гіпотонічні кровотечі при пологах виникають у 10% жінок, що в 3–4 рази частіше, ніж у здорових вагітних, післяпологовий період ускладнюється гнійно-септичними захворюваннями у 12% і гіпогалактією – у 38% породілей. Мертвонароджуваність складає 11,5% за рахунок антенатальної загибелі плода, перинатальна смертність досягає 21,4%.

**Висновок:** Проаналізувавши дані досліджень та експериментів, можемо стверджувати, що частота виникнення і важкість перинатальних ускладнень в певній мірі відповідають ступеню тяжкості анемії у вагітної.

І.С. Човган

## ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ

Кафедра акушерства та гінекології № 1

О. А. Таран (д.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Шийка матки за рахунок своїх особливостей займає важливе місце в репродуктивній системі, визначаючи перспективи повноцінного запліднення, неускладненого виношування вагітності та пологів. У країнах, що розвиваються раку шийки матки (РШМ) належить третє місце за рівнем захворюваності (Лігірда Н.Ф., 2015). Дисплазії шийки матки, або цервікальні інтраепітеліальні неоплазії (ЦІН), є найчастішою формою морфологічного передраку шийки матки. Це атипія епітелію шийки матки з порушенням «шаруватості», але без залучення в процес стромы. Головним фактором патогенезу ЦІН вважається інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ). При ЦІН I ВПЛ визначається в 25% випадків, ЦІН II - 80%, ЦІН III і *in situ* - 88% (Singer A., Vjnghan J.M., 2013).

**Мета:** порівняння діагностичної цінності традиційного цитологічного скринінгу і котестування для діагностики ЦІН.

**Матеріали та методи.** За допомогою аналізу документації пацієнток з патологією шийки матки, що спостерігалися у кабінеті «Патології шийки матки» ВМКПБ № 1, проведено дослідження діагностичної цінності традиційного цитологічного дослідження епітелію шийки матки у порівнянні з котестінгом (цитологічне дослідження + ПЛР ВПЛ високого онкогенного ризику) для встановлення діагнозу ЦІН. Було проаналізовано документацію 241 пацієнтки, з вперше виявленою ЦІН у 2017 році. З них 141 з ЦІН I, 36 з ЦІН II і 64 з ЦІН III. Середній вік пацієнток склав 38 років. Досліджено анамнестичні дані та результати обстеження пацієнток. Традиційне цитологічне дослідження епітелію шийки матки виконували в цитологічній лабораторії на базі ВООД. Діагностика ВПЛ високого онкогенного ризику базувалась на принципі методу ПЛР.

**Результати.** При аналізі амбулаторних карт встановлено, що середній вік початку менструацій у пацієнток з CIN 14 років; найбільша кількість жінок з нерегулярними менструаціями у групі з CIN I - 13%; з болісними - у групі з CIN II - 39%; найбільша кількість статевих партнерів виявлена у жінок з CIN I та CIN II - 3 чоловіка; найбільша середня кількість вагітностей (4) та пологів (3) у жінок з CIN III, а середня кількість абортів у CIN II - 3. Нами було виявлено, що діагностичну цінність метод традиційного цитологічного дослідження епітелію шийки матки для встановлення діагнозу ЦІН мав лише у 126 пацієнток, що склало 52,3%. Відповідно ймовірність пропущених випадків склала 47,7% випадків. У 115 пацієнток (47,7%) діагноз ЦІН встановлено завдяки комбінованому застосуванню традиційного цитологічного дослідження та ВПЛ-тесту методом ПЛР (котестування). Найчастіше серед високоонкогенних типів виявлялися ВПЛ - 16, 31, 33, 18, 51 типи. Котестування зменшує ймовірність пропущених випадків ЦІН до 1,2%.

**Висновок.** Застосування ВПЛ тестування разом із традиційним цитологічним дослідженням епітелію шийки матки доцільно використовувати, як скринінговий метод обстеження для діагностики ЦІН та профілактики розвитку раку шийки матки, це зменшує ймовірність пропущених випадків ЦІН до 1,2%.

К.О. Ярошевич, В.О. Ковач, А.А.Васильков  
**АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РІДИННОЇ ЦИТОЛОГІЇ ЯК МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ  
ДИСПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ШИЙКИ МАТКИ**

Кафедра акушерства та гінекології №2  
Балабуєва С.В. (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Рідинна цитологія це – революційний високотехнологічний метод діагностики та об'єктивізації захворювань шийки матки. Впровадження методу рідинної цитології дало змогу зменшити частоту інвазивного цервікального раку майже на 30 %. Вважається, що можливість раннього виявлення РШМ більш імовірна при проведенні щорічного скринінгу.

**Мета.** Популяризувати метод рідинної цитології як найбільш достовірний для діагностики диспластичних процесів шийки матки.

**Матеріали та методи.** Проведено кольпоскопічне обстеження та прицільне взяття матеріалу для класичного цитологічного дослідження та рідинної цитології у 28 жінок репродуктивного віку.

**Результати.** На основі проведеної класичної цитології у 24 жінок (85,7%) було виявлено CIN-I, 4-ьох (14,3%) – CIN-II. Відповідно, при проведенні рідинної цитології у цих жінок отримано наступні результати: з першої групи (CIN-I)- у 19 (79,2%) діагностовано ASCUS, а у 5 (20,8%) - LSIL. З 4-ьох жінок другої групи у 3 (75%) діагностовано ASCUS, а в 1 (25%) -LSIL.

**Висновки.** Отже, застосування рідинної цитології є найбільш достовірним методом діагностики диспластичних процесів шийки матки, що дозволяє отримати достовірний діагноз та попередити інвазивні методи лікування.

До ключових відмінностей скринінгових методик відносять наступні: при класичній цитології біоматеріал перед відправкою висушують на склі в умовах кімнатної температури, а при рідинній - поміщають в флакон зі спеціальним стабілізуючим середовищем, для продовження терміну транспортування і зберігання. При традиційній методиці не проводиться фільтрація, тому при наявності в мазку запальних елементів, великої кількості слизу та інших домішок результат дослідження є недостатньо достовірним і зазвичай вимагає повторного проведення ПАП-тесту після лікування, чого немає у рідинній методиці. При традиційній методиці не весь обсяг отриманої тканини потрапляє на скло і досліджується. До 35-40% клітин залишається на інструменті і рукавичках лікаря. При рідинній методиці такої втрати біоматеріалу не відбувається. Це забезпечується застосуванням цитоцитки в стабілізуючому і суспензованому середовищі, центрифугуванням зразка і формуванням спеціального цитопрепарату зі стандартизованим рівним шаром клітин на склі-слайді. Можливість проведення повторного аналізу того ж біоматеріалу або інших досліджень при використанні рідинної цитології. Адже суспензія в пробірці не втрачає своїх властивостей протягом декількох місяців. При традиційній методиці досліджувані тканини нічим не захищені.

О.В. Юрій  
**НОВИЙ КОНСЕРВАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ**

Кафедра акушерства і гінекології №2  
О.О. Мазченко (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Міома матки – це гормонзалежне, доброякісне, пухлинне утворення, яке утворюється із гладком'язової і сполучної тканини. У 30-35% пацієток міома виявляється в репродуктивному віці, і у третини з них супроводжується такими клінічними проявами, як аномальні маткові кровотечі, дисменорея, анемія, тазові болі, диспауренія, безпліддя, ускладнений перебіг вагітності. Але не дивлячись на успіхи в діагностиці міоми матки, на сьогодні не існує «золотого стандарту» лікування. Найрозповсюджений метод лікування – гістеректомія.

**Мета:** Дослідити переваги медикаментозного лікування міоми матки і передопераційної підготовки хворих.

**Матеріали і методи:** Матеріалами для дослідження стали наукові праці вітчизняних та зарубіжних фахових джерел, що висвітлюють проблему діагностики та лікування міоми матки.

**Результати:** Консервативні методи лікування застосовують, коли пацієтка хоче зберегти фертильність або вона знаходиться в пременопаузальному періоді, а розміри матки невеликі (до 6-ти тижнів), або при наявності протипоказів до оперативного втручання. Медикаментозна терапія має бути направлена на уповільнення росту міоматозного вузла, інволюцію міоми матки, або це є передопераційна підготовка хворих. Основними перевагами нових алгоритмів терапії міоми матки являються: збільшення інтервалу часу для підготовки пацієтки для операції, більше виражене зменшення розмірів міоми, що дозволяє провести органозберігаючу операцію, зниження ризику ускладнень при операції.

Враховуючи, що міома матки – не лише естроген-, але і прогестеронзалежна пухлина, і використовуючи знання патогенезу росту міоми матки, в останні роки привели до використання антипрогестагенів

(міфепристон, міропристон, генестрил та ін.) і селективних модуляторів рецепторів прогестерону (СМРП) (уліпрістал, левпролід та ін.). В 2012 році Європейська комісія схвалила використання препарату, який відноситься до гурпи СМРП – уліпристалу ацетат в дозі 5 мг з помірними і важкими симптомами (всередину по 1 таблетці, незалежно від прийому їжі, 2 курси по 3 місяці). Уліпристала ацетат (Есмія) – володіє змішаними властивостями, володіє антипроліферативними, антифіброзними ефектами, ідує апоптоз в клітинах міоматозного вузла, не впливаючи на здоровий міометрій. Препарат володіє прямою дією на ендометрій: викликає аменорею, зменшує інтенсивність кровотечі уже після 6-10 дня використання, знижує вираженість болей. Варто відмітити відсутність труднощів при виконанні міомектомії і енуклеації міоматозних вузлів. Повторні призначення 3-місячних курсів терапії уліпристала ацетатом дозволяє ефективно профілакувати кровотечу і зменшити розміри міоми матки.

**Висновок:** Отже, застосування препаратів антипрогестагенів та СМРП являється новою стратегією при проведенні консервативної терапії міоми матки, збільшує можливість проведення органозберігаючого лікування міоми матки, на відміну від препаратів прогестинів, агоністів гонадотропін-рилізінг гормонів, та зважаючи на економічно дорогу терапію.

З.В.Яцишина

### БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Кафедра акушерства та гінекології №1

Дністрянська А.П. (к.м.н.,доц.).

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

М. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Частота преєклампсії як важкого ускладнення вагітності складає 7-16% від всіх вагітних і не має тенденції до зниження. (Б.М. Венцківський, В.М. Запорожан, С.І. Жук, А.Я. Сенчук, 2002; Ю.П. Вдовиченко, Т.Г. Романенко, Е.В. Форостяная, 2005; В. J. Wilson, M.S. Watson, 2003). . Поряд з цим, в наш час відсутні чіткі уявлення про особливості патогенезу преєклампсії та адаптації різних систем життєзабезпечення в материнсько-плодовому комплексі у разі цього ускладнення. Це призводить до неузгодженості в тактиці ведення таких вагітних, що перешкоджає проведенню своєчасних та адекватних лікувально- профілактичних заходів. Систематизація вітчизняних та закордонних наукових джерел вказує на необхідність з'ясування ролі маркерів ендотеліальної дисфункції у формуванні генезу фізіологічного та патологічного перебігу вагітності, зокрема, преєклампсії (Ф.Т Агеев, 2004; Л.Е. Мурашко, О.Н. Ткаченко, И.В. Тумбаев, 2006; С.G. Solomon, E.W. Seely, 2006)

**Мета:** порівняти діагностичні цінності визначення маркерів ендотеліальної дисфункції у жінок з преєклампсією.

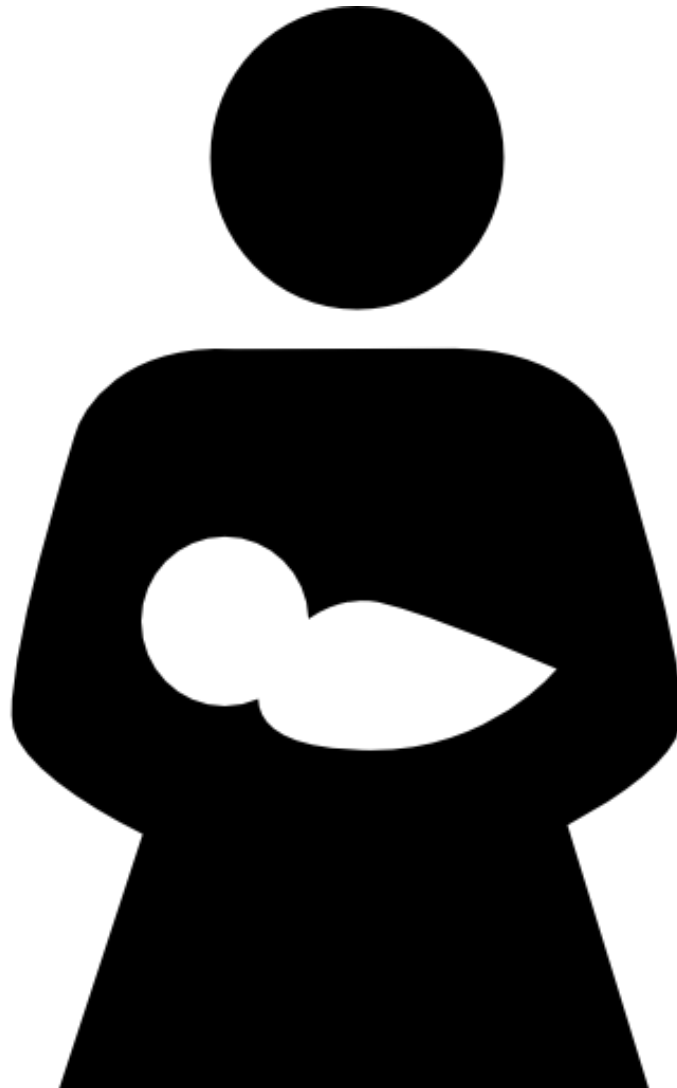
**Матеріали і методи:** Проведено ретроспективне дослідження 67 історій пологів жінок, які перебували у відділенні патології вагітних І пологового будинку м. Вінниці..Оцінювали в залежності від ступеня важкості преєклампсії такі біохімічні показники крові, як загальний білок, сечовина, креатинін, глюкоза, калій, натрій, фібриноген, фібрин, фібриноген В, протромбіновий індекс, а також концентрацію білірубину та активність АлАТ і АсАТ. Ступінь важкості преєклампсії визначали за класичними показниками діастолічного тиску та рівнем білка в сечі.

**Результат:** Аналізуючи дані історій пологів, встановили, що випадків преєклампсії легкого ступеня було 52, середнього ступеня важкості 11 та 4 випадки преєклампсії з важким перебігом. Праналізувавши результати таких обстежень як загальний білок, сечовина, креатинін, глюкоза, калій, натрій, фібриноген, фібрин, фібриноген В, протромбіновий індекс, білірубін та активність АлАТ і АсАТ, встановили, що у жінок з преєклампсією легкого ступеня сечовина, креатинін, глюкоза, калій, натрій, фібрин, фібриноген В, протромбіновий індекс, білірубін та активність АлАТ і АсАТ суттєво не відрізнялися від реферативних величин, лише в показниках рівня білка крові спостерігалася тенденція до зниження, і дещо зріс рівень фібриногена, однак  $p > 0,5$ . У жінок з преєклампсією середнього ступеня важкості суттєво знижувався рівень білка крові, зростав рівень креатиніну ( $p < 0,05$ ), спостерігалась тенденція до зростання активності. АлАТ і АсАТ. Лише у 4-х історіях жінок з важкою преєклампсією рівень таких показників як загальний білок, сечовина, креатинін, фібриноген, фібриноген В, протромбіновий індекс та активність АлАТ і АсАТ суттєво відрізнялися від референтних показників, але в цих випадках діагноз можливо встановити за клінічними критеріями

**Висновок:** Загальноприйняті біохімічні маркери преєклампсії не відображають прояви ендотеліальної дисфункції, яка є предиктором клінічних проявів преєклампсії, тому планується дослідити показники стабільних метаболітів оксиду азоту в плазмі та сечі та оцінити їх ефективність як доклінічних індикаторів ендотеліальної дисфункції.



**ПЕДІАТРІЯ**



**PEDIATRICS**

## Kannappan Vignesh Chenna

Usage of NEUROMUSCULAR ELECTRICAL STIMULATION in the treatment of CEREBRAL PALSY

Department of Pediatric No: 1

T.V.Kapitan (MD, PhD, Associate Professor)

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine.

**Relevance:** Cerebral Palsy (CP) is a broad concept which includes a group of non-progressive neurological disorders. Its genesis is the disorder of the formation of the brain in the earliest periods of its development. There are three main CP classifications by motor impairment: spastic, ataxic, and athetoid/dyskinetic. One of the basic symptom is disorders of movements i.e. inability to support a normal pose and to carry out necessary movements. (hypertonus of muscles).

**Aim:** To find the effective method for improving the motor functions of the child with cerebral palsy. To find the appropriate method of treatment for different kinds of cerebral palsy.

**Materials and methods:** A search was conducted for articles on the use of Neuromuscular electrical stimulation (NMES), Deep brain stimulation (DBS)-Neurostimulator and Transcranial stimulation to improve motor functions of children diagnosed with cerebral palsy. This yielded a total of 12 articles of which 7 articles were based on clinical trials.

**Results:** According to the authors of the above mentioned 7 articles based on clinical trials it is clear that as a result of Neuromuscular electrical stimulation (NMES), there is improvement in the motor functions (mainly of the upper and lower extremities) of the children diagnosed with cerebral palsy. And it also demonstrates that better the improvement of motor function if the child is of less age (less than 6 years of age). It gives preliminary evidence about the usefulness of Neuromuscular electrical stimulation (NMES) as an adjunct to physical therapy program to improve the motor functions of children diagnosed with cerebral palsy (CP).

The method of treatment depends upon the type of cerebral palsy. For Spastic cerebral palsy the treatment of choice is Neuromuscular electrical stimulation (NMES) and for dyskinetic cerebral palsy the option is Deep brain stimulation (DBS) using a neurostimulator. Whatever may be the type of cerebral palsy, the treatment is just symptomatic.

**Conclusion:** Although there is no cure for cerebral palsy since the etiology is not clear, treatment of symptoms are of immense value for the children and their family. Hence further research is needed towards finding the etiology. The surgical implant of neurostimulator has brought great degree of changes in patients. There are other methods such as selective dorsal rhizotomy (SDR) – surgical method which can be effective. In the future there can be stem cell therapy with the application of neurostimulator.

Т. П. Березівська, М.Р. Тарасова, Я.С. Скоробогач

### КЛІНІЧНІ МАСКИ МУКОВІСЦИДОЗУ

Кафедра педіатрії №2

Н.І. Сінчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Муковісцидоз – це аутосомно-рецесивне захворювання, універсальна екзокринопатія з виділенням секрету підвищеної в'язкості екзокринними залозами. Це одне з найчастіших спадкових захворювань серед людей білої раси. Так, частота даної хвороби в країнах Європи становить 1: 2500. На жаль, в Україні частота невідома, у Вінницькій області – 20 дітей, хворих на муковісцидоз, і одна доросла особа. З урахуванням частоти хворих в популяції Європейських країн, кількість хворих на муковісцидоз у Вінницькій області має бути більшою.

Актуальність проблеми пов'язана з тим, що частина хворих на муковісцидоз живуть з іншими діагнозами, адже скринінг цієї хвороби не проводився останні 2 роки в зв'язку з відсутністю в Україні тест-систем. Діагноз муковісцидозу встановлюється занадто пізно, щоробить неможливим досягнення задовільного результату від лікування.

**Мета:** вивчити «клінічні» маски муковісцидозу у дітей з даним захворюванням у Вінницькій області.

**Матеріали та методи:** ретроспективно проаналізовані дані медичної документації дітей (форма №025/о «Медична карта амбулаторного хворого»), які стоять на обліку в пульмонологічному кабінеті ВОДКЛ (всього на обліку - 20). Метод статистичної обробки - «контроль випадком».

**Результати:** внаслідок проведеної роботи виявлено, що у 47% пацієнтів діагноз муковісцидозу поставлений запізно (через 3-5 років). Виявлені такі клінічні «маски»: рецидивуючі пневмонії – 34,8%, хронічний бронхіт – 21,7%, синдром мальабсорбції – 18,1%, бронхіальна астма – 17,5%, меконіальний ілеус – 4,3%, дискінезія ЖВШ – 4,3%, алергічний дерматит – 4,3%.

**Висновки:** 1. Враховуючи ймовірність наявності «масок» муковісцидозу та відсутності скринінгу на дане захворювання, на початкових етапах встановлюються помилкові діагнози, серед яких найчастіше зустрічаються: рецидивуючі пневмонії, хронічний бронхіт та синдром мальабсорбції.

2. Критерії постановки діагнозу муковісцидозу: одна чи більше характерних змін фенотипу або захворювання на МВ братів чи сестер (обтяжений сімейний анамнез); підвищена концентрація хлоридів поту за результатами 2 чи більше досліджень за допомогою пілокарпінового іонтофорезу за Гібоном і Куком або ідентифікація двох мутацій в ТРБМ гені.

Характерні для МВ зміни фенотипу, які мають діагностичне значення: хронічні захворювання дихальної системи; зміни в травній системі та харчовому статусі; синдром гострої втрати солі, хронічний метаболічний алкалоз; обструктивна азооспермія у чоловіків, яка пов'язана з вродженою білатеральною аплазією сім'яносної протоки.

3. Скринінг новонароджених на муковісцидоз дозволяє своєчасно ставити діагноз, що дає пацієнту шанс на якісне життя.

С. В. Білий, А.Ю. Будулак

## **ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.**

Кафедра педіатрії №1

А.П. Коноплицька (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність теми:** Якість харчування і спосіб життя дитини значно зменшує ризики функціональних вражень ШКТ. Поширеність одного з варіантів ФР, синдрому подразненої кишки (СПК), серед дітей різних вікових груп різна і переважає у критичні вікові періоди: 4-7 років — 21,2%, 12-15 років — 19,4%. Зважаючи на схожі статистичні дані серед дорослих, є імовірність існування не лише генетичної схильності, а й інших механізмів, що запускаються тригерними чинниками та беруть свій початок у дитячому віці.

**Мета:** оцінити клінічні особливості враження ШКТ у дітей шкільного віку, що навчаються в школі №16, та тих, які знаходились на лікуванні у ВОДКЛ.

**Матеріали та методи:** Нами було обстежено 71 дитину віком 12-14 років. Дослідження базувалось на проведенні анонімного тестування дітей в школі № 16 м. Вінниця: учні отримували анкету – опитувальник з 25 запитань, на які разом з батьками вдома давали відповідь. Дане тестування проведено двічі у одних і тих самих учнів з різницею в один рік (2016-2017 рр.). Для порівняння такі ж анкети були роздані дітям, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні №2 ВОДКЛ з підтвердженими враженнями ШКТ. Нами було вивчено особливості харчування дітей, фізичне навантаження, клінічні прояви та спадкові фактори ризику розвитку захворювань ШКТ.

**Результати:** Було обстежено 41 учня в школі №16 – основна група та 30 дітей, які знаходились на лікуванні в педіатричному відділенні №2 ВОДКЛ-що стали групою порівняння. Групи дітей були співставлені за віком та статтю. Проаналізувавши особливості харчування дітей, можна стверджувати, що як в основній, так і в групі порівняння, не всі діти снідають: 7 (18%) і 9 дітей (30%), тривалий проміжок без їжі( більше 6 год), має 21 дитина (51%) та 9 (30%), вживають їже безпосередньо перед сном 26 (63,4%) та 15 (50%) відповідно. З'ясували, що серед школярів 30 дітей (27%) вживають постійно фастфуд та газовані напої; 18 (46%) дітей не вживають в своєму раціоні фрукти та овочі, та 6 (15%) кисломолочні продукти, зокрема всі 100% дітей споживають в їжу не менше двох разів на тиждень м'ясо та рибу. Заняття спортом є присутнє лише у 18 (43,9%) школярів. Серед скарг переважали – наявність болю в животі – 11 (27%), відрижка та печія – 3 (7,3%), нудота у 2 (4,9%).

**Висновки:** 1. В клінічній картині серед учнів переважав біль в животі – 11 (27%), відрижка та печія – 3 (7,3%), нудота у 2 (4,9%). 2. Серед школярів було виявлено тенденцію до порушення режиму та якості харчування на тлі гіподинамічного способу життя, що в подальшому призводить до можливих органічних уражень ШКТ. 3. Та біля 32% школярів не бажають змінювати спосіб життя та якість харчування.

А.М. Бобр, І.А.Дорофєєва, Т.А.Венгер

## **Етіологічна структура гострих кишкових інфекцій, зумовлених умовно-патогенною флорою у дітей різних вікових груп**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.М. Науменко (ас., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гострі кишкові інфекції (ГКІ) серед дітей широко розповсюджені і займають друге місце у структурі інфекційної захворюваності у світі. За оцінками ВООЗ, щорічно на гострі кишкові інфекції хворіють понад 275 мільйонів дітей. Як свідчать дані ВООЗ збільшується питома вага умовно-патогенної флори (УПФ) як збудників ГКІ. В Україні щороку офіційно реєструється 45–50 тис. випадків ГКІ в дітей.

**Мета:** Вивчити етіологічну структуру ГКІ зумовлених УПФ у дітей різного віку.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось на базі ВОКДІЛ у період із серпня 2017 року по листопад 2017 року. Ретроспективно вивчено 60 історій хвороб дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні з діагнозом ГКІ уточненої етіології. У дослідженні приймала однакова кількість дівчаток та хлопчиків. Вікова структура виглядала наступним чином: віком до 1 року – 15 (25%), від 1 до 3 років – 18 (30%), від 3 до 6 років – 16 (26,7%), старше 6 років – 11 (18,3%)

**Результати:** Серед збудників, які викликали ГКІ у дітей найчастіше реєструвались *Citrobacter*, *Staphylococcus*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*. Проаналізувавши частоту виявлення УПФ у дітей різного віку, з'ясувалось, що у дітей першого року життя найчастіше виділяється *Citrobacter* – 8 (53,3%), чутливий до Цефипиму та Ципрофлоксацину. У дітей від 1 до 3 років – *Staphylococcus* – 7 (38,9%), чутливий до Цефипиму, Гатіфлоксацину, Ципрофлоксацину, Цефопиразону. У віковій категорії від 3 до 6 років – *Staphylococcus* – 6 (37,5%), чутливий до Цефипиму, Гатіфлоксацину, Ципрофлоксацину. У дітей старше 6 років виділений *Staphylococcus* – 4 (36,4%), був чутливий до Ципрофлоксацину.

**Висновок:** Таким чином, вивчення етіологічної структури ГКІ зумовлених УПФ та їх чутливості до антибіотиків дає можливість диференційовано призначати емпіричну антибіотикотерапію дітям різного віку.

І.І. Габрук, О.В.Павлік

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПЕРОРАЛЬНИХ РОЗЧИНІВ У ДІТЕЙ З КЕТОАЦИДОЗОМ НА ТЛІ ГКІ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.В. Нікульченко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Лікування гострих кишкових інфекцій з проявами кетоацидозу на сьогоднішній день залишається однією з важливих проблем у дитячій інфектології. Несвоєчасна діагностика та неадекватна терапія може погіршити перебіг захворювання та викликати важкі ускладнення, які можуть призвести до інвалідизації та летальності дитини.

**Мета:** Провести порівняльний аналіз клінічного перебігу та лабораторних показників при лікуванні дітей з ротавірусною інфекцією проявами кетоацидозу препаратами для оральної регідратації «Іоніка» та «Біогая ORS».

**Матеріали та методи:** Проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 60 дітей віком від 7 місяців до 7 років з ротавірусною інфекцією та проявами кетоацидозу, що перебували на стаціонарному лікуванні у ВОКДІЛ з вересня 2017 по грудень 2017 року. Діти, що отримували базисну терапію, розподілені на дві групи: перша група (основна) – 28 дітей, які додатково отримували оральний розчин «Іоніка», друга група (група порівняння) – 32 дітей, які використовували «Біогая ORS».

**Результати:** Всі діти, як основної так і групи порівняння, мали середньоважкий перебіг ротавірусної інфекції з вираженими ознаками токсико-ексикозу. На момент поступлення до стаціонару кетоацидоз у дітей з ротавірусної інфекції становив «++++» у 60%, що складає 36 пацієнтів, та «+++» у 40% - 24 пацієнти. Порівняльний аналіз ефективності запропонованих схем лікування показав, що у дітей основної групи спостерігали позитивну динаміку клінічних проявів захворювання (з нормалізацією загального стану, припинення блювання, покращення апетиту, зменшення кратності випорожнень, покращення діурезу) та лабораторних показників (зменшення рівня кетонів у сечі) на  $3 \pm 0,5$  добу, групи порівняння – на  $5 \pm 0,5$  добу. При УЗД обстеженні органів черевної порожнини на 1-2 день від початку перебування в стаціонарі у хворих двох груп спостерігалися реактивні зміни та підвищення ехогенності підшлункової залози та печінки. На 7 день лікування підвищена ехогенність та реактивні зміни в підшлунковій залозі і печінці в основній групі ще спостерігалися у 10,7% (3 хворих), а у групі порівняння у 34,4% (11 хворих). Інфузійна терапія проводилася 100% хворим в обох клінічних групах. Тривалість парентеральної регідратації у пацієнтів групи порівняння на  $3 \pm 0,5$  доби була більшою, ніж у хворих дітей основної групи. Середня тривалість лікування у дітей основної групи склала  $3 \pm 0,5$  доби, тоді як у групи порівняння –  $5 \pm 0,5$  діб.

**Висновки:** При використанні пероральних розчинів в комплексному лікуванні дітей з ротавірусною інфекцією проявами кетоацидозу були отримані результати, які засвідчили нормалізацію інструментальних та клініко-лабораторних показників значно швидше у пацієнтів, що приймали препарат «Іоніка», ніж у дітей при використанні «Біогая ORS».

Ю. О. Гетер. А. В. Кравченко  
ЗАЛИШКОВА ПАТОЛОГІЯ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ВАДАХ СЕРЦЯ  
КОАРКТАЦІЇ АОРТИ ТА ТЕТРАДИ ФАЛЛО

Кафедра педіатрії №2  
В. П. Попов ( доц., к.м.н.)  
Вінницький національний університет ім.. М. І. Пирогова  
м. Вінниця

**Актуальність:** Вроджені вади серця (ВВС) є найбільш поширеною аномалією розвитку у дітей та зустрічається з частотою до 30% від всіх вроджених вад розвитку. На сьогодні серцеві вади є лідерами серед причин дитячої смертності від вроджених аномалій, а їх питома вага серед усіх зареєстрованих причин смерті в дитячому віці становить 14,2%.

**Мета:** виявити найбільш часті залишкові явища після оперативних втручань при ВВС(коарктація аорти та тетрадаФалло), частоту повторних госпіталізацій дітей з даними захворюваннями.

**Матеріали і методи:** В дослідженні було використано 254 історії хвороб відділення Педіатрії №1 ВОДКЛ з 2012 по 2017 роки. Визначалися наступні статистичні показники: структура залишкових післяопераційних явищ при коарктації аорти і тетрадіФалло з 2012 по 2017 роки; кількість дітей, які вперше та повторно звернулись із залишковими явищами з 2012 по 2017 роки;

**Результати роботи:** У 2012 році в загальному було 25 звернень з приводу залишкових явищ, у 2013 - 77, у 2014 - 37, у 2015- 50, у 2016 - 50, у 2017 - 53. Найбільш поширеними залишковими явищами при тетрадіФалло є: недостатність клапана легеневої артерії (43%), залишковий стеноз легеневої артерії (38%), недостатність тристулкового або аортального клапанів (по 7%). Найпоширенішими залишковими явищами при коарктації аорти є: залишкова артеріальна гіпертензія (37%), аортальна недостатність (25%), залишковий градієнт або гіпертрофія лівого шлуночка ( по 13%). Кількість дітей, які звернулись вперше - 115, повторно - 139. У 2017 році повторно звернулись 43 дитини (із них у 19 були залишкові явища після коарктації аорти і у 24 після тетрадиФалло), вперше - 10 дітей (із них залишкові явища після коарктації у 4 та тетрадиФалло у 6).

**Висновки:** у зв'язку з високою частотою залишкових явищ після оперативного втручання, великою кількістю дітей, які потребують щорічної госпіталізації з приводу залишкових явищ після хірургічної корекції ВВС, доцільно розробляти нові методи оперативної корекції залишкових явищ при тетрадіФалло та коарктації аорти. Це забезпечить покращення якості життя дітей і знизить кількість повторних госпіталізацій.

А.Ю.Годованюк, А.Ю.Пелешок  
Цитогенетичні аспекти гострого лімфобластного лейкозу

Кафедра педіатрії №2  
Т.Г.Король (асистент,к. мед. н.)  
Вінницький національний медичний університетім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гострий лімфобластний лейкоз (ГЛЛ) належить до гетерогенної групи неопластичнихклональних захворювань гемопоетичної тканини.Супроводжується панцитопенією.Для діагностики та перебігу лейкозу застосовують методи цитогенетичного визначення патологічного клону клітин кісткового мозку. Хромосомні аберації зустрічаються приблизно в 30-40% випадків ГЛЛ.Уцитогенетичних підгрупах більшість пацієнтів попадають в групу проміжного ризику при наявності нормального диплоїдного набору тагіпердиплоїдії(НеН), del(9p).Пацієнти зt(9;22)/Ph+ чиреарранжировкамиBCR-ABL1, t(4;11) iMLL 11q23, моносомією 7 (-7), t(8;14), низькою гіподиплоїдією, близькою до триплоїдії (Но-Tr), комплексним каріотипом (5 і більше хромосомних аномалій) потрапляють в групу високого ризику.Прогноз в дітейкращий, ніж у дорослих. Статистикапоказує, щобезподійне виживання протягом 5 років становитьдо 84% дітей в Німеччині і до 70% в Україні.

**Мета:** Дослідитицитогенетичніаспектигостроголімфобластного лейкозу у дітей.

**Матеріали та методи:**Було проведено ретроспективний аналізісторій хвороб 141дитини з діагнозом ГЛЛ, віком від 1 місяця до 17 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в онкогематологічному відділенні ВОДКЛ з 2007 по 2017 рр. Серед них 53% хлопчиків та 47% дівчаток. В роботі ми використали методи: клінічні (вивчення анамнезу хвороби і об'єктивних даних) та лабораторні (дослідження кісткового мозку: цитологічне, цитохімічне, цитогенетичне, імунофенотипування).

**Результати:**Визначення клінічних синдромів показало, щоінтоксикаційний синдром був у 100%, анемічний у 23%, геморагічний у 14%, кістково-суглобовий у 7 %, проліферативний у 22% випадків. ЗаFAB класифікацією,L1 тип виявлений у 71% і L2 тип у 29% пацієнтів.За імунофенотипом переважав CommonALL-тип, що спостерігалось у 84%, рідше визначали Pro-B-ALL-тип у 7% та Т-клітиннийлейкоз у9% дітей.Транслокації виявлені у 11 (7,8%) пацієнтів з ГЛЛ, а саме:t(4;11)у 2 (1,4%), t(9;22) у 4 (2,8%),t(8;21) у 1 (0,7%),(12;21)у 1 (0,7%),t(9;34) у 3 (2,12%).При проведенні протокольної хіміотерапії

мієлотоксичність реєструвалась у 100% пацієнтів, нейротоксичність у 16%, гепатотоксичність у 37%, ентеротоксичність у 7%, кардіотоксичність у 3,5%, дерматотоксичність у 3% дітей. Аллогенну трансплантацію кісткового мозку виконано 14 хворим, що склало 10% від усіх обстежених. В дану групу ввійшли діти, які мали першу ремісію ГЛЛ та цитогенетичні аберації t(4;11) і t(9;22) і пацієнти з 2 ремісією при зверхньому та ранньому рецидивах. Одування складало 74%, рецидив 10%, летальність 16%. **Висновки:** За результатами дослідження, переважали хлопчики 53%, L1 тип ГЛЛ був в 71%, за імунофенотипом переважав Common ALL-тип та становив 84%. У 4 (2,8%) пацієнтів виявлена транслокація t(9;22), що є прогностично несприятливою і передбачає аллогенну трансплантацію кісткового мозку в періоді першої ремісії. У 3 (2,12%) дітей, виявлена транслокація t(9;34) прогностичне значення не доведено.

А.Ю.Годованюк

### **Алергія та гельмінти, чи існує взаємозв'язок**

Кафедра педіатрії №1

О.В.Мазулов (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Алергічна патологія – одна з актуальних проблем сучасної медицини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, алергічні захворювання (АЗ) займають одне з перших місць у структурі захворюваності. У 20% дитячого населення Європи проявляються різноманітні алергічні реакції, а в деяких екологічно несприятливих регіонах, їх кількість сягає 40-50%. Незважаючи на значні успіхи фундаментальних розділів біології та медицини, розуміння природи алергії, створення нових засобів її лікування та профілактики, перебіг алергічних захворювань за останній час став суттєво важчим, що призводить до зниження якості життя. Глистні інвазії часто протікають безсимптомно або ж відрізняються неспецифічною симптоматикою (проявами, характерними для цілого ряду захворювань). З цієї причини алергія, хоч і є неспецифічним симптомом, але все ж дає діагностичну інформацію і допомагає точно визначити причину стану пацієнта, що дає можливість розглянути питання з приводу глистяної інвазії як однієї з причин алергічної патології.

**Мета:** Дослідити особливості перебігу алергічних захворювань у дітей з гельмінтозами.

**Матеріали та методи:** Для досягнення поставленої мети нами було проведено ретроспективне дослідження амбулаторних карт 46 дітей, які мали алергічні захворювання та виявлений гельмінтоз. В нашій роботі ми використали такі методи: клінічні (вивчення анамнезу хвороби і об'єктивних даних) та лабораторні (скринінг гельмінтів Ig G + M та харчову панель Ig E).

**Результати:** Середній вік дітей склав від 1-17 років, 20 дівчат і 26 хлопчиків, серед них 27% мали діагноз atopічного дерматиту, 12% алергічного дерматиту, 30% бронхіальну астму, 38% алергічний риніт, 19% дерматит не уточненої етіології, 38% мали харчову алергію на такі продукти харчування: молочна суміш (білки коров'ячого молока) 23%, яєчний жовток 8%, житнє борошно 12%, пшеничне борошно 23%, цитрусові 8%, яєчний білок 23%. Побутову алергію мали 15% дітей, яка була викликана такими алергенами: шерсть тварин та пил, що складає 12%. 46% дітей мали глистну інвазію: аскариди 46%, лямблії 27%, токсокари 19%. Решта дітей, які не ввійшли в дослідження – без алергопатології.

**Висновки:** За результатами наших спостережень, ми не виявили достовірної різниці в інфікуванні гельмінтами у пацієнтів, які хворіли на алергічну патологію, порівняно з пацієнтами без алергічної патології. Дані, які отримані нами, підтверджують результати більшості досліджень, які не підтверджують взаємозв'язок між гельмінтозами та алергічними захворюваннями.

Гончарук А.М.

### **СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ РЕСПІРАТОРНОГО МІКОПЛАЗМОЗУ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.С. Онофрійчук (к. мед. н., ph.D, доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогоднішній день гострі респіраторні захворювання є одними із найпоширеніших серед інфекційних захворювань людини. При цьому одним із достатньо поширених та найгірше діагностованих – респіраторний мікоплазмоз. Мікоплазмова респіраторна інфекція – це гостре антропонозне інфекційне захворювання, яке вражає дихальні шляхи, а також зумовлює розвиток пневмонії.

**Мета:** Встановити клінічні особливості перебігу мікоплазмової інфекції у дітей та оцінити ефективність лікування.

**Матеріали і методи:** Під спостереженням на клінічній базі кафедри дитячих інфекційних хвороб ВНМУ ім. М.І. Пирогова з 2015 р. по 2018 р. знаходилось 31 дітей [13 хлопчиків (41,9 %) та 18 дівчаток (58,1%)] 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 (31 пацієнт) були представлені у вигляді: пневмонії (14 дітей – 45,2 %), гострого респіраторного захворювання (6 хворих – 19,3%), гострого (простого) бронхіту у 5-ти обстежених (16,2 %), обструктивного бронхіту у 6 хворих (19,3 %). Діагностика мікоплазмозу у всіх 31 обстежених дітей (100 %) ґрунтувалась на підставі наявності IgM та G, А в сироватці крові. Результати серологічного обстеження показали, що переважна більшість дітей (65,3% хворих) мали гострі форми захворювання, у 34,7% пацієнтів виявлено IgM та G, А до *M. pneumoniae* в сироватці крові, що вказувало на затяжний та рецидивуючий перебіг мікоплазмозу.

Ведучим клінічним симптомом у дітей з мікоплазмозом інфекцією був кашель (73% випадків), в основному малопродуктивний; обструктивний синдром спостерігався у 19,3 % випадків, катар верхніх дихальних шляхів – у 11,5% хворих, температурна реакція – 23,1% пацієнтів.

Значну роль займали пневмонії (45,2 % пацієнтів), тривалістю до 30 – 45 днів із затяжним, рецидивуючим перебігом. У 14 пацієнтів (53,8 % випадків) мала місце полілімфоаденопатія, у 10 дітей (32,2 % обстежених) діагностовано склерит, анемія зустрічалась у 8 хворих, що склало 25,8 % хворих. У незначній кількості обстежених виявлено артралгії (6 хворих, 19,3 %) та ерітему (2 пацієнта, 6,5 %).

Для призначення відповідного лікування враховувались нозоформа, важкість перебігу, преморбідний фон пацієнта. Використовувались як монотерапія, так і комбінація різних препаратів, спрямованих на ерадикацію збудника. Препаратами вибору для етіотропної терапії респіраторного мікоплазмозу є макроліди. Слід зазначити, що *M. pneumoniae*, навіть після проведеного лікування, здатна персистувати в організмі протягом кількох тижнів.

**Висновки.** Респіраторний мікоплазмоз зустрічається у дітей різних вікових категорій, має затяжний перебіг захворювання. Своєчасна етіологічна верифікація діагнозу серед респіраторних захворювань дозволить провести ефективне етіотропне лікування та покращити прогноз респіраторного мікоплазмозу в дитячому віці.

В.В. Демянишина

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ

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, яке різко знижує тривалість та якість життя пацієнтів без адекватного лікування і характеризується клінічним поліморфізмом. Дане захворювання зберігає свою високу медико-соціальну значущість, що пов'язано із низькою тривалістю життя хворих, раннім формуванням ускладнень, ранньою інвалідизацією, проблемами своєчасної діагностики, необхідністю постійного диспансерного спостереження, складнощами лікування та високим рівнем смертності. З віком у хворих виникають такі ускладнення як дихальна недостатність, легенева гіпертензія, серцева недостатність, зниження нутритивного статусу, цироз печінки, печінкова недостатність. Прогноз даного захворювання залежить від вчасно поставленого діагнозу та призначення адекватної терапії, тому покращення розуміння клінічного перебігу МВ є важливим завданням.

**Мета.** Визначити клінічні особливості перебігу муковісцидозу у дітей.

**Методи.** У дослідженні прийняли участь 80 дітей, хворих на муковісцидоз, віком від 2 місяців до 17 років. Всім дітям проводилось клініко-анамнестичне, лабораторне, інструментальне обстеження, мікробіологічне дослідження мокротиння, копрограма, визначення фекальної еластази-1.

**Результати.** Серед обстежених дітей переважав МВ з панкреатичною недостатністю. Основними скаргами у хворих були: вологий малопродуктивний кашель (100%), затримка набору маси тіла ( $78,7 \pm 3,95\%$ ), задишка в спокої ( $45,9 \pm 5,03\%$ ) та при фізичних навантаженнях ( $37,7 \pm 4,35\%$ ), утруднене носове дихання ( $37,7 \pm 4,35\%$ ), поява гнійного мокротиння ( $16,4 \pm 1,14\%$ ), розлади випорожнень та стеаторея ( $27,9 \pm 2,14\%$ ). В періоді загострення вищевказані скарги зустрічаються в 2-2,5 разів частіше, ніж у пацієнтів в ремісії. У дітей з важким перебігом у посіві мокротиння виявлено *Ps. aeruginosa* (47,5%), *St.aureus* (47,5%) та *C. albicans* (50%). У дітей з середньоважким перебігом виявлено *Ps. aeruginosa* (6,1%), *St.aureus* (45,5%) та *C. albicans* (57,6%). Порушення ФЗД по рестриктивно-обструктивному типу спостерігалось у 13 дітей ( $24,1 \pm 5,82\%$ ), по рестриктивному – 5 дітей ( $9,26 \pm 3,95\%$ ), по обструктивному – 1 хворий (1,85 %). У дітей з важким перебігом хвороби показники FVC, FEF50 та FEF 25/75 ( $75,55 \pm 3,79$ ;  $45,07 \pm 6,35$ ;  $64,90 \pm 6,00$ ) були нижчими у порівнянні з дітьми з середньоважким перебігом ( $94,83 \pm 5,00$ ;  $70,33 \pm 12,38$ ;  $96,7 \pm 19,67$ ).

**Висновки.** За результатами дослідження МВ з панкреатичною недостатністю переважав серед обстежених. Серед скарг, які пред'являли хворі, найчастіше зустрічались кашель (100%), затримка набору маси тіла ( $78,7 \pm 3,95\%$ ) та задишка в спокої ( $45,9 \pm 5,03\%$ ). У посіві мокротиння хворих найчастіше виявлялись *Ps. aeruginosa* (47,5%), *St.aureus* (47,5%) та *C. albicans* (50%). У дітей з важким перебігом хвороби показники FVC, FEF50 та FEF були нижчими у порівнянні з дітьми з середньоважким перебігом.

Т.Л. Домбровська  
**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАТЕРІВ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ**

Кафедра педіатрії №1  
Т.В. Чекотун (к.мед.н.,доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність.** Вроджені вади розвитку займають вагоме місце в структурі захворюваності дітей раннього віку. Народження дитини з вадами розвитку є дуже сильним ударом для сім'ї, зокрема матері переживають емоційний, міжособистісний, інформаційний, соціальний стрес, що в багатьох випадках призводить до порушення функціонування сім'ї. В свою чергу це однозначно справляє негативний вплив на фізичний та психологічний розвиток дитини, яка вже має проблеми з цим. Ранній вік є періодом в якому відбуваються базові процеси становлення дитини, тому навіть некритична вада розвитку може ускладнюватися або прогресувати під впливом негативного психологічного оточення в родині.

**Мета.** Дослідити частоту та структуру ВВР серед дітей раннього віку, які знаходилися на лікуванні у відділенні дітей раннього віку ВОДКЛ. Шляхом соціального опитування визначити особливості психологічного стану матерів дітей з вродженими вадами розвитку.

**Матеріали і методи.** Для дослідження було використано Опитувальник Батьківського Відношення (ОБВ), опитувальник «Індекс життєвого стилю» (ІЖС) для дослідження механізмів психологічного захисту. Вище наведені анкети було запропоновано 20 матерям які знаходилися на лікуванні у відділенні дітей раннього віку з соматичною патологією без ВВР і 20 матерям дітей з вадами розвитку.

**Результати.** Нами було отримано такі дані стосовно частоти ВВР з структури захворюваності: у 2017 році вони займали 15.8% серед всіх дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні, у 2016 – 13.5% і в 2015 - 14.1%. До того ж, за даними іноземних видань спостерігається чітка тенденція до зростання частоти ВВР.

В ході дослідження за даними ОБВ було встановлено, що у матерів дітей з вадами розвитку по всім шкалам були нижче бали ніж в матерів зі здоровими дітьми. Найнижчі бали спостерігалися за шкалою «Прийняття – відчуження», що свідчить про загальне негативне емоційне ставлення матері до дитини з вадами – 25%. За даними шкали «Симбіоз» з цього опитувальника було виявлено, що 65% матерів дітей з вадами встановлюють психологічну дистанцію з дитиною. В ході дослідження за ІЖС було встановлено, що у 30% жінок механізмом психологічного захисту стало заперечення, у 55% - витіснення.

**Висновки.** Отже, частота народження дітей з ВВР щороку зростає. Нами доведено, що емоційний стан матерів, які виховують дитину з вадами розвитку, якісно відрізняється від стану матерів зі здоровими дітьми. Встановлено, що для матерів дітей з вадами характерне порушення нервово-психічного благополуччя та відсутність внутрішнього задоволення від виховування дитини. Під час особистого спілкування з матерями була відчутна сильна внутрішня напруга, яка спричиняє обмеження емоційної спроможності до спілкування. Однозначно матері дітей з ВВР потребують постійної роботи з психологом.

Т.В. Дячук  
**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ СЕРЕДНЬОГО ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ В ПРОФІЛАКТИЧНІЙ РОБОТІ ЗІ ШКОЛЯРАМИ**

Кафедра «Сестринська справа»  
О.В. Горай (канд. пед. н., проректор з питань гуманітарної освіти, виховання і міжнародного співробітництва)  
КВНЗ «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради  
м. Житомир, Україна

**Актуальність дослідження:** В останні роки, зміни у стані здоров'я школярів розглядаються як загрозові: перехід гострих захворювань у хронічні, формування вікозалежної патології у більш молодому віці, схильність до поєднаних захворювань. Хронічна патологія починає формуватися з більш раннього віку, лише 10-14 % випускників шкіл здорові, 45-50 % - мають морфофункціональні відхилення, 40-60 % - різноманітні хронічні захворювання, що у 30 % школярів обмежує вибір професії. За даними МОЗ України, захворюваність дітей в усіх вікових групах за останні роки значно збільшилася. Розповсюдженість хвороб сягнула до 1622 на 1000 дитячого населення.

**Мета:** теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність ролі медпрацівника загальноосвітнього навчального закладу, як організатора профілактичної роботи зі школярами.

**Матеріали та методи:** медико-соціологічне дослідження – анкетування (для проведення експерименту було обрано учнів ЗОШ м. Житомира; всього опитано 90 дітей, з них дівчаток – 58(64,4 %), хлопчиків – 32 (35,6 %).



**Результати:** Аналізуючи отримані дані, ми з'ясували, що знання про санітарно-гігієнічне виховання серед учнів досліджуваних шкіл недостатні, а це значно впливає на перехід гострих захворювань у хронічні, формування вікозалежної патології у більш молодому віці, схильність до сполучних захворювань. Нами також було з'ясовано, що інформація про збереження здоров'я та гігієнічні навички, яку отримують учні від медпрацівників займає друге місце. А це означає, що в загальноосвітніх закладах санітарно-гігієнічне виховання та профілактична робота з боку медсестри ведеться не на належному рівні. У рамках діяльності навчання дітей правильному ставленню до свого здоров'я повинно здійснюватись впровадження навчальних програм з профілактики споживання алкоголю, наркотиків та тютюнопаління. Більше уваги приділяти фізичному вихованню в школі, заохочувати дітей займатися в спортивних секціях. Також ми з'ясували, що при проведенні санітарно-гігієнічного виховання, медсестри в санітарно-освітній роботі більше віддають перевагу бесідам, що стосуються дотримання санітарно-гігієнічного режиму. На другому місці стоять рекомендації щодо раціонального харчування, індивідуальній поведінці приділяється найменше уваги.

**Висновки:** Встановлено, що головним напрямком роботи медичної сестри є: систематичне спостереження за станом здоров'я і фізичного розвитку учнів; раннє виявлення гострих та хронічних захворювань; контроль за організацією, санітарно-гігієнічними умовами навчально-виховного процесу; контроль за організацією та якістю харчування; гігієнічне виховання, санітарно-освітня робота серед учнів, педагогічного колективу, батьків.

В. М. Жмурчук

### ОЦІНКА ЗМІН МОРФОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІ АСТМІ У ДІТЕЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ.

Кафедра педіатрії №2

В. М. Дудник (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Відповідно до сучасних уявлень бронхіальна астма (БА) представляє собою хронічне запалення дихальних шляхів, для якого характерна варіабельність бронхіальної обструкції, гіперреактивність бронхів та відповідні клінічні прояви: свистяче дихання (wheezing), задишка, відчуття стиснення в грудях, кашель. Синтропія БА та анемії є досить частою патологією, особливо в педіатрії. Від 10% до 17% дітей хворих на БА мають зміни червоного паростка кровотворення.

**Мета:** дослідити зміни морфометричних показників еритроцитів при БА у дітей в залежності від тяжкості перебігу захворювання.

**Матеріали та методи:** Відповідно до мети дослідження, на базі пульмонологічного відділення ВОДКЛ проведено комплексне обстеження 59 дітей, хворих на БА, віком від 6 до 17 років. В якості контрольної групи використано наблизені до основної групи за статевим-віковим розподілом (середній вік 11,5±2,0 року) дані клінічного обстеження 15 дітей, які лікувались в офтальмологічному відділенні ВОДКЛ. Аналіз морфометричних параметрів червоних клітин периферійної крові (MCV- середній об'єм еритроцита, MCH- середній вміст та MCHC- середня концентрація гемоглобіну в еритроциті, RBC- кількість еритроцитів, HGB- рівень гемоглобіну, HCT- гематокрит) проводили за допомогою гематологічного аналізатора Gobas Micros 18.

**Результати:** Серед дітей за статтю переважали хлопчики (61,1%), дівчаток було (38,9%). Більша частина дітей були представлені групою легкого персистуючого перебігу- 35 (59%) хворих, середньоважкий перебіг діагностувався у 18 (31%), важкий лише у 6 (10%) дітей. В періоді загострення БА нами виявлені відхилення еритроцитометричних показників- зниження середнього об'єму еритроцита MCV 78,6 fl в порівнянні з контролем MCV 82,1 fl. Такі зміни можуть свідчити про розвиток мікроцитозу, що на нашу думку відображає адаптаційний характер змін якісного складу клітин червоної крові в періоді загострення. Також виявлені значущі морфофункціональні зміни зі сторони середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті MCH та середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті MCHC. На фоні зниженого середнього об'єму червоних клітин крові відмічається тенденція до зниження показників середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті MCH-27 pg в порівнянні з контролем 30,5 pg та зниження середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті MCHC-31,9 g/dL і 33,6 g/dL відповідно.

**Висновки:** Таким чином проведені дослідження показали, що загострення БА супроводжувалось різнонаправленими порушеннями морфофункціонального профілю еритроцитів, вираженість яких залежить від ступеня важкості захворювання. Найбільш глибокі порушення зареєстровані при загостренні важкої БА, що може свідчити про перенапруження та виснаження гемоглобіносинтезуючої функції кішкового мозку в процесі неефективного еритропоезу в умовах наростаючої гіпоксії. Дефіцит заліза (латентний та маніфестний) може бути наслідком, і(або) причиною більш частих та важких загострень БА, має негативне прогностичне значення на перебіг захворювання, його контроль.

А.С. Заяц, М.О. Таранушенко  
**ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА АДРЕНОГЕНІТАЛЬНОГО СИНДРОМУ У НЕДОНОШЕНИХ  
НОВОНАРОДЖЕНИХ З ОЗНАКАМИ ВІРИЛІЗАЦІЇ**

Кафедра педіатрії №2

І.І. Андрікевич (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність:** Аденогенітальний синдром – вроджена дисфункція кори наднирників – синдром Апера-Гаме – одне з багатьох спадкових захворювань, яке на сьогоднішній день вже не відноситься до «рідкісних». Частота захворювання дітей на аденогенітальний синдром зростає, в порівнянні з минулими роками - 1:18 000-1:20 000 (2003р.), 1:10 000 – 1:15 000 (2010р.), і у 2017р. становить 1:5 000 – 1:8 000 (European Committee of Experts on Rare Diseases (EUCERD), 2017р).

Деякі форми аденогенітального синдрому, а саме, просту вірильну та сільвтрачаючу, можна виявити ще з народження, що дає нам змогу вчасно поставити діагноз та провести необхідне лікування, щоб запобігти можливим фізичним та психологічним наслідкам у майбутньому дитини. При об'єктивному обстеженні у недоношених дівчаток часто відмічаються фенотипові ознаки вірилізації, а саме клітеромегалія.

**Мета:** Метою нашої роботи було провести диференційну діагностику аденогенітального синдрому у недоношених новонароджених з ознаками вірилізації.

**Матеріали і методи дослідження:** Нами був проведений ретроспективний аналіз 20-и історій хвороб недоношених новонароджених за період 2015-2017рр на базі ВОДКЛ у відділенні для недоношених новонароджених. Критерії включення: вірилізація, аденогенітальний синдром, недоношені новонародженні, дівчатка. Критерії виключення: доношені новонародженні, хлопчики. Всі діти були недоношеними, з терміном гестації 28-37 тижнів. В середньому термін гестації становив  $(32,6 \pm 0,5)$ . У обстежених новонароджених дівчаток при огляді відмічались явища різного ступеня вірилізації, а саме клітеромегалія.

Методами дослідження були загальноклінічні, біохімічні – визначення рівнів електролітів крові –  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Cl}^-$ , визначення 17-оксипрогестерону (17-ОНП) та дегідроепіандростерону сульфату (ДГЕА-S) в крові, інструментальні – УЗД наднирників, статистичні.

**Результати дослідження:** Аналіз показав, що у 17-и дівчаток (85%) результати загальноклінічних, біохімічних, інструментальних обстежень були в межах норми. Також у них спостерігались нормальні показники 17-ОН-П, більше до верхньої межі (2,4-16,8 нг/мл) і ДГЕА-S (0,06–1,1 ммоль/л) у крові, що означає вірилізацію, пов'язану з анатомо-фізіологічними особливостями недоношених новонароджених, але потребує подальшого спостереження в динаміці. У 2-ох дітей (10%) 17-ОН-П і ДГЕА-S у крові були в межах 82-113 нг/мл та 1,2-1,4 ммоль/л відповідно (підвищення 17-ОН-П у 6-8 разів, та ДГЕА-S у 11 разів у порівнянні з нормою), що підтверджує АГС, проста вірильна форма. У 1-ї дитини (5%), 17-ОН-П у крові становив 1002 нг/мл, що у 60 разів вище норми, спостерігались зміни електролітів крові – підвищення  $\text{K}^+$ (8,98 ммоль/л), зниження  $\text{Na}^+$ (122 ммоль/л), зниження  $\text{Cl}^-$ (81 ммоль/л), що дає нам змогу підтвердити АГС, сільвтрачаючу форму.

**Висновки:** Визначення рівня 17-ОН-П і ДГЕА-S у крові є ключовим у диференційній діагностиці аденогенітального синдрому у недоношених новонароджених з ознаками вірилізації. Своєчасна діагностика та адекватне лікування дозволяють компенсувати недостатність функції наднирників, забезпечуючи психологічний комфорт дитини та здатність до репродукції в майбутньому.

А.С. Заяц

**РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК «ДЗЕРКАЛЬНОГО» РОЗТАШУВАННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ  
У НОВОНАРОДЖЕНОГО**

Кафедра педіатрії №1

О.А. Биковська (к.мед.н.)

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

**Актуальність:** Декстрокардія–рідкісна вроджена аномалія, при якій більша частина серця розташовується в правій половині грудної клітки, симетрично до нормального розташування. Частота аномалії складає 1:12000–1:20000 живонароджених (European Committee of Expertson RareDiseases 2017р). У 98% випадків відхилення в анатомічному розташуванні внутрішніх органів поєднуються з вродженими вадами серця (ТМС, ДМШП, ДМПП, гіпоплазія легеневої артерії, ВАП). Обстеження таких пацієнтів має цілий ряд особливостей. Основними завданнями при цьому є встановлення типу аномального розташування серця, розкриття анатомічного змісту супутньої вади та характеру гемодинамічних порушень, зумовлених вадою серця.

**Мета:** Провести повне обстеження дитини та виявити можливі вади розвитку та ускладнення

**Матеріали і методи:** Дівчинка С. народилась від I вагітності, ускладненої ГРВІ в 2-ому триместрі вагітності, I пологів з гестаційним віком 39 тижнів. Пологи шляхом кесарського розтину у зв'язку з дистресомплоду. Оцінка

по шкалі Апгарна 1хвилині-6балів,на 5хвилині-8балів.Вагапри народженні 3115г, зріст 53см. Пренатально: УЗД плоду в 32тижні гестаціїбувдіагностованийSitusvisceruminversus.

**Результати:**Стан дитини після народження середнього ступеня важкості.У віці 3дідитина переведена у неонатальний центр ВОДКЛ для подальшого обстеження.Об'єктивно:загальний стан середнього ступеня важкості.ЧСС138/хв.Тони серця гучні, ритмічні, систолічний шум в II-III міжребір'ї справа. Печінка пальпується зліва,селезінка не пальпується. З додаткових методів обстеження:лабораторні показники-в межах норми.З метою виключення синдрому Ді-Джорджі проведено імунологічне дослідження (показники IgA,IgM,ЦІК,Т-іВ-клітини,рівень кальцію,паратгормону-в межах норми).Проведено каріотипування з метою виключення делеції 22-ої хромосоми(патології не виявлено). Інструментальні методи обстеження:RgОГК(situsvisceruminversus:серце розвернуте верхівкою вправо,займає 2/3 правої половини грудної клітки,на 1/3 зліва, розширене в поперечнику);нейросонографія(патології не виявлено);ЕХОКГ(декстрокардія, правостороння дуга аорти,ДМШП в м'язовій частині до 6мм.ВАП1,9мм,НК0);УЗДтимусу(ехогенність однорідна,контур рівний,чіткий,розміром 22\*23\*18 мм,не збільшений);УЗД ОЧП(печінка розташована зліва,не збільшена,ехогенністьзвичайна.Селезінка розташована справа,не збільшена 48\*21 мм,однорідна).Дитина отримала допомогу суміжних спеціалістів: консультованакардіологом(декстрокардія,ВВС:ДМШП,ВАП,НК0).Окуліст, невролог,ортопед- патології не виявлено.Імунолог(патології не виявлено,синдром Ді-Джорджі виключено) та генетик(патології не виявлено).

**Висновки:**Таким чином,аналіз виявлених змін дозволяє встановити у дівчинкиС. повну транспозицію внутрішніх органів. Повне своєчасне обстеження виявило поєднання Situs viscerum inversus totalis з такими вродженими вадами серця,як великий ДМШП,ВАП,які найчастіше зустрічаються при повному «дзеркальному» розташуванні органів.

Зінченко О.В.

Клініко-епідеміологічні особливості грипу у дітей Вінницької області в 2016-2018 роках

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Л.І. Левицька (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Мета роботи:** вивчити особливості епідеміологічної та клінічної картини грипу епідсезону 2016-2017 та 2017-2018 років серед хворих дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній клінічній дитячій інфекційній лікарні.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження базувалося на ретроспективному аналізі історій хвороб, враховуючи епідеміологічні та клінічні дані, отримані від хворих віком від 1 до 17 років (n = 32), що знаходилися на лікуванні у Вінницькій обласній клінічній дитячій інфекційній лікарні з грудня 2016 по лютий 2018 року.

**Результати та їх обговорення.** Вік хворих коливався від 1,2 до 17 років. За віковим складом пацієнти розподілилися наступним чином: до 3 років – 12,5% (4хворих), 3-6 років – 56,3% (18 хворих), 7-11 років 15,7% (5хворих), 12-15 років – 6,2% (2 хворих), 16-17 років – 9,3% (3хворих), тобто значно переважали в віковій структурі діти дошкільного віку. Обтяжений епідеміологічний анамнез (контакт з хворими на грип чи ГРВІ) встановлено у 18 дітей (56,3%). Всі діти, що захворіли, не були щеплені.

При специфічному обстеженні методом ІХА та ПЛР змивів з носоглотки етіологічно діагноз був підтверджений у 22 хворих (68,8%). Грип А діагностовано у 15 хворих (68,2%), грип В у 7 хворих (31,8%). Слід відзначити, що грип А спостерігався в епідсезоні 2016-2017р., грип В - 2017-2018р.

У 87,5 % стан визначався середньої важкості та 12,5% - тяжкий. У всіх пацієнтів інтоксикаційний синдром переважав над проявами катарального. Респіраторний синдром присутній у 100% (32 хворих), інтоксикаційний - 84,3% (27 хворих), абдомінальний - 15,7% (5 хворих). Тривалість лихоманки максимально становила 8 діб, в середньому 3,8 доби. Респіраторний синдром проявлявся сухим кашлем у 84,5% випадків, риніту, фарингіту - у 88,8%. Міалгії, арталгії спостерігалися у 10 хворих ( 31,2%). Абдомінальний синдром проявлявся болем в животі, розрідженням стільця до 3 разів на добу та блюванням у 9 хворих (28,2%).

У дітей з грипом А найчастіше виникали ускладнення у прояві пневмонії, що відмічено у 6,2% пацієнтів, бронхіту -8,4%. Серед дітей з грипом В серед ускладнень переважав нейротоксикоз (84,5%).

У лікуванні всіх дітей застосовувався озельтамевір.

**Висновки.**

1. При специфічному дослідження встановлено, що грип А мав місце у 68,2% хворих, грип В- 31,8%.
2. Серед дітей, госпіталізованих з грипом переважали діти дошкільного віку – від 3 до 6 років.
3. Перебіг грипу у госпіталізованих хворих переважно мав середній ступінь тяжкості.
4. В клінічній картині переважали інтоксикаційний та респіраторний синдроми.

О.М. Казмірчук  
**КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ КАШЛЮКУ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
Науменко О.М. (к.мед.н.,ас.)

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

**Актуальність:** За даними МОЗ України (2017р.), охоплення щепленнями проти кашлюку дітей у віці до 1 року складає 21%, проти рекомендованих 95%.Порушення вакцинації сприяє підвищенню захворюваності та важчому перебігу інфекцій. Так, в Україні за 10 місяців 2017 року зареєстровано 2023 випадки кашлюку, при чому має місце тенденція до зростання частки важких форм інфекції у дітей раннього віку.

**Мета:** Проаналізувати захворюваність та перебіг кашлюку у дітей госпіталізованих до ВОКДІЛ з використанням міжнародної шкали Preziosi&Halloran.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось на базі Вінницької обласної клінічної дитячої інфекційної лікарні (ВОКДІЛ). Проведено ретроспективний аналіз 27 історій хвороб дітей, з клінічним діагнозом «кашлюк», які лікувались у ВОКДІЛ у II півріччі 2017 р.

**Результати:** У дослідженні брали участь 14 хлопчиків (52%) і 13 дівчаток (48%). По віку вони були розподілені таким чином: діти першого року життя – 8 дітей (30%), 1-3 роки – 11 (41%), 3-7 років – 5 (18%), 7-10 років – 3 (11%). Отже, переважали діти раннього віку (1-3 роки). Середній вік пацієнтів при цьому складав – 2 роки 7 місяців ± 6,8 міс. Варто зазначити, що лише 4 дітей (15%) були щеплені відповідно до календаря вакцинації.

Оцінка клінічних симптомів та важкості інфекції проводилась з використанням міжнародної бальної шкали Preziosi&Halloran (за кожен симптом хвороби присвоювалась певна кількість балів, а за їх сумою визначався ступінь важкості хвороби). Початковим симптомом у всіх хворих був тривалий пароксизмальний кашель, репризи спостерігались у 13 дітей (46%), апное - у 1 дитини (4%). У 5 дітей (18%) приступи кашлю супроводжувались блюванням. За сумою балів шкали Preziosi&Halloran перебіг захворювання у 21 дитини (75%) був визначений як легкий, тоді як у 7 хворих (25%) - важкий. Слід наголосити, що у групі пацієнтів з важким перебігом не було жодної вакцинованої дитини. Серед дітей з важким перебігом інфекції, згідно шкали Preziosi&Halloran, найбільшу кількість склали діти раннього віку (4 дитини, 57%).Класична триада (лейколімфоцитоз, нормальна ШОЕ) відмічалась лише у 9 (32%) дітей. Варто відзначити, що у дітей, які не були вакцинованими, показники лейкоцитів в середньому були вищими ( $14,9 \pm 4,1 \times 10^9/\text{л}$ ), ніж у вакцинованих ( $8,6 \pm 2,2 \times 10^9/\text{л}$ ). Результати бактеріологічних досліджень у всіх дітей були негативними. Діагноз підтверджувався за допомогою ІФА: у 10 дітей (36%) титр антитіл IgM був підвищений.

Усі хворі лікувались у боксовому відділенні ВОКДІЛ. З етіотропною метою використовували антибіотики з групи цефалоспоринів III покоління у 15 (53%) пацієнтів, фторхінолонів - у 4 (14%), аміноглікозидів - 2 (7%), макролідів – у 6 (25%) хворих. Вибір цих препаратів зумовлений їх ефективністю щодо *B.pertussis* та оптимальним шляхом введення.

**Висновки:** Низький рівень імунізації залишається провідною причиною підйому захворюваності та важкого перебігу кашлюку. Найбільшу частку хворих на сучасному етапі складають діти раннього віку (1-3 р.), захворюваність яких постійно зростає. Діти даної групи мають важчий перебіг кашлюку, порівняно з іншими, що доводить інтегрована оцінка за шкалою Preziosi&Halloran. При лабораторному підтвердженні діагнозу перевагу слід надавати ІФА, який є більш чутливим порівняно з бактеріологічним методом. Відповідно до міжнародних протоколів лікування, антибактеріальну терапію слід проводити макролідами, однак застосування інших груп антибіотиків також допустиме.

І.С. Кедровська  
**ВИДИ І НАСЛІДКИ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ.  
АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ.**

Кафедра педіатрії № 2

О. О. Зборовська (асистент, к.мед.н)

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

**Актуальність:** Вроджені вади серця (ВВС) є найбільш поширеними вродженими аномаліями, на долю яких припадає близько 30 %. Розвиток кардіохірургії на сьогодні дає можливість врятувати життя майже 95 % хворим. Щороку проводиться більш ніж 2200 операцій при ВВС, після яких близько 15 % дітей потребують призначення антитромботичних засобів (АЗ).

**Мета:** Дослідження видів і наслідків тромболітичної терапії (ТТ) шляхом ретроспективного аналізу медичної документації дітей з ВВС після оперативної корекції та на основі розгляду клінічного випадку.

**Методи:** Клінічні, біохімічні, інструментальні, статистичні.

**Матеріали:** Для досягнення поставленої мети та завдань нами був проведений ретроспективний аналіз медичної документації 29 дітей з ВВС після оперативної корекції, які потребували ТТ та знаходились на диспансерному обліку в Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні (ВОДКЛ).

**Результати:** Серед хворих з ВВС після оперативної корекції до категорії високого ризику тромботичних ускладнень відносяться діти, у яких є наявність штучних чи біологічних клапанів серця, кондуїтів, після операції Глена, Фонтена, а також при анастомоз-залежному кровообігу. Серед АЗ, які використовувались було три групи: антикоагулянти прямої дії (нефракціонований гепарин, низькомолекулярні гепарини) – 3 (10,3 %) хворих, антикоагулянти непрямої дії (варфарин) – 5 (17,2 %) дітей і антиагреганти (аспірин) – 21 (72,4 %) хворих. Для запобігання геморагічних ускладнень (ГУ) контроль ТТ насамперед здійснюють на підставі ряду лабораторних тестів, в залежності від виду лікарських засобів. При лікуванні прямими антикоагулянтами визначали активований частковий тромбoplastиновий час. При лікуванні непрямыми антикоагулянтами проводився моніторинг міжнародного нормалізованого відношення або протромбінового часу та індексу. Застосування аспірину потребувало контролю тромбоцитарної активності.

Проведений аналіз клінічного випадку хворої 16 років, яка знаходилась на лікуванні в онкогематологічному відділенні ВОДКЛ з діагнозом: ВВС, атріовентрикулярна комунікація, повна атріовентрикулярна блокада, стан після імплантації штучного водія ритму серця, протезування мітрального клапану, гостра аномальна маткова кровотеча на фоні прийому варфарину. Для лікування ГУ застосовували багатоступеневу гемостатичну терапію: вітамін К 0,2 мг/кг, плазма свіжезаморожена, концентрати протромбінового комплексу, а саме активований рекомбінантний VII фактор і комбінацію IX, II, VII, IX факторів згортання (Новосевен 90мкг/кг і Октаплекс 1,9 мл/кг, відповідно), прогестаген (Примолют-нор).

**Висновки:** В педіатричній практиці існують додаткові труднощі при підборі ТТ, що пов'язано з несформованою системою гемостазу, частими інтеркурентними захворюваннями, необхідністю постійного лабораторного контролю і пов'язаним з ним страхом перед маніпуляцією. Для профілактики ГУ такі пацієнти потребують постійного диспансерного нагляду лікарем загальної практики сімейної медицини та лабораторного контролю показників гемостазу.

М.С. Клімішин, Ю.О. Сірко

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

М. О. Шаламай (к.мед.н., доцент), І.В. Морозова(к.мед.н., доцент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця

**Актуальність:** Гострі респіраторні вірусні захворювання найбільш розповсюджені інфекції в структурі хвороб органів дихання. В Україні, протягом епідемічного сезону, хворіють на гостру вірусну інфекцію біля 65% дітей. Вивчення основних механізмів виникнення кашлю дозволяє визначити оптимальну терапію, яка направлена на розрідження мокротиння, стимуляцію виведення бронхіального секрету. Перевагою фітотерапії є полівалентність дії фітокомпонентів, ефективність монотерапії, вмістом великої кількості алкалоїдів, глікозидів, фітонцидів, ефірних масел, дубильних речовин, смол, які обумовлюють протиалергічну, протизапальну, противірусну, цитопротекторну, антиоксидантну дії.

**Мета:** вивчити ефективність полікомпонентного рослинного препарату при лікуванні гострих респіраторних інфекцій з вираженим симптомом кашлю у дітей.

**Матеріали та методи:** Нами проведена оцінка ефективності використання сиропу Гамма, який представлений комбінацією ефірних олій лікарських рослин на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Вивчалися доцільність призначення та ефективність препарату при ГРВІ з симптомом кашлю у 50 дітей, віком від 6 до 15 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні. У кожному випадку проводилася оцінка часу виникнення кашлю, зміни його характеру від сухого до продуктивного, зменшення інтенсивності та часу клінічного одужання. Всі діти були поділені на основну групу (25 дітей), що отримували препарат Гамма у віковій дозі та контрольну групу (25 дітей), які не отримували фітопрепарат.

**Результати:** Серед загальної кількості хворих дітей розподіл за статтю був відповідно 58% - дівчата, 42% - хлопчики. Переважала група дітей віком від 6 до 10 років (62%), 38% - діти віком від 10 до 15 років.

Ступінь важкості стану дітей розцінювався як тяжкий у всіх пацієнтів та був зумовлений інтоксикаційним синдромом, вираженими катаральними явищами, ознаками обструкції дихальних шляхів. Респіраторний синдром мав місце у 96% хворих дітей, обумовлений підвищеною в'язкістю секрету бронхів, недостатньою активністю миготливого епітелію. У 98% дітей на 7 добу кашель повністю купувався, що свідчить про позитивний клінічний ефект при застосуванні препарату Гамма. В наших спостереженнях будь яких ускладнень, пов'язаних з застосуванням сиропу Гамма не спостерігалось.

**Висновки:** Застосування рослинного сиропу Гамма виявило високу клінічну ефективність у 98% дітей, про що свідчило купування кашлю на 7 добу лікування. Препарат може використовуватися як самостійний засіб та допоміжний компонент в комплексному лікуванні захворювань респіраторної системи з симптомом кашлю у

дітей.

Л.В. Коваленко, В.О. Ветрова  
**СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МОЖЛИВІ ВАРІАНТИ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПРАДЕРА-ВІЛЛІ**

Кафедра педіатрії №2  
К.В. Хромих (к.мед.н., ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна.

**Актуальність:** Синдром Прадера-Віллі – спадкове захворювання причиною якого є відсутність батьківської копії ділянки хромосоми 15q11-13. Характеризується відставанням у психомоторному розвитку, поведінковими розладами, зниженням м'язового тону, гіпогонадізмом, повільним метаболізмом та нестримною гіперфагією, що призводить до ожиріння в ранньому дитинстві, і в значній мірі сприяє захворюваності та ранній смертності. На даний час специфічні методи лікування не розроблені.

**Мета:** Проаналізувати та оцінити можливі варіанти лікування синдрому Прадера-Віллі.

**Матеріали та методи:** Для реалізації мети дослідження використано системний підхід, аналіз сучасних наукових статей, абстрактно-логічні узагальнення.

**Результати:** За даними ВООЗв період з 2014 по 2017 рік проводилось дослідження зоцінки ефективності, безпеки та переносимості інгібітора метіонін амінопептидази 2 (MetAP2) – белоранібу. Було залучено 107 досліджуваних з синдромом Прадера-Віллі (10-18 років), яким рандомізовано призначили (1:1:1) двічі на тиждень ін'єкції плацебо (34 уч.), 1.8 мг белоранібу (36 уч.), або 2.4 мг белоранібу (37 уч.) протягом 26 тижнів. В ході дослідження оцінювалась зміна показників гіперфагії (виміряно анкетною гіперфагії для клінічних випробувань; ймовірний результат 0-36 балів), маси тіла учасників. В порівнянні з плацебо, зміни маси тіла були більш виражені при прийомі 1.8 мг белоранібу (в середньому –8.2%, 95% ДІ –10.8 до –5.6;  $p < 0.0001$ ) та 2.4 мг белоранібу (–9.5%, 95% ДІ –12.1 до –6.8;  $p < 0.0001$ ). Зниження балів згідно анкетування було більш значимим в групах які отримували 1.8 мг белоранібу ( в середньому –6.3, 95% ДІ –9.6 до –3.0;  $p = 0.0003$ ) та 2.4 мг белоранібу (–7.0, 95% ДІ –10.5 до –3.6;  $p = 0.0001$ ) на відміну від плацебо. Крововиливи в місці ін'єкції були найбільш частими неблагоприятними наслідками застосування препарату.

**Висновки:** У зв'язку з використанням інгібітора метіонін амінопептидази 2 – белоранібу, мало місце статистично та клінічно значиме зниження маси тіла та покращення поведінки пов'язаної з гіперфагією. Інгібування MetAP2 є новим механізмом для лікування гіперфагії та ожиріння.

А.В. Ковтун, В.Р. Артеменко  
**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Кафедра педіатрії №2  
Г.М. Руденко (асистент, к.м.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** патологія органів травлення в Україні займає провідне місце в структурі захворювань дитячого віку, що складає 117,07 на 1000 дитячого населення. Тоді, як хронічна гастродуоденальна патологія займає майже половину від усієї патології органів травлення. Хронічна гастродуоденальна патологія має негативний вплив не тільки на фізичний стан пацієнта, а також і на спосіб та якість життя дитини. Тому, оцінка якості життя дітей з хронічними гастродуоденальними захворюваннями має можливість чітко оцінити стан здоров'я пацієнта та вплив захворювання на повсякденну соціальну активність.

**Мета:** порівняльна оцінка якості життя пацієнтів з хронічною гастродуоденальною патологією в процесі лікування.

**Матеріали та методи:** в ході роботи нами було обстежено 22 дитини з хронічною гастродуоденальною патологією, які проходили обстеження і лікування в педіатричному відділенні №2 Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Всім пацієнтам проводили загальноприйняте обстеження, що включало збір скарг, анамнезу, оцінку клінічної картини і лабораторно-інструментальні дослідження. Проведено динамічне дослідження якості життя

за допомогою опитувальників GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale – шкала оцінки шлунково-кишкових симптомів. Результати оцінки GSRS відповідають показникам: 1-2 – відмінне здоров'я, а 5-7 – значне порушення здоров'я). Також опитувальника SF-36 (SF-36 Health Status Survey. Показники кожної шкали знаходяться в межах 0 – 100 бала, де 100 відповідає повному здоров'ю).

**Результати:** в ході дослідження нами було відзначено позитивну динаміку проявів клінічних синдромів за всіма 5 шкалами опитувальника GSRS. При оцінці клінічних проявів було встановлено, що диспепсичний синдром до лікування становив 5,01 бала, тоді як після 2 тижнів терапії відмічалось значне покращення симптомів – 2,52 бала. Синдром абдомінального болю до лікування складав 4,09 бала, тоді як на 2 тиждень лікування був

2,14 бала. При оцінці показника гастроезофагеального рефлюкса також відмічено позитивну динаміку, що на 2 тижень становила 2,59 бала. Найбільш позитивна динаміка була отримана в ході оцінки двох шкал опитувальника SF-36, де фізичне функціонування до лікування було досить низьким і становило 42,73 бала, на 2 тижень лікування фізичний стан значно покращився і склав 75,45 бала. Крім того, емоційне функціонування до лікування становило 62,12 бала, та через 2 тижні – 84,85 бала.

**Висновки:** дослідження показників якості життя є важливою складовою комплексного обстеження дітей з гастродуоденальними захворюваннями, що дає можливість ретельно і об'єктивно оцінити стан здоров'я дитини, ефективність лікування та подальший перебіг захворювання.

М.О. Корнієнко  
**ПРОБЛЕМА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ В ПЕДІАТРІЇ**  
Кафедра педіатрії № 2  
І.І. Андрікевич (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця

**Актуальність:** Метаболічний синдром (МС) у дітей є актуальною проблемою педіатрії в зв'язку з метаболічними, гемодинамічними і гормональними порушеннями, які можуть розвиватись та призводити до прискорення розвитку і прогресування атеросклерозу, серцево-судинних захворювань та цукрового діабету 2 типу. Частота розвитку МС у підлітків та осіб молодого віку підвищилася за останні 60 років в 1,5 рази і становить 4-7,6% в популяції, а частка надмірної маси тіла в дітей в економічно розвинених країнах досягає 14%. На сьогоднішній день, за даними вітчизняних і зарубіжних джерел, поширеність ожиріння у дітей середнього та старшого шкільного віку прогресивно зростає і складає близько 17%. Дані ВООЗ передбачають, що до 2025 року кількість пацієнтів з МС складе 300 млн чоловік.

**Мега роботи:** удосконалення діагностики та лікування МС у дітей віком від 10 до 18 років на основі вивчення предикторів розвитку даного синдрому з метою попередження розвитку ускладнень.

**Матеріали та методи:** проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 52 дітей, які проходили санаторно-курортне лікування у Вінницькому обласному дитячому кардіоревматологічному санаторії протягом 2015-2016 рр. У дослідження включались діти віком від 10 до 18 рр, у яких діагностовано ожиріння, зумовлене надлишком калорій (шифр МКХ-10 – Е 66.0). Фізичний розвиток оцінювали на основі антропометричних показників: зріст, маса тіла та індекс маси тіла (ІМТ). Ожиріння діагностувалось, коли ІМТ перевищував 97 центильний інтервал відповідно стандартам фізичного розвитку. Для вивчення предикторів розвитку МС використані критерії IDF Consensus, 2007 (ожиріння, підвищення артеріального тиску (АТ), гіперглікемія). Були використані антропометричні, загальноклінічні, біохімічні та статистичні методи дослідження.

**Результати:** В ході дослідження виявлено, що серед обстежених переважали хлопчики (61,5%). У половини обстежених (53,8%) діагностовано підвищення систолічного та діастолічного АТ, що є одним із критеріїв МС у дітей. Лише у 2 обстежених дітей (3,8%) виявлено порушення толерантності до глюкози під час проведення орального глюкозотолерантного тесту. Саме у цієї невеликої когорти дітей виявлено наявність 3-х критеріїв, які запропоновані IDF Consensus, 2007 для діагностики МС. Під час виписки усім обстеженим дітям запропоновано програму реабілітації в домашніх умовах: оптимізація способу життя, підвищення фізичної активності, обов'язкове низькокалорійне збалансоване харчування згідно віку.

**Висновки:** з метою попередження таких ускладнень як цукровий діабет 2 типу, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, інвалідизації в майбутньому необхідно усіх дітей з надмірною масою тіла, а особливо з ожирінням комплексно обстежувати на наявність метаболічного синдрому та профілакувати його прояви на ранніх етапах.

Т.М. Крохмальна  
**ВНУТРІШНЬОУТРОБНІ ГЕРПЕСВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ**  
Кафедра педіатрії №2  
О.І. Ізюмець (к.мед.наук, доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Майже 1\3 населення Землі уражена герпетичною інфекцією, в 50% з них щороку спостерігають рецидиви. Здатність до рецидивування у ВПГ (вірусу простого герпесу) 1 типу - 50%, у ВПГ 2 типу – 95%. Клінічні прояви проявляються лише у 5% інфікованих вагітних жінок, в більшості випадків проявляється субклінічним або атипичним варіантом. Серед вагітних жінок, серопозитивних до ВПГ 2 типу частота загрози переривання вагітності у 5 разів вища, а багатоводдя – у 10 разів частіше, порівняно з показником у групі серонегативних жінок. Внутрішньоутробна герпесвірусна інфекція – одна з основних причин перинатальної смертності і ранньої дитячої інвалідності (ДЦП, епілепсія, сліпота, глухота). Частота неонатального герпесу

становить 1: 2500 – 1: 60000 живонароджених. Нелікований неонатальний герпес призводить до смертності у 80-90%, інвалідності – у 90-95% інфікованих дітей.

**Мета:** визначення клініко-діагностичних критеріїв герпесвірусних інфекцій, зокрема ВПГ 2 типу, при ураженні дітей на різних термінах гестації.

**Матеріали та методи:** ретроспективно проаналізовані дані медичної документації дітей (форма 003/о «Медична карта стаціонарного хворого»), які перебували на лікуванні у відділенні патології новонароджених, а також кат анамнез серопозитивних жінок до ВПГ 2 типу. Опрацьована вітчизняна та зарубіжна сучасна література стосовно даної теми.

**Результати:** проаналізувавши катанамнез серопозитивних жінок до ВПГ 2 типу виявлено, що гостра інфекція може протікати як гостре респіраторне захворювання на тлі задовільного стану без типової для даної інфекції симптоматики. В залежності від того, в якому терміні гестації (в першому триместрі - >50%) відбулося первинне зараження ВПГ 2 типу, клінічно важче перебігали вродженні вади розвитку, такі як гідроцефалія (15%), ретинопатія (10%), енцефалопатія (10%), гіпоплазія кінцівок (3%) і затримка внутрішньоутробного розвитку (40%).

**Висновки:** 1. Враховувати всі випадки етіологічно незрозумілої інфекції у вагітних жінок і проводити скринінги на виявлення збудника.

2. Вірус простого герпесу 2 типу у новонароджених проявляється в трьох клінічних формах: неврологічній (50%), слизово-шкірній (20%) та генералізованій (20%).

О.О.Купрата

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДИНАМІКА ІНТЕНСИВНОСТІ ЦИРКУЛЯЦІЇ ЕНТЕРОВІРУСІВ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2014-2017РР.

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

І.І. Незгода (д.м.н., проф., зав.кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ентеровіруси людини (HEV— human enterovirus) є великою групою вірусів роду Enterovirus належать до родини Picornaviridae. Згідно з останніми змінами бази даних Міжнародного комітету з таксономії вірусів було відомо 111 серотипів людських ентеровірусів й їх кількість щорічно збільшується. Різноманітністю механізмів передачі збудника (фекально-оральний та повітряно-крапельний) зумовлений поліморфізм клінічних проявів, поліорганістність ураження, відсутність заходів специфічної профілактики, частими спалахами серед дітей. Згідно літератури, у світі постерігаються як спорадичні випадки, так і потужні епідемії. Ентеровірусні інфекції (ЕІ) наявні у природі завдяки двом резервуарам: природному (грунт, вода, харчові продукти) та організму людини, в яких вони можуть накопичуватися та поширюватися. Офіційна статистика випадків ЕІ в Україні відсутня, тому виникла нагальна потреба з'ясувати епідеміологічну ситуацію щодо ЕІ у Вінницькій області.

**Мета:** З'ясувати епідеміологічні особливості перебігу та динаміку інтенсивності циркуляції ЕІ серед населення й частоту поступлення хворих на стаціонарне лікування, дослідити та вивчити роль водного фактора передачі збудника на території Вінницької області.

**Матеріали та методи:** Проаналізовані епідеміологічні звіти Вінницької санітарно-епідеміологічної станції за 2014-2017 рр. та зроблений ретроспективний аналіз історій хвороб дітей з ЕІ, які лікувалися у Вінницькій обласній дитячій інфекційній лікарні протягом 2016-2017 рр.

**Результати:** Протягом досліджуваного періоду спостерігається тенденція до покращення діагностики ЕІ серед населення (направлено у 2014р.-23 мазки в обл. СЕС до 160 мазків у 2017р.). Значна частина матеріалів для дослідження, була направлена ЗВОДКІЛ, що становить 89,24%. Загалом питома вага виявлення РНК ентеровірусу методом ПЛР складає 93(36,3%) серед них у 6 (5,3%) дорослих та 87(94,7%) дітей. Середовища з яких було виділено збудник, наступні: ліквор-2(2,12%), мазок з зіву- 8(8,51%), фекалії - 84(89,36%). Найбільшу кількість випадків ЕІ 55 (58,06%) зафіксовано в осінні місяці. Середній вік захворілих становить 3-7р.(36%), що вказує на циркуляцію збудника у дитячих дошкільних колективах. Визначається незначне переважання хлопчиків (56,98 %). Серед об'єктів довілля, що підлягають вірусологічному моніторингу за ЕІ, провідна роль належить стічним водам, дослідження яких є найбільш інформативними. У всіх хворих початок захворювання супроводжується симптомами інтоксикації. Серед клінічних проявів у 27,15% пацієнтів мало місце герпангіна, у 19,63 % — ураження респіраторного тракту, у 53,22 % — екзантема та синдром «рука -нога -рот».

**Висновок:** Отже, спостерігається тенденція до зростання інтенсивності циркуляції ентеровірусів серед населення у Вінницькій області, а також збільшення ролі водного фактора передачі збудника. При підозрі на ентеровірусну інфекцію, для уточнення діагнозу необхідно використовувати сучасні методи діагностики (ІФА та ПЛР).



О.В.Кущак

## ПОШИРЕНІСТЬ ГЕНОТИПІВ ТА АЛЕЛЕЙ ПОЛІМОРФНОГО МАРКЕРА Ile50Val ГЕНА IL4RA У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ВІННИЧЧИНИ

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (д.мед.н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Беручи до уваги численні дослідження, направлені на вивчення патогенетичних механізмів виникнення бронхіальної астми, розширення діагностичного пошуку за допомогою додаткових лабораторно-інструментальних методів обстеження, розробки профілактичних заходів, продовжує спостерігатись зростання захворюваності та труднощі в досягненні медикаментозного контролю над перебігом БА.

**Мета:** вивчити поширеність алелей та генотипів поліморфного маркера Ile50Val гена IL4RA у хворих на бронхіальну астму та практично здорових дітей Вінниччини.

**Методи:** клініко-анамнестичні, лабораторні, молекулярно-генетичні, аналітико-статистичні.

**Матеріали:** Нами було проведений аналіз розподілу алелей та генотипів поліморфного маркера Ile50Val гена IL4RA у 75 хворих на бронхіальну астму та 25 практично здорових дітей Вінниччини віком від 6 до 18 років. Персистуюча БА встановлена у 52 дітей, інтермітуюча – 23 пацієнтів. Контрольований перебіг спостерігався у 25 хворих, частково контрольований – у 20 та неконтрольований був у 30 дітей.

**Результати:** За результатами проведеного дослідження з оцінки частоти алелей і генотипів у 75 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму, було встановлено, що генотип A/A зустрічався у 26 хворих (34,67%), генотип A/G – у 44 (58,66%), а генотип G/G визначався лише – у 5 (6,67%) пацієнтів. У дітей, хворих на БА, виявлено, що носіїв генотипу A/G в 1,69 рази більше, порівняно з кількістю хворих з генотипом A/A, та в 8,8 рази – з генотипом G/G ( $p < 0.05$ ). Щодо розподілу алелей, отримані наступні результати: серед пацієнтів з БА в 1,78 рази достовірно переважали носії алелі A – 64%, проти носіїв алелі G – 36% ( $p < 0,01$ ). При аналізі даних генотипування за поліморфним маркером Ile50Val гена IL4RA у дітей Вінниччини встановлений підвищений ризик захворювання на БА у носіїв гомозиготного генотипу A/A, оскільки у хворих на БА, він зустрічається в 4,34 рази частіше ( $OR = 6,10$ ; 95% CI [1,33 – 27,93];  $\chi^2 = 11,96$ ;  $p < 0,003$ ;) порівняно з практично здоровими дітьми, та переважає в 1,6 рази частоту носіїв алелі A ( $OR = 2,67$ , 95% CI [1,38 – 5,14]). При наявності у дітей генотипу G/G та алелі G – знижений ризик асоціації з бронхіальною астмою, оскільки, у осіб шкільного віку, хворих на БА, вони зустрічаються рідше – частота генотипу G/G в 4,2 рази ( $OR = 0,18$ , 95% CI 0,05 – 0,65;  $\chi^2 = 11,96$ ;  $p = 0,003$ ), алелі G – в 1,6 рази ( $OR = 0,38$ , 95% CI [0,19 – 0,72], порівняно з практично здоровими дітьми ( $\chi^2 = 8,87$ ,  $p = 0,003$ ). Частота алеля A серед хлопчиків шкільного віку, хворих на БА, вища (0,629) ніж у практично здорових ровесників, натомість частота алелі G переважає (0,368) в групі практично здорових дітей ( $OR = 2,91$ ; 95% CI [1,36–6,22];  $\chi^2 = 7,93$ ;  $p = 0,005$ ). Гомозиготний мутантний генотип G/G зустрічається також частіше (0,368) серед хлопчиків, які мають, відповідно, знижений ризик патології ( $OR = 0,34$ ; 95% CI [0,16–0,73];  $\chi^2 = 11,72$ ;  $p = 0,003$ ). У дівчаток Вінниччини асоціації за поліморфним маркером Ile50Val гена IL4RA з розвитком бронхіальної астми нами не встановлено.

**Висновки:** 1. Носійство алелі A та генотипу A/A поліморфного маркера Ile50Val гена IL4RA у дітей Вінниччини, асоціюється з підвищеним ризиком розвитку БА ( $OR > 1$ ).

2. Наявність алелі G та генотипу G/G поліморфного маркера Ile50Val гена IL4RA у дітей Вінниччини, асоціюється зі зниженим ризиком розвитку БА ( $OR < 1$ ).

Л.І. Левицька

## ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ВІТРЯНУ ВІСПУ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник І.І. Незгода (професор, доктор мед. наук, завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Вітряна віспа являє собою важливу медико-соціальну проблему, яка веде до значних як економічних, так і соціальних збитків. Контроль рівня захворюваності серед дитячого населення сприяє попередженню спалахів хвороби та дає можливість уникнути важких ускладнень, до яких може призводити вітряна віспа.

**Мета:** дослідити рівень захворюваності на вітряну віспу серед дитячого населення по Україні, Вінницькій області та проаналізувати кількість госпіталізованих до ВОКДІЛ по місяцях у період з 2010 по 2015 роки.

**Матеріали та методи:** статистична документація щорічної звітності по хворобах та стаціонарні журнали фіксації хворих у ВОКДІЛ.

**Результати.** Проаналізовано захворюваність на вітряну віспу (ВВ) серед дитячого населення до 17 років

по Україні, Вінницькій області, а також динаміку госпіталізації хворих в Вінницьку обласну клінічну дитячу інфекційну лікарню (ВОКДІЛ) за період із 2005 р. по 2015р. Рівень захворюваності на ВВ у дітей із роками зростає. Так, найнижчий показник по Україні спостерігався у 2011 році і складав 224,65 на 100 тисяч населення. Та вже у 2012 році кількість зафіксованих випадків хвороби зростає до 422,56 на 100 тис. дитячого населення.

Саме незначне зниження рівня захворюваності у 2013 році (з 422,56 до 392,9 на 100 тис. населення) можна пов'язати з активною просвітницькою діяльністю лікарів щодо щеплення проти вітряної віспи. Та, з погіршенням економічної ситуації в Україні, що спричинило зникнення вакцини - максимально зростає захворюваність у 2014 році до 440,64 на 100 тис. населення.

Схожа динаміка спостерігається і у Вінницькій області, де рівень захворюваності був мінімальний у 2010 році – 161,2 на 100 тис. населення. Та вже з 2011 по 2014 рік рівень захворюваності серед дітей зростає від 258,2 до 329,6 на 100 тис. населення, набуваючи максимальних показників у 2015 році – 357,6 на 100 тис. населення.

Динаміка розподілу хворих, госпіталізованих до ВОКДІЛ по місяцям протягом 2010-2015 рр. свідчить про те, що кількість госпіталізованих у стаціонар дітей із роками збільшується. Пік захворюваності припадає на прохолодні місяці: грудень, січень, лютий. Так, у 2010 році за зимовий період було госпіталізовано 13 дітей з ВВ. У 2011 році в цей же період спостерігалось збільшення числа хворих до 16. Вдвічі зріс цей показник у 2012 році і становив 33 хворих. Починаючи з 2013 року по 2015 рік, кількість госпіталізованих дітей у зимовий період стала і складає 34, 35 та 37 дітей відповідно. У той час, кількість хворих госпіталізованих у літні місяці була мінімальною у 2010 та 2011 роках по 3 дітей, але починаючи з 2012 року значно збільшується кількість госпіталізованих в теплу пору року і відповідає 5 дітей у 2012, 7 дітей – у 2013 році, 8 дітей – у 2014 році, та 10 хворих – у 2015 році. Це свідчить про те, що хвороба хоч і зберігає осінньо-зимову сезонність, та може виникати і в теплу пору року.

**Висновки.** Рівень захворюваності на вітряну віспу серед дитячого населення з роками невпинно зростає як по Вінницькій області, так і по Україні. Зберігається загальна тенденція підвищення захворюваності саме в осінньо-зимову пору року та кількість хворих на вітряну віспу, яких фіксують у літні місяці – з роками також збільшується.

А.Ф.Летнянка, В.В.Кришталь

## **ВТОРИННА ЛАКТАЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА**

Кафедра педіатрії №2

Г.І.Мантак (к.мед.н.,)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема лактазної недостатності у дітей є актуальною і водночас недостатньо вивченою у сучасній педіатрії. Дослідженнями, проведеними останнім часом, доведено, що майже половина дітей першого року життя страждають на кишкові кольки через недостатню кількість лактази. Непереносимість молочного цукру є однією із найбільш поширених причин синдрому мальабсорбції як серед дітей, так і серед дорослих.

**Мета роботи:** удосконалення принципів лікування гострої кишкової інфекції обумовленої ротавірусами у дітей раннього віку, яка супроводжується вторинною лактазною недостатністю.

**Матеріал та методи обстеження:** нами було обстежено 30 дітей віком від 1 місяця до 3-річного віку з лабораторно сіто-тест підтвердженою ротавірусною інфекцією. Усім дітям, окрім загальноклінічних методів обстеження, було проведено копроцитограму з визначенням рН калу та визначення генотипу гену лактази. Пацієнти з ротавірусною інфекцією, яка супроводжувалася лактазною недостатністю мали рН калу  $\leq 5,5$ , генотип С/Т-13910 гену лактази.

**Результати обстеження:** Серед дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні в діагностичному відділенні ВОКДІЛ клінічними проявами ротавірусної інфекції, що потребувала лікування пацієнта в стаціонарних умовах, були такі: виражена інтоксикація, блювання, фебрильна лихоманка, ацетонемія, метеоризм у поєднанні з больовим синдромом. Для дітей з генотипом С/Т-13910 гену LCT характерна схильність до більш важкого та тривалого перебігу з фебрильною лихоманкою, вираженою діареєю, високою частотою проявів ацетонемічного синдрому, що зумовлює більшу тривалість захворювання. Призначення препаратів, що містять екзогенну лактазу, перорально з першої доби лікування ротавірусного гастроентериту у дітей раннього віку дозволяє зменшити вираженість клінічних і лабораторних ознак вторинної лактазної недостатності, зменшити вираженість і скоротити тривалість діарейного синдрому. Застосування препаратів з екзогенною лактазою дозволяє відмовитись від штучних лікувальних сумішей під час захворювання і покращити фізичний та емоційний стан дитини за рахунок продовження грудного вигодовування у дітей першого року життя.

**Висновки:** Для прогнозування важкості перебігу ротавірусної інфекції у дітей раннього віку доцільне визначення генотипу гену лактази. При проведенні лікування ротавірусної інфекції у дітей слід мати на увазі

можливість розвитку лактазної недостатності. З метою підвищення ефективності лікування ротавірусної інфекції у дітей раннього віку, яка перебігає з дисахаридною недостатністю доцільно включати до комплексної терапії препарати екзогенної лактази перорально.

А.В.Майчук

### **ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ КРОПИВ'ЯНКИ У ДІТЕЙ**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

В.С. Олійник (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гостра кропив'янка - досить поширене захворювання серед дітей різних вікових груп та є актуальною проблемою для педіатрів та алергологів. Частота даного захворювання серед дітей неухильно зростає і становить від 2 до 8% у загальній популяції (25% дітей хворіли кропив'янкою хоча б один раз у житті). Крім того, дане захворювання часто є причиною термінової госпіталізації дітей.

**Мета:** визначення факторів ризику розвитку гострої кропив'янки у дітей.

**Матеріали і методи:** нами проведений аналіз клінічного перебігу та визначення факторів ризику розвитку гострої кропив'янки у 48 дітей віком від 3 до 15 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в МЛ «Центр матері та дитини» (м. Вінниця) з діагнозом «гостра кропив'янка».

**Результати:** серед обстежених дітей кількість хлопчиків та дівчаток була однаковою. Більшість хворих дітей були віком від 6 до 15 років (31 дитина - 64,58%), тоді як від 3 до 6 років лише 17 дітей (35,41%). Першими проявами гострої кропив'янки були уртикарний висип, свербіж, загальне нездужання. Дані ознаки з'являлися на першу добу після дії етіологічного чинника, в ролі якого найчастіше виступали: 47,9% - продукти харчування (кондитерські вироби, мед, фрукти), 18,8% - медикаменти (антибіотики, протівірусні та нестероїдні протизапальні препарати). У 16 (33,3%) хворих визначити точну причину виникнення гострої кропив'янки не вдалося. У 12,5% випадків гостра кропив'янка поєднувалась з набряком Квінке. За допомогою хворі зверталися в першу добу. Усі діти були обстежені та отримали лікування згідно наказу МОЗ України № 767 від 27.12.2005. Протягом перших 72-х годин спостерігалось покращення стану у більшості (70,8%) хворих. Легкий перебіг гострої кропив'янки спостерігався у 36 (75%) пацієнтів, тоді як 12 (25%) дітей мали перебіг середньої тяжкості. Прояви гострої кропив'янки спостерігалися вперше у 33 (68,75%) дітей. Серед супутньої патології було виявлено харчову алергію у 24 дітей (50,0%) (найчастіше на коров'яче молоко, рибу, морепродукти, яйця, горіхи, цитрусові, шоколад); атопічний дерматит у 11 (22,91%) дітей. Також у 13 (27%) випадках було діагностовано патологію ШКТ, переважно за рахунок функціональних порушень, а також глистну інвазію - у 5 (10,4%) дітей. Слід зазначити, що у 27% дітей був обтяжений сімейний анамнез за рахунок алергічних захворювань батьків (БА, атопічний дерматит, поліноз, тощо).

**Висновок:** отже, факторами ризику розвитку гострої кропив'янки у дітей є: зміна характеру харчування, безконтрольне застосування медикаментів, наявність атопічного дерматиту функціональні порушення ШКТ, глистні інвазії, обтяжений алергологічний і сімейний анамнези.

А.М. Москаленко, І.В. Цибрій

### **КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії №1

О.В. Герасимова (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Останнім часом спостерігається постійне збільшення поширення серцево-судинних захворювань серед дітей, а також істотні зміни їх структури. Зокрема, відмічається збільшення питомої ваги гіпертрофічної кардіоміопатії (ГКМП), в генезі якої вирішальне значення мають різноманітні мутації генів серцевого тропоніну. Незважаючи на досягнення сучасної медицини в розробці методик лікування кардіоміопатії, смертність при даному захворюванні залишається високою. Перебіг кардіоміопатії у дітей характеризується скудністю суб'єктивної симптоматики. При цьому відсутні чіткі критерії діагностики даної групи захворювань, що призводить до несвоєчасної діагностики, пізнього лікування, розвитку хронічної серцевої недостатності та ранньої інвалідизації дітей.

**Мета:** Удосконалити діагностику гіпертрофічної кардіоміопатії у дітей на основі вивчення клініко-інструментальних особливостей її перебігу.

**Матеріали та методи дослідження:** Проведено ретроспективний аналіз 23 історій хвороб дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні №1 Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, у яких був встановлений діагноз гіпертрофічна кардіоміопатія. Комплексне обстеження включало збір скарг, даних анамнезу, клінічний огляд, інструментальні методи дослідження, такі як електрокардіографія (ЕКГ), рентгенографію органів грудної клітки, ехокардіографію (ЕхоКГ) в М та В режимах і доплер ЕхоКГ.

**Результати:** Аналіз одержаних результатів показав, що для хворих на ГКМП характерні як неспецифічні скарги (підвищена втомлюваність – у 67%, запаморочення – у 36%, нестабільність АТ – у 91%), так і кардіальні (кардіалгія – у 58%, серцебиття – у 72%). Патологія серцево-судинної системи відмічена у 52% близьких родичів хворих на ГКМП. Сімейні випадки ГКМП спостерігались у 39% хворих. На ЕКГ у дітей, хворих на ГКМП, ранніми змінами були порушення процесів реполяризації у вигляді змін зубця Т та інтервалу QT (100%), внутрішньощуночкова блокада (36%), шлуночкова екстрасистолія (30%), а також патологічний зубець Q (18%). За допомогою ЕхоКГ у дітей, хворих на ГКМП асиметричну форму, порівняно з іншими групами спостерігалось достовірне потовщення міокарда МШП ( $r=0,70$ ;  $p<0,05$ ). Підвищений градієнт тиску у виносному тракті ЛШ і тенденція до гіповолемії, обумовлена порушенням діастолічного наповнення ЛШ і зниження серцевого індексу. Виявлена пряма кореляційна залежність змін релаксаційної функції при ГКМП від товщини МШП і ЗСЛШ ( $r=0,68$ ;  $p<0,05$ ).

**Висновки:** встановлення ранніх клінічних змін та специфічні зміни на ЕКГ та ЕхоКГ дозволять вчасно діагностувати ГКМП, попередить розвиток ускладнень захворювання та ранньої інвалідизації дітей.

О. С. Мотузенко

## ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В КАТЕГОРІЇ ЕКСТРЕМАЛЬНО НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ.

Кафедра педіатрії №1

Т. І. Саврун (к.мед.н., доцент)

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

**Актуальність.** Щорічно приблизно 15 мільйонів дітей народжуються передчасно, і ця цифра має тенденцію до зростання (Знаменська Т. К., 2016; Liu L, Oza S, Hogan D., 2016). Особливе місце посідають екстремально недоношені новонароджені, оскільки високий рівень неонатальної захворюваності та несприятливих віддалених наслідків в цій категорії є важливою медико-соціальною проблемою (Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M., 2014). Дана категорія дітей найбільшою мірою схильна до хронічної внутрішньоутробної гіпоксії та інтранатальної асфіксії внаслідок незрілості головного мозку, порушення цереброваскулярної ауторегуляції, зниження активності антиоксидантних систем, енергетичного дефіциту і низького рівня пластичних процесів. Ураження центральної нервової системи у екстремально недоношених дітей може призвести до формування стійких неврологічних порушень з подальшою інвалідизацією, соціальною дезадаптацією і зниженням якості життя в цілому.

**Мета:** встановити особливості ураження ЦНС в категорії глибоко недоношених новонароджених.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 104 історій хвороби недоношених новонароджених, які знаходилися на лікуванні у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні та міської лікарні «Центр Матері та Дитини». Критеріями включення були: екстремально мала маса тіла при народженні <1000 грам (ЕММТ), клініко-параклінічні ознаки перенесеної внутрішньоутробної гіпоксії та інтранатальної асфіксії; критеріями виключення були: вроджені вади, генетичні синдроми, пологові травми. В ході роботи були проаналізовані та статистично опрацьовані клініко-анамнестичні дані, лабораторні показники, результати інструментальних досліджень.

**Результати.** В результаті проведеного дослідження було встановлено, що клініко-параклінічні ознаки ураження центральної нервової системи (ЦНС) були виявлені у 65 (62,5 %) новонароджених з ЕММТ. Маса тіла дітей досліджуваної групи складала  $798,9 \pm 23,1$  грам, середній гестаційний вік  $26,8 \pm 0,3$  тижнів. Оцінка за шкалою Апгар у дітей з ураженням ЦНС була достовірно нижчою ( $p<0,1$ ) і складала на 1-й хвилині  $3,0 \pm 0,2$ , на 5-й хвилині –  $4,1 \pm 0,2$  бали. Ускладнений перебіг вагітності мав місце у 81,5 % жінок дітей з ураженням ЦНС, при цьому загроза переривання вагітності та істміко-цервікальна недостатність була діагностована у 56,9 %, багатоводдя/маловоддя у 27,7 %, важкий гестоз (пreeклампсія) у 15,4 % та ЗВУР плода у 12,3 % відповідно. Пологи характеризувалися ускладненим перебігом у 64,6 % жінок. Достовірно частіше мав місце передчасний розрив плідних оболонок (29,2 %,  $p<0,1$ ), гострий дистрес плода (24,6 %,  $p<0,1$ ), у 12,3 % жінок спостерігалось відшарування плаценти. Під час вивчення клінічних проявів ураження ЦНС було встановлено, що переважав синдром церебральної депресії (89,2 %), значно рідше діагностувався синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості (7,7 %), гіпертензивно-гідроцефальний (12,3 %) та судомний синдром (9,2 %). За даними нейросонографії виразні ознаки набряку мозку виявлялися у 84,6 % новонароджених, внутрішньощуночкові крововиливи (ВШК) I-II ступеню було діагностовано у кожній третій дитині, важкі

ВШК III-IV ступеню у кожної п'ятої дитини. Серед новонароджених, у яких мав місце розвиток перивентрикулярної лейкомаляції, переважали діти з масою тіла < 750 грам.

**Висновки.** Проведене дослідження показало, що у новонароджених з ЕММТ, які мали важкі прояви ураження ЦНС, вірогідно частіше мав місце мультифакторний вплив чинників антенатальної та інтранатальної гіпоксії. Важкість ураження ЦНС корелювала з важкістю асфіксії при народженні, меншою масою тіла та гестаційним віком.

І.В.Олійник, Є.Г.Отрубчак

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії №2

Г.І.Мантак (к.мед.н.,)

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

**Актуальність.** Захворювання товстої кишки займають значне місце в структурі хронічних захворювань травної системи. Поряд з функціональною патологією і запальними захворюваннями привертають до себе увагу стани, обумовлені аномаліями розвитку і положення товстої кишки, серед яких лідируюче місце по частоті займає доліхосигма. У більшості дітей доліхосигма призводить до функціональних та органічних порушень дистального відділу товстої кишки, що супроводжується достатньо чітким клінічним симптомокомплексом, який характеризується постійними закрепамі, болями в животі і ознаками хронічної інтоксикації.

**Мета роботи:** удосконалення лікування та реабілітації вроджених вад розвитку товстої кишки (доліхосигма, доліхоколон) з гіпокінетичним типом моторної функції у дітей.

**Матеріал і методи дослідження:** нами обстежено 30 дітей віком від 3 до 7 років з рентгенологічно (іригографія) діагностованою вродженою вадю розвитку (ВВР) товстої кишки (доліхосигма, доліхоколон).

**Результати дослідження.** Клінічним проявом ВВР товстої кишки було відсутність стулу протягом 48-72 годин в 65% випадків, більше 4 діб – 35%. У 9% випадків дефекація наступала тільки після очисної клізми. В переважній більшості (74%) діти скаржились на біль в животі ниючого характеру, переважно в лівій здухвинній ділянці. У 47% випадків відмічалось здуття живота. Погіршення загального стану відмічалось у 81% дітей за рахунок хронічної інтоксикації. Діти скаржились на головний біль (57%), у 18% пацієнтів відмічалась нудота. При об'єктивному обстеженні у 76% дітей мала місце болючість при пальпації низхідного відділу товстої кишки, збільшення в об'ємі і болючість сигми (68%). За результатами ректороманоскопії у 69% обстежених хворих діагностований катаральний проктосигмоїдит.

Лікувальна тактика у обстежених дітей була направлена на організацію дієти, режим, симптоматичної терапії і лікування супутньої гастроентерологічної патології. Поряд з цим, дітям з гіпокінетичною дискінезією товстої кишки проводилась електрична стимуляція відрізків товстої кишки (електрофорез з прозерином, ампліпульстерапія, масаж живота, лікувальна фізкультура).

**Висновки:** при поєднанні дієтично-медикаментозних засобів та стимулюючої фізіотерапії у дітей з вродженими вадами товстої кишки (доліхосигма, доліхоколон) з гіпокінетичним типом моторної функції спостерігається більш швидка позитивна динаміка моторної функції товстої кишки. Цим хворим показана стимулююча терапія кожні 3 місяці та контроль стану товстої кишки за допомогою проведення іригографії 1 раз за рік.

Павлік О. В., Габрук І. І. Рауцкіс В.П.

## **ПРИЧИНИ ГОСТРОЇ КРОПИВ'ЯНКИ**

Кафедра педіатрії №1

Кулик Я. М. (к. мед. н., доц.)

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

**Актуальність:** Гостра кропив'янка характеризується тривалістю захворювання менше 6 тижнів. За даними статистики вона посідає 2 місце серед алергічних захворювань дитячого віку. Типовими причинами кропив'янки у дітей можуть бути найрізноманітніші чинники: харчові продукти, лікарські препарати, пилок, укуси комах.

**Мета:** Вивчити клініко-анамнестичні особливості гострої кропив'янки у дітей різного віку.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано дані карт стаціонарних хворих і обстежено 45 дітей, що перебували на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні ВОДКЛ у 2016 і 2017 році з діагнозом «Гостра кропив'янка». Вік дітей складав від 1 до 16 років, середній вік 8±0,6. Проводились загальноклінічні і

алергологічні дослідження, що включали збір алергологічного анамнезу і визначення загального і специфічних Ig E до певних алергенів у сироватці крові методом ІФА. Статистична обробка виконувалась на персональному комп'ютері.

**Результати:** У досліджуваній групі дітей з гострою кропив'янкою кількість пацієнтів переддошкільного віку склала 17,8% (8 дітей), дошкільного віку – 22,2% (10 дітей), а найбільшу частку становили діти шкільного віку – 60% (27 дітей). Серед хворих переважали дівчатка – 51%, хлопчиків відповідно було 49%. Оцінюючи сезон захворювання, з'ясувалося, що найбільша кількість випадків припадала на весняно-літній період ( квітень, липень). При аналізі анамнестичних даних типовими причинами гострої кропив'янки у 18 дітей (40%) були названі солодощі, зокрема, мед і шоколад, у 4 дітей (8,9%) – малина, у 5 дітей (11,1%) – медичні препарати (НПЗЗ, антибіотики), у 2 дітей (4,4%) – психічний стрес, у 1 дитини (2,2%) була інсектна алергія на укуси бджоли та ще у однієї на укуси комара (2,2%). Потрібно відмітити, що у 31,2% пацієнтів спостерігалась ідіопатична кропив'янка (тобто неуточненої етіології), оскільки не вдалося з'ясувати причин з анамнезу. У 49% спостерігалася супутня алергічна патологія (дерматит, риніт, бронхіальна астма, ангіоневротичний набряк), а у решти (51%) або не відмічалось супутніх хвороб, або захворювання неалергічного генезу, такі як цукровий діабет, глистяна інвазія, функціональний закреп. При аналізі спадкового анамнезу виявлено, що у 25 дітей (55,6%) він не обтяжений, а у 20 (44,4%) – обтяжений, з яких у третини випадків - алергічною патологією.

**Висновки:** Отже, отримані дані свідчать, що гостра кропив'янка частіше виникає у дітей шкільного віку, може бути пов'язана з сезоном року та найчастіше провокується харчовими продуктами з високими алергізуючими властивостями. При цьому досить велику частку (31,2%) складає ідіопатична кропив'янка.

Ю.С. Пархоменко, І.О. Рибак

### **ОСОБЛИВОСТІ КАРДІАЛГІЙ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ХАРАКТЕРУ У ПІДЛІТКІВ**

Кафедра педіатрії №2

Березницький О.В. (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Кардіалгії у підлітковому віці – досить серйозний симптом, який викликає занепокоєння як у самого пацієнта, так і його родичів. Рецидиви кардіалгій у хворих на серцевосудинну патологію змушують задуматись про перші прояви декомпенсації захворювання і результативність попереднього лікування. Та особливо важливою є правильна оцінка цього симптому саме лікарями, так як від встановленого діагнозу буде залежати не тільки подальша тактика, а і досить крихкий психічний баланс підлітка.

**Мета:** Дослідити особливості кардіалгій вертеброгенного характеру у підлітків з акцентом на виявлення активних тригерних пунктів в ділянці m. Psoasalis sin. як можливої причини кардіалгії.

**Матеріали та методи:** 120 пацієнтів-підлітків педіатричного відділення №1 ВОДКЛ м. Вінниці з встановленим кардіологічним діагнозом (АГ, ВСД, прооперовані вроджені вади серця, післяопераційний період) без об'єктивних проявів декомпенсації, але зі скаргами на біль в ділянці серця.

**Результати:** У 36 пацієнтів (30%) з дослідницької групи були виявлені активні тригерні пункти в m. Psoasalis sin. на рівні середньої частини грудного відділа хребта. Після усунення тригера немедикаментозними методами лікування (ППР, ішемічна компресія) стан пацієнтів значно покращився.

**Висновки:** Отримані дані підтверджують доцільність об'єктивного обстеження ділянки грудного відділу хребта у пацієнтів та впровадження цього методу як рутинного для диференційної діагностики кардіалгій різного походження у підлітків.

В.Ю.Пасік

### **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

Кафедра педіатрії № 2

В.М.Дудник (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця

**Актуальність проблеми.** Хвороби органів дихання займають одне з провідних місць та залишаються актуальною проблемою в педіатрії. Особливе значення відводиться пневмоніям, частота яких практично не знижується. Серед госпіталізованих з пневмонією новонароджені складають до 1 %, діти віком 1-11 місяців – 29%, 1- 5 років – 50%, старші 5 років - 20 %. Наявність інфекційно - запального процесу, гіпоксія, тривала терапія призводить до порушення метаболічних, функціональних процесів зі сторони шлунково-кишкового тракту, в тому числі порушення ентерогепатичної циркуляції, порушення скоротливої здатності жовчного міхура та розвиток сладж синдрому.

**Метою** роботи являється визначити частоту та особливості перебігу пневмонії у дітей раннього віку.

**Результати дослідження.** Нами було проведено ретроспективне дослідження 218 дітей, що знаходились на

стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей раннього віку ВОДКЛ, з діагнозом пневмонія за період з 2015 – 2016 рр.. Середній вік дітей становив  $11,67 \pm 9,97$  місяців і знаходився в межах від 1 місяця до 3 років. Співвідношення хлопчиків та дівчаток практично не відрізнялось (51,8% та 48,2% відповідно). Найбільш часто спостерігалось двобічне враження легень 82,6%, правобічне діагностувалось у 15,1%, лівобічне – 2,3%. Вогнищева пневмонія реєструвалась у 54,1% (118 дітей), сегментарна – 43,6% (95 дітей) та дольова – 2,3% (5 дітей). Перебіг захворювання ускладнювався ателектазами, обструктивним та кишковим синдромами (10,6%, 5,5%, 13,3% відповідно). Частіше захворювання було пов'язане з несвоєчасним зверненням, амбулаторним лікуванням. При поступленні температура тіла у пацієнтів сягала  $38,2 \pm 0,66^\circ\text{C}$ , в основному скарги були на малопродуктивний кашель (94%), продуктивний спостерігався у 6%. Також відмічалась задишка – 29% та нежить – 44%. Аускультативно вислуховувалось жорстке дихання у 92%, ослаблене – 18%, сухі та вологі хрипи (31,2% та 79,8% відповідно). В загальному аналізі крові рівень лейкоцитів становив  $9,42 \pm 4,53 \times 10^9$  та ШОЕ –  $13,2 \pm 9,03$  мм/год. Біохімічні показники: АлАТ –  $26,83 \pm 22,67$  U/L; АсАТ –  $46,34 \pm 37,41$  U/L, рівень загального білірубину –  $13,14 \pm 4,72$  мкмоль/л, загального білку -  $63 \pm 5,3$  г/л. Збільшення розмірів печінки при УЗД спостерігалось у 52,8%, деформація жовчного міхура – 28,4%, наявність осаду – 20,6%, дискінезія жовчовивідних шляхів – 14,2%, потовщення стінки жовчного міхура – 9,6%.

**Висновки.** Найчастіше виставлявся діагноз двобічної вогнищевої пневмонії, рентгенологічно підтвердженої, що супроводжувалась високою температурною реакцією, переважно малопродуктивним кашлем, задишкою (що більш характерна для дітей до одного року), лейкоцитозом та підвищенням ШОЕ. Понад половину дітей з пневмонією, за даними ретроспективного аналізу, мають враження гепатобіліарного тракту, що виявляється при застосуванні загальноприйнятих клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Це вказує на необхідність поглибленого вивчення ураження гепатобіліарного тракту у дітей раннього віку, хворих на пневмонію.

М.В.Пилипчук

### ЗМІНИ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП ПІД ВПЛИВОМ ПРИЙОМУ МЕТОТРЕКСАТУ ТА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ РІЗНИХ ФОРМ ВИПУСКУ

Кафедра педіатрії №2

В.М. Жмурчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** З кожним роком використання глюкокортикостероїдів (ГКС) та цитостатиків в педіатричній практиці збільшується. Це може бути пов'язано зі зростанням частоти виявлення таких нозологій як бронхіальна астма, хронічна хвороба нирок та ювенільний ревматоїдний артрит. Дані препарати мають ряд побічних дій, однією з яких є затримка росту у дітей. Ця проблема є недостатньо вивчена, тому подальші дослідження є актуальними.

**Мета:** Проаналізувати вплив ГКС терапії на показники зросту дітей різних вікових груп та оцінити залежність змін між дозою, тривалістю, способом прийому препаратів. Порівняти відповідні показники при прийомі метотрексату (МТ).

**Матеріали та методи:** У спостереженні взяло участь 413 дітей. З них 340 (82,3%) склали контрольну групу (К.гр), яка включала 146 (42,9%) хлопчиків (хл.) та 194 (57,1%) дівчинки (д.) віком від 5 до 17 років. В анамнезі дітей, що склали цю групу не було хронічних захворювань, рахіту та прийому ГКС чи МТ. У групу дітей, що приймали інгаляційний ГКС (ІГКС) увійшло 44 дитини з бронхіальною астмою – 27 (61,4%) хл. та 17 (38,6%) д. віком від 3 до 17 років. Пероральну форму отримували 8 дітей з хронічною хворобою нирок – 5 (62,5%) хл. та 3 (37,5%) д. Когорта дітей, які приймали МТ, включала 21 дитину з ювенільним ревматоїдним артритом – 9 (42,8%) хл. та 12 (57,2%) д. Оцінка динамічних, статичних показників зросту, стажу та доз прийомів препарату, кореляція отриманих даних проводились згідно таблиць, графіків стандартних відхилень (SD) ВООЗ за допомогою програм Statistica for Windows 13.0, MathCad та GNU Octave.

**Результати:** У контрольних групах хл. віком 5-12 років та 12-17 років  $-1SD$  знаходилось по 5 осіб (що склало 5,9% і 8% відповідно). Кількість дівчат у  $-1SD$  віком від 5 до 11 років становила 9 (10,2%) осіб, а у віковій групі старше 11 років – 10 (8,6%). Протягом 4 місяців у всій К.гр показники змінилися в сторону підвищення зросту, кількість дітей в  $-1SD$  зменшилась на  $2,1 \pm 0,8\%$  в кожній віковій категорії, динамічні показники зросту не знижувались. В групі, що приймала ІГКС в діапазоні  $-1SD$  знаходилось 10 (22,7%) дітей, з них 6 хл. та 4 д. Усі діти з попереднім стажем прийому ІГКС мають сповільнені показники динамічного зросту порівняно з нормою та К.гр. впродовж усього дослідження. У групі дітей, які вперше почали лікування ІГКС динамічні показники знизились після другого місяця лікування; статичні показники SD протягом 4 місяців не змінювались у всіх дітей, що брали участь в дослідженні. У групі з пероральним прийомом ГКС 3 хл. (37,5%) та 3 д. (37,5%) знаходилися в  $-1SD$ , динамічні показники зросту у всіх дітей знижені, у 1 хл. відбувся «стрибок» росту, що, ймовірно, виник через вхід в пубертатний період під час спостереження. Серед дітей, що лікувались МТ в  $-1SD$  знаходились 2 (9%) хл. та 3 (14,3%) д.: показник SD у них не змінювався, а динамічні показники були нижчі, ніж стандартні.

**Висновки:** Пероральні та ГКС впливають на показники росту дітей, викликаючи його сповільнення. Механізм затримки росту при прийомі ГКС потребує подальших досліджень, щодо зворотності процесу після припинення лікування. МТ має значно менший вплив на ріст ніж ГКС, проте для більш точних висновків необхідні більш тривалі спостереження.

М.В.Писарцова, Т.Ю.Повshedна, Р.Л.Любевич  
**ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК У ДІТЕЙ: НАСТАНОВИ ТА КЛІНІЧНА ПРАКТИКА**

Кафедра педіатрії № 1  
Ю.О.Кислова (к.мед.н., доц)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Важкість перебігу ураження нирок у дітей, складність їх ведення вимагають значних зусиль щодо своєчасної діагностики, ефективного, адекватного лікування та профілактики прогресування захворювання. Незважаючи на затверджену Наказом МОЗ України № 751 методик розробки уніфікованих клінічних протоколів, яка відповідає європейським стандартам, на практиці ж кінцевий результат далекий від них. Застосування нових міжнародних клінічних протоколів - це можливість впроваджувати в медичну практику сучасні методи діагностики та лікування захворювань, ефективність яких доведена чисельними контрольованими дослідженнями, тим самим підвищуючи якість та результативність надання медичної допомоги пацієнтам.

**Мета:** Проаналізувати і порівняти основні принципи діагностики та лікування інфекції сечової системи (ІСС) та нефротичного синдрому (НС) у дітей в Україні і в Європі.

**Матеріали та методи:** Огляд і аналіз сучасної документації з приводу діагностики і лікування даних патологій, офіційно затвердженої в Україні та на міжнародному рівні (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 436 від 31.08.2004 р. щодо лікування дітей з нефротичним синдромом, № 627 від 3.11.2008 р. щодо лікування дітей з інфекцією сечової системи, практичні клінічні рекомендації KDIGO по лікуванню гломерулонефритів 2012 року, Європейські рекомендації з урології 2017 року).

**Результати:** Проведений порівняльний аналіз показав наявність низки відмінностей у стандартах лікування. Патогенетичне лікування першого епізоду НС, за рекомендаціями KDIGO, триває 6 тижнів з наступним поступовим зниженням дози проти 8 тижнів, згідно вітчизняного протоколу. Згідно Європейських настанов, відсутні рекомендації щодо первинного призначення цитостатиків – вони призначаються після невдалого застосування глюкокортикостероїдів (ГКС), тоді як в Україні цитостатики призначаються первинно разом з ГКС за умови прогнозованої гормонорезистентності, а також у підлітків. KDIGO не рекомендує повторне призначення цитостатиків, тоді як наказом №436 передбачено повторний курс. Сучасні селективні мунодепресанти (такролімус) в міжнародних протоколах рекомендовані до застосування як початкова терапія при стероїдрезистентному НС, в той час, як на Україні є обмеження їх застосування, що обумовлено потребою в моніторингу його концентрації та є достатньо дорогим.

Європейські рекомендації з лікування ІСС обмежені досвідом застосування уроантисептиків, навіть тих, що виробляються в країнах Європи, і тому надмірно використовують антибіотики, що призводить до формування резистентності серед населення країн ЄС. Для дослідження сечі використовують індикаторні полоски (естеразний та нітритний тест), що не поступаються чутливістю і специфічністю мікроскопії, проте вимагають менших затрат часу та ресурсів. У функціональній діагностиці настанови передбачають обов'язкове проведення ультразвукового дослідження, а для виявлення рубцювання ниркової тканини – реносцинтиграфії з DMSA, що не є рутинним дослідженням в умовах наших лікарень. Змінилася європейська думка щодо безсимптомної бактеріурії, яка зараз вважається доброякісним, а іноді і захисним станом.

**Висновки:** Загальною особливістю міжнародних протоколів, на додаток до вищенаведених, є більша деталізація рекомендацій залежно, зокрема, від морфологічного варіанту хвороби, віку хворих та обтяжливих даних анамнезу. Застосування клінічно підтверджених алгоритмів може позитивно вплинути на динаміку лікування захворювань сечової системи, зменшити час перебування пацієнтів в стаціонарі та бути фармакоеконімічно вигідними.

К.І. Пікульська, О.В. Українець  
**СТАН ОБІЗНАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ СТОСОВНО ВАКЦИНАЦІЇ ВІД ГРИПУ**

Пропагандистика дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми  
Л.М. Булат (проф., д.мед.н.), О.В. Ониськова (доц., к.мед.н.), Л.О. Ющенко (доц., к.мед.н.)  
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** вакцинація від грипу - ефективний метод профілактики захворювання та його тяжких наслідків.



Проблемою сьогодення є неосвіченість населення в питанні вакцинації від грипу, тому ми маємо низьку статистику щеплюваності в Україні в порівнянні з іншими країнами, а також високу частоту смертності в XXI ст.

**Мета:** оцінити відношення населення України до вакцинації від грипу.

**Матеріали та методи:** проведено онлайн-опитування в соціальних мережах серед підписників різних груп, в яких активно обговорюються питання щеплення, за допомогою Google Forms на тему «Вакцинація від грипу». В опитуванні взяли участь 220 осіб. Серед опитаних 92,3% жінок та 7,7% чоловіків. Анкета містила 13 запитань. Отримані дані були порівнянні зі статистикою вакцинації серед всього населення України, а також різних країн світу відповідно до даних світових інформаційних служб.

**Результати:** Щороку щеплювались 27,7% опитаних і така ж кількість – в 2017 році вперше, 23,2% опитаних жодного разу не проводили вакцинацію від грипу. Основною причиною відмови від вакцинації є сумнів в якості вакцини, таку відповідь обрали 31,1%, а також брак знань про вакцину – 23%, 17,8% побоювались побічних ефектів, 15,3% - вважали, що вакцинація не потрібна взагалі. Самостійно прийняли рішення щеплюватись 58,9% опитаних, а 23,7% – за порадою лікарів. В державних медичних закладах вакцинувались від грипу 53,3% опитаних, 29,7% – в приватних медичних установах, а 17% обрали іншу відповідь (серед яких найчастішою є проведення вакцинації в домашніх умовах, як самостійно, так і за викликом лікаря). У 65% опитаних під час останньої вакцинації використовувалася французька вакцина «ВАКСІГРИП». Після проведеної вакцинації від грипу не спостерігали ніяких побічних реакцій у 60,6% опитаних, 22,8% відчували головний біль, 10% – біль в м'язах.

Досліджено статистику проведення вакцинації від грипу у різних країнах світу, включаючи Україну, за допомогою світових інформаційних служб, а також систем охорони здоров'я, таких як: MEDPortal ORTODOX, Німецьке Федеральне відомство охорони здоров'я (Bundesamt für Gesundheit, BAG), News Delphi.UK (United Kingdom). Отримані дані свідчать про низький рівень охоплення вакцинацією населення України, а саме 1,3%, тоді як в Німеччині – 32,5%, Франції – 50%, Великобританії – 70%, США – 75%.

**Висновки:** серед всіх опитаних частка вакцинованих від грипу склала 74% (серед них щеплювались щороку та в 2017 році вперше по 27,7%), в Україні за 2017 рік - 1,3%. Вищий рівень обізнаності населення щодо вакцинації призводить до збільшення відсотка вакцинації. Основними причинами відмов від щеплення є сумніви в якості вакцин та брак знань щодо їх використання.

М.С. Саленко

## АНТИАРИТМІЧНА ТЕРАПІЯ. ВПЛИВ АМІОДАРОНУ НА ГОРМОНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ (ДВОРІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Кафедра педіатрії № 2

Ширікіна М.В. (к.м.н, ас. кафедри)

ДЗ «Дніпровська медична академія МОЗ України»

м. Дніпро, Україна

**Актуальність:** Лікування порушень ритму серця являється однією з найбільш складних проблем для сучасних педіатрів, кардіологів. Не дивлячись, на схожість терапевтичного підходу до лікування аритмій у дорослих та дітей, особливості фізичного розвитку дитини, відсутність стабільного гормонального фону, визначають деякі інші принципи антиаритмічної терапії, зокрема, з прицільною увагою на гормони щитоподібної залози. Аміодарон – препарат вибору при шлуночкових аритміях, пароксизмах (препарат також впливає на рівень тироксину та трийодтироніну, адже в своєму складі має йод).

**Мета:** Визначити ризик розвитку медикаментозного тиреотоксикозу у дітей (вікова група – 8-15 років).

**Матеріали та методи:** Було обстежено 10 дітей, які страждають на шлуночкову тахікардію, середній вік хворих (10,38 ± 0,41) та 8 дітей, які страждають на суправентрикулярні аритмії, середній вік хворих (11,91 ± 0,45). Групи контролю склали 20 дітей, що не мали ознак серцево-судинної патології та патології щитоподібної залози і співставлялись за віком. Для визначення рівню тироксину та трийодтироніну використовувався методімуноферментного аналізу. Усім пацієнтам вимірювався пульс, проводили ЕКГ та ехокардіографію.

**Результати:** У дітей зі шлуночковою тахікардією, які приймали аміодарон в терапевтичній дозі (8 мг/кг маси тіла) 10 днів спостерігалось підвищення рівня загального Т4 до максимального значення норми (149,2 ммоль/л) в порівнянні з групою контролю, де середнє значення рівня вільного Т4 становить 120,0 ммоль/л. Рівень вільного Т4 при цьому також дорівнював вищому показнику 22,0 ммоль/л, коли ж в групі контролю рівень вільного Т4 не перевищував 13,6 ммоль/л. Діти, які були хворі на суправентрикулярні аритмії приймали аміодарон в дозі 10 мг/кг маси тіла також 10 днів. Спостерігалось підвищення рівня загального Т4 до значення 154 ммоль/л, при цьому в групі контролю рівень загального Т4 залишався без змін. Рівень вільного Т4 у хворих дітей був також вище максимального значення норми – 24 ммоль/л, група контролю залишилась без змін.

**Висновки:** Амідарон – один із основних препаратів, який використовується в лікуванні порушення ритму серця. Він, звичайно, не є панацеєю, але, за статистикою, призначається в 5 випадках із 10 як антиаритмічний препарат. Наше дослідження показало, що при довготривалому лікуванні амідароном необхідно регулярно контролювати функцію щитоподібної залози, адже лише за 10 днів лікування даним препаратом показники гормонів щитоподібної залози можуть досягнути найвищих показників, а деяких випадках навіть і перевищити норму на кілька одиниць.

Н.С. Склярчук, О.С. Федорів, К.В. Семенова  
**ГЕНЕТИЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ СИНДРОМУ ЖИЛЬБЕРА**  
Кафедра педіатрії та медичної генетики  
Т.В. Сорокман (д.мед.н., проф.)  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»  
м. Чернівці, Україна

**Актуальність:** Синдром Жильбера (СЖ) - спадкова некон'югаційна гіпербілірубінемія, пов'язана зі зниженням активності уридиндифосфатглюкуронілтрансферази (УДФ-ГТ1) в печінці. Натепер відомий основний поліморфізм гена УДФ-ГТ1, що призводить до зниження активності ферменту. Найбільш поширеним генетичним дефектом є зміна на промоторній ділянці гена в ділянці тимін-аденину (ТА). Наявність хоча б одного алеля з інсерцією (7ТА) призводить до зниження експресії гена до 20% норми, що сприяє зниженню функціональної активності ферменту на 30% і кон'югації білірубіну в гепатоцитах на 80% щодо норми. Це призводить до зниження функціональної активності ферменту і, таким чином, збільшує ризик реалізації синдрому.

**Мета:** дослідити частоту різних генетичних дефектів при синдромі Жильбера

**Матеріал та методи:** проведено аналіз даних наукової літератури та ретроспективний аналіз історій хвороб 86 пацієнтів із синдромом гіпербілірубінемії віком від 7 до 18 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні ЧОДКЛ. Для генетичного дослідження відібрано 20 пацієнтів, з яких троє відмовилися від проведення генетичних досліджень. Генетичне дослідження проводилося методом полімеразної ланцюгової реакції з генотипами [6ТАА6 (ТА), 7ТАА7 (ТА)] і кодування ділянки [нуклеотидів (nt) -211, nt-686, nt-1,091 і nt 1456] UGT1A1.

**Результати:** у 6 пацієнтів (35,3%) був виявлений СЖ із генотипом 7/7; серед них 4 із варіантом nt-686. 11 пацієнтів (64,7%) мали генотип 6/7; серед них, у 6 пацієнтів було встановлено один або кілька варіантів мутацій у ділянці кодування. Пацієнти з більш високим білірубіном пов'язані з більш високою ймовірністю розвитку СЖ: 60,0% (P = 0,007) пацієнтів із рівнем білірубіну  $\geq 2.5$  мг / длі лише 23,9% пацієнтів із рівнем білірубіну  $< 2.5$  мг / дл (P = 0,0006). Гетерозиготні варіанти мутацій гену UGT1A1 виявлено у 4 пацієнтів. Отже, синдром Жильбера характеризується генетичною гетерогенністю: гомозиготне носійство трапляється у третини пацієнтів, у решти - гетерозиготне носійство.

**Висновок.** діагностика синдрому Жильбера залишається досить складною, незважаючи на розвиток діагностичних технологій. Діагноз, як правило, ставиться методом виключення. Необхідні подальші дослідження для підтвердження ролі одного гомозиготного варіанту або двох і більше гетерозиготних варіантів гена UGT1A1 як чинників розвитку непрямої гіпербілірубінемії.

А.С. Слюсаренко, І.В. Хомич  
**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ЕКСУДАТИВНОЇ ЕНТЕРОПАТІЇ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії №2  
Н.О. Буглова (к.мед.н., асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ексудативна ентеропатія – комплекс кишкових і позакишкових симптомів, які характеризуються втратою білків плазми крові через стінку кишечника, що обумовлено природженим або набутих розширенням лімфатичних судин, розташованих у підслизовому і слизовому прошарку стінки тонкої кишки. Смертність при цій патології може становити до 60%. Ексудативна ентеропатія у дітей зустрічається рідко, точні статистичні дані щодо поширеності захворювання у світі відсутні. Розрізняють первинні та вторинні форми ексудативної ентеропатії. Хлопчики і дівчатка хворіють з однаковою частотою.

Відомо, що первинна ексудативна ентеропатія успадковується за аутосомно-домінантним типом, вторинна розвивається в результаті порушення прохідності лімфатичних судин брижі внаслідок патологічних процесів в черевній порожнині. Первинна ексудативна ентеропатія тонкої кишки (хвороба Вальдмана) - досить рідкісне захворювання травного тракту, що маніфестує в ранньому дитинстві. Виявлено менше 200 випадків захворювання у світі.

**Мета:** Визначити клінічні особливості прояву ексудативної ентеропатії у дітей на підставі даних літератури та клінічного випадку.

**Матеріали та методи:** Було проведено огляд літератури, а також розбір клінічного випадку дитини М. з первинною ексудативною ентеропатією (хворобою Вальдмана), що знаходилась на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні №2 ВОДКЛ з 2008 по 2017 рік. Нами досліджено динаміку клінічних проявів та оцінено результати лікування дівчинки 17 років з даною патологією за останні 10 років.

**Результати:** Проаналізувавши особливості клінічних проявів ексудативної ентеропатії, було виявлено, що у дівчинки домінував тривалий набряковий синдром, спостерігалась асиметрія набряків, локалізованих на обличчі і нижніх кінцівках. Дані лабораторних досліджень на момент огляду: загальний аналіз крові та сечі від 20.07.17 р - без відхилень від норми. Біохімічний аналіз крові: АЛТ, АСТ, тимолова проба, білірубін, глюкоза, креатинін, сечовина - в межах норми. У хворої М. була виявлена гіпопротеїнемія (білок - 46 г/л), гіпокальціємія (Са – 1,09ммоль/л). Зміни в аналізах можна пояснити характерною підвищеною втратою білків плазми крові внаслідок аномалії розвитку лімфатичних судин у вигляді множинних кавернозних утворень. Втрата плазматичного білка призводить до виникнення полідефіцитного стану, який проявляється гіпопротеїнемією, гіпоальбумінемією.

**Висновки:** Таким чином, клінічна картина хвороби Вальдмана характеризується наявністю набрякового синдрому, діареї з стеатореєю, втратою ваги. Верифікація діагнозу здійснюється за допомогою біохімічного аналізу крові, ендоскопічного дослідження, гістологічного дослідження біоптату тонкого кишечника.

В. А. Стародуб  
**СИНДРОМ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ ПНЕВМОНІЯХ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (д. мед. н., проф.), І. І. Андрікевич (к. мед. н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова  
м. Вінниця

**Актуальність:** Пневмонії у дітей є складною та важливою медичною та соціальною проблемою. Епідеміологія пневмоній на сучасному етапі характеризується тенденцією до зростання захворюваності та летальності у усьому світі. Так, в світі від пневмонії щорічно помирає близько 1,8 млн. дітей.

Летальність дітей від пневмоній пов'язана з важким та ускладненим тобто критичним, їх перебігом. Критичність перебігу пневмонії характеризується генералізацією запального процесу та розвитком сепсису. Сепсис є ведучою причиною смерті від інфекцій, особливо при відсутності своєчасних діагностики і лікування.

Важкий, критичний перебіг пневмонії, який є головною причиною смерті цих пацієнтів, описується, як сепсис, частиною та одним із етапів розвитку якого є синдром системної запальної відповіді (ССЗВ).

**Метою** нашої роботи було визначення критеріїв синдрому системної запальної відповіді у дітей, хворих на пневмонію в залежності від перебігу основного захворювання та проявів органної дисфункції

**Матеріали та методи дослідження:** Проведено ретроспективний аналіз 50 історій хвороб дітей хворих на пневмонію різної ступені важкості. Методи дослідження: загальноклінічні, біохімічні, серологічні, імунологічні, інструментальні та аналітико-статистичні.

**Результати.** В результаті ретроспективного дослідження історій хвороб дітей хворих на пневмонію різної ступені важкості визначено, що перебіг пневмоній у дітей супроводжується розвитком синдрому системної запальної відповіді. Встановлено, що важкі випадки синдрому системної запальної відповіді визначається, тим частіше, чим важчий перебіг мала пневмонія. Випадки важкої органної дисфункції також найчастіше визначались у випадках, коли діагностувався важкий перебіг пневмонії з важким синдром системної запальної відповіді. Таким чином, важкість синдрому системної запальної відповіді можна ефективно використовувати для оцінки важкості перебігу пневмонії та важкості органної дисфункції.

Більш важкий перебіг пневмонії (IV, V ступінь) та, пов'язаний з ним, виражений ССЗВ (III, IV) супроводжувались органною дисфункцією, визначеною за шкалою SOFA, з сумою балів 18±4. Ці данні вказують на високий прогностичний рівень летальності – більше 80%.

Враховуючи взаємозв'язок рівнів показників тяжкості пневмонії, вираженості синдрому системної запальної відповіді та оцінки по шкалі SOFA, вираженість ССЗВ, визначену за схемою лейкоцитоз або лейкопенія/гіпер- або гіпотермія + тахіпноє + тахікардія або брадикардія, можливо використовувати для оцінки тяжкості пневмонії та органної дисфункції і, таким чином, можливого прогнозування летальності, а динаміку її для оцінки ефективності лікування.

**Висновки.** Отримані в нашому дослідженні данні дають змогу стверджувати, що розвиток та перебіг пневмонії супроводжується розвитком синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ), в залежності від ступені тяжкості

В.О.Тищенко

## ЛІКУВАЛЬНА ГІПОТЕРМІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИХ УРАЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кафедра педіатрії №1

О.С. Яблонь (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Від інтранатальної асфіксії щорічно помирає 1 млн новонароджених дітей і ще 1 млн страждає порушеннями нервово-психічного розвитку, які виникають на фоні гіпоксично-ішемічної енцефалопатії [Г.А. Павлишин, 2013]. Незважаючи на успіхи перинатальної медицини останніх років, залишаються до кінця нез'ясованими питання терапії гіпоксично-ішемічного ураження нервової системи новонароджених та не розроблені стандарти медикаментозного лікування та не медикаментозної реабілітації дітей з цією патологією [Maximo Vento et al., 2015]. Краніоцеребральна гіпотермія в даний час розглядається як основний фізичний метод нейропротекції головного мозку, так як не існує жодного ефективного з позицій доказової медицини метода фармакологічної нейропротекції [Наказ МОЗ №225 від 2014].

**Мета.** Визначити ефективність краніоцеребральної гіпотермії при гіпоксично-ішемічній енцефалопатії новонароджених.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 20 стаціонарних карт новонароджених дітей, які в лікувальному комплексі отримали лікувальну гіпотермію.

**Результати.** Аналіз анамнезу засвідчив, що матері усіх дітей, залучених у дослідження, мали ускладнений перебіг вагітності і пологів, переважно за рахунок фетоплацентарної недостатності (45%), загрози переривання (55%), розвитку дистресу плода (65%), меконіальних вод (40%). Стан дітей при народженні був важким і вкрай важким. Оцінка за шкалою Апгар на 1 хвилині від 0 до 3 балів була у 80 % новонароджених, 4 бали – у 20 %. Після проведених реанімаційних заходів у повному обсязі стан більшості дітей поліпшився незначно, за Апгар оцінка на 5 хв не перевищувала 4 бали у 70% пацієнтів. Результати нейросонографії (НСГ) показали глибокий набряк мозку у всіх дітей. Тому було розпочато процедуру охолодження, в середньому через 4,03 ± 2,5 год. Ректальна температура контролювалася за допомогою ректального датчика та знаходилася в межах 33,2 - 34°C. Тривалість краніо-церебральної гіпотермії склала у всіх пацієнтів 72 год, після чого було проведено зігрівання упродовж 12 год. Контрольна НСГ засвідчила позитивну динаміку з відновленням ехогенності паренхіми мозку у 95 % новонароджених. Тривалість перебування в стаціонарній скалалі, в середньому, 27 ± 12 днів.

Спостереження за дітьми після виписки зі стаціонару показало, що у віці 6 місяців 95% дітей, які отримали краніоцеребральну гіпотермію з приводу важкої асфіксії, мали задовільний стан і їх психо-моторний розвиток не відрізнявся від здорових ровесників. 1 дитина померла у віці 6 місяців внаслідок атрофії головного мозку.

**Висновки.** Застосування краніоцеребральної гіпотермії у лікуванні важкої асфіксії новонароджених має потужну нейропротекторну дію та дозволяє зберегти життя та уникнути несприятливих наслідків у 95% пацієнтів у віці 6 місяців за даними катамнезу.

В.О.Тищенко

## ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

А.А. Асауленко (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На інфекційний мононуклеоз (ІМ) в різних регіонах світу щорічно хворіють від 16 до 800 осіб на 100 тис. населення [Булгарев Е.А., 2015]. В останні десять років відзначається збільшення захворюваності на ІМ у 6 разів [Дуда О.К., 2015]. Збільшення печінки й селезінки — один з кардинальних синдромів ІМ. На думку ряду авторів, у дітей дошкільного віку з ІМ гепатоспленомегалія трапляється у 100 % випадків. Поряд із цим при ІМ спостерігаються зміни функціональних проб печінки і розвиток цитолітичного синдрому, який зустрічається у 50,3% випадків [Сорокман Т.В., 2016].

**Мета:** Встановити ступінь та вираженість ураження печінки при інфекційному мононуклеозі у дітей.

**Матеріали та методи:** Здійснений ретроспективний аналіз 25 історій хвороб дітей віком від 7 місяців до 17 років за період грудень – лютий 2017 - 2018 року, які знаходились у відділенні з діагнозом інфекційний мононуклеоз середнього ступеня важкості. Було здійснено аналіз анамнестичних, клінічних даних, результатів додаткових методів обстеження та аналізів, які б підтверджували етіологію збудника.

**Результати:** В результаті дослідження встановлено, що середній вік дітей, які хворіли на ІМ склав 6,75 років. Серед досліджуваних дітей етіологічне підтвердження ІМ методом ІФА з визначенням у крові маркерів ЕБВ і ЦМВ здійснено 7 дітям, серед яких ІМ ЕБВ-етіології мали 2 пацієнти, мікст-ІМ ЕБВ + ЦМВ - 5

пацієнтів. Виявлено найбільш характерні зміни гемограми при ІМ: лейкоцитоз – у 19 (76 %) хворих із зсувом ЛФ вліво – у 16 (64%) і атипові мононуклеари – у 21 (84%) дітей. У 24 (96%) дітей було виявлено симптом гепатомегалії, гепатоспленомегалія була присутня лише у 10 з них (40%). При цьому пальпаторно виявити збільшення розмірів печінки вдалось лише у 11 (44%) хворих. Гепатоспленомегалія підтверджувалася при УЗД, крім того метод дозволив виявити випадки гепатоспленомегалії, не діагностовані за допомогою фізикальних клінічних методів. Визначались реактивні зміни печінки у 12 (48 %) пацієнтів, поодинокі ущільнення по ходу судин печінки визначалися у 3 (12%), посилення судинного рисунка в печінці — у 4 (16%). У 6 (24%) дітей гепатоспленомегалія супроводжувалась лімфаденопатією мезентеріальних судин. У 10 дітей було виявлено короткочасне підвищення рівня трансаміназ в гострому періоді захворювання. Серед них лабораторні ознаки слабого цитолізу мали місце у 3 (37,5%) хворих, помірного цитолізу — у 5 (50%), ознаки вираженого цитолізу — у 2 (12,5%) пацієнтів. Рівень АЛТ у середньому становив 103,6 ОД/л, АсАТ - 62,5 ОД/л. Було виявлено сильний прямий кореляційний зв'язок між рівнем атипових мононуклеарів та вираженістю цитолітичного синдрому.

**Висновки:** Отримані нами дані свідчать про значну кількість уражень печінки при ІМ. Гепатит на фоні ІМ характеризується безжовтяничними формами з переважно помірним і короткочасним підвищенням трансаміназ, супроводжується змінами на УЗД, спленомегалією і високим рівнем атипових мононуклеарів у крові.

Т.І. Трофімчук  
**КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.М. Науменко (к. мед. н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Менінгіти є найбільш поширеними ураженнями ЦНС у дітей, що призводять до значної інвалідації цього контингенту населення. За світовими даними поширеність гнійного менінгіту серед дітей у віці від 1 місяця до 4 років становить 5:100000, та останнім часом має тенденцію до зростання (10-20:100000). Щороку в Україні реєструється 800-1200 випадків захворювання на менінгіт, серед яких 4-15% закінчуються летально. Не є винятком Вінницька область, зокрема в 2017 році, за даними обласного лабораторного центру МОЗ України, зареєстровано 9 випадків менінгіту у дітей. Зважаючи на зростання захворюваності та високу летальність, проблема менінгіту у дітей є досить актуальною.

**Мета:** проаналізувати особливості клінічного перебігу менінгітів різної етіології у дітей різних вікових груп.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводились на базі Вінницької обласної дитячої інфекційної лікарні (ВОКДІЛ), кафедрі дитячих інфекційних хвороб ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Був проведений аналіз 26 історій хвороб дітей із клінічним діагнозом “менінгіт”, що перебували на стаціонарному лікуванні. Проводилась оцінка клініко-лабораторних показників перебігу менінгітів у дітей.

**Результати:** Серед хворих на менінгіт статевий поліморфізм був представлений наступним чином: 16 (61,5%) хлопчиків і 10 (38,5%) дівчат. По віку діти були розподілені на вікові групи: діти віком до 1 року – 5 (19,2%) хворих, діти у віці 1-5 років – 10 (38,5%) і діти віком старше 5 років – 11 (42,3%) пацієнтів, середній вік хворих становив  $6,7 \pm 5,5$  років. Гострий початок захворювання спостерігався лише у 9 (34,6%) дітей, тоді як у більшості хворих клінічні симптоми розвивались поступово – 17 (65,4%) дітей. Температурна реакція коливалась в межах  $38,5 \pm 0,5^\circ\text{C}$ . Блювання спостерігалось у 19 (73,1%) дітей, 18 (69,2%) дітей скаржились на головний біль, судоми мали місце у 2 (7,7%) пацієнтів. Серед менінгеальних симптомів найчастіше зустрічались: ригідність потиличних м'язів – у 24 (92,3%) дітей та симптом Керніга – 15 (57,7%) дітей. Вогнищева симптоматика була виявлена у 9 (34,6%) дітей. У ЗАК середня кількість лейкоцитів становила  $11,6 \pm 6,8 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ була в межах  $27 \pm 16$  мм/год. Усім дітям була виконана люмбальна пункція із забором СМР на дослідження. Середній цитоз ліквору для серозного менінгіту становив – 193 лейкоцита/мл (при min – 13, max – 676), а для гнійного – 8893 лейкоцита/мл (min – 35, max – 75200). За результатами люмбальної пункції діагноз серозного менінгіту був виставлений у 6 (23,1%) дітей, а гнійного – у 20 (76,9%) дітей. Для визначення етіології менінгітів були проведені бактеріологічні, серологічні та молекулярно-генетичні (ПЛР) дослідження. Під час мікробіологічного дослідження у жодної дитини не виявлено інфекційного агенту, тоді як під час проведення ПЛР було виявлено менінгіт спричинений ентеровірусами у 2 дітей (7,7%), зумовлений HSV<sub>1</sub> – у 3 (11,5%) дітей. По одному випадку (3,9%) було зареєстровано менінгіти, викликані HHV<sub>6</sub>, HHV<sub>7</sub>, CMV.

**Висновки:** На сьогодні проблема менінгітів досі залишається актуальною. Серед дитячого населення Вінницької області більш поширеними є гнійні менінгіти, які мають поступовий початок та протікають із вираженим загальномоозковим та менінгіальним синдромом. Однак існують труднощі ранньої етіологічної

діагностики менінгітів, саме тому є необхідність у розробці та впровадженні нових критеріїв для постановки діагнозу і визначення ступеня важкості менінгіту за клініко-лабораторними даними в перші години після поступлення дитини у стаціонар, що дозволить почати своєчасне етіотропне лікування.

Т.М. Хлипяч

## **РОЛЬ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ(ГВУІ) У СТРУКТУРІ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТІ ПЛОДІВ ТА НЕМОВЛЯТ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб  
І.І. Незгода (д.мед.н., проф.), Ш. Сінгх (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У всьому світі ГВУІ є основною причиною перинатальної смертності і складає 36 %. Згідно з даних МОЗ України ВУІ стоїть на 2 місці серед причин смертності немовлят, а частота інфікування дітей в утробі матері сягає 40-70%.

**Мета:** Аналіз особливостей ГВУІ як однієї з причин летальності плодів та немовлят, передумови, які сприяли розвитку ГВУІ.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано 626 протоколів розтину плодів та немовлят згідно з даними Вінницького обласного патологоанатомічного бюро за 2013-2016 роки. Під час вивчення матеріалів ми враховували обтяжений акушерський анамнез, зміни плаценти, дані попередніх, заключних та патанатомічних діагнозів, їх співпадіння, а також етіологічні чинники, що викликали ГВУІ.

**Результати:** За період з 2013 по 2016 роки у Вінницькій області померли 332 немовлят, серед них найбільше загинули у віці від 0 до 2 діб - 40% (132). 294 плоди народились мертвими, серед них 65% (191) у терміні гестації: до 22 тиж.

У 36,7% (230) матерів перебіг вагітності та пологів були обтяжені ГРВІ, активацією хронічних інфекційних захворювань, TORCH-інфекціями, соматичними та ендокринними порушеннями, прееклампсією.

Запальні зміни плаценти зустрічались у 16,1% (101) випадків. Запалення перебігало у вигляді хоріоамніоніту, децидуїту, фунікуліту, плацентиту. Але найчастіше різні варіанти запалення плаценти перебігали у поєднанні одне з одним – 48,5% (49).

Від ГВУІ загинуло 25,3% (84) немовлят та 3,4% (10) плодів. Прижиттєво виникали труднощі у постановці правильного діагнозу. Тому у попередніх діагнозах ГВУІ нез'ясованої етіології встановлена лише у 28,6%(24), у заключних діагнозах у 66,6% (56). Найбільший відсоток ГВУІ був поставлений на етапі патанатомічного дослідження - 70%(59) випадків, і а також встановлені специфічні ГВУІ – цитомегаловірусна(СМV), герпесвірусна(HSV), токсоплазмозна. Після патоморфологічного, бактеріологічного досліджень секційного матеріалу в 43,6% (41) виявлені бактерії (найбільше виділялась КІ. Pneumonia – 39%(16)), у 17,1%(16) віруси (СМV, EBV, найчастіше-HSV), у 4,3%(4)гриби, в 3,2%(3) Т. gondii, в 9,5%(9) змішана етіологія і в 22,3%(21) не вдалось виділити збудника.

**Висновки:** Як у всьому світі так і в Україні, має місце тенденція до зростання рівня ВУІ. Вона є однією з основних причин перинатальної смертності немовлят і складає 25,3% серед загиблих дітей.

Серед основних факторів, що обтяжують перебіг вагітності та стан плоду з боку матері є хронічні інфекційні захворювання, запальні зміни плаценти у вигляді хоріоамніоніту, плацентиту, децидуїту, фунікуліту.

Поліорганність ураження, різноманітність збудників при ГВУІ є факторами, що ускладнюють постановку своєчасного клінічного діагнозу, тому в більшості випадків, заключення ГВУІ ставиться посмертно.

У структурі етіологічних чинників ГВУІ переважають бактерії, з яких на першому місці КІ. Pneumonia, разом з тим мали місце А. Baumannii, Ps. Aeruginosa, E. Coli , S. Epidermidis, B. Cereus.

А.В.Хромих

## **ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МАРКЕРИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА В ДІТЕЙ З ТЕТРАДОЮ ФАЛЛО ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОЇ КОРЕКЦІЇ**

Кафедра педіатрії №2  
О.О.Зборовська (к.мед.н., ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця

**Актуальність:** У структурі вроджених вад серця тетрада Фалло (ТФ) є однією з найбільш поширених серцевих аномалій, на долю якої припадає близько 12-16 %. Головним фактором потенційно несприятливих наслідків після її оперативної корекції є розвиток міокардіальноїдисфункції правого шлуночка (ПШ). Питання вдосконалення діагностики та пошуку інструментальних маркерів для оцінки функціонального стану ПШ на фоні залишкової патології після оперативної корекції у хворих з ТФ залишаються актуальним напрямком в галузі дитячої кардіології та стали метою нашого дослідження.

Мета: Підвищення ефективності діагностики функціонального стану ПШ в дітей з ТФ після оперативної корекції шляхом визначення інструментальних маркерів міокардіальної дисфункції.

**Матеріали та методи:** Обстежено 35 дітей з ТФ після оперативної корекції віком від 3 до 17 років. Всім пацієнтам була проведена радикальна корекція ТФ. У контрольну групу увійшли 40 практично здорових дітей віком від 9 місяців до 18 років. При комплексному обстеженні дітям було проведено електрокардіографію, ехокардіографію з використанням тканинної доплерографії в імпульсно-хвильовому режимі (ТД), за допомогою якої визначали систолічну екскурсію площини тристулкового клапана – TAPSE, пікову систолічну міокардіальну швидкість  $S_{\text{тк}}$ , пікові швидкості у фазу ранньої ( $E_{\text{тк}}$ ) та пізньої ( $A_{\text{тк}}$ ) діастолі, співвідношення  $E/E'$ , швидкість ізоволюметричного скорочення міокарду ПШIVV, час ізоволюметричного розслаблення ПШIVRT.

**Результати дослідження:** У всіх дітей з групи дослідження мала місце залишкова патологія, а саме: недостатність на клапані легеневої артерії різного ступеня важкості з достовірним переваженням легеневої регургітації (ЛР) легкого ступеня – у 2-4 рази порівняно з ЛР середнього і важкого ступеня, відповідно, а також залишковий градієнт на клапані легеневої артерії, середнє значення якого було  $11,83 \pm 4,45$  мм рт.ст. У дітей з ТФ після оперативної корекції відмічалось достовірне зниження швидкісних показників поздовжньої скоротливості міокарда ПШ, а саме: зниження показника TAPSE на 35,05 %, зниження систолічної швидкості  $S_{\text{тк}}$  на 37,5 % та зниження показника IVV на 33,91 % порівняно із здоровими дітьми. Аналіз показників діастолічної функції міокарда ПШ у післяопераційному катамнезі виявив зниження міокардіальної швидкості в ранню діастолу  $E'$  відносно показників контрольної групи в 1,33 рази та зростання значення співвідношення  $E/E'$  в 4,4 рази, особливо помітне при вираженій ЛР. Серед маркерів релаксаційних порушень міокарда ПШ мало місце підвищення шансів зростання значення співвідношення  $E/E' > 6,0$  в 1,5 рази і зниження швидкості  $E' < 12,2$  см/с, що свідчить про погіршення діастолічної функції ПШ при вираженій ЛР.

**Висновки:** У практичній діяльності лікарів педіатрів, лікарів загальної практики сімейної медицини та дитячих кардіологів слід враховувати вплив залишкової патології при ТФ після оперативної корекції на функціональний стан ПШ, зважаючи на те, що окрім клінічних ознак серцевої недостатності, ранніми свідченнями формування міокардіальної дисфункції правого шлуночка є показники міокардіальних швидкостей, які отримані методом ТД в різні фази серцевого циклу.

О.Б.Шевня

## ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ В СУМІ З ПРОФЕСІОНАЛІЗМОМ СКЛАДАЮТЬ ДОВІРУ ПАЦІЄНТА

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Л.Д.Коцур (доц., канд. мед. н.)

Вінницький Національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** У сучасному світі «лікарська етика та медична деонтологія - це вираз високого боргу, загальнолюдської гуманності у специфічних умовах професійної діяльності» (Ю.Лисицин, 1998). Клінічна практика показує, що проблеми, які виникають при наданні медичної допомоги дітям мають не тільки медичний, але й етичний характер, і присутні на всіх рівнях системи «лікар-батьки-хвора дитина». Без чіткого розуміння етичних особливостей охорони здоров'я дитини «не можна гарантувати безпеку дітей при отриманні ними медичної допомоги» (Ю.К.Абаєв)

**Мета:** Визначити місце професіоналізму лікаря та рівня надання медичних послуг у формуванні довіри у пацієнтів.

**Матеріали та методи:** В дослідження включено 30 дітей. Вік дітей коливається від 3 місяців до 10 років. Серед них було 14 хлопчиків, решта дівчатка. Батькам пацієнтів запропоновано відповісти анонімно на запитання анкети щодо надання медичної допомоги у приватній та державній клініках. Серед опитаних 15 знаходилися на стаціонарному лікуванні в міській лікарні ЦМтаД, інші 15 – у приватній дитячій клініці.

**Результати:** За результатами активного опитування ми визначили, що 54% батьків звертаються до лікаря загальної практики з приводу захворювання дитини, а 43% до лікаря-педіатра, інші 3% - до вузького спеціаліста. 68% батьків звертаються до сімейного лікаря з приводу захворювання дитини, 39% випадків з приводу вакцинації, 35,7% батьків звертаються для проходження профілактичного огляду, 21% за направленням до вузького спеціаліста, 14% для оформлення довідок. На запитання, чи довіряють батьки лікування своєї дитини лікарям, які працюють в державних лікарнях позитивно відповіло 60% опитуваних, 18% - частково довіряють і 21% - відповіли негативно. Натомість на запитання чи довіряють батьки лікування дитини лікарям, що працюють у приватних клініках 79% відповіли «так», 14% - «частково» і 21% - «ні». У державних лікарнях 36% батьків подобається часова та фінансова доступність, 32% - професіоналізм медичної допомоги лікарів та 32% - нічого. У приватних лікарнях 68% опитуваних подобається наявність необхідних методів дослідження безпосередньо в клініці, 54% - ввічливість персоналу, 50% батьків обрали часову доступність та 46% надають перевагу професіоналізму лікарів. На запитання «За яким принципом Ви обираєте лікаря для своєї дитини» більшість батьків вказали на професіоналізм, кваліфікованість лікаря та відгуки знайомих, друзів. Також для них важливим є особисте спілкування з лікарем, індивідуальний підхід до

пацієнта.

**Висновок:** За даними опитування ми виявили, що батьки довіряють лікуванню та нагляд за своїми дітьми професіоналам. Слід відмітити, що частіше пацієнти обирають ввічливість медичного персоналу приватної клініки та можливість всебічного обстеження. Але вагомою перевагою державних лікарень є доступність для пацієнтів. Тому проблема відносин «лікар-пацієнт» завжди повинна вирішуватися на користь пацієнта, тим більше якщо це діти.

А. А. Шидлівська  
**ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ТА ЛІМФОЦИТАРНОГО ІНДЕКСУ ТА  
СТУПЕНЮ ІНТОКСИКАЦІЙНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА КІР**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

А. А. Асауленко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Кір – це висококонтагіозне інфекційне захворювання, що зумовлює ураження мегакаріоцитарного паростка гемопоєзу, проявляється вираженим інтоксикаційним синдромом та призводить до значної анергії організму. За даними ВООЗ, у Європі захворюваність на кір у 2017 році становила близько 25000 випадків. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України станом на лютий 2018 року на кір захворіли 2389 дітей. За даними Вінницької обласної державної адміністрації, протягом 2017 року зареєстровано 106 випадків кору.

**Мета:** дослідження загальносоматичного статусу, обробка даних загального аналізу крові із лейкоцитарною формулою у пацієнтів зі встановленим діагнозом «Кір» та визначення інформативності лімфоцитарного індексу (ЛІ) та лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) для визначення ступеню інтоксикаційного синдрому.

**Матеріали та методи:** Було проведено ретроспективне дослідження 11 історій хвороб пацієнтів Вінницької обласної клінічної дитячої інфекційної лікарні з діагнозом «Кір» віком від 5 до 13 років за період з серпня по листопад 2017 року. При вивченні обліково-звітної документації була проведена обробка інформації з використанням пакету програм Microsoft Office.

**Результати:** Під час перебування у стаціонарі, основними проявами інтоксикаційного синдрому в пацієнтів було підвищення температури тіла до субфебрильних (у 6 дітей – 54,5%) та фебрильних (у 5 дітей – 45,5%) цифр, зниження апетиту (у 10 дітей – 90,9%), млявість (у 4 дітей – 36,6%). Середній термін температурної реакції – 7 днів ( $\pm 1$  день). Середнє значення температури тіла  $-38,5^{\circ}\text{C}$  ( $\pm 0,8^{\circ}\text{C}$ ). Підвищення температури тіла в межах субфебрильних цифр у 2 дітей (11,6% від загальної кількості) супроводжувалося збільшенням ЛІІ та ЛІ на 25%. Підвищення температури тіла до  $38,9^{\circ}\text{C}$  у 5 дітей віком від 5 років (32,5% від загальної кількості) супроводжувалося підвищенням ЛІІ та ЛІ на 50%. Підвищення температури тіла до  $39,9^{\circ}\text{C}$  у 4 дітей (36,4% від загальної кількості) супроводжувалося підвищенням ЛІІ та ЛІ на 75%. У 7 дітей (63,6%) ускладненням захворювання була корова пневмонія, що також впливало на підвищення рівнів ЛІІ та ЛІ.

**Висновки:** Враховуючи дані загальносоматичного стану та загальноклінічних методів дослідження, можна розрахувати показники ЛІ та ЛІІ та оцінити ступінь інтоксикаційного синдрому у дітей віком від 5 років. Підвищення ЛІ та ЛІІ може свідчити про більш важкий перебіг захворювання або про імовірне приєднання бактеріальної інфекції у пацієнтів, що хворіють на кір.



**ТЕРАПІЯ**



**INTERNALMEDICINE**

Abah Lind Ejura  
**ASYMPTOMATIC MICROFILARAEMA DOES NOT PROGRESS TO AMICROFILARAEMIC  
LYMPHATIC DISEASE, IN WUCHERERIA BANCROFTI**

Department of Infection Diseases with Course of Epidemiology  
T.V.Voronova (assistant prof)  
National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnytsya, Ukraine

**Actuality:** In lymphatic filariasis due to Wuchereria bancrofti infections, the relationship between the natural course of infection and development of clinical disease remains controversial. The hypothesis that are widely considered are  
1. Microfilaraemia represents an early stage of infection which progresses to amicrofilaraemic clinical disease.  
2. Microfilaraemia and clinical disease are two sequentially unrelated independent entities of the filarial infection and disease.

**Aims:** To determine if microfilaraemic individuals develop lymphatic disease.

**Methods:** The study was conducted in Owonikoko district of Ado Ekiti South local government area of Ekiti state. There were two components, firstly a cross-sectional study and then a longitudinal study. Microfilaraemia was determined by microscopic examination of night blood films of 20 respondents 10 age 5-14 year and 10 15-45 year. Microfilaraemia associated anti-filarial antibodies were determined by ELISA. Clinical examination was performed to determine if tests respondent had evidence of acute and chronic lymphedema.

**Results:** Two major observations were made; first the incidence and development of adenolymphangitis and lymphedema in microfilaraemic individuals were very rare in 5- 14 years old, followed by considerable increase 15-45 years old. And these test respondents maintained asymptomatic microfilaraemic status for very long period of time. Secondly, in contrast to microfilaraemic subjects, the incidence and development of lymphangitis and lymphedema were significantly higher in amicrofilaraemic anti-filarial antibody-positive respondents.

**Conclusions:** Microfilaraemia does not represent a precondition to development of clinical disease, except where there is male genital involvement.

Nokuzola Nicole Mashonganyika  
**REPOLARIZATION INHOMOGENEITY IN PATIENTS WITH MITRAL VALVE PROLAPSE**

Internal medicine department №1  
O.V. Dzekan (Ph.D., assistant)  
Vinnytsya Memorial National University  
Vinnytsya, Ukraine

**Background:** Ventricular arrhythmias are common in patients with mitral valve prolapse (MVP). Their mechanisms still remain uncertain. Therefore, possible repolarization changes are of interest in MVP patients.

**Aim:** The aim of our study was to investigate which QT parameters may determine repolarization inhomogeneity in MVP patients.

**Materials and methods:** Thirty resting 12-lead ECGs obtained from 30 patients with primary mitral valve prolapse (MVP) were selected for analysis in Vinnytsya regional hospital. The QT intervals were measured automatically via computerized electrocardiograph software. The corrected QT intervals (QTc) were calculated using Bazett's equation:  $QTc = QT / \sqrt{(R-R \text{ interval})}$ . The longest and shortest QT on 12-derivation ECG were selected and the difference between them was recorded as QT dispersion. Twenty-seven healthy controls (HCs) underwent the same examination.

**Results:** No significant difference in QT (401.7±61.9 vs. 378.3±42.3; p>0.05) and QTc (438.5±46.4 vs. 421.4±48.2; p>0.05) intervals was found between patients and HCs. QT dispersion in MVP patients was significantly greater (61 +/- 12 ms) than that of the HCs (42 +/- 13 ms, p<0.05).

**Conclusions:** Our results indicate changes in ventricular repolarization in subjects with MVP. Due to our findings, repolarization inhomogeneity in MVP patients is related to the increased QT dispersion.

Н.В. Бецько, В.О. Бомбела  
**ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ У ХВОРИХ НА РА: ЗВ'ЯЗОК З АКТИВНІСТЮ  
ЗАХВОРЮВАННЯ**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
К.О. Заїчко (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ревматоїдний артрит (РА) – багатofакторне захворювання, з прогресивним перебігом, яке спричиняє інвалідизацію близько 30% пацієнтів упродовж перших 3 років захворювання та протягом 20 років майже 90% хворих втрачає працездатність. Одним із важливих методів оцінки втрати функціональної здатності у хворих на РА є опитник Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ).

**Мета:** оцінити функціональну здатність у хворих на ревматоїдний артрит у залежності від активності захворювання.

**Матеріали і методи:** У дослідженні прийняли участь 42 хворих на РА (76,2% жінки, віком 24-68 років), які перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова. Діагноз РА встановлювали на основі критеріїв ACR/EULAR (2010), наказу МОЗ України (11.04.2014 р. № 263), адаптованою клінічною настановою «Ревматоїдний артрит» (ГСТ2014-263-1a). Статистичну обробку отриманих результатів проводили методами варіаційної статистики у пакеті прикладних програм «MS Excel» та SPSS22 (©SPSS Inc.). Оцінку втрати функціональної здатності визначали за HAQ, активність РА - за DAS28 (ШОЕ). Функціональну здатність оцінювали за HAQ.

**Результати:** У включених в дослідження хворих на РА за даними анамнезу тривалість захворювання коливалась від 6 місяців до 23 років і в середньому становила  $8,06 \pm 5,94$  років. Ранній РА (до 2-х років) відмічали у 9 (21,34%) хворих, РА з тривалістю від 2 до 10 років – у 22 (52,4%) хворих, понад 10 років – у 11 (26,2%) хворих. Серед обстежених хворих переважали особи з серопозитивним варіантом РА: у 81% хворих виявлявся ревматоїдний фактор (РФ), а у 85,7% хворих - антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду (АЦЦП), відповідно. За шкалою активності хвороби DAS28 висока активність РА ( $>5,1$ ) була зареєстрована у 69% хворих, помірна активність (3,2-5,1) – у 31% хворих. Середнє значення HAQ склало  $1,71 \pm 0,45$  ( $r = 0,335$ ,  $p < 0,05$ ). Нами була виявлена значима кореляція між HAQ та DAS28 ( $r = 0,45$ ,  $p < 0,05$ ). Так, у хворих на РА із вищими показниками активності захворювання за DAS28 реєструвалось більш значне порушення функціональної здатності за HAQ.

**Висновки:** DAS28 і HAQ є важливими інструментами для визначення активності захворювання та оцінки функціонального порушення у хворих на РА.

T. I. Bevz

### CLINICAL COURSE OF CHRONIC HEPATITIS C WITH TLR4 GENE POLYMORPHISM

Department of Infection Diseases with the Course of Epidemiology

L. V. Moroz (MD, PhD, MSD, prof.)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

**Actuality:** According to official statistics, in Ukraine, on the January 1, 2017, more than 5% of the population are HCV patients. In chronic form, HCV infection can remain undiagnosed, often even to severe liver damage. Every year, the incidence of liver cirrhosis increases with subsequent death, with more than 2/3 of the deceased - persons of working age.

In this regard, there is a need for a dynamic assessment of the progression of fibrous changes in the liver, as a prognostic marker for the fatal complications of chronic hepatitis to determine the prognosis of the disease and the choice of treatment.

**Aims:** To improve the effectiveness of diagnosis and treatment of HCV by determining the polymorphism of the TLR-4 gene.

**Materials and methods:** The eighty two patients with chronic viral hepatitis C were examined. The diagnosis of HCV-hepatitis was confirmed by the detection of total anti-HCV in blood serum, antibodies to structural and non-structural HCV proteins, positive PCR to determine the presence of qualitative and quantitative HCV-RNA, genotyping HCV (all patients are with genotype 1b). The classic PCR was used in the TLR4 gene (+3725 G / C) for the analysis of the mononucleotide replacement area under study. For the analysis of the polymorphic version of the +3725 G / C of the TLR4 gene, a technique was developed using site-specific PCR. Fibrous changes in the liver were evaluated using elastometry. Indicators were rated on the METAVIR scale.

**Results:** Among the examined patients with HCV, the genotype +3725 G / G of the TLR4 gene was found in 80.48%, G / C at 15.85%, and C / C at 3.65%. During comparing the distribution of genotypes to the allelic variant of the +375 G / C of the TLR4 gene in patients with different virological loads and varying degrees of fibrosis using the exact two-sided Fischer test, it was found that the carrier frequency of the allele, +3725 C (genotypes GC and CC) was significantly ( $p < 0.05$ ) was higher in the group of patients with high virological load and with a more severe degree of fibrosis compared with a group of patients with low virological load and a mild degree of fibrosis. According to the calculations of the odds ratio, carriers of the +3725 C allele of the TLR4 gene have almost five times the highest risk of high virologic load (OR = 4.89; CI 95%: 1.38 - 17.31). According to the calculations of the odds ratio, it was found that the carriers individually having a +37525 C of the TLR4 gene have a 11-fold higher risk of developing a severe degree of fibrosis (OR = 11.11; CI 95%: 2.7 - 45.66).

**Conclusions:** The preliminary obtained data indicate that the carriers individually of the T254C allele of the TLR4 gene have a severe course of HCV (according to virologic and liver fibrosis indices) than the monozygotic individuals of the T254G allele of the TLR4 gene.

Kannappan Vignesh Chenna  
**EPIDEMIOLOGY OF PROFESSIONAL NEOPLASMS AMONG INDUSTRIAL WORKERS IN INDIA**

Department of internal medicine № 2  
O.V.Solyeyko (MD, PhD, professor)  
National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnytsya, Ukraine

**Relevance:** The history of the study of environmental carcinogens and the epidemiology of occupational cancer begins with its description by an English physician P. Pott in 1775. India is one of the largest and the most important developing countries of the world. Today majority of the population is working in industrial sector. In this regard, the analysis of the prevalence of occupational cancer among Indian workers is of considerable interest as it is one of the leading causes of mortality.

**Aim:** Analyzing the incidence of occupational cancer among industrial workers in India

**Materials and methods:** Analysis of literature and reports of the International Agency for Research on Cancer(IARC), 13<sup>th</sup> European Pathology Congress (2017), data and statistics of WHO and National Institute of Occupational Health of India for the last 10 years.

**Results:** According to data of WHO 18% of the population in Europe suffers from oncopathology. In India, as of 2017, 10% of the population suffers from oncological pathology according to the Occupational Health and Safety Profile, India 2017. Analysis of the incidence of occupational cancer in India shows that lung cancer is dominated by exposure to asbestosis, organochlorine pesticides and benzene derivatives. Lungs exposed to asbestos appeared very much enlarged in size. There was diffuse irregular hyperplasia of alveolar epithelium and tumours observed were mainly medium sized oat cell carcinoma and adenocarcinoma metastasizing in other organs. Exposure to DDT reveals significant increase in tumours of lymphoreticular tissue, lungs and liver. Lindane was more toxic in acute exposures but the chronic toxic effect was relatively less, suggesting that its long term use is safer and tumour incidence is delayed.

According to IARC, the degree of carcinogenicity for a person is divided into 3 groups depending on the chemical compounds, their groups and production processes. By this classification, asbestos cancer can be attributed to group 1 and DDT and Lindane to the 2nd group.

When establishing the connection between the onset of a tumour and the profession, there are difficulties due to a long latent period from the onset of the carcinogenic effect of the occupational factor to the detection of neoplasm (an average of 15 years).

**Conclusion:** In modern conditions, a program for the prevention of malignant neoplasms is being developed and adapted according to the country's capabilities in three main areas: primary (prevention), secondary (early detection and treatment), anti-cancer education.

А.М.Бобр

**ОЦІНКА ЧАСТОТИ НАЯВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА 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:** За даними різних авторів у хворих з кардіоваскулярною патологією в 50-80% випадків виявляється наявність супутньої неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП). Існують відомості, що пацієнти із НАЖХП, навіть без метаболічного синдрому, мають високий ризик розвитку атеротромбозу, а основною причиною летальності у них є СС ускладнення. Тому визначення наявності супутньої НАЖХП може бути корисною для стратифікації серцево-судинного (СС) ризику.

**Мета:** Оцінити частоту наявності супутньої НАЖХП у хворих на ІХС та співставити важкість перебігу захворювання в залежності від наявності цього коморбідного стану.

**Матеріали і методи:** Обстежено 36 хворих на стабільну ІХС - 21 (58,4%) чоловіків і 15 (41,6%) жінок. Середній вік - 53,0±0,5 років. Діагноз ІХС встановлювали відповідно до Рекомендацій Української асоціації кардіологів (2013). Стабільна ІХС II функціонального класу (ФК) встановлена у 20 (55,6%) пацієнтів, III ФК – у 16 (44,4%). Всім хворим було проведено повне клініко-лабораторне обстеження. Супутня гіпертонічна хвороба (ГХ) верифікована у 27 (75,0%) хворих, з них у 22 (81,5%) пацієнтів - ГХ II ст. та у 5 (18,5%) – ГХ III ст. Артеріальна гіпертензія (АГ) 2 ступеня встановлена у 19 (70,4%) пацієнтів, АГ 3 ступеня – у 8 (29,6%). Тривалість АГ становила 8,9±0,5 років. У 18 (50%) осіб були присутні симптоми ХСН I ст. Хворі з ХСН II-А ст. в дослідження не включались. Супутня НАЖХП діагностована у 22 (61,2%) хворих. За величиною індексу маси тіла (ІМТ) пацієнти розподілялись наступним чином: оптимальна маса тіла (ОМТ) визначена у 2 (5,5%), надлишкова маса тіла (НМТ) – у 10 (27,7%), ожиріння (Ож.) 1 ст – у 19 (47%), Ож 2 ст – у 5 (13,8%). Хворі з морбідним Ож. 3 ст. в дослідження не включали. Порушення ритму серця у вигляді фібриляції передсердь (ФП) спостерігались у 3 (8,3%) пацієнтів, шлуночкова екстрасистоля (ШЕ) – у 3 (8,3%). В залежності від наявності

супутньої НАЖХП всі хворі були розділені на 2 групи: 1-шу склали 22 хворих із супутньою НАЖХП, 2-гу – 14 пацієнтів без супутньої НАЖХП. Статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою програми StatistikaforWindow 12.0.

**Результати.** Встановлено, що в групі пацієнтів з наявною коморбідною НАЖХП всі 100% хворих мали також супутню ГХ ( $p < 0,05$ ), причому ГХ II ст. мала місце у 17 (77,5%) та III ст. - 5 (22,7%). В групі без супутньої НАЖХП коморбідна ГХ зустрічалась лише у 5 (35,7%) хворих, причому у всіх була визначена II ст. захворювання та 2 ст. АГ. Всі хворі з АГ 3 ст. мали наявну НАЖХП та увійшли в 1-шу групу. В групі з НАЖХП у 2 (9,1%) пацієнтів виявлена НМТ, у 15 (68,2%) – Ож. 1 ст., у 5 (22,7%) – Ож. 2 ст. Частота виявлення НАЖХП прогресивно зростала при збільшенні ІМТ, сягаючи 15 (78,9%), у хворих із Ож. 1 ст. ( $p < 0,05$ ) та 5 (100%) при Ож. 2 ст. Всі хворі з проявами ХСН I-II ФК мали коморбідність ІХС, ГХ та НАЖХП- увійшли в 1-шу групу. Достовірної різниці по наявності порушень серцевого ритму (ФП та ШЕ) між групами хворих із супутньою НАЖХП та без неї, встановлено не було: 9,1% проти 7,1% ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Наявність супутньої НАЖХП у хворих на ІХС встановлена у 61,2% пацієнтів. У хворих з НАЖХП практично в 100% випадків виявлена коморбідність з АГ, що можна пояснити спільними патогенетичними механізмами розвитку цих захворювань. В групі хворих на стабільну ІХС із супутньою НАЖХП виявлено більш важкий перебіг захворювання, а саме більш високий ступінь АГ та прояви ХСН.

А.М. Бобр

### ОЦІНКА НАЯВНОСТІ І ВИРАЗНОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ТА ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ШЛУНКОВУ ДИСПЕПСІЮ ТА МОЖЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Гастроентерологічна патологія, а саме кислотозалежні захворювання, які проявляються різноманітними симптомами шлункової диспепсії (ШД) надзвичайно часто супроводжується змінами психоемоційної сфери, зокрема у вигляді тривожно-депресивних та вегетативних розладів.

**Мета.** Визначити виразність тривожно-депресивних та вегетативних розладів у хворих із шлунковою диспепсією та оцінити ефективність застосування денного транквілізатора Адаптолу® для їх корекції.

**Матеріали та методи.** Набір пацієнтів проводився на базі ВОКЛІ ім. М. І. Пирогова. Обстежено 34 пацієнта із шлунковою диспепсією віком від 36 до 58 років (середній вік  $45,0 \pm 0,3$  роки), 15 (34%) жінок та 29 (66%) чоловіків. Після проведення комплексних клініко-лабораторних та інструментальних обстежень діагноз пептичної виразки встановлений у 7 (20,6 %), гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) - у 15 (44,1 %), функціональної диспепсії – у 12 (35,3%). Для оцінки психоемоційного статусу використовували шкалу Гамільтона, шкалу самооцінки здоров'я (САН), для виразності больового синдрому - візуальну аналогову шкалу болю (ВАШ), для виявлення ознак вегетативної дисфункції (ВД) - опитувальник Вейна О.М. (Вейн О.М., 2001). Методом сліпої вибірки всі хворі були поділені на 2 групи в залежності від призначеного лікування. В першу (основну) групу увійшли 17 пацієнтів, яким на фоні основного лікування (антисекреторні, прокінетики, спазмолітики та інші препарати за потребою) для корекції психоемоційних та вегетативних порушень призначали денний транквілізатор Адаптол® в дозі Т. 500 мг тричі на день протягом 1 місяця. Другу групу (порівняння) склали 17 хворих, які отримували тільки основне лікування. Групи хворих співставні за віком, статтю, діагнозами, рівнями визначених психо-емоційних та вегетативних порушень. Оцінку ефективності запропонованого лікування проводили до його призначення та через місяць від його початку. Статистичну обробку матеріалу проводили на базі прикладних програм MicrosoftExcel, STATISTICAforWindows 10.0.

**Результати.** В обстежених хворих виявлені зміни в психоемоційному статусі, що проявлялось порушеннями самопочуття, зниженням активності, лабільністю настрою та порушеннями сну. Кількість балів за шкалою Гамільтона дорівнювала  $21,3 \pm 2,1$  бали, що визначає помірний рівень тривоги. Загальна кількість балів за опитувальником Вейна склала  $43,5 \pm 1,4$  бали, що свідчить про наявність ВД. Після проведеного лікування у хворих основної групи спостерігалось зменшення не тільки диспептичних скарг, а і покращення самопочуття, настрою, підвищення активності і нормалізація сну. Кількість балів за шкалою Гамільтона у хворих основної групи достовірно зменшилась на 43,2 % та склала  $12,1 \pm 1,6$  балів ( $p < 0,05$ ), а за шкалою Вейна О.М. - на 51,3 % та дорівнювала  $21,2 \pm 3,1$  бали ( $p < 0,05$ ), що доводить суттєве зменшення проявів тривожності та ВД порівняно з групою хворих, які додатково не отримували Адаптол®. Слід зазначити про більш суттєве ( $p < 0,05$ ) зменшення больового синдрому в основній групі за результатами оцінки даних за шкалою ВАШ. Отже, додаткове призначення денного транквілізатора Адаптолу® у хворих зі ШД сприяє покращенню психоемоційного стану, зменшенню больового синдрому та усуненню симптомів ВД.

О.О. Боровська, В.О. Ветрова  
**СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ДЕПРЕСІЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

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

**Актуальність:** Синдром емоційного вигорання - це реакція організму, що виявляється наростаючим емоційним виснаженням з розвитком поступово прогресуючого процесу втрати когнітивної, емоційної і фізичної енергії. Даний стан дедалі частіше зустрічається серед лікарів різних спеціальностей.

**Мета:** Визначити лікарі яких спеціальностей більше потерпають від синдрому емоційного вигорання та депресії, як вони з цим справляються і як можна це попередити.

**Матеріали та методи:** Для реалізації мети дослідження використано системний підхід, аналіз сучасних наукових статей, анкетування серед лікарів Житомирської обласної клінічної лікарні, Житомирської центральної міської лікарні №1 та Берегівської центральної районної лікарні, абстрактно-логічні узагальнення.

**Результати:** В ході дослідження було опитано 92 лікарів і встановлено, що найбільше від синдрому емоційного вигорання та депресії страждають лікарі таких спеціальностей, як анестезіологія (50%), неврологія (50%), сімейна медицина (45%), терапія (45%), акушерство і гінекологія (44%). Також стало відомо, що для боротьби з даними станами лікарі вдаються до занять спортом (50%), звертаються до сім'ї або близьких друзів (46%), надають перевагу сну (42%), ізолюють себе від оточуючих (36%), слухають музику (36%) та інше. За результатами анкетування факторами ризику є велика кількість паперової роботи (56%), робочих годин (39%), брак поваги з боку роботодавців, співробітників, персоналу (26%), недостатня комп'ютеризація (24%). Зі слів лікарів допомогти їм може підвищення зарплати для уникнення фінансового стресу, більш зручний графік роботи, більш обгрунтоване завантаження пацієнтами, більший контроль/автономія, дотримання норм деонтології в колективі, більш оплачувана відпустка та низка інших факторів.

**Висновки:** Від синдрому емоційного вигорання та депресії страждають лікарі всіх спеціальностей. Це може призводити як до погіршення якості лікування пацієнтів так і якості життя лікаря.

А.В.Бронюк

**«ВІК СЕРЦЯ/СУДИН» У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ – ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ ЗА ФРЕМІНГЕМСЬКИМИ КРИТЕРІЯМИ**

кафедра внутрішньої медицини № 3

О.Ф. Білонько (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність:** одним з основних критеріїв ефективності лікування ішемічної хвороби серця (ІХС) є прихильність пацієнта. Існує сучасна концепція визначення віку судин і серця, що враховує загальноприйняті фактори ризику (вік, стать, рівень систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) тиску, шкідливі звички, цукровий діабет (ЦД), дисліпідемія). Цифрова характеристика віку судин є зрозумілою для пацієнта та дозволяє підвищити прихильність до терапії, особливо при проведенні вторинної профілактики.

**Мета дослідження:** визначити показник «віку судин/серця» у пацієнтів гострим коронарним синдромом (ГКС).

**Матеріали та методи:** проанкетовано 66 пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ГКС в кардіологічному відділенні для хворих на інфаркт міокарду КЗ «ВРЦСП». Середній вік обстежених (63,78±0,042) років. Серед них 35 (53,1%) чоловіків і 31 (46,1%) жінок. Їх було розділено на дві групи. Перша група - 35 пацієнтів з ГКС з елевацією ST, середній вік складає (63,5±1,6) років, жінки – 14 (40%), середній вік яких – (65,8±0,09) років; чоловіки – 21 (60%), середній вік – (62±0,07) років. Друга група - 31 пацієнт з ГКС без елевації сегменту ST (пацієнти з нестабільною стенокардією напруги і не Q-ІМ), середній вік яких склав (64,1±1,8) років. Серед них 14 (45%) чоловіків, середній вік (60,6±0,06) років і 17 (55%) жінок, середній вік - (67,0±0,08) років. Анкетування проводили за допомогою адаптованої шкали «вік серця/судин». Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою додатку STATISTICA 7,0.

**Результати:** Було виявлено однаково значну поширеність факторів ризику (дисліпідемія, ЦД, хронічна хвороба серця, паління) серед обстежених пацієнтів обох груп. «Вік серця/судин в 1 групі дорівнює 77,2±1,46 років з різницею між паспортним у 13,6±2,7 років; та 78,9±0,89 років з різницею між паспортним у 13,9±3,03 років у пацієнтів 2 групи (без достовірної різниці між групами). У 1 групі переважало враження однієї коронарної артерії (46%), тоді як в 2 групі - переважало дифузне враження коронарних артерій. Достовірно вищим є вік судин у хворих з ГКС без елевації сегменту ST з дифузним враженням 80±0 років (p=0,045, непараметричний метод тест МАНА-УІТНІ), на відміну від пацієнтів з односудинним враженням (77,5±4,77). Різниця між паспортним віком і розрахованим показником віку судин була найбільш суттєвою у молодих пацієнтів (45-60 років). Для пацієнтів 45-60 років з ГКС з елевацією та без елевації ST різниця становила 19±8,51 та 20±7,07 років відповідно, тоді як пацієнтам з віком більше 75 років - 4±1,4 та 0 (p <0,05).

**Висновки:** показник «віку судин/серця» можна використовувати для скринінгу несприятливого прогнозу та своєчасного лікування та корекції факторів ризику виникнення ГКС. Оцінка серцево-судинного ризику за допомогою визначення віку судин у хворих з ГКС виявило невідповідність паспортного віку пацієнтів віку їх судин, що розрахований за фремінгемськими критеріями.

Бугай Я. В.

## РЕСПИРАТОРНА МАСКА БАКТЕРІАЛЬНОГО ЕНДОКАРДИТУ: АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Т. В. Константинович (проф., д. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Бактеріальний ендокардит (БЕ) – запальне захворювання ендокарда різної етіології обумовлене інвазією збудника, його локалізацією на клапанних структурах, ендокарді, що супроводжується бактеріємією та враженням різних органів та систем організму. Частота виникнення БЕ становить 1,35 випадків на 1000 населення в рік. Це поширене захворювання, зазвичай з низьким та пізнім рівнем діагностики, що асоціюється із високою смертністю та частим розвитком ускладнень. БЕ ускладнюється емболією легеневих судин, серцевою недостатністю, аритміями, порушенням провідності, нирковою недостатністю. Тому наведений нами клінічний випадок БЕ під маскою пневмонії є своєчасним і актуальним.

**Мета.** Встановити особливості перебігу БЕ у пацієнта молодого віку, що поступив у відділення з клінічними ознаками пневмонії.

**Матеріал та методи.** Обстеження хворого проведено згідно із загально прийнятими у пульмонологічній та кардіологічній практиці методами дослідження (Клінічна настанова «Негоспітальна та госпітальна (нозокомінальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія», 2013; клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на інфекційний ендокардит, 2016). Використано публікації вітчизняної та зарубіжної фахової літератури з питань БЕ.

**Результати.** Хворий звернувся в відділення з скаргами на виражену слабкість, задишку при незначному фізичному навантаженні, сухим кашлем, пітливістю, перебоями в роботі серця, набряками та дискомфортом у грудній клітці зліва, температурою 39 °С, частота дихання - 40/хв. Рентгенологічно підтверджено діагноз правобічної вогнищевої пневмонії. Проте під час об'єктивного обстеження серцево-судинної системи знайдено патологію: зміщення правої межі серця на 2,5 см від правого краю груднини, лівої - на 1 см вліво від l. medioclavicularis sinistra в V міжребер'ї. Аускультативно: ослаблений I тон та систолічний шум на верхівці з проведенням в підпахвинну ділянку, що вказує на ураження мітрального клапану, а також систолічний шум на аорті та a. pulmonalis, акцент та розщеплення II тону на a. pulmonalis. Під час Доплер-УЗД знайдено видовжену вегетацію 2,5 см на стулці мітрального клапану. Було проведено додаткове лабораторне обстеження, що підтвердило діагноз БЕ мітрального клапану. Завдяки своєчасній діагностиці первинного захворювання хворий був доставлений у спеціалізований кардіоцентр, де отримав адекватну комплексну хірургічну та терапевтичну допомогу.

**Висновок.** У зв'язку з гематогенною дисемінацією збудника враження структур серця стає найбільш вірогідним. Аускультатія та УЗД-обстеження, що проводяться в найкоротші терміни дозволяють своєчасно діагностувати БЕ та розпочати раннє лікування, що сприяє виживанню таких хворих.

М. С. Булан, В. А. Булан

## ОСОБЛИВОСТІ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ У ФІГУРНОМУ КАТАННІ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т. В. Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Фігурне катання – це зимовий вид спорту; змагання у виконанні спортсменами на льоду різноманітних кроків, стрибків, фігур, поворотів. Даний вид спорту характеризується високими показниками травматизму спортсменів, що обумовлено виконанням вправ на великій швидкості, значним психоемоційним навантаженням та помилками тренерів у підготовці спортсменів. Варто зазначити, що травма являється основною причиною припинення кар'єри у професійному спорті, а велика кількість спортсменів змушені більше часу приділяти лікуванню травм та їх наслідків, ніж власне спортивній діяльності.

**Мета:** виявити особливості спортивного травматизму у фігурному катанні

**Матеріали та методи:** для досягнення поставленої мети здійснено порівняльний аналіз статистичних даних травматизму у одиночному та парному катанні, а також танцях на льоду.

**Результати:** Найбільша кількість травм, що припадає на одного спортсмена, відбувається у парному катанні – 1,83, в одиночному катанні цей коефіцієнт становить 1,32, а у танцях на льоду – 0,96. Вивчаючи локалізацію травм, виявлено, що найчастіше у фігурному катанні відбувається травмування щиколоток (27,7%), колінних

суглобів (18,6%) та поперекової ділянки (15,4%), також доволі часто травмуються гомілки (11,6%), голова (9,8%), плечова та стегнова ділянки (по 6,7%). З різних видів травм найбільш поширені розриви сухожилків (34,7%), пошкодження зв'язок (20,0%), а також рани та забої (12,7%).

**Висновки:** Проведене дослідження дозволяє стверджувати, що фігурне катання – доволі травматичний вид спорту. Для попередження травматизму необхідно правильно організувати навчально-тренувальні заняття та змагання, об'єктивно оцінювати можливості спортсменів та здійснювати регулярний лікарський моніторинг стану здоров'я спортсменів.

М. С. Булан

## ДЕПРЕСІЯ ЯК ОБТЯЖУЮЧОЇ ФАКТОР СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра внутрішньої медицини № 2

Т. В. Степанюк (ас.), Ю. К. Откаленко (доц., к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У загальній медичній практиці частота депресій сягає 22-33%. За даними ВООЗ, депресивні розлади є однією з основних причин втрати працездатності. Депресія в ревматології є серйозною проблемою, адже її наявність обтяжує перебіг основного захворювання, значно знижує показник комплаєнсу, і, як наслідок, - ефективність лікування.

**Мета:** Дослідити поширеність депресивних розладів серед ревматологічних хворих; встановити залежність між поширеністю депресії, ступенем активності запального процесу та тривалістю захворювання; виявити гендерні особливості.

**Методи та матеріали:** На базі Вінницького науково-дослідницького центру реабілітації інвалідів та Вінницької міської клінічної лікарні №1 було здійснено відбір та анкетування 92 пацієнтів, серед яких 36(39%) – чоловічої статі, 56(61%) – жіночої статі. Серед опитаних були хворі на ревматоїдний артрит, остеоартроз, анкілозуючий спондилоартрит та системний червоний вовчак. Серед них 20 (22%) мали низьку ступінь активності запального процесу, 36(39%) – середню та 36(39%) – високу. Тривалість захворювання у 30(32%) опитаних становила менше 5-ти років, у 31(34%) – від 5-ти до 15-ти років, у 31(34%) – більше 15-ти років. 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:** Депресивні розлади були виявлені у 76(83%) опитаних із захворюваннями суглобів та сполучної тканини. Серед пацієнтів із низькою активністю запального процесу поширеність депресії склала 55%, із середньою активністю – 86%, з високою – 94%. Серед пацієнтів, що хворіють менше 5-ти років, депресивні розлади виявлені у 23(77%), від 5-ти до 15-ти років, - у 26(84%) та серед тих, що хворіють більше 15-ти років, - у 27( 87%). За даними опитування депресія виявлена у 26(72%) чоловіків, та 50 (89%) жінок.

**Висновки:** Для осіб із захворюваннями суглобів та сполучної тканини характерна висока частота депресій. Найменше потерпають від депресії хворі із низькою активністю, дещо вищі показники серед пацієнтів із середньою активністю та найвищі – у хворих із високою активністю запального процесу. Виявлено, що зі збільшенням тривалості соматичного захворювання, поширеність депресій збільшується. За даними опитування спостерігається більша схильність до депресій серед жіночої статі, ніж серед чоловічої. Вчасна діагностика та лікування депресивних розладів дозволить підвищити ефективність лікування, а також призведе до покращення якості життя хворих.

В. О. Велічко

## ОСНОВНІ КРИТЕРІЇ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ

Кафедра шкірно-венеричних хвороб

Т. В. Мельник (асп.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вугрова хвороба – одне з найбільш поширених захворювань шкіри, яке реєструється у 80-90% підлітків та в 37-42% осіб старших 25 років. Дієтотерапія – потужна зброя у боротьбі за чисту шкіру. Адже, як і будь-яке захворювання, вугрова хвороба вимагає комплексного підходу. Використання однихлікарських та косметичних засобів володіє лише тимчасовим ефектом.

**Мета:** З'ясувати основні критерії дієтотерапії при лікуванні вугрової хвороби та вплив різних категорій харчових продуктів на появу акне.

**Матеріали та методи:** Аналіз літературних джерел та медичних статей, описовий та метод спостереження.

**Результати:** Згідно із сучасними стандартами надання медичної допомоги, хворим на вугрову хворобу призначають діету печінково-діабетичного типу. Раціон повинен бути повноцінним, із нормальним вмістом білків при помірному обмеженні кількості жирів, а також солодощів та швидких вуглеводів. Пацієнту



рекомендують продукти і страви, які багаті клітковиною, пектином. Їжа, в якій міститься багато пуринів, екстрактивних речовин, холестерину і щавлевої кислоти, протипоказана. Страви подаються у вареному або запеченому вигляді. Режим харчування повинен бути 5-6 разовим. У меню людей зі шкірними захворюваннями корисно включити продукти з високим вмістом клітковини (висівки, бобові, кукурудза, мигдаль, яблука, виноград, вівсянка, рис, сухофрукти, гриби), оскільки вони очищують кишечник і виводять з організму токсичні речовини. Продукти з високим вмістом вітаміну А і Е (печінка, яйця, морква, насіння соняшнику, оливки, шпинат) є антиоксидантами і добре впливають на процеси регенерації шкіри і позбавляють від вугрів на обличчі і тілі. Важливо включати в раціон кисломолочні продукти: вони сприяють правильному травленню і створенню сприятливої мікрофлори кишечника. Забороняється вживати продукти з високим вмістом холестерину: гострі прянощі і спеції, кетчупи, майонези і соуси, жирне м'ясо та копченості, смажену картоплю, напої з барвниками і штучними смаковими добавками та солодощі (за винятком меду). Рекомендують виключити каву (стимулює вироблення кортизолу, який сприяє появі акне), чорний чай і будь-які газовані напої. У якості альтернативи можна запропонувати зелений чай та свіжі фруктові або овочеві соки. Надмірне захоплення молочними продуктами, м'ясом і горіхами також може викликати появу вугрових висипань, оскільки сприяють сплеску гормону андрогену.

**Висновки:** Збалансоване харчування сприяє виведенню з організму токсинів та шкідливих речовин. Якщо природний процес їх виведення порушується, то вони, як і раніше, виводяться з організму, але вже іншим способом – через шкіру. Внаслідок чого і відбувається утворення акне. Таким чином, важливою складовою комплексного лікування хворих на вугрову хворобу є дотримання раціонального дієтичного харчування, яке не лише сприяє швидкому одужанню пацієнтів, але є важливим фактором профілактики загострень цього дерматозу.

В.О.Ветрова, О.В.Телегузова

## ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ ПРИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТАХ

О.О.Войналович (к.мед.н., ас.)

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** провідним етіологічним фактором гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК) є хронічні гепатотропні вірусні інфекції – 75% всіх ГЦК носять «вірусний» характер, причому 50% припадає на частку HBV інфекції, а 25 - HCV інфекції. Канцерогенез при HBV і HCV інфекції має свої особливості. HBV є ДНК-вмісним, тому здатний інтегруватися в хромосому ДНК господаря. В результаті відбуваються дезорганізація та перебудова ДНК гепатоцитів, що лежать в основі розвитку пухлини. Розвиток ГЦК при HCV інфекції відбувається внаслідок запально-регенераторних процесів на тлі циротичної трансфорції печінки (не менше ніж в 97% випадків). При HBV інфекції ж пухлина може виникнути не тільки на тлі цирозу, а й у хворих на хронічний гепатит В (ХГВ). Науковці згадують великий спектр предикторів у розвитку гепатоцелюлярної карциноми при вірусних гепатитах, але у літературі з'являються нові.

**Мета:** дослідити та проаналізувати основні предиктори розвитку ГЦК при вірусних гепатитах, встановити зв'язок генетичної детермінації, ступеню фіброзу печінки, даних клініко-лабораторних досліджень з частотою розвитку ГЦК на фоні вірусних гепатитів.

**Матеріали та методи:** інформаційною базою роботи слугували матеріали публікацій вітчизняних і закордонних досліджень у галузі інфекційних хвороб та епідеміології, матеріали власних досліджень. Для реалізації мети дослідження використано системний підхід, аналіз літературних даних PubMed, метод миттєвих спостережень на рівні окремих суб'єктів, абстрактно-логічні узагальнення. Було проведено соціологічне ретроспективне когортне опитування серед лікарів Вінниці та Вінницької області.

**Результати:** при коінфекції HBV і HCV ризик розвитку ГЦК значно зростає, що дозволяє припускати наявність міжвірусної взаємодії в пухлинній трансформації. Інший важливий фактор розвитку ГЦК - зловживання алкоголем з розвитком алкогольної хвороби печінки. Лабораторно предикторами ГЦК є: підвищення нейтрофільно-лімфоцитарного співвідношення, прогресування ступеню фіброза печінки за шкалою ISHAK, METAVIR, із застосуванням неінвазивних методів дослідження: еластометрія, еластографія. За щільністю печінки можна встановити процент формування ГЦК (якщо щільність печінки більше 24 кПа – 40 % формування ГЦК.) Натомість, загальновідомий специфічний імунологічний тест – визначення альфа-фетопротеїну не є доказовим предиктором, але із частотою 98,9% підвищення альфа-1-антихемотрипсину та раково-ембріонального антигену є достовірними предикторами.

**Висновки:** клініцисту, який спостерігає хворого на хронічний вірусний гепатит, необхідно визначити чинники несприятливого прогнозу перебігу захворювання та оцінювати фактори прогнозу успіху противірусної терапії. Генетичний поліморфізм є основою предиктивної медицини.

І.І.Габрук, О.В. Павлік  
**ВИПАДОК ДІРОФІЛЯРІОЗУ**

Кафедра інфекційних хвороб

Т.В. Кириленко (ас.)

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

**Актуальність:** В Україні дірофіляріоз трапляється по всій території і носить місцевий характер. За період з 2008 р. по 2017р. захворюваність дірофіляріозом в Україні зростає в 30,3 рази і досягла 710 випадків.

**Мета:** Проаналізувати випадок підшкірного дірофіляріозу.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано клінічний випадок підшкірного дірофіляріозу, котрий спостерігався у відділенні щелепно-лицевої хірургії ВОКЛ ім.М.І.Пирогова.

**Результати:** У відділення щелепно-лицевої хірургії поступив хворий В. 26 р., житель міста Вінниці, обвалювальник м'яса в супермаркеті зі скаргами на наявність під шкірою в ділянці лівого ока ущільненого вузлика, набряк прилеглих м'яких тканин та нижньої повіки, що збільшується на ранок і зменшується до вечора. Анамнез: напередодні вранці хворий помітив набряк повік лівого ока, почервоніння кон'юнктиви, свербіж шкіри повік, сльозотечу, біль в ділянці повік. Наступного дня звернувся до окуліста за місцем проживання. Стан було визначено як алергічна реакція, призначена десенсибілізуюча терапія. Хворий не лікувався. За три доби стан ока нормалізувався, але з'явився щільний, безболісний, не спаяний з навколишніми тканинами вузлик у лівій виличній ділянці. Поступово протягом тижня вузлик перемістився у ліву підочну ділянку. Нижня повіка припухла, шкіра почервоніла. При пальпації вузлика відмічалась помірна болючість. Хворий звернувся до чергового окуліста ВОКЛ ім. М.І. Пирогова, поставлено діагноз «ячмінь нижньої повіки», призначено компрес з димексидом, гентаміцином та фурациліном, очні краплі «Флоксал». Лікування було неефективним. Пацієнт звернувся до оториноларинголога. Після огляду та рентгенографії ППН лікар патології ЛОР-органів не знайшов, рекомендована консультація щелепно-лицевого хірурга. Останній виконав пункцію вузлика, отримав крапельку білої рідини, розціненої як гній, і з діагнозом «абсцес підочної ділянки» госпіталізував хворого у відділення щелепно-лицевої хірургії. При огляді у відділенні виявлено гіперемію та набряк м'яких тканин лівої підочної ділянки, пальпаторно – обмежений, слаборухомий, ущільнений, болючий вузлик біля 2 см в діаметрі. Загальний стан задовільний, лабораторні обстеження в межах норми. Під час операції з рани був вилучений твердий гельмінт білого кольору довжиною 100 мм, діаметром 0,3 мм, котрий був направлений лабораторію обласної СЕС, де ідентифікований як *Dirofilaria repens*. Згодом стало відомо, що хворий кілька разів відпочивав в районі Турбова на риболовлі, де неодноразово був покусаний комарами. Зважаючи на інкубаційний період 1 місяць - 2 роки, даний випадок є місцевим, адже комарі літають н більше 5 км від місця проживання.

**Висновки:**Приведений клінічний випадок показує, що лікарі різних спеціальностей та населення недостатньо ознайомлені з цим захворюванням, адже даний приклад носить досить типовий перебіг. Цей випадок підшкірного дірофіляріозу має насторожити лікарів області для своєчасного виявлення та лікування даного гельмінтозу.

Р.А. Гетьман

**ОЦІНКА РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ВНАСЛІДОК ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ  
ТАТУЮВАЛЬНИКІВ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

О.С. Волинець (ас.)

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

**Актуальність:** Незважаючи на тривале існування терміну «вібраційна хвороба» та достатньо велику кількість досліджень на дану тему, відсутні будь-які дані щодо розвитку ознак цієї патології у татуювальників. Враховуючи особливості роботи тату-машинок (вібрація з частотою від 55 до 195 Гц, що входить в небезпечний діапазон, а також наявність електромагнітного випромінювання в машинах індукційного типу), подібне дослідження не тільки є необхідним, а й сприятиме подальшому вивченню ризиків даної професії та необхідності їх профілактики.

**Мета:** Виявити наявність чи відсутність патологічних змін, характерних для локальної вібраційної хвороби у татуювальників, оцінити ступінь вираженості цих змін, а також необхідність подальшого вивчення проблеми.

**Матеріали та методи:** В дослідження було включено 12 практикуючих тату-майстрів міста Вінниця. Під час обстеження було проведено: збір скарг, анамнезу, об'єктивний огляд, визначення та оцінка температури кистей рук, перевірено чутливість (тактильну, больову, температурну, вібраційну), а також проведено гемодинамічні проби: «білої плями», Боголепова, Паля.

**Результати:**В результаті дослідження було виявлено наступне: 91 % обстежених осіб скаржилися на швидкоминучі напади парестезії в кистях рук, а 66 % - на нічні болі в пальцях рук. У 58 % обстежених

спостерігалася гіпотермія кисті робочої руки у порівнянні з іншою. Також було відмічено зниження чутливості кистей рук у певній частини обстежених: тактильної – 33 %, больової – 16 %, температурної – 75 %, вібраційної – 58 %. Зміни периферичного кровообігу спостерігалися у 66 % обстежених.

**Висновки:** Таким чином, отримані результати свідчать про наявність у більш ніж 50 % обстежених симптомів локальної вібраційної хвороби легкого ступеня. Виходячи з цього, можна зробити висновок, що професія татувальника входить в групу ризику виникнення локальної вібраційної хвороби, а тому існує необхідність подальшого, більш глибокого, вивчення цієї проблеми за допомогою сучасних інструментальних методів, а також для виявлення інших професійних шкідливостей та створення адекватних шляхів профілактики у тату-майстрів.

М.М. Гурін, О.Я. Клімчук, Е.В. Вдовиченко

## ПОШИРЕНІСТЬ ЛІПОДИСТРОФІЙ ТА ВПЛИВ НА СТАН КОМПЕНСАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти

О.О. Фішук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Інсулінова терапія, навіть якщо вона проводиться в точній відповідності з лікарськими рекомендаціями, загрожує виникненню ліподистрофій у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД). Ліподистрофії (ЛД) - це ущільнення підшкірно-жирової тканини в місцях введення інсуліну, що виявляються в будь-якому віці, при будь-якій тривалості інсулінотерапії і можуть мати різноманітні розміри. В цілому ряді досліджень продемонстрована неконтрольована абсорбція інсуліну з ділянок ЛД, що унеможливило якісно контролювати рівень глюкози крові. Причини розвитку ЛД остаточно не з'ясовані.

**Мета:** Вивчити поширеність ЛД серед хворих, що отримують інсулінотерапію, та їх вплив на компенсацію ЦД.

**Матеріали:** Проаналізовано 16 історій хвороби пацієнтів, що знаходились на лікуванні у ВОВКЕЦ, результати ультразвукової діагностики (УЗД) підшкірно-жирової клітковини в місцях введення терапевтичних доз інсуліну.

**Методи:** Нами було проведено аналіз обстеження 16 пацієнтів, що хворіють на ЦД з лабільним перебігом та отримують інсулінотерапію тривалістю від 1 року до 23 років. Вік пацієнтів від 8 до 63 років, з них 75 % чоловіків та 25 % жінок з рівнем HbA1C, що коливався в межах від 7.0% до 13.0%. Всім пацієнтам було проведено УЗД дослідження підшкірно-жирової клітковини місць ін'єкцій інсуліну. Отримані дані обробили статистичним методом для виявлення достовірності результатів.

**Результати:** У 14 хворих (87,5%) статистично достовірно виявлені значні фіброзні зміни в місцях введення препаратів інсуліну. За допомогою опитування встановили факт, що серед цих пацієнтів статистично вірогідно спостерігались наступні порушення техніки введення інсуліну: кількість ін'єкцій 1 голкою від 4 до 42 разів, переважно в одну ділянку (найчастіше навколопупкова), а також не вірне введення інсуліну в залежності від довжини голки.

**Висновок:** Приблизно 87,5% пацієнтів з діагнозом ЦД, що отримують інсулінотерапію статистично достовірно страждають на ЛД в місцях введення інсуліну. Це унеможливило досягнення якісної компенсації ЦД. Слід мотивувати хворих на регулярні зміни місць ін'єкцій та заміну голки після кожної ін'єкції, а ультразвукова діагностика ЛД дає можливість виключити дані ділянки для ін'єкцій та відповідно покращити рівень компенсації ЦД.

Давидова В.О.

## ЕТИОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ОЦІНКА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ЗА ДАНИМИ ЛОКАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Науковий керівник – А.В. Демчук (д.мед.н., доц.)

ВНМУ «Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова»

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Відкриття антибіотиків та широке їх застосування для лікування інфекційних захворювань стало революційним надбанням людства, що на початку давало впевненість в успішній боротьбі людини з небезпечними, смертоносними бактеріями. Вже у перші роки застосування антибіотиків спостерігались клінічні ситуації за яких дані препарати втрачали ефективність через розвиток у бактерій антибіотикорезистентності

**Мета:** Дослідити спектр збудників інфекцій дихальної системи та їх чутливість до антибіотиків, що визначаються за допомогою рутинних бактеріологічних методів дослідження у жителів регіону.

**Матеріали і методи:** Було проведено аналіз бактеріологічних досліджень матеріалу з зіву, носу та дихальних шляхів у 711 хворих міської клінічної лікарні №1 (МКЛ №1) та у 1968 пацієнтів обласної клінічної дитячої лікарні (ОКДЛ), що лікувались з приводу інфекційних захворювань органів дихання протягом 2016-2017 років. Мікробіологічне дослідження матеріалу з дихальних шляхів пацієнтів проводились відповідно до Наказу МОЗ України від 15.04.2007 р. №167 Про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів».

**Результати:** Провідними збудниками інфекцій дихальних шляхів, які виділялись у рутинній практиці, були

*S.aureus*, що виявлявся у 468 (65,8%) хворих МКЛ № 1 та у 810 (41,2%) пацієнтів ОДКЛ, *S.pyogenes*, який визначався у 866 (44,0%) осіб, що лікувались в ОДКЛ та у 31(4,3%) хворого МКЛ №1, *S. pneumoniae* було виділено лише у 79 (11,1%) хворих МКЛ №1. Грамнегативні збудники, переважно *K. pneumoniae* 73 (10,5%) частіше виявлялись у дорослих пацієнтів. У дітей грамнегативні мікроорганізми виявлялись рідко 129 (6,5%), домінував серед них *E. coli* 55 (2,8%). *S. pneumoniae*, що виділявся з дихальних шляхів пацієнтів МКЛ №1 зберігав клінічно значиму чутливість до антибактеріальних препаратів амоксицилін (98,7%),цефалоспоринов другого покоління (цефуроксим 98,7%) та левофлоксацину (98,7%). За даними бактеріологічної лабораторії МКЛ №1 *S. pyogenes* зберігав високу чутливість до напівсинтетичних пеніцилінів (22 (95,7%), азітроміцину (24 (92,3%). Резистентність *S. aureus* була на рівні 29,6% до ампіциліну та оксациліну, 21,7% до кліндаміцину, 39,3% до доксицикліну, 21,9% до азітроміцину у дорослих та стійкість збудника до амоксициліну сягала 57,7%, до азітроміцину – 20,8% у дітей. *K. pneumoniae*, яка виділялась із дихальних шляхів дорослих пацієнтів, мала високу чутливість (87,9 – 98,6%) до цефалоспоринов та левофлоксацину.

**Висновки:** Збудниками інфекцій органів дихання, що найчастіше виявлялись під час бактеріологічного дослідження, у ОДКЛ були *S.aureus* та *S.pyogenes*, а у МКЛ №1 - *S.aureus* та *S. pneumoniae*. Стрептококи зберігали високу чутливість до бета-лактамних антибіотиків, макролідів та левофлоксацину. Визначався високий рівень резистентності *S.aureus* до більшості антибактеріальних препаратів, які застосовувались для лікування бактеріальних інфекцій дихальної системи, що негативно впливає на ефективність терапії та створює умови для поширення резистентних штамів.

І.В. Данильченко, А.М. Мельник

## ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ПОКАЗНИКИ КОМПЕНСАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ

Кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти

К.С. Біляєва (ас.)

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

**Актуальність:**Цукровий діабет типу 1 складає 10-15% серед усіх хворих на діабет. Ним хворіють приблизно 20 млн переважно молодих людей на землі. Цукровий діабет призводить до порушення всіх видів обміну речовин (насамперед вуглеводного), а також до ураження судин, нервів, різних органів і тканин.

Численні дослідження демонструють, що у пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу низькі значення 25(OH)D у сироватці крові асоціюються зі збільшенням рівня глікованого гемоглобіну.

Сучасні дані свідчать про багатогранність фізіологічних шляхів впливу вітаміну D на функцію β-клітин підшлункової залози та вуглеводний обмін. Не зважаючи на розвиток сучасної медицини, досягти компенсації ЦД вдається менше ніж у 30 % пацієнтів. Саме тому пошук нових шляхів покращення вуглеводного обміну залишається актуальним.

**Мета:** провести порівняльну характеристику між рівнем 25-гідроксивітаміну D та компенсацією вуглеводного обміну у хворих на ЦД 1 типу.

**Матеріали і методи:** Дане дослідження проводилось на базі Вінницького обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного центру. Для досягнення поставленої мети було обстежено 54 дитини віком від 12 до 18 років, з них 35 дітей – з цукровим діабетом 1 типу та 19 соматично здорових дітей. Із дослідження були виключені діти з діабетичним кетоацидозом та важкою супутньою патологією. В дослідженні були використані клініко-анамнестичні, лабораторні та статистичні методи досліджень. Проводився клінічний огляд дітей, який включав оцінку фізичного розвитку, об'єктивну оцінку стану різних органів та систем. Всім дітям було проведено дослідження – визначення концентрації 25(OH)D гідроксиколекальциферолу в сироватці крові (забір крові проводився в осінньо-зимовий період). Визначався рівень загального кальцію та фосфору крові. Рівень вітаміну 25(OH)D у крові визначали за допомогою імуноферментного аналізу з використанням реактивів фірми Roche diagnostic на аналізаторі Cobas E411 (виробник Німеччина), рівень кальцію та фосфору крові реактиви фірми Beckman Coulter аналізатор AU480 (виробник США), рівень HbA1c -реактиви фірми Bio-Rad аналізатор D10 (виробник Франція). Статистичний аналіз даних проводили за допомогою статистичних пакетів EXCELL FOR WINDOWS та STATISTICA 7.0. FOR WINDOWS.

**Результати:** По результатам дослідження були встановлено, що у 27 хворих на ЦД 1-го типу (77,1%) виявлено недостатність та дефіцит вітаміну D (від 10 до 29нг/мл відповідно). При цьому лише у 4 хворих (11,4 %) компенсація ЦД була задовільною (рівень HbA1c становив до 7,5 %), а у 31 пацієнта (88,6%) — незадовільною (рівень HbA1c > 7,5 %). Серед хворих на ЦД з рівнем глікованого гемоглобіну від 7,5% до 9% ( 9 хворих) середній рівень вітаміну D в крові становив 22,7 нг/мл, в той час, як при рівні HbA1C вище 9% ( 22 хворих) середнє значення 25 гідроксивітаміну D становило 15,4 нг/мл. Серед здорової популяції було встановлено, що 11 дітей ( 57,8%) мали оптимальний рівень вітаміну D (вище за 30 нг/мл) (середній вік 14,1±0,64 ), 5 дітей (26,3%) мали недостатній рівень вітаміну D (21–29 нг/мл) (середній вік 12,7±1,3) та 4 дитини (21,1%) мали дефіцит вітаміну D. При дослідженні мінерального обміну виявлено зниження концентрації загального кальцію у 9 хворих з недостатністю або дефіцитом вітаміну D. Рівень фосфору крові у всіх пацієнтів був в межах норми.

**Висновки:** По результатам проведеного дослідження, встановлено, що діти без порушення вуглеводного обміну мали дещо вищі показники рівня вітаміну D в порівнянні з дітьми, які хворіють на ЦД 1 типу. Серед дітей, хворих на ЦД виявлено кореляцію між дефіцитом вітаміну D та декомпенсацією захворювання. Подальшого вивчення потребує вплив зниженого показника вітаміну D на стан вуглеводного обміну та глікемічного контролю у даної групи пацієнтів.

Т.Д. Данілевич

**КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ РІВНЕМ АЛЬДОСТЕРОНУ ТА РІЗНИМИ КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ЧАСТИМИ РЕЦИДИВАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ**

Кафедра внутрішньої медицини №3

В. П. Іванов (д. мед. н., професор, зав. каф. внутрішньої медицини №3)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Значний інтерес викликає фібриляція передсердь (ФП) так, як ця аритмія реєструється у 1-2% осіб у загальній популяції, створює значні труднощі у curaції пацієнтів та асоціюється з численними ускладненнями.

**Мета:** Визначити кореляційні зв'язки між різними клініко-інструментальними параметрами та плазмовим рівнем альдостерону у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) та частими рецидивами ФП.

**Матеріали та методи:** 146 пацієнтів із ГХ II стадії, ускладненою частими рецидивами ФП, віком від 37 до 86 (в середньому 61,2±0,7) років. Серед них - 68 (46,6%) обстежених були чоловіки, що демонструвало гендерну однорідність ( $\chi^2=1,37$ ;  $p=0,24$ ).

Критерії включення 1) ГХ II стадії; 2) пароксимальна або персистуюча форма ФП; відсутність попередньої постійної антиаритмічної терапії. Критеріями виключення: 1) ГХ I або III стадії та симптоматичні артеріальні гіпертензії (АГ); 2) верифікована ІХС; 3) рідкі напади ФП (рідше ніж 1 напад на 2 місяці); 4) синдром слабкості синусового вузла, АВ-блокади II-III ступеня, імплантований або потреба в імплантації штучного водія ритму з різних причин; 5) тяжкі та клінічно значимі коморбідні стани.

**Результати:** Виявлена позитивна кореляція між рівнем альдостерону та індексом маси тіла (ІМТ) ( $r = 0,21$ ,  $T(N-2) = 2,92$ ,  $p = 0,003$  та ФК ХСН ( $r = 0,17$ ,  $T(N-2) = 2,18$ ,  $p = 0,03$ ).

У групі пацієнтів з адреналовим варіантом ФП виявлено позитивний кореляційний зв'язок ( $r = 0,38$ ,  $T(N-2) = 4,94$ ,  $p < 0,0000$ ), а у групі пацієнтів з вагусним варіантом ФП був виявлений негативний кореляційний зв'язок з рівнем альдостерону ( $r = -0,42$ ,  $T(N-2) = 5,21$ ,  $p < 0,0000$ ).

Встановлені позитивні кореляції з деякими показниками даних ХМ ЕКГ, таких як наявність нічних всплесків ЧСС ( $r = 0,46$ ,  $T(N-2) = 6,78$ ,  $p < 0,0000$ ), добовою кількістю епізодів суправентрикулярної тахікардії (СВТ) ( $r = 0,18$ ,  $T(N-2) = 2,38$ ,  $p = 0,02$ ), добовою кількістю епізодів ФП ( $r = 0,34$ ,  $T(N-2) = 4,21$ ,  $p < 0,0000$ ), сумарною кількістю епізодів ФП, с ( $r = 0,38$ ,  $T(N-2) = 4,49$ ,  $p < 0,0000$ ), дисперсією QT інтервалу ( $r = 0,17$ ,  $T(N-2) = 2,27$ ,  $p = 0,02$ ).

Виявлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем альдостерону та деякими показниками даних ЕхоКГ, такими як кількість випадків парної шлуночкової екстрасистолії (ШЕ, %) ( $r = 0,27$ ,  $T(N-2) = 3,54$ ,  $p = 0,0004$ ), товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШПд, мм) ( $r = 0,16$ ,  $T(N-2) = 2,17$ ,  $p = 0,03$ ), відносної товщини міокарду (ВТМ) ( $r = 0,20$ ,  $T(N-2) = 2,75$ ,  $p = 0,006$ ), діаметром аорти (dА, мм) ( $r = 0,18$ ,  $T(N-2) = 2,40$ ,  $p = 0,02$ ), наявністю мітральної регургітації 2 ступеня ( $r = 0,19$ ,  $T(N-2) = 2,57$ ,  $p = 0,01$ ), наявністю трикуспідальної регургітації 2 ступеня ( $r = 0,23$ ,  $T(N-2) = 2,99$ ,  $p = 0,003$ ). Встановлено негативний кореляційний зв'язок з такими показниками, як співвідношення об'єму лівого передсердя до маси міокарда лівого шлуночка (ОЛП/ММЛШ, мл/г) ( $r = -0,21$ ,  $T(N-2) = -2,81$ ,  $p = 0,005$ ), час сповільнення раннього діастолічного потоку (DT, мс) ( $r = -0,17$ ,  $T(N-2) = -2,29$ ,  $p = 0,02$ ), ексцентрична гіпертрофія ЛШ ( $r = -0,22$ ,  $T(N-2) = -2,98$ ,  $p = 0,004$ ).

**Висновки:**

1. Знайдено позитивний кореляційний зв'язок рівня альдостерону з ІМТ, ФК ХСН, адреналовим варіантом ФП, наявністю нічних всплесків ЧСС, добовою кількістю епізодів СВПТ, добовою кількістю епізодів ФП, сумарною кількістю епізодів ФП, дисперсією QT інтервалу, кількістю випадків парної ШЕ, ТМШП, ВТМ, dА, наявністю мітральної та трикуспідальної регургітації 2 ступеня.

Я.М. Демчишин  
**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БОТУЛІЗМУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ У ВІННИЦЬКІЙ  
ОБЛАСТІ**

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:** Рівень захворюваності на ботулізм в Україні невіддільно зростає, що пов'язано із низьким рівнем контролю за якістю продуктів харчування (значна кількість зафіксованих випадків ботулізму була виявленою після вживання консерв, в'яленої риби, придбаних на стихійних ринках), недотриманням правил споживання та приготування їжі, а також відсутністю ботулінічного антиотоксину в лікувальних закладах. Станом на 1 грудня 2017 року в Україні було зареєстровано 132 хворих на ботулізм, 113 з них померли. У Вінницькій області задокументовано 9 випадків харчового ботулізму. Через високу летальність і варіабельність маніфестації клінічних симптомів ботулізм являється важливою медико-соціальною проблемою суспільства.

**Мета:** визначити та оцінити особливості клінічного та лабораторного перебігу ботулізму у сучасних умовах.

**Матеріали та методи:** інформаційно-аналітичний, загально-клінічні, лабораторні. У процесі виконання дослідження, нами були проаналізовані карти хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні Вінницької МКЛ №1 протягом 2017-2018 р.

**Результати:** При вивченні епідеміологічного анамнезу встановлено, що основними факторами передачі ботулізму були консерви домашнього приготування. В аналізі випадків харчового ботулізму встановлено – усі випадки були спорадичними. Клінічними проявами ботулізму у обстежених хворих були: гастроентерологічні - метеоризм та закрепи, сухість в роті; неврологічні – «сітка перед очима», погіршення зору, мідріаз, диплопія, бульбарні розлади (порушення ковтання, дизартрія, охриплість голосу). У більшості пацієнтів неврологічна симптоматика розвивалась з перших днів хвороби у формі офтальмоплегічного синдрому, що змушувало хворих звернутись до офтальмолога. Пацієнти звертались за медичною допомогою до лікаря-інфекціоніста у 90% випадків на 8-12 добу хвороби. Значних відхилень у лабораторних обстеженнях хворих не було.

**Висновки:** Рівень захворюваності на ботулізм у Вінницькій області залишається достатньо високим. Найчастіша клінічна форма ботулізму, яка зустрічалась у хворих Вінницького регіону – харчовий ботулізм. Факторами передачі у хворих слугували – консервовані продукти домашнього приготування з порушенням технології приготування чи зберігання продукту. Серед госпіталізованих переважали хворі із ботулізмом середнього ступеня важкості. Встановлений зв'язок між тривалістю інкубаційного періоду та важкістю перебігу харчового ботулізму. Після проведеного патогенетичного лікування стан хворих покращився.

А.О. Довгань  
**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХОЗЛ ЗА СУПУТНИХ РОЗЛАДІВ  
ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини  
Т.В. Константинович (д.мед.н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Сучасні погляди на ХОЗЛ розглядають його як захворювання з різними системними проявами та коморбідними станами, що визначають відповідні фенотипи його перебігу. Одними із найбільш частих супутніх станів при ХОЗЛ є розлади психоемоційної сфери, представлені синдромами невротизації, тривожності та депресії. Вони значно модифікують перебіг ХОЗЛ, що потребує додаткової корекції.

**Мета.** Встановити клініко-функціональну та психологічну ефективність режиму лікування хворих на ХОЗЛ із включенням ноотропного засобу.

**Матеріали та методи.** Обстежено 69 пацієнтів з ХОЗЛ, які були розподілені на 2 групи методом сліпих конвертів. Основну групу (ОГ) склали 37 хворих на ХОЗЛ середнім віком – (66,6±1,7) р., з них 23 (62,2%) чол. та 14 (37,8%) ж., що розподілились за клінічною групою так: 14 (37,8%) пацієнтів з клінічною гр. В, 2 (5,4%) хворих гр. С і 21 (56,8%) хворий гр. D. Групу порівняння (ГП) склали 32 хворих на ХОЗЛ середнім віком – (61,4±1,8) р., з них 20 (68,8%) чол. та 10 (31,2%) ж., за клінічною групою: 20 (62,5%) хворих з гр. В, 3 (9,4%) пацієнтів гр. С і 9 (28,1%) хворих гр. D. Динаміку соматичного та психологічного статусів проводили за допомогою загальноприйнятих в пульмонологічній практиці методик та комплексу стандартизованих

психологічних опитувальників (рівня невротизації за Вассерманом (2002), рівня реактивної та особистісної тривожності за Спілбергером-Ханінім (2002), рівня депресії Зунге (2002)). Пацієнти ОГ отримували комплексну терапію ХОЗЛ, що включала препарати базисного ряду у добових дозах відповідно до тяжкості захворювання та препарат з психоактивною дією (фенібут 250 мг двічі на добу). Хворі ГП отримували лише базисне лікування, регламентоване Наказом МОЗ України №555, що включало фіксовану комбінацію інгаляційного ГКС (флютиказону пропіонату) та  $\beta_2$ -агоністу тривалої дії (сальметеролу) у відповідній до важкості перебігу захворювання дозі.

**Результати.** Встановлено, що в ОГ хворих динаміка зниження середнього балу задишки за шкалою mMRC склала 10,3% від початкового рівня (з  $(2,9\pm 0,2)$  до  $(2,6\pm 0,1)$  бали,  $p=0,001$ ), середнє значення за шкалою САТ зросло на 30,0% (з  $(24,0\pm 1,5)$  до  $(16,8\pm 1,1)$  бали,  $p<0,001$ ), середнє значення ОФВ<sub>1</sub> зросло з  $(45,5\pm 2,8)\%$  до  $(47,9\pm 2,9)\%$ , що відповідало підвищенню на 5,3% від початкового показника,  $p<0,001$ . В ГП динаміка цих показників не була статистично вірогідною,  $p>0,05$ . Також спостерігалось вірогідне зниження поширеності соматопсихічних синдромів (невротизації на 43,2% ( $p=0,006$ ), реактивної тривожності – на 62,2% ( $p=0,003$ ), особистісної тривожності – на 46,0% ( $p=0,037$ ) та депресивних станів – на 24,3%) порівняно з групою порівняння.

**Висновки.** Включення фенібуту до лікування хворих на ХОЗЛ потенціює ефекти базисної терапії за рахунок вірогідно швидшої регресії соматичних, клініко-функціональних та психоемоційних характеристик пацієнтів, покращує рівень контролю над ХОЗЛ в 30-денний термін. Комплексний режим терапії хворих на ХОЗЛ із включенням фенібуту веде до покращення перебігу захворювання за рахунок зниження виразності клінічної симптоматики та поліпшенням показників бронхіальної прохідності.

В.О. Дроворуб, О.Н. Винокурова

## ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА APRI В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Кафедра инфекционных болезней

В.Н. Козько (д.мед.н., проф.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

**Актуальность:** Прогнозировать течение хронического гепатита С (ХГС), своевременно назначать этиотропную и патогенетическую терапию, проводить оценку ее эффективности невозможно без оценки стадии фиброза. Именно тяжесть фиброза определяет прогноз и сроки выживаемости больных. Поэтому в настоящее время актуально применение неинвазивных методов диагностики фиброза, например индекс APRI, который имеет ряд преимуществ: простота, дешевизна, информативность на любой стадии фиброза.

**Цель:** Установление у больных ХГС возможности использования индекса APRI для определения активности фиброза печени.

**Материалы и методы:** Под наблюдением находилось 79 больных ХГС. Всем пациентам проводился GenoFibroTest для оценки стадии фиброза печени (по шкале METAVIR). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия t Стьюдента, в том числе для малых выборок, коэффициента корреляции и метода наименьших квадратов. Тест APRI рассчитывали по формуле  $APRI = (ACT) \text{ аспартатаминотрансфераза (верхний предел нормы для ACT) / тромбоциты (10}^9\text{/л)} \times 100$ .

**Результаты и их обсуждение:** Стадия фиброза F0 диагностирована у 37 (46,8 %) больных, F1 – у 9 (11,4 %), F2 – у 13 (16,5 %), F3 – у 7 (8,8 %), F4 – у 13 (16,5 %) пациентов. Генотипы HCV 1b встречался у 67 (84,8 %), 3a – у 11 (13,9 %), 2 – у 1 (1,3 %) обследованных больных. Гомозиготный генотип рецептора IL-28 b C/C выявлен у 21 (26,5%), T/T – у 16 (20,3 %), гетерозиготный C/T – у 42 (53,2 %) пациентов. Были проведены исследования на наличие зависимости между F и APRI. Коэффициент корреляции составил  $r=0,5509$ , то есть выявлена средней силы прямая зависимость. Мы рассмотрели данную связь, используя аппроксимирующие функции, построенные с помощью метода наименьших квадратов. Выявлено, что диапазон значений APRI в интервале от 0 до 1 соответствует начальной стадии фиброза F0–F1 (с вероятностью 81 %), а значение APRI выше 1 свидетельствует об умеренном, выраженном или тяжелом фиброзе F2–F4 (с вероятностью более 75 %).

**Выводы:** Тест APRI может быть использован как дополнительный показатель для оценки стадии фиброза печени у больных ХГС. Диапазон значений этого показателя от 0 до 1 свидетельствует об отсутствии или минимальной активности процесса F0–F1, выше 1 – об умеренном, выраженном или тяжелом фиброзе F2–F4.

О.С. Ковальчук, І.О. Какарькіна

## ВПЛИВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Я. Какарькін (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За останні роки захворюваність на рак молочної залози (РМЗ) стрімко зростає в усьому світі і

займає провідне місце серед всіх онкозахворювань. В Україні щороку реєструється до 16 тис. жінок із РМЗ. Більшість з хворих жінки працездатного віку. Сучасний комплекс лікування РМЗ, який включає в себе хірургічні, хіміотерапевтичні та променеві методи, дозволяє значно покращити виживаність і подовжити життя хворих. Тому особливого значення набуває реабілітація пацієнтів і повернення їх до нормального життя і праці. В цьому аспекті психосоціальна реабілітація відіграє вагомий роль.

**Мета:** Оцінити загальний, фізичний та емоційний стан пацієнток, в залежності від об'єму хірургічного лікування, для визначення напрямів їх подальшої реабілітації.

**Матеріали і методи:** Проведено анкетування 102 пацієнток, які проходили лікування в Подільському регіональному центрі онкології в 2017-2018 рр. Анкети було складено у відповідності з рекомендаціями EORTC QLQ. Жінок було поділено на дві групи залежно від об'єму оперативного втручання: хворі, яким виконана радикальна мастектомія (РМЕ) - 54 особи; хворі, яким виконана квадрантектomia (КВЕ) - 48. За віком, стадією процесу, соціальним статусом хворих групи вірогідно не відрізнялись, що може свідчити про репрезентативність отриманих результатів.

**Результати:** Психоемоційний стан хворих на РМЗ суттєво залежить від їх фізичного стану. Радикальна мастектомія призводить до більш значного погіршення фізичного стану хворих ніж радикальна квадрантектomia. Так у хворих з РМЕ порушення працездатності різного ступеня відмічалось у 100% пацієнток проти 85,7% пацієнток які перенесли КВЕ. Лімфедема зустрічалась у 61,5% хворих після РМЕ та у 57,1% після КВЕ. Порушення рухів в плечовому поясі відмічали 61,4% після РМЕ, і 57,2% після КВЕ. Відсутність грудної залози після РМЕ значно вплинула на оцінку хворими їх соціального статусу. Так хворих після РМЕ значною мірою турбував їх зовнішній вигляд (53,8% проти 42,9% хворих після КВЕ). Як наслідок після РМЕ важко було зустрічатися з друзями та виходити на люди 23% опитаних, а після КВЕ – лише 14,3%. Відчуття невдоволення життям у пацієнток з РМЕ склало 38,5%, тоді як у хворих з КВЕ – 14,3%. Соціальний статус жінок мав суттєвий вплив на їх психоемоційний стан, що проявлялося наявністю відчуття тривоги: після РМЕ у 69,2%, а після КВЕ – у 57,1%; роздратування – після РМЕ - 46,2%, після КВЕ – 42,9%, та пригнічення, яке відмічали 61,5% пацієнток з РМЕ та 57,1% з КВЕ відповідно.

**Висновки:** Оперативне втручання має суттєвий вплив на соціальний та психоемоційний стан жінок, вираженість якого після РМЕ значно вища, ніж після КВЕ. Відповідно, існує потреба в розробці комплексу реабілітаційних заходів, особливо для хворих з перенесеною РМЕ.

В.Л.Лісовський

## ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА АПО Е ЯК МОЖЛИВИЙ ФАКТОР ВИЗНАЧЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, МЕШКАНЦІВ ПОДІЛЛЯ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

В.М.Жебель, (д.мед.н, проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, Вінниця, Україна

**Актуальність:** Апо Е є основним лігандом для двох рецепторів - рецептора ліпопротеїну низької щільності (ЛПНЩ) (також відомий як рецептор В / Е) та ремнантних рецепторів хіломікронів. Координаційна взаємодія цих ліпопротеїнових комплексів з їх рецепторами є основою регулювання метаболізму холестерину. Як відомо, алельні варіації гена Апо Е послідовно асоціюються з концентрацією загального холестерину, холестерину ЛПНГ та Апо В. Останній є основним білком ЛПНЩ, ЛПДНГ та хіломікронів. Тобто, наявність проатерогенної дисліпопротеїнемії при носійстві поліморфних генів Апо Е може стати фактором сприяння росту серцево-судинного ризику у хворих з гіпертонічною хворобою (ГХ). Перше дослідження, присвячене цьому питанню у мешканців Поділля було започатковане у 2015 році.

**Мета:** визначення співвідношення показників ліпідного спектра у плазмі крові чоловіків з гіпертонічною хворобою, мешканців Подільського регіону України, носіїв різних генотипів АпоЕ.

**Матеріали та методи:** обстежено 79 чоловіків без ознак серцевосудинної патології (контрольна група) у віці 40-60 років та 62 пацієнта з ГХ. Генотипування проводили з використанням полімеразної ланцюгової реакції, визначення спектру ліпідів - на біохімічному аналізаторі за допомогою ферментативного колориметричного методу.

**Результати:** серед обстежених виявлено 3 поліморфних генотипи: Е2Е3, Е3Е3, Е3Е4. Частота реєстрації визначених генотипів у пацієнтів з ГХ не мала значних відмінностей від здорових чоловіків того ж віку, найпоширенішим був Е3Е3. У осіб, що увійшли в контрольну групу показники спектру ліпідів знаходились в межах вікових норм, однак носіїв генотипів Е3Е3 та Е3Е4 визначалась більша концентрація холестерину ЛПНГ, холестерин ЛПДНГ. У всіх пацієнтів з ГХ визначено проатерогеннізуви у спектрі ліпідів, в той же час, як і в контрольній групі найвиразніші зміни спостерігались при реєстрації генотипів Е3Е3 та Е3Е4: концентрації холестерину ЛПНГ ( $3,99 \pm 0,09$ ;  $4,14 \pm 0,26$  ммоль / л) і ЛПДНГ-холестерин ( $1,68 \pm 0,03$ ;  $1,59 \pm 0,1$  ммоль / л), концентрації холестерину ЛПВП ( $0,99 \pm 0,03$ ;  $1,01 \pm 0,08$  ммоль / л), відповідаючи II класу дисліпідемій за Фрідеріксоном і відповідно відрізнялись від показників носіїв Е2Е3 ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** У пацієнтів з ГХ, які є носіями генотипів Апо Е у варіантах Е3Е3, Е3Е4,



можна очікувати проатерогенні зміни у спектрі ліпідів, що сприяють зростанню рівня серцево-судинного ризику.

В.П. Іванов, М.О. Колесник, О.М. Колесник

### КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИСТОЛІЧНОЮ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОРУШЕНЬ ОБМІНУ ЗАЛІЗА. ЕФЕКТИВНІСТЬ ФЕРОТЕРАПІЇ

Кафедра внутрішньої медицини №3

В.П. Іванов (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Залізодефіцит (ЗД) при хронічній серцевій недостатності (ХСН) супроводжується порушенням працездатності, виникненням функціональних розладів в органах і системах, погіршенням симптоматики, збільшенням кількості госпіталізацій, розвитком резистентності до стандартної терапії ХСН та збільшенням загальної і серцево-судинної смертності. Саме тому ЗД є новою терапевтичною мішенню у пацієнтів із ХСН, а особливо в контингенту хворих із систолічною дисфункцією.

**Мета:** Порівняти основні клініко-інструментальні показники пацієнтів із систолічною ХСН і супутнім ЗД та без нього, а також оцінити клінічну ефективність та вплив феротерапії на стан серцево-судинної системи у пацієнтів із супутнім ЗД.

**Матеріали і методи:** Досліджено 90 пацієнтів із ХСН II-III ФК за NYHA з фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) <40%, гіпертензивної та ішемічної етіології. Серед обстежених 76,7% (n=69) пацієнтів чоловічої статі. Вік хворих від 51 до 78 років. Критеріям ЗД відповідали показники сироваткового феритину < 100 нг/мл (абсолютний ЗД) та 100-299 нг/мл при насиченні трансферину залізом (НТЗ) < 20% (функціональний ЗД). Анемію (маніфестний ЗД) діагностували при зниженні рівня гемоглобіну (Hb) < 130 г/л у чоловіків і < 120 г/л у жінок. Усім пацієнтам виконано загально-клінічне обстеження, ЕКГ, Ехо-КГ, тест з 6-хвилинною ходьбою та оцінка якості життя (ЯЖ) за шкалою MLHFQ. Пацієнти із ЗД і залізодефіцитною анемією (ЗДА) додатково до стандартного лікування отримували перорально сульфат заліза в дозі 320 мг, по 2 таблетки на добу упродовж 6-ти місяців.

**Результати:** В групах із ЗД та ЗДА, а також в групі без ЗД не виявлено достовірної різниці клініко-демографічних показників – таких як, вік, стать, систолічний артеріальний тиск, наявність перенесеного інфаркту та фібриляції передсердь. Однак у пацієнтів із ЗД та ЗДА достовірно частіше спостерігався цукровий діабет (ЦД) II типу та III ФК ХСН. За результатами ЕхоКГ виявлено, що в групах із порушеннями обміну заліза достовірно переважав ексцентричний тип гіпертрофії ЛШ (у групі ЗД 60%, ЗДА 76,7%, без ЗД 53,3%). При оцінці ЯЖ за MLHFQ у пацієнтів із ЗД та ЗДА визначали достовірно гірші показники порівняно з групою без ЗД (50,22±1,19 і 51,6±1,54 проти 41,88±1,18 відповідно, p<0,01). При проведенні 6 місячної феротерапії виявлено, що у групі з ЗД середній рівень сироваткового заліза підвищився з 8,2±0,3 до 21,±1,2 мкмоль/л, p<0,01, а також збільшилась середня пройдена дистанція за тестом з 6-хвилинною ходьбою з 216,6±6,0 до 305,5±8,3 м, p<0,01. У пацієнтів із супутньою ЗДА рівень Hb підвищився на 31,3% від вихідного середнього значення (з 104,2±1,4 г/л до 136,8±1,2 г/л) та збільшилась середня пройдена дистанція за тестом з 6-хвилинною ходьбою з 205,7±9,2 до 318,3±8,1 м). Крім того в групах із ЗД та ЗДА відмічалось достовірне покращення показників ЯЖ, а також збільшення ФВ ЛШ на 12,5% і 16,2% відповідно.

**Висновки:** ЗД та ЗДА у пацієнтів із систолічною ХСН асоціюється з вищим ФК, наявністю ЦД, зниженням ЯЖ та загалом гіршим клінічним станом. Тривала 6 місячна феротерапія сульфатом заліза істотно поліпшує ЯЖ, клінічний і функціональний стан пацієнтів з систолічною ХСН та коморбідним ЗД незалежно від наявності анемії.

Т.П. Камлук

### РІВЕНЬ ГАЛЕКТИНУ – 3 У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ У ГЕНДЕРНО – ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Кафедра терапії з курсом загальної практики – сімейної медицини ФПО

В.П. Іванов (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Хмельницький, Україна

**Актуальність.** На сьогоднішній день артеріальна гіпертензія (АГ) є одним із найпоширеніших захворювань, що нерідко призводить до інвалідизації населення і розвитку великої кількості різних серцево – судинних ускладнень (насамперед інсульту та інфаркту міокарда), в тому числі і фатальних. Частота АГ – асоційованих ускладнень, таких як інсульт та інфаркт міокарда в українській популяції, у порівнянні з країнами Євросоюзу, є найвищою і продовжує прогресивно зростати. У зв'язку з цим АГ виведена у розряд пріоритетних проблем практичної охорони здоров'я, а вивчення різних аспектів цієї проблеми має величезну практичну значимість. Саме тому, вивчення патогенетичних ланок формування АГ, а саме галектину – 3 – потужного гуморального

чинника, який володіє профіброгенною дією, активує та прискорює процеси фіброзування та в певній мірі сприяє структурній перебудові серця і судин, виглядає достатньо перспективно.

**Мета:** Визначити плазмовий рівень галектину – 3 у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в залежності від віку та статі.

**Матеріали і методи:** У дослідження включено 80 пацієнтів із ГХ II стадії у незалежності від ступеня віком від 18-60 років. Серед обстежених I групу склали жінки молодого віку від 18-44 років (n=20), середній вік 34,6±0,34 років, II групу жінки середнього віку віком від 45-60 років (n=20), середній вік 53,1±0,56 років, відповідно III групу склали пацієнти чоловічої статі віком молодого віку від 18-44 років (n=20), середній вік 36,5±0,44 років, IV групу – чоловіки середнього віку від 45-60 років (n=20), середній вік 52,45 ±0,46 років.

**Результати:** Отримані дані продемонстрували наступне–рівень плазмової концентрації галектину-3 у жінок з ГХ II стадії середнього віку був достовірно більший 3,04±1,47 нг/мл ніж рівень галектину – 3 у жінок з ГХ II стадії молодого віку 1,76±0,52 нг/мл (p≤0,05). У чоловіків середнього віку хворих на ГХ II стадії рівень галектину – 3 становив 2,44±1,29 нг/мл, що був достовірно вищим ніж у пацієнтів чоловічої статі молодого віку 1,82±0,57 нг/мл (p≤0,05). При порівнянні плазмової концентрації галектину – 3 між статтями, встановлено, що рівень галектину – 3 у жінок як молодого, так і середнього віку достовірно більший ніж у чоловіків відповідного віку (p≤0,05).

**Висновки:** В ході дослідження було встановлено, що рівень галектину – 3 різниться як по віку, так і по статті, тому представляє інтерес подальше вивчення та визначення прогностичної та інформативної цінності рівня галектину – 3 для з'ясування тяжкості структурного ремоделювання серця і судин, перебігу АГ, стратифікації хворих.

О.М. Казмірчук, М.В. Пилипчук

## АНАЛІЗ СТАНУ ЗАХВОРИЯНОСТІ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ У М. ВІННИЦІ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДОРΟΣЛИХ НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Гнатюк О.А. (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема гострих кишкових інфекцій, в тому числі і сальмонельозу, залишається важливою, оскільки рівень захворюваності залишається стабільно високим. В Україні сальмонельоз складає 7,3%, а у Вінниці цей показник у 2017 році склав 5,1% від усіх гострих кишкових інфекцій. VIII з'їзд інфекціоністів України, показав, що сучасна актуальність сальмонельозу обумовлена глобальним його поширенням, зростанням захворюваності навіть у розвинених країнах, частими спалахами і можливою летальністю.

**Мета:** оцінка динаміки захворюваності на сальмонельоз, проаналізувати структуру сальмонельозних інфекцій у 2014-2017 рр. м. Вінниця.

**Матеріали та методи:** аналіз наявних даних статистичних звітів санітарно-епідеміологічної служби м. Вінниця, даних бактеріологічної лабораторії МКЛ №1 та ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, які були госпіталізовані до інфекційного відділення МКЛ №1 з діагнозом «сальмонельоз».

**Результати:** Нами було виявлено, що до 2016 року у м. Вінниця спостерігалось підвищення захворюваності на сальмонельоз, тоді як у 2016 і 2017 роках кількість випадків знизилась майже вдвічі (147 та 89 випадків відповідно). У рід *Salmonella* згідно з сучасними класифікаціями, входять 2 види: *Salmonella bongori* (непатогенна для людини) та *Salmonella enterica* (патогенна для людини). Підвид *Salmonella enterica enterica* включає серогрупи А, В, С, D, Е. За даними посіви баклабораторії МКЛ №1 було встановлено, що в етіологічній структурі сальмонельозу 2014-2017 рр. у м. Вінниця переважали сальмонели серогрупи D (діапазон 57-87%). Питома вага *S. enteritidis* коливалась в межах 15-36%. Частка *S. typhimurium*, яка належить до серогрупи В, хоч і була значно меншою, проте спостерігався пік її поширеності у 2015 році (42%), а в середньому - 26%. Сальмонели з серогрупи А, з якої найбільш відомою є *paratyphi A*, не виділялись зовсім, питома вага серотипів *infantis* та *newport* коливалась в межах 5-7%. Таким чином, на сучасному етапі при переважанні в цілому *S. enteritidis* в етіологічній структурі сальмонельозу не тифоїдної групи, спостерігалось зростання питомої ваги *S. blegdam* (з 41% до 71%). При аналізі результатів дослідження на чутливість збудника до антибіотиків, було встановлено, що частка стійких сальмонел зменшилась з 3,5% (2014 р.) до 2% (2017 р.). Проте не встановлено взаємозв'язку між видом роду *Salmonella* та чутливістю до певних груп антибактеріальних препаратів.

При опрацюванні історій хвороб пацієнтів із сальмонельозом в інфекційному відділенні МКЛ №1, найчастіше зустрічались *S. enteritidis* та *S. blegdam*. Лікарська тактика, яка застосовувалась щодо призначення етіотропної терапії, включала призначення фторхінолону, який був ефективним по відношенню до збудника. Також призначались дезінтоксикаційна терапія, ентеросорбенти, пробіотик.

**Висновки:** Протягом останніх років у м. Вінниця спостерігалась тенденція до збільшення випадків сальмонельозу, проте у 2016 році ситуація стабілізувалась. Аналіз етіологічної структури показує, що циркулюючими домінуючими штамами є *S. enteritidis* (15-36%) та *S. blegdam* (її частка зросла з 41% до 71%).

Встановлено, що чутливість сальмонел не залежить від виду сальмонел. Проте сальмонельоз продовжує залишатися важливою проблемою, що вимагає пильного епідеміологічного нагляду з боку фахівців.

Д. М. Козюк, К. Д. Чічирельо-Константинович

## РОЛЬ ВЕБ-ІНФЕКЦІЙ В ГЕНЕЗІ ЗЛОЯКІСНИХ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИХ СИНДРОМІВ: КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР

Л. В. Мороз (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** Вірус Епштейн-Барра (ВЕБ) займає важливе місце в структурі інфекційних захворювань герпесвірусної етіології [Саков В. А., 2013]. Незважаючи на високу розповсюдженість (~70% популяції планети) [L. Chiche et al., 2011], своєчасна діагностика наразі залишається значною клінічною проблемою через особливості клінічного перебігу та малоінформативний підхід в специфічній діагностиці. Крім того, ВЕБ-інфекція може не лише супроводжувати, а й слугувати самостійним підґрунтям злоякісного лімфопроліферативного синдрому (ЛПС) внаслідок спотвореної імунореактивності уражених клітин-мішеней та пригнічення апоптозу. Дослідження описує 3 тип ВЕБ-латенції в лімфобластодібних клітинах та В-лімфомах в умовах вираженого імунodefіциту. Експресія генів ВЕБ націлена на В-тип клітинного лімфогенезу та реалізується шляхом активації 6 онкобілків. Вірусна латенція провокує онкопатологію в сукупності з генетично детермінованою схильністю, факторами зовнішнього середовища (екологічні умови, харчування, паління) та порушенням імунологічного гомеостазу.

**Мета:** Визначити особливості взаємообтяжливого перебігу 3 типу ВЕБ-латенції та коморбідного ЛПС на прикладі власного спостереження у пацієнта з ВЕБ-асоційованою лімфомаю з подальшою оптимізацією діагностично-лікувального підходу щодо курації даної когорти хворих.

**Методи дослідження:** Проаналізовано медичну карту стаціонарного хворого Д., який перебував на стаціонарному лікуванні у Вінницькій МКЛ №1, Вінницькому онкологічному диспансері з ЛПС, асоційованим з ВЕБ.

**Результати:** На тлі хронічної часто рецидивуючої ВЕБ-інфекції спостерігався розвиток ангіобластної неходжкінської лімфоми, реактивний метастатичний гепатит, ендогенна інтоксикація, імунodefіцит-асоційований пневмоніт з летальним наслідком. Захворювання мало прогресуючий (протягом 2 років) злоякісний перебіг. При аутопсії діагностовано злоякісну В-клітинну неходжкінську лімфому, ІV стадія (превалювання атипичних дендритних клітин та клітин Березовського-Штенбернга). Дані гістологічні зміни розвинулись на тлі високого рівня сероконверсії по ВЕБ, що потребує дообстеження на Х-зчеплену лімфопроліферативну хворобу Дункана (дослідження точкових мутацій в гені LMP ВЕБ).

**Висновки:** Отже, у хворого прослідковується ІІІ тип активної латенції ВЕБ-інфекції, що слугував підґрунтям для імуносупресивної модуляції онкогенного спрямування з летальним наслідком. Отримані дані підтверджують доцільність ранньої специфічної діагностики ВЕБ-інфекції, визначення мутації гену, виявлення точкових мутацій в гені LMP ВЕБ, які ймовірно матимуть прогностичне значення для перебігу ВЕБ-асоційованих коморбідних захворювань для даної когорти пацієнтів.

В. Л. Кобець

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ БОКСЕРІВ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т. В. Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Енцефалопатія боксерів (dementiapugilistica) — окрема форма посттравматичного паркінсонізму, що викликається повторюваними легкими травмами голови. Енцефалопатія боксерів виділена в окремий вид захворювання, яке найчастіше проявляється у професійних боксерів через кілька місяців, років або десятиліть після завершення кар'єри. Але іноді перші симптоми з'являються у боксера, який продовжує спортивну діяльність, змушуючи його покинути ринг.

**Мета:** вивчення особливостей клінічної картини енцефалопатії боксерів.

**Матеріали та методи:** використовувались емпіричні (вивчення наукової літератури, сортування медичної документації, опис) та статистичні методи (реєстрування, порівняння, математичний аналіз).

**Результати:** В основі патогенезу даного захворювання лежить регулярна ударна дія ззовні, що призводить до поступової структурної зміни аксонів, а в подальшому – розвиток мікротравм і розриву малого калібру судин. Поступово розвиваються вогнища ішемії і дистрофії в окремих ділянках мозку. Клінічні ознаки енцефалопатії виявляються у 37-60% професійних боксерів, частіше всього має місце односторонній процес ураження. Характерною є поява симптомів даного захворювання в певній послідовності: 1 - уповільнення рухів (особливо

при ходьбі); 2 - поява тремору (найчастіше у верхніх кінцівках); 3 - неврологічні розлади (головні болі, порушення сну, різка зміна настрою, слабодухість); 4 - розумові та інтелектуальні здібності у більшості випадків зберігаються.

**Висновки:** Розвиток захворювання, його прогрес, інтенсивність і тяжкість симптомів знаходяться в повній залежності від тривалості спортивної кар'єри, кількості поєдинків і їх результатів. Найголовнішим завданням для лікаря є диференційна діагностика між енцефалопатією боксерів і хворобою Паркінсона, особливо коли йде мова про боксерів, котрі покинули професійний спорт декілька років тому. Виражений тремор рук (особливо, якщо це двосторонній процес) вказує більше на паркінсонізм, хоча може мати місце і енцефалопатія боксерів.

Д. М. Козюк, К. Д. Чічирельо-Константинович

## РОЛЬ ВЕБ-ІНФЕКЦІЙ В ГЕНЕЗІ ЗЛОЯКІСНИХ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИХ СИНДРОМІВ: КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР

Л. В. Мороз (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** Вірус Епштейн-Барра (ВЕБ) займає важливе місце в структурі інфекційних захворювань герпесвірусної етіології [Ісаков В. А., 2013]. Незважаючи на високу розповсюдженість (~70% популяції планети) [L. Chiche et al., 2011], своєчасна діагностика наразі залишається значною клінічною проблемою через особливості клінічного перебігу та малоінформативний підхід в специфічній діагностиці. Крім того, ВЕБ-інфекція може не лише супроводжувати, а й слугувати самостійним підґрунтям злоякісного лімфопроліферативного синдрому (ЛПС) внаслідок спотвореної імунореактивності уражених клітин-мішеней та пригнічення апоптозу. Дослідження описує 3 тип ВЕБ-латенції в лімфобластоїдних клітинах та В-лімфомах в умовах вираженого імунодефіциту. Експресія генів ВЕБ націлена на В-тип клітинного лімфогенезу та реалізується шляхом активації 6 онкобілків. Вірусна латенція провокує онкопатологію в сукупності з генетично детермінованою схильністю, факторами зовнішнього середовища (екологічні умови, харчування, паління) та порушенням імунологічного гомеостазу.

**Мета:** Визначити особливості взаємообтяжливого перебігу 3 типу ВЕБ-латенції та коморбідного ЛПС на прикладі власного спостереження у пацієнта з ВЕБ-асоційованою лімфомаю з подальшою оптимізацією діагностично-лікувального підходу щодо курації даної когорти хворих.

**Методи дослідження:** Проаналізовано медичну карту стаціонарного хворого Д., який перебував на стаціонарному лікуванні у Вінницькій МКЛ №1, Вінницькому онкологічному диспансері з ЛПС, асоційованим з ВЕБ.

**Результати:** На тлі хронічної часто рецидивуючої ВЕБ-інфекції спостерігався розвиток ангіобластної неходжкінської лімфоми, реактивний метастатичний гепатит, ендогенна інтоксикація, імунодефіцит-асоційований пневмоніт з летальним наслідком. Захворювання мало прогресуючий (протягом 2 років) злоякісний перебіг. При аутопсії діагностовано злоякісну В-клітинну Неходжкінську лімфому, IV стадія (превалювання атипичних дендритних клітин та клітин Березовського-Штенбернга). Дані гістологічні зміни розвинулись на тлі високого рівня сероконверсії по ВЕБ, що потребує дообстеження на Х-зчеплену лімфопроліферативну хворобу Дункана (дослідження точкових мутацій в гені LMP ВЕБ).

**Висновки:** Отже, у хворого прослідковується III тип активної латенції ВЕБ-інфекції, що слугував підґрунтям для імуносупресивної модуляції онкогенного спрямування з летальним наслідком. Отримані дані підтверджують доцільність ранньої специфічної діагностики ВЕБ-інфекції, визначення мутації гену, виявлення точкових мутацій в гені LMP ВЕБ, які ймовірно матимуть прогностичне значення для перебігу ВЕБ-асоційованих коморбідних захворювань для даної когорти пацієнтів.

Кострубська Т.М.

## НЕЗАЛЕЖНІ ПРЕДИКТОРИ КАРДІОПРОТЕКТИВНОГО ЕФЕКТУ КОМБІНАЦІЙ РАМПРИЛУ З ІНДАПАМІДОМ В ЧОЛОВІКІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Кафедра внутрішньої медицини №3 ВНМУ ім. М.І. Пирогова

В.П.Іванов (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, м.Луцьк Україна

**Актуальність:** Артеріальна гіпертензія (АГ) – найбільш поширена хронічна патологія в осіб старше 60-и років. Велику увагу приділяють комбінаціям антигіпертензивних препаратів, які володіють високою антигіпертензивною, органопротективною ефективністю.

**Мета:** Підвищення ефективності лікування чоловіків із ГХ II стадії старше 60-и років, оцінки клінічної, кардіопротекторної (КПЕ) ефективності комбінацій іАПФ рамприлу з індапамідом та визначення предикторів

їх ефективності.

**Матеріали та методи:** дослідження проводилось на базі Луцького військового госпіталю. Було обстежено 90 чоловіків із ГХ II стадії віком від 60 до 89 (в середньому  $72,54 \pm 0,77$ ) років та відносно здорових чоловіків від 60 до 83 (у середньому  $70,91 \pm 1,38$ ) років.

**Результати:** Максимальна величина КПЕ склала 88 і мінімальна  $-(-9)$  при середній  $-42,4$ , медіана показника  $-43,5$  і інтерквартильний розмах  $-26,5$  і  $55,0$ . Звертало увагу, що лише в 1 (2,2%) випадку, не дивлячись на досягнення цільового рівня АТ, визначали негативні зміни (КПЕ $=-9$ ) кардіогемодинаміки на тлі застосування комбінацій раміприлу з індапамідом. У якості незалежних предикторів КПЕ комбінацій раміприлу з індапамідом в чоловіків із ГХ похилого і старечого віку слід було розглядати: необхідність додаткового застосування амлодипіну в дозі 5-10 мг/добу ( $\beta = -0,24$ ,  $p = 0,046$ ); тривалість гіпертензивного анамнезу в роках ( $\beta = -0,36$ ,  $p = 0,003$ ); величину іММЛШ в  $\text{г/м}^2$  ( $\beta = 0,34$ ,  $p = 0,004$ ); величину середнього офісного ДАТ в мм рт. ст. на момент початку дослідження ( $\beta = -0,35$ ,  $p = 0,004$ ) і величину розміру ПШ при вихідному ЕхоКГ-дослідженні в мм ( $\beta = -0,31$ ,  $p = 0,009$ ). Спостерігалось, що лише один предиктор (величина іММЛШ) мав прямий позитивний регресійний зв'язок з вихідним параметром (позитивний знак  $\beta$ -коефіцієнту), в той час як інші предиктори – негативні. Виходячи з цього слід було думати, що висока вихідна величина іММЛШ ( $> 128 \text{ г/м}^2$ ) передбачає збільшення апіорного КПЕ раміприлу+індапаміду. З іншого боку апіорне КПЕ раміприлу+індапаміду буде зменшуватись у випадках, де в якості досягнення цільового рівня АТ виникає необхідність додаткового використання амлодипіну в дозі 5-10 мг/добу, у випадках тривалого антигіпертензивного анамнезу ( $> 14$  років), при високому рівні офісного ДАТ ( $> 102$  мм рт. ст.) і наявності дилатації ПШ ( $> 33$  мм) за даними вихідного ЕхоКГ-дослідження. КПЕ раміприлу+індапаміду буде зменшуватись у разі більш стійкого підвищення АТ. Крім того апіорне КПЕ раміприлу+індапаміду зменшується при наявності дилатації ПШ і більш тяжких порушень гемодинаміки.

**Висновки:** Результати оцінки інформативності прогнозування переконливого апіорного КПЕ (розглядали у разі  $\text{КПЕ} > 44$ ) показали, що серед двох чинників найбільшою інформативністю володіла комбінація АГ-анамнез  $< 14$  років + ДАТ  $< 102$  мм рт. ст. ( $\text{ВШП} = 1,48$ ), серед трьох - АГ-анамнез  $< 14$  років + ДАТ  $< 102$  мм рт. ст. + іММЛШ  $> 128 \text{ г/м}^2$  ( $\text{ВШП} = 2,74$ ) і серед чотирьох - АГ-анамнез  $< 14$  років + ДАТ  $< 102$  мм рт. ст. + іММЛШ  $> 128 \text{ г/м}^2$  + ПШ  $< 33$  мм ( $\text{ВШП} = 3,54$ ). Застосування комбінації із всіх п'яти виявлених предикторів володіло максимальною інформативністю прогнозування переконливого КПЕ ( $\text{ВШП} = 4,80$ ).

А.О. Костюков

#### СУЧАСНІ АЛГОРИТМИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ СТРАВОХОДУ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

А.А. Ткач (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Незважаючи на тенденцію до зниження захворюваності раком стравоходу в нашій країні, проблема своєчасної діагностики та адекватного лікування даного захворювання залишається актуальною. Захворюваність на рак стравоходу в Україні становила 3,42 на 100 тис. населення, смертність - 3,3 на 100 тис. Незважаючи на вдосконалення променевої терапії, появу нових протипухлинних препаратів і схем їх застосування, домогтися одужання при використанні тільки консервативних варіантів протипухлинного лікування вдається лише у незначній частині хворих на рак стравоходу I-II стадії, що робить хірургічний метод основним в лікуванні хворих на рак стравоходу. Гостроактуальними залишаються проблеми виконання оптимального хірургічного доступу, визначення рівня резекції органа і адекватності обсягу втручання на лімфоколекторах.

**Мета:** Дослідження сучасних алгоритмів хірургічного лікування раку стравоходу.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано методику виконання оперативних втручань на різних відділах стравоходу, різні методи хірургічного доступу, варіанти накладання стравохідних анастомозів, варіанти пластичного заміщення видаленого стравоходу, результати хірургічного лікування раку стравоходу в торакальному відділенні Подільського регіонального центру онкології.

**Результати:** При раку стравоходу стандартом хірургічного лікування є операції: по типу Люїса, по типу Гарлока та ектирпація стравоходу з шийним езофагогастроанастомозом. У разі доведеної відсутності ураження лімфатичного апарату середостіння при раку шийного відділу стравоходу виконується трансхіатальна ектирпація. Високий потенціал раннього лімфогенного метастазування та гіподіагностика макроскопічної оцінки ураження лімфатичних вузлів визначають необхідність стандартизації методики виконання профілактичної розширеної лімфодисекції незалежно від локалізації пухлини в грудному відділі стравоходу. При нерезектабельному раку стравоходу оптимальним паліативним втручанням для зменшення дисфагії у хворих занедбанним раком стравоходу є встановлення пластикових саморозширювальних стентів. Операція стравохідного шунтування - найкраща альтернатива гастростомії, відносно безпечний, функціональний та косметично вигідний вид хірургічного втручання - повинна виконуватися як метод, що передбачає найвищий рівень якості життя пацієнта.

**Висновки:** Отже, на даному етапі розвитку спеціалізованої допомоги хворим на рак стравоходу провідним методом лікування продовжує залишатися хірургічний, що є підставою для всебічного вивчення комплексного підходу до лікування, спрямованого на пошук оптимального доступу до пухлини, створення надійного стравохідно-шлункового анастомозу та інтраопераційної абластики, спрямованої на попередження дисемінації ракових клітин.

**Б. І. Кохан, Р.О. Картелян, К.В. Коломієць**  
**ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ВІКУ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В.Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Клімакс - період в житті біологічної особини, що характеризується інволюцією, згасанням функції статевої системи, що відбувається в зв'язку з віковими змінами. По відношенню до жінок також вживають термін менопауза. Під час цього періоду життя відбувається зниження рівня естрогенів і прогестерону, які мають вплив на функціонування різних органів та систем, у тому числі забезпечують регуляцію артеріального тиску. Жінка відчуває «припливи» тепла, спостерігається пітливість, погіршення сну, роздратованість, серцебиття, зміна настрою. Тому важливо дослідити, як саме клімактеричний вік впливає на артеріальний тиск жінки та яким чином попередити розвиток можливих ускладнень та покращити якість життя.

**Мета:** проаналізувати вплив клімаксу на артеріальний тиск жінок, встановити особливості АГ від стадії клімаксу та з'ясувати, які саме комбінації препаратів найбільш ефективні при лікуванні даного виду АГ.

**Матеріали та методи:** анкетування жінок та чоловіків віком 35-70 років, аналіз даних добового моніторингу АТ, ЕКГ, ехокардіографічних даних, ІМТ, лабораторних даних та статистична обробка отриманих результатів.

**Результати:** Обстежено 76 чоловіків та 154 жінки у віці від 35 до 72 років. Серед жінок 108 мали АГ 1-3 ступеня, а у 36 жінок клімакс протікав без АГ. У залежності від наявності АГ і фази клімаксу всі обстежені були поділені на групи: групу 1 склали 58 жінок з АГ в пременопаузі, групу 2- 60 жінок в постменопаузі, групу 3 і 4 склали жінки без АГ в пременопаузі(19), і постменопаузі(17). Всім жінкам було проведено анкетування, яке передбачало собою визначення ступеня артеріальної гіпертензії та час виникнення, вираженість клімактеричного синдрому та зв'язок виникнення підвищеного тиску з проявами клімаксу. Проаналізувавши отримані дані, були проведені відповідні висновки: АГ частіше визначалася у жінок з вираженими симптомами клімактеричного синдрому (85,1%), ніж у жінок без виражених проявів (62,4 %), що свідчить про негативний вплив гормонального дисбалансу на артеріальний тиск. Підвищений АТ спостерігався у 52% жінок віком 55-64 років, та у 67% жінок віком старше 65 років. Підвищення САТ у осіб до 40 років більш виражене у чоловіків, у віці старше 60 років- у жінок. Із всіх обстежених, 55% осіб із підвищеним АТ- це жінки постменопаузального періоду .

**Висновки:** найвищі показники тиску спостерігались у жінок другої групи (АГ у постменопаузі-162/100 мм.рт.ст), дещо менший показник у жінок першої групи (АГ у пременопаузі-146/96 мм.рт.ст). Це свідчить про підвищення АТ залежно від стадії клімаксу, тобто прогресуюче зниження статевих гормонів жінки викликає поступове підвищення АТ у жінок. Найефективнішою виявилася комбінація інгібіторів АПФ (Каптоприл, Еналаприл) з гормональними засобами (Фемостон, Нормоменс) у жінок з АГ клімактеричного віку. Саме тому дану комбінацію препаратів потрібно радити при наявності у жінок вищевказаних симптомів клімаксу та підвищення АТ. Також велике значення для профілактики підвищеного АТ мають регулярні фізичні навантаження, дотримання дієти, відмова від шкідливих звичок, емоційний спокій, здоровий сон , масажні процедури .

Д.Р. Крамаренко

**СМЕРТНІСТЬ ТА ЇЇ ПРИЧИНИ У ЛЮДЕЙ З ДІАГНОСТОВАНИМ ВІЛ ПІСЛЯ  
АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ: АНАЛІЗ УКРАЇНИ, ВЕЛИКОБРИТАНІЇ, УГАНДИ**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Т.В Кириленко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** ВІЛ-інфекція є найактуальнішою проблемою охорони здоров'я через високий рівень захворюваності, поліморфізм клінічних проявів, високий ризик розвитку несприятливих наслідків та значні економічні збитки, що обумовлені переважанням серед інфікованих людей працездатного віку. Антиретровірусна терапія на сьогодні вважається найбільш ефективним засобом зниження смертності серед ВІЛ-інфікованих.

**Мета:** Нашою метою було порівняти смертність та її предиктори у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, отримавших антиретровірусну терапію (АРТ) в Україні, Великобританії та Уганді, як країн з різним рівнем соціально-економічної та епідеміологічної ситуації.

**Матеріали та методи:** Були проаналізовані дослідження, що оцінюють смертність та фактори, пов'язані з нею, серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які отримують антиретровірусну терапію в Україні, Великобританії, Уганді.

**Результати:** Предиктори смертності однакові у всіх представлених країнах. Це посилений імунodefіцит— низький рівень CD4, просунута клінічна стадія захворювання, низький індекс маси тіла та анемія. В Україні 74% хворих мають кількість CD4<200 кл/мкл (Великобританія — 32%, Уганда — 91%), що характерно для країн з низьким середнім доходом. Ймовірність виживання після початку АРТ була оцінена методом Каплана-Мейера. Виживаність України після 1 і 5 років становила 96% та 87% (Великобританія — 96% та 95%, Уганда — 89% та 87%). Серед усіх шляхів зараження, люди, які вживають ін'єкційні наркотики, мають найвищий рівень смертності. В Україні кількість людей, що заразились через вживання ін'єкційних наркотиків — 65%. В той час, коли у Великобританії групою ризику вважаються чоловіки, що мають статеві контакти з іншими чоловіками, а рівень людей, що заразились через вживання ін'єкційних наркотичних речовин тільки 3%.

**Висновки:** Незважаючи на те, що Україна та Уганда відносяться до країн з низьким середнім доходом, епідемія ВІЛ-інфекції в Україні концентрована типу, а в Уганді — генералізованого. Україна має погані показники рівня CD4, проте хорошу виживаність протягом одного року, що відповідає рівню розвинених країн. Це свідчить про дієвість АРТ, яка впливає на підвищення ймовірності виживаності та зменшення смертності. Зменшення рівня виживаності протягом 5 років може бути пов'язана з поганою соціально-економічною ситуацією у країні. Це також підтверджує велика кількість людей, що заразились ВІЛ через вживання ін'єкційних наркотичних речовин. Для покращення результатів, необхідно звернути увагу на рекомендації ВООЗ щодо підходів до людей, що вживають ін'єкційні наркотичні препарати, та дотримуватись програми припинення епідемії ВІЛ/СНІДу. Згідно огляду 2015 року, Україна — одна з країн з найбільшою кількістю людей, що вживають ін'єкційні наркотики, проте в останні роки вона приклала зусилля для розширення охоплення послуг щодо зменшення шкоди.

Д.Р. Крамаренко, І.І. Габрук, Т.А. Венгер, О.С. Мотузенко

## **ПЕРЕВАЖАЮЧИЙ ТИП СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ НЕФРОЛОГІЧНОГО ТА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕНЬ**

Кафедра внутрішньої медицини №1

Ю.І. Монастирський (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** ВООЗ рекомендує визначати якість життя як взаємозв'язок показників здоров'я людини і соціально-економічних чинників, які визначають як комплекс фізичних, емоційних, психічних і інтелектуальних характеристик людини, що характеризують його індивідуальну здатність до функціонування в суспільстві. Терапія хронічних захворювань орієнтована багато в чому на мобілізацію і активацію резервів хворої людини. Серед цих резервів велику роль відіграють психологічні можливості його особистості.

**Мета:** Встановити переважаючий тип ставлення до хвороби у пацієнтів гастроентерологічного, нефрологічного відділень.

**Матеріали та методи:** Всього у дослідженні взяли участь 58 пацієнтів (32 пацієнта гастроентерологічного відділення МКЛ №1) та 25 пацієнтів нефрологічного відділення МКЛ №1 м. Вінниця). З них чоловіків було 31 (54%), жінок 26 (46%). Середній вік пацієнтів склав 44 роки.

Всі пацієнти, які взяли участь в дослідженні, було опитано по методиці ТОБОЛ (визначення переважаючого типу ставлення до хвороби). За допомогою даного опитувальника можливо виявити 12 типів ставлення пацієнта до хвороби. ТОБОЛ був створений колективом авторів: Л.І. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Іовлев, Е.Б. Карпова в 1987 році в НДІ ім. Бехтерева

**Результати:** В обох відділеннях переважаюча кількість пацієнтів має дифузний тип (гастроентерологічне — 79%, нефрологічне — 46%). За результатами дослідження встановлено, що у пацієнтів з гастроентерологічного відділення ергопатичний тип становить 11%, гармонійний тип — 7%, сенситивний — 14%, неврастенічний — 7%. У пацієнтів з нефрологічного відділення ергопатичний тип становить 22%, гармонійний тип — 7%, сенситивний — 4%.

**Висновки:** Результати свідчать про відсутність вираженої соціальної дезадаптації в обох відділеннях в зв'язку з хворобою. Ймовірно, це пов'язано з поведінковою формою захисту, а отже, неусвідомлюваного заперечення хворобливих проявів. Ергопатичний тип - відхід від хвороби в роботу, характерне відповідальне, одержиме ставлення до роботи, вибіркове ставлення до обстеження та лікування, обумовлене прагненням зберегти можливість продовження активної трудової діяльності.

Також для хворих гастроентерологічного відділення більш характерне сенсифілізоване ставленням до хвороби, яке, ймовірно, найбільшою мірою залежить від преморбідних особливостей особистості. Таке ставлення проявляється дезадаптивною поведінкою хворих: вони соромляться свого захворювання перед оточуючими, "використовують" його для досягнення певних цілей, будують паранойяльні концепції щодо причин свого захворювання і його хронічного перебігу, виявляють гетерогенні агресивні тенденції, звинувачуючи оточуючих у своєму недугі.

М.І. Кривонос  
**СУЧАСНІ РАДІОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛІВ В ШЛУНКОВО-КИШКОВОМУ ТРАКТІ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології з курсом радіології  
Т. П. Коваленко (ст.викл.)

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

**Актуальність:** За останні десятиліття частота випадків дивертикулів значно зросла і за даними літератури становить 2-2,5% всіх захворювань шлунково-кишкового тракту.

**Мета:** опрацювати новітню наукову медичну літературу, охарактеризувати сучасні методи діагностики дивертикулів та вивчити інформативність рентгенологічного дослідження в діагностиці дивертикулів ШКТ

**Матеріали та методи:** в роботі використаний аналіз сучасних методів діагностики та огляд медичної літератури

**Результати:** дивертикул – це випинання стінки порожнистого органу будь-якого з відділів ШКТ. Дивертикули класифікують: за етіологією - вроджені (наявні на момент народження людини) та набуті (з'являються протягом подальшого життя); за гістологічною картиною - справжні (містить усі шари, які має стінка цього органа), несправжні ("килоподібні" випинання слизової оболонки і підслизового шару крізь отвори у м'язовому шарі) та псевдодивертикули (дилатація вивідних проток підслизових залоз); за механізмом виникнення – пульсійні (підвищений тиск у просвіті травного каналу водночас із послабленням його стінки) та тракційні ("витягування" ззовні при запально-рубцевому процесі у прилеглих тканинах); за локалізацією – дивертикули стравоходу, шлунка, 12-палої кишки, тонкої та товстої кишок. Основними факторами в розвитку дивертикулів ШКТ є: дистрофічні зміни м'язового апарату кишечника, розходження м'язових волокон через надлишковий внутрішньопорожнинний тиск, порушений синтез колагену, судинний фактор – порушення мікроциркуляції, зміни в зовнішньому м'язовому шарі, які призводять до послаблення функцій кишки, вен і артерій, внаслідок чого утворюються місця з найменшим опором підвищеного внутрішньопорожнинного тиску, нераціональне харчування. Для більшості пацієнтів методом вибору при діагностиці є рентгенологічне дослідження (рентгенографія, МСКТ, КТ черевної порожнини) з рентгенконтрастними речовинами (сульфат барію, препарати йоду). За допомогою цього методу можна визначити кількість, розміри, форму, контури, локалізацію та вид дивертикула. Також використовують іригографію (дивертикули товстої кишки), радіоізотопне сканування з використанням  $Tc^{99}$  (дивертикул Меккеля), УЗ-діагностику. Можливими ускладненнями дивертикулів ШКТ є дивертикуліт, кровотечі, перфорації, спайкові процеси, кишкова непрохідність, кістозний пневматоз, пухлиноутворення

**Висновки:** Згідно проведених досліджень чоловіки і жінки уражаються однаковою мірою. Частота захворювання збільшується з віком, найбільш часто уражається товста кишка, що мабуть, пов'язано з інволюційними змінами сполучнотканинних і м'язових структур стінки. «Золотим стандартом» діагностики дивертикулів ШКТ є рентгенологічний, він дозволяє швидко і точно визначити локалізацію, форму і розміри. Аналіз даних підтвердив тенденцію до збільшення частоти виникнення дивертикулів ЖКТ, причиною цього може служити поліпшення якості діагностики та зміна раціону харчування (недостатній зміст харчових волокон)

О.О. Ксенчин, А.О. Сірко, Г.Б. Сокольвяк.

**ГЕРХ: ТОПОГРАФО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КИСЛОТОПРОДУКУЮЧОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА**

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

В.М. Чернобровий (проф., завідувач кафедри внутрішньої та сімейної медицини)

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

**Актуальність.** Кислотозалежні захворювання органів травлення: гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит та інші, є широко розповсюдженою патологією, якою страждають 5 - 20 % дорослого населення. Важливе місце в патогенезі ГЕРХ займає патологічний кислотний гастроєзофагеальний рефлюкс з порушенням кліренсу стравоходу, що безпосередньо пов'язано зі станом секреції хлористоводневої кислоти слизовою оболонкою тіла шлунка. Високоімовірним є припущення про важливе значення агресивного кислото-пептичного середовища шлунку для виникнення патологічного кислотного рефлюксу, який є основою діагностики ГЕРХ.

**Мета.** Вивчити топографо-функціональні особливості кислото утворюючої функції шлунка в пацієнтів з ГЕРХ за допомогою добового 2-х каналного гастро-рН-моніторингу(кардія та тіло шлунка).

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 28 амбулаторних пацієнтів ( 11 чоловіків та 17 жінок, середнім віком  $47\pm 2,4$  років), в 15-ти з них була діагностована ГЕРХ (за критеріями уніфікованого клінічного протоколу діагностики та лікування ГЕРХ від 2016р.), у 13-ти – ФШД без ГЕРХ(). Проаналізовано дані добового 2-х



канального гастро-рН-моніторингу окремо в групах пацієнтів з ГЕРХ та пацієнтів без ГЕРХ: середньоарифметичне значення мінімального абсолютного значення рН ( $pH_{\min}X$ ) та середньоарифметичне значення рН ( $pH X$ ) в двох локусах шлунка: кардіальному відділі (5 см. дистальніше нижнього стравохідного сфінктеру) та тілі шлунка (15 см. дистальніше нижнього стравохідного сфінктеру).

**Результати.** Засередніми та мінімальними значеннями рН в кардіальному відділі шлунка в пацієнтів з ГЕРХ встановлено достовірно більша секреція хлористоводневої кислоти, в порівнянні з групою пацієнтів без ГЕРХ ( $1,05 \pm 0,10$  проти  $1,71 \pm 0,25$  та  $2,86 \pm 0,28$  проти  $3,99 \pm 0,48$  відповідно,  $p < 0,05$ ). В тілі шлунка аналогічні показники також демонстрували більшу секрецію кислоти в групі пацієнтів з ГЕРХ ( $1,17 \pm 0,08$  проти  $1,38 \pm 0,17$  для  $pH_{\min}X$ , та  $2,50 \pm 0,20$  проти  $3,11 \pm 0,48$  для  $pH X$ ,  $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Наявність більш потужної кислотної секреції шлунка в хворих, що страждають на ГЕРХ не лише вкотре підтверджує основну роль хлористоводневої кислоти в пошкодуючій дії на слизову оболонку стравоходу та виникненні симптомів, а повинно також розглядатись як можливий предиктор (прогностичний параметр) розвитку ГЕРХ у осіб без вираженої клінічної картини на час обстеження. До цього слід додати, що більш агресивне середовище спостерігається саме в кардіальному відділі шлунка у хворих з патологічним гастроєзофагеальним рефлюксом.

Т. В. Кузьмінець

### НИРКОВА ЗАМІСНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК V СТАДІЇ

Кафедра внутрішньої медицини № 2

О. А. Коробко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Проблема хронічної хвороби нирок (ХХН) є досить актуальною як в Україні, так і в усьому світі. Вважається, що у загальній популяції 10 – 11 % людей страждають на ХХН. Щорічний приріст діалізної ХХН (ХХН Vст.) складає близько 100 пацієнтів на 1 млн населення. Прогресуючий перебіг ХХН супроводжується розвитком термінальної стадії, яка потребує лікування методами ниркової замісної терапії (НЗТ).

**Мета:** оцінити та порівняти можливості гемодіалізу та перитонеального діалізу у хворих на ХХН V стадії.

**Матеріали та методи.** Обстежено 60 хворих, які лікуються з приводу ХХН V стадії методом гемодіалізу (ГД) та перитонеального діалізу (ПД) у відділенні гемодіалізу Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова. Серед обстежених 32 чоловіків і 28 жінок у віці від 20 до 75 років. Методом ГД лікуються 49 пацієнтів (81,6 %), з яких чоловіків 25 (52 %) та жінок 24 (48 %); на ПД перебувають 11 пацієнтів (18,4%) – 7 чоловіків (63,6 %) та 4 жінки (36,4 %). Лікування хворих на ХХН V стадії методом гемодіалізу проводиться з приводу діабетичної нефропатії у 4 (8,18 %), хронічного гломерулонефриту - у 29 (59,2%), хронічного пієлонефриту – у 5 (10,2%), полікістозу нирок – у 3 (6,12 %), при інших захворюваннях – у 8 хворих (16,3 %). Метод перитонеального діалізу з приводу діабетичної нефропатії проводиться у 5 (45,5 %), хронічного гломерулонефриту – у 2 (18,15 %), хронічного пієлонефриту – у 1 (9,1%), полікістозу нирок – у 1 (9,1%) та інших захворювань – у 2 (18,15 %) пацієнтів.

**Результати:** серед обстежених хворих на ХХН Vст. більш поширеним є метод гемодіалізу 49/60 (81,6 %). За нозологічною основою хворі ХХН Vст., які використовують метод гемодіалізу: хронічний гломерулонефрит 29/49 (59,2 %), друге – полікістоз нирок 3/49 (6,12 %), методом перитонеального діалізу найчастіше лікуються хворі на хронічний гломерулонефрит 2/11 (18,15 %) та діабетичну нефропатію 5/11 (45,5%).

**Висновки:** кожен з методів ниркової замісної терапії (ПД та ГМ) має низку переваг та недоліків. З метою досягнення ефективного лікування необхідно ретельно підходити до вибору НЗТ у хворих на ХХН V ст. та враховувати такі важливі фактори, як причинне захворювання, індивідуальні особливості, супутні захворювання та доступність методу лікування для пацієнта.

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 меланоцитарного генезу 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 невосів 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 невосів у 350 осіб. 24 опитаних (30%) стверджують, що мають підозрілі родинки. При дерматоскопічному обстеженні не виявлено жодного злоякісного утворення. Більшість пацієнтів (252 особи – 404 невоси) – жінки. Зафіксовано 156 новоутворень, які видаляли чоловікам (98 осіб). Найбільш поширеним є внутрішньодермальний невос (322 препарати, що скл. 57%). Разом з тим вражає велика кількість змішаних – 205 (37%). Спостерігали, також, диспластичні, пограничні, бородавчаті, блакитні, Спітц-невуси та невоси сальних залоз. З 560 розглянутих нами зразків виявили 3 меланоми. При дослідженні препаратів було виявлено, що у 38% видалені невоси множинної локалізації. У 32% випадків зустрічаються супутні патології. Найпоширенішими є: папіломи, кавернозні та капілярні гемангіоми, себорейний дерматит.

**Висновки:** Невос – 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%) невоси. Вони є одними з найбільш доброякісних. У більшості випадків невоси видаляють жінки віком від 11 до 30 років з косметичною метою. У дітей подібні утворення висікаються лише у небезпечних випадках ( вроджений гігантський невос, велика ймовірність малігнізації).

В.В. Ларіонов, А.В. Олійник  
**НОВІ ПІДХОДИ ДІАГНОСТИКИ OVERLAPS YNDROME**

Кафедра внутрішньої медицини №2

С.В. Нечипорук (к.м.н., ас.)

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

**Актуальність:** Міжнародний досвід довів, що і бронхіальна астма, і хронічне обструктивне захворювання легень є гетерогенними захворюваннями. При ґрунтовному обстеженні цих хворих виявляються схожі ланки патогенезу та перебігу захворювання, що отримало так званий астма – ХОЗЛ перехресний синдром та потребує індивідуального підходу до лікування.

**Метою дослідження** стало вивчення критеріїв діагностики приєднання системного низькоінтенсивного запалення до перебігу бронхообструктивного синдрому у хворих з БА за допомогою маркерів запалення, а саме: фібриноген А, фібриноген В, С-реактивний білок, а також неспецифічних активаційних реакцій організму.

**Матеріали та методи дослідження.** Для підтвердження впливу низькоінтенсивного запалення на перебіг хвороби були проаналізовані результати обстеження 27 пацієнтів страждаючих на БА середнього та важкого ступеня тяжкості та 71 пацієнта на ХОЗЛ ступенів В, С, D, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні №1 з 2016 по 2017 рр. Окрім загальноприйнятих лабораторних показників низькоінтенсивного запалення та ФЗД, визначались фібриноген А, фібриноген В (кількісне визначення за методом Клауса), С-реактивний білок (напівкількісне визначення), а також стан реактивності організму (аналіз лейкоцитарної формули за методом Гаркави Л.Х.).

**Результати дослідження.** У більшості хворих на бронхіальну астму тяжкого перебігу та у хворих на ХОЗЛ на тлі інших лабораторних показників системного низькоінтенсивного запалення відмічалось достовірне збільшення кількості фібриногену А  $12,5 \pm 1,920$  г/л, а також визначались несприятливі адаптаційні реакції (реакція хронічного стресу  $8 \pm 2,13\%$  та переактивації  $18 \pm 4,54\%$ ). Ці дані корелювали з важкістю симптомів перебігу та низькою ефективністю стандартної базисної медикаментозної терапії. Наявність змін лабораторних показників у хворих на бронхіальну астму може свідчити про приєднання низькоінтенсивного запалення до перебігу захворювання та появи незворотної обструкції. Статистичне обрахування проводилося в програмі SPSS Statistics 20. Непараметричними методами, адже вибірка має неправильний розподіл даних, тестом Колмогорова-Смірнова.

**Висновки.** Проведене дослідження показало: наявність ознак низькоінтенсивного запалення у хворих з важким перебігом бронхіальної астми та розвиток незворотної обструкції. Дослідження рівня фібриногену А і В, а також визначення адаптаційних реакцій організму допомагає разом з іншими маркерами встановити присутність запального процесу низької інтенсивності. Приєднання запалення низької інтенсивності у хворих з тяжким перебігом БА може сприяти переходу у хронічне обструктивне захворювання з низькою відповіддю на базисну терапію. Наявність запалення низької інтенсивності у даних хворих потребує індивідуалізації схем базисної терапії.

Ю.С.Лисенко, А.М. Никорович  
**СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ РАКУ НИРОК**  
Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії  
О.Г. Костюк (проф., д.мед.н.), Т.П. Коваленко (ст.викл.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** За сучасними даними, рак нирки становить приблизно 5% від всіх онкологічних захворювань, а в урології займає 3-є місце після раку простати і раку сечового міхура. В Україні захворюваність на рак нирки складає 9,8% на 100 тис. населення. Для діагностики цього захворювання використовуються різні методи дослідження. СКТ — найбільш інформативний, точний та швидкий метод дослідження.

**Мета.** Визначити частоту виникнення явищ раку нирок від віку та статі, дослідити форму, розміри, структуру, щільність зльокісних новоутворень та їх вплив безпосередньо на будову нирки та прилеглих органів.

**Матеріали та методи.** Для дослідження були використані поточні та архівні СКТ-обстеження пацієнтів з листопада 2007 року. Діагностичний СКТ-матеріал отриманий на базі науково-дослідного центру ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Було переглянуто та проаналізовано СКТ-дослідження 40 пацієнтів з метою діагностики патологічного процесу в нирках. Комп'ютерно-томографічне дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору за стандартною методикою візуалізації з товщиною зрізу 0,5 проводили за допомогою спірального-комп'ютерного томографа «Select SP» фірми «Elscont» (Ізраїль) у горизонтальному положенні пацієнта на спині, головою уперед на спеціальній підставці для голови.

**Результати.** Отримані дані були піддані статистичній обробці і представлені у вигляді різноманітних діаграм, графіків та таблиць. У ході дослідження встановлено, що у чоловіків у 2,3 рази частіше виникають зльокісні новоутворення нирок (70% обстежених), аніж у жінок (30%). Захворювання спостерігається у пацієнтів 50-70 років (72,5%), після 70 років рак виявлений у 17,5 % обстежуваних. У 72,5% патологічний осередок розташований в паренхімі нирки, в її середній третині (у 65% обстежуваних). У 77% хворих спостерігається розширення ниркової миски, у 82,5% у паранефральній жировій клітковині наявні фіброзні тяжі. У 40% хворих спостерігається інвазія пухлини в сусідні анатомічні структури. Зазвичай метастазування відмічається в кістки, легені, рідше в печінку. Середньостатичні розміри пухлин становлять 63x53x65 мм.

**Висновки.** Отже, встановлено, що ймовірність виникнення раку нирок удвічі більша у чоловіків, середній вік виникнення зльокісних новоутворень у чоловіків приблизно нижчий на 5 років, аніж у жінок. В основному рак нирки спостерігається в її паренхімі та середній третині, має тенденцію до інвазії пухлини в сусідні анатомічні структури.

Т.О. Луцюк, В.Ю. Коноваленко  
**ОЦІНКА РИЗИКУ ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ ТА ГЕМОРАГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА  
ГОСТРИЙ ЛІМФОБЛАСТНИЙ ЛЕЙКОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД ІМУНОФЕНОТИПУ БЛАСТНИХ КЛІТИН**

Кафедра внутрішньої медицини №2  
С.В. Бондарчук (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Під час діагностики онкогематологічних хвороб необхідно виявити популяцію патологічних клітин та охарактеризувати її. Проточна цитометрія з використанням моноклональних антитіл – це основний метод імунофенотипування в діагностиці гемобластозів, який визначає лінійну приналежність та рівень диференціації лейкозних клітин. Прогнозування виникнення тромбоцитопеній на стадії формування імунологічного діагнозу у хворих на гострий лімфобластний лейкоз дозволить попередити виникнення масивних геморагій та постгеморагічної анемії.

**Мета дослідження:** Виявлення взаємозв'язку фенотипової характеристики, клінічних даних, наявності тромбоцитопеній та геморагічних проявів у пацієнтів з гострим лімфобластним лейкозом.

**Матеріали та методи:** Проведений ретроспективний аналіз медичної документації 60 пацієнтів, хворих на ГЛЛ, які перебували на лікуванні в гематологічному відділенні ВОКЛ ім. М. І. Пирогова у період 2010-2017 рр. Критерієм виключення були захворювання сполучної тканини, печінки, нирок, аутоімунні та ВІЛ-асоційовані хвороби. В процесі лікування було оцінено частоту та ступінь вираженості тромбоцитопенії та відповідних геморагічних проявів у пацієнтів. Використовували методи клінічного обстеження, аналіз результатів гемограми, мієлограми, коагулограми, індексу ретракції, часу кровотечі за Дюке, цитохімічних та імунологічних досліджень кісткового мозку. Отримані показники були обчислені за допомогою програми STATISTICA 7.0 (2007 р.).

**Результати:** У процесі дослідження було встановлено залежність вихідної тромбоцитопенії до початку лікування від фенотипу бластних клітин. Серед пацієнтів першої групи (В-ГЛЛ (Common), носіїв маркерів CD10, CD19, HLA-DR, TdT, cyCD79α), легкий ступінь тромбоцитопенії спостерігався у 16,7%, середній – у 26,7%; високий ступінь – в 40%, без тромбоцитопенії – 16,6%. В другій групі пацієнтів (В-ОЛЛ (Зріла), носіїв

маркерів суCD79 $\alpha$ , CD19, HLA-DR, CD20, cуlgm, clg) легкий ступінь тромбоцитопенії виявлено у 13,3%, середній – у 53,3%, високий – у 20%, без тромбоцитопенії – 13,4%. Оцінка клінічних проявів у двох дослідних групах показала, що носові кровотечі у хворих першої групи виникали у 46,7%, в той час як у пацієнтів другої групи – у 53,3%; кровоточивість ясен спостерігалась у 20% пацієнтів першої групи та в 33,3% другої групи; шкірні геморагії мали місце у 63,3% та 70% відповідно. **Висновки:** Результати дослідження показали, що ризик виникнення тромбоцитопенії у носіїв маркерів CD19, CD20, cуlgm, clg вищий, ніж у носіїв маркерів CD10, TdT; поряд з цим ризик розвитку носових кровотеч у пацієнтів першої групи вищий в середньому на 6,6%, кровоточивості ясен – на 13,3%, шкірних геморагій – на 6,7%.

Імунофенотипування у значній мірі визначає характер та час початку терапії з використанням нових протоколів та методів лікування. Залежність ризику порушення тромбоцитарної ланки гемостазу від імунофенотипу ГЛЛ дозволяє планувати замісну та гемостатичну терапію під час здійснення хіміотерапії.

Г.Ф. Марченко

## **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ**

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

В.І. Петренко (д.мед.н., проф.), Р.Г. Процюк, В.І. Потайчук, О.Є. Бегоулев, І.О. Галан, С.С. Грицай,  
С.П. Коротченко, Т.В. Малиновська, В.Ф. Негря

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Не дивлячись на те, що боротьба з туберкульозом (ТБ) та ВІЛ-інфекцією ведеться давно, на жаль, вони й досі залишаються некерованими соціально небезпечними захворюваннями. За останні роки ТБ набув особливо високої значущості, оскільки став вважатися опортуністичною інфекцією, що ускладнює перебіг ВІЛ-інфекції, особливо на термінальній стадії СНІДу. Лікування ВІЛ-асоційованого ТБ довготривале і потребує застосування великої кількості антимікобактеріальних (АМБП) та антиретровірусних препаратів (АРП). Але, незважаючи на безсумнівні успіхи їх застосування, побічні реакції (ПР) цих препаратів обмежують проведення повноцінної антимікобактеріальної терапії (АМБТ).

**Мета** – вивчити функціональний стан печінки у хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) легень у поєднанні з ВІЛ-інфекцією.

**Матеріали дослідження.** Дослідження проводилось на клінічній базі кафедри фтизіатрії та пульмонології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця – Київському міському протитуберкульозному диспансері №1 (КМ ПТД №1). Усім пацієнтам був проведений комплекс лабораторних досліджень, який включав: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічне дослідження крові з визначенням активності цитолітичних ферментів (аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ)), рівня білірубину та його фракцій, загального білку, ферментів, що вказують на наявність холестазу і токсичного ураження печінки (лужної фосфатази (ЛФ) та гама-глутамілтранспептидази (ГГТП)). Дослідження проводилося до початку прийому АМБП.

**Результати дослідження.** Нами обстежено 45 хворих на ВДТБ легень у поєднанні з ВІЛ-інфекцією. Домінуючими формами туберкульозного процесу були інфільтративний (54%) та дисемінований туберкульоз (37,7%). У 8,3% - клінічні форми ТБ були поодинокими. Серед обстежуваних пацієнтів чоловіків було 28 (62,2%), жінок – 17 (37%). Середній вік пацієнтів становив 36,4 роки (від 20 до 60-х).

У пацієнтів виявлено біохімічні ознаки порушення функції печінки, а саме: показники ГГТП на були підвищеними у 31 пацієнта (у 68,9%) понад 50 Од./л., з великою частотою відмічалось підвищення активності АЛТ та АСТ, що свідчить про паренхімне ураження печінки. Так, підвищення активності АСТ більше, ніж в 3 рази (>120 Од./л), відмічалось у 11-ти пацієнтів (24,4%), у 25 (55,6%) - в межах 0-46 Од./л та у 9(20%) - в межах 47-119 Од./л. У 13 (28,9%) пацієнтів відмічалось 2-4 кратне підвищення активності АЛТ (>120 Од./л при нормі до 49 Од./л).

Клінічні прояви ураження печінки у хворих проявлялися диспептичним синдромом (у 52,2%), болями та відчуттям важкості в правому підребер'ї (у 37%), жовтяницею (у 9,5%), гепатомегалією (у 11%) та шкірним свербіжем (у 26,3%).

**Висновки.** Виявлені ознаки порушення функції печінки ще до початку АМБТ у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією є важливим критерієм, який потрібно враховувати при призначенні АМБП і АРП. У зв'язку з цим, проблема ранньої діагностики, профілактики, корекції та лікування медикаментозних і токсичних уражень печінки залишається, актуальною в сучасній фтизіатрії, особливо при поєднанні ТБ з ВІЛ-інфекцією.

І.Мигович, О.С.Яковенко

## ЧАСТОТА ГЛЮКОКОРТИКОЇД-ІНДУКОВАНОГО ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ РЕВМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Кафедра внутрішньої медицини №1  
І.І.Андрушко (проф.), Л.С. Перебетюк (доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Остеопороз – це системне захворювання скелету, що характеризується низькою кістковою масою та погіршенням мікроархітектури кісткової тканини, в результаті чого підвищується крихкість кісток та схильність до переломів. Тривале лікування системними кортикостероїдами поступово призводить до розвитку вторинного остеопорозу, прогресування якого стимулюється хронічним запальним процесом при ревматичних захворюваннях, особливо, за наявності обтяжуючих факторів (період постменопаузи у жінок, похилий вік, дієта з низьким вмістом кальцію, недостатня фізична активність, паління тощо.)

**Мета:** Оцінка частоти випадків вторинного остеопорозу у пацієнтів з ревматичними захворюваннями, що перебувають на глюкокортикоїдній терапії, залежно від основного захворювання, дози і тривалості лікування стероїдами та проведеної антипоротичної терапії.

**Матеріали та методи:** Було досліджено 38 клінічних випадків системної патології, що потребує кортикостероїдної терапії, серед пацієнтів ревматологічного відділення ВОКЛ ім.М.І.Пирогова. З них 28 жінок та 10 чоловіків віком від 19 до 71 року.

Оцінювались дані анамнезу захворювання, проведене лікування з моменту встановлення діагнозу, антропометричні показники, а також ознаки остеопорозу за даними рентгенографії та денситометрії.

З числа обстежених пацієнтів діагноз ревматоїдного артриту встановлений 19 хворим, анкілозуючого спондилоартриту – 7, системного червоного вовчаку – 4, дерматоміозиту – 3, подагричного артриту – 2, системної склеродермії – 1, геморагічного васкуліту – 1, псоріатичного артриту – 1.

Для кожного пацієнта розраховано індекс FRAX (fractureriskassessment) та передбачено 10-річний ризик переломів.

**Результати:** За даними проведеного дослідження: середня тривалість прийому кортикостероїдів обстеженими пацієнтами –  $7,5 \pm 5,7$  років. Середня доза тривалої терапії (за метилпреднізолоном) –  $9,2 \pm 5,2$  мг.

Об'єктивні ознаки остеопорозу виявлено у 18 хворих (47%), середній вік яких –  $51 \pm 10,1$  років, середня тривалість стероїдної терапії у цієї групи пацієнтів –  $9,7 \pm 5,2$  років, в середній дозі –  $9,4 \pm 4,2$  мг. З них - 89% жінки. Антипоротична терапія проводилась лише третині хворих з остеопорозом.

Натомість, середня тривалість прийому стероїдів пацієнтами без клінічних ознак остеопорозу складає  $5,6 \pm 2,4$  років, середня доза –  $7,9 \pm 2,4$  мг.

За результатами розрахунку індексу FRAX, 10-річний ризик остеопоротичних переломів в обстежених хворих без виявлених ознак остеопорозу складає в середньому  $5,3 \pm 1\%$ , зокрема переломів стегнової кістки -  $1,3 \pm 0,8\%$ . Тимчасом, у групі пацієнтів з наявними ознаками остеопорозу ці показники становлять  $9,5 \pm 2,8\%$  та  $3,2 \pm 1,1\%$  відповідно.

**Висновки:** Дослідження показує пряму залежність розвитку вторинного остеопорозу від дози та тривалості лікування глюкокортикоїдними гормонами. До того ж, у пацієнтів з клінічно очевидними ознаками остеопорозу ризик майбутніх переломів за індексом FRAX вище, ніж у тих, хто даних ознак не має.

Статистичний аналіз навіть невеликої групи клінічних випадків дає уявлення про невідповідність між потребою в антиостеопоротичній терапії та її проведенням. На даний час розроблені стандарти профілактики і лікування вторинного остеопорозу, але питання їх доступності для пацієнтів лишається відкритим. В будь-якому разі, слід наголошувати на необхідності попередження остеопоротичних переломів усіма можливими методами.

О.М. Миколайчук, К.Ю. Зубчук

### МНОЖИННА МІСЛОМА У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ

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) – досить рідкісне захворювання, що складає 1% усіх випадків раку та близько 10% усіх онкогематологічних захворювань. Середній вік хворих на ММ – 60-70 років, але останнім часом ця хвороба, як і багато інших, помолодшала і тепер її можна зустріти у категорії людей молодого віку ( $\leq 40$  років). Серед хворих на ММ люди молодого віку складають близько 0,2%. Зважаючи на те, що ймовірність зустріти ММ у пацієнтів молодого віку зростає, це змушує брати ММ до уваги при проведенні диференційного діагнозу у молодих осіб у яких спостерігається значне підвищення рівня ШОЕ та ураження кісткової тканини.

**Мета:** Збір та аналіз даних щодо випадків захворювання на ММ у місті Вінниця та Вінницькій області, а також порівняння отриманої інформації з даними літератури.

**Матеріали та методи:** Збір, вивчення, аналіз та порівняння статистичних даних гематологічного відділення ВОКЛ ім. М.І. Пирогова, даних історій хвороб, даних закордонних науково-фахових джерел.

**Результати:** У процесі дослідження з 2012 по 2018 рік у місті Вінниця було виявлено три випадки ММ у хворих молодого віку. Вік досліджуваних хворих 35, 37 та 43 роки. На момент діагностики ММ у пацієнтів була відсутня типова клінічна картина ураження нирок, діагноз встановлювався лише за специфічними лабораторними ознаками (підвищення ШОЕ > 50 мм/год, анемія). Рентгенологічно визначалися літичні зміни кісткової тканини. Після проведення агресивної терапії (поліхіміотерапія із застосуванням бортезомібу) спостерігається покращення стану. Пацієнт 35 років має локальний рецидив ММ у вигляді перелому хребта, однак системних проявів захворювання немає, лабораторні показники у межах норми; пацієнт 37 років на даний час знаходиться у повній ремісії, уже понад 5 років; у пацієнта 43 років ММ вперше виявлена, встановлена на основі змін лабораторних показників та літичних змін кісткової тканини, на даний час хворий проходить курс поліхіміотерапії із застосуванням бортезомібу, спостерігається покращення за лабораторними показниками.

**Висновки:** Проаналізувавши усі дані щодо хворих на ММ, дані науково-фахових джерел, можна зробити висновок, що ММ є досить рідкісним захворюванням, яке все частіше вражає молоді верстви населення. У даній категорії осіб спостерігається хороша відповідь на лікування при проведенні своєчасної агресивної терапії, навіть можливий вихід на повну ремісію. Дуже важливо розуміти, пам'ятати та брати до уваги ММ при проведенні диференційної діагностики та при постановці діагнозу у осіб молодого віку. Хоч дана патологія є досить рідкісною, але тим не менш дуже важливою.

В.В. Михальчишена

### **ЗАСТОСУВАННЯ «БЕТАРГІНУ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ З ТОКСИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ НА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНУ ТЕРАПІЮ**

Кафедра фізйотриї з курсом клінічної імунології та алергології

О.П. Незгода (к.м.н., доц/)

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

**Актуальність.** На початку III тисячоліття глобальною проблемою у світі стали значне зростання захворюваності на туберкульоз, яке належить до небезпечного та поширеного захворювання як в усьому світі, так і в Україні. (Александріна Т.А., 2012). Одна третина населення земної кулі (1,9 млрд) інфікована МБТ. Кожен рік в світі вперше виявляють туберкульоз у 7 млн людей, в тому числі з бактеріовиділеннями. Щорічно така людина може інфікувати 15-20 людей. За даними ВООЗ Європейський регіон має низькі показники ефективності лікування 72% (в Україні – 67%) і високі – резистентності мікобактерій туберкульозу (МРТБ). Із 27 країн з високим МРТБ Україна посідає 9-те місце за абсолютною кількістю виявлених випадків МРТБ (після Індії, Китаю, Росії, Філіпін, Пакистану, Казахстану, Південної Африки та Індонезії) .(World Health Organization, 2012). Захворюваність на туберкульоз в Україні від 1990р. до 2005р. збільшилася в 2,4 разу (від 32тис. на 100 тис. населення в 1990р. до 84,1 в 2005р.) Показник смертності зріс у 2,7 разу. В 2013 році захворюваність на туберкульоз становила 67,9 випадку на 100 тис. населення, що вказує на велику поширеність даного захворювання. (Процюк Р.Г., В.І. Петренко, 2015).

**Мета:** оцінити вплив препарату «Бетаргін» на динаміку клінічних і біохімічних показників та визначити доцільність його застосування у хворих з токсичними побічними ускладненнями для лікування туберкульозу з виразним інтоксикаційним синдромом.

**Матеріали і методи.** Обстежено 38 хворих на туберкульоз з токсичними ускладненнями хіміотерапії. Пацієнти отримували стандартне протитуберкульозне лікування. Хворі основної групи (ОГ) (18 осіб) також отримували препарат «Бетаргін», контрольної (КГ) (20 пацієнтів) –карсил. Оцінювали клінічні і лабораторні показники (аналіз крові, рівні АлАТ, АсАТ, білірубіну, загального білка крові).

**Результати.** Зменшилися прояви токсичних побічних реакцій у пацієнтів обох груп. Динаміка регресії ускладнень поліхіміотерапії була вищою у пацієнтів ОГ. У 15 (83,0%) хворих ОГ та 10 (50,0%) КГ зменшилися вияви, а у 13 (72,0%) та 7 (35,0%) відповідно повністю зник інтоксикаційний синдром ( $p < 0,05$ ). Сонливість зменшилася або зникла у 14 (77,8%) та 8 (40,0%) хворих відповідно, підвищена втомлюваність – у 12 (66,7%) та 3 (15,0%). Рівні АлАТ та АсАТ в ОГ на тлі терапії знизилися вірогідно ( $p < 0,05$ ) на 77,8 та 61,1% відповідно, в КГ зменшення цих показників було не таким виразним і становило 35,0% (АлАТ) та 15,0% (АсАТ) й не було вірогідним.

**Висновки.** 1.«Бетаргін» швидко ліквідує прояви астеновегетативного і інтоксикаційного синдрому при основному захворюванні, мінімізує дискомфорт, покращує апетит і загальний стан хворих. 2.Застосування «Бетаргін» у хворих на туберкульоз покращує клінічні показники, а також дані лабораторних методів дослідження. 3. Застосування «Бетаргін» не потребує відміни основних протитуберкульозних препаратів, а використовується в комбінації з ними.

М. С. Музика, Б.С. Соколенко

## ТРАВМАТИЗАЦІЇ КИСТІ І ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТНОГО СУГЛОБА, ЯК ПРОФЕСІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ, У СПОРТСМЕНІВ РІЗНИХ СПОРТИВНИХ ГРУП

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Спорт є сферою людської діяльності, для якої характерні підвищений травматизм, різноманітні професійні захворювання, передпатологічні та патологічні стани, що містять загрозу для здоров'я спортсменів, ефективності їх тренувальної та змагальної діяльності. За даним и літературних джерел різних країнах світу кількість травм в спорті коливається в межах 10-17% всіх пошкоджень. Найбільш часто травмуються нижні кінцівки (50-65%), верхні кінцівки (35-50%). Фахівці в галузі спортивної медицини постійно ставлять питання про вдосконалення правил змагань як засобу профілактики спортивного травматизму.

**Мета:** На основі теоретичного аналізу та за результатами комплексного контролю надати комплексну оцінку травматизації кисті і променево-зап'ястного суглоба у студентів-баскетболістів, волейболістів і боксерів ВНМУ.

**Матеріали та методи:** аналіз науково-методичної літератури, спостереження, тестування функціональних здібностей кисті і променево-зап'ястного суглоба, статистичні методи.

**Результати:** Відсутність належної уваги до травматизації кисті і променево-зап'ястного суглоба негативно впливає на оволодіння спортсменами певними руховими діями. Саме високий рівень розвитку рухових здібностей є особливим підґрунтям для успішного опанування нових видів різноманітних дій, успішного пристосування до трудової, побутової і спортивної діяльності. Для оцінки травматизації кисті і променево-зап'ястного суглоба студентів ми застосували один із видів комплексного контролю. Тести проводились окремо для баскетболістів, волейболістів і боксерів. В дослідженні взяли участь 75 студентів з них по 25 хлопців, з кожної спортивної групи, які раніше мали незначні травми на протязі довготривалого заняття певним видом спорту. Дослідження рухливості зап'ястка показало, що у групи боксерів спостерігається помірне обмеження рухів, у баскетболістів і волейболістів відповідає нормі. Тест на нестабільність зап'ястка дали можливість виявити найбільшу нестабільність суглоба у боксерів. Оцінку якості сухожилків-згиначів кисті ми визначали тестом Finklestein і Мукарда, результат показав, що найчастіше ці сухожилки уражуються при інтенсивних заняттях баскетболом. Виконуючи тест сили захвату найгірші показники були у спортсменів, що займаються боксом.

**Висновки:** Порівнюючи результати рівня травматизації кисті і променево-зап'ястного суглоба студентів-баскетболістів, волейболістів і боксерів ВНМУ, слід відмітити, що показники хлопців волейболістів, в основному, достовірно вищі, ніж результати баскетболістів і боксерів. У порівнянні з баскетболістами нижчий рівень рухливості і сили захвату відмічається у боксерів. Травматизм вказує на недотримання навчально-тренувальної дисципліни; порушення техніки виконання фізичної вправи. Ефективність профілактичної роботи спортсменів і тренерів знаходиться в прямій залежності від знання факторів ризику, здатних призвести до захворювань і травматизму.

М.С. Назарова

## КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ ІХС ІЗ ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ З РІЗНИМ РІВНЕМ 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:** Останнім часом значну увагу приділяють виявленню помірних когнітивних розладів, оскільки вони можуть бути маркером для створення прогнозу важкості перебігу захворювань, у патогенезі яких задіяний гемостаз. Підвищення ризику розвитку судинних когнітивних розладів, проявами яких є порушення зорової та слухової пам'яті, часто пов'язують з розвитком ішемічної хвороби серця (ІХС), яка є основною причиною смертності та погіршення якості життя людей працездатного віку.

**Мета:** Вивчити показник когнітивної функції (зорової та слухової пам'яті) в групах чоловіків з ІХС, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ), з різним рівнем антифосфоліпідних антитіл (аФЛ) в сироватці крові.

**Матеріали та методи:** Обстежено 50 хворих ІХС чоловічої статі із післяінфарктним кардіосклерозом. Вміст сумарних аФЛ - 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. Оцінка когнітивної функції організму включила визначення зорової та слухової пам'яті. Зорову пам'ять досліджували за методикою Ф.С. Рибаківа. Слухову пам'ять досліджували шляхом голосного промовляння 10 слів з наступним повторенням їх піддослідним.

**Результати:** Виявлено 26 хворих з позитивними лабораторними маркерами до антифосфоліпідного синдрому (АФС), що склало 52% хворих від загальної кількості обстежених та 24 (48%) негативних хворих за цими маркерами. Оцінка когнітивної функції показала достовірне погіршення зорової пам'яті у хворих з позитивними аФЛ ніж з негативними  $5,1 \pm 0,97$  та  $6,1 \pm 1,69$  відповідно ( $p < 0,05$ ) та тенденцію до зниження слухової пам'яті у хворих з наявністю лабораторних компонентів АФС в сироватці крові.

**Висновки:** Результати нашого дослідження показали можливий взаємозв'язок маркерів АФС з клінічною симптоматикою хворих ІХС із післяінфарктним кардіосклерозом. У хворих із ІХС, які перенесли ІМ, якість життя може бути різною, тому лікування слід підбирати індивідуально з урахуванням характеру та виразності психосоматичних симптомів.

Є.Г. Отрубчак

## РОЗРОБКА НОВОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ АНДРОГЕНЕТИЧНОЇ АЛОПЕЦІЇ

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Керівник А.А. Наліжитий (ас., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** андрогенетична алопеція – найбільш часта форма випадіння волосся як у чоловіків, так і у жінок. Випадіння волосся – косметичний дефект, що призводить до суттєвого зниження якості життя жінок молодого віку та розвитку у них психогенних ускладнень. За статистикою 50% чоловіків до 50 років мають дане захворювання. У жінок до 30 років даний стан зустрічається у 2 – 5%, а до 70 років збільшується до 40%. Але, кількість пацієнтів, які звертаються в лікувально – косметологічні заклади з приводу випадіння волосся, складає 8% від загального контингенту з даною дерматологічною патологією.

**Мета:** вивчення ролі порушення обміну стероїдних гормонів в генезі андрогенетичної алопеції та вдосконалення методів лікування даного захворювання.

**Матеріали та методи:** протягом 5-ти місяців під нашим спостереженням перебувало 10 хворих з діагнозом «Андрогенетична алопеція». Хворі були поділені на 2 групи та отримували комплексне етіопатогенетичне лікування.

Хворі основної групи отримували препарати АЕвіт, Квадевіт, Фолієва кислота, Волвіт, дерматологічний засіб проти випадіння волосся Міноксидил та шампунь Біоксин.

Хворі дослідної групи отримували препарати АЕвіт, Квадевіт, Фолієва кислота, Волвіт, дерматологічний засіб проти випадіння волосся Міноксидил та шампунь Біоксин, а також антиандрогенний засіб Флутафарм та флавоноїд Кверцетин.

Ефективність терапії оцінювалась на основі динаміки клінічних проявів.

**Результати:** Застосування у лікуванні андрогенетичної алопеції антиандрогенного засобу Флутафарм, що здатен блокувати клітинні рецептори кератиноцитів волоссяних цибулин до андрогенів та флавоноїда Кверцетин, як капіляростабілізуючого препарату, що володіє протизапальним ефектом завдяки блокаді ліпооксигеназного шляху метаболізму арахідонової кислоти, зниженню синтезу лейкотрієнів, серотоніну і інших медіаторів запалення, позитивно впливає на динаміку клінічних проявів при лікуванні даного захворювання.

**Висновки:** Комплексний підхід до лікування андрогенетичної алопеції із застосуванням препаратів АЕвіт, Квадевіт, Фолієва кислота, Волвіт, Міноксидил, шампуню Біоксин, а також антиандрогенного засобу Флутафарм та Кверцетину дало змогу підвищити клінічну ефективність лікування, скоротити тривалість лікування, знизивши тим самим ризик розвитку побічних ефектів та вартість лікування хворих.

О.В.Павлік

## ВИЗНАЧЕННЯ ЧАСТОТИ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ТА СТУПЕНЯ ПОШКОДЖЕННЯ КУЛЬШОВИХ ТА КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Кафедра внутрішньої медицини №1

І.І.Андрушко (д.мед.н., проф.), І.П.Гунько (доц., к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В Україні офіційно зареєстровано понад 500 тис. хворих на остеоартроз (ОА), на частку якого припадає 70-80% усіх ревматичних захворювань. ОА відносять до захворювань з високим рівнем коморбідності.

**Мета:** Визначити частоту коморбідних станів у хворих на остеоартроз та оцінити функціональний стан



кульшових та колінних суглобів.

**Матеріали та методи:** Обстежено та проаналізовано історії хвороб 30 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні ревматологічного відділення ВОКЛ ім.М.І.Пирогова з жовтня по грудень 2017 року. Для дослідження було відібрано хворих на остеоартроз з переважним ураженням кульшових та колінних суглобів, що склали основну групу, до групи порівняння ввійшли пацієнти кардіологічного відділення без патологій опорно-рухового апарату. Проведено опитування за допомогою шкал HOOS і KOOS.

**Результати:** Середній вік обстежених пацієнтів становив  $55 \pm 2,8$  років, з яких жінок – 26 (86,6%), що збігалось з пре-, клімактеричним та постменопаузальними періодами, чоловіків – 4 (13,4%). Тривалість захворювання на ОА- $6,2 \pm 2,8$  років. Серед хворих на остеоартроз найчастіше спостерігались такі коморбідні стани: артеріальна гіпертензія (АГ), яка відмічалась у 12 пацієнтів, що складало 40%, ІХС – у 6 хворих (20%), ожиріння виявилось у 7 (23,3%), ЦД 2 типу у 3-х (10%), виразкова хвороба шлунку (ВХШ) зустрічалась у двох пацієнтів (6,7%). Переважали хворі з безвузликвою формою – 28 пацієнтів, що складало 93,3%, вузликвою формою відмічалась у 2 (6,7%). Було визначено рентгенологічні стадії: у 4-х хворих (13,3%) – I, у 24-х (80%) – II ст., у 2-х (6,7%) – III. Також було встановлено функціональну недостатність суглобів: кульшових – у 22 пацієнтів (73,3%) - I ст., 8 (26,7%) - II ст.; колінних – у 10 (33,3%) - I ст., 20 (66,7%) - II ст. Двома групами пацієнтів (I група – хворі на остеоартроз, II – здорові) було запропоновано заповнити 2 опитувальники – KOOS та HOOS. В результаті поведеного анкетування шкалою KOOS отримали «Підсумковий індекс», який в основній групі склав –  $43,6 \pm 6,2$ , в групі порівняння –  $75,6 \pm 7,3$ . При оцінці результатів опитувальника HOOS визначили «Підсумковий індекс» в першій групі –  $52 \pm 3,4$ , в другій –  $77,5 \pm 5,9$ . Отримані дані вказують на те, що колінні суглоби вражаються першими і більш страждають в порівнянні з кульшовими, що також підтверджують показники рентгенографії. Усі хворі отримували базове лікування: нестероїдні протизапальні препарати, хондропротектор, гастропротектор, місцеве лікування згідно з «Клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим ревматологічного профілю».

**Висновки:** Отримані дані свідчать про наявність коморбідних захворювань у хворих з ОА. В ході проведення порівняльної оцінки пацієнтів двох груп, було встановлено, що у пацієнтів другої групи відмічається значно менший ступінь ураження кульшових та колінних суглобів.

В.В. Панковецький, А.І. Манюта

#### РЕНТГЕНАНАТОМІЧНІ ПАРАМЕТРИ ПОПЕРЕЧНОГО ДІАМЕТРУ АОРТИ ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМУ ПОЛОЖЕННІ ТІЛА У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.М. Якубовська (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Поперечний діаметр аорти – рентгеноанатомічний параметр, що дозволяє відстежити початкові зміни її величини та може слугувати цінним критерієм при рутинних обстеженнях. В літературі наявні численні результати досліджень величини цього параметру у представників різних статей, етнічних та вікових груп, отримані при рентгенографії органів грудної клітки при вертикальному положенні тіла, проте обмаль даних, які би стосувалися цього параметру при горизонтальному положенні тіла.

Зважаючи на те, що в повсякденній практиці лікар досить часто стикається з необхідністю виконання та інтерпретації рентгенограм грудної клітки при горизонтальному положенні пацієнта, в тому числі за допомогою портативних рентгенапаратів, дослідження рентгеноанатомічних параметрів аорти при горизонтальному положенні постає досить актуальним.

**Мета:** визначення розмірів поперечного діаметру серця при горизонтальному положенні тіла та встановлення закономірностей вікової та соматотипологічної динаміки у практично здорових міських дівчат юнацького віку.

**Матеріали і методи:** на базі науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова було відібрано та комплексно обстежено 98 дівчини (16-20 років), після чого були виконані оглядові топограми органів грудної клітки на комп'ютерному томографі SeleCT/SP фірми Marconi в умовах НДЦ ВНМУ імені М.І.Пирогова.

Дослідження проводили у прямій задній проекції в положенні лежачи на спині з закладеними за голову руками, з відкритим ротом, в момент затримки дихання на вдиху. Поперечний діаметр аорти визначався за методикою Moritz-Зодієва, згідно якої він дорівнює сумі довжини правої та лівої частини діаметру аорти, що вимірюються відрізками відкладеними від серединної лінії, проведеної через центр другого грудного хребця, до найбільш віддалених точок висхідної та низхідної частин аорти.

Статистичний аналіз отриманих результатів провели з використанням стандартного програмного пакету «Statistica 5.5».

**Результати:** згідно отриманих результатів, середнє значення поперечного діаметру аорти при дослідженні в горизонтальному положенні тіла у дівчат складає  $58 \pm 6,8$  мм.

При порівнянні показника поперечного діаметру аорти у дівчаток різного календарного віку в межах юнацького виявлено, що у 20-річних цей показник достовірно менший, ніж у 16-ти та 17-річних (в обох випадках  $p < 0,05$ ). Окрім того, встановлено, що у дівчаток екоморфного соматотипу величина поперечного діаметру аорти достовірно менша, ніж у дівчаток-мезоморфів ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** в ході нашого дослідження були встановлені рентгенанатомічні параметри поперечного діаметру аорти при горизонтальному положенні у міських дівчат юнацького віку різного соматотипу Подільського регіону, що сприятиме більш ранній діагностиці преморбідних станів серцево-судинної системи у цієї категорії осіб.

О. Р. Пелех, Х.А. Зосимчук  
**ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ У ХВОРИХ ЗАЛЕЖНО ВІД РЕЖИМУ  
ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯЦІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
З.Є. Заяць (доц.)

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького  
Львів, Україна

**Актуальність:** У сучасній клінічній практиці електрокардіостимуляція (ЕКС) є основним методом лікування хворих із брадиаритміями. Збільшення кількості електрокардіостимуляторів та еволюція підстав до їхньої імплантації, викладених у сучасних клінічних настановах, диктують необхідність знань лікарями різних спеціальностей інтерпретації електрокардіограми (ЕКГ) у пацієнтів із різними типами ЕКС.

**Мета:** З'ясувати особливості електрокардіограми у хворих залежно від режиму електрокардіостимуляції.

**Матеріали та методи:** Ретроспективно проаналізовано відібраних в рандомізований спосіб 310 архівних медичних карт пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіохірургічному відділенні ЛОДКЛДКЦ з лютого по листопад 2017 р., з яких попередньо стратифіковано 110 карт пацієнтів віком від 19 до 90 років з імплантованим електрокардіостимулятором. Переважали особи чоловічої статі – 57 (51,8%). Причинами для ЕКС були: повна АВ блокада – 67 хворих (60,9%), неповні АВ блокади – 12 хворих (10,9%), фібриляція передсердь – 12 хворих (10,9%), СССВ - 15 хворих (13,6%), синоаурикулярна блокада – 4 хворих (3,7%). У 45 хворих (40,9%) на ЕКГ були блокади ніжок пучка В. Гіса. У більшості пацієнтів 55,5% (n=61) була виконана ЕКС з імплантацією електродів в правих відділах серця, у решти 45,5% пацієнтів (n=49) проведено однокамерну ЕКС з імплантацією електрокардіостимулятора на верхівці правого шлуночка (40 хв., 36,4%) та в правому передсерді (9 хв., 8,1%).

**Результати:** Результати дослідження засвідчили, що особливостями ЕКГ у разі біполярної стимуляції було те, що одразу за імпульсом електрокардіостимулятора, реєструється дещо змінений зубець Р і розширений деформований комплекс QRS з дискордантністю сегмента ST та зубця Т. Артефакт стимулу є низькоамплітудним, інколи його важко виявити, що ускладнювало аналіз ЕКГ. У разі монополярної стимуляції з верхівки правого шлуночка форма комплексу QRS мала ознаки повної блокади лівої ніжки пучка В. Гіса, а сегмент ST і зубець Т направлені дискордантно до комплексу QRS. У разі правопередсердної ЕКС на ЕКГ реєструється імпульс стимулятора і нав'язаний за ним зубець Р. Комплекс QRS має суправентрикулярну незмінену форму, а у хворих з порушенням внутрішньошлуночкової провідності – змінену. Амплітуда стимулу у випадку монополярної ЕКС має вигляд великої за амплітудою вертикальної лінії. Крім того, реєструвалися спонтанні комплекси Р-QRS-Т, не зумовлені артефактами ЕКС.

**Висновки:** Зміни на ЕКГ у пацієнтів з імплантованим електрокардіостимулятором залежать від методу ЕКС, його режиму роботи та характеристики ЕКГ на момент ЕКС.

М.В.Пилипчук  
**СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ З СЕРЕДНІМ РІВНЕМ ФРАКЦІЇ ВИКИДУ:  
ОЦІНКА ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність:** Поширеність серцевої недостатності (СН) сягає 1-5% серед дорослого населення в Україні. За показниками фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) пацієнти з СН розподіляється на 3 когорти: з

нормальною (збереженою) ФВ ЛШ ( $\geq 50\%$ ), СН зі зниженою ФВ ЛШ ( $< 40\%$ ) та СН із середнім рівнем ФВ ЛШ (40–49%) – СНсрФВ (Європейське товариство кардіологів, 2016). За останніми даними серед всіх хворих на СН, хворі із ФВ ЛШ 40–49% складають за оцінкою різних авторів 10–20%. СНсрФВ відрізняється за демографічними показниками, етіологією та відповіддю на лікування. Можливі причини виникнення, в тому числі коморбідні стани та методи лікування на сьогодні залишаються «сірою зоною» сучасної кардіології і потребують ретельного вивчення.

**Мета:** Вивчити, проаналізувати та виявити можливі чинники виникнення СНсрФВ, оцінити можливість їх використання для профілактики виникнення та вдосконалення методів лікування даного стану.

**Матеріали та методи:** У дослідженні включено 26 пацієнтів – 12 (46,2%) жінок і 14 (53,8%) чоловіків (віком 41-78 років). Всім пацієнтам проводився збір скарг, анамнезу (в т.ч. спадкового анамнезу), фізикальне та антропометричне обстеження, інструментальні методи дослідження (вимірювання АТ, ЕКГ, Ехо-КГ, УЗД ОЧП та нирок), лабораторні дослідження (загальний холестерин, тригліцериди, креатинін, сечовина, цукор крові), визначались швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулами СКД-ЕРІ та Кокрофта-Голта. Проводився аналіз усіх отриманих даних та оцінка коморбідної патології досліджуваних за допомогою статистичних методів StatisticaforWindow, 12.0.

**Результати:** Не виявлено гендерної залежності серед хворих у досліджуваній групі з СНсрФВ, пік вікової захворюваності визначений при віці 45–59 років (53,8%), що спадає по обидві сторони вікового діапазону в 2,8 рази (на 34,6%). Більшість пацієнтів (16 (65,4%)) мали ІМТ  $\leq 29,9$  кг/м<sup>2</sup>, ожиріння (Ож.) І ст. та Ож. II ст. встановлено у 5 (19,2%) та у 3 (11,5%), відповідно. Показники загального холестерину та тригліцеридів не виходили за межі популяційної норми. ШКФ у 25 (96,2%) хворих збережена. Наявність артеріальної гіпертензії (АГ) визначено у 14 (53,8%) пацієнтів: АГ II - у 8 (30,8%) та АГ III - у 6 (23,1%) досліджуваних, відповідно. Тривалість АГ від 3 до 10 років у 73,3% випадках. У більшості хворих 20 (76,9%) наявна стабільна ІХС: дифузний кардіосклероз – у 65%, післяінфарктний кардіосклероз – у 25%, стенокардія II-III ФК – у 46,2%, нестабільна ІХС - у 15,4%, у 6 (23,1%) встановлена дилатативна кардіопатія (ДКМП). Виявлені порушення ритму: фібриляція передсердь - 16 (65,4%), блокади ніжок пучка Гіса – 11 (42,3%), з них 7 лівої та 4 правої ніжки. Супутній цукровий діабет (ЦД) визначений у 5 (19,2%) пацієнтів, сечо-кам'яна хвороба (СКХ) – у 4 (15,4%). У хворих з АГ, фібриляція передсердь та блокада ніжки пучка Гіса одночасно зустрічається тільки у 4 (15,4%) пацієнтів. Методом статистичної обробки отримано, що серед хворих з СНсрФВ та тривалою АГ з частотою 5:3 спостерігається наявність супутньої ІХС, фібриляції передсердь та блокади ніжки пучка Гіса.

**Висновки:** В результаті проведеного аналізу визначити окрему патологію, яка може бути провідною причиною розвитку СНсрФВ не вдалося. За нашими даними переважає поєднання певних захворювань ССС, а саме ІХС, ГХ, ФП та/або блокади НПП, що може сприяти розвитку «проміжної» СН. З'ясування причин даного стану потребує проведення подальших досліджень.

М.В. Писарцова

## ВИКОРИСТАННЯ CAR Т-КЛІТИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗІВ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Д.А. Лисено (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На даний момент ефективність лікування гострих лейкозів згідно алгоритму, що рекомендований офіційно затвердженим протоколом становить лише 20-30%. Терапія включає в себе методи з небезпечними гострими і віддаленими побічними ефектами: хіміо- і променева терапія, трансплантація кісткового мозку. Однак боротися із захворюванням можна за допомогою клітин власного організму, що значно мінімізує ризик побічних ефектів від стандартних методів лікування, а також збільшує шанси на досягнення повної ремісії.

**Мета:** Проаналізувати процес синтезу CAR Т-клітин, механізм їх дії на пухлинні клітини кровотворної системи. Порівняти ефективність лікування гострих лейкозів згідно алгоритму офіційних протоколів та методом використання генетично модифікованих клітин власного організму пацієнта.

**Матеріали та методи:** Аналіз і порівняння інформації, представленої в сучасних вітчизняних та іноземних джерелах, а саме протоколах, наукових публікаціях. Узагальнення зібраних даних.

**Результати:** CAR (chimeric antigen receptor) - це синтетичні рецептори, які здатні перепрограмувати Т-клітини. Їх сигналовий домен дозволяє Т-клітині активувати ефektorні функції та покращити розпізнавання антигенів на лейкоемічно-трансформованих гемопоетичних клітинах. Антигени на зовнішній поверхні клітин впізнаються через зовнішній домен CAR, що найчастіше складається з єдиного ланцюга, що зв'язує змінну частку імуноглобулінів (scFv). Таким чином рецептори залучають цільовий антиген незалежно від HLA, на відміну від фізіологічного TCR. Т-клітини з генетично спроектованими CAR розмножуються у пацієнта з онкологічними захворюваннями, і таким чином стають цільовими "живими ліками", запрограмованими для усунення пухлинних клітин. CAR Т-клітини, спрямовані на CD19 - молекули клітинної поверхні, які виражені при більшості лейкозів та лімфом, показали чудові результати у пацієнтів з рецидивними В-клітинними

злюкисними пухлинами, особливо гострим лімфобластним лейкозом.

**Висновки:** Подібно до хіміо- і променевої терапії, трансплантації кісткового мозку даний метод не стане панацеєю. Але імунотерапія, як один із прогресивних напрямків в лікуванні пухлинних захворювань, може суттєво збільшити шанси на сприятливий прогноз в пацієнтів з різними видами гострого лейкозу.

Плотиця Б.В.

### ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З ПОКАЗНИКАМИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

к.м.н., доц. Томашкевич Г.І.

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Успіх лікування пацієнтів, у тому числі з патологією серцево-судинної системи залежить від вчасної діагностики органічних змін, притаманних основному захворюванню, так і виявлення коморбідної патології, ознаки якої можуть переважати під час обстеження хворого. Під час проведення коронарографії хворим з коронарним синдромом у 30% випадків не підтверджується ураження коронарних судин.

**Мета:** нашого дослідження є визначити розповсюдженість коморбідної патології шлунково-кишкового тракту у хворих із захворюваннями серцево-судинної системи, оцінити якість життя за допомогою опитувальника (SF-36).

**Предмет** наукового дослідження – особливості клінічного перебігу ішемічної хвороби серця та гіпертонічної хвороби залежно від супутньої патології шлунково-кишкового тракту, параметри якості життя пацієнтів. Об'єкт дослідження – ішемічна хвороба серця.

**Результати** дослідження. Нами обстежені 20 пацієнтів, що знаходились на лікуванні в кардіологічному відділенні Вінницького регіонального клінічного лікувально-діагностичного центру серцево-судинної патології з приводу ішемічної хвороби серця та гіпертонічної хвороби. З них 8 (40%) осіб жіночої статі та 12 (60%) – чоловічої. Детальний збір анамнезу виявив у 15 хворих (75%) наявність гастроентерологічної патології: пептичної виразки дванадцятипалої кишки в анамнезі та ознак шлункової диспепсії під час розпитування. Причина диспепсії не встановлена, може бути обумовлена модифікуючими факторами: Н. рулогі, прийомом нестероїдних протизапальних препаратів, гіпотензивних засобів.

Показники якості життя свідчать про фізичний статус хворих, що становить 31,7 балів. Не встановлена роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності. Натомість балова характеристика показника “соціальна активність” у хворих на ІХС склала 37,5 бали. Показники психічного статусу визначають значення емоційного фактору, проблем у соціальних відносинах з оточуючими, загальне психічне здоров'я. Показник психічного статусу у хворих становить 24 бали. А ось “роль емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності” пацієнти оцінюють у 100 балів.

Серед узагальнюючих показників фізичного, психічного та загального статусу найбільшу кількість балів пацієнти віднесли до психічного статусу – 53,8.

**Висновки.** Встановлення причини появи больового синдрому, печії, визначення параметрів якості життя необхідне для вибору вірної тактики діагностичних процедур та лікування хворих на ішемічну хворобу серця.

В.Л. Побережець

### ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ДИСФУНКЦІЇ СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗІВ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Г.В. Демчук (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) відіграють значну роль у прогресуванні захворювання, негативно впливаючи на частоту госпіталізацій, показники якості життя, погіршуючи функцію зовнішнього дихання. Окрім цього, загострення призводять до посилення впливу факторів розвитку дисфункції скелетних м'язів таких як: системне запалення, оксидативний стрес, гіпоксія, гіперкапнія, зниження рівня анаболічних гормонів, харчове виснаження, зниження фізичної активності.

**Мета:** Визначити значення частоти загострень ХОЗЛ у прогресуванні дисфункції скелетних м'язів серед пацієнтів із ХОЗЛ.

**Матеріали та методи:** Обстежено 98 чоловіків хворих на ХОЗЛ, середній вік (60,4±11,2) років. Хворі належали до груп ХОЗЛ В, С та D. Для оцінки ступеня розвитку дисфункції скелетних м'язів використовувались кистьова динамометрія домінуючої руки, тест 6-хв ходи, біоелектрична імпедансометрія із розрахунком індексу безжирової маси тіла та індексу скелетних м'язів. Визначався ступінь обмеження фізичної активності за допомогою опитувальника госпіталю св. Георгія.

**Результати:** Зростання частоти загострень ХОЗЛ негативно корелює із зменшенням дистанції пройденої пацієнтами під час тесту 6-хв ходи ( $r=-0,214$   $p=0,034$ ) та із зростанням саркопенії за результатами біоелектричної імпедансометрії – зменшення індексу безжирової маси тіла ( $r=-0,201$   $p=0,047$ ). Частота загострень ХОЗЛ має слабкий позитивний кореляційний зв'язок із ступенем обмеження фізичної активності за даними опитувальника госпіталю св. Георгія ( $r=-0,436$   $p<0,001$ ).

**Висновки:** У пацієнтів із вищою частотою загострень ХОЗЛ спостерігаються гірші показники функціонального та кількісного стану скелетних м'язів, що відповідає важчому ступеню розвитку дисфункції скелетних м'язів ніж у осіб із меншою частотою загострень. Тобто зростання частоти загострень ХОЗЛ асоціюється із прогресуванням дисфункції скелетних м'язів за рахунок зменшення функціональних можливостей скелетних м'язів, їх об'ємних показників та зростання ступеня обмеження фізичної активності як компонента якості життя.

С.І. Поніна

## ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ САРКОПЕНІЇ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Н.П. Масік (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Дисфункція скелетних м'язів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) вважається одним із тяжких системних ускладнень, яке прогресує паралельно зі зниженням функціонального резерву легень, наростанням задишки, зниженням толерантності до фізичного навантаження та поглибленням м'язової детренованості. Сила скелетних м'язів є важливим показником функціонального стану рухового апарату людського організму. Синдром, що характеризується прогресивним і генералізованим зменшенням маси та сили скелетних м'язів, згідно з консенсусом European Working Group on Sarcopenia in Older People (2009), носить назву «саркопенія», негативно впливає на загальний стан організму, порушує рухливість, знижує якість та тривалість життя хворих. На сьогодні не визначено, в якій мірі зміни стану скелетних м'язів детермінують формування дисфункції дихальних м'язів.

**Мета:** Визначити скелетну м'язову масу, її силу та функціональні можливості у хворих з ХОЗЛ.

**Матеріали та методи:** У дослідження залучалися чоловіки та жінки віком від 48 до 72 років, які були розділені на дві групи. Перша група – 30 пацієнтів, що хворіють на ХОЗЛ, друга група – контрольна (20 осіб). Функцію зовнішнього дихання оцінювали за допомогою пікфлоуметрії. Для оцінки функціональних можливостей скелетних м'язів визначали швидкість ходи за допомогою 8-крокового, 3- та 4-метрового тестів, тестів «дві ступні разом», «напівтандем» і «тандем», «на одній нозі», «сісти — встати». Визначення м'язової сили здійснювали за допомогою кистьової динамометрії. Стан скелетної м'язової маси всього тіла, верхніх і нижніх кінцівок оцінювали за допомогою двофотонної рентгенівської абсорбціометрії (DEXA).

**Результати:** В ході дослідження було встановлено, що у хворих на ХОЗЛ відмічається значне порушення функціональних можливостей скелетної мускулатури у порівнянні з контрольною групою. Так, при оцінці сили скелетної мускулатури за допомогою динамометрії встановлено недостовірне зниження показників динамометрії у групі хворих на ХОЗЛ (праворуч:  $F = 2,21$ ;  $p = 0,09$ ; ліворуч:  $F = 1,99$ ;  $p = 0,12$ ).

При визначенні функціональних можливостей скелетної м'язової маси за допомогою тестів: «дві ступні разом», «напівтандем», «тандем», «на одній нозі», «сісти — встати», 8-кроковий, 3-метровий – встановлено недостовірне зниження показників, тоді як при використанні 4-метрового тесту встановлено вірогідно гірші показники у групі з ХОЗЛ ( $F = 3,48$ ;  $p = 0,02$ ). Зниження сили м'язів та толерантності до фізичного навантаження асоціювались із втратою м'язового компоненту у 80 % пацієнтів з ХОЗЛ. В обстежених хворих встановлено вірогідне зниження знежиреної маси на рівні нижніх кінцівок та апендикулярної знежиреної маси (загальний показник верхніх та нижніх кінцівок) ( $<6,26$   $\text{кг}/\text{м}^2$ ).

Зниження м'язової маси супроводжувалось зниженням дихальних об'ємів, що підтверджено низькими показниками пікфлоуметрії та виявленими прямими кореляційними зв'язками ( $r=0,26$ ,  $p<0,05$ ). Прослідковується пряма залежність між тяжкістю захворювання з одного боку та зменшенням м'язової маси, її сили та функціональних можливостей з іншого.

**Висновок:** У групі хворих на ХОЗЛ спостерігаються вірогідне зниження апендикулярної знежиреної маси і функціональних можливостей скелетної мускулатури, тенденція до зниження сили скелетної мускулатури, що призводить до порушення рухливості та підвищує ризик падінь.

А.А. Попик

## ПРОТОЧНО-ЦИТОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГІСТОЛОГІЧНОЇ ФОРМИ

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:** Як відомо, більшість злоякісних пухлин складається з гетероплоїдних популяцій клітин, які характеризуються зміною структури і кількості хромосом (анеуплоїдія і поліплоїдія) і відповідно зміною ДНК в ядрах клітин. Так, поліплоїдні пухлини частіше більш злоякісні, ніж диплоїдні, вони більш інвазивні, швидше ростуть і метастазують. Ідентифікацію клітин з аномальним вмістом ДНК та основні параметри клітинного циклу дозволяє сучасний метод проточної цитометрії.

**Мета:** Порівняльна оцінка проточно-цитометричних особливостей у хворих на дрібноклітинний (ДРЛ) та недрібноклітинний рак легені (НДРЛ) в залежності від гістологічної форми.

**Матеріали та методи:** В дослідження включено 50 хворих на РЛ, які були розподілені на дві групи. Перша – 15 (30%) хворих на ДРЛ, друга – 35 (70%) хворих на НДРЛ. Діагноз в усіх хворих був морфологічно верифікований. Забір пухлинного матеріалу відбувався під час операцій. Суспензії ядер з пухлинних клітин отримувались за допомогою спеціального розчину для дослідження ядерної ДНК CyStainDNAStep 1 (Partec, Німеччина). Проточний аналіз виконувався на багатофункціональному науково-дослідному проточному цитометрі «PartecPAS». Визначалась кількість диплоїдних і анеуплоїдних клітин у зразку і відповідно ДНК-профіль пухлини. Також обчислювався спеціальний індекс, який характеризує ДНК анеуплоїдію (індекс ДНК або DI).

**Результати:** Так, диплоїдний ДНК-профіль пухлини виявлено у пухлинах 13 (26%) хворих. З них 3 (6%) пацієнти були в групі хворих на ДРЛ. Також диплоїдний ДНК-профіль пухлини мали 10 (20%) хворих на НДРЛ. Анеуплоїдний профіль мали 27 (54%) пацієнтів. Із них у 5 (10%) пацієнтів був анеуплоїдний гіподиплоїдний тип пухлин, у інших 22 (44%) – анеуплоїдний гіпердиплоїдний. Якщо оцінювати розподіл по групам, то серед пухлин із анеуплоїдним гіподиплоїдним ДНК-профілем один (2%) був у хворого з першої групи, а 4 (8%) – у хворих з другої групи. Також виявилось, що в групі хворих на ДРЛ із анеуплоїдним гіперплоїдним ДНК-профілем було 13 (26%) пацієнтів. В групі хворих на НДРЛ – 9 (18%) було із анеуплоїдним гіпердиплоїдним ДНК-профілем. Серед анеуплоїдних пухлин виявлено також 2 (4%) пухлини з тетраплоїдним ДНК-профілем. Всі вони спостерігалися у хворих на ДРЛ, у хворих з другої групи таких випадків не виявлено.

**Висновки:** Виявлені відмінності в ДНК-цитометричних особливостях пухлинних клітин у хворих на ДРЛ та НДРЛ підтверджують більш злоякісний перебіг захворювання у хворих на ДРЛ.

О.В. Рибчич, Ю.С. Семенович, А.С. Бухштаб

## СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНО КИШЕЧНИКА: СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ

Кафедра внутрішньої медицини №2  
Ю.В. Мазур (к.мед.н., ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми:** Синдром подразненого кишківника (СПК) 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.

Користь пробіотиків в лікуванні ряду гастроентерологічних захворювань зокрема СПК - доведений факт. Фармацевтичні компанії активно розвивають цей вектор, розробляючи нові препарати. Так, у 2017 році на вітчизняному ринку з'явилася БАД Альфлорекс, що містить унікальний штам біфідобактерій. Американські, європейські та канадські медики, використовуючи його близько 10 років, відгукуються переважно позитивно.

**Мета:** дослідити використання сучасних препаратів лікування СПК.

**Матеріали та методи:** було вивчено та проведено пошук літератури, іноземні джерела по застосуванню Альфлорексу у лікуванні СПК.

**Результати:** Основна складова – паспортизована бактерія Біфідобактеріум інфантіс, зареєстрована під номером 35624, в концентрації  $\approx$  мільярд мікроорганізмів на капсулу. Клінічна ефективність застосування Біфідобактеріум інфантіс 35624 при СПК підтверджена масштабними плацебо-контрольованими дослідженнями. У випробовуваннях 2005 року L. O'Mahony, J. McCarthy, P. Kelly у 77 пацієнтів з СПК, що отримували протягом 8 тижнів Біфідобактеріум інфантіс 35624 в дозі  $1 \cdot 10^{10}$  живих бактеріальних клітин у молочному напої або лише молочного напою в якості плацебо, відмічалось статистично достовірне зменшення вираженості абдомінального болю і дискомфорту, здуття живота, проблем зі стулком. Позитивна клінічна динаміка супроводжувалась підвищенням вмісту в сироватці крові протизапального цитокіну IL-10 до рівня здорових осіб і нормалізацією співвідношення IL-10/IL-12, що вказує на можливість знижувати ознаки мікрозапалення за допомогою цього штаму. Ця властивість пояснюється наявністю на поверхні Біфідобактеріум інфантіс специфічного екзополісахариду, який здатний модулювати секрецію цитокинів і знижувати активацію

NF-kB, встановлено E.Schiavi, M.Gleinser, E.Molloy в 120 пацієнтів, 2016 року. В дослідженнях 2006 року P.J. Whorwell, L.Altringer, J.Morel у 62% із 362 пацієнтів з СПК, які протягом 4 тижнів отримували Біфідобактеріум інфантіс 35624 в дозі  $1 \cdot 10^8$  КУО, виявлено достовірне зменшення всіх симптомів СПК.

**Висновки:** Переконали дані, отримані в ході рандомних клінічних досліджень про те, що на даний час Біфідобактеріум інфантіс 35624 має найкращу доказову базу при СПК, підкреслюються в практичному керівництві по СПК (2015) Всесвітньої гастроентерологічної організації (WGO). Така позитивна відповідь організму на препарат, а також зручність прийому - 1 раз/добу дає додаткові переваги в контролі СПК. Досвід застосування Альфлорексу в США, Канаді і Європі, данні клінічних випробувань довели, що використання Біфідобактеріум інфантіс 35624 дає можливість зменшувати всі основні симптоми у пацієнтів з СПК. Тепер і в Україні лікарі можуть реалізувати досягнення світової медицини у своїй практиці.

К.Ю.Рудюк, О.В.Качуровська

### **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ПАНКРЕАТОГЕННИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ПОДІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ**

Кафедра ендокринології з курсом післядипломної освіти

З.П.Ніжинська-Астапенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Частота розвитку цукрового діабету ( ЦД ) внаслідок хронічного панкреатиту(ХП) зростає на 3.5 % з кожним роком. Патогенез панкреатогенного ЦД (ПЦД) : деструкція, склероз інкреторної тканини, запуск аутоімунних механізмів. Кальцифікація підшлункової залози (ПЗ) є незалежним фактором ризику розвитку ЦД.

**Мета:** Встановити частоту виникнення вторинного (в т. ч. і панкреатогенного) ЦД серед населення Вінницької області та відмітити основні закономірності перебігу.

**Матеріали та методи:** Статистичні данні захворюваності на ЦД протягом 2016-2017 років, медичні карти амбулаторних хворих ВОКВЕЦ. Проаналізована вибірка історій хвороб рандомно обраних 20 пацієнтів.

**Результати:** На 2017 рік у Вінницькій області було зареєстровано 51 411 пацієнтів із ЦД ( з них 1 типу – 2775, в тому числі 410 дітей; 2 типу та вторинного ЦД – 48 636, у тому числі 3 підлітка). Вперше зареєстровано протягом 2017 року 4 688 осіб, в т.ч. 76 дітей. З них пацієнтів з ЦД 1 типу – 208 осіб, 2 типу – 4 459, вторинним (панкреатогенний та зумовлений захворюваннями ендокринних залоз) – 21 особа.

В 2017 році на диспансерному обліку ВОКВЕЦ перебувало 119 осіб із вторинним ЦД ( 95 % - чоловіки. У 85% випадків ЦД виник на фоні ХП (з них 24 % випадків - панкреатит з кальцифікацією в протоках залози, у 25% - панкреатит з кістозними утвореннями або аденокарциноми підшлункової залози). Були відмічені деякі закономірності перебігу захворювання: середня тривалість перебігу ХП до розвитку ЦД складала 10-15 років, в 45 % діабет з кетозами, середній ІМТ хворих з панкреатогенним діабетом - 25 кг/м<sup>2</sup>. При аналізі УЗД підшлункової залози обстежених хворих виявлені типові зміни: структура залози неоднорідна, поширений фіброз; ехогенність танини залози підвищена, контур її хвилястий; в паренхімі залози та в просвіті протоків конкременти ; Вірсунгова протока розширена; кісти розміром 10-12 мм. У хворих з панкреатогенним панкреатитом у 80 % випадків рівень С-пептиду у межах нижніх референтних норм. Основа лікування панкреатогенного ЦД - інсулінотерапія. Поширені ускладнення та супутні патології : хронічний активний гепатит, стеатогепатоз, діабетична енцефалопатія, діабетична дистальна сенсорна полінейропатія ніг, діабетична автономна нейропатія серця, ретинопатія, діабетична макулопатія, катаракта.

**Висновки:** У 2017 році поширеність ЦД серед населення області збільшилась на 1.7 % у порівнянні з попереднім роком(324,71 на 10 тис. населення проти 319.34 на 10 тис. населення у 2016 році). Показник виявлення ЦД збільшився на 9.3 % (29,6 на 10 тис. населення проти 27,07 на 10 тис. населення 2016 року). Частка хворих на вторинний ЦД (панкреатогенний чи зумовлений захворюваннями ендокринних залоз) складає 0.23% (119 осіб з ПЦД).

І.С. Самойдюк, А.В. Багінська

### **СУЧАСНА АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

І.А. Матковський (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Масштаби поширення вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) набули глобального характеру. Станом на 01.10.2017 р., під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу перебувало 139 394 ВІЛ-інфіковані особи (поширеність ВІЛ-інфекції – 329,6 на 100 тис. населення) та 42 666 хворих на СНІД (поширеність СНІДу – 100,9). Найвищі показники поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровано у Одеській, Дніпропетровській, Миколаївській, Херсонській, Київській областях. Первинна профілактика ВІЛ та обізнаність щодо проблеми ВІЛ/СНІДу відіграють важливу роль у комплексній протидії епідемії. Ефективна АРТ призводить до зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Перспективою у лікуванні ВІЛ-інфікованих є пошук нових оптимальних схем АРТ.

**Мета:** Вивчити основні групи препаратів, їх переваги та недоліки для лікування ВІЛ-інфікованих осіб згідно з сучасними науковими даними.

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

**Результати:** До основних класів антиретровірусних препаратів належать:

Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази. Переваги: визнана основа для комбінованих схем АРТ. Недоліки: існують дані про рідкі але серйозні випадки лактацидозу зі стеатозом печінки. Препаратів: зидовудин, ламівудин, абакавір, тенофовір. Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази. Переваги: зберігають можливість використання ІІ в майбутньому; тривалий період напіввиведення. Недоліки: високий ризик розвитку резистентності в випадку невдачі або переривання лікування, великий ризик перехресної резистентності, шкірний висип. Приклади препаратів: ефавіренз, невірапін. Інгібітори протеази. Переваги: зберігають можливість використання ННІЗТ в майбутньому, високий генетичний бар'єр до формування резистентності, низький рівень перехресної резистентності. Недоліки: метаболічні ускладнення (дисліпідемія, інсулінорезистентність), побічні дії з боку ШКТ, часті лікарські взаємодії через вплив на СYP 3A4 печінки (неможливе застосування з рифампіцином). Приклади препаратів: лопінавір/ритонавір, дарунавір, індінавір. Інгібітори інтегрази. Переваги: Препарат добре зв'язується з білками плазми крові і проникає через гематоенцефалічний бар'єр, чудово переноситься хворими. Недоліки: Більшість побічних ефектів легкі (розлади ШКТ, головний біль, підвищення температури тіла. Віддалені побічні реакції вивчені недостатньо. Приклади препаратів: ралтегравір, елвітегравір.

**Висновки:** Застосування цих класів препаратів призводить до максимально можливого пригнічення реплікації ВІЛ, відновлення функції імунної системи, продовження тривалості життя ВІЛ-позитивних і покращення його якості, попередження розвитку СНІД-індикаторних захворювань, попередження передачі ВІЛ.

С.О. Сучок

## **ВИВЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ З ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ**

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології  
О.П.Незгода (к.мед.н., доц)

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

**Актуальність:** Туберкульоз (ТБ) – найпоширеніша опортуністична інфекція серед ВІЛ-інфікованих осіб. Одночасне призначення протитуберкульозної та антиретровірусної терапії пацієнтам з ВІЛ-інфекцією сприяє розвитку гепатотоксичності, що може супроводжуватись зміною лабораторних та функціональних показників стану печінки.

**Мета:** Дослідити функціональний стан печінки у ВІЛ-інфікованих осіб з вперше діагностованим туберкульозом легень без поєднання з хронічним гепатитом С.

**Матеріали та методи:** Обстежено 49 пацієнтів. Контрольну групу (КГ) склали 25 пацієнти з вперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) легень, основну (ОГ) – 24 пацієнтів з ВДТБ/ВІЛ ко-інфекцією. У обох групах переважали чоловіки: чоловіків у ОГ - 15, у КГ - 14. Середній вік хворих КГ та ОГ становив відповідно 42,04±5,98 та 36,29±6,91 років. Усі пацієнти мали 4 клінічну стадію ВІЛ-інфекції. Оцінювались дані клінічного, лабораторного (АлАТ, АсАТ, загального білірубіну та його фракцій, загального білка крові) та сонографічного обстеження до лікування та після завершення інтенсивної фази протитуберкульозної терапії. УЗ-дослідження органів черевної порожнини проводилось на апараті Philips HD7, застосовувався конвексний датчик з частотою 2 – 5 мГц.

**Результати:** Клінічно прояви інтоксикації регресували швидше в контрольній групі. Спостерігалось статистично значиме підвищення АлАТ у основній групі в порівнянні з контрольною групою після проведення інтенсивної фази лікування ( $p < 0,05$ ). Показники загального білірубіну (ЗБ) та білка в обох групах статистично не відрізнялись ( $p > 0,05$ ). Рівень ЗБ в обох групах залишався в межах фізіологічної норми як до початку терапії, так і після неї. Критичного його підвищення, що могло б вказувати на розвиток холестатичного синдрому, не зафіксовано. При рутинному сонографічному дослідженні, що проводилось до лікування та після інтенсивної фази спостерігалось підвищення ехогенності печінки, неоднорідність структури паренхіми органа, розширення внутрішньопечінкових проток, гепатоспленомегалія.



**Висновки:** Встановлено наявність пошкодження печінки у пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ вже на долікувальному етапі, що супроводжувалось підвищенням лабораторних показників АЛАТ та АсАТ, ознаками її ураження при УЗ-дослідженні. Наростання реакцій гепатотоксичності не супроводжується вираженою клінічною симптоматикою та розвитком жовтяниці, що може ускладнювати проведення повноцінної антитуберкульозної терапії згідно з клінічними протоколами лікування МОЗ.

У хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ доцільно проводити активний моніторинг маркерних ферментів цитолізу та сонографічну оцінку стану печінки з використанням мінімально можливої кількості протитуберкульозних препаратів.

Попередження розвитку медикаментозного ураження печінки у пацієнтів з ВІЛ/ТБ ко-інфекцією сприяє адекватному проведеному інтенсивній фазі лікування ТБ та покращує якість життя пацієнтів.

О.Ю. Семенківська

### **РІВЕНЬ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ СІМЕЙНИХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В ЗАКЛАДАХ ПМД**

Кафедра «Сестринська справа»

В.Й. Шатило (д.мед.н., професор, ректор)

КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР

м. Житомир, Україна

**Актуальність теми:** Реформа охорони здоров'я в нашій країні передбачає поступовий перехід до організації первинної медичної допомоги за принципом лікаря загальної практики. Одним з важливих моментів є формування команди медичних сестер ЗП/СМ.

**Мета дослідження:** Визначити рівень організації роботи сімейних медичних сестер в закладах ПМД.

**Матеріали та методи:** Для досягнення мети, ми використовували наступні методи наукового дослідження: бібліосемантичний, медико - соціологічний, системного аналізу та логічного узагальнення.

**Результати:** В анкетуванні взяли участь 100 медичних сестер Житомирської області. Серед них було 36 медичних сестер, які працюють в амбулаторіях, 34 медичних сестер – на ФАПх та 30 медичних сестер – в поліклініках. Віковий діапазон опитуваних медичних сестер коливався в межах 21 – 53 років включно, середній вік респондентів склав 36, 3 років. Загалом опитувані медичні сестри задоволені організацією роботи в закладах ПМД, де вони працюють. Серед них 58,0 % медичних сестер задоволені місцем роботи. З них найбільша частка тих, що працюють в амбулаторії – 22,0 %, найменша – 16,0 % працюють на ФАПі. Переважна більшість опитаних медичних сестер задоволені оснащенням робочого місця. Серед них повністю задоволені – 30,0 % опитаних та 52,0 % опитаних частково задоволені оснащенням робочого місця. Найбільшу частку з них складають медичні сестри, які працюють в амбулаторії 30,0 %, найменшу – в поліклініці 18,0 %. В цілому щодо забезпеченості робочого місця, необхідним для роботи устаткуванням, опитувані медичні сестри зазначили, що забезпечені повністю – 32,0 %, частково забезпечені – 64,0 % опитаних сімейних медичних сестер. Решта 4,0 % відповіли, що не забезпечені, необхідним для роботи устаткуванням. Щодо забезпеченості засобами індивідуального захисту ми з'ясували, що забезпечені повністю засобами індивідуального захисту 56,0 % медичних сестер. Серед них переважають медичні сестри, які працюють на ФАПх. Проте серед труднощів, які зустрічаються в роботі, медичні сестри найчастіше виділяли: 62,0 % великий радіус дільниці, 44,0 % відсутність транспорту та 10,0 % неповага пацієнтів. Необхідно відмітити, що для покращення якості професійної діяльності, більшість медичних сестер (58,0 %) зазначили, що потрібно покращувати умови праці та побуту медичних сестер. У той час, як 54,0 % опитаних медичних сестер вважають, що потрібно покращувати матеріально – технічну базу закладів охорони здоров'я та 48,0 % вважають, що необхідно постійно підвищувати рівень знань та вмінь медичних працівників.

**Висновки:** Встановлено, що більшість опитаних сімейних медичних сестер задоволені організацією роботи в закладах ПМД. При виконанні професійних обов'язків вони зустрічаються з такими труднощами: великий радіус дільниці, відсутність транспорту та неповага пацієнтів. При їх усуненні важливо враховувати думку медичних сестер, а саме: покращувати матеріально – технічну базу закладів охорони здоров'я та постійно підвищувати рівень знань та вмінь медичних працівників.

Н.В. Сторожук, Я.Й. Тросцінська

### **ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧАСТОТИ РЕСТЕНОЗУ І РЕТРОМБОЗУ ВІД ТИПУ СТЕНТА У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ПЕРКУТАННОЇ АНГІОПЛАСТИКИ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ**

**Актуальність:** На сьогоднішній день в Україні перше місце серед захворювань серцево-судинної системи займає ішемічна хвороба серця (53,8%), яка є однією із основних причин інвалідизації і смертності серед працездатного населення. В останнє десятиріччя в лікуванні ішемічної хвороби серця використовуються не лише медикаментозні методи, а й кардіохірургічні втручання, а саме інтервенційні методи ревазуляризації міокарду шляхом імплантації стента у коронарну судину зі стенозуючим процесом. За даними літератури, частота рестенозів всередині стента становить від 10 до 40%, а ретромбозів від 0,87 до 2,2%, які найчастіше розвиваються протягом першого року після імплантації стент-системи. Не дивлячись на те, що в останній час все більше використовують стенти з покриттям лікарськими засобами, проблема рестенозу та ретромбозу залишається до кінця не вирішеною.

**Мета роботи:** Визначити частоту виникнення рестенозу та ретромбозу у хворих з ішемічною хворобою серця яким проведена перкутанна ангіопластика коронарних артерій та оцінити залежність даного ускладнення від типу імплантованого стента.

**Матеріали та методи:** Ретроспективно проаналізовано 2447 історій хвороб та коронароангіографічних зображень (за 25 місяців), серед яких виділено 1114 хворих на ішемічну хворобу серця, віком від 41 до 79 років (середній вік - 60,8 років), що лікувались методом перкутанної ангіопластики коронарних артерій, шляхом імплантації стент-систем різних типів (за 2015 рік, січень-серпень 2016 року та січень-травень 2017 року) у КЗ «Вінницький регіональний центр серцево-судинної патології». Дані отримані з єдиного реєстру. В аналізі враховувались ускладнення перкутанної коронароангіопластики у вигляді рестенозів та ретромбозів лише всередині стента та їх зв'язок з типом імплантованих стент-систем ( прості голометалеві або з покриттям лікарськими засобами). В аналізі не враховувались випадки повторного стенозу судини вище або нижче стента, а також випадки даного ускладнення в інших коронарних судинах.

**Результати дослідження:** При вивченні результатів ангіопластики у 1114 пацієнтів з ішемічною хворобою серця у 69 хворих серед яких 55 чоловіків та 14 жінок, був виявлений рестеноз або ретромбоз усередині стента, що загалом склало 6,19%. При подальшому дослідженні виявлено, що 41 пацієнту було встановлено стенти без покриття (59,4%), а 28 іншим – стент-системи, що покриті лікарськими засобами ( 40,6%). Серед стентів без покриття найчастіше використовувались Flexus, Biotronic AG, Coflexus, CHROMA, азі стент-систем, що покриті лікарськими засобами - Resolute Integrity, XIENCE, TAXUS, Onyx.

**Висновки.** Частота рестенозів у відділенні інтервенційної кардіології (КЗ Вінницький регіональний центр серцево-судинної патології) за період 2015-2017 рр. склала 6,19% (69 пацієнтів) від загальної кількості хворих з ішемічною хворобою серця, яким було імплантовано стент-системи (1114 пацієнтів). Рестеноз в групі хворих, яким імплантовано стенти без покриття виникає на 18,8% частіше ніж в групі хворих, яким було імплантовано стент-системи з покриттям лікарськими препаратами (P 0,01).

Таким чином, частота рестенозу та ретромбозу достовірно залежить від типу імплантованого стента.

К.М. Третьякова

## ПОРІВНЯННЯ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2  
І.С.Дроник(ас.)

Львівський національний медичний університет імені Д. Галицького  
м. Львів, Україна

**Актуальність.** На початку III тисячоліття епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань погіршилась, а саме: їх поширеність зросла серед населення України в 3,5 рази, а рівень смертності від кардіоваскулярних хвороб збільшився на 46%. Розвиток артеріальної гіпертензії супроводжується зміною показників різних видів обміну. Хронічний стрес, гіподинамія, незбалансоване харчування, шкідливі звички та пізня діагностика захворювання виступають чинниками виникнення артеріальної гіпертензії у людей різних вікових груп. Тому дослідження етіологічних та патогенетичних показників артеріальної гіпертензії є актуальною проблемою сьогодення.

**Мета.** Дослідити порівняти деякі показники лабораторних досліджень пацієнтів із есенціальною артеріальною гіпертензією II стадії в північних та західних регіонах України.

**Матеріали.** Досліджено 100 хворих на артеріальну гіпертензію II ступеня, середній вік яких 50-70 років, з них 50 – жителі західного регіону (Львівська область) і 50 – жителі північного регіону (Житомирська область). Забір крові проводився при поступленні у стаціонар.

**Методи досліджень.** Використовувались методи групування та систематизації даних, логічний аналіз. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням комп'ютерної програми "SPSS 10/1".

**Результати.** Встановлені такі відмінності лабораторних показників: у хворих західного регіону (група II)

значення ШОЕ є вищим від норми, тоді як у пацієнтів північних районів (група I) – сягає верхніх меж норми; рівень середніх значень сечовини в хворих I групи достовірно нижчим, ніж в II групі; рівень креатиніну та загального білірубину в обох групах знаходиться в межах норми, але у хворих II групи він є достовірно вищим. Активність аспартатамінотрансферази є достовірно вищою у пацієнтів I групи і дещо перевищує норму, на відміну від хворих II групи. Рівень холестерину перевищує норму і достовірно не відрізняється в представників обох груп.

**Висновки.** Як видно з наведених результатів, деякі лабораторні показники у пацієнтів з артеріальною гіпертензією у різних регіонах України відрізняється між собою. Це може зумовлювати різний перебіг та розвиток ускладнень. Поєднання достовірно вищих показників аспартатамінотрансферази, креатиніну та сечовини у пацієнтів I групи може свідчити про їх роль у патогенезі артеріальної гіпертензії. Подальші дослідження в цьому напрямку є перспективними в аспекті поглибленого вивчення диференційованого підходу до лікування цієї категорії хворих, що надасть можливість знизити кількість виникнення ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу.

В. А. Тростенюк, Л.В. Прядко  
**ФЕНОТИПОСПЕЦИФІЧНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Бронхіальна астма (БА) – захворювання, на яке страждають близько 300 млн осіб, характеризується гетерогенністю клінічних форм і варіабельністю перебігу. На сьогодні ведення БА потребує глибокого аналізу факторів, відповідальних за прогресування захворювання і розвиток загострень, а також вибору терапії БА на основі клінічних і біологічних фенотипів(Ф) хвороби.

**Мета:** визначити особливості перебігу та лікування БА відповідно Ф.

**Матеріали та методи:** Аналіз GINA за переглядом 2017 р. та література відповідна тематиці.

**Результати:** Відповідно до GINA 2017, яка базується на гетерогенності БА виділяє наступні:

Алергічна(1), Неалергічна(2), БА з пізнім початком(3), БА з фіксованим обмеженням швидкості потоку повітря(4) та БА на тлі ожиріння(5). 1–частіше всього проявляється в дитинстві та асоціюється з наявністю алергічного компонента. Лікування проводять ІКС. 2-досить рідко зустрічається і не пов'язана з алергією. Маніфестує після досягнення середнього віку. Погано лікуються ІКС. 3–зустрічається частіше у жінок дорослого віку. Зазвичай ці пацієнти не схильні до алергії і потребують високих доз ІКС або відносно рефрактерні до ІКС. 4-зустрічається у пацієнтів з тривалим перебігом БА. Порушення зумовлено бронхоспастичністю. 5-у таких пацієнтів спостерігаються посилення симптомів з боку органів дихання і незначне еозинофілія дихальних шляхів. Лікування БА направлене на елімінацію поточних симптомів, мінімізацію запалення, бронхіальну гіперреактивність та попередження загострень. Для I запропоновано найбільше варіантів лікування. Специфічна імунотерапія проводиться в кожного пацієнта з БА з підтвердженою та клінічно значущою алергією переважно при легких формах БА. Така імунотерапія призначена для усунення гіперчутливості, що пов'язано з певними алергенами. Пацієнти, які не можуть досягти повного контролю навіть за допомогою лікування відповідно до кроку 4, та осіб, що мають підозру щодо тяжкої рефрактерної алергічної БА лікування в яких проводитимуть використовуючи анти-IgE антитіла (омалізумаб). За наявності нееоозинофільної неалергічної БА велике значення має відповідне лікування коморбідних станів (ожиріння, синдром обструктивного апное сну, ГЕРХ тощо). У випадку частих інфекційних загострень можна проводити тривале лікування з використанням макролідів за інтермітуючою схемою.

**Висновки:** Останні досліджень, виконані протягом останнього десятиріччя, нашоухують на думку, що ступінь тяжкості БА не являється оптимальним показником для оцінки стану хворих у клінічній практиці, оскільки може змінюватися з часом і залежить не лише від клінічних проявів, але й від відповіді на терапію, не дає змоги оцінювати та прогнозувати ризик розвитку середньотяжких або тяжких загострень астми. З метою визначення, як саме пацієнт може реагувати на призначену терапію, доцільно максимально точно окреслити Ф БА.

К.С. Тимошук

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ СТРЕСОВОСТІ У СТУДЕНТІВ РІЗНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

А.Г. Степанюк (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Стрес - один із найпоширеніших факторів ризику багатьох захворювань. На думку фахівців, студенти завжди знаходяться на межі депресивного стану через постійне розумове навантаження, бажання

знайти собі місце в соціальній ніші, що проявляється в емоційному перенапруженні, перевтомі і втраті контролю над собою. А згодом це переходить у причини таких захворювань як артеріальна гіпертензія, гастрити, панкреатити, дерматити та інші.

**Мета:** дослідити і визначити, навчання в якому вищому навчальному закладі (ВНЗ) найбільше впливає на психічне здоров'я студентів 3-ого курсу, що дозволить звернути увагу молодих людей на їх стан, попередити небажані хвороби у їх віці та у майбутньому.

**Матеріали та методи:** для статистичної оцінки було проведено два тести: перший - по шкалі Бека, що визначає ступінь депресії і вважається одним із най достовірніших і другий - на схильність до стресу, який допомагає визначити стан обстежуваного на даний момент. У дослідженні взяли участь 60 студентів трьох різних ВНЗ (по 20 з кожного), які отримали картки з питаннями (21 і 18 відповідно). Незначна кількість запитань, налаштованість студентів та умови спокою допомогли отримати максимально достовірні дані. Надалі були проведені обрахунки і отримані статистичні відомості, які дали змогу зробити попередні висновки.

**Результати:** Тест по шкалі Бека дозволив оцінити депресію і виявити, що серед 60 досліджуваних у 22 (37%) людей немає жодних відхилень від норми, у 14 (23%) легка ступінь депресії, у 15 (25%) – помірної і у 9 (15%) важка депресія. Серед 20 опитаних медиків у 5 (25%) виявлено важку, у 4 (20%) помірну і у 5 (25%) легку депресії. Для перевірки і додаткового обстеження проведено тест на визначення ступеня схильності до стресу. Так, у 25 (42%) студентів виявлено відсутність стресу, у 20 (33%) наявна стресовість, у 9 (15%) стресовість значного ступеня і 6 (10%) людей опинилися на межі зриву. Результати дослідження студентів медичного університету показали, що в межах норми знаходяться лише 40% опитаних, 20% - притаманна стресовість, значний ступінь стресовості у 20% і стан на межі зриву також у 20% медиків.

**Висновки:** Дані досліджень показали, що найбільш стресостійкими є студенти Вінницького національного аграрного університету, що навчаються за технічними профілями серед яких занепокоєння викликає лише 10% студентів. На другій сходинці розташувалася молодь з Вінницького державного педагогічного університету, в яких були помічені найчастіші випадки легких депресій. І лідерами стали майбутні медики з Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова, які піддаються важким депресіям і високому ступеню схильності до стресу. З усіх досліджуваних медиків у 65% присутня депресія, а у 25% визнана її важка форма. А це означає, що більше ніж половина медиків піддаються надмірним нервовим навантаженням, а кожен 5 студент потребує медичної консультації фахівця.

О.І. Ревчук Ю.Р. Христофор  
**ПРОФЕСІЙНІ ХВОРОБИ МУЗИКАНТІВ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА**  
Кафедра внутрішньої медицини №2  
Т.В. Степанюк (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Кожна людина зникає з самого народження чути музику. Всі ми вже давно помітили, що роль музики в нашому житті досить велика, музика може впливати на наш настрій, заспокоювати нас. Але музика може і негативно впливати на людей. Особливо на тих, які створюють її.

**Мета:** дослідити вплив функціонального перенапруження верхніх кінцівок та органів дихання при виконанні музичних композицій на розвиток професійних захворювань у музикантів та співаків.

**Матеріали та методи:** опрацювання літературних даних про життя музикантів, які страждали професійними хворобами та наукових матеріалів про методи профілактики їх професійних хвороб.

**Результати:** Професійні захворювання осіб музичних професій зустрічаються не так рідко, як прийнято вважати. За даними статистики у всьому світі близько 90% музикантів мають професійні захворювання. Відомі імена видатних музикантів, що страждали професійними захворюваннями рук: С. Рахманінов, А. Тосканіні, С. С. Скрябін і інші. Професійні захворювання рідко зустрічаються у музикантів у віці старше 30 років, і в 72% випадків вони зустрічаються у осіб, молодше 25 років, особливо часто у віці 18-23 років. Від функціонального перенапруження при грі на музичних інструментах може виникнути ряд захворювання верхніх кінцівок(міозити, бурсити, епіконділіти, ганглії, тендовагініти, періартрити, легаментити та ін.), що викликають не лише больові відчуття, але й обмежують працездатність музиканта і, у ряді випадків, вимагають перекваліфікації. Існує своєрідна дискінезія губ у музикантів, що грають на духових інструментах. Професійні дискінезії розвиваються переважно у висококваліфікованих музикантів і часто бувають трагічні, оскільки музикантові важче, ніж кому-небудь іншому, змінити свою професію

**Висновок:** Професійні захворювання в часі падають на період розвитку виконавських і творчих навичок музиканта. Проте, незважаючи на молодий вік, час зайняття музикою у 82% хворих професійними захворюваннями перевищував 10 років, а у 40% - 15 років, оскільки музиканти зазвичай починають грати з 4-6 років. Часто педагоги-музиканти майже не займаються питаннями профілактики професійних захворювань музикантів, і, найчастіше, їм бракує теоретичної підготовки в цій області. Можна зробити висновок, що професійні захворювання виникають в результаті порушення природних фізіологічних законів роботи м'язів і функцій, яке може бути викликано як спотворенням робочих навичок і фізичними особливостями організму,

так і недовіком тренуваності виконавського апарату.

Ю.Р. Христофор  
**ДЕФІЦИТ ВІТАМІНУ D В ГЕНЕЗІ ЕНДОКРИННОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

Н.П. Масік (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Традиційна характеристика вітаміну D як гормону-регулятора мінерального обміну останнім часом доповнилася новими даними, що дозволили суттєво змінити погляд на фізіологічну роль цього вітаміну. Відкриття рецепторів до гормонально активних форм вітаміну D та їх синтез у клітинах нетрадиційних для цього вітаміну органів та тканин передбачає більш широкий спектр фізіологічного ефекту вітаміну. Показано, що холекальциферол, прямо або опосередковано, регулює синтез ліпідів, білків, гормонів, рецепторних білків.

**Мета:** дослідити вплив недостатності вітаміну D на виникнення та розвиток ендокринної патології.

**Матеріали та методи:** аналіз публікацій з ендокринології, інтернет-джерел та методичних розробок з питань дефіциту вітаміну D.

**Результати.** Численні дослідження підтверджують роль вітаміну D в патогенезі цукрового діабету. Розширення уявлення про роль вітаміну D стало результатом відкриття рецепторних білків у клітинах органів та тканин, не залучених до мінерального обміну та обміну вітаміну, а також можливості синтезу активних метаболітів вітаміну D цими клітинами. На роль вітаміну D у виконанні функцій підшлункової залози вказують індуковані 1,25-дигідрохолекальциферолом (1,25(OH)2D3) морфологічні зміни  $\beta$ -клітин з одночасним підвищенням їх активності, а також наявність високоафінного рецептора, що локалізується у ядрах  $\beta$ -клітин підшлункової залози. Наявність таких рецепторів дозволяє розглядати їх як клітини-мішені для вітаміну D. Через присутні рецептори в  $\beta$ -клітинах підшлункової залози вітамін D стимулює секрецію інсуліну, а також збільшує чутливість до інсуліну, підвищуючи експресію інсулінових рецепторів.

Вітамін D (кальцитріол) стимулює синтез гормону остеокальцину в остеобластах, який підвищує синтез і секрецію адипонектину в жировій тканині, а також синтез інсуліну в підшлунковій залозі. При цьому адипонектин активує гени, що кодуєть транспортер глюкози в адипоцитах, серцевих і скелетних м'язах, сприяючи зниженню рівня глюкози в крові.

Вітамін D, безпосередньо діючи на м'язи і жирові клітини, покращує ефекти інсуліну, знижуючи резистентність до інсуліну при діабеті 2-го типу, а його дефіцит є фактором ризику порушення толерантності глюкози, виникнення інсулінорезистентності, і як наслідок, цукрового діабету 2-го типу.

Недостатність вітаміну D також призводить до прогресування периферичної нейропатії при цукровому діабеті.

**Висновок.** При ендокринній патології, зокрема цукровому діабеті, має місце недостатність вітаміну D різного ступеня інтенсивності, що в подальшому може стати причиною виникнення або прогресування його різних ускладнень.

М.В.Черноконь

**ЗНИЖЕННЯ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ ЯК ДОДАТКОВИЙ ФАКТОР РИЗИКУ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Л.В.Распутіна(д.мед.н.,проф.), М.В. Овчарук (к.мед.н., доц)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця,Україна

**Актуальність:**Порушення функції нирок часто виявляють у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ): артеріальною гіпертензією (АГ), особливо у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД),інфарктом міокарда(ІМ),серцевою недостатністю (СН). Зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) розглядають як маркер несприятливого прогнозу перебігу серцево-судинних захворювань(ССЗ) та додатковим чинником ризику серцево-судинних ускладнень.За даними аналізу Європейського реєстру гострих коронарних синдромів (EuroHeartSurveyonAcuteCoronarySyndromes), порушення функції нирок виявляють у 35% усіх пацієнтів (GittA.K. etal., 2010). Зниження ШКФ до 60-30 мл/ хв/1,73 м2 асоціюється з підвищенням ризику смерті в 2,09 раза (SantopintoJ.Jetal., 2003), а збільшенняконцентраціїкреатиніну в плазмікрові на  $\geq 0,5$  мг/дл у першу добугоспіталізаціїпідвищуєризиксмертівпродовж наступних 12 місяців.

**Мета:** Оцінити ШКФ у хворих, що перебували на госпіталізації в кардіологічному відділенні КЗ «ВРЦСП» з приводу гострого коронарного синдрому.

**Матеріали та методи:** Було проаналізовано 95 історій хвороб, середній вік  $64,4 \pm 62$  роки. Серед обстежених 76 чоловіків (80%) та 19 жінок (20%), що були репрезентативні за віком. У 60 пацієнтів (63,1%) діагностовано ІМ, у 54 – інфаркт міокарда з зубцем Q (90%), інші пацієнти після дообстеження мали діагноз нестабільна стенокардія – 35 (36,9%). Серед супутніх захворювань у 82 (86,3%) – АГ, у 16 (16,8%) – ЦД, у 4 (4,2%) –

ожиріння, у 25 (26,3%) – післяінфарктний кардіосклероз.

**Результати:** У 30 пацієнтів (31,2%) відмічалась ШКФ >90 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> (чоловіків було 28 (93,3%), жінок – 2 (6,6%); середній вік – 55 років). АГ була виявлена у 24 пацієнтів (80%), ЦД у 6 (20%). У 40 пацієнтів (42,1%) з ШКФ 60-89 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> (чоловіків було 37 (92,5%), жінок у 3 (7,3%); середній вік – 61 рік), кількість пацієнтів з АГ – 32 (80%), з ЦД – 4 (10%). У 21 пацієнта з ШКФ 30-59 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> (чоловіків було 10 (47,6%), жінок – 11 (52,4%); середній вік 72 роки), що мали АГ – 17 (80,9%), ЦД – 3 (14,3%) та ожирінням – 1 пацієнт. У двох пацієнтів діагностовано ШКФ 15-29 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> (один чоловік та одна жінка; середній вік – 67,5 років), у всіх пацієнтів була АГ, у одного ЦД. Виявлено двох пацієнтів з ШКФ <15 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>, це жінки, середнього віку 68 років, у всіх діагностовано АГ та ЦД.

**Висновки:** Встановлено, що серед осіб, що були госпіталізовані з приводу гострого коронарного синдрому у 65 (68,4%) відмічали зниження ШКФ. Прогресування зниження ШКФ асоційовано з жіночою статтю, супутньою АГ та ЦД.

К. Д. Чічирельо-Константинович

### ПОЛІМОРФІЗМ TLR4 +3725 G/C ЯК ПРЕДИКТОР ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ ЗА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ПЕРСИСТЕНЦІЇ

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.** Взаємообтяження цитомегаловірусної інфекції (ЦМВІ) та негоспітальної пневмонії (НП) як коморбідних станів в умовах існуючого імунодефіцитного процесу за рахунок власної цитопатичної дії ймовірно залежатиме від функціонального стану вродженого імунітету. Поліморфізм TLR4 зазвичай асоціюють з бактеріальною НП. Однак алелі з мононуклеотидною заміною +3725 G/C гена TLR4 мають вплив на перебіг бактеріальних патологій за наявних вірусних персистенцій.

**Мета:** визначити особливості перебігу НП при ЦМВІ за різних генотипових варіантів TLR4 при поліморфізмі +3725 G/C.

**Матеріали і методи:** Обстежено 105 хворих НП та 61 практично здорових осіб на наявність маркерів ЦМВІ (CMV IgM, CMV IgG, авідність антитіл), прогноз летальних наслідків за шкалою PORT, дослідження поліморфізму TLR4 +3725 G/C.

**Результати:** Частотний розподіл виявив серед обстежених превалювання G/G варіанту – 78 (74,3%) респондентів. G/C варіант виявлений у 24 (22,9%) осіб, C/C – 3 (2,9%) осіб. За гендерними та віковими підкатегоріями респонденти з різними варіантами поліморфізму статистично не відрізнялись (p>0,05). Серед ЦМВІ-позитивних хворих НП контингент з G/G генотипом склав 62 (59,0%) осіб, що було статистично вище (p<0,01), ніж серед ЦМВІ-негативних респондентів (16 (15,2%) хворих НП). G/C алельний варіант був виявлений у 17 (16,2%) ЦМВІ-позитивних хворих НП, тоді як серед ЦМВІ-негативних – 7 (6,7%) осіб при p<0,05. Пацієнти з G/G (32 (30,5%) хворих) та G/C (11 (10,5%) хворих) переважно характеризувались більш легким в клінічному розумінні перебігом НП та були віднесені до PORT II. Усі хворі НП з C/C варіантом поліморфізму були віднесені до PORT IV класу ризику летальних наслідків (p<0,05).

**Висновки:** Поліморфізм TLR4 серед хворих НП переважно характеризується гомозиготним (G/G) та гетерозиготним (C/C) варіантами, які зустрічаються частіше у ЦМВІ-позитивних респондентів. Ці генетичні варіанти асоціюються з помірним перебігом НП. C/C варіант зустрічається рідко, але асоціюється з важчим у клінічному розумінні перебігом НП.

А.Р. Чорна, Н.В. Мамчур

### ВПЛИВ РАДІОХВИЛЬОВОГО ЛІФТИНГУ НА ШКІРУ ТА ПІДШКІРНО ЖИРОВУ КЛІТКОВИНУ

Кафедра шкірно-венеричних хвороб.

Г.А. Ситнік (к.м.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У наш час жінки хочуть виглядати привабливо та якнайдовше зберігати свою молодість. Тому у сфері естетичної медицини є великий спектр інвазивних та неінвазивних процедур по догляду за собою. Однією з таких методик є процедура на основі радіочастотних випромінювань.

RF-ліфтинг – це процедура нагрівання шкіри та підшкірно жирової клітковини шляхом проникнення

електричного струму високої частоти або впливом високочастотним електричним полем з ціллю отримання бажаного косметичного ефекту. Дана методика безпечна та безболісна, допоможе відновити шкіру на руках, животі, в області стегон та сідниць, ефективно впливає на ніжну шкіру навколо очей та носогубні складки. Радіохвильовий ліфтинг є досить ефективним, тому він схвалений дерматокосметологами та користується популярністю серед жінок. Це сучасна альтернативна агресивним методикам омолодження та схуднення.

**Мета:** Основним завданням дослідження є вивчення ефектів RF-терапії та шкіру та підшкірно жирову клітковину у жінок різних вікових груп.

**Матеріали та методи:** В ході даної роботи було проведено аналіз сучасної української та закордонної літератури. Групу контролю склали 7 жінок, яким виконали курс процедур апаратом ND-RF 05 на різних ділянках тіла. Даний апарат включає в себе 4 програми: V&RF(Vacuum+RF) для роботи по тілу; B&RF(BodyRF) для роботи по тілу; F&RF(FaceRF) для роботи по обличчю; C&RF(Cryo) дія холодом (обличчя/тіло).

Радіохвильовий ліфтинг стимулює вироблення колагену внаслідок активації фібробластів, завдяки чому відбувається синтез нового колагену, який поступово ( протягом декількох місяців ) частково заміщує зруйнований, а також еластину, гіалуронової кислоти, покращується мікроциркуляція крові, відновлюється еластичність судин.

**Висновок:** Після проходження курсу RF-ліфтингу ( тривалість якого визначається індивідуально ) можна досягнути : зменшення носо-губних складок, « гусячих лапок », глибоких мімічних зморшок; покращення кольору та стану шкіри, підвищення її тону, тургору та еластичності; формування чіткого контуру обличчя, зникнення другого підборіддя.

В ході дослідження було встановлено безпечність та ефективність даної методики з ціллю ремоделювання інволюційно змінених тканин обличчя та тіла.

С.В.Шевчук, О.В.Звягіна

## ЗВ'ЯЗОК ВІКОВИХ ТА СТАТЕВИХ ЧИННИКІВ З ВАЖКІСТЮ ПЕРЕБІГУ ТА АКТИВНІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ

Кафедра внутрішньої медицини №2

С.В.Шевчук (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Анкілозивний спонділіт (АС) - тип прогресуючого артриту, який призводить до хронічного запалення хребта, крижово-клубових з'єднань та периферійних суглобів. Серед невирішених питань особливе місце займає проблема статевого диморфізму при ревматичних захворюваннях (РЗ). Багато років саме АС вважався суто чоловічим захворюванням. Недооцінка поширеності АС серед осіб жіночої статі і недостатнє знання його клінічних особливостей в залежності від статі приводять до пізньої діагностики цього захворювання у жінок.

**Метою дослідження** було провести оцінку вікових і статевих особливостей хворих на АС мешканців Подільського регіону України та визначити їх зв'язок з важкістю перебігу захворювання та активністю запального процесу.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 71 хворого на АС, що знаходились на лікуванні в ревматологічному відділенні НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М. І. Пирогова, у період з вересня 2017 року по грудень 2017 року. Серед обстежених пацієнтів жінок було 10 (15%), чоловіків 61 (85%), тобто спостерігається відповідне до статистичних міжнародних показників співвідношення чоловіків до жінок 4-5:1. Середній вік обстежених -  $42,77 \pm 10,57$  роки і не відрізнявся у чоловіків від жінок. Тривалість захворювання була  $7,35 \pm 13,45$  років. Для оцінки активності захворювання використовувався метод ШОЕ за методом Вестергрена та СРБ, а також опитувальники оцінки активності захворювання BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score), а також ВАШ (візуальну аналогову шкалу) для оцінки важкості перебігу та активності захворювання.

**Результати.** З обстежених хворих на АС 43,6% були переважно особи молодого та 45% середнього віку. У 73% хворих була центральна форма АС, 27% - периферична. Центральна форма АС визначена у 7 жінок і 45 чоловіків, периферична - у 3 жінок і 16 чоловіків. У 32,2% хворих на АС реєструвалась II рентгенологічна стадія, у 65% - III стадія. У жінок середній вік при обстеженні склав  $49 \pm 9$  роки при давності хвороби  $9,25 \pm 1,5$  роки. У чоловіків середній вік при обстеженні був  $45,5 \pm 29$  роки при давності хвороби  $10,2 \pm 1,5$  роки. Вік дебюту захворювання у жінок становив  $38,5 \pm 1,2$  роки, а у чоловіків  $32 \pm 1,1$  роки, що вказує на більш пізню симптоматику в осіб жіночої статі, і як наслідок більш пізню діагностику захворювання. Середній бал по ВАШ був в межах  $6,93 \pm 2,14$ , що свідчить про наявність помірної та високої активності захворювання. Відмінностей за цих показником між чоловіками та жінками не виявлено. Індекс BASDAI в середньому дорівнював  $6,34 \pm 1,8$  бали, у чоловіків  $6,2 \pm 1,76$  бали, у жінок  $7,05 \pm 1,83$  бали і був вищим на 13,7%. За індексом ASDAS-CRB також не виявлено гендерних відмінностей.

**Висновки.** Дослідженням не виявлено гендерних відмінностей в поширеності захворювання та особливостей

його перебігу, на що вказувала практично співставна літературним даним частота захворювання між чоловіками та жінками та особливості його перебігу в цій когорті обстежених.

О.В. Юрій, Т.О. Зайцева

### **РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ... ПОЧАТОК ВИПРОБУВАНЬ.**

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Реактивний артрит — найбільш розповсюджений вид гострого артриту в людей молодого віку. Актуальність проблеми реактивного артриту пов'язана з його високою частотою, складнощами діагностики, залученням багатьох органів і систем, недостатньо ефективним лікуванням. За даними літератури, частота випадків реактивних артритів становить 30-40 випадків на 100 тисяч населення.

**Мета:** Вивчити клінічний випадок у пацієнта з діагнозом «Реактивний артрит». Оцінити клінічний перебіг захворювання та визначити проблему діагностики та лікування реактивного артриту.

**Матеріали і методи:** Матеріалами для дослідження стали наукові праці вітчизняних та зарубіжних фахових джерел, що висвітлюють проблему діагностики та лікування реактивного та ревматоїдного артритів. Був проведений огляд, аналіз медичних обстежень хворого Д., спостереження в динаміці та оцінка ефективності лікування.

**Результати:** У листопаді 2017 року до Вінницького центру реабілітації інвалідів поступив пацієнт Д., віком 43 роки, який пред'являв скарги на біль та припухлість правого гомілково-ступневого та лівого колінного суглобів, І плесно-фалангових та міжфалангових суглобів, сарделькоподібну дефігурацію пальців стоп, біль і припухлість у ділянці п'яти, дискомфорт у животі, відмічав схуднення за останні пару місяців на 8 кг, підвищення температури тіла до 39.6С, виражену загальну слабкість. При проведенні загального аналізу крові було виявлено нормохромну анемію легкого ступеня і збільшення ШОЕ (65 мм/год), помірний лейкоцитоз. При проведенні ПЛР до хламідій результат виявився позитивний. В загальному аналізі сечі були наступні зміни: протеїнурія, мікрогематурія, лейкоцитурія. З анамнезу стало відомо, що пацієнт отримав антибактеріальну та протизапальну терапію з приводу «Реактивного артриту» місяць тому в іншому лікувальному закладі м. Вінниці, та був виписаний на амбулаторне лікування. Рекомендації, дані при виписці, пацієнтом виконувалися, однак стан поступово погіршувався. Була проведена діагностика для виключення онкологічних, гематологічних, системних, інфекційних захворювань: СКТ органів грудної та черевної порожнини, стерильна пункція, ФГДС, ФКС, аналіз крові на ВІЛ, антитіла IgG та IgM до хламідій, антитіла до циклічного цитрулінового пептиду та ряд інших обстежень. В ході проведених обстежень виявилися позитивними результати: антитіла IgG (2,338опт/од), IgM (8,49опт/од) до хламідій та антитіла до циклічного цитрулінового пептиду (39,91 од/мл). Призначене лікування щодо виявленого діагнозу «Ревматоїдний артрит» дало позитивні результати: поступово покращився загальний стан хворого та лабораторні показники.

**Висновок:** В ході дослідження встановлено, що діагностика реактивного артриту може бути надзвичайно складна, оскільки захворювання може перебігати під масками інших патологій. В результаті розвитку послідовного каскаду імунних порушень можливий початок різних аутоімунних захворювань, діагностика яких утруднена, особливо на ранніх етапах розвитку.

Т.О. Юхименко, Г.М. Липівський

### **ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ**

Кафедра внутрішньої медицини № 3

Ю.Ю. Шушковська (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Взаємозв'язок між станом вегетативної нервової системи та аритмогенною смертністю тісний.

**Мета:** З'ясувати характер вегетативної регуляції серцевого ритму в пацієнтів з ГХ в поєднанні з ІХС та персистуючою формою ФП.

**Матеріали та методи:** Критерії включення: ГХ II стадії в поєднанні із стабільною ІХС (стабільна стенокардія напруги II-III ФК) без/та ускладненою персистуючою формою ФП. Критерії виключення: ГХ I і III стадії, симптоматичні артеріальні гіпертензії; стабільна стенокардія напруги I або IV ФК і гострі форми ІХС; синоатріальна і атріовентрикулярна блокада II-III ступеня, блокада лівої ніжки пучка Гіса, імплантований або необхідність в імплантації штучного водія ритму; постійна форма ФП, пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія; ХСН ІА-ІІІ стадій за М.Д. Стражеско - В.Х. Василенко і рекомендаціями Робочої групи Української



асоціації кардіологів (2016); хронічна ревматична хвороба серця; захворювання дихальної системи, нирок і печінки, які супроводжуються ознаками легеневої, ниркової та печінкової недостатності; злоякісні утворення. Проводили: ЕКГ в 12 стандартних відведеннях, ЕхоКГ в М-, В- та Д-режимах, велоергометрію, холтеровське моніторування ЕКГ, визначення показників ліпідограми. Оцінку результатів ВСР проводили згідно нормативів, затверджених членами спеціальної групи Європейського товариства кардіологів та Північноамериканської асоціації електрофізіологів (1996). Обстежено 30 жінок, середній вік – 68,07±1,47 років. Виділено 2 клінічні групи: 1-а група – пацієнти з ГХ із супутньою ІХС і без ФП (n=15); 2-а група - пацієнти з ГХ із супутньою ІХС і персистуючою ФП (n=15).

**Результати:** Показники ЕхоКГ: ІММ ЛШ – 163,51±10,13 г/м<sup>2</sup>; ЛП – 4,26±0,11 см; ФВ – 60,67±1,65%; діастолічна функція не порушена – у 7 (23,33%), ДДЛШ І типу – у 21 (70,00%), ДДЛШ – у 2 (6,67%) пацієнтів. Показники ліпідограми: ХС – 4,48±0,26 ммоль/л, ТГ – 1,15±0,28 ммоль/л, ХС ЛПНЩ – 68±8,02 мг/дл, ХС ЛПВЩ – 1,15±0,02 ммоль/л, КА – 2,95±0,31 од. Показники ВСР в 1-ій групі: SDNN – 76,45±3,08 мс; рNN50% – 13,01±1,21 м/с; LF – 1783,84±54,41 мс<sup>2</sup>; HF – 803,56±40,23 мс<sup>2</sup>; LF/HF – 2,21±0,29 од. Показники в 2-ій групі: SDNN – 64,11±4,17 мс; рNN50% – 10,08±1,31 м/с; LF – 1810,44±49,21 мс<sup>2</sup>; HF – 688,68±41,66 мс<sup>2</sup>; LF/HF – 2,63±0,36 од. У пацієнтів 2-ї групи зареєстровано недостовірне збільшення кількості надшлуночкових екстрасистол (1310±142,03 і 1064±98,01 відповідно), а також значне достовірне збільшення шлуночкових екстрасистол (1041±87,09, p<0,001) у порівнянні з 1-ю групою (214±20,04, p<0,001). У 4-х жінок 2-ї групи зареєстровано 1 епізод ФП протягом доби, у 3-х жінок – 2 епізоди ФП, середня тривалість пароксизму – 6,57±1,07 с.

**Висновки:** Отже, у жінок ГХ II стадії в поєднанні з ІХС та персистуючою формою ФП визначається підвищення тону симпатичної ланки ВНС (достовірне зниження SDNN (p<0,05), недостовірне зниження рNN50%, недостовірне підвищення LF та LF/HF) і недостовірне зниження HF, що характеризує пригнічення парасимпатичної регуляції серцевого ритму.

І. Р. Ярова

## ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ АКАНТОЛІТИЧНОЇ ПУХИРЧАТКИ. ПОХОДЖЕННЯ І ФУНКЦІЇ АКАНТОЛІТИЧНИХ КЛІТИН ТЦАНКА ПРИ ВУЛЬГАРНІЙ ПУХИРЧАТЦІ

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

А.А. Наліжитий (ас., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Акантолітична пухирчатка – аутоімунне захворювання, яке характеризується порушенням міжклітинних контактів кератиноцитів в супрабазальних шарах епідермісу і обумовлене утворенням IgG до специфічних молекул міжклітинної адгезії.

Захворюваність на вульгарну пухирчатку становить в цілому 0,5-3,2 випадки на 100 тис. населення. Питома вага цього дерматозу становить 1% у структурі шкірних хвороб. Летальність без застосування глюкокортикоїдів та імуносупресорів становить 100%. Тим не менше, діагностика пухирчатки є одним з найбільш складних питань сучасної дерматології.

Як відомо, основним клінічним симптомом при вульгарній пухирчатці є внутрішньо епітеліальні пухирі, які утворюються внаслідок акантолізу – дегенеративного процесу в клітинах шипуватого шару. Дотепер, загальноприйнятим діагностичним методом підтвердження наявності акантолізу при пухирчатці є виявлення акантолітичних клітин в мазках-відбитках з дна ерозій, запропонованим Тцанком в 1947р. Походження та функцію цих клітин на сьогодні вивчено недостатньо. Вважають, що акантолітичні клітини Тцанка є дегенеративними відмираючими клітинами, що походять з шипуватого шару епідермісу. З різною частотою акантолітичні клітини виявляються при багатьох хронічних дерматозах, що супроводжуються утворенням пухирців та пухирів. Проте, стало відомо ряд ознак, які дозволяють припустити іншу, імунну природу цих клітин.

Тому питання полягає в наступному: чи можна вважати цитологічний метод специфічним та достовірним для діагностики акантолітичної пухирчатки?

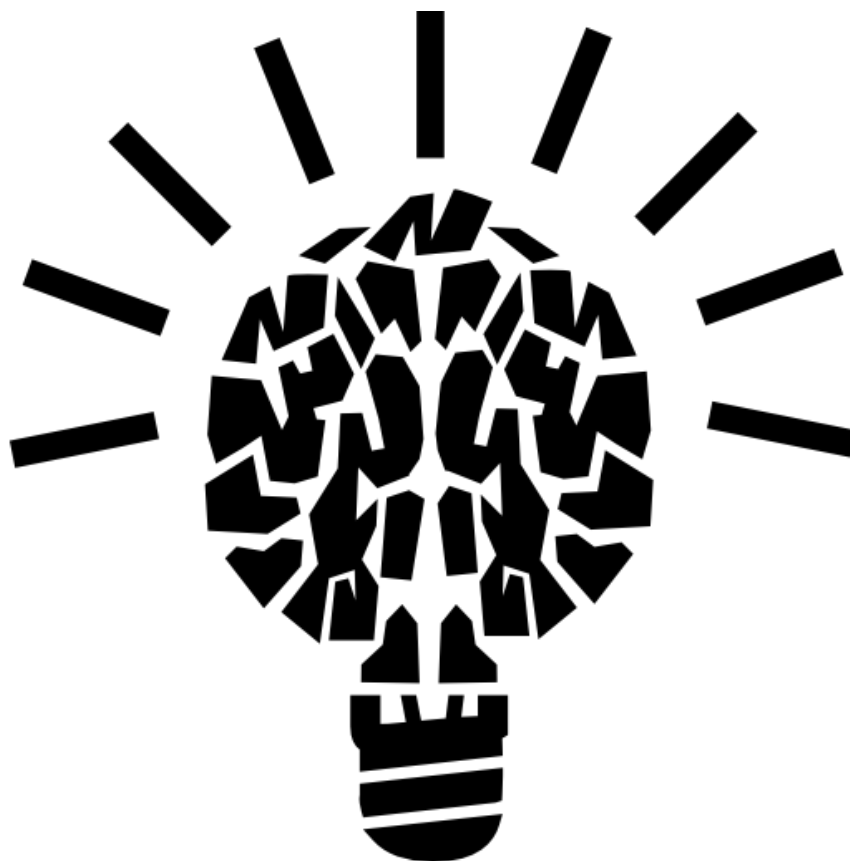
**Мета:** оцінка достовірності цитологічного методу діагностики акантолітичної пухирчатки.

**Матеріали та методи:** Матеріалами слугували друковані та електронні інформаційні джерела. Здійснено огляд бібліографічних публікацій та аналіз наукових праць за останні 10 років.

**Результати:** За допомогою різних методів обстеження доведено, що акантолітичні клітини є багатими на глікоген, нуклеїнові кислоти, сульфгідрильні та дисульфідні групи, з високоактивною кислотою та лужною фосфатазою. Було прослідковано та зафіксовано усі фази мітозу цих клітин, їх ріст, наявність в їх цитоплазмі великої кількості імуноглобуліну G, який в подальшому виділяється в пухирний вміст.

**Висновки:** Таким чином, акантолітичні клітини, на думку багатьох авторів, є активними імунокомпетентними клітинами лімфоїдного ряду, скоріше за все В-лімфоцитами. Цим можна пояснити наявність цих клітин при інших бульозних захворюваннях аутоімунної природи.

**КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ,  
НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ**



**CLINICAL PSYCHOLOGY,  
NEUROLOGY AND PSYCHIATRY**

Kannappan Vignesh Chenna, Sokot Roksolana Mykolayivna  
**ANALYZING THE COORELATION BETWEEN CIRCADIAN RHYTHM AND DEPRESSION**

Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy with postgraduate course

O.F.Mrug (MD, PhD, Assistant professor)

Pirogov Vinnytsa National Medical University

**Relevance:** Life on Earth is adapted to the rotation of our planet. Living organisms show a wide range of cyclical physiological changes across the 24-hour period. With exquisite precision, our inner clock adapts our physiology to the dramatically different phases of the day. The inner clock regulates critical functions such as behavior, hormone levels, sleep, body temperature and metabolism. Our wellbeing is affected when there is a temporary mismatch between our external environment and the internal biological clock. Mood also exhibits changes across the 24-hour cycle. Mood disorders, especially, are associated with changes in various circadian rhythms. In this regard analyzing the link between depression and circadian rhythm will give novel insights into the pathophysiology of mood disorders, as well as new avenues for therapeutic approaches.

**Aim:** Analyzing the association between circadian rhythm and depression

**Materials and methods:** Beck depression inventory (BDI), Hamilton depression rating scale (HDRS) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI – Spielberger) were used on 10 patients diagnosed with depression. Analysis of thematic literature and the article of 2017 Nobel Prize in Medicine was made.

**Results:** Circadian disturbances were observed in a variety of psychopathological and physiological domains in patients with depressive spectrum disorders. Many patients with non-seasonal depression show a regular daily pattern of symptoms, usually with more severe symptoms in the morning, while a minority show the opposite pattern known as 'reversed diurnal variation'. In so called 'winter depression', the most common form of seasonal bipolar affective disorder, patients experience major depressive episodes beginning with the onset of winter, followed by remission or even hypomania in the spring. Subjective sleep complaints were common in depressed patients. 90% of depressed patients endorsed difficulty falling asleep and early morning awakenings. Specifically, insomnia complaints precede the onset and recurrence of depression in as many as 40% of cases. There is evidence that light therapy is the accepted and recommended therapy for the winter onset form of seasonal bipolar affective disorder.

**Conclusion:** The control of circadian rhythms and sleep is complex and involves the fine orchestration of multiple molecular, biochemical, physiological, and behavioral mechanisms. Though the findings support the hypothesis that circadian and sleep disturbances may play a critical role in depressive disorders, further investigations and research are required. Clarifying the relationships between biological clock functions and mood regulation will provide novel insights and new avenues into the development of effective treatment strategies.

В.С.Абгарова, О.В. Чемеринська

**СПИНАЛЬНИЙ ДІЗРАФІЗМ. МІСЛОМІНГОЦЕЛЕ**

Кафедра нервових хвороб

Л.М. Желіба (доц., к.м.н.)

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

**Актуальність:** Спинальний дізрафізм (Spina bifida) – одна з поширених вроджених аномалій розвитку, що виникає внаслідок порушення процесу закриття нервової трубки. Для дітей з такими аномаліями характерним є порушення стато-кінетичного розвитку, функції тазових органів із проблемами адаптації в суспільстві.

**Мета робити:** Узагальнити літературні дані про етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування та профілактику даної вродженої вади розвитку.

**Матеріали:** Вивчення матеріалів монографій, статей у наукових фахових журналах за останні 10 років та електронних бібліотеках.

**Результати:** Спинальний дізрафізм – значна група захворювань пов'язаних з вадами розвитку хребта та спинного мозку. Виділяють прихований спинальний дізрафізм, коли немає порушення цілісності шкірних покривів і відкрите розщеплення хребта з формуванням гризового випинання, вмістом якого може бути спинний мозок та його оболонки. Своєю чергою, відкрите розщеплення хребта поділяється на менингоцеле і мієломенингоцеле. Spina bifida виникає на 3–4-му тижні вагітності і може бути не тільки в ізольованому вигляді, але й поєднуватись з іншими вадами нервової системи і більш, ніж із 40 синдромами множинних вад розвитку, з найчастішою локалізацією в попереково-крижовій ділянці або в шийному відділі хребта з можливими складнощами хірургічної корекції, соціальної адаптації і розвитку таких пацієнтів.

Менингоцеле виникає, коли кістки хребта не закривають повністю спинний мозок, а мозкові оболонки випинають через дефект у вигляді «мішечка», що містить рідину. У більшості випадків спинний мозок і нервові корінці нормальні або з помірним дефектом. Мієломенингоцеле є більш тяжкою формою і становить близько 75% усіх випадків. При цьому через дефект хребта виходить частина спинного мозку. Іноді «мішечок» зі спинним мозком може бути покритий шкірою, в інших випадках назовні можуть виходити сама тканина мозку і нервові корінці.

У разі залучення в процес кінцевого відділу спинного мозку можуть відзначатися порушення сечового міхура і кишечника. У випадку більш тяжких дефектів може виникати параліч ніг. Негативними факторами впливу щодо виникнення Spina bifida є спадкові фактори і несприятливі фактори зовнішнього середовища, що приводять до виникнення генетичних мутацій, однак усі патогенетичні механізми виникнення даної патології в теперішній час остаточно невідомі.

З основних методів діагностики виділяють УЗД та МРТ. При spina bifida проводять операцію, яка полягає у виділенні гризового мішка та його ніжки з навколишніх тканин, розтині цього мішка і зшиванням його залишків над спинним мозком. В сенсі зворотного розвитку неврологічних порушень операція є менш сприятлива, що є наслідком необоротних дегенеративних змін спинного мозку і його корінців.

**Висновок:** Оскільки спинальний дізрафізм виникає з частотою в середньому 1 на 1000 новонароджених і призводить до значних інвалідизуючих наслідків, то важливою є оптимізація пренатальної та постнатальної діагностики, лікування та профілактики зазначеної вади.

Л.А. Автенюк, Є.В. Діхтяренко

## ПРОГРЕСУЮЧІ М'ЯЗОВІ ДИСТРОФІЇ (МІОПАТІЇ) З ОПИСОМ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою

В.М. Гладка (д.мед.н, доцент)

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

м. Полтава, Україна

**Актуальність:** Міопатія (синонім прогресуюча м'язова дистрофія) - захворювання, що характеризується дистрофією скелетних м'язів та неухильним прогресуванням процесу. В основі захворювання лежить спадковий фактор, прояву якої можуть спричинити різні шкідливості (травми, інфекції, інтоксикації). При міопатії має місце порушення ферментативної функції, яка бере участь у м'язовому обміні. Наслідком міопатії є тяжка інвалідизація, що визначає актуальність даної роботи.

**Мета:** Ознайомитися з нейродегенеративними і нейро м'язовими змінами у хворих на міопатію. Ознайомити присутніх з клінічними випадками рідкісних форм міопатій, що мали клінічний дебют у віці після 20 років.

**Матеріали і методи:** Дослідження проводилося на базі Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського, участь брали хворі на рідкісні форми міопатії Лейдена-Мебіуса та Говерса-Веландер.

**Результати:** Хворий Н. 39р., хворіє з 33 років, коли вперше з'явився дискомфорт, «переко» у поперековому відділі хребта, порушення ходи, поступово наростало «схуднення» м'язів ніг (переважно m.quadriceps femoris), спини, виникло утруднення при підйомі по сходах. Через 2 роки – схуднення м'язів плечового поясу та обличчя, за останній рік втратив 10 кг ваги. Спадковість не обтяжена. Об'єктивно: виражена гіпотрофія м'язів тулуба, рук та ніг, «крилоподібні» лопатки, «осина талія», сколіоз в грудному відділі. Підводячись зі стільця чи при підйомі по сходах, хворий опирається на довколишні предмети – так званий симптом “драбини”. Внаслідок атрофії трапецієвидного м'язу виникає синдром “вільних плечей”. За рахунок слабкості довгих м'язів спини, м'язів тазового поясу посилені лордоз в поперековому відділі і хода нагадує качину. Грудна клітина деформована по типу “килеподібної”. Обличчя асиметричне, гіпотрофія жувальних та скроневих м'язів з 2-х сторін. Сухожилльні і периостальні рефлексі S=D. Сила в руках: 4 бали в дистальних і проксимальних відділах, сила в ногах знижена до 3 балів в проксимальних відділах, в дистальних відділах відповідає – 4 балам. Показники креатинфосфокінази (маркера міопатії) – 4020 Од/л (норма 190 Од/л). Електронейроміографія: первинно-м'язовий характер змін. Був встановлений діагноз: Прогресуюча м'язова дистрофія (форма Лейдена – Мебіуса).

**Висновки:** Наданий клінічний прикладок підкреслює, що існують рідкісні форми міопатій, які дебютують не в дитинстві, а у більш пізньому віці, що вказує на клінічну гетерогенність даної групи захворювань.

О. Ю. Бабійчук, А.П. Гунько

## ХРОНІЧНИЙ ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС ТА ЙОГО НАСЛІДКИ В УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНОГО ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Б. А. Гунько (к.м.н., асистент)

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Бойова обстановка характеризується сильним, різноплановим психотравмуючим впливом, який здатен викликати у людини виражений посттравматичний стрес. Необхідність вивчення психічних порушень на фоні стресу, в тому числі їх динаміки, диктується сучасною психіатрією в зв'язку з тим, що війна накладає свій відбиток на все подальше життя людини, оскільки отриманий сьогодні молодими людьми травматичний досвід може проявитися знову в більш пізньому віці. Сучасна література досить яскраво висвітлює як психіатричні так і наркологічні проблеми пов'язані з психоемоційним стресом бойової обстановки, але зовсім мало приділяється уваги поєднанню цих проблем одночасно, тобто подвійному діагнозу, який є явищем інтерактивним, при якому

особа, що хвора психічно перебуває в групі ризику розвитку залежності, а особа залежна є в групі ризику розвитку психічної хвороби. В Україні немає публікацій стосовно епідеміологічних досліджень, які б стосувалися частоти виявлення пацієнтів з подвійним діагнозом серед популяції учасників локального збройного конфлікту, а тим більше відсутні роботи, які б стосувалися окремих популяцій, пацієнтів, що лікуються як в психіатричних закладах, так і в наркологічних закладах.

**Мета дослідження:** Оцінка частоти виявлення подвійного діагнозу у залежних осіб чи тих, що зловживають психоактивними речовинами, оцінка різновиду співзаявних психічних порушень і залежностей у осіб з подвійним діагнозом на фоні хронічного психоемоційного стресу бойової обстановки.

**Матеріали та методи:** Дослідженням було охоплено статистичну документацію, 56 осіб, які були госпіталізовані в психіатричний стаціонар на протязі 2017 - 2018 років. Медичну документацію хворих було проаналізовано з метою виявлення докладних даних на предмет перебігу захворювання, статі, віку, спеціальності, цивільного стану, оцінки ефективності проведеного лікування, наявності залежності у родині, (чи залежність, чи психічна хвороба була первинною, проблемою), кількість та тривалість попередніх госпіталізацій, спроби самогубства, наявність агресивної поведінки.

**Результати:** В ході дослідження було встановлено частоту виявлення подвійного діагнозу, яка становила 23,5% (з розрахунку на 56 пацієнтів), що у відношенні до загальної маси пролікованих хворих становило 2,7%. Середній вік обстежених у даній групі становив:  $42,6 \pm 1,7$  роки. Суттєвої статистично значимої різниці у віці між групами виявлено не було. Також, встановлено, що у осіб з подвійним діагнозом найбільш часто реєструвалися психічні порушення афективного спектру – 20,7% з них 14,1% групи подвійного діагнозу (ПД) страждало з приводу депресивного епізоду, або біполярного афективного розладу, у 3,9% обстежених було виявлено маніакальний епізод. Другим по частоті виявлення психічним порушенням в групі ПД було порушення психіки, що виникають на фоні органічного ураження ЦНС. Дану проблему було виявлено у 21,9% пацієнтів цієї групи, а порушення шизотипового спектру розпізнано у 9,4% досліджуваної групи ПД. Також у ході дослідження встановлено, що досить численну групу осіб становили пацієнти у яких на протязі кількох повторних госпіталізацій було діагностовано два або більше різних психічних порушення (28,1%).

Аналізуючи наявність порушень пов'язаних з вживанням психоактивних речовин виявлено, залежність від алкоголю реєструвалася у 70,2 % групи, натомість політоксикоманію виявлено у 1,9% обстежених цієї групи. Шкідливе вживання психоактивних речовин виявлено у 27,9%.

**Висновки:** Не зважаючи на істотні обмеження даного дослідження, воно дозволяє підкреслити вагу проблеми співіснування порушень психічних та зловживання психоактивними речовинами. Також дане дослідження дозволяє звернути увагу на проблематику та необхідність створення єдиної діагностичної концепції, а також на можливість надання та пропонування комплексної допомоги даній категорії хворих.

Е.В. Вдовиченко, М.М. Гурін, О.Я. Клімчук

## ВПЛИВ КОФЕЇНУ НА ЗМІНУ РУХОВИХ СИМПТОМІВ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Кафедра нервових хвороб

О.О. Гордійчук (к.мед.н, ас.)

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

**Актуальність:** Екстрапірамідна система відіграє одну з найважливіших функцій нашого організму, здійснюючи регуляцію мимовільних рухів, їхню координацію, регуляцію м'язового тону, підтримання постави тощо. При враженні цієї системи виділяють низку хвороб, одна з яких – хвороба Паркінсона. У зв'язку зі зростанням захворюваності на паркінсонізм, вчені все активніше шукають найоптимальніші лікарські засоби, що нівелюють клінічні прояви хвороби. Один із запропонованих варіантів лікування – вживання кофеїну. Адже він є антагоністом аденозину, які в свою чергу можуть діяти аналогічно агоністам допаміну (збільшуючи передачу дофаміну), що є основою лікування паркінсонізму.

**Мета:** Виявити позитивний вплив кофеїну на зміну рухових симптомів при хворобі Паркінсона.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових досліджень та публікацій д. мед. н. Рональда Постуми за 2016-2018 роки. В дослідженнях приймали участь 121 хворих, що були поділені на 2 рандомізовані групи. Термін хвороби на паркінсонізм хворих складав від 1 до 8 років. До звичайного симптоматичного лікування одній групі призначали кофеїну по 200 мг двічі на день ( в ранковий та обідній час ), іншій групі – капсули плацебо. Тривалість експерименту становила 6 місяців.

**Результати:** Кофеїн в дозі, еквівалентній трьом чашкам в день, не покращив моторних симптомів у пацієнтів з хворобою Паркінсона в рандомізованому контрольованому дослідженні.

Результати показали, що за 6 місяців оцінки за шкалою MDS-UPDRS III, основна кінцева точка, зафіксована у групі, що приймала плацебо, в середньому складала 0,64 балів. Група, що приймала кофеїн – 0, 16. Різниця в 0,48 бала є незначною (95% довірчий інтервал, -3,21 до 2,25).

Усунення порушень протоколу не вплинуло на результати.

Вторинні результати, рухові ознаки та моторні симптоми (MDS-UPDRS-II) також не змінювалися в будь-який момент під час експерименту, а якість життя не відрізнялася.

**Висновки:** Дослідивши вплив кофеїну на зміну рухових симптомів при Паркінсонізмі, вчені стверджують, що він є мінімальним та не повинен бути використаний у якості лікування. Проте доктор Постума, спираючись на епідеміологічні дані, рекомендує детально дослідити взаємозв'язок психотипів людей, що хворіють на хворобу Паркінсонізму та вживання кави. За його початковими дослідженнями, люди, які вживають каву, у відсотковому співвідношенні набагато рідше хворіють, ніж ті, що її не вживають.

В. О. Величко

### **ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАНЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Л. Ф. Слободянюк (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Синдром раннього дитячого аутизму зустрічається у 15-20 випадках на 10 000 дітей, у хлопчиків виявляється у 3-4 рази частіше, ніж у дівчаток. 67 мільйонів людей в усьому світі страждають аутизмом. Це велика економічна і соціальна проблема, адже хвороба важка з емоційної точки зору для сімей.

**Мета:** Знання синдромів раннього дитячого аутизму важливе у своєчасній діагностиці та адекватній корекції цієї аномалії психічного розвитку. Важливим моментом є необхідність інформованості суспільства про особливості дітей-аутистів, у першу чергу, батьків та спеціалістів в учбових закладах з метою уникнення складнощів у вихованні та навчанні таких дітей та ще більшій аутизації дитини.

**Матеріали та методи:** Аналіз літературних джерел та медичних статей, описовий та метод спостереження.

**Результати:** Найбільш яскраво синдром виражений у віці 2-5 років, однак деякі його ознаки помітні у більш ранньому віці. У грудних дітей спостерігається відсутність «комплексу оживлення» при контакті з мамою або вихователькою, у них не з'являється посмішка при появі батьків, іноді спостерігається відсутність орієнтувальної реакції на зовнішні подразники. У дітей перших трьох років неспецифічними проявами синдрому, пов'язаними із сомато-вегетативною та інстинктивною недостатністю, являються порушення сну у вигляді скороченої тривалості та зменшенні його глибини, переривності, важкого засинання, стійкі розлади апетиту з його зниженням або особливою перебірливістю, відсутністю відчуття голоду, загальний неспокій та безпричинний плач. Такі діти часто бувають байдужими до близьких людей, не дають адекватної емоційної реакції на їх присутність та відсутність, іноді у дітей відсутня здатність диференціювати людей та неживі предмети (протодіакризис). У цей же час, зміна звичних оточуючих предметів, наприклад, переставлення меблів, поява нового одягу чи іграшки, часто викликає агресивне незадоволення та протест з криком. Подібна реакція також виникає при зміні режиму дня (годування, прогулянок тощо). Страх новизни, який досягає значної інтенсивності, можна вважати проявом хворобливо загостреного інстинкту самозбереження. Поведінка дітей-аутистів одноманітна. Вони можуть годинами виконувати одні і ті ж дії: наливати в посуд і виливати з неї воду, пересипати що-небудь, перебирати папірці, сірникові коробки, мотузки, перекладати їх з місця на місце, розставляти їх у певному порядку, не дозволяючи нікому змінювати їх розташування. Діти із синдромом аутизму активно прагнуть самотності, почуваючи себе краще, коли їх залишають наодинці. Також варто звернути увагу на особливий мовний та інтелектуальний недорозвиток, не пов'язаний з первинною недостатністю функцій.

**Висновки:** Знання ранніх синдромів аутизму дає можливість вчасно виявити патологію та призначити відповідну психокорекцію. При правильному підборі виховних та лікувальних заходів розвиток більшості дітей з аутизмом прогресує.

І.А. Волков, Я.В. Джадан

### **ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ПІД ВПЛИВОМ РІЗНИХ ФОРМ БАТЬКІВСЬКОГО ВИХОВАННЯ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

І.Л. Лук'янович (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Загальна поширеність соматоформних розладів у світі становить (R.Kellner) 10-30%, а з довідним розповсюдженням — 12,9%. Від 2% до 10% дітей скаржаться на різноманітні больові синдроми, які не можна пояснити з медичної точки зору при огляді і обстеженні. У вивчені механізмів формування розладів значна увага приділяється ролі, яку грає в їх розвитку сімейне середовище, батьківсько-дитячі відносини, особливості емоційної експресії батьків, сімейна культура обговорення емоцій. (Менделевич О.В.)

**Мета:** Дослідити особливості формування соматоформних розладів у підлітків в залежності від виду батьківського виховання.

**Матеріали та методи:** Використано опитувальник батьківського ставлення Варги – Століна, опитувальник

вчителів за картками Стотта, тест Спілберга для оцінки шкільної тривожності та оцінка депресивності CDI Maria Kovacs, анкета-опитувальник батьків для вивчення соматичного стану.

**Результати:** Психодіагностичне обстеження проведено 83 підліткам, що перебували під наглядом більше 2 років. У досліджуваних з високим рівнем батьківсько-дитячих відносин у вигляді **кооперації** (27 дітей) виявленні порушення шкільної адаптації (за картою Стотта) у 12 дітей (44,44%). Із них у 91,66 % діагностуються ознаки депресії, 75%, уникають контактів, у 50% тривога по відношенню до дорослих та ворожість до дорослих, у 83% асоціальність, у 66,66% ворожість до дітей, у 33,33% - емоційна напруга, у 41,66% невротичні симптоми, у 8,33% неблагополучні домашні умови, у 25% хвороби і органічні порушення. За результатами тесту CDI Maria Kovacs у 29,6% легке зниження настрою і 25,96% мають критичний рівень депресії. У досліджуваних з високим рівнем батьківсько-дитячих відносин у вигляді **відвернення** (10 осіб, 12%) декомпенсація виявлена у 5 дітей (50%). Із них у 100% наявні ознаки депресії, асоціальності та ворожості до дітей, у 80% спостерігається недовіра новому, уникнення контактів, емоційне напруження, у 60% наявні невротичні симптоми, неблагополучні домашні умови, у 40% є тривожність по відношенню до дорослих, проблеми у навчанні, у 20% ворожість по відношенню до дорослих, порушення сексуального розвитку, а також хвороби і органічні порушення. За результатами тесту CDI Maria Kovacs у 50% дітей критична депресія, 10% мають легке зниження настрою. У досліджуваних з високим рівнем батьківсько-дитячих відносин у вигляді **контролю** (17 дітей, 20,4%) загальні порушення виявлені у 6 (35,29%). Із них у 100% вказується на наявність ознак депресії, ворожість до дітей, асоціальність. У 93,33% виявлена недовіра до нового. У 56,66% невротичні симптоми, неблагополучні домашні умови. У 50% тривога по відношенню до дорослих, емоційне напруження. У 33,33% ворожість до дорослих. У 16,66% уникнення контактів, порушення сексуального розвитку, проблеми з навчанням, хвороби та органічні порушення. За результати тесту CDI Maria Kovacs у дітей з переважанням стосунків контролю 64,5% мають ознаки депресії.

**Висновки:** Порушення, у вигляді підвищеної настороженності, зміни поведінки у мікро-, та макросоціумі, депресивності, найменше виявлялись при формі батьківсько-дитячих відносин у вигляді кооперації, що вказує на необхідність проведення психопрофілактичної роботи серед батьків, оскільки варіанти батьківського відношення відвернення і контроль найбільше сприяють формуванню соматоформних розладів у дітей.

О.В. Горошинська

## НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ТА НЕЙРОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ПАНІЧНИХ АТАК (ПА)

Кафедра нервових хвороб

І.І. Лета (асистент)

Вінницький Національний Медичний Університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними епідеміологічного дослідження “Психічне здоров’я у світі” та згідно з офіційною статистикою МОЗ України станом на 2014 рік рівень звернень населення з приводу панічних розладів протягом життя склав 35,5%. Рівень річних звернень становить близько 4%, для порівняння — рівень США — 11-18% річних звернень. Така велика різниця може свідчити не стільки про низький рівень захворюваності на ПА, скільки про проблему діагностики панічних розладів, клінічні прояви яких часто масковані вегетативними і соматичними скаргами. Дослідження етіології і патогенезу даної патології в рамках неврологічної науки дозволить виділити закономірності виникнення й розвитку та можливості вдосконалення діагностики та лікування ПА.

**Мета:** Вивчити сучасні погляди на етіологію та патогенез ПА. Дослідити роль зміни активності нейротрансмітерних систем як фактор схильності до розвитку ПА. Вивчити клінічне значення адренореактивності у хворих з панічними розладами. Вивчити зміни когнітивних функцій і стану неспецифічних (скронево-лімбічних і стовбурово-ретикулярних) систем мозку при ПА.

**Матеріали та методи:** Вивчення наукових публікацій. Дослідження структури захворюваності на панічні розлади в Україні та світі, співвідношення типових і нетипових випадків ПА.

**Результати:** В ході дослідження з’ясувалося, що у більшості пацієнтів зі схильністю до ПА виявлено порушення нейротрансмісії серотоніну та гамма-аміномасляної кислоти, доказом чого є ефективність застосування серотонінергічних антидепресантів й бензодіазепінів для лікування даної патології. У пацієнтів з низькою адренореактивністю організму приступи ПА носять менш типовий характер, характеризуючись більшим рівнем тривоги і меншою ефективністю ліків, що застосовуються. З результатів досліджень методом викликаних потенціалів (ВП) з оцінкою хвилі P300 стало відомо, що у осіб з типовими панічними атаками спостерігається збільшення амплітуди піка P300, тоді як у пацієнтів з нетиповими ПА — її зменшення з переважанням процесів гальмування в корі, що відображає дисфункцію скронево-лімбічних структур мозку.

**Висновки:** Не зважаючи на яскраву клінічну картину, пацієнти з ПА довгий час лікуються у лікарів-інтерністів з приводу інших патологій, схожих за симптоматикою, не усуваючи самої причини. Наявне на даний момент розуміння панічних розладів не завжди дає успішні результати, тому актуальним є пошук нових методів діагностики і засобів терапії ПА, які могли б забезпечити стійку ремісію й задовільний рівень життя пацієнтів з

даним діагнозом.

Б. А. Гунько, С. Ю. Шевчук  
**КЛІНІКО – ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ ТА ППОВЕДІНКИ В  
СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії  
Кафедра ортопедичної стоматології  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В умовах стресогенних впливів сучасного життя, що створюють підвищений фон емоційної напруги, посилюється тенденція до зростання психічних захворювань. Незважаючи на велику поширеність стоматологічних захворювань у психічно хворих, в літературі цьому питанню присвячені поодинокі роботи. Відвідування стоматолога є одним з найбільш яскравих прикладів емоційного стресу, даний процес посилює і загострює наявні нервово-психічні порушення у пацієнтів. Тому актуальність даного дослідження обумовлена наступними чинниками: нездатність пацієнтів з психічними хворобами самостійно звертатися за стоматологічною допомогою, недостатня вивченість впливу, тривалості, особливостей і вираженості психічної патології на функціональний стан зубощелепної системи, вплив психо - емоційного статусу хворих на ефективність терапевтичного альянсу лікаря і пацієнта.

**Мета:** Оцінити вплив психічної патології на стоматологічний статус пацієнтів.

**Матеріали та методи:** У ході дослідження було обстежено 68 осіб: 38 пацієнтів з психічною патологією, і 30 осіб без психічної патології, які склали контрольну групу. Середній вік обстежених становив  $42.3 \pm 1.5$  роки.

Основними методами дослідження хворих були: клінічний метод, вивчення психічного статусу, клініко-психологічні методи (шкали оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкала тривожності в стоматології, шкала депресії Бека. Стоматологічні методи дослідження включали в себе комплекс об'єктивних показників, що характеризують стан слизової оболонки порожнини рота, ясен, зубних рядів, визначали прикус, наявність зубних відкладень, наявність і глибину пародонтальних кишень, оголення коренів зубів, їх чутливість і рухливість, поширеність і інтенсивність карієсу.

**Результати:** За результатами дослідження впливу психічної патології на стан зубощелепної системи було виявлено, що тривалість і тяжкість психічного захворювання є основними факторами, що впливають на інтенсивність карієсу і його ускладнень, а також хвороб пародонту у обстежених хворих. Дослідження пацієнтів з психічною патологією за шкалою ШКС (клінічна стоматологічна шкала) дозволило виявити переважання у кожного хворого одного з 5 основних типів психоемоційних реакцій на майбутнє стоматологічне втручання: астеничного, депресивного, тривожного, іпохондричного, істеричного. Оцінка психоемоційного статусу хворих з психічною патологією перед стоматологічним втручанням виявило контингент хворих, які потребують премедикації (87,9% хворих основної групи). Для хворих на хронічний генералізований пародонтит (ХГП) на тлі психічної патології характерні були більш виражені запальні явища в тканинах пародонта, ніж у пацієнтів контрольної групи. ХГП спостерігався у пацієнтів контрольної групи у (59,1%) випадків, а у пацієнтів групи контролю - 19,5%. Поширеність не каріозних уражень у хворих з психічною патологією склала 98,3% тоді, як у групи порівняння не каріозні ураження склали 54,65%. Підвищений рівень самооцінки і анозогнозія, виявлені у хворих на психічні порушення, перешкождали створенню ефективного терапевтичного альянсу між пацієнтом і лікарем-стоматологом.

**Висновки:** Таким чином, потреба в наданні стоматологічної допомоги у хворих на психічні порушення вище в порівнянні з групою контролю, а показники наданої терапевтичної стоматологічної допомоги нижче, ніж у контрольної групи. Статистичний аналіз, показав пряму залежність ступеня вираженості реактивної і особистісної тривожності від тяжкості і тривалості психічного захворювання.

О. В. Іванюк

**НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ, ЩО ОТРИМУЮТЬ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В  
НЕФРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти  
Кафедра педіатрії ФПО  
Ю.М. Лисиця (ас.)

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

**Актуальність:** Соматоформні розлади – соматичні симптоми, які не можна достатньою мірою пояснити органічними захворюваннями та які не є вторинними наслідками іншої психічної симптоматики. Дана патологія є важкою в плані диференційної діагностики і, як наслідок, серед пацієнтів загальнотерапевтичної мережі такі хворі займають 25%. Лише 19% з них отримують направлення на консультацію до психіатра чи психотерапевта, а запізнення з таким направленням в середньому становить 8-9 років. Щорічно на



безрезультатне лікування таких пацієнтів витрачається близько 20% бюджету закладів охорони здоров'я. Враховуючи вищеописане, досить важливим є ретельне дослідження хворих, з метою знайти ознаки, які б допомогли запідозрити соматоформний розлад в кожного конкретного пацієнта з числа тих 25%.

**Мета:** дослідити наявність ознак неспсихотичних порушень у підлітків, що отримують медичну допомогу у нефрологічному відділенні.

**Матеріали та методи:** опитувальник тривожності Спілбергера, опитувальник шкільної тривожності Філліпса, опитувальник батьківського ставлення Варги – Століна, карта Стотта, опитувальник дитячої депресії Ковач, тест Айзенка, опитувальник батьків, загальні аналізи сечі, крові, інструментальні методи дослідження. Досліджувані учні середнього та старшого шкільного віку, що перебувають під наглядом лікарського закладу більше 2 років

**Результати:** Лише 12 % дітей пацієнтів нефрологічного відділення вказують на перенесення захворювань сечовидільної системи при анкетному опитуванні.

У 24% УЗД не виявляє змін в нирках, ще у 16 % має місце дещо підвищена ехогенність у нирках. Середні показники крові відповідають віковій нормі. У 45% досліджуваних виявились значні зміни в сечі, з них у 20% виявилась еритроцитурія, у 20% - лейкоцитурія. 32% вказують на періодичні болі в животі, навколо пупка, 24% вказують на зміну присмаку в роті, гіркоту. 52% мають збільшення розмірів печінки, застій та підвищену ехогенність, 88 % мають порушення у в жовчному міхурі, переважно атонічного характеру. У 32% виявляються зміни у підшлунковій залозі. 44% мають порушення серцевого ритму, з них 12% брадикардія, 36% вказують підвищену серцебиття, 24 % вказують на почервоніння, 16% на підвищену пітливість, 48% скаржаться на головні болі, 24% вказують на порушення сну, 24% вказують на зниження працездатності. Всі пацієнти вказують на помірну та високу і особистісну і реактивну тривожність (тест шкільної тривожності Спілбергера), 40% вказували на знижений настрій (методика Ковач), 68% вказують на холеричний темперамент, 82% відсотки вказують на високий рівень нейротизму(тест Айзенка). У 41% хворих ( за тестом Варга-Століна) сімейні відношення батько-дитина будуються за формою уникання, що є сприятливою для формування соматизації розладів. У 50 % випадків у хворих, за картою Стота, виявляються ознаки дезадаптації, що проявляється асоціальністю, ворожістю до дорослих, депресивністю, невротичністю.

Шкільна тривожність ( за Філліпсом) була високою у 24% обстежених, підвищеною ще у 12%, через що страх перевірки знань супроводжував 64 % з них, 52% відчувають неможливість відповідати очікуванням оточуючих, 48% мають проблеми з самовираженням.

**Висновок:** У 36 % пацієнтів нефрологічного відділення, відсутні ознаки патології нирок на момент госпіталізації, що підтверджується відсутністю змін у сечі, крові та відсутністю змін при інструментальних та додаткових обстеженнях. Мають місце емоційно-вольові та поведінкові розлади на тлі нестійкої нервової системи, відсутності адекватних підходів в сімейному вихованні, порушенні адаптації в соціальному середовищі, що свідчить про формування соматоформного розладу, як неспсихотичної форми психічних порушень.

Д.И. Имереков

## **НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКОГО И ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА. ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ.**

Кафедра неврологии, нейрохирургии и ФПО

В.В. Кириченко

ВНМУ им. Н. И. Пирогова, Винница, Украина

**Актуальность:** В США повреждение грудно-поясничного отдела позвоночника диагностируют практически у 160 тыс. человек каждый год. Средний бюджет, который в США выделяется на лечение этих пациентов составляет около 7 млрд долларов в год. В Украине показатель госпитализации пациентов с ЗПСМТ достигает более 3500 тыс. человек. Более 50% из этого показателя приходится на нижнегрудной и поясничный отделы.

Нестабильность позвоночника как травматического, так и дегенеративно – дистрофического генеза является одним из сложнейших видов патологии позвоночника, который часто приводит к инвалидизации пациентов и их социальной дезадаптации. На фоне данной патологии часто развивается потеря работоспособности, что указывает на нее не только как на медицинскую, но и как на социально-экономическую проблему. Все вышеперечисленные факторы свидетельствуют о высокой значимости выбора оптимальной тактики оперативного лечения данной патологии с целью снижения частоты развития ближайших и отдаленных осложнений и возвращения пациентам прежнего уровня физической активности и качества жизни.

**Цель:** Определить эффективность и безопасность хирургического лечения пациентов с травматическими дегенеративно-дистрофическим поражением грудно-поясничного отдела позвоночника с использованием систем стабилизации в областном нейрохирургическом отделении Винницкой области.

**Материалы и методы:** На протяжении 2016-2017гг, нами проведено хирургическое лечение 44 пациентов с нестабильностью грудно-поясничного отдела позвоночника (25(57%) женщин и 19(43%) мужчин). Большинство пациентов были пожилого возраста – 25(56%), среднего – 17(39%) и 2(5%) – молодого. В

15(34%) набл. причиною нестабільності позвоночника и болевого синдрому була закрытая позвоночно-спино-мозгова травма, в 29(66%) дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника (возрастной остеохондроз, спондилодисцит ). Всего было выполнено 44 транспедикулярных стабилизации с заднего доступа, которые в 22(50%) случаях дополнялись межтеловым спондилодезом (установкой кейджа). Показанием для операции являлись выраженный болевой синдром, наличие неврологического дефицита, данные дополнительных методов обследования ( Ро, КТ, МРТ).Операции проводились под ЭТ наркозом, под ЭОП контролем. Для транспедикулярного и межтелового спондилодеза использовали стандартный задний доступ в положении пациента на животе. Использовались системы ТПФ и кейджи фирм Medtronic, ANAX, Интерлок. В послеоперационном периоде активизация больных проводилась на 1 сутки без использования фиксирующего бандажа.

**Результаты:** Катамнез пациентов составлял от 6 до 15 месяцев (в среднем 9 мес). Средний показатель ВАШ до вмешательства составлял 8,6, после –2,9. Динамика неврологического дефицита по оценке индекса Освестри до 76,95, после-32,32. Оценка болевого синдрома по шкале Bloechle до-62,19, после – 19,54. В послеоперационном периоде группу инвалидности получили лишь 5(11%) пациентов, что указывает на высокий уровень восстановления трудоспособности и возвращении к повседневной деятельности прооперированных пациентов. Осложнения связанные с оперативным вмешательством как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде отсутствовали.

**Выводы:** Анализ проведенного хирургического лечения показал высокую эффективность применяемых методов хирургического лечения пациентов с травматическими дегенеративно-дистрофическим поражением грудно-поясничного отдела позвоночника, отсутствие послеоперационных осложнений. Возможность проведения данных методик и их комбинаций в условиях нейрохирургической клиники позволяет существенно повысить качество жизни как в раннем так и отдаленном послеоперационном периоде пациентам с данной патологией.

О. В. Іванюк

### **НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ, ЩО ОТРИМУЮТЬ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В НЕФРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Кафедра педіатрії ФПО

Ю.М. Лисиця (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Соматоформні розлади – соматичні симптоми, які не можна достатньою мірою пояснити органічними захворюваннями та які не є вторинними наслідками іншої психічної симптоматики. Дана патологія є важкою в плані диференційної діагностики і, як наслідок, серед пацієнтів загальнотерапевтичної мережі такі хворі займають 25%. Лише 19% з них отримують направлення на консультацію до психіатра чи психотерапевта, а запізнення з таким направленням в середньому становить 8-9 років. Щорічно на безрезультатне лікування таких пацієнтів витрачається близько 20% бюджету закладів охорони здоров'я. Враховуючи вищеописане, досить важливим є ретельне дослідження хворих, з метою знайти ознаки, які б допомогли запідозрити соматоформний розлад в кожного конкретного пацієнта з числа тих 25%.

**Мета:** дослідити наявність ознак неспсихотичних порушень у підлітків, що отримують медичну допомогу у нефрологічному відділенні.

**Матеріали та методи:** опитувальник тривожності Спілбергера, опитувальник шкільної тривожності Філліпса, опитувальник батьківського ставлення Варги – Століна, карта Стотта, опитувальник дитячої депресії Ковач, тест Айзенка, опитувальник батьків, загальні аналізи сечі, крові, інструментальні методи дослідження. Досліджувані учні середнього та старшого шкільного віку, що перебувають під наглядом лікарського закладу більше 2 років

**Результати:** Лише 12 % дітей пацієнтів нефрологічного відділення вказують на перенесення захворювань сечовидільної системи при анкетному опитуванні.

У 24% УЗД не виявляє змін в нирках, ще у 16 % має місце дещо підвищена ехогенність у нирках. Середні показники крові відповідають віковій нормі. У 45% досліджуваних виявились значні зміни в сечі, з них у 20% виявилась еритроцитурія, у 20% - лейкоцитурія. 32% вказують на періодичні болі в животі, навколо пупка, 24% вказують на зміну присмаку в роті, гіркоту. 52% мають збільшення розмірів печінки, застій та підвищену ехогенність, 88 % мають порушення у в жовчному міхурі, переважно атонічного характеру. У 32% виявляються зміни у підшлунковій залозі. 44% мають порушення серцевого ритму, з них 12% брадикардія, 36% вказують підвищена серцебиття, 24 % вказують на почервоніння, 16% на підвищену пітливість, 48% скаржаться на головні болі, 24% вказують на порушення сну, 24% вказують на зниження працездатності. Всі пацієнти вказують на помірну та високу і особистісну і реактивну тривожність (тест шкільної тривожності Спілбергера), 40% вказували на знижений настрій (методика Ковач), 68% вказують на холеричний темперамент, 82% відсотки вказують на високий рівень нейротизму(тест Айзенка). У 41% хворих ( за тестом Варга-Століна) сімейні відношення батько-дитина будуються за формою уникання, що є сприятливою для формування

соматизації розладів. У 50 % випадків у хворих, за картою Стога, виявляються ознаки дезадаптації, що проявляється асоціальністю, ворожістю до дорослих, депресивністю, невротичністю.

Шкільна тривожність (за Філіпсом) була високою у 24% обстежених, підвищеною ще у 12%, через що страх перевірки знань супроводжував 64 % з них, 52% відчують неможливість відповідати очікуванням оточуючих, 48% мають проблеми з самовираженням.

**Висновок:** У 36 % пацієнтів нефрологічного відділення, відсутні ознаки патології нирок на момент госпіталізації, що підтверджується відсутністю змін у сечі, крові та відсутністю змін при інструментальних та додаткових обстеженнях. Мають місце емоційно-вольові та поведінкові розлади на тлі нестійкої нервової системи, відсутності адекватних підходів в сімейному вихованні, порушенні адаптації в соціальному середовищі, що свідчить про формування соматоформного розладу, як непсихотичної форми психічних порушень.

Колеснік О.О., Капталан А.О., Мащенко С.С.

## **ВЕГЕТАТИВНИЙ СУПРОВІД ФОРМУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ**

Кафедра неврології

О.М.Стоянов (д.мед.н, професор)

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

**Актуальність.** Відомо, що в разі черепно-мозкової травми відбувається «злам» складних регуляторних механізмів, які забезпечують дизрегуляторні процеси, що спричиняють погіршення стану хворих в посттравматичному періоді та ініціюють розвиток дисфункцій інших органів та систем. Маючи тривалий досвід спостереження за хворими з посттравматичною епілепсією, виявили, що клінічний перебіг захворювання у них характеризувався дисбалансом вегетативної нервової системи (ВНС) та мав залежність від ініціальної гіперактивності певної її ланки.

**Мета роботи** – клінічне обстеження хворих з посттравматичною епілепсією для визначення ролі вегетативної дисфункції у патофізіологічних механізмах захворювання.

**Матеріали та методи** дослідження. Клінічному обстеженню підлягали 30 пацієнтів з посттравматичною епілепсією віком від 23 до 49 років. Тривалість захворювання склала від 6 місяців до 18 років від моменту черепно-мозкової травми. Вегетативні характеристики вивчали відповідно до рекомендацій А. М. Вейна (2003), а також власних опитувальників (А.Н. Стоянов, 2014).

**Результати** проведеного дослідження свідчать про отримання новітніх даних про особливості стану ВНС у хворих з посттравматичною епілепсією: у пацієнтів з більш тяжким перебігом посттравматичної епілепсії спостерігається тенденція до переважання тону парасимпатичної ланки ВНС, підвищена реактивність і недостатнє забезпечення діяльності, що свідчить про виснаження компенсаторно-приспосувальних механізмів при збільшенні тяжкості посттравматичної епілепсії. Знижена вегетативна реактивність є найбільш стійкою ознакою розвинутого вегетативного дисбалансу і не залежить від ступеня тяжкості посттравматичної епілепсії. Стан ВНС не має чіткої залежності від термінів давності черепно-мозкової травми. Дифузний процес, що викликає залучення різних структур мозку, супроводжується меншими вегетативно-вісцеральними розладами, ніж процес, що викликає осередкове роздратування. Вегетативно-вісцеральні розлади переважають при правобічній локалізації вогнища ушкодження.

**Висновки.** Таким чином, отримані результати клінічного обстеження дають можливість певним чином спрогнозувати особливості перебігу посттравматичної епілепсії. Встановлено, що у пацієнтів з переважанням тону парасимпатичної ланки ВНС, підвищеною реактивністю і недостатнім забезпеченням діяльності слід припускати більш важкий перебіг посттравматичної епілепсії, що слід враховувати для розробки адекватних методів лікування з урахуванням корекції вегетативних дисфункцій.

В.А. Король

## **ПОРУШЕННЯ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПРОХОДИЛИ СЛУЖБУ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО

Б.А. Гунько (ас., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В умовах військових операцій, питома вага посттравматичних стресових розладів (ПТСР) продовжує зростати. Раннє втручання кваліфікованих фахівців зменшує тяжкість таких захворювань, ризик розвитку когнітивного дефіциту та суїцидальної поведінки, забезпечує прискорення ремісії, з відновленням соціального функціонування.

**Мета:** визначити особливості сучасних клінічних форм та психопатологічних проявів ПТСР, етіопатогенетичні механізми, динаміку і визначити оптимальну систему лікувально – реабілітаційних заходів, яка б сприяла максимальній дестигматизації.

**Матеріали:** У ході дослідження було обстежено 58 чоловік учасників АТО, що перебували на стаціонарному лікуванні на базі Вінницької обласної психіатричної лікарні. Середній вік пацієнтів становив  $31 \pm 3,5$  років. Середня тривалість перебування в зоні АТО становила  $28 \pm 4$  днів. Соціально – епідеміологічне дослідження пацієнтів проводилося з використанням спеціально розробленої уніфікованої експрес анкети з урахуванням конфіденційності отриманої інформації. При експериментально – психологічному дослідженні застосовувався скринінг тест HADS для виявлення тривоги та депресії. При клініко – психопатологічному дослідженні використовувалися: тест MMPI, шкала Гамільтона для оцінки важкості депресії HDRS, шкала суїцидальних інтенцій Пірса. Статистичне опрацювання результатів досліджень виконувалися з використанням пакету аналізу MS Excel.

**Результати:** Частіше всього психопатологічна симптоматика була представлена емоційно – вольовими розладами (підвищена збудливість, дратівливість, слабодухість), дисмнестичними порушеннями, схильністю до депресивних реакцій. Психопатологічні симптоми проявлялися нападами роздратованості та злоби, агресією, іноді носили істеричне забарвлення. Частим проявом афективних розладів була субдепресія. Товариські в минулому люди відмічали у себе в'ялість, негативізм, апатію, загальмованість рухів, відсутність спонукань до дії. В психічному статусі значне місце займали ознаки посттравматичної астеної: сповільнення та підвищена виснажливність психічних процесів, інертність, схильність до деталізації. Мали місце афективна нестійкість, значна втомлюваність, що утруднювала виконання повсякденних побутових та службових обов'язків, підвищена дратівливість.

В основному для обстежених були характерні неврастеноподібний (32,7%) та астенодепресивний (25,8%) синдроми, менш вираженими були психоорганічний (15,5%) і іпохондричний (13,7%), найменша вираженість спостерігалася для психопатоподібного синдрому (12,3%).

**Висновок:** Таким чином у ході дослідження було встановлено, що комплекс негативних воєнних, соціально – економічних і психологічних факторів формує загальний агресивний фон, що характеризується значною патогенністю і провокує у військових розвиток різного роду психічних та поведінкових порушень.

В.В. Лагода

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра психіатрії, наркології, та психотерапії з курсом ПО

О.І. Масік (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** При кожному соматичному захворюванні у хворих можуть виявлятися страх, тривога, депресія, іпохондрія, які у своїх клінічних проявах відображають особистісні психологічні особливості реактивності. При серцево-судинній патології, яка є провідною серед захворюваності та смертності громадян України, виявляються тривожно-депресивні розлади. Тривога та депресія суттєво впливають на перебіг, тривалість захворювання, ефективність лікування, а також якість життя пацієнта. Якість життя не завжди залежить від терапії або змін в медико-біологічних параметрах хворого (В.М. Корнацький, Д.М. Мороз, 2015), тому біопсихосоціальний підхід до терапії пацієнта із серцево-судинною патологією забезпечує цілісне лікування соматичної патології з одного боку та корекцію психічного стану з іншого. Такий комплексний підхід різнофакторного впливу та взаємозалежності сфер емоційного, розумового та тілесного втілюється в показниках якості життя.

**Мета:** Вивчити особливості психічних порушень, якість життя та зв'язок між ними у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

**Матеріали та методи:** Нами було проведено обстеження 38 хворих на АГ відділення науково-дослідного Інституту реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова з використанням опитувальника депресії (PHQ-9), опитувальника реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна та шкали оцінки рівня якості життя О.С. Чабан (Chaban Quality of Life Scale — CQLS).

**Результати:** Серед обстежених хворих на АГ було 42,9% чоловіків та 57,1% жінок, переважали особи старше 50 років – 86,0 %. Встановлено високий рівень особистісної та реактивної тривожності у всіх респондентів:  $47,42 \pm 0,36$  та  $51,28 \pm 0,38$  балів відповідно. Більш високі показники реактивної тривожності у хворих з АГ корелюють з бажанням тримати ситуацію під контролем і вчасно реагувати підвищенням внутрішнього тиску

на тиск зовнішніх обставин. Тривога реєструвалась серед 85,6%, тривожно-депресивні порушення у 71,4%. У 14,2% пацієнтів діагностована важка депресія, 42,8% - помірна депресія, 28,5% - легка депресія та у 14,2% - легке зниження настрою. Виявлені психічні порушення переважали у віковій групі 50 – 59 років, у гендерному відношенні тривожний та тривожно-депресивний синдром мав більший прояв у жіночій статі. Переважна більшість осіб (57,1 %) виявила якість життя на дуже низькому рівні, 28,6 % на середньому рівні, по 14,3 % - виявили дуже високий, високий і низький рівень.

**Висновки:** 1. У 71,4% хворих з АГ виявлено тривожно-депресивні розлади.

2. У переважної більшості осіб (57,1 %) відмічалась якість життя на дуже низькому рівні.

3. Виявлено зв'язок між рівнем якості життя та наявністю тривожно-депресивних порушень.

4. Залучення спеціаліста в галузі психічного здоров'я (психолог, психотерапевт) до інтегрованого ведення пацієнта кардіологічного профілю, дозволить знизити ризик розвитку психічних розладів та сприятиме зменшенню стигматизації пацієнтів з психічними порушеннями.

В.О. Ларін, Н.С. Гончарова, І.В. Циганкова

### **ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПСИХІКИ У ЖІНОК З ОНКОПАТОЛОГІЄЮ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Н. В. Раціборинська-Полякова ( доц., к. м. н. )

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Частота онкопатології репродуктивної системи у жінок з кожним роком зростає, що є одним з патогенних факторів, які впливають на індивідуальне психічне здоров'я, змінюють якість життя і рівень соціальної адаптації пацієнтів. Н.Н. Блінов і В.А. Чулкова описують «психологічну кризу» онкохворих, яка характеризується тривожністю, відчуттям безнадії або невизначеності, самотності, песимістичною оцінкою майбутнього, ідеями самозвинувачення тощо. А.В. Гніздилов, вивчивши психологічні реакції, вказує, що вони можуть відповідати психотичному рівню. Л.М. Касімова та Т.В. Ілюхіна психічні зміни в онкологічних хворих умовно розділяють на три групи: суто психогенні, змішані психогенно-соматогенні, переважно соматогенні. Т.Ю. Мерилова виявила, що у більшості з них спостерігалися складні депресивні, тривожно-депресивні і фобічні переживання.

**Мета:** Дослідити особливості змін психіки у жінок з онкологічною патологією, а саме молочної залози та статеворепродуктивної системи.

**Матеріали та методи:** Було проведено клініко-психопатологічне дослідження групи жінок віком від 20 до 70 років (середній вік складав (47 ±5,5 років)), які знаходились на стаціонарному лікуванні Вінницькому обласному онкологічному диспансері з діагнозом рак молочної залози та рак яєчників. Всі обстежувані відповідали критеріям включення у дослідження: 1. Жінки у віці 18-75 років з симптомами та змінами на інструментальних методах дослідження, що відповідали I-IV стадіям відповідного онкологічного захворювання. 2. Згода пацієнта на проведення дослідження. 3. Здатність пацієнта до адекватного розуміння програми дослідження. Оцінка психоемоційного стану проводилась за допомогою опитувальників для визначення рівнів тривожності, фрустрації, адаптації та суїцидальних намірів.

**Результати:** В результаті обстеження було виявлено підвищений рівень тривоги у всіх (100%) обстежуваних, що може бути обумовлено перебуванням у лікарні. Відмічено порушення адаптації у всіх респонденток. Фрустрація у жінок характеризувалася за спадаючим типом, найбільше у 1 стадії захворювання, найменше у 4. Суїцидальні схильності найбільше відмічались у хворих з 2 та 3 стадією захворювання.

**Висновки:** В ході дослідження у жінок з онкологічною патологією було виявлено підвищену тривожність, порушення адаптаційних властивостей, помірну схильність до суїцидальних думок та фрустрації різних типів. Ці зміни психіки можуть бути зумовлені і впливом соматичної патології на психіку, і особливостями реагування на хворобу, а саме усвідомленням її важкості, невизначеністю прогнозу, змінами свого тіла і якості життя в цілому. Таким чином, від особливості реагування жінки на своє захворювання в значній мірі залежить мобілізація внутрішніх психічних ресурсів на боротьбу із захворюванням і, відповідно, успішність одужання.

В.М. Ліха, Е.В. Донцова

### **КЛІНІЧНА КАРТИНА НЕРВОВОГБУЛІМІУ ЖІНОК МОЛОДОГО ВІКУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Г.М. Кожина (д. мед. н.; професор)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

**Актуальність:** Нервова булімія або «вовчий голод» - розлад прийому їжі, при якому людина має періодичну тенденцію до переїдання, а також вкрай стурбований своєю вагою, що призводить до крайніх заходів для контролю своєї маси (прийом проносних, сечогінних, штучною блювотою). Також один з найчастіших

симптомів є коливання ваги у пацієнтів.

Булїмія – це хвороба нового часу. Згідно зі статистикою більш ніж 85% хворих булімією – це жінки, до того ж більше 90% з них стверджують, що перші симптоми хвороби у них з'явилися у 16 - 22 роки.

Клінічна картина булімії характеризується в першу чергу неконтрольованим голодом, через це людина сильно переїдає, за що потім її починає мучити совість. Поки їжа не засвоїлась, хворий намагається позбутися від неї шляхом викликання штучної блювоти. Таким чином, хвороба змучує людину, нерідко доводячи до крайньої ступені виснаження.

**Мета:** Вивчити особливості перебігу нервової булімії F 50.2 у жінок молодого віку.

**Матеріали і методи:** Нами було проведено обстеження 12 пацієнтів у віці  $20 \pm 2$  року жіночої статі на базі 11 психіатричного відділення для дорослих (відділення кризових та граничних станів) ХОКПЛ №3, у яких був виставлений діагноз Нервової булімії F 50.2 за критеріями МКХ-10. Для діагностики була використана шкала Eating Attitudes Test (EAT - 26), яка була розроблена Інститутом психіатрії Кларка університету Торонто в 1979 році. Опитувальник складається з 26 основних і 5 додаткових питань. На 26 основних питань опитуваний повинен відповісти «ніколи», «рідко», «іноді», «досить часто», «як правило» або «завжди»; на 5 додаткових «так» або «ні». Також всім пацієнткам було виміряно ІМТ (індекс маси тіла) по Кетле.

**Результати:** В результаті дослідження було отримано з основних питань шкали Eating Attitudes Test 20 і більше балів набрали – 83,3% пацієнток, за додатковими питань 4 - 5 «так» відповіли 16,6% пацієнток. Згідно показника ІМТ по Кетле були отримані наступні дані: у 91,6% пацієнток психіатричного стаціонару були відхилення від належної маси тіла по ВООЗ.

**Висновки:** Згідно з результатами проведеного дослідження, можна зробити висновок, що булімія – небезпечне захворювання, яке тягне за собою серйозні розлади здоров'я, і з якою треба боротися шляхом просвітницької роботи та популяризації здорового способу життя серед населення.

Ю.І. Лоборгас

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Л.Ф. Слободянюк (доцент, к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Можливості терапії хвороби Альцгеймера (ХА) на сьогодні залишаються досить обмеженими. Однак існує ряд препаратів, використання яких дає можливість сповільнити її прогресуючий перебіг, а також послабити актуальну симптоматику. До таких препаратів належать нейропротектори та засоби симптоматичної терапії.

**Мета:** Дослідження основних проблем лікування ХА на сучасному етапі розвитку медицини.

**Матеріали та методи:** Дослідження сучасної медичної літератури та публікацій у наукових журналах.

**Результати:** ХА - це хронічне прогресуюче дегенеративне захворювання головного мозку, що проявляється порушенням пам'яті та інших когнітивних функцій. Основою ланкою патогенезу ХА є порушення метаболізму попередника амілоїдного білка, внаслідок чого у мозку накопичується патологічний  $\beta$ -амілоїд, що володіє нейротоксичними властивостями. До препаратів, що володіють нейропротекторною дією відносять інгібітори  $\beta$ - і  $\gamma$ -секретаз, інгібітори амілоїдогенезу та інгібітори фосфорилування тау-протеїна. Препарати показали свою ефективність на 1 та 2 фазах клінічних досліджень та мають високий терапевтичний потенціал у лікуванні ХА. Серед засобів, що використовуються для зменшення основних симптомів ХА успішно застосовують речовини, що оптимізують синаптичну передачу. До них відносяться антихолінергічні та антиглутаматні препарати. На сьогодні використовується 4 основних інгібітори ацетилхолінергічних ферментів: донепезил, ривастигмін, галантамін та іпідакрин. Основою для застосування цих засобів слугують дослідження, що виявили кореляційний зв'язок між вираженістю ацетилхолінергічної недостатності і важкістю когнітивних порушень при ХА. В терапії ХА використовують антагоніст N-метил-D-аспартат рецепторів до глутамату мемантин. Його застосування зменшує пошкоджувальну дію глутамата на ацетилхолінергічні нейрони і, таким чином, сприяє їх виживанню і покращенню стану ацетилхолінергічної системи. В якості симптоматичної терапії використовується також ноотропний препарат ідебенон, що є синтетичним аналогом коензима Q. Він покращує доставку кисню до тканин мозку та стимулює обмінні процеси. Показаний для терапії когнітивних розладів. Новітнім засобом, який полегшує симптоми психозу при ХА є пімавансерин, що є агоністом серотонінергічних 5-HT<sub>2C</sub> рецепторів. Препарат не має тропності до дофамінергічних, мускаринових, гістамінових та адренергічних рецепторів. Внаслідок цього він не має побічних ефектів традиційних антипсихотиків.

**Висновки:** На сьогодні ХА є поширеною патологією серед населення світу. На даний момент ефективної етіопатогенетичної терапії захворювання не існує. Однак сучасні засоби лікування та новітні дослідження науково-дослідних центрів сприяють сповільненню прогресування хвороби та покращенню життя пацієнтів, у яких встановлено даний діагноз.

Р. А. Нікоряк  
**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ  
ОБЛАСТІ**

Кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології  
Г.Я. Пилягіна ( д.мед.н., проф.)  
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика  
м. Київ, Україна

**Актуальність:** Психічні розлади зустрічаються у всіх категоріях населення і в усіх вікових групах. За даними ВООЗ поширеність психічних розладів становить близько 10,0 % для дорослого населення та більше 25% людей у світу страждають від одного чи більшого числа психічних розладів протягом усього свого життя. Соціально-економічна криза призвела до вимушеної трудової міграції населення в пошуках матеріального забезпечення родини ( придбання самого необхідного, навчання дітей, повернення банківських кредитів, тощо) для деяких сімей – можливість вижити. Чернівецька область відноситься до регіонів де спостерігається найбільша міграційна рухливість працездатного населення. На Буковині майже в кожній сім'ї, особливо в сільській, є трудовий мігрант. Частіше на заробітки виїжджають цілими сім'ями, родинами, селами, залишаючи вдома батьків та дітей.

**Мета:** Дослідити особливості формування психічних розладів у трудових мігрантів чоловічої статі та молоді, батьки яких перебувають у трудовій міграції.

**Матеріали та методи:** Застосовуючи розроблений скринінг-тест та шкалу тривоги і депресії HADS, дослідили психічні порушення у трудових мігрантів і молодих людей, батьки яких перебувають на заробітках. Відібрали серед досліджуваних стесовразливих осіб, а саме: 40 трудових мігрантів і 40 осіб молодого віку до 25-ти років.

**Результати:** Проведені дослідження встановили, що у вимушених трудових мігрантів чоловічої статі за шкалою HADS у 32,5% (13) осіб виявлені субклінічно виражені симптоми тривоги (9-10 балів) та депресії (8-9 балів). У 67,5% (27 осіб) - клінічно виражені симптоми тривоги (13-15 балів) та депресії (11-13 балів). Натомість, серед молоді дані показники були дещо іншими, а саме: у 9 (22,5%) осіб не виявлено ні тривоги, ні депресії ( 0-3 бала). У 50% (20 осіб) виявили субклінічно виражені симптоми тривоги - (9-10 балів), а рівень депресії - ( 2-7 балів) знаходився у межах норми. Клінічно виражені симптоми тривоги (11-12 балів) і субклінічно вираженої депресії (8-10 балів) спостерігалися в 11 осіб, що склало 27,5 % досліджуваних даної групи.

**Висновки:** Отже, чинники схильності, а саме : соціальні - проживання без близьких через вимушену міграцію посилили чутливість особистості до психічних розладів. Наявність провокуючих психологічних чинників – безпорадності, проблем втрати спілкування з близькими людьми викликали надмірне напруження механізмів адаптації та підвищили вірогідність виникнення психічних порушень. Підтримуючі чинники, а саме - низька самооцінка, наявність тривожності, відсутність родинної підтримки в психотравмуючих життєвих ситуаціях, перешкождали компенсації психічних порушень та призводили до погіршення якості життя та соціального функціонування, що і видно з наших досліджень.

В. Л. Петречук, А.А. Моїсеєнко, Т.О. Струкевич  
**МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МЕТФОРМІНУ У ВТОРИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ІШЕМІЧНОГО  
ІНСУЛЬТУ**

Кафедра нервових хвороб  
І.І. Лета (ас)  
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогодні інсульт займає провідне місце серед причин інвалідизації населення. Лише третині хворих вдається повністю відновити втрачені функції або реабілітуватись із можливістю вести в подальшому самостійне існування. З урахуванням цього, проблема медикаментозного попередження та відновлення неврологічних хворих є одним із першочергових завдань сучасної медицини.

**Мета:** Дослідити потенційну можливість метформіну бути нейропротектором із прекодируючою дією при інсультах.

**Матеріали та методи:** Аналіз опублікованих проведених експериментальних досліджень, наукових статей з даної тематики.

**Результати:** Один із основних шляхів реалізації нейропротекторної дії метформіну є активація 5'-АМФ-кінази. Виділяють декілька основних проявів нейропротекторної дії. Першим із них є прекодикування, яке полягає в наступному: попередній прийом метформіну модулює мітохондріальний біогенез і апоптотичні шляхи загибелі клітин у контексті ішемії головного мозку. При подальшому прийомі метформіну суттєво пришвидшується відновлення сенсорних і моторних функцій. Третім проявом є активація NO-синтази та зменшення накопичення лактату, що покращує перебіг гіпоксії та водночас зменшує площу та ступінь важкості ішемічного ураження тканини мозку. При цьому, «гостре» вживання метформіну перед моделюванням інсульту парадоксально призводить до поширення зони враження та наростання тяжкості ішемічного ушкодження

нейронів.

**Висновки:** На підставі аналізу досліджень з'ясовано, що метформін здатний забезпечувати нейропротекцію у випадку інсультів, але він є ефективним саме як засіб для прекодиціонування та при тривалому застосуванні. Планується подальше вивчення впливу метформіну на очікувану тривалість життя у осіб, що перенесли ішемічний інсульт.

Т.І. Плазовський, М.В. Гнедько, Л.В. Прядко, О.В. Качуровська  
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВОРТІОКСЕТИНУ У ПАЦІЄНТІВ З КОГНІТИВНИМИ  
ПОРУШЕННЯМИ НА ФОНІ ВЕЛИКОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ**

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:** Згідно з даними ВООЗ, поширеність великого депресивного розладу складає 4-5 %. Великий депресивний розлад призводить до порушень наступних когнітивних функцій: виконавче функціонування, увага, психомоторна швидкість та пам'ять. Когнітивна дисфункція, яка є важливим клінічним доменом великого депресивного розладу, що порушує різні аспекти соціального життя пацієнта, пов'язана з підвищеним ризиком рецидива а також асоціюється із зниженням ефективності лікування. У зв'язку з чим, питання корекції когнітивної дисфункції набуло особливої актуальності.

**Мета:** Визначити доцільність застосування антидепресанту вортіоксетину з метою покращення когнітивних функцій при великому депресивному розладі.

**Матеріали та методи:** Аналіз та синтез публікацій фахових іноземних видань.

**Результати:** Згідно останнього мета-аналізу Lee R. S. et al., 2012, що об'єднав 15 досліджень, усі пацієнти з поточним великим депресивним епізодом мали порушення у всіх основних когнітивних доменах, а саме: увага, пам'ять та виконавчі функції. У пацієнтів з ремісією великого депресивного епізоду були вибірково порушені: увага, виконавчі функції, оперативна пам'ять та вербальне сприйняття. Усі перераховані порушення призводили до проблем планування, порушення здатності концентрувати увагу, повільності у відповідях та проблем з пам'яттю, що в свою чергу мало негативний вплив на професійну діяльність. Для оцінки когнітивних дисфункцій використовувались наступні методи: шкала PDQ-5, DSST, Trail Making Test, Stroop, Rey auditory verbal test. Відповідно до даних мета-аналізу McIntyre R. S. et al., 2016, що об'єднав 3 дослідження (Focus, Connect, Katona) мультимодальний антидепресант вортіоксетин, який являється антагоністом 5-HT<sub>1D</sub>, 5-HT<sub>3</sub> та 5-HT<sub>7</sub> рецепторів, частковим агоністом 5-HT<sub>1B</sub>, агоністом 5-HT<sub>1A</sub> та інгібітором SERT білка, виявив прямий вплив на ключові когнітивні домени: покращував виконавчі функції, увагу, психомоторну швидкість та пам'ять.

**Висновки:** Таким чином, мультимодальний антидепресант вортіоксетин виявив ефективність у лікуванні великого депресивного розладу з когнітивною дисфункцією. Позитивна динаміка при оцінці когнітивних тестів відображалася на клінічному стані хворих у вигляді покращення концентрації уваги, пам'яті, виконавчих функцій та психомоторної швидкості.

С.І. Поніна

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ  
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ З ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ**

Кафедра психіатрії, наркології, та психотерапії з курсом ПО

О.І. Масік (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Психоемоційні порушення у підлітків проявляються доволі різноманітно, але переважно вегетативними розладами. Однак, характер і сила впливу цих факторів на стан психічної сфери підлітків залишаються недостатньо вивченими. Хронічний стрес порушує якість життя людини та може призводити до розладів адаптації.

**Мета:** Виявити клінічні психопатологічні особливості соматизованого депресивного розладу і вегетативної дисфункції та проаналізувати їх вплив на якість життя серед студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

**Матеріали та методи:** Проведено клініко-психопатологічне обстеження 233 студентів 1 курсу (82 юнаків і 151 дівчини) ВНМУ ім. М.І. Пирогова з використанням PHQ-9, тесту А.М. Вейна та MOS-SF-36.

**Результати:** Встановлено, що 89 студентів (38,2 %) не висували будь-яких скарг. Однак, аналіз тесту Вейна у цих же осіб виявив вегетативну дисфункцію у 24 підлітків (26,97 %), а дослідження тесту PHQ-9 – ознаки легкої депресії у 18 осіб (20,22 %), помірно тяжкої депресії – у 2 (2,25 %) чоловік, без симптомів депресії – 79 (88,76 %) осіб.

Серед 21 підлітків (9,01 %), у яких виявлені функціональні синдроми з боку серцево-судинної системи, 8 осіб



(38,09 %) мали ознаки вегетативної дисфункції, 3 (14,29 %) – ознаки легкої «субклінічної» депресії, один (4,76 %) – помірної тяжкості депресію, 16 осіб (76,19 %) не мали симптомів депресії.

У 3 осіб виявлено розлади дихальної системи (1,29 %), з них 2 особи (66,67%) мали вегетативну дисфункцію.

Порушення шлунково-кишкового тракту встановлено у 19 осіб (8,15 %). З них 5 чоловік (26,32 %) мали вегетативну дисфункцію, 5 (26,32 %) – «субклінічну» депресію, 14 (73,68 %) – без симптомів депресії.

Симптоми з боку опорно-рухової системи мали 8 студентів (3,43 %), з них 3 особи (37,5 %) мали вегетативну дисфункцію, 3 (37,5 %) – легку депресію, 5 (62,5 %) – без депресії. У 64 студентів мали місце декілька синдромів (27,47 %). З них 41 (64,06 %) особи мали вегетативну дисфункцію, 21 (32,81 %) – легку депресію, у 3 (4,69 %) – помірної тяжкості депресія, у одного (1,56 %) встановлена тяжка депресія. Виявлено вірогідне зниження показників «Фізична активність» у дівчат порівняно з юнаками. Показник шкали «Психічне здоров'я» виявився низьким як у юнаків, так і у дівчат.

**Висновки:** Встановлено найвищий рівень вегетативної дисфункції у підлітків з розладами дихальної системи та при наявності декількох синдромів. Ознаки легкої депресії найчастіше діагностовано при розладах шлунково-кишкового тракту та опорно-рухової системи. Вегетативна дисфункція і легка депресія виявлялись у підлітків, які не висували жодних скарг. У студенток першого курсу виявлено вірогідне зниження показників якості життя за шкалами «Фізична активність», «Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності» порівняно з юнаками, що свідчить про недостатню адаптованість, наявність фізичних та психоемоційних проблем, які заважають повноцінно виконувати щоденні навчальні завдання.

Д.В. Прядко, О.В. Качуровська, К.Ю. Рудюк, Т.І. Плазовський  
**СУЧАСНІ АСПЕКТИ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ: ЗАСТОСУВАННЯ ІМІТАТОРА ОПОРНОГО  
НАВАНТАЖЕННЯ ПРИ СИНДРОМІ ГІЕНА-БАРЕ**

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії

Д.О. Фікс (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Синдром Гієна–Баре – це гостра сенсорно-моторна полінейропатія, в основі виникнення якої лежать аутоімунні механізми. Застосування традиційних методів патогенетичної терапії у випадку легкого перебігу даного синдрому призводить до регресу парезів протягом найближчих місяців. Однак, сенсорний дефіцит, що присутній у 90% пацієнтів на початку захворювання, погано піддається корекції, тому обов'язковою умовою лікування даного синдрому є застосування комплексних нейрореабілітаційних заходів.

**Мета:** На основі огляду літератури оцінити ефективність застосування підшовного імітатора опорного навантаження - «Корвіт» в комплексному лікуванні синдрому Гієна-Баре.

**Матеріали та методи:** Аналіз дослідницького матеріалу та сучасних наукових джерел.

**Результати:** Після проведення аналізу результатів опрацьованої літератури встановлено, що у 30% пацієнтів після проведення першої процедури стимуляції опорних зон стопи в режимі повільної ходьби спостерігалось покращення глибокої та поверхневої чутливості. Ефект першої процедури був короточасним, тривалістю 1-3 год. Після проведення повного 10-денного курсу з досягненням максимальних параметрів стимуляції спостерігався більш стійкий та виражений ефект. Внаслідок покращення проведення імпульсу чутливими волокнами нижніх кінцівок, 90% пацієнтів відмічали значне зменшення больового синдрому, парестезій, потепління шкірних покривів.

**Висновки:** Отже, щоденне застосування апарату «Корвіт» при синдромі Гієна-Баре сприяє регресу сенсорного дефіциту, зменшенню характерного невротичного болю та оніміння, оптимізації периферичного кровотоку, покращенню усіх видів чутливості не тільки в зоні безпосередньої дії апарату, але і в інших дерматомах нижньої кінцівки.

Н.С.Ракига

**АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕННЯ РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА ПРИ РАССЕЙНОМ  
СКЛЕРОЗЕ**

Кафедра неврології і нейрохірургії

С.В. Селезнева (зав. кафедрою, к.м.н., доц.)

Донецький національний медичний університет,

г.Краматорск, Україна

**Актуальность:** Ретробульбарный неврит при рассеянном склерозе (РС) развивается у молодых лиц и зачастую остро. У 75% больных ретробульбарный неврит, может быть первым, а иногда и единственным проявлением рассеянного склероза - хронического воспалительно — демиелинизирующего заболевания центральной нервной системы с множественными очагами поражения, приводящего, при отсутствии адекватного лечения, к значимым нарушениям неврологических функций.

**Цель:** Оценить эффективность результатов лечения ретробульбарного неврита при РС.

**Материалы и методы:** Нами были проанализированы 13 историй болезней в неврологическом отделении ГБ№2 г.Краматорск с достоверным диагнозом ретробульбарный неврит при РС. Лечение отличалось в зависимости от формы заболевания и периода. Всем больным проводилась нейрометаболическая терапия (актовегин, милдронат, трентал, вазонат), витамины группы В. У 65% больных в офтальмологическом отделении принимали ретробульбарно инъекции 0,4% раствором дексаметазона (по 0,5-0,7мл), чередуемым с ретробульбарным или парабульбарным введением гепарина (по 2000-3000ЕД), а 5% больных принималась симпатокоррекция.

**Результаты:** По результатам проведенного анализа историй болезни, нам удалось выяснить, что назначение нейрометаболической терапии и симпатокоррекции показано всем пациентам, не зависимо от длительности течения и формы, в то время как ретробульбарное введение дексаметазона проводится только при острой форме заболевания ретробульбарного неврита, это способствует улучшению офтальмологических и неврологических показателей, снижает риск инвалидизации.

**Выводы:** Целесообразно использование комбинированного метода лечения - сочетания нейрометаболической терапии и инъекции дексаметазона, а при атрофии зрительного нерва считать с симпатокоррекцией, что способствует снижению степени нейродегенерации у пациентов с ретробульбарным невритом при РС.

С.О. Росохай

### ОЦІНКА ВПЛИВУ ТРИВОЖНОСТІ НА ФОРМУВАННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

І. Л. Лук'янович (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними R.Kellner, поширеність соматоформних розладів в первинній медичній мережі становить від 10% до 30%, які клінічно проявляються розладами травлення, дихальної системи та ССС, у вигляді болей в епігастрії, печії, нудоти, відчуття серцебиття, пітливості, задишки, що не мають органічного походження. В умовах соціально-економічної нестабільності, мінливої системи загальної середньої освіти, підвищення насилля серед дітей є тенденція до зростання рівня тривожності у дітей та частішого формування соматоформних розладів. Формування соматоформних розладів відбувається за рахунок вроджених факторів та факторів, під впливом яких відбувається соціалізація з формування вищих емоцій. Саме підвищена тривожність допомагає соматизувати емоційну відповідь, що не була підготовлена в сім'ї, саме вона соматизує емоційні прояви, що виникають в школі.

**Мета:** Дослідити вплив тривожності на формування соматоформних розладів у дітей.

**Матеріали та методи:** Опитувальник тривожності Спілбергера, опитувальник шкільної тривожності Філліпса, опитувальник батьківського ставлення Варги – Століна, карта Стотта, опитувальник дитячої депресії Ковач, тест Айзенка.

**Результати:** У досліджуваній групі 83 дітей (віком 15-17 років) виявлено: за опитувальником шкільної тривожності Спілбергера у 42% діагностується висока особистісна, у 55,4% помірна особистісна тривога, у 34,9% емоційні переживання супроводжувались гнівом і поведінковими порушеннями.

Реактивна тривога помірного рівня виявлялась у 44,2%, висока 40,1%. У 23% вона супроводжувалась гнівом з проявами дезадаптувочої поведінки.

Згідно тесту у 20% осіб з підвищеною тривожністю виявлений високий рівень нейротизму. При оцінці особливостей темпераменту було виявлено, що холерики мають більший відсоток тривожності (27%) ніж меланхоліки(20%), сангвініки(11%) та флегматики (18%), у 48% обстежуваних переважає холеричний темперамент та екстраверсія.

При опрацюванні шкали депресії Ковача у 53% осіб виявлені ознаки зниженого настрою, 20,4% виявляли клінічні ознаки депресії. При опрацюванні карти Стотта було виявлено 20% дітей з ознаками соціальної дезадаптації, 40% якої супроводжував високий рівень тривожності. За опитувальником Варги-Століна 98% батьків дітей, що перебували в дезадаптації надавали перевагу вихованню за типом «відвернення», уникали спілкування, що негативно впливає на психо-емоційний стан обстежуваних дітей та збільшувало тривогу. У цій групі дітей тривожність проявлялась високим рівнем недовіри новому (25%), уникненням контактів (100%), тривожному відношенні до дорослих (75%), ворожості у відносинах з дорослими (75%), асоціальності (50%), ворожості до дітей (100%), невротичних симптомах-50%, частих хворобах – 50%. Шкільна тривога, за тестом Філліпса була найбільш сконцентрована на проблемах і страхах у відношенні з вчителями (87%), страхом перевірки знань (47%), страхом не відповідати очікуванням оточуючих (40%), фрустрації портеби досягнення успіху (34%). 20% вказують на низький фізіологічний поріг супротиву стресу.

**Висновок:** Підвищена особистісна тривога підлітків супроводжується високою реактивною тривогою і майже у третини випадків супроводжується гнівом та поведінковими розладами з агресією, ворожістю, асоціальністю, невротизацією та соматизацією захворювань при низькому фізіологічному рівню супротиву стресу. Виявлена висока тривожність у сім'ях з переважаючою формою виховання за типом «відвернення», висока тривожність

сконцентрована на проблемах і страхах у відношенні з вчителями вказують напрямки психопрофілактичної роботи для попередження соматоформних розладів.

Семененко К.М.

### КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ СИНДРОМУ НЕЙРОЛЕПТИЧНОЇ ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЇ

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

М.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Найважливішими біологічними складовими людського організму, які контролюють не тільки наші почуття і поведінку, але і практично всі фізіологічні процеси, є гормони. Один із таких гормонів є пролактин, який виробляється у передній частці гіпофіза та має ще назву «гормон стресу». Синдром нейролептичної гіперпролактинемії – це збільшення рівня пролактину в плазмі крові, що перевищує встановлені нормативні показники, викликане прийомом нейролептичних препаратів, що супроводжується специфічними і неспецифічними клінічними проявами, які розвиваються в залежності від тривалості існування гіперпролактинемії.

**Мета:** дослідити основні клінічні прояви синдрому нейролептичної гіперпролактинемії.

**Матеріали та методи:** порівняльний аналіз даних, отриманих при опрацюванні джерел сучасної наукової інформації, та результатів власних клінічних спостережень.

**Результати:** З появою нової групи атипичних антипсихотичних препаратів, починаючи із 90-х років проводилось чимало досліджень, метою яких було мінімізування екстрапірамідних порушень, де на перший план досить часто виступають саме ендокринні розлади. Клінічна картина гіперпролактинемії розрізняється залежно від статі. В першу чергу гіперпролактинемія призводить до порушень статевих функцій. У пацієнток жіночої статі, які приймають нейролептики розвиваються такі специфічні симптоми, як галакторея, дисменорея (до аменореї), нагубання і болючість молочних залоз, а у чоловіків – розвиваються сексуальні розлади (зниження лібідо, імпотенція, порушення ерекції і еякуляції), гінекомастія, галакторея. Можливі неспецифічні симптоми у вигляді підвищення маси тіла і апетиту. У пацієнтів, які приймають нейролептики довготривало збільшується ризик розвитку остеопорозу, ішемічної хвороби серця, безпліддя, онкологічних захворювань гіпофіза і яєчників. Крім зазначених клінічних проявів на тлі прийому нейролептиків, викликають гіперпролактинемію і дратівливість, тривога, депресія, порушення сну. У більшості випадків ці скарги пов'язують із загостренням психічного захворювання, що призводить до підвищення дози антипсихотика, що у свою чергу має більший вплив на психічнохворих.

**Висновки:** Таким чином, на сьогоднішній день, без урахування виявлення нейроендокринних дисфункцій і їх корекції неможливо забезпечити високого рівня соціальної адаптації та функціонування психічно хворих, неможливо покращити якість їхнього життя, а також досягнути комплаєнсу між пацієнтом і лікарем.

Семененко К.М.

### ГІПЕРАКУЗІЯ ЯК ПРОЯВ ТА ЧИННИК ТРИВОЖНОСТІ У КОМБАТАНТІВ

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

М.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Наявність тривожних розладів суттєво впливає на динаміку всієї психічної діяльності. Хвороблива чутливість до гучних звуків на сьогоднішній день є однією з перших скарг комбатантів. Більше 60% під час дослідження виказували гіперакузію разом із тривожністю. Посилення чутливості від шумів спостерігається при сильних емоціях: стресових ситуаціях, переживаннях, але фізіологічні параметри проведення звуків від вуха незмінні. Це призводить до появи підвищеної тривожності і стимулює лімбічну і симпатичну системи.

**Мета:** дослідити взаємозв'язок тривожності у комбатантів із гіперакузією.

**Матеріали та методи:** було проведено комплексне клініко-психопатологічне та патопсихологічне дослідження 89 респондентів, які проходили стаціонарне лікування у клінічних відділеннях ВОКГВВ.

**Результати:** У більшості респондентів було виявлено підвищену чутливість до звуків, яка супроводжувалась безпосередньо збільшенням проявів тривожності. Так у респондентів зі скаргами на підвищену чутливість до гучних звуків було виявлено: ситуативна тривожність була високою рівня у 10,8% респондентів, помірного – у 61,7%, низького – у 27,5%; особистісна тривожність у 54,7% обстежених була високою рівня, у 33,2% - помірного, у 12,1% - низького; загальна психічна тривожність була високою у 44,6%, середня у 36,2%, низька – у 19,2%;

**Висновки:** Порушення у вигляді гіперакузії ми вважаємо зумовлено емоційним станом респондентів у вигляді підвищеної тривожності. Зі скарг пацієнтів, результатів психодіагностичного дослідження та оцінки психічного

статусу виявлено, що показники тривожності корелюють із гіперакузією у всіх випадках.

Л.А. Тереховська  
**ОСОБЛИВОСТІ ДИСФОРИЧНИХ РОЗЛАДІВ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО  
Н.В. Раціборинська-Полякова (к.мед.н, доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Військові дії є значним психогенним фактором для всього людства та мають високий ризик виникнення черепно-мозкових травм у їх учасників, що може сприяти виникненню різних форм психічних та неврологічних порушень. Зокрема, можуть виникати розлади емоційної сфери у вигляді дисфорій, що має важливе значення не лише для адаптації окремого військовослужбовця до мирного життя, а й для усього суспільства. Дисфоричний розлад викликається цілим комплексом психічних і неврологічних порушень і захворювань, пов'язаних зі станом незадоволеності, виникнення злісного афекту залежить від негативних змін у житті, а також в душевному та фізичному стані організму.

**Мета:** вивчити клініко-психопатологічні особливості і патопсихологічні характеристики хворих з дисфоричними розладами органічної та психогенної природи.

**Матеріали та методи:** проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 80 комбатантів, постраждалих у ході проведення АТО, які проходили стаціонарне лікування на базі ВОКГВВ (усі респонденти дали інформовану добровільну згоду на обробку персональних даних).

**Результати:** Середній вік пацієнтів становив  $33,96 \pm 8,33$  року. Респондентів розподілили на дві групи: до I групи ввійшли респонденти без органічних уражень головного мозку (із ПТСР та РА); до II групи – з ЗЧМТ в анамнезі (частіше – контузії). У 25% обстежених було виявлено дисфоричні розлади, серед них 8 пацієнтів з психогеніями та 12 з органічним ураженням головного мозку. Усі пацієнти відзначали, що внаслідок поганого контакту з оточуючими стало складно співіснувати в родині, стосунки з людьми погіршували підвищена дратівливість та періодичні немотивовані напади агресії, звичайні обов'язки щодо домашньої роботи здавалися невідомими. У респондентів I групи переживання викликали відчуття провини, думки про самогубство. У II групі дисфорія переважно поєднувалась із тривогою, страхом залишитися на самоті із собою, страхом смерті. Скарги на емоційний дискомфорт супроводжувалися відчуттям серцебиття, нестачі повітря, несистематичними запамороченнями, епізодичним головним болем напруження, відчуттям дискомфорту в ділянці серця.

**Висновки:** Дисфорія є досить поширеним явищем серед військовослужбовців, що повернулися з антитерористичної операції, так як виявлена у 25% досліджуваних, серед яких 10% мають ознаки органічного ураження, а у 15% дисфоричні розлади є вірогідніше психогенного генезу. Отримані результати потрібно враховувати під час ведення даних хворих для покращення ефективності лікування та адаптації до мирного життя, а також бажано проводити моніторинг емоційного стану військовослужбовців для своєчасного виявлення порушень та їх наступної корекції для попередження негативних соціальних явищ.

О.О. Токарчук, М.І. Шулякова  
**СОЦІАЛЬНИЙ ДРЕЙФ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПТСР ТА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ**

кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО  
Н.В. Раціборинська-Полякова (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Практично у всіх учасників бойових дій виявляють психічні розлади різного генезу. За даними В.Я. Пішеля, М.Ю. Полив'яної, К.В. Гузенко серед них майже половина (49,8%) всіх психічних порушень складають розлади адаптації (РА) та ПТСР (Посттравматичний стресовий розлад), які часто супроводжуються агресивною та саморуйнівною поведінкою, проблемами із соматичним здоров'ям, проблемами у стосунках, частими змінами роботи та безробіттям, фінансовими труднощами, зловживанням ПАР, почуттям відчуження від цивільного світу, тобто до суттєвого соціального дрейфу респондентів.

**Мета:** Комплексно дослідити явище соціального дрейфу у комбатантів з ПТСР та РА як медико-соціальну проблему.

**Матеріали та методи:** Інформаційною базою дослідження є результати досліджень, представлені у фаховій літературі по проблемі дослідження та дані медичних карт обстежених стаціонарних пацієнтів з встановленим діагнозом ПТСР або РА у ЛПЗ м. Вінниці (усі хворі дали інформовану добровільну згоду на проведення обстеження). Проведено аналіз, порівняння і синтез отриманої інформації наукових джерел із аналогічною отриманою у власному дослідженні.

**Результати:** За даними іноземної літератури 52% ветеранів з встановленим діагнозом ПТСР повідомляють про значні проблеми у стосунках, зменшення згуртованості в сім'ях, меншу соціальну підтримку, та погіршення соціального функціонування (Jack Tsai and oth.); вираженість проявів ПТСР корелює з погіршенням

функціонування (M. Cloitre and oth.); також, пацієнти з ПТСР та РА значно більш схильні до агресії та насильства в сім'ї (Carroll, E.M. and oth.). На даний момент не розроблено методики для встановлення рівня зниження соціального функціонування в учасників бойових дій. За даними власних досліджень 90% обстежених військових з діагнозами ПТСР або розладів адаптації висловлювали скарги на порушення соціального функціонування, в першу чергу на неможливість працювати на тій же роботі, що і до участі в бойових діях, почастішання конфліктних ситуацій в сім'ї, відчуття фрустрації, неможливості знайти себе, своє місце, нездатність адаптуватись в мирному житті; у 40,5% з них виявлено схильність до вживання психоактивних речовин, що вперше виникла або значно посилилась.

**Висновки:** Соціальний дрейф є важливим ускладненням перебігу ПТСР та розладів адаптації. Найбільш важливими чинниками соціального дрейфу в учасників бойових дій є зміна або безробіття через втрату місця роботи, почастішання конфліктних ситуацій в сім'ї, вживання ПАР. Правильно підібрана психотерапевтична тактика та соціальна політика, спрямовані на окремі елементи соціального дрейфу можуть значно покращити стан цього контингенту.

Д.О. Фікс, Д.В. Глухонюк  
**РЕГІСТР ІНСУЛЬТУ У М.ВІННИЦЯ ЗА 2017 РІК**

Кафедра нервових хвороб  
С.П. Московко (д.мед.н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця

**Актуальність:** Медико-соціальне значення мозкових інсультів визначається значною питомою вагою їх у структурі захворюваності, високими показниками первинної інвалідності та смертності населення. За останніми статистичними даними, щорічно з первинним мозковим інсультом в світі реєструється близько 16 мільйонів хворих з яких 7 мільйонів хворих помирають від ускладнень, що є третьою причиною смертності після онкологічних та серцево-судинних захворювань. За даними офіційної статистики МОЗ України у 2016 році захворюваність на інсульт становила 279,6 на 100 тис. населення. При цьому в південно-східному регіоні нашої держави є вищим (407,9 на 100 тис. населення) порівняно з північно-західним регіоном (213,6 на 100 тис. населення). Співвідношення поширеності геморагічного та ішемічного інсульту становить 1:5.

**Мета:** Оцінити інформативність постійного госпітального реєстру інсульту на основі інструменту RES-Q – комплексна оцінка якості надання допомоги хворим з гострим інсультом.

**Матеріали та методи:** Госпітальний реєстр проводився в термін з 1 грудня по 31 січня 2017 року у спеціалізованому неврологічному відділенні МКЛ ШМД. Відомості по пунктах інструменту RES-Q одночасно вводились в європейську базу даних (проект ESO-EAST) **Результати:** Всього було зареєстровано 687 хворих з мозковим інсультом. Із них жінок – 347 (50,5%) та чоловіків – 340 (49,5%), що свідчить про відсутність гендерної різниці у захворюваності ГПМК. В структурі гострих порушень мозкового кровообігу за 2017 рік 607(88,3 %) - ішемічний інсульт та 80 (11,7%) - геморагічний тип інсульту. Аналіз структури мозкових інсультів виявив співвідношення геморагічного до ішемічного типу інсульту як 1:7. За даними реєстру інсульт частіше розвивається у віковій групі 60-79 та становить 447 пацієнтів, що складає 65% від загальної кількості хворих. Частка хворих працездатного вік склала 17,6%. Аналіз терміну госпіталізації до стаціонару з моменту розвитку перших симптомів інсульту показав, що в межах “терапевтичного вікна” госпіталізовано 20,6% хворих. Артеріальна гіпертензія являється самим частим фактором ризику і спостерігалась у 590 хворих (86%). З інших факторів ризику слід зазначити фібриляцію передсердь 214 хворих (31,1%) та паління 169 хворих (24,6%). Критичний для діагностики та подальшого лікування метод нейровізуалізації (СКТ головного мозку) був виконаний у 9,8% але СКТ в межах 1 години було виконано у 1,2%. Дуплексне сканування судин ший було проведено 12 пацієнтам, що становить 1,7%. Гіпотензивна терапія при виписці була призначена 590 хворим (86%). До реабілітаційного центру було направлено 32 пацієнти (4,6%), що свідчить про відсутність етапності лікування пацієнтів.

**Висновки:** Існуюча модель організації допомоги хворим з інсультом в конкретному медичному закладі не відповідає сучасним вимогам та не забезпечує максимальну прийнятну якість лікування.

М.П. Хоцевич  
**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ**

## НЕВРОТИЧНОГО РЕГІСТРУ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Т.С. Чорна (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вивчення клінічних особливостей тривожних розладів невротичного реєстру обумовлено зростанням чисельності даної патології у популяції, за даними ВООЗ розповсюдженість становить 6,1%. Тривожні розлади охоплюють, переважно, осіб працездатного віку, схильні до тривалого перебігу та потребують диференційованих підходів до лікування.

**Мета:** Дослідити клінічні особливості тривожних розладів невротичного реєстру за трьома нозологіями: F41.0 - панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога), F41.1 - генералізований тривожний розлад, F41.2 - змішаний тривожно-депресивний розлад.

**Матеріали та методи:** Клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, шкала депресії Гамільтона (HDRS), тест Леонгарда-Шмішека та статистичний методи.

**Результати:** Було обстежено 30 пацієнтів, що перебували на лікуванні у ВОПНЛ ім. О.І. Ющенка: 9 пацієнтів (30%) з панічним розладом, 5 пацієнтів (16,67%) з генералізованим тривожним розладом та 16 пацієнтів (53,34%) із змішаним тривожно-депресивним розладом (23,33% чоловіків та 76,67% жінок).

Психопатологічна структура тривожних розладів в окремих нозологічних категоріях мала свої кількісні та якісні особливості. За даними методики Спілбергера-Ханіна у більшості пацієнтів спостерігався високий рівень реактивної тривожності в усіх трьох групах (73,33%) та був найвищим у пацієнтів з генералізованим тривожним розладом (80%). Рівень особистісної тривожності склав 53,34% у всіх трьох групах та був найвищим у пацієнтів з генералізованим тривожним розладом (60%). За даними, отриманими за допомогою шкали депресії Гамільтона (HDRS) у 66,67% пацієнтів з епізодичною пароксизмальною тривоною, та у 40 % пацієнтів з генералізованим тривожним розладом було виявлено легкий рівень депресії. У пацієнтів із змішаним тривожно-депресивним розладом легкий рівень депресії склав 62,5% та помірний рівень 31,25%. За даними, отриманими за допомогою тесту Леонгарда - Шмішека, виявлено значне переважання тривожного типу акцентуацій у пацієнтів з генералізованим тривожним розладом (83,33%) та епізодичною пароксизмальною тривоною (55,56%), та емотивного типу акцентуацій у пацієнтів із змішаним тривожно-депресивним розладом (68,75 %).

**Висновки:** Отримані результати вказують на високий рівень як реактивної, так і особистісної тривожності в усіх трьох групах (73,33 та 53,34%); коморбідність тривожних розладів з депресивними, що доводить наявність легкого рівня депресії в усіх трьох групах (у 60% пацієнтів) та помірного рівня депресії у пацієнтів із змішаним тривожно-депресивним розладом (31,25%). Також, звертає увагу переважання емотивного та тривожного типу акцентуацій у пацієнтів з епізодичною пароксизмальною тривоною (44,44 та 55,56% відповідно) та змішаним тривожно-депресивним розладом (68,75 та 25% відповідно) та тривожного типу акцентуації у пацієнтів із генералізованим тривожним розладом (83,33%).

М.О.Чухлеб

### ЛАЙМ-БОРЕЛЛИОЗ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра неврологии №1

О.А. Тесленко (к.мед.н., доцент)

Харьковский национальный медицинский университет

Г. Харьков, Украина

**Актуальность:** В последние десятилетия болезнь Лайма (БЛ) все больше распространяется в нашей стране и встречается там, где ранее ее не регистрировали. В последние годы детальному изучению подвергнуты особенности течения БЛ с анализом спектра клинических проявлений. Внедрены новые схемы диагностики, этио- и патогенетической терапии. Несмотря на это вопросы профилактики и диагностики остаются актуальными в различных регионах Украины.

**Цель:** Выявить динамику распространенности БЛ в Харьковской области

**Материалы и методы:** Анализ зарегистрированных данных открытых источников информации по состоянию БЛ в Харьковской области.

**Результаты:** Впервые в Украине болезнь Лайма обнаружили в 1994-м году с того же периода ведется ее эпидемиологическая регистрация. На фоне внедрения новых схем диагностики, отмечалось резкое увеличение заболеваемости БЛ в период 2000-2014 гг. На Украине этот показатель увеличился в 29 раз, в Харьковской области – в 16 раз, несмотря на то, что Харьковская область ранее не являлась очагом БЛ.

Сегодня вся Харьковская область является энзоотичной на БЛ. По г. Харьковку наиболее энзоотичные территории - лесопарковая зона и Пятихатки. В Харьковской области подтверждено циркуляцию среди клещей возбудителей клещевого боррелиоза, анаплазмоза, эрлихиоза, туляремии. В области по результатам мониторинга определены 394 территории, где есть очаги этой инфекции. В Харьковской области наблюдается неуклонный рост заболеваемости БЛ, что очевидно, обусловлено ростом плотности распространения клещей,

лучшей выявляемостью заболевания, но и недостаточной информированностью семейных врачей о методах лекарственной профилактики.

По данным статистики в 2014 г. в Харьковской области врачи зарегистрировали 56 случаев БЛ. За весь период 2015 года было зарегистрировано 216 случаев БЛ. Это наибольшее количество случаев зарегистрированных за последние 5 лет в Харьковской области. По данным исследований, проведенных в 2016 году, в области отмечено увеличение численности иксодовых клещей и дальнейшая активизация природных очагов лайм-боррелиоза. Так, жители стали чаще обращаться за помощью после укусов клещей: зарегистрировано 2799 пострадавших, 30,7% из которых - дети. Показатель заболеваемости составил 14,9% (зарегистрировано 141 случай) с наибольшим количеством заболевших именно в г. Харькове (82 случая).

По результатам в 2017 году уровень инфицированности клещей боррелиями составлял уже 15,9%. За 9 месяцев 2017 зарегистрировано 137 случаев болезни Лайма (клещевого боррелиоза), 31,6% заболевших пострадали в рекреационных зонах г. Харькова, 22,8% в зонах отдыха в районах области.

**Выводы:** Таким образом, в Харьковской области продолжается постепенный рост заболеваемости БЛ не только на территории области, но и в самом г. Харькове, что требует обязательного усиления методов профилактики БЛ.

Д.В. Шуба

### ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц..)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Шизофренія - один з найпоширеніших психічних розладів, який є групою захворювань з неоднорідними етіологічними факторами та клінічними проявами. Клініка, відповідь на лікування та періоди захворювання мінливі і залежать як від віку дебюту хвороби, початку та типу перебігу захворювання, гендерних особливостей, сімейного стану (Martin Stefan, Mike Travis and Robin M. Murray), місяця народження (Benjamin James Sadock, Menas S. Gregory; Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz) та коморбідної патології, так і від соціальних аспектів - рівня освіти (O.V.Shilova, E.V.Frenkel), ступеня інвалідизації (S.N. Mosolov, A.V. Potapov, A.A. Shafarenko, A.B. Kostyukova, I.N. Zabelina).

**Мета:** Провести порівняльний аналіз даних щодо епідеміологічних властивостей, клінічних та соціальних параметрів у хворих з розладами групи F20.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз та порівняння даних досліджень зарубіжних вчених та амбулаторних карт хворих на розлади з групи F20, які перебувають на обліку в Чернігівській обласній психоневрологічній лікарні (усі хворі або їх представники дали інформовану добровільну згоду на обробку персональних даних).

**Результати:** В ході аналізу даних амбулаторних карт було виявлено, що дебют в більшості припадає на вік 16-30 років, у чоловіків раніше (10-25) ніж жінок (25-35); тип перебігу переважно епізодичний у жінок 39% та у чоловіків 53%, загострення відбуваються 2 рази на рік у 21% пацієнтів, 1 раз на рік у 30%, 1 раз на 2 роки - 15%, 1 раз на 3 роки - 6%, 1 раз на 4 роки - 3%, 1 раз на 5 років - 28%; спадковість у більшості по материнській лінії; дата народження у більшості респондентів - пізня осінь, зима та рання весна; 30% жінок та 53% чоловіків мають вищу освіту; переважно II група інвалідності; щодо супутньої патології: з подвійним діагнозом налічується 3% на легку розумову відсталість та 7% на психічні поведінкові розлади; 3% жінок страждають на аменорею, 21% ожирінням, ЦД I - 6%, ДТЗ - 9%; АГ виявлена у 9% жінок та 6% чоловіків, хронічні гепати у 24% чоловіків та 6% жінок, БА, ВДС, ІХС, НЦД, хронічний гастрит, хронічний панкреатит, хронічний пієлонефрит, хронічний холецистит в сукупності діагностовані у 56 % пацієнтів; щодо соціального статусу: ніколи не були у шлюбі 48% чоловіків та 65% жінок, 27% жінок заміжні, 18% жінок розлучені та мають дітей, 6% вдови, 24% чоловіків одружені, 12% розлучені; працевлаштовані 21% жінок та 6% чоловіків.

**Висновки:** Порівняльний аналіз даних зарубіжної літератури та амбулаторних карт пацієнтів Чернігівського психо-неврологічного диспансеру щодо гендерних особливостей, віку дебюту, залежності сезону народження, спадковості, інвалідизації, супутньої патології, працевлаштування показав збіг в процентному співвідношенні, але виявлено неспівпадіння інформації стосовно рівня освіти, сімейного положення та типу перебігу. Це підтверджує універсальний характер захворювання, відсутність епідеміологічних властивостей та вогнищевості даного захворювання.

Д.Г. Шишковський

## АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ ТА ТЕМПЕРАМЕНТУ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ І ЇХ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗАЦІЮ ЕМОЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ

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:** Акцентуації, будучи крайніми варіантами норми, стали предметом дослідження багатьох науковців (П.Б. Ганнушкін, О.В. Кербіков, Е. Кречмер, К. Леонгард, А.Є. Лічко,) і водночас латентним явищем для оточуючих, в тому числі для батьків, педагогів, психологів, соціальних працівників. Доведено, що загострені риси характеру виступають детермінуючим фактором багатьох поведінкових актів суб'єкта, в тому числі і у виборі стилю любові.

**Мега роботи:** Дослідити типи акцентуацій особистості у студентів-медиків, а також їх вплив на організацію емоційної структури особистості.

**Матеріали та методи:** Було обстежено 150 студентів 3-4 курсів ВНМУ ім. М.І. Пирогова (110 жіночої та 40 чоловічої статі). Для оцінки наявності акцентуацій особистості був використаний тест Леонгарда-Шмішека. Для оцінки вподобань у виборі стилів любові був використаний індивідуально розроблений опитувальник.

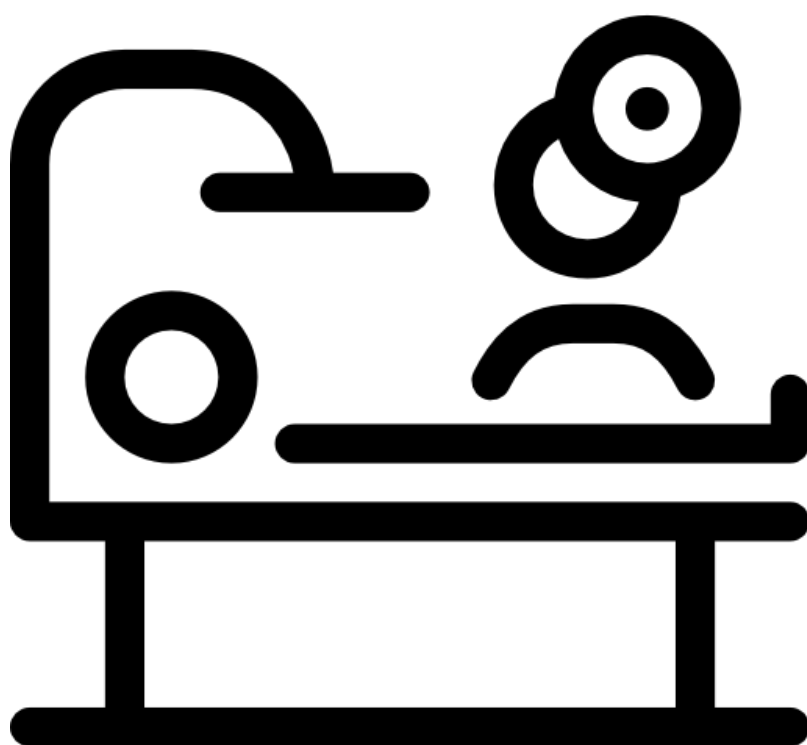
**Результати:** У 80% опитаних студентів були виявлені акцентуації особистості. Так серед студентів чоловічої статі спостерігались наступні типи акцентуацій: гіпертимний тип темпераменту - 15 осіб (37.5%), афективно-лабільний тип темпераменту - 5 осіб (12.5%), демонстративний тип характеру - 5 осіб (12.5%), застрягаючий тип характеру - 10 осіб (25%), збудливий тип характеру - 5 осіб (12.5%). Серед студентів жіночої статі були виявлені наступні типи акцентуацій: гіпертимний тип темпераменту - 30 осіб (27.3%), дистимічний тип темпераменту - 5 осіб (4.5%), афективно-лабільний тип темпераменту - 25 осіб (22.7%), афективно-екзальтований тип темпераменту - 30 осіб (27.3%), тривожний тип темпераменту - 15 осіб (13.6%), емотивний тип темпераменту - 10 осіб (9.1%), демонстративний тип характеру - 30 осіб (27.3%), педантичний тип характеру - 5 осіб (4.5%), застрягаючий тип характеру - 15 осіб (13,6%), збудливий тип характеру - 15 осіб (13,6%). У 54 студентів (36%) були виявлені змішані типи акцентуацій.

Згідно індивідуально розробленого опитувальника ми визначили схильності кожної з акцентуацій до вибору стилю любові. Для акцентуацій у жінок характерно: гіпертимний тип - ерос, дистимічний тип - лудус, афективно-лабільний тип - манія, тривожний тип - агапе/манія, емотивний тип - агапе, демонстративний тип - ерос, педантичний тип - прагма, застрягаючий тип - манія/прагма, збудливий тип - манія. Для акцентуацій у чоловіків характерно: гіпертимний тип - лудус, дистимічний тип - лудус/прагма, афективно-лабільний тип - манія/прагма, афективно-екзальтований тип - агапе/прагма, тривожний тип - агапе/манія/прагма/сторге, емотивний тип - агапе/сторге/манія/прагма, педантичний тип - прагма/агапе/манія/лудус, застрягаючий тип - манія/ерос, збудливий тип - манія/агапе/ерос.

**Висновки:** Отримані нами результати свідчать про те, що вподобання того чи іншого стилю любові в значній мірі залежить від індивідуальних особливостей особистості - а саме від акцентуацій характеру суб'єкта. Тому можна з впевненістю сказати, що акцентуації темпераменту та характеру мають безпосередній вплив на формування та організацію емоційної структури особистості.



**ХІРУРГІЯ**



**SURGERY**

Ceasovschiu A., Sorodoc V., Aursulesei V., Tesloianu D., Jaba I. M.,  
Stoica A., Sirbu O., Grigorescu D. E., Tuchilus C., Anisie E., Obreja M., and Sorodoc L.  
2nd Internal Medicine Clinic  
Sorodoc L. (MD, PhD, Prof. habil)

### **THE IMPORTANCE OF NEOPTERIN USE IN LERICHE-FONTAINE STADIALIZATION OF PERIPHERAL ARTERY DISEASE.**

Grigore T. Popa University of Medicine and Pharmacy  
Iasi, Romania

**Aim:**The positive diagnosis in peripheral artery disease (PAD) is clinically, but we would have liked it for a better sensitivity to identify laboratory data for an early confirmation of this disease. The study purpose was to evaluate the utility of biomarker Neopterin for stadialization of PAD comparing with rate of sedimentation of erythrocytes (RSE), fibrinogen, C-reactive protein (CRP) and D-dimers.

**Methods:**We conducted a prospective study between January and September 2017 in the 2<sup>nd</sup> Department of Internal Medicine and the Department of Cardiology of the Emergency Clinical Hospital "Sf. Spiridon" Iasi, which included 139 patients with PAD consecutively enrolled. The study evaluated the associations of Neopterin with RSE, fibrinogen, CRP and D-dimers, individually and in combination, in patients with PAD.

**Results:**ANOVA's biomarker analysis showed that the only biomarkers which individually correlates with the progression of the disease with progressively elevated values with advancing Leriche-Fontaine stages were RSE, fibrinogen and CRP, and differences were statistically significant ( $p < 0.0001$ ). No significant associations were found between Neopterin and PAD stages. We performed the ROC analysis for individual markers that showed that evaluated biomarkers can predict the clinical stage only in terminal stage with AUC greater than 0.6 (AUC 0.835,  $p < 0.0001$ ), but unfortunately without practical applicability, given that the clinical picture in stage IV is eloquent without needing extra expensive biomarkers dosing.

**Conclusion:**The preliminary data of the PhD study demonstrates the correlation of inflammatory biomarkers (RSE, fibrinogen, CRP) with the Leriche-Fontaine stages in patients with PAD. Neopterin proved no significance in PAD. The final results, by significantly increasing the number of included patients, could be completely different.

Takyi Collins, I.O. Karpenko, O.V. Gorovyy, A.V. Kyshenko

### **RESULTS OF SIMULTANEOUS PREPERITONEAL INGUINAL HERNIAS REPAIR DURING ONE-STAGE RETROBUPIC PROSTATECTOMY**

Department of Surgery №1, Course of Urology

V.I. Gorovyy (Ph. D., dots.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnitsia, Ukraine

**Actuality:** Inguinal hernias are observed in 5-8% patients with benign prostatic hyperplasia. Simultaneous preperitoneal inguinal hernias repair during one-stage prostatectomy gives the patient a chance to be healthy from two diseases.

**The aim** of our study is presentation of our results of simultaneous preperitoneal inguinal hernias repair during one-stage retrobupic prostatectomy.

**Materials and methods:** For the last 15 years simultaneous preperitoneal inguinal hernias repair during one-stage retrobupic prostatectomy was performed on 15 patients with benign prostatic hyperplasia in department of urology Vinnitsia Regional Clinical Hospital. The age of patients was next: from 51 to 60 years – 2 patients, from 61 to 70 years – 10, older 70 years – 3. Straight inguinal hernias were 7, oblique – 8. In 2 cases we performed simultaneous preperitoneal inguinal hernias repair from both sides together with one-stage retrobupic prostatectomy. In 11 patients we used only plastic sutures to close the inguinal gate, in 4 we used synthetic mesh to cover the inguinal gate and increase the strength of plastic sutures (we got Ukrainian patent on useful model in 2018). In 9 patients we performed inguinal hernias repair before prostatectomy, 6 – after prostatectomy. Results of operations were estimated by questionnaire.

**Results:** In early postoperative period recurrence of inguinal hernia was not noted. In late postoperative period recurrence of inguinal hernia was noted in 3 (20%) patients who were operated without using of synthetic mesh to cover the inguinal gate and increase the strength of plastic sutures.

**Conclusions:** Using of synthetic mesh to cover the inguinal gate during simultaneous preperitoneal inguinal hernias repair with one-stage retrobupic prostatectomy increases the strength of plastic sutures and prophylaxes the recurrence of inguinal hernia. Future investigations will be performed to prove this conclusion.

L.A. Khrystych, G. V. Osadchuk

## CHANGES IN CORNEAL ENDOTHELIAL CELL DENSITY IN PATIENTS WITH DIFFERENT STAGES OF OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Department of ophthalmology

Y.R. Saldan (Sc. D, professor)

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

**Actuality:** In glaucoma, there are many factors that can decrease the number of hexagonal cells, including high intraocular pressure, hereditary changes in cell structure, pseudoexfoliation, previous trauma, and surgical intervention. Evaluation of the endothelial cell density is an important predictor of the development and progression of glaucoma and corneal decompensation.

**Purpose:** Determine the endothelial cell density in patients with different stages of open-angle glaucoma.

**Materials and methods:** The study group included 24 patients (33 eyes), 6 women, 18 men, average age was  $64 \pm 8.9$  years. Previous trauma, surgical intervention, presence of concomitant eye diseases, uncompensated intraocular pressure, and closed-angle glaucoma served as exclusion criteria. Standard and additional examination methods were performed for all patients: visometry, perimetry, tonometry, biomicroscopy, ophthalmoscopy, optical coherent tomography (OCT).

Non-contact endothelial microscope Topcon SP-1P was used to evaluate the state of endothelial cells. Central corneal thickness, endothelial cell density, maximum, minimum and average size of hexagonal cells, and the coefficient of variation were measured. All patients were divided into groups according to the stages of glaucoma: group 1 - stage I - 7 eyes, group 2 - stage II - 10 eyes, group 3 - stage III - 10 eyes, group 4 - IV stage - 6 eyes. OCT was used to assess the condition of optic nerve head. As a result cup/disc ratio on OCT were as follows: group 1 –  $0.35 \pm 0.25$ , group 2 –  $0.67 \pm 0.21$ , group 3 –  $0.74 \pm 0.19$ , group 4 –  $0.88 \pm 0.11$ .

**Results:** The density index of hexagonal cells was used to determine the state of the endothelium. As a result, the average values of the endothelial cells density within the group were as follows: 1 group -  $2469.3 \pm 147.3$ ; Group 2 -  $2250 \pm 342.1$ ; Group 3 -  $2173.4 \pm 376.3$ ; Group 4 -  $1919.7 \pm 374.9$ .

**Conclusions:** The obtained data indicates decreasing in the endothelial cells density with the glaucoma progression and correlate with the visual fields lost and changes in the optic nerve disc in an optical coherent tomography. Due to the results obtained, we can indirectly evaluate the condition of the trabecular meshwork, which, according to modern views, is a continuation of the corneal endothelium, and where pathological changes in glaucoma are of a similar nature. Evaluating the status of hexagonal cells helps to predict the possibility of corneal decompensation, more differentiated approach to the type of surgical intervention with glaucoma and to create additional protection for endothelium.

Ю.В. Бабій

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛЕЙОМІОМИ СТРАВОХОДУ І ШЛУНКУ

Кафедра хірургії №1

В.О. Шапринський (д.мед.н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Лейоміоми стравоходу та шлунку зустрічаються доволі рідко і складають 1-3% від усіх новоутворень ШКТ. Але їх частка серед доброякісних неепітеліальних пухлин складає близько 80% усіх таких новоутворень. Довгий час дане захворювання може протікати безсимптомно і частіше всього вперше проявляються ускладненнями, такими як кровотеча, непрохідність, розрив стінки порожнистого органа. Тому лікування даного захворювання має бути проведено радикально та в найкоротші терміни.

**Мета:** вивчити особливості діагностики та лікування лейоміом стравоходу та шлунку.

**Матеріали і методи:** ретроспективно та проспективно проаналізовано результати лікування 34 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 2010-2017 років.

**Результати:** Серед 34 пацієнтів, прооперованих з приводу лейоміом різних відділів шлунково-кишкового тракту, жінки становили 52%, чоловіки – 48%. Дане захворювання зустрічалось у хворих різних вікових груп, але найчастіше - у віці 50-70 років. У 76% досліджених нами хворих були діагностовані саме лейоміоми шлунку, у 10% хворих лейоміоми стравоходу, у 5% хворих - лейоміоми дванадцятипалої кишки, у 7% хворих – лейоміоми тонкого кишечника, і лише у 2% хворих – лейоміома товстого кишечника. Розмір найменшої видаленої нами пухлини склав  $2 \times 2$  см, найбільшої –  $6 \times 7$  см. Гістологічно у 73% пацієнтів було діагностовано лейоміому з виразкуванням, у 14% пацієнтів – лейоміома з некрозом, у 11% - лейоміома з ангиоматозом, що свідчить про наявність ускладнень даного захворювання на момент лікування у більшості пацієнтів, внаслідок пізньої діагностики лейоміоми. Для діагностики лейоміоми стравоходу найбільш оптимально використовувати фіброгастродуоденоскопію, яка виявляє об'ємні новоутворення, що розташовуються під слизовою оболонкою стравоходу. Також даний метод обстеження можна доповнити пункційною біопсією для передопераційної верифікації гістологічного виду новоутворення та вибору оптимального об'єму оперативного лікування. При

субсерозному розташуванні лейоміоми найкраще використовувати контрастну КТ та МРТ. Застосування контрасту в даному випадку допомагає нам диференціювати доброякісну чи злоякісну природу досліджуваного новоутворення. Для остаточної диференційної діагностики GIST – пухлин та істинних лейоміом використовується гістологічні та імуногістохімічні методи діагностики. Що стосується виду оперативного втручання, то для оперативного лікування лейоміом стравоходу застосовувалась ендоскопічна та торакоскопічна енуклеація лейоміомиз ушиванням стінки стравоходу. Для хірургічного лікування лейоміоми шлунку виконувалась лапаротомія або лапароскопія з субсерозною енуклеацією лейоміоми, секторальна резекція шлунку.

#### **Висновки:**

1. Серед лейоміом різних відділів шлунково-кишкового тракту найбільш поширеними є лейоміоми шлунку. Дане захворювання частіше зустрічається у віці 50-70 років, однаково часто як у чоловіків так і у жінок.
2. Основними методами діагностики лейоміом стравоходу і шлунку є фіброгастродуоденоскопія, ендосонографічне дослідження, КТ і МРТ із контрастуванням. Для остаточної диференційної діагностики істинних лейоміом шлунку використовують гістологічний і імуногістохімічний методи діагностики. В останні роки перевага надається малоінвазивним методам оперативного лікування: ендоскопічному, торакоскопічному, лапароскопічному.

М.О. Бартків, Д.С. Прохорчук

### **КІСТИ ПЕЧІНКИ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ.**

Кафедра хірургії №1

В.О. Шапринський (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність:** До недавнього часу кісти печінки вважались порівняно рідкісним захворюванням, частота прижиттєвої діагностики не перевищувала 0,14-0,8% та 1,86% за результатами аутопсії. Впровадження в клінічну практику сучасних неінвазивних променевих методів діагностики дозволило значно підвищити діагностику кістозних уражень, частота виявлення яких, за сучасними даними, складає близько 5% загального числа населення. Не дивлячись на те, що зростання захворюваності носить відносний характер, обумовлений поліпшенням якості діагностики, загальне збільшення числа хворих ставить це захворювання в ряд актуальних проблем сучасної хірургії.

**Мета:** Сформулювати тактику підходів до лікування кіст печінки, чіткі показання до оперативного втручання, вибір і характер операцій, способи втручання.

**Матеріали та методи:** На базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова в клініці хірургії №1 з 2005 по лютий 2018 року знаходились на лікуванні 112 хворих з непаразитарними та паразитарними кістами. Проведено статистичний аналіз даних, отриманих у ході опрацювання операційних журналів та історій хвороб пацієнтів, узагальнення отриманих даних та їх порівняння з сучасними науковими джерелами.

**Результати:** Проаналізувавши отримані дані, відношення непаразитарних кіст до паразитарних складає 69% до 31% відповідно. Кісти печінки частіше локалізуються у правій долі – 55%, у лівій – 26% та в обох долях – 19%. В клініці на частку лапаротомічних операцій припадає 88% , решта – на малоінвазивні методи лікування. Повне одужання спостерігається у 95% пацієнтів. Рецидив трапляються з частотою до 3%, що пов'язано з великим розміром кіст, неповноцінною деепітелізацією, як несприятливий чинник рецидиву – локалізація в задніх сегментах печінки. Післяопераційні ускладнення спостерігаються в 12% хворих: п/о кровотечі, абсцеси піддіафрагмальної ділянки та ділянки кісти.

**Висновки:** Показаннями до хірургічного лікування є симптоматичні непаразитарні кісти великих розмірів (більше 5см), також кісти центрального розташування, що викликають компресію судинно-секреторних елементів печінки. Операція показана також за наявності ускладнень (нагноєння, крововилив в порожнину кісти або черевну порожнину). При цьому розмір кісти не має принципового значення. Лапароскопічне втручання характеризується малим травматизмом, низьким відсотком ускладнень і добрими віддаленими результатами, однаковим рівнем рецидиву в порівнянні з відкритою операцією. Традиційні хірургічні методи лікування показані, якщо лапароскопічна операція не може бути виконана, при розвитку ускладнень в ході малоінвазивної операції, у разі, коли непаразитарний характер кісти ставиться під сумнів або є крупніцистобілярні нориці, також виправдані при масивному локальному ураженні декількох сегментів або однієї з доль печінки. Методи пункційного лікування доцільні у пацієнтів з вираженими супутніми захворюваннями і високим анестезіологічним ризиком, а також при центральному інтрапаренхіматозному розташуванні кісти.

Н.А.Барціховська, В.В.Корольчук

## МЕДИЧНІ І ЕКОНОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РІЗНИХ ТАКТИК КОНТРОЛЯ СТАНУ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У КОМАТОЗНИХ ХВОРИХ З ОРОТРАХЕАЛЬНОЮ ІНТУБАЦІЄЮ І НАЗОГАСТРАЛЬНИМ ХАРЧУВАННЯМ

Кафедра ЛОР-хвороб

І.В.Дмитренко (к.мед.н., доцент)

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

**Актуальність:** У коматозних хворих з відсутністю свідомості і підтримкою життєвих функцій медикаментозним шляхом з використанням оротрахеальної інтубації для штучної вентиляції легень (ШВЛ) і назогастральним зондовим харчуванням внаслідок пригнічення фізіологічних захисних механізмів санації верхніх дихальних шляхів створюються умови для виникнення вторинних застійних риносинуситів, які в свою чергу негативно впливають на загальний стан пацієнта і є фактором ризику виникнення подальших ускладнень (Deutschman C.S. atal., 1986; Meyer P. atal., 1988; Payne S.C., Benninger MS., 2006). З метою тривалої санації трахеобронхіального дерева, зменшення медикаментозного анестезіологічного навантаження, можливості оцінки свідомості без гіпнотиків, седативних, знеболюючих ліків використовуються певні втручання і принципи (трахестомія, зміна положення назогастрального зонда, його тимчасове видалення, орогастральне харчування тощо (Барціховська Н.А., Корольчук В.В., 2018).

**Мета:** вивчення ефективності і економічного ефекту при заміні оротрахеальної інтубації на трахестому, періодичною зміною положення назогастрального зонда з тимчасовим видаленням у коматозних хворих за рахунок зменшення використання міорелаксантів, гіпнотиків і знеболюючих препаратів.

**Матеріали та методи:** вивчено ефективність і економічний ефект при корекції порушення стану верхніх дихальних шляхів у 21 коматозного хворого, що проходили лікування у реанімаційних відділеннях ВМКЦ ЦР за допомогою ендоскопічних та рентгенологічних методів, а також економічного розрахунку різниці кількості і вартості медикаментозного забезпечення.

**Результати:** В результаті виконаних обстежень визначено: 1) у 85,7 % коматозних хворих з оротрахеальною інтубацією і назогастральним зондом з другої доби з'являються ознаки порушення фізіологічної санації верхніх дихальних шляхів (виділення, застійна гіперемія, рентгенологічні ознаки потовщення слизової оболонки і ексудату біляносових пазух; 2) виконання нижньої трахестомії, періодична зміна положення назогастрального зонда з тимчасовим його видаленням полегшує санацію носа, глотки і трахеобронхіального дерева у 83,3 % хворих з низькими прогностичними ознаками і необхідністю тривалої штучної вентиляції легень; 3) перехід на ШВЛ через трахестому з періодичною зміною варіанта зондового харчування зменшує кількість знеболюючих, седативних і релаксуючих препаратів для постійного використання, а також на періодичну переінтубацію. Економічний ефект в середньому складає понад 1713,8 грн/добу; 4) використання згаданої тактики лікування покращує санацію дихальних шляхів, а також зменшує витрати часу в т.ч. періодичну переінтубацію.

### **Висновки:**

У коматозних хворих з необхідністю тривалої ШВЛ використання трахестомии, періодична зміна варіанту зондового харчування покращує санацію дихальних шляхів, зменшує витрати часу в т.ч. на періодичну переінтубацію, зменшує вартість додаткового медикаментозного забезпечення з середнім економічним ефектом понад 1713,8 грн/добу.

Д.В. Белясов

## ВИЗНАЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНИХ ТЕРМІНІВ ЗАКРИТТЯ ТОВСТОКИШКОВИХ СТОМ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

В.С. Коноплицький (д. мед. н., доц.)

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

**Актуальність:** Своєчасне закриття товстокишкових стом дозволяє зменшити ризик порушення їх функціонування, мінімізує частоту післяопераційних ускладнень та пришвидшує реабілітацію.

**Мета:** Покращити результати хірургічного лікування дітей з товстокишковими стомами шляхом розробки оптимальних показів і термінів проведення оперативного лікування по їх ліквідації.

**Матеріали та методи:** В дослідженні було задіяно 24 хворих. Вивчалися медичні картки стаціонарного хворого – форма 003/0, журнали реєстрації оперативних втручань – форма 008/0, статистичні картки хворого, який вибув із стаціонару – форма 066/0. Загальноклінічні: скарги, анамнез, фізикальні, лабораторні; інструментальні: УЗД органів черевної порожнини та доплерографія ділянки стоми, іріографія; морфологічні - біопсія стінки стомованої товстої кишки; статистичні.

**Результати:** У всіх 24 дітей, яким на етапі лікування були сформовані колостоми, проведено вивчення наявності ускладнень, які були пов'язані з термінами існування лікувальних кишкових нориць. Як свідчить

проведений в даній групі дітей аналіз можливих ускладнень, у дітей, у яких стома була ліквідована в термін до 6 місяців існування, останні були відсутні (10 дітей). У решти 14 дітей, у яких стома була, за різними причинами, в тому числі і за тими які не залежали від медичного персоналу, ліквідована в більш пізні терміни (від 6 місяців до 1,5 року) різноманітні ускладнення спостерігались у 11 пацієнтів. Таким чином відсоток ускладненого перебігу патологічного процесу в групі аналізу відповідно становив 45,8%, що на наш погляд є неприпустимо великим.

**Висновки:** Наявність тривалого (більше 6 місяців) терміну відсутності функціональної активності ТК призводить до розвитку в ній патологічних змін незворотного характеру. Можна вважати оптимальним терміном для виконання транзитно – відновлювальної операції 3 – 6 місяців після формування колостоми, коли зникають наслідки операційної травми, а незворотні склеротичні зміни ще не розвинулись.

Н.В. Бецько, В.С. Красноштан

#### **Розробка уніфікованого протоколу з оптимізації роботи протишокової палати**

Кафедра анестезіології та реаніматології

Е.М. Дмитрієва (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У наші дні основною причиною смертності пацієнтів є недостатність органів, систем органів або ж поліорганна недостатність (політравма, гострі отруєння, гострі порушення вітальних функцій і поранення, які до них призводять). Аналіз летальності постраждалих від перерахованих вище порушень свідчить про те, що основними причинами смерті від травм в вітчизняних лікувальних установах, як і раніше є шок і крововтрата, а заходи, що вживаються для ефективного лікування шоку, недостатні. Частина пацієнтів можна було б врятувати за рахунок оптимізації роботи протишокової палати.

**Матеріали і методи:** оцінка іноземних протоколів роботи протишокової палати (Tscherne Unfallchirurgie: Trauma-Management, Guidelines for essential traumacare), обробка статистичних даних по ефективності надання протишокової терапії, практична оцінка роботи протишокової палати МКЛ ШМД №2 м.Вінниця.

**Результати:** При проведенні даного дослідження були визначені варіанти покращення (оптимізації) роботи протишокової палати, а саме: прикріплення її до ВРІТ, що призведе до підвищення доступності надання інтенсивної терапії і скоротить строки її надання; уточнення і скорочення критеріїв госпіталізації; корекція і визначення максимально оптимального складу бригади протишокової терапії (лікар інтенсивної терапії, 2 медичні сестри, лікар-хірург, хірургічна медична сестра, лікар-травматолог, молодша медична сестра); визначення оптимального набору обладнання та інструментарію.

**Висновки:** При взятті до уваги розроблених нами механізмів оптимізації роботи протишокової палати, можна досягнути значної лікувальної та економічної ефективності.

Г. Ю. Боханов

#### **АЛЛОПРОТЕЗУВАННЯ ТРАХЕЇ ПРИ ПОДОВЖЕНІЙ ЦИРКУЛЯРНІЙ РЕЗЕКЦІЇ**

Кафедра хірургії №1

В. Ф. Кривецький (канд. мед. наук, доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Оптимальним способом відновлення цілості трахеї після її резекції є анастомозування «кінєць-в-кінєць». 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:** Розробити модель аллопротеза фрагмента трахеї та апробувати її на живому організмі; в ході інтраопераційної адаптації виявити можливі конструктивні недоліки та виправити їх.

**Матеріали та методи:** Лінійний судинний протез діаметром 10 мм, трахеобронхіальний стент “Ultraflex”, шовний матеріал, набір хірургічного інструментарію, препарати для внутрішньовенного наркозу, перев'язувальний матеріал. Облікові документи та статистичні показники діяльності відділення торакальної хірургії ВОКЛ ім. Пирогова за 2004-2018рр. Застосовано методи наукового предметного моделювання, аналітичного і порівняльного аналізу. Випробування протезу in vivo проведено на безпородному кролику масою 4100 грамів. Втручання полягало у вшиванні протезу в трахею тварини після її перетину з накладанням двох анастомозів «кінєць-в-кінєць».

**Результати:** У відділенні торакальної хірургії ВОКЛ ім. Пирогова з 2004 по 2018 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.

Випробування запропонованої моделі протезу на живому організмі висвітлює деякі його конструктивні недоліки, що вплинуло на перебіг як власне інтервенції, так і раннього післяопераційного періоду. Зокрема, в ході втручання виникла проблема адаптації кінців протезу з кінцями трахеї, після операції наступила часткова оклюзія просвіту протезу через налипання тромбів на внутрішній його поверхні. Враховуючи отриманий досвід, нами внесені зміни в конструкцію імпланту. Нова модель трахеального протезу видається досить перспективною для застосування.

**Висновки:** Виготовлений нами прототип протезу відповідає більшості сучасних вимог і поставленим нами цілям. В перспективі застосування імпланту запропонованого типу може спростити хід операції при резекції великих фрагментів трахеї та сприяти уникненню ряду періопераційних ускладнень.

А.С.Біліченко

### Психологічна реабілітація як складова Індивідуальної програми реабілітації інвалідів по зору

Кафедра очних хвороб

Н.В.Малачкова (к.мед.н., доц.), Н.В.Кривецька (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** ППР – це основний документ в діючій системі реабілітації інвалідів на основі якого, інвалід може отримати необхідні йому реабілітаційні послуги. Реабілітація інвалідів по зору, в тому числі і психологічна має свої особливості в силу специфіки інвалідності. Серед проблем, які визначаються у таких осіб є соціально-психологічна ізоляція, необхідність самозахисту, думка оточуючих про них. Особливо це стосується ситуацій, коли втрата зорових функцій є не зворотною.

**Мета:** Визначити наявність та ступінь депресії, ситуативної та особистісної тривожності, а також потребу у психологічній допомозі в інвалідів по зору, що працюють на Вінницькому УВП УТОС.

**Матеріали і методи:** Було проведено психологічну діагностику наявності депресії за Шкалою депресії Бека та визначення ступенів ситуативної та особистісної тривожності за Шкалою Спілбергера-Ханіна. Також була створена індивідуальна анкета для даної групи опитаних. В дослідженні брало участь 44 особи, всі працездатного віку. Серед них, інвалідів I групи – 20 осіб, II групи – 21, III групи – 3; з дитинства хворих – 37, з набутою вадою – 7; незрячих – 14, слабозорих – 30. Середній стаж інвалідності респондентів коливається від 3 до 51 років. Усі досліджувані працюють на Вінницькому УВП УТОС.

**Результат:** Результати емпіричного дослідження показали наступне: серед усього опитаного контингенту високий рівень ситуативної тривожності виявлено у 43% вибірки, помірний у 52%, низький у 5%; високий рівень особистісної тривожності у 68% опитуваних, помірний у 32%, низький – не виявлений; депресія відсутня у 48% досліджуваних, легка у 41%, середня в 11%. Серед представників ранньої дорослості (20-40 р.) переважає помірна ситуативна тривожність (66%), висока особистісна тривожність (65%) та наявність депресії у 47% вибірки легкого та середнього ступеня. У осіб, що відносяться до категорії пізньої дорослості (40-60 р.) було виявлено високий рівень ситуативної (52%) та особистісної тривожності (52%), з наявною депресією у 57% респондентів легкого та середнього ступеня. Серед жінок визначається тенденція до високої особистісної тривожності (82%) та легкого ступеня депресії (59%). В той час у чоловіків виявили однакову кореляцію помірної та високої ситуативної тривожності (45,5%), високий рівень особистісної тривожності (59%) та депресію у 46% легкого та середнього ступенів. Для осіб I групи інвалідності характерна помірна ситуативна і особистісна тривожність та відсутність депресії, а інваліди II та III групи схильні до високої ситуативної та особистісної тривожності, та легкої депресії у 65%. У досліджуваних з високим і середнім реабілітаційним потенціалом у більшості виявлено помірну ситуативну тривожність, високу особистісну тривожність та легку депресію. Особи з низьким реабілітаційним потенціалом однаково схильні до високої та помірної ситуативної тривожності, мають високу особистісну тривожність та відсутність депресії у 58% вибірки. Виходячи з анкетних даних лише третина респондентів мала попередній досвід у психологічній реабілітації, а потребу в психологічній допомозі висловило 68%.

**Висновок:** Отримані результати показують, що психологічна складова реабілітації інвалідів по зору повинна бути доступною та пристосовуватися до постійно мінливого стану хвороби, і змін в соціальній сфері.

О.Ю. Браніцький  
**ВПЛИВ НАБУТОГО ПАТЕРНУ ХОДЬБИ ПРИ ТРИВАЛОМУ ПЕРЕБІГУ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО  
КОКСАРТРОЗУ НА ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ**

Кафедра травматології та ортопедії  
В.О. Фіщенко (д.мед.н. проф.)  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Коксартроз (КА) – широко розповсюджена патологія кульшових суглобів, яка діагностується у кожного третього пацієнта 45-64 років й у 60-70 % випадків у пацієнтів старше 65 років. За даними літератури дегенеративно-дистрофічні ураження кульшового суглоба займають перше місце серед аналогічних захворювань інших суглобів. За прогнозами до 2020 року розповсюдженість захворювання подвоїться. КА кульшових суглобів звичайно призводить до прогресування порушення функції суглоба часто до його втрати.

**Мега роботи.** Вивчити вплив набутого патерну ходьби при тривалому перебігу дегенеративного коксартрозу на відновлення після ендопротезування

**Матеріали і методи.** Концептуальне та математичне моделювання ходьби людини з важкими станами дегенеративно-дистрофічного коксартрозу.

**Результати.** Було розроблено концептуальна модель процесу формування руху людини. На рух впливають генетично-обумовлена програма, яка корегується відповідно зовнішнім впливам та станом організму. Коксартроз – захворювання, що прогресує. Клінічна симптоматика розвивається поступово, тому хворий пристосовується до неї. Руйнування хрящової тканини викликає біль при ходьбі, вимагає зменшити навантаження, коли це вже не допомагає, у хворих спостерігається зміна анатомічних співвідношень кульшового суглобу та вертлюжної западини, що проявляється розворотом назовні стопи та розвитком контрактур. Контрактури суглобів пов'язані як з втратою голівкою суглобу кулеподібної форми, так і значним послабленням сили м'язів. Наростаюча кульгавість прискорює залучення у дегенеративний процес і контрлатеральний суглоб, і розвиток дегенеративних змін в інших суглобах нижньої кінцівки. Формується «зачароване коло», коли одні патологічні прояви викликають розвиток інших, а ті, у свою чергу, сприяють прогресуванню перших. Тривалий перебіг процесу викликає зміну не тільки біомеханіки ходьби, а й зміну генетичної програми руху на набуту - надбаний патологічний патерн. Ендопротезування усуває зруйнований хрящ, біль і контрактуру суглоба. Зовнішні рецептори вже не отримують внутрішніх збуджень, які викликають зміну біомеханічних параметрів руху, опорно-руховий апарат починає працювати без патологічних проявів, але змінена програма руху продовжує надавати неправильні команди, які заважають хворому повноцінно ходити. Виникає ситуація, коли є відмінний рентгенологічний результат, хворий не відчуває болю, є повний обсяг рухів, але він користується паличкою, у нього зберігається кульгавість, хоча причин для цього немає. Генетично-обумовлена програма була змінена на патологічну програму, придбану при тривалому перебігу коксартрозу, яка і продовжує керувати рухами хворого.

**Висновки.** Отримані нові знання про вплив патологічних патернів ходьби, набутих при тривалому перебігу захворювання на коксартроз, на процес відновлення функції ходьби після ендопротезування та розроблені методологічні принципи формування «вадної ходьби», і на їх основі нові способи оцінки функції опорно-рухової системи хворих на коксартроз.

К. О. Буткевич, І.М. Круковська  
**МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР З  
ПРОБЛЕМИ РАКУ ШКІРИ**

КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР  
м.Житомир, Україна

**Актуальність проблеми:** Злоякісні пухлини шкіри займають особливе місце в загальній структурі новоутворень. З одного боку, вони винятково різноманітні за своєю клініко-морфологічною картиною, а з іншого – легко доступні для лабораторного дослідження. Однак проблема попередження виникнення злоякісних новоутворень шкіри та їх ранньої діагностики як і раніше залишається актуальною у нас.

**Мета дослідження:** Визначити рівень обізнаності студентів КВНЗ «Житомирського медичного інституту» ЖОР та практикуючих медичних сестер щодо проблеми раку шкіри.

**Матеріали та методи:** Щоб досягти мети, ми використовували медико-соціологічний метод – анкетування, в якому взяло участь 142 особи. Серед них були студенти спеціальності 223 «Медсестринство», а саме 57 осіб освітнього ступеня молодший спеціаліст, 20 студентів освітнього ступеня бакалавр, 20 студентів освітнього ступеня магістр та практикуючих медичних сестер ЛПЗ Житомирської області 45 осіб. Віковий діапазон опитуваних медичних сестер коливався в межах 18-59 років включно, середній вік респондентів склав 25,1±1,2 років.

**Результати :** Загалом опитувані суб'єктивно оцінили свої знання щодо проблеми раку шкіри досить низько.



Серед них не було жодного, хто б визнав свої знання досконалыми. Менше чверті опитаних ( $16,9\pm 3,2$ ) відповіли, що мають достатні знання для професійної діяльності. З них найбільшу частку тих, хто вказали дану відповідь склали практикуючі медсестри  $8,4\pm 2,3$ , найменшу – бакалаври  $2,1\pm 1,2$ . Студенти освітнього ступеня молодший спеціаліста магістри за цим показником зайняли проміжну позицію. Половина респондентів ( $50,0\pm 4,2$ ) відповіли, що мають загальне уявлення про проблему. Найнижче свої знання оцінили  $15,5\pm 3,1$  медичних сестер, які визнали, що мають недостатній рівень знань. Решта  $17,6\pm 3,3$  відповіли, що мають знання достатні для особистої профілактики. В цілому щодо об'єктивної оцінки рівня знань, опитувані оцінили свої знання з різновидів раку шкіри не досить правильно. Так, лише  $23,9\%$  респондентів вказали, що базаліома є різновидом раку шкіри. Щодо меланоми, то переважна більшість медичних сестер ( $81,7\%$ ) вказали вірну відповідь. Однак, менше половини респондентів, а саме  $49,3\%$  назвали правильну відповідь, що плоскоклітинний рак є різновидом раку шкіри. Основними чинниками, які збільшують ризик виникнення раку шкіри опитані вказали ультрафіолетове та іонізуюче випромінювання ( $45,0\%$ ), вплив хімічних канцерогенів ( $23,9\%$ ), генетичну схильність ( $17,6\%$ ), фактори внутрішнього середовища ( $13,5\%$ ). Найпоширенішим видом раку шкіри респонденти визнали меланому ( $54,3\%$ ), на другому місці опинився базальноклітинний рак ( $26,0\%$ ) на третьому плоскоклітинний рак ( $19,7\%$ ). Медичні сестри суб'єктивно занизили власний рівень знань з проблеми раку шкіри, частка достатніх знань для професійної діяльності становила  $18,5\pm 6,9$ . У той час, як відсоток правильних відповідей на питання які об'єктивізують рівень їхніх знань, становив  $29,8\pm 4,2$ .

**Висновки:** Базуючись на отриманих даних, більшість опитуваних студентів та практикуючих медичних сестер ознайомлені з проблемою раку шкіри, але недостатньо знають його різновиди та клінічні прояви.

Для поліпшення рівня знань є необхідність розробки нами спецкурсу, котрий буде базуватись на ролі медичної сестри в профілактиці раку шкіри.

Ю.О. Василець

### СИНДРОМ НИЗЬКОГО СЕРЦЕВОГО ВИКИДУ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ АКШ

Кафедра анестезіології та реаніматології

О.В. Сергійчук (к.мед.н., доц.), А.В. Белінський

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

КЗ «Вінницький регіональний клінічний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології»

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Впродовж останнього десятиліття спостерігається значне зниження смертності, пов'язаної з кардіохірургією, незважаючи на збільшення складності процедури. Аортокоронарне шунтування (АКШ) є одним із самих поширених хірургічних втручань на серці, які реально знижують захворюваність та смертність від ішемічної хвороби серця.

Хоча середня післяопераційна смертність в даний час становить від  $1\%$  до  $2\%$ , рівень серйозних серцево-судинних ускладнень залишається високим. Синдром низького серцевого викиду (LCOS) є найпоширенішим і найбільш серйозним. Цей синдром характеризується зниженням функції серцевого викиду, що призводить до зниження доставки кисню та наступної тканинної гіпоксії. Для покращення гемодинаміки пацієнта завжди потрібне використання інотропних засобів або механічної підтримки кровообігу. Смертність пацієнтів, у яких розвивається LCOS після серцевої хірургії, може перевищувати  $20\%$ . Численні демографічні та інтраопераційні та післяопераційні фактори можуть бути причинами розвитку LCOS. Оперативна ідентифікація LCOS необхідна для досягнення цілеспрямованої терапії для покращення доставки кисню і відновлення тканинного обміну та функції органів.

**Мета:** Дослідити ознаки та оцінити ефективність та період застосування інотропних засобів у хворих з LCOS, які перенесли АКШ.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних показників гемодинаміки (середній артеріальний тиск, фракція викиду, лактат,  $pCO_2$ ,  $pO_2$ ) у 10 пацієнтів КЗ «ВРЦСП» після операції АКШ.

**Результати.** У досліджених 10 випадках виникнення LCOS при використанні комбінації добутаміну ( $5$  мкг/кг/хв) і норадреналіну ( $0,1$  мкг/кг/хв) в режимі постійної інфузії виявлено підвищення САТ (з  $75\pm 3$  до  $80\pm 4$ ), зниження рівня лактату (з  $3,6\pm 1,1$  ммоль/л до  $2,0\pm 0,9$  ммоль/л) та нормалізація рівня  $pCO_2$  ( $43,75\pm 1,81$ ),  $pO_2$  ( $35,05\pm 4,63$ ),  $SO_2$  ( $0,96\pm 0,0$ ) при  $FiO_2$  ( $50\%$ ) через маску.

**Висновки:**

1. Для діагностики LCOS доцільно використовувати дані ЕхоКГ для раннього виявлення систолічної і діастолічної дисфункції лівого і правого шлуночків серця.
2. Визначення газів крові дозволило попередити виникнення LCOS.
3. Раннє призначення в периопераційному періоді комбінації симпатоміметичних препаратів в режимі постійної інфузії дозволило покращити периферичну перфузію.

О.В.Вдовиченко  
**ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ІНФОРМОВАНOSTІ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ, МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО УСВІДОМЛЕННЯ ВАЖКОСТІ ДАНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ (ДАНІ ОПИТУВАННЯ)**

Кафедра очних хвороб  
Н.В.Малачкова (доцент, к.мед.н)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Рівень обізнаності про ознаки хвороби серед різних груп населення є важливим чинником усвідомлення небезпеки виникнення важких наслідків, які може викликати глаукома.

**Мета :** Оцінити рівень обізнаності про глаукому – як захворювання, серед самих хворих з даною патологією, студентів – медиків і медичних працівників.

**Матеріали та методи:** Опитано 44 хворих на глаукому вікова категорія яких від 50 до 82 років, 35 студентів-медиків 4-6 курс ВНМУ, які пройшли курс вивчення очних хвороб та 17 медичних працівників, опитування проведено у вигляді відповідей на поставлені запитання про ознаки, діагностику та ефективність проведеного лікування.

**Результати:** Серед опитаних категорій, лікаря -офтальмолога - відвідують по потребі 61.3% хворих на глаукому та 42.8% студентів, 41.1% медичних працівників відповіли, що відвідують офтальмолога 1 раз на рік. Внаслідок проведеного опитування встановлено, що у хворих на глаукому супутніми захворюваннями є поєднання хвороб серцево-судинної системи 65,9%-, цукрового діабету 25% та захворювання органу зору 56,9%. Серед студентів-медиків переважають захворювання пов'язані із порушенням органу зору – 25.7%, 52.9% лікарів засвідчили відсутність супутніх захворювань.

Щодо уявлення про глаукому, то на думку хворих, погіршення зору є основною скаргою про наявність захворювання 52.2%, 60% медичних працівників також вважають погіршення зору – основним симптомом захворювання, студенти обирали всі перелічені варіанти відповідей. (*погіршення зору, прогресуючий головний біль, відчуття мерехтіння перед очима, відчуття повноти в оці, відчуття затуманення*) - 74,3%.

Повну втрату зору - сліпоту, як основне ускладнення глаукоми-засвідчили 84,1% хворих, 94,1% медичних працівників, 82,8% студентів.

Серед опитаних хворих 34,1% мали тривалість захворювання на глаукому до одного року, 29,5% до 5 років, 18,2% - 5-10 років і решта - 10 років і більше. Слід зазначити, що опитані хворі мали у 91% скарги і отримали інформацію про своє захворювання від лікаря офтальмолога у 100% випадків. Прогресування захворювання у вигляді погіршення зору відчували 72,3% , відсутність прогресування захворювання відмічалось у 22,7%. Щодо обстежень, то усі опитані хворі проходили обстеження: тонометрію по Маклакову проходили 100% опитуваних, периметрію – 45,4%, офтальмоскопію – 70,4%.

У 95,4% випадків хворі зазначили, що дотримуються чітко призначеного лікування, 47,7% хворих використовують 2 препарати, 1 препарат для лікування на день використовує 34,1%. На проходження хірургічного лікування, яке було запропоноване погодилось – 63,6%, відмовилось – 18,2%, і 13,6% опитуваних зазначений підхід не був рекомендований. Надзвичайно важливим є те, що 72,8% хворих вважають лікування їх захворювання ефективним, 11,3% відчують погіршення симптоматики і 15,9% пацієнтів вважають лікування не ефективним.

**Висновки:** Проведене опитування показало, що рівень обізнаності опитаних груп щодо захворювання на глаукому є досить високим, однак перші прояви захворювання є помилковими в уяві як серед пацієнтів, так і лікарів та студентів-медиків, що може призвести до несвоєчасного виявлення даної хвороби.

А.А.Вікторов, О.О.Лебідь  
**УСКЛАДНЕННЯ ПЕРВИННОГО ПРОТЕЗУВАННЯ У ХВОРИХ З АСЕПТИЧНОЮ НЕСТАБІЛЬНІСТЮ АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОМПОНЕНТА ЕНДОПРОТЕЗА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА**

Кафедра травматології та ортопедії  
О.В. Фіщенко (асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця

**Актуальність:** Ендопротезування суглобів є кінцевою стадією лікування їх дегенеративно-дистрофічних захворювань (таких як остеоартроз, ревматоїдний артрит), коли ефективним може бути тільки хірургічне втручання. В теперішній час тотальна артропластика великих суглобів вважається одним з найбільш безпечних та ефективних методів хірургічного лікування хворих з тяжкими дегенеративними захворюваннями суглобів. Проте, віддалені результати цього втручання з часом поступово погіршуються.

**Мета:** покращити результати лікування хворих з асептичною нестабільністю ацетабулярного компонента

ендопротеза шляхом визначення помилок та ускладнень первинного ендопротезування.

**Матеріали та методи:** Основу роботи становили результати дослідження 25 хворих «Вінницького обласного клінічного госпітально ветеранів війни» з асептичною нестабільністю ацетабулярного компонента ендопротеза, яким було виконано ендопротезування кульшового суглоба. Визначені вірогідні чинники раннього та пізнього виникнення нестабільності ацетабулярного компонента ендопротеза. Результати статистично оброблені.

**Результати:** Щодо загальної характеристики хворих із негативними результатами визначено, що статистично (16 чол. ( 64%)) домінували чоловіки віком  $54,38 \pm 3,2$  роки з підвищеною масою тіла (7 чол. (28%) - з тенденцією до збільшення маси тіла (передожирінням); 6 чол (24%) - ожиріння 1-го ступеня та 2 чол.(8 %) - ожиріння 2-го ступеня ).

Не виявлено залежності віддалених результатів ревізійного протезування з первинним діагнозом, тяжкістю праці. Загальних ускладнень у вигляді тромбоемболічних ускладнень або гострої серцевої недостатності не визначалось, післяопераційні поверхневі гематоми спостерігали у 16 % ( 4 випадків). Ускладнення у вигляді нейропатії сідничного нерва виникло у 8% ( 2 випадки), стегнового нерва — у 4 % (1 випадок).

**Висновки:**

1. Переважаючими ускладненнями первинного ендопротезування стали: септична нестабільність у 4 % випадків, вивихи голівки ревізійного протеза в 8 % , післяопераційні поверхневі гематоми спостерігали у 16 % ( 4 випадків). Ускладнення у вигляді нейропатії сідничного нерва виникло у 8% ( 2 випадки), стегнового нерва — у 4 % (1 випадок).

2. Факторами, що призвели до первинної нестабільності компонентів ендопротеза, були: а)використання ендопротезів без функціонального покриття та цементного типу фіксації ревізійного компонента; б)відсутність кістково-пластичного заміщення дефектів кульшової западини більше 50 см<sup>3</sup>, імплантація компонента в nereкомендованій позиції та з незначним, до 40 %, перекриттям кісткою; в)помилки при технічному виконанні кісткової пластики дефектів понад 150 см<sup>3</sup>, що не забезпечило контакт трансплантованої кістки з материнським ложем (до 50 %) та призвело до лізису трансплантованої кістки та вторинного зміщення компонента в перші три роки обстеження.

А.В. Гороховський, О.В. Забуранна

**ВРОДЖЕНА КІЛЕПОДІБНА ДЕФОРМАЦІЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ: МОНОПАТОЛОГІЯ ЧИ СКЛАДОВА ЧАСТИНА**

**МУЛЬТИСИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ У ДИТЯЧОМУ ОРГАНІЗМІ?**

Кафедра дитячої хірургії

Сасюк А.І. (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вроджена кілеподібна деформація грудної клітки (КДГК) є другою за частотою деформацією грудної клітки після лікоподібної. До сьогодні етіологія та патогенез КДГК повністю не вивчені. КДГК рідко може існувати як ізольована аномалія, зазвичай вона поєднується з іншою патологією.

**Метою роботи** є покращення діагностики дітей з вродженою кілеподібною деформацією грудної клітки

**Матеріали та методи:** Під спостереженням в клініці дитячої хірургії за період з 2009 року по 2017 рік знаходилося 197 пацієнтів з ВКДГК. Всі обстежені здорові діти та діти з ВКДГК були розподілені за віком наступними чином: немовлята – до 1 року; переддошкільний вік – 1-3 роки; дошкільний вік – 4-7 років; шкільний вік – 8-12 років; підлітки – 13-18 років. Для визначення типу, форми, ступеня та інших характеристик деформації, була використана класифікація кілеподібною деформації грудної клітки, запропонована В.Б. Шаміком. Згідно з даною класифікацією переважали діти з грудинно-реберним та реберно-грудинним типами деформації

**Результати:** При вивченні анамнезу захворювання пацієнтів встановлено, що діти народжувалися без ознак деформації грудної клітки. ВКДГК вперше клінічно проявлялась у віці 4-7 та 8-12 років життя. Серед обстежених хворих найчастіше зустрічалася асиметрична справа кілеподібна деформація грудної клітки. За ступенем деформації пацієнти розділились наступним чином: I ступінь – 7,11% (14 дітей); II ступінь – 29,95% (59 дітей); III ступінь – 62,94% (124 дітей). При проведенні спірометрії дітям з ВКДГК порушень функції зовнішнього дихання виявлено не було. При проведенні антропометрії з послідовним аналізом вимірювань ширини грудної клітки та глибини (передньо-заднього розміру) грудної клітки у дітей з ВКДГК було виявлено тенденцію до збільшення передньо-заднього розміру грудної клітки та зменшення бокового розміру грудної клітки. У всіх пацієнтів ВКДГК поєднувалася із патологією серцево-судинної, опорно-рухової, травної систем та зниженням якості життя.

**Висновки:**

1. В структурі вродженої кілеподібною деформації грудної клітки переважають хлопчики з косто-стернальним і стерно-костальним типом патології та асиметричними видами деформації.

- Перші прояви захворювання відмічаються на 7-8 році життя дитини, зі збільшенням косметичного дефекту та прогресуванням патології в пре- та пубертатному періоді розвитку.
- Вроджена кілеподібна деформація грудної клітки у 100% випадків поєднувалась з іншими вродженими вадами розвитку: аномальна хорда, легенева гіпертензія, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса; рефлюкс-езофагіт, нодулярна та еритоматозна гастропатія; сколіоз та сколіотична постава.

В.О.Гошовська

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМБІНОВАНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ КАТАРАКТІ ТА ПЕРВИННІЙ ВІДКРИТОКУТОВІЙ ГЛАУКОМІ

Кафедра очних хвороб  
Т.Ю.Кукуруза (к.мед.н.)

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

**Актуальність:** катаракта та глаукома на сьогоднішній день — одні з найпоширеніших причин погіршення зору та сліпоти. Обидва захворювання одночасно зустрічаються у 17-76,9% пацієнтів. У хворих на глаукому старше 50 років катаракта зустрічається майже втричі частіше, ніж у такій же віковій групі осіб, що не страждають на глаукому, і прогресує швидше: протягом 1-2 років катаракта переходить з початкової стадії в зрілу в середньому у 25% хворих на глаукому. Помутніння кришталика може розвиватися на тлі поточного глаукоматозного процесу, а дозрівання катаракти нерідко провокує безсимптомно поточну первинну глаукому. Однак серед фахівців немає консенсусу щодо доцільності використання конкретного виду оперативних втручань при цих захворюваннях: одні автори вважають більш безпечними і ефективними етапні операції, інші відзначають переваги одномоментного підходу. У міру розвитку малоінвазивної хірургії зростає інтерес до комбінованих операцій, так як вони можуть забезпечити швидку реабілітацію пацієнтів, хоча при цьому зростає складність втручання.

**Мета:** оцінити клінічну ефективність комбінованих операцій при катаракті та первинній відкритокутовій глаукомі у порівнянні з двоетапними оперативними втручаннями.

**Матеріали та методи:** під спостереженням у відділенні мікрохірургії ока ВОКЛ ім. М.І.Пирогова знаходились 22 пацієнта (44 ока) віком від 56 до 73 років з катарактою та медикаментозно компенсованою чи субкомпенсованою глаукомою II-III<sup>b-c</sup> стадії. Серед них не було таких, що перенесли лазерні чи хірургічні операції на очах. П'ятьом пацієнтам було проведено двоетапну операцію, до десяти застосувалась комбінована операція — екстракція катаракти шляхом ультразвукової факоемульсифікації в поєднанні з непроникаючою глибокою склеректомією, до семи — екстракція катаракти шляхом ультразвукової факоемульсифікації в поєднанні з фістулізуючою операцією. До та після операції пацієнтам проводились такі офтальмологічні обстеження, як визначення гостроти зору і поля зору, тонометрія, тонографія, огляд очного дна, визначення щільності ендотеліальних клітин рогики, гоніоскопія.

**Результати:** в одному випадку двоетапного втручання після екстракції катаракти було виявлено прояви запальної реакції тканин ока у вигляді післяопераційного іридоцикліту. Усі комбіновані операції пройшли без ускладнень. На наступний ранок після операції середнє значення ВОТ становило  $16,3 \pm 1,5$  мм.рт.ст., в діапазоні від 12 до 20 мм.рт.ст., що на  $11,1$  мм.рт.ст. нижче передопераційного. Всі пацієнти були виписані зі стаціонару без гіпотонічних ускладнень зі скасуванням антиглаукомних препаратів. Через місяць внутрішньоочний тиск у даних пацієнтів середньому становив  $13,03 \pm 0,8$  мм.рт.ст., через 3 місяці —  $13,23 \pm 0,7$  мм.рт.ст. Гострота зору до операції в середньому становила  $0,154 \pm 0,04$ , після —  $0,82 \pm 0,06$ .

**Висновки:** комбіновані оперативні втручання при катаракті та первинній відкритокутовій глаукомі продемонстрували високу ефективність та безпеку. В ході дослідження було виявлено, що даний вид операції при порівнянні з двоетапною, має більше переваг, а саме: менша травматичність, економічна вигідність та менший ризик післяопераційних ускладнень.

Д.І. Гребенюк, В.І. Стойка, Я.В. Радьога, В.С. Собко, А.М. Паньків  
**МІНІІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ У ЛІКУВАННІ ГЕМАНГІОМ ПЕЧІНКИ**

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії  
В.В. Петрушенко (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність:** Діагностика та лікування вогнищевих захворювань печінки відноситься до однієї з актуальних проблем сучасної хірургічної гепатології. Серед доброякісних пухлин печінки найбільш часто зустрічаються гемангіоми, які становлять 2,2–3% доброякісних новоутворень печінки, а частота їх за даними аутопсії становить 0,7–7,3%.

**Мета:** Дослідити ефективність аргоноплазменної коагуляції (АПК) в лікуванні гемангіом на підставі вивчення

характеру та вираженості післяопераційних ускладнень.

**Матеріали та методи:** У дослідження були включені 21 пацієнт з традиційним хірургічним лікуванням гемангіом печінки (група порівняння) та 25 пацієнтів, яким виконувалися втручання із застосуванням АПК (основна група). Чоловіків було 13 (28,3%), жінок – 33 (71,7%). Вік хворих знаходився в межах від 26 років до 69 років (середній вік –  $48 \pm 12,5$  років).

**Результати:** Показаннями до хірургічного лікування були розвиток ускладнень або швидке збільшення розмірів гемангіом із формуванням наростаючого больового синдрому та появою відхилень у лабораторних показниках функціонального стану печінки.

Основним втручанням при гемангіомах була резекція печінки – анатомічна або перітуморальний. У той же час операцією вибору в основній групі були лапароскопічна енуклеація або клиноподібна резекція печінки з використанням АПК. Перевагу при виборі мініінвазивного лікування мали гемангіоми з поверхневою локалізацією в I–VI сегментах. У всіх випадках проводили дренажування залишкової порожнини (при діаметрі до 10 см). При великих порожнинах (більше 10 см в діаметрі) в основній групі виконували “відкриту” операцію із тампонуванням порожнини, яка залишалася після АПК, за допомогою фрагмента великого сальника.

У ранньому післяопераційному періоді у 3 (20%) пацієнтів основної групи та у 5 (38,5%) пацієнтів групи порівняння відмічалася формування ускладнень. Найбільш частим ускладненням у групі порівняння були кровотечі – 3 пацієнта, у 2 – кровотеча в ретроперитонеальний простір та гемобілія. В основній групі кровотеча спостерігалася у 2 хворих та ще у 1 мало місце абсцедування.

У віддаленому післяопераційному періоді (6 місяців з моменту операції) було обстежено 17 пацієнтів основної групи та 21 пацієнт із групи порівняння. Серед ускладнень віддаленого післяопераційного періоду у пацієнтів, оперованих з приводу гемангіоми печінки, слід зазначити наступні: формування біліарного цирозу печінки, зовнішньої жовчної нориці, механічна жовтяниця, підпечінковий абсцес, анемія. Дані ускладнення зустрічалися в основній групі достовірно рідше в 1,6–2,5 рази.

**Висновки:** Проведені дослідження продемонстрували, що хірургічне лікування із використанням лапароскопічного доступу та АПК дозволяє ефективно видаляти гемангіоми печінки. При цьому у пацієнтів реєструється менше число ускладнень як в ранньому, так і у пізньому післяопераційному періоді, що в цілому покращує перебіг періоду післяопераційної реабілітації.

Д.І. Гребенюк, О.В.Столярчук, Н.А.Ляховченко, О.М.Білик, К.М. Паньків  
**ДИНАМІКА МАРКЕРІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В  
РАННІЙ ФАЗІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

В.В. Петрушенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гострий панкреатит (ГП) продовжує залишатись актуальною проблемою як у хірургії, так і в інтенсивній медицині. Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини ГП на сьогодні займає провідне місце. В Україні захворюваність на ГП за різними даними складає 5,2–6,9 випадків на 10 тис. населення.

Дисбаланс між процесами пероксидації та антиоксидантним статусом прийнято називати оксидативним стресом, який розглядається як основний фактор патогенезу при ГП.

**Мета:** Оцінити динаміку маркерів оксидативного стресу та антиоксидантного захисту у хворих із ГП в ранні терміни захворювання.

**Матеріали та методи:** У дослідженні взяли участь 47 хворих із ГП. Контрольна група включала 25 умовно здорових добровольців.

Для оцінки активності оксидативного стресу проводилось визначення:

– Ферментів антиоксидантної системи: глутатіонпероксидаза (ГПО), глутатіонредуктаза (ГР), супероксиддисмутаза (СОД);

– Продуктів перекисногоокислення ліпідів (ПОЛ): малоновийдіальдегід (МДА);

– Продуктів перекисногоокислення білків (ПОБ): білковікарбонільнігрупи (БКГ).

**Результати:** Аналіз середніх значень лабораторних показників показав, що у хворих на ГП на момент поступлення до стаціонару рівень БКГ збільшувався на 48,8%, а МДА – на 30,9% в порівнянні з показниками здорових добровольців. Нагромадження маркерів оксидативного стресу свідчить про виражену інтенсифікацію процесів ПОЛ та ПОБ в ранній фазі ГП.

Накопичення продуктів ПОЛ та ПОБ у крові відбувалося на тлі компенсаторної активації глутатіонзалежної ферментної системи та СОД. Так, рівні ГПО та ГР у сироватці крові хворих на ГП перевищували такі у здорових осіб всередньому на 24,3% та 46,9% відповідно, СОД – на 21,7%.

Аналіз динаміки маркерів оксидативного стресу показав, що середні значення МДА та БКГ на 3-ю та 7-удобу спостереження та лікування знижувалися, при цьому вони були значно вищими по відношенню до нормативних

показників здорових осіб, але й достовірно нижчими в порівнянні з вихідним своїм значенням. Водночас, у випадках ускладненого некротичного панкреатита, динаміка ПОВ і ПОЛ характеризується другою хвилею зростанням рівнів МДА та БКГ до 7-ої доби захворювання.

Рівень глутатіон залежної антиоксидантної системи впродовж всієї ранньої фази ГП залишався нижчим за нормативні показники здорових добровольців, впродовж 3-ої та 7-ої доби від початку розвитку ГП відбувалося достовірне зниження рівнів ГПО, ГР в порівнянні з їх вихідними значеннями ( $p < 0,05$ ), а найбільш виражене на 7-у добу у пацієнтів з ускладненим перебігом некротичного панкреатита.

**Висновки:** У хворих на гострий панкреатит в ранній фазі захворювання спостерігається виражена інтенсифікація процесів ПОЛ та ПОВ із значним нагромадженням маркерів оксидативного стресу, що асоціюється зі ступенем тяжкості синдрому системної запальної відповіді та глибиною морфологічних змін у ПЗ.

О.А.Гусақ, М.-Ю.І.Петришина, В.Ю.Коноваленко  
**АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ КОНТАКТНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ**  
Кафедра очних хвороб  
Т.Ю.Кукуруза (к.мед.н., ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ефективним методом корекції гостроти зору є контактна корекція аномалій рефракції. Сучасні контактні лінзи є безпечними для пацієнтів за умов правильного використання та догляду за ними. Проте, при недотриманні правил користування, носіння м'яких контактних лінз (МКЛ) може призводити до патологій переднього відділу ока. Доведено, що ризик розвитку інфекції збільшується у 6-8 разів за умови сну в контактних лінзах. Використання контактних лінз тривалого носіння, перевищення рекомендованого періоду носіння, випадкове засипання в лінзах, носіння лінз при купанні і плаванні можуть призводити до інвазії патогенних мікроорганізмів в контактну лінзу та подальшого розвитку ускладнень. Ускладнення при носінні МКЛ пов'язані з механічним ураженням рогівки, токсико-алергічними, гіпоксичними реакціями, інфекційними захворюваннями. Також у розвитку ускладнень відведена роль несвоєчасному зверненню за медичною допомогою при появі перших ознак дискомфорту.

**Мета:** аналіз випадків патологій переднього відділу ока внаслідок носіння МКЛ.

**Матеріали та методи:** Під спостереженням були 23 особи (28 очей) з ускладненнями в результаті носіння коригуючих аномалію рефракції МКЛ. Виявленими ускладненнями були: бактеріальний кон'юнктивіт (6 хворих, 12 очей), набряк рогівки (4 хворих, 5 очей) папілярний кон'юнктивіт (8 очей, 5 хворих), епітеліопатія рогівки (2 ока, 2 хворих), кератит (3 ока, 3 хворих). Усі хворі - працездатного віку 19-27 років (переважно студенти). 12 хворих користувалися МКЛ з метою корекції міопії слабкого ступеня; 6 хворих - середнього, та 5 хворих - міопії високого ступеня. Симптоми синдрому «сухого ока» при носінні МКЛ виявлені у 41,3% пацієнтів і в більшості випадків супроводжувалися змінами сльозопродукції (зниження стабільності слізної плівки і рівня слізного меніска, індексу частоти миготливих рухів і компенсаторного їх почастішання). В результаті мікробіологічного дослідження вмісту кон'юнктивальної порожнини в 11 випадках був виявлений стафілокок, в 1 - асоційована інфекція (синьогнійна паличка і стафілокок) у хворих на бактеріальний кон'юнктивіт, у 3 - змішана інфекція (грибково-бактеріальна і вірусна) у хворих з кератитом. Усім хворим проводилося етіотропне і етіопатогенетичне лікування.

**Результати:** У всіх хворих завдяки проведеному лікуванню був усунений запальний та алергічний процес. На 7 очах вдалося підвищити гостроту зору від 0,35 до 1,0. У хворих з синдромом «сухого ока» середнього ступеня через місяць після лікування сльозозамінними препаратами покращився рівень стабільності слізної плівки.

**Висновки:** Причинами патологій ока стало саме недотримання правил використання лінз. Для вирішення цієї проблеми необхідне активне інформування користувачів МКЛ про правильні умови зберігання та догляду, своєчасної заміни рідини для зберігання лінз та неприпустимість цілодобового використання і сну в лінзах. Саме ці поведінкові аспекти допоможуть запобігти розвитку патологій, пов'язаних з носінням МКЛ.

С.А. Дзьоник  
**ЛІКУВАННЯ ВАРІКОЦЕЛЕ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ**  
Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії  
Д.В. Цигалко (доцент, к.мед.н.), С.А. Чешенчук (асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** враховуючи тривалість терміну перебування в стаціонарі і післяопераційної реабілітації пацієнтів після використання традиційної операції з приводу варикоцеле, в усьому світі постає питання про

покращення результатів оперативного лікування та скорочення кількості ліжко-днів шляхом впровадження нових підходів та технологій в лікуванні даного захворювання

**Мега дослідження:** покращити результати лікування хворих на варікоцеле шляхом використання ендовенозної лазерної коагуляції

**Матеріали та методи:** В основу клінічної частини роботи покладено результати лікування 115 хворих (3 операції виконано в 2010 році, 5 – в 2011, 15 – в 2012, 24 – в 2013, 22 – в 2014, 26 – в 2015, 14 – в 2016, 6 – в 2017) на базі рентген-операційного блоку Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова. Вік хворих складав від 14 до 59 років. Було прооперовано 41 хворий з 1-ю ст., 64 хворих з 2-ю ст. та 10 хворих з 3-ю ст. варікоцеле. Об'єм оперативного втручання визначався індивідуально з флебографічною картиною.

При виконанні операції застосовувалось місцеве знеболення. Ендовенозна лазерна коагуляція проводилась за допомогою високоенергетичного діодного лазера «Ліка-хірург» з довжиною хвилі 940 нм потужністю 30 Вт.

Даній групі хворих виконано пункцію підключичної вени справа. Наступним етапом було катетеризація лівої ниркової вени катетером «Собра» 6F та виконання флебографії для підтвердження скиду контрасту в ретроградному напрямку по лівій сім'яній вені. В подальшому проводиться селективна катетеризація лівої сім'яної вени та контрольна флебографія для виявлення рівня постановки катетера та подальшого виконання ЕВЛК. Для цього по катетеру проводиться лазерний світловод з фіксатором рівня та гемо статичним клапаном. Виконується ЕВЛК на ділянці 8-12 см в середній та верхній третині сім'яної вени при загальній дозі лазерної енергії 380-600 Дж. Наступним етапом є виконання флебографії для підтвердження повної оклюзії сім'яної вени в верхній третині. Огляд пацієнтів проводиться на 2,7 та 30 добу.

**Результати:** у 113-ти хворих було відзначено повну оклюзію лівої сім'яної вени, у 2-х (1.73%) хворих спостерігався рецидив за рахунок розвитку колатерального відтоку під час виконання флебографії, на другу добу – спадіння варикозно розширених вен калитки. Ускладнень під час виконання оперативних втручань не спостерігалось. Усі хворі відчували незначний біль під час виконання ЕВЛК в області проекції місця коагуляції за рахунок термічної дії лазерного випромінювання, який проходив після закінчення коагуляції.

**Висновок:** таким чином, застосування лазерної коагуляції покращує результати лікування варікоцеле і є малоінвазивною альтернативою традиційним оперативним втручанням.

Для більш точної оцінки ефективності запропонованого методу необхідно отримати більш віддалені результати спостережень та випробувати метод на більшій кількості хворих з даною патологією

В.Л.Жебелєв

### Вивчення лікування гіперспленізму у дітей

Кафедра дитячої хірургії

Димчина Ю.А.(асистент кафедри)

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

**Актуальність:** у дітей Вінницької області досить часто зустрічається таке захворювання як гіперспленізм (збільшення селезінки), який характеризується зниженням кількості формених елементів крові (лейкопенія, тромбоцитопенія, анемія) у хворих із захворюваннями печінки, що проявляються гепатоспленомегалією. Вивченню механізмів, відповідальних за розвиток гіперспленізму при хронічних захворюваннях печінки, присвячена велика кількість досліджень, в той же час патогенез гіперспленізму до теперішнього часу не є остаточно вивченим, тому доцільним є дослідження та поширення інформації про дану хворобу для запобігання її розповсюдження.

**Мета:** узагальнити інформацію про гіперспленізм, визначити механізми її розвитку та поширити дану інформацію у засобах масової інформації (ЗМІ).

**Матеріали та методи:** проведено збір науково-дослідного матеріалу з різних літературних джерел. Було проаналізовано статті, дисертації та іншу науково-медичну літературу в Google Scholar із дитячої та загальної хірургії.

**Результати:** виділяють первинний гіперспленізм, викликаний гіпертрофією селезінки та вторинний, що виникає при деяких захворюваннях. Первинний гіперспленізм може бути вродженим (гемолітична мікросфероцитарна анемія, велика таласемія, гемоглобінопатія і т.д.) і набути (тромбоцитопенічна пурпура, нейтропенія та панцитопенія). Вторинний гіперспленізм може бути обумовлений черевним тифом, туберкульозом, саркоїдозом (хвороба Бека), малярією, цирозом печінки і т. д. Збільшена селезінка може бути виявлена пальпаторно, при ультразвуковому дослідженні чи комп'ютерній томографії. Гіперспленізм – це переважно летальний синдром, що характеризується зниженням функцій селезінки. З плином часу, селезінка стає атрофічною, внаслідок повторних інфарктів з подальшим заміщенням нормальної тканини органу рубцевою. Вперше цей стан був описаний Дамашеком у 1995 році у пацієнта в якого спостерігалася аспленічна картина крові з тільцями Howell – Jolly та клітинами – мішенями. Небезпека гіперспленізму полягає у можливості розвитку сепсису з летальним кінцем. Найбільш частим захворюванням, що поєднується з гіперспленізмом є серповидно-клітинна анемія та гемолітична мікросфероцитарна анемія (аутосомно

домінантне спадкове захворювання). Консервативне лікування дає тимчасовий ефект і не попереджає подальшого прогресування хвороби та розвитку гемолітичного кризу. Радикальним способом лікування гемолітичної мікросфероцитарної анемії є спленектомія, що в більшості випадків гарантує хворому повне одужання. В результаті цієї операції тривалість життя еритроцитів (навіть неповноцінних, аномальних) істотно збільшується, зникають анемія і жовтяниця. Якщо під час операції виявлені конкременти в жовчному міхурі, то слід ще провести холецистектомію (залежно від стану пацієнта). Оперативне втручання доцільно виконувати в період ремісії, а у дітей - у віці від 3 до 4 років.

**Висновок:** гіперспленізм - важке та прогресуюче захворювання, тому для його попередження доцільно впроваджувати різні профілактичні заходи дітям раннього віку. Також важливим є поширення у ЗМІ інформації про гіперспленізм та про його вплив на організм дітей, щоб запобігти подальшому розповсюдженню хвороби у Вінницькій області та по всій Україні.

Т.О. Зайцева, О.В. Юрій

## ПРОКАЛЬЦИТОНІН ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР ГЕНЕРАЛІЗАЦІЇ ІНФЕКЦІЇ ТА ЙОГО РОЛЬ У ДІАГНОСТИЦІ СЕПСИСУ

Кафедра хірургії №2

О.А. Ярмак (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сепсис у XXI ст. досі залишається актуальною проблемою у медицині. Згідно з даними ВООЗ від сепсису помирає більше людей, ніж від інших інфекційних захворювань разом узятих. На сучасному етапі розвитку медицини важливим є виявлення нових маркерів для ранньої діагностики і лікування цієї важкої патології.

**Мета:** дослідити рівень відносно нового і перспективного маркера запалення прокальцитоніну у пацієнтів з діагнозом сепсис, важкий сепсис, септичний шок.

**Матеріали і методи:** аналіз даних 23 карт стаціонарних хворих за період 2015-2018 рр, віком від 18 до 89 років, яких було госпіталізовано до МКЛ ШМД м. Вінниця до гнійно-септичного відділення з діагнозом при госпіталізації: сепсис, тяжкий сепсис, септичний шок, метою якого було встановлення збудників сепсису, які зустрічаються найчастіше; реєстрація рівня прокальцитоніну у пацієнтів з різними результатами бактеріологічного посіву крові, оцінка кожного пацієнта за шкалою SOFA та її співставлення з рівнем прокальцитоніну. У вибірку не входили пацієнти з онкологічними та гематологічними захворюваннями, хворі на цукровий діабет, пацієнти з первинними і вторинними імунodefіцитами, ВІЛ-інфекцією, пацієнти з травматичними пошкодженнями і оперативними втручаннями.

**Результати:** серед збудників пацієнтів із діагнозами сепсис, важкий сепсис, септичний шок найчастіше було виявлено *S.aureus*, *S.epidermidis* і *Str.pyogenes*; враховуючи дані бактеріологічного посіву, визначено, що незалежно від результатів бактеріологічного дослідження крові, рівень прокальцитоніну був високим або низьким при результатах посіву «++++», високим при результаті бактеріологічного посіву «-»; пацієнти, які мали високу бальну оцінку за шкалою SOFA мали значно вищі показники прокальцитоніну, ніж пацієнти з низькими балами за SOFAscore.

**Висновки:** рівень прокальцитоніну зростає у відповідь на генералізований інфекційний процес навіть у пацієнтів з негативним бактеріологічним посівом крові, у яких були виявлені інші ознаки інфекції; рівень прокальцитоніну сироватки крові не залежить від виду збудника, який спричинив сепсис; не існує будь-якого статистичного співвідношення між рівнем прокальцитоніну і результатами бактеріологічного посіву крові; чим вищий рівень прокальцитоніну, тим вища бальна оцінка за шкалою SOFA, що вказує на гірший прогноз для життя у пацієнтів з високим рівнем прокальцитоніну сироватки крові, порівняно із пацієнтами з низькими показниками. Кореляційний зв'язок між видом збудника і рівнем прокальцитоніну відсутній; існує прямий кореляційний зв'язок між рівнем прокальцитоніну і бальною оцінкою пацієнта за шкалою SOFA.

П.Л. Залуцький

## ПІДХІД ДО ВИБОРУ ДОСТУПУ В ХІРУРГІЇ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ

Кафедра ЛОР – хвороб

К.А. Лобко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Захворювання носа та навколонузових пазух (ННП) займають провідне місце серед патології верхніх дихальних шляхів. За останні роки неухильно зростає питома вага гострих та хронічних гайморитів (ХГ) до 40 – 45 %. Існують різні підходи до оперативного лікування патології ННП, серед яких при захворюваннях верхньощелепних пазух (ВЩП) виділяють такі основні групи: I – ендоскопічна ендоназальна гайморотомія, шляхом розширення природнього співюстя ВЩП, II – ендоскопічна гайморотомія через присінок рота, III – радикальна гайморотомія по Caldwell-Luc (1898-1900), Denker (1905), Canfield (1907), Sturman (1910).



Кожна з цих груп має свої покази до застосування, якщо I гр. використовується при хронічних ексудативних та обмежених поліпозних синуситах, гіперплазіях остеомаєтального комплексу, сторонніх тілах пазух, то II гр. при гнійно-деструктивних процесах у ВЩП, латерально розташованих бухтах, відсутності анатомічних орієнтирів, внутрішньочерепних і орбітальних риногенних ускладненнях. III гр. в даний час мало застосовується і має історичне значення. Але не дивлячись на існуючі методики оперативного лікування, питання реоперацій та рецидивів запальних процесів в ВЩП не вирішене на 100 %, що підтверджує щорічний приріст числа хворих з ХГ на – 1,5-2,0 %.

**Мета:** порівняти результати різних видів гайморотомій в ранньому післяопераційному періоді.

**Матеріали та методи:** Під наглядом на базі ЛОР-клініки ВОКЛ ім. М.І. Пирогова за період від жовтня 2017 р. по лютий 2018 р. знаходилось 52 пацієнта, яким було проведено гайморотомію. Кожного пацієнта було обстежено за схемою. Діагноз хронічний гайморит було клінічно верифіковано. Досліджувана група була поділена на: підгрупу А – 22 – (42,1 %) пацієнта, яким було проведено ендоскопічну гайморотомію (ЕГ) в ділянці fossa canina; підгрупа Б – 30 – (57,9 %) пацієнтів, які були прооперовані ендоскопічним ендоназальним методом гайморотомії (ЕЕГ), шляхом розширення природнього співустя ВЩП.

**Результати дослідження:** Усі пацієнти отримували знеболюючу терапію – 3 % 1мл р-н. кетанову: підгр. А – перші 2 дні 22 – (100 %) пацієнта, 3 та 4 день 18 – (81,8 %), 5 день 14 – (63,6 %); підгр. Б – перші 2 дні 30 – (100 %) пацієнтів, 3 день 5 – (16,7 %). Набряк м'яких тканин – у пацієнтів з підгр. А у 12 – (54,5 %) залишався до 5-7 доби, у пацієнтів з підгр. Б у 30 – (100 %) набряку не виявлено. Термін перебування в стаціонарі: підгрупа А – 11±1 днів, підгрупа Б – 5±1 днів.

**Висновки:** 1.Після ЕГ в ділянці fossa canina тривалість болювого синдрому спостерігалася 5 днів у 14 – (63,6 %) пацієнтів, набряк м'яких тканин 7 днів у 12 – (54,5 %), відновний період – 11±1 днів.

2.Після ЕЕГ тривалість болювого синдрому спостерігалася 3 дні у 5 – (16,7 %) пацієнтів, набряку не було виявлено в жодного пацієнта, період відновлення 5±1 днів.

3.ЕГ в ділянці fossa canina виконується у випадку локалізації кіст, поліпів, сторонніх тіл в альвеолярній бухті та передньомедіальних відділах ВЩП, де ЕЕГ може не мати 100 % результат успіху.

І. В. Зубченко, Є. М. Петрунь

### **ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА КОРЕКЦІЯ АБДОМІНАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛИТИМ ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ**

Кафедра хірургії №2

В. А. Кацал (к.мед.н., доцент), М. А. Гудзь (к. мед. н., асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** абдомінальний компартмент-синдром досі залишається основною причиною інтра- та післяопераційних ускладнень (зокрема, синдрому поліорганної недостатності) в хворих з розлитим перитонітом; у 100 % випадків розлитого перитоніту відзначається абдомінальна гіпертензія в межах від 10 см вод. ст. до 45-50 см вод. ст.

**Мета:** провести порівняльну характеристику схем передопераційної підготовки хворих з розлитим гнійним перитонітом: загальнорекомендованої та програми, що доповнена пролонгованою перидуральною анестезією.

**Матеріали і методи:** у дослідженні взяли участь 35 хворих з розлитим гнійним перитонітом, що перебували на лікуванні в МКЛ ШМД м. Вінниця протягом 2015-2017 року; усі хворі були розділені на 2 групи: у контрольній групі ( 17 хворих) було проведено лікування згідно зі стандартною схемою, у 2 (18 пацієнтів) – комплексна передопераційна підготовка була доповнена пролонгованою перидуральною анестезією. Було використано методи клінічного спостереження за хворими, вимірювання показників гомеостазу організму, інструментальні методи (визначення ВОТ, оглядову рентгенографію, КТ), статистичний аналіз

**Результати:** в дослідній групі отримали достовірне ( $p < 0,05$ ) передопераційне зниження внутрішньочеревного тиску на 10, 05 см вод. ст., що становило 50, 1 % від початкових показників, в порівнянні з контрольною групою, де тиск знизився на 5, 73 см вод. ст., що становило 29, 3 % від показників при поступленні.

**Висновки:** використання пролонгованої перидуральної анестезії в хворих з розлитим гнійним перитонітом знижує тиск в порівнянні з контрольною групою, що дозволяє зменшити термін передопераційної підготовки і проводити оперативні втручання при нижчих показниках абдомінального тиску, це зумовлює сприятливий перебіг хвороби та зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

А.М. Каяфа, М.М. Маціпура

## ВІДДАЛЕНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Кафедра травматології та ортопедії

П.М. Жук (д.мед.н. проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Черезвертлюгові переломи стегнової кістки у пацієнтів похилого віку суттєво змінюють стереотип їхнього життя. Зрив адаптаційних компенсаторних можливостей організму веде до загострення хронічних патологій, а тривалий ліжковий режим - до гіпостатичних та нейротрофічних ускладнень. У таких випадках ендопротезування являється ефективним методом лікування, який сприяє ранній активізації та поверненню до звичного режиму.

**Мета:** проаналізувати віддалені функціональні результати після ендопротезування у пацієнтів похилого віку з черезвертлюговими переломами стегнової кістки.

**Матеріали та методи.** Оцінено віддалені результати лікування 42 пацієнтів похилого віку ( $\geq 60$  років), яким було виконано ендопротезування кульшового суглобу з приводу черезвертлюгового перелому стегнової кістки. Середній вік  $76,74 \pm 7,53$  років. Тотальне цементне ендопротезування (ТЦЕП) виконано 14 (33,3%) пацієнтам, біполярне (БЕП) 17 (40,5%) та 11 (26,2%) - однополюсне монополярне (МЕП). Для оцінки віддалених функціональних результатів була використана шкала Харріса. Статистичну обробку результатів проводили з допомогою програми Statistica 10.

**Результати.** Серед пацієнтів, яким виконували ТЦЕП відмінні результати встановлені у 11 (78,6%) пацієнтів, добрі - у 3 (21,4%). Після БЕП відмінні результати зафіксовані у 9 (52,9%) пацієнтів, добрі - у 3 (17,7%), у 4 (23,5%) - задовільні та у 1 (5,9%) - незадовільні. Відмінних результатів після МЕП не спостерігалось, добрі встановлено у 5 (45,5%), у 5 (45,5%) - задовільні та у 1 (9,0%) - незадовільні результати. Встановлена різниця при порівнянні показників болю ( $p=0,001$ ), функціональної активності ( $p=0,008$ ), деформації ( $p=0,008$ ), обсягу рухів ( $p=0,01$ ) та сумарних результатів ( $p=0,002$ ) у пацієнтів обстежуваних груп статистично значима. При порівнянні досліджуваних показників між групами пацієнтів, яким виконано ТЦЕП та БЕП достовірної різниці між показниками болю ( $p=0,85$ ), функціональної активності ( $p=0,25$ ), обсягу рухів ( $p=0,21$ ), деформації ( $p=0,24$ ) та сумарним результатом ( $p=0,49$ ) не встановлено.

**Висновки.** Таким чином, БЕП являється варіантом вибору при черезвертлюгових переломах у пацієнтів похилого віку, оскільки за своїми віддаленими результатами достовірно не відрізняється від ТЦЕП. Переваги БЕП пов'язані з меншою тривалістю операції, зниженням крововтрати та можливістю ранньої повної опорозданості. Необхідно обмежити покази до застосування МЕП у зв'язку з високою частотою незадовільних результатів у віддаленому періоді.

І.С. Кедровська

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СПОСОБІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПУПОЧНОЇ ГРИЖІ

Кафедра хірургії медичного факультету № 2

Є.В. Шапринський (доцент, д.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Пупкова грижа є однією з найбільш поширених за локалізацією гриж передньої черевної стінки. Приблизно 10 % всіх первинних гриж складають пупочні та епігастральні (грижі білої лінії). У світі існує безліч методів і способів пластики пупочної грижі. Але, не дивлячись на таку величезну їх кількість, залишається певний відсоток їх рецидивів. За останній час у багатьох країнах світу зросла кількість операцій при цій локалізації гриж з 5 до 14 %.

**Мета:** Здійснити оцінку відкритого і лапароскопічного методу оперативного лікування пупочних гриж та запропонувати більш широке застосування методу V-Patch пластики даної грижі.

**Матеріали та методи :** Обстежено 51 хворих, які проходили стаціонарне лікування на базі хірургічного відділення ВМКЦ ЦР, серед них 35 пацієнтів, у яких виконувалась алопластика за загальноприйнятою методикою, та 16 пацієнтів, котрим виконувалось усунення пупкової киля лапароскопічним методом.

**Результати:** У нашій роботі ми порівняли відкритий і лапароскопічний метод оперативного лікування пупкових кил. Першу групу, групу порівняння, склало 35 хворих, у яких виконувалась алопластика за загальноприйнятою методикою, другу - 16 хворих, яким виконувалось лапароскопічне усунення пупочної грижі. При аналізі результатів лікування було встановлено, що у хворих основної групи спостерігалась менша кількість ускладнень з боку рани: виникнення сероми у одного хворого, нагноєнь післяопераційної рани не спостерігалось. У групі порівняння у 5 пацієнтів спостерігалось виникнення сером, а також нагноєння

післяопераційної рани у двох пацієнтів. Таких загальних ускладнень, як виникнення гострої дихальної і серцево-судинної недостатності у хворих основної групи ми не спостерігали. У віддаленому післяопераційному періоді у хворих групи порівняння у двох випадках спостерігався рецидив.

Тобто, у хворих основної групи після лапароскопічного усунення пупочної грижі перш за все має місце менша кількість післяопераційних ускладнень, особливо з боку рани, так і загальних, відсутність рецидивів, а також кращий спосіб оперативного лікування у пацієнтів з надлишковою масою тіла.

Відомо, що на сьогоднішній день існує метод V-Patch пластики пупкової грижі. Даний метод передбачає використання комбінованого багатокомпонентного сітчастого імплантата, який складається у вигляді парасольки та завдяки спеціальному армуванню саморозправляється при його імплантації. Даний спосіб пластики полягає у відкритому малоінвазивному доступі і розміщенні такого трансплантата внутрішньоочеревино, а саме головне та не потребує лапароскопічної операції.

**Висновки:** Застосування лапароскопічної технології у порівнянні з відкритим методом при оперативному лікуванні пупкової киля призводить до меншої кількості ускладнень в післяопераційному періоді особливо у пацієнтів з ожирінням. Перспективним є застосування технології V-Patch.

Кіщук В.В., А.С. Існюк, Н.С. Кученко

### ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ

Кафедра ЛОР-хвороб

В.В. Кіщук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Склерома відноситься до групи істинних хронічних інфекційних хвороб людини, характеризується вираженими проліферативними змінами в слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів (ВДШ). Збудником хвороби є клебсієла склероми (бактерія Фріша-Волковича), яка локалізується внутрішньоклітинно і довгий час залишається в організмі людини.

Клінічний перебіг захворювання обумовлений хронічним імунодефіцитним станом, порушенням мікробіоценозу носа та ротоглотки, довготривалим інкубаційним періодом, повільним розвитком та ремітуючим перебігом, безсимптомними та стертими формами захворювання, чіткою локалізацією патологічного процесу, високою резистентністю до терапевтичних заходів лікування.

**Мета:** Обґрунтування доцільності використання пробіотичних препаратів у комплексному лікуванні хворих на склерому.

**Матеріали та методи:** Провідна роль в забезпеченні резистентності верхніх дихальних шляхів належить механізмам локального захисту слизової оболонки (Богданова Н.М., Булатова Е.М., Василя М.Н., 2013). Сучасними науковими працями встановлено, що мікробіоценоз та імунна система слизової оболонки є особливим і самостійним компонентом імунної системи організму і забезпечує не тільки локальний захист, але й бере активну участь в імунорегуляторному процесі загалом (Горо Мого, 2000). Н.Н. Naumann (1980).

У пацієнтів, що страждають на хронічні специфічні запальні захворювання верхніх дихальних шляхів елімінація ендогенної мікрофлори призводить до заселення відкритих порожнин патогенними та умовнопатогенними мікроорганізмами, що погіршує перебіг основного захворювання. В значній мірі явища дисбіозу посилюються під впливом антибактеріальних препаратів, які становлять основу комплексної терапії при склеромі. Резистентність мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів знижує ефективність лікування, а їх імунодепресивна дія посилює недостатність місцевого та загального імунітету, що і призводить до заселення слизової оболонки ВДШ різними мікроорганізмами.

**Результати:** Після проведення мікробіологічного дослідження 32 хворих, яке включало оцінку якісного і кількісного складу мікрофлори слизових оболонок носа і ротоглотки у обстежених пацієнтів виявлено порушення мікробіоценозу із переважанням наступної патологічної флори *S. Epidermidis*, *S. aureus*, *Neisseriaspp.*, *Acinetobacterbaumannii*, *Citrobacterdiversus*, *Strep. viridans*, *Klebsiellarhinoscleromatista* гриби роду *Candida*.

В останні роки набуло поширення використання пробіотичних препаратів при лікуванні осіб з різними інфекційними захворюваннями. Найбільш широкого застосування набули біотерапевтичні препарати, виготовлені на основі бактерій родів *Lactobacillus* та *Bifidobacterium*. Багатьма експериментальними та клініко-лабораторними дослідженнями показано високу ефективність пробіотичних препаратів при лікуванні інфекційних захворюваннях ВДШ, ротової порожнини, шлунково-кишкового тракту та в гінекології (Кірюхіна Н.В., 2009; Заболотна Д.Д., 2010; Грудянов А.И., 2006).

Проведені дослідження продемонстрували, що курсовий прийом пероральних пробіотиків, які містять лактобацили, сприяє підвищенню стійкості організму до захворювань верхніх дихальних шляхів, скорочує тривалість загострень хронічних респіраторних інфекцій, знижує антибіотикорезистентність патологічної мікрофлори (Hatakka K., Savilahti E., 2001; Weizman Z., Asli G., Alsheikh A., 2005).

**Висновки:** Порушення мікробіоценозу носа та ротоглотки в поєднанні з хронічним імунодефіцитним станом у

хворих на склерому підтверджує доцільність використання пробіотичних препаратів у комплексному лікуванні.

В.В. Кіщук, Я.П. Грицун, В.В.Колісник  
**ВПЛИВ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ НА ПОКАЗНИКИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ**

Кафедра ЛОР-хвороб

В.В. Кіщук (д.мед.н, професор)

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

**Актуальність:** На сьогодні можливості впливу на стан про- та антиоксидантної системи, активність вільнорадикального окиснення речовин є предметом наукового пошуку, оскільки одним із найважливіх біохімічних механізмів пошкодження клітин за умов патології дихальних шляхів є оксидативний стрес.

**Мета:** дослідити ефективність впливу препарату ацетилцистеїну на стан перекисного окислення ліпідів та білків, а також антиоксидантну систему при склеромі.

**Матеріал та методи:** 92 хворих на склерому у віці від 23 до 79 років були розділені на 2 групи: 47 хворих контрольної групи отримували стандартну терапію, 45 хворих основної групи додатково отримували ацетилцистеїн по 400 мг/день протягом 4-6 місяців.

**Результати:** Вивчення впливу різних видів терапії на активність прооксидантної системи виявило, що стандартна терапія зменшувала активність ксантинооксидази на 32,3% ( $p < 0,05$ ), порівняно з показником до лікування (медіана 2,39 мкмоль/хв·мг протеїну проти 2,05 мкмоль/хв·мг протеїну після лікування). Використання комбінованої терапії також супроводжувалось зменшенням активності ксантинооксидази з 2,42 до 1,75 мкмоль/хв·мг протеїну, на 32,3% ( $p < 0,05$ ).

Стандартна терапія не викликала достовірних змін активності каталази та сироваткової супероксиддисмутази в сироватці крові. Використання комбінованої терапії супроводжувалось збільшенням швидкості знешкодження гідроген пероксиду за участі каталази з 32,6 до 36,6 мккат/л (на 12,3%) та швидкості знешкодження супероксидного-аніон радикалу за участі супероксиддисмутази з 32,1 до 35,9 ум.од./мг протеїну, на 13,7% ( $p < 0,05$ ). Стандартна терапія не викликала значущих змін вмісту відновленого глутатіону в крові, а комбінована терапія викликала збільшенням його запасів з 3,09 до 3,37 мкмоль/л (на 12,8%).

Дослідження вмісту продуктів вільнорадикального окиснення ліпідів у крові показало, що стандартна терапія зменшувала їх рівень з 8,72 до 7,13 мкмоль/л, на 20,1% ( $p < 0,05$ ). Застосування ацетилцистеїну викликало більш виразне на 44,8 % зменшення рівня малонового діальдегіду з 8,86 до 5,00 мкмоль/л ( $p < 0,05$ ). Аналіз показника вільно-радикального окиснення протеїнів та редокс-статусу протеїнів у крові засвідчив, що стандартна терапія склеромі не викликала статистично-достовірних змін. Застосування ацетилцистеїну асоціювалося із достовірним зменшенням рівня карбонільних груп на 25,4% (з 81,7 до 66,5 од.опт.щ./мг протеїну), дисульфідних груп протеїнів на 21,5% (з 243 до 195 мкмоль/л) та збільшенням рівня SH-груп протеїнів на 44,5% (з 514 до 662 мкмоль/л),  $p < 0,05$ .

**Висновок:** Застосування стандартної схеми лікування склеромі супроводжувалось зменшенням активності ксантинооксидази та вільнорадикального окиснення ліпідів (за цими ефектами значно поступалась модифікованій терапії). Модифікована терапія із включенням препарату ацетилцистеїну також збільшувала активність антиоксидантних ферментів та запаси відновленого глутатіону, чинила депримууючий вплив на процеси вільнорадикального окиснення ліпідів та протеїнів, покращувала редокс-статус протеїнів.

Л.О. Килимнюк

**ПРОГНОЗУВАННЯ ПОРУШЕННЯ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ НА ОСНОВІ АНАЛІЗУ ДЕТЕРМІНОВАНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ**

Кафедра травматології та ортопедії

В.О. Фіщенко (д.мед.н. проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Зрощення перелому обумовлене багатьма факторами такими як, важкість пошкодження, якість репозиції та фіксації, вибір способу лікування. Однак, навіть використання малоінвазивних методик та досягнення стабільної фіксації не завжди гарантує зрощення перелому, що вказує на значення додаткових детермінованих факторів у процесі репаративної регенерації.

**Мета:** визначити прогностично несприятливі для зрощення переломів детерміновані фактори ризику, оцінити їх структуру та частоту у пацієнтів з розладами остеорепації.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано дані 58 пацієнтів з порушеннями зрощення переломів довгих трубчатих кісток (середній вік  $45,12 \pm 10,88$  років) та 58 пацієнтів з аналогічними пошкодженнями без розладів репаративної регенерації (середній вік  $44,6 \pm 11,62$  років), які перебували на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. У пацієнтів

досліджуваної групи у 19 (32,76%) встановлені ознаки сповільнення консолидації, у 39 (67,24%) – хибні суглоби. Достовірної різниці за статтю та віком між пацієнтами обох груп не встановлено. Для визначення вірогідності безпомилкового прогнозу ( $p \leq 0,05$ ) використовували логістичну регресію, визначали відношення шансів (ВШ) та 95% довірчі інтервали (ДІ). Статистичну обробку даних виконували з допомогою програми Statistica 10.

**Результати дослідження.** Детерміновані фактори ризику були виявлені у 34 (58,62%) пацієнтів досліджуваної групи і у 16 (27,59 %) пацієнтів контрольної групи. Пріоритетними станами серед пацієнтів досліджуваної групи були наступні: системні захворювання сполучної тканини (31,03 %), захворювання периферичних судин (27,59 %), анемія (18,97 %), цукровий діабет (15,52%), гіпотиреоз (6,9 %), онкологічні захворювання (3,45 %) Серед пацієнтів контрольної групи частота зазначених станів була нижчою - системні захворювання сполучної тканини (3,45 %), захворювання периферичних судин (8,62 %), анемія (8,62 %), цукровий діабет (3,45 %), гіпотиреоз (3,45 %), онкопатологія (1,72 %). У пацієнті з розладами остеорепації середня навантаженість факторами ризику детермінованими особливостями пацієнта складала  $3,61 \pm 1,07$  факторів, а у групі пацієнтів без порушення процесів зрощення  $1,66 \pm 0,81$  факторів. Встановлено достовірно вищу частоту детермінованих факторів ризику у пацієнтів з порушеннями зрощення переломів, порівняно з групою пацієнтів без розладів остеорепації ( $p < 0,000001$ ). В результаті проведеного дослідження встановлено, що наявність цукрового діабету ВШ=5,14, ДІ (1,04 – 25,38),  $p=0,02$  та захворювання периферичних судин ВШ=4,04, ДІ (1,35 – 12,06),  $p=0,007$  пов'язані з достовірно вищим ризиком порушення зрощення.

**Висновки.** Таким чином, обтяжений преморбідний фон підвищує ризик порушення зрощення переломів. Найбільш несприятливий вплив на процеси репаративної регенерації пов'язаний з наявністю цукрового діабету та захворюваннями периферичних судин.

Л.О. Килимнюк, В.М. Ковальчук, О.П. Ренкас

### ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ОБУМОВЛЕНИХ ТРАВМОЮ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ОСТЕОРЕПАЦІЇ

Кафедра травматології та ортопедії

В.О. Фіщенко (д.мед.н. проф.)

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

**Актуальність.** Розлади остеорепації становлять серйозну проблему сучасної травматології та ортопедії. Висока частота ускладнень репаративного остеогенезу, терміни лікування, непрацездатності обумовлюють значні економічними витрати та актуальність подальшого вивчення.

**Мета:** порівняти частоту факторів ризику обумовлених травмою у пацієнтів з порушеннями зрощення переломів та у пацієнтів без розладів остеорепації.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано дані 67 пацієнтів з порушеннями зрощення переломів довгих трубчатих кісток (середній вік  $49,67 \pm 16,32$  років) та 67 пацієнтів з аналогічними пошкодженнями без розладів репаративної регенерації (середній вік  $43,72 \pm 11,03$  років), які перебували на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Сповільнення консолидації встановлено у 25 (37,31 %) пацієнтів, хибні суглоби – у 42 (62,69 %). Достовірної різниці за гендерною та віковою характеристиками між пацієнтами обох груп не встановлено. Вірогідність безпомилкового прогнозу встановлювали при  $p \leq 0,05$ . Статистичну обробку даних виконували з допомогою програми Statistica 10.

**Результати.** Наявність відкритого типу пошкодження встановлено у 21 (31,34 %) пацієнта з порушеннями зрощення переломів та у 7 (10,45 %) пацієнтів контрольної групи. Встановлено достовірно вищу частоту відкритого типу пошкодження у пацієнтів з порушеннями остеорепації ( $p=0,003$ ). Травма виробничого генезу спостерігалася у 9 (13,43 %) пацієнтів з розладами репаративної регенерації та у 3 (4,48 %) з групи контролю, достовірної різниці між показниками не встановлено ( $p=0,07$ ). Низькоенергетичний механізм травми виявлено у переважної більшості – 49 (73,13 %) пацієнтів без порушень зрощення та лише у 16 (23,88 %) з розладами остеорепації, різниця між показниками статистично значима ( $p < 0,000001$ ). У 25 (37,31 %) пацієнтів з порушеннями зрощення та у 9 (13,43 %) – контрольної групи встановлено середньоенергетичний механізм травм, при порівнянні показників різниця достовірно відрізнялася ( $p=0,0016$ ). У більшості – 26 (38,81 %) пацієнтів з розладами остеогенезу та у 9 (13,43 %) без порушення процесів зрощення травма мала високоенергетичний механогенез. Різниця частоти даного фактору достовірно відрізнялася при порівнянні обох груп ( $p=0,0009$ ). Середня кількість факторів обумовлених травмою у пацієнтів з порушеннями зрощення становила  $0,71 \pm 0,49$  фактору на особу, у групі пацієнтів без розладів зрощення складала  $0,36 \pm 0,27$  фактору на особу. Встановлено достовірно вищу частоту факторів, обумовлених травмою у пацієнтів з розладами репаративного остеогенезу ( $p=0,000001$ ).

**Висновки.** Таким чином, встановлено достовірно вищу частоту факторів ризику обумовлених травмою у пацієнтів з розладами остеорепації. Наявність відкритого перелому, виробничого характеру травми, середньо- та високоенергетичного механогенезу пошкодження виявилися найбільш пріоритетними у пацієнтів з порушеннями зрощення переломів.

Л.О. Килимнюк  
**КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ**

Кафедра травматології та ортопедії

В.О. Фіщенко (д.мед.н. проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Висока частка порушень зрощення переломів та низька результативність хірургічного лікування обумовлюють необхідність пошуку ефективних методів консервативної стимуляції репаративного остеогенезу.

**Мета:** оцінити ефективність застосування екстракорпоральної ударно-хвильової терапії (ЕУХТ) при порушеннях зрощення переломів.

**Матеріали та методи.** Обстежено 67 пацієнтів з розладами остеорепації, які проходили лікування на базі кафедри травматології та ортопедії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. Середній вік пацієнтів становив  $49,67 \pm 16,32$  років, переважну більшість 42 (62,69 %) склали особи працездатного віку. Сповільнення консолидації встановлено у 25 (37,31 %) пацієнтів, хибні суглоби – у 42 (62,69 %). Серед обстежених було сформовано 2 групи – 36 (53,73 %) пацієнтів були включені в досліджувану групу та 31 (46,27 %) – в контрольну. Основним методом лікування пацієнтів контрольної групи був хірургічний. Пацієнтам досліджуваної групи проводили курс ЕУХТ з допомогою апарата фірми SwissDolorClast. Процедури здійснювалися з інтервалом 5-6 днів, курс лікування складав 5-7 процедур з урахуванням анатомічної локалізації. Частота ударів відповідала 10-15 Гц, робочий тиск - 3,5-4,0 бар, використовували головку R 15. Сумарна кількість ударів на ділянку пошкодження за одну процедуру становила 3500-4000. Для оцінки результатів використовували шкалу Neer-Grantham-Shelton в модифікації D. Cherkas-Zadeetal. Вірогідність безпомилкового прогнозу встановлювали при  $p \leq 0,05$ . Для статистичної обробки матеріалів використовували програму Statistica 10.

**Результати.** У результаті проведеного лікування у пацієнтів досліджуваної групи добрі результати спостерігалися у 18 (50,0 %) пацієнтів, задовільні – у 18 (50,0 %). Серед пацієнтів контрольної групи добрі результати встановлені у 8 (25,81 %) пацієнтів, а у 23 (74,2 %) – результати оцінювалися як задовільні. Незадовільні результати лікування у пацієнтів обох груп не встановлено. В результаті консервативної стимуляції зрощення переломів вдалося досягнути у 22 (61,11 %) пацієнтів досліджуваної групи. При порівнянні результатів лікування пацієнтів обох груп за показниками обмеження обсягу рухів ( $p=0,86$ ), рентгенологічними змінами ( $p=0,19$ ) та сумарними результатами ( $p=0,16$ ) достовірної різниці не встановлено. Однак, у пацієнтів досліджуваної групи встановлено достовірно кращі результати за показниками вираженості больового синдрому ( $p=0,03$ ), наявності анатомічного укорочення ( $p=0,007$ ) та працездатністю ( $p=0,02$ ).

**Висновки.** Таким чином, ЕУХТ являється ефективним методом консервативної стимуляції при порушеннях зрощення переломів, що дозволяє розглядати її у якості альтернативного варіанту лікування при розладах остеорепації.

В. Л. Кобець, С. І. Поніна

**ДІАГНОСТИЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КРИТЕРІЇВ SIRS У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячої хірургії

Т. І. Михальчук (асистент), А. І. Стародуб (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** синдром системної запальної відповіді (ССЗВ, англ. Systemic inflammatory response syndrome) — системна запальна відповідь на численні клінічні ураження, яка маніфестується як мінімум двома з таких ознак: 1) температура тіла  $38^{\circ}\text{C}$  і вище або нижче  $36^{\circ}\text{C}$ ; 2) тахікардія 90 за 1 хв., та більше; 3) частота дихальних рухів 20 за 1 хв., і більше, або  $\text{Pa CO}_2$  32 і більше; 4) лейкоцити більше  $12\ 000/\text{мм}^3$ , або менше  $4000/\text{мм}^3$ , або більше 10% незрілих форм у лейкоцитарній формулі. Важливість вивчення теми "Сепсис" зумовлена частотою і поширеністю цієї патології в усіх верствах населення, високим відсотком пацієнтів з гнійно-септичною патологією в структурі хірургічних хворих, домінуванням серед післяопераційних ускладнень гнійної хірургічної інфекції.

**Мета:** вивчення цінності критеріїв SIRS у діагностичному та прогностичному аспектах.

**Матеріали та методи:** використовувались емпіричні (сортування медичної документації, опис) та статистичні методи (реєстрування, порівняння, математичний аналіз). Вивчалися історії хвороб пацієнтів дитячого віку, з гнійно-септичними захворюваннями різної локалізації (підщелепний лімфаденіт -17 історій, апендицит ускладнений перитонітом – 17 історій, бактеріальна деструкція легень – 17 історій), хірургічного відділення ВОДКЛ за 2017 рік.

**Результати:** кількість пацієнтів, що мали два і більше критеріїв SIRS (у перший день – 30 (58.8%), третій – 10 (19,6%), дев'ятий – 0). Кількість осіб, що мали менше двох критеріїв SIRS (у перший день – 21 (41.2%), третій – 41 (80.2%), дев'ятий – 0).

**Висновки:** найбільш частими критеріями SIRS у пацієнтів із запальними процесами є частота дихань та частота серцевих скорочень. Нормалізація показників SIRS корелює з клінічними ознаками покращення. Показники SIRS доцільно використовувати для діагностики важкості септичних станів.

О.С.Кобзіна

## ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА МІОПІЮ, ЩО КОРИСТУЮТЬСЯ НІЧНИМИ ОРТОКЕРАТОЛОГІЧНИМИ ЛІНЗАМИ PARAGON

Кафедра очних хвороб

Гріжимальська К.Ю.(к.мед.н.,ас.), Андрушкова О.О.(к.мед.н.,ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Захворюваність на міопію є дуже поширеним станом, за даними ВООЗ у 2020 році її буде виявлено більше ніж у 2 млрд людей по всьому світу.

Якість життя – інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного, соціального функціонування пацієнта, заснована на його суб'єктивному сприйнятті.

Для оцінки якості життя використовується анкета, що містить у собі різні критерії, основними з яких є: 1)фізичне, 2)психологічне, 3)громадське життя, 4)довкілля, 5)духовність.

**Мета:** визначити вплив носіння нічних ортокератологічних лінз Paragon на якість життя осіб, що мають міопію.

**Матеріали і методи:** Під спостереженням знаходилось основна група: 24 хворих (48 очей) віком 14-20 років. З яких міопія легкого ступеню у 22 очах, середнього – на 26 очах. Усі користуються нічними ортокератологічними лінзами Paragon. Показником дослідної групи була контрольна група з 15 осіб (30 очей), серед яких міопія легкого ступеня – 18 очей, середнього – 12, які не користуються нічними лінзами.

Використовувався опитувальник S-36, що є «золотим стандартом» серед загальних методів, дозволяє оцінити якість життя людей з різними патологіями. У опитувальнику є 36 питань, в яких оцінюються наступні критерії:

1. Фізичне функціонування (ФФ) – показує рівень обмеженості фізичного навантаження.
2. Рольове функціонування (РФ) – вплив стану на щоденну рольову діяльність.
3. Біль (Б) – його вплив на здатність займатись повсякденними справами.
4. Життєздатність (Ж) – оцінка життєвого тону
5. Соціальне функціонування (СФ) – ступінь, в якому патологія впливає на соціальну активність.
6. Рольове функціонування, що обумовлене емоційним станом (РЕФ) – оцінка емоційного стану, який заважає виконувати повсякденні дії.
7. Психічне здоров'я (ПЗ) – характеризує настрій, депресію, тривогу, позитивні емоції.
8. Загальне здоров'я (ЗЗ) – оцінка хворим свого стану в теперішній момент і перспектив лікування.

**Результати:** Встановлено, що в обох групах пацієнтів показники фізичного функціонування і болю не відрізнялись. У контрольній групі було зниження 2 показників: рольове функціонування за рахунок емоційних проблем (через незручності носіння окулярів під час виконання повсякденних дій тощо) та соціальне функціонування (через глузування, неможливості займатися спортом тощо). Психічне здоров'я в основній групі на 20 позначок вище, ніж у контрольній за рахунок того, що пацієнти протягом дня відчувають себе здоровими. Оцінка загального здоров'я в основній групі досягає відмітки 100, в той час у контрольній 70.

**Висновок:** Таким чином користування нічними лінзами позитивно впливає на якість життя хворих на міопію. Застосування опитувальника SF-36 допомагає індивідуально визначити відхилення у всіх сферах життя хворого.

К. В. Коломієць, Р. О.Картелян

## ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЇ ТУГОВУХОСТІ РІЗНИХ СТУПЕНІВ

Кафедра ЛОР-хвороб

зав. кафедри: В. В. Кішук (проф., д. м. н.)

К. А. Лобко (доц., к. м. н.)

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

**Актуальність:** В даний час проблема туговухості набуває все більшого значення. Згідно зі статистикою, з кожної тисячі новонароджених 1 дитина має проблеми зі слухом. Впродовж перших трьох років життя туговухість проявляється ще у кількох дітей. Серед людей вікової категорії від 45 до 64 років туговухістю страждає приблизно 14 %, а серед старших 65 років – 30 %.

**Мета:** дослідити сучасні методи лікування нейросенсорної туговухості на різному рівні враження.

**Матеріали та методи:** сучасна медична література та медичні сайти з мережі Інтернет.

**Поставлені завдання:**

- дослідити особливості консервативного та хірургічного лікування даної патології;
- визначити переваги методу кохлеарної імплантації над іншими терапевтичними процедурами;
- проаналізувати новітні методи імплантування, що вирішують проблему нейросенсорної туговухості на вищих рівнях ушкодження.

**Результати:** більшість пацієнтів потребують консервативного лікування, і лише 21 % - кохлеарного імплантата. Патогенетичне лікування полягає в призначенні засобів, що забезпечують поліпшення або відновлення обмінних процесів і регенерацію нервової тканини. Застосовуються вітаміни групи В1, В6, А, Е, кокарбоксілаза, АТФ; біогенні стимулятори, ноотропи, судинорозширювальні засоби, засоби, що поліпшують судинну мікроциркуляцію, антихолінестеразні препарати, засоби, що поліпшують провідність нервової тканини; антигістамінні препарати, глюкокортикоїди. При показаннях призначають гіпотензивні препарати і антикоагулянти.

Як один із сучасних методів корекції порушення слуху використовують метод кохлеарної імплантації. Сучасні кохлеарні імплантати виконані із міцних сучасних матеріалів, майже непомітні та мають можливість підключення до мобільного телефону, мають привабливий естетичний вигляд, зменшує незручність при використанні. Але недоліком даного методу є висока вартість та позитивна залежність від ЛОР-спеціаліста з метою обслуговування даного апарату та його налаштування.

Сучасним експериментальним методом вирішення туговухості є слухова стовбутова система. Даний імплантат встановлюють на поверхні дорсального і вентрального кохлеарних ядер, в межах яких він стимулює нервові слухові структури і передає інформацію про амплітуду, частоту і тимчасові характеристики звуків, що сприймаються до кори головного мозку. Але можливість використання цього методу обмежується рівнем ураження звукосприймаючого апарату.

**Висновки:** більшість пацієнтів із сенсоневральною туговухістю потребують консервативного лікування, а вже на пізніх стадіях – слухопротезування або імплантації. Наразі іде апробація експериментального методу стовбурової імплантації, що дозволить вирішити проблему у тих хворих, що мають порушення слуху на рівні кохлеарних ядер у стовбурі мозку.

О.О. Крюкова

## РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГНІЙНИЙ МЕДІАСТИНИТ

Кафедра хірургії №1

В.О. Шапринський (д.мед.н., проф.), Мітюк Б.О.

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:** Аналіз та визначення оптимального способу хірургічного лікування гнійного медіастиніту в залежності від локалізації первинного джерела запалення.

**Матеріали та методи:** За період з 2008 по 2017 рр. у відділенні торакальної хірургії ВОКЛ ім.М.І.Пирогова знаходилось на стаціонарному лікуванні 82 хворих із діагнозом медіастиніт. З них 30 жінок (36,6 %) та 52 чоловіків (63,4 %). Середній вік склав 52 роки. Причиною даного ускладнення стали наступні нозології: Одонтогенна глибока флегмона ший (28 хворих), стороннє тіло стравоходу (18), тонзиліогенна глибока флегмона ший (8), спонтанний розрив стравоходу (9 хворих) - Синдром Бургаве, посттравматичні (4), флегмони ший невиясненого генезу (8), ятрогенні (3), післяопераційні (2) та інші (2).

**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 середостіння. Торакотомія, розкриття та дренивання переднього і заднього медіастиніту – виконувалась при синдромі Бургаве. В інших випадках виконувались: закрыта торакостомія; субксіфодальне розкриття та дренивання переднього середостіння; парастернальне розкриття та дренивання



переднього медіастиніту; цервікотомія, розкриття та дренування 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:** Проведений аналіз лікування і вибір хірургічного доступу залежить від причини, що викликала гострий медіастиніт. Гнійний медіастиніт є життєво небезпечним захворюванням із сталим рівнем летальності (20%), що пов'язано із виникненням важких ускладнень та мультисистемних уражень.

Є. С. Лагно  
**ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ПРИ  
ЛІКУВАННІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА**

Кафедра травматології та ортопедії  
А. В. Макогончук (к.мед.н., доцент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта є серйозною медико-соціальною проблемою. Згідно з даними ВООЗ у США та країнах Західної Європи поширеність остеохондрозу становить від 40 до 80%. Більшість випадків остеохондрозу хребта зазвичай не супроводжуються стійкою втратою працездатності, проте у світі відзначають чітку тенденцію до зростання показників тимчасової непрацездатності найбільш працездатної частини населення віком від 30 до 59 років. Тому надзвичайної актуальності набуває розробка ефективних комплексних методик лікування даної патології, які дозволяють значно скоротити терміни непрацездатності та покращити якість життя пацієнтів.

**Мета:** З'ясувати ефективність та доцільність використання кінезіотейпування для лікування остеохондрозу шийного, грудного та поперекового відділів хребта.

**Матеріали та методи:** Під спостереженням знаходилися 30 пацієнтів з остеохондрозом хребта, розділених на 2 групи. В основній і контрольній групі було по 15 пацієнтів: 5 пацієнтів з остеохондрозом переважно шийного відділу хребта, 5 – грудного, 10 – поперекового. Контрольна група приймала лише стандартну консервативну терапію, а основна – стандартну терапію та носила кінезіотейп. 8 пацієнтам накладалося 4 тейпи на 5 днів; 8 пацієнтам – 3 тейпи по тижню, 8 пацієнтам – 2 тейпи по 10 днів і 6 пацієнтам – 1 тейп на 20 днів. Використовували наступні методи дослідження: визначення інтенсивності болювого синдрому за візуально-аналоговою шкалою болю, визначення хребтового індексу, проби Шобера, Отта, Верещавського, Томайера, проба «підборіддя-грудина».

**Результати:** Пацієнти з основної групи відмічали покращення самопочуття вже з першого дня лікування. За візуально-аналоговою шкалою і тестами для оцінки клінічної ефективності лікування, основна група мала вірогідно вищі показники в порівнянні з пацієнтами контрольної групи. Частіша зміна змінитейпу (кожні 5 і 7 днів) продемонструвала кращу клінічну ефективність за пробами Шобера, Отта, Верещавського, Томайера та «підборіддя-грудина».

**Висновки:** Кінезіотейпування є ефективним додатковим методом лікування остеохондрозу шийного, грудного та поперекового відділів хребта;

Найбільша ефективність тейпа у перші 5-6 днів застосування, надалі – поступово знижується.

Б.О. Левчук, І.В. Бабій, А.Е. Гурницький, В.О. Манюк., І.І. Конопельник  
**ДО МЕТОДИКИ СКЛЕЮВАННЯ АПОНЕВРОЗУ ЗОВНІШНЬОГО КОСОГО М'ЯЗА ЖИВОТА  
ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ**

Кафедра хірургії з курсом стоматології ФПО  
В.В. Власов (д.мед.н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Хмельницький, Україна

**Актуальність.** Хірургічне лікування пахвинної грижі (ПГ) не завжди успішне. Навіть після алопластики рецидив сягає 3 - 5%.

**Мета.** Вивчити і порівняти можливість склеювання апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота (АЗКМЖ) встик із утворенням дуплікатури.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено проспективне дослідження 49 хворих на ПГ середнім віком 68,5 ± 12,7 років. Правобічну локалізацію ПГ спостерігали у 21 (42,86 %) хворих, лівобічну - у 28 (57,14 %). Усі хворі до операції пройшли повний комплекс обов'язкових обстежень. Хворі розподілені на групи: I група (32 хворих) - АЗКМЖ зашивали встик; II група (17) хворих) - АЗКМЖ склеювали з утворенням дуплікатури.

**Результати дослідження.** Виконано 49 операцій TIPP (трасінгвінальна преперитонеальна алопластика). У хворих I групи спостерігали такі розміри гризових дефектів: pL2 (14), pL3 (8), pM2 (7), pM3 (3); аналогічно у хворих II групи - pL2 (7), pL3 (4), pM2 (4), pM3 (2). Під час операції при розтині АЗКМЖ, особливо при великих гризових дефектах спостерігали його послаблення (можна сказати пролапс) провисання, стоншення. Після виконання основного етапу TIPP (встановлення сітчастого імплантату і зашивання поперечної фасції) - сім'яний канатик розміщували на задній стінці пахвинного каналу. Далі приступали до зашивання АЗКМЖ, яке розпочинали з латерального краю його рани поліпропіленовим 2/0 безперевним швом встик, у хворих I групи. В медіальній третині рани АЗКМЖ спостерігали періодичне прорізання стібків шва через погану міцність його тканини.

У хворих II групи по ходу зашивання встик країв рани АЗКМЖ відчували його натяг під час підтягування нитки. Приблизно з середини шва, або ж с/з частини шва відчувалось послаблення натягу. З цього моменту виколовання на відстані 0,5 - 1 см від краю латерального клаптя АЗКМЖ, доходячи до місця формування поверхневого пахвинного кільця. Зав'язували лігатуру. На вільну частину латерального клаптя АЗКМЖ нанесли клей "Катсил" (Rusan Pharma Ltd., India), яким приклеювали його до медіального клаптя АЗКМЖ вище лінії раніше накладеного шва.

Гнійних ускладнень не спостерігали. У 1 хворого спостерігали гематому калитки, у 1 хворого - інфільтрат рани. Середній час операції у хворих II групи був на  $3,4 \pm 0,5$  хв більше. Відмінності перебігу в післяопераційному періоді за шкалою ВАШ не спостерігали.

**Висновки.** Таким чином формування дуплікатури АЗКМЖ клеєм "Катсил" дозволяє зміцнити передню стінку пахвинного каналу і ліквідувати його провисання після усунення грижі.

Леванчук А.С., Леванчук С.М., Ларіонов М. В.

#### ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНИХ ТА ЕНДОВАЗАЛЬНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

науковий керівник проф., зак. каф. Петрушенко Вікторія Вікторівна  
кафедра лапароскопічної та серцево-судинної хірургії

**Актуальність:** Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок (ВХВНК) одна з найпоширеніших патологій західної популяції. Вона вражає 23% населення віком старше 25 років. У світовій практиці відома велика кількість методів лікування пацієнтів з ВХВНК. На сьогодні широкої популярності набули ендовазальні методи хірургічного лікування. Серед них найвідомішими є ендovenозна лазерна коагуляція (ЕВЛК), радіочастотна лазерна абляція (РЧА) та склеротерапія та черезшкірна лазерна коагуляція телеангіоектазії. Малоінвазивність є основною перевагою даних методів лікування. Віддалені Європейські рандомізовані дослідження описують розвиток рецидивів у даній категорії пацієнтів як після хірургічних методів оперативного лікування, так і після ендовазальних втручань. Саме тому існує необхідність дослідити частоту виникнення рецидивів при виконанні хірургічних та ендовазальних методів лікування та визначити причини повтору ВХВНК. За час існування (2006-2018 рр.) медичного флебологічного центру загальна кількість оперативних втручань склала близько 9 тис. З них 27% виконані з приводу рецидиву ВХВНК.

**Мета роботи:** проаналізувати віддалені результати хірургічних та ендовазальних методів лікування ВХВНК. порівняти механізми виникнення рецидиву ВХВНК при хірургічних та ендовазальних методах лікування, порівняти отримані дані з нашою практикою.

**Матеріали та методи:** опрацьовано 47 іноземних літературних джерел, в оглядах яких описуються різні методи (хірургічні та ендовазальні) оперативного лікування. За даними Stefanie A. Gauw et al. (2016 p.), Flessenkämper et al. (2016 p.), Van der Velden (2015 p.), Kalteis (2015 p.) та ін., пацієнти були поділені на групи в залежності від способу оперативного лікування: ЕВЛК, ЕВЛК + високе лігування (кросектомія), високе лігування + стріпінг. Результати Європейських рандомізованих досліджень ми порівняли з нашими клінічними досвідом. В групу ввійшли 3100 пацієнтів з стадіями по CEAP 2-4, яким виконано ЕВЛК (16%) та ЕВЛК + кросектомія (84%). В групу не включені пацієнти, яким виконували високе лігування + стріпінг, оскільки дану техніку ми використовуємо тільки у вадку тромбофлебіту поверхневих вен нижніх кінцівок. ЕВЛК виконувалась вітчизняним лазерним апаратом «ЛІКА-хірург» з довжиною хвилі 1470 нм. Світловоди застосовувались як торцеві, так і радіальні. Віддалені результати лікування ВХВНК оцінюють за основними двома показниками, розвитком рецидиву захворювання та якістю життя пацієнта. Для визначення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям пацієнтів з ВХВНК застосовується опитувальник Абердіна (Aberdeen Varicose Vein Questionnaire, AVVQ) та візуальну аналогову шкалу (VAS). Для оцінки якості оперативних втручань та контролю рецидиву патології необхідно проводити дуплексне ультразвукове дослідження (ДУЗД) перед оперативним лікуванням, через 6 місяців, 12 місяців, 2 роки, 5 років. Оцінка клінічного рецидиву, його локалізація, джерело класифікувалось за REVAS (рецидив варикозу після оперативного лікування).

**Результати:** У більшості незалежних рандомізованих досліджень виявлено рецидив ВХВНК після ізольованої ЕВЛК (Flessenkämper, 2016 – 40%, Gauw, 2016 – 33%, Rass, 2015 – 28%, Van der Velden, 2015 – 22%, Rasussen, 2013 – 44%, Disselhoff, 2011 – 22%, Медичний флебологічний центр, 2017 – 27%), що підтверджено ДУЗД, тоді як результати комбінованого методу (ЕВЛК + кросектомія) мали достовірно кращий клінічний результат. Виникнення рецидиву в останній категорії пацієнтів статистично достовірно нижчий (Flessenkämper, 2016 – 6%,

Медичний флебологічний центр, 2017 – 8%). Враховуючи складність, об'єм втручання та післяопераційні ускладнення після кросектомії + стріпінгу ми вважаємо недоцільним використання даного методу лікування у хворих без тромбозу підшкірних вен в стадіях С2 – С4, незважаючи на невисокий відсоток рецидивів після їх виконання. Ряд авторів визначає, що причиною рецидивів може бути не лише реканалізація після ЕВЛК, але й патологічний рефлюкс у гілках підшкірних вен (основне значення за Stefanie A. Gauw et al. має передня додаткова підшкірна гілка), а також процес неоваскуляризації. Рецидив після ізольованої ЕВЛК виникає частіше через реканалізацію великої підшкірної вени (Flessenkamper, 2016 – 11,1%, Gauw, 2016 – 3%), рефлюксу в бічних гілках підшкірних вен (Flessenkamper, 2016 – 11,1%, Gauw, 2016 – 25%), неоваскуляризації (Flessenkamper, 2016 – 13,3%, Gauw, 2016 – 5%). Після ЕВЛК з кросектомією основною причиною є процес неоваскуляризації (Flessenkamper, 2016 – 15,97%), який досягає ще більших значень при виконанні стріпінгу (Flessenkamper, 2016 – 22,6%, Gauw, 2016 – 8%).

**Висновки:** Частота рецидивів після ізольованої ЕВЛК досить висока. За даними різних авторів становить від 22% до 44%. Основними причинами повторення ВХВНК після ЕВЛК є реканалізація ВПВ та рефлюкс в підшкірних гілках (особливо передня додаткова гілка). Покращити віддалені результати лікування можна виконуючи комбіновані оперативні втручання, зокрема ЕВЛК з кросектомією. Фокус наших досліджень в подальшому має бути спрямований на вивчення віддалених результатів ЕВЛК. А також дослідження механізмів (особливо неоваскуляризації) розвитку рецидиву для наступного їх попередження.

Лемешов О.С.

## ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ НЕРВІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ НЕЙРОРАФІЇ

к.мед.н. доц. Ольхов В.М., Чирка Ю.Л.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії  
Вінниця, Україна

**Актуальність, наукова новизна.** Частота травматичних пошкоджень периферичних нервів у мирний час складає від 1,5 до 4% від всіх можливих травм тіла, а під час військових дій – досягає 10%. Частіше пошкоджуються нерви верхньої кінцівки – 61%, ніж нижньої – 39%. За даними А.Т.Худяєва (2012 р.) пошкодження ліктьового нерву (ЛН) складає 13%, променевого (ПН) – 10,4%, серединного (СН) – 2,6% серед всіх травм периферичних нервів. Частіше всього причиною пошкодження є: падіння на скло – 45% досліджених, 30% припадає на ушкодження бензопилою та 25% гострим предметом. В зв'язку з наявністю ознак інвалідизації, значним обмеженням функції верхньої кінцівки внаслідок травм, важливим є дослідження результатів проведення оперативних втручань відносно відновлення функції пошкоджених нервів.

**Мета:** визначити ступінь відновлення ЛН, ПН, СН, через 1 рік після виконання нейрорафії.

**Матеріали і методи:** в період 2014– 2016 років в відділенні нейрохірургії Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенка з приводу пошкоджень нервів верхньої кінцівки було виконано нейрорафію 23 хворим. На основі анкет з шкалою Bishop, розісланих пацієнтам, проаналізовано ступінь регресу больового синдрому, динаміку змін рухових та чутливих розладів у верхній кінцівці до операції та на момент дослідження.

**Результати.** До операції больовий синдром мав місце у 100% випадків. На момент дослідження нічні болі відчували 16,6% пацієнтів, денні болі – 25%, у 58,4% - болі відсутні. До операції чутливі розлади відмічені в усіх спостереженнях (анестезія у дерматомі відповідного нерву була у 33,3% пацієнтів, виражена гіпестезія – 50%, помірна гіпестезія – 16,7% досліджуваних). Після операції чутливі розлади збережені, але в жодному випадку не відмічена анестезія (отримані результати коливались від вираженої гіпестезії – у 58,3% до помірної – 25% та легкої – 16,7%). Процес відновлення чутливості краще в ПН ніж в ЛН та СН. До оперативного втручання у всіх хворих була плегія у відповідних м'язах, які іннервує пошкоджений нерв. Після операції сила у м'язах, при дослідженні, на нормальному рівні відмічена у 25%, помірно знижена у 16,7%, значно знижена – 58,3% постраждалих. Відновлення сили краще було в м'язах які іннервує ПН. За шкалою Bishop у середньому  $7,286 \pm 2,58$ .

В той же час найкращі показники Bishop отримано в результаті оперативного лікування СН  $8,5 \pm 3,05$  та ПН  $8,33 \pm 2,49$ , гірші - ЛН  $6,5 \pm 3,43$ . При кореляційному аналізі показника Bishop та часу від травми до операції отримано дані за наявність середнього зворотного кореляційного зв'язку (-0,4), залежність показника Bishop від віку – слабкий зворотній кореляційний зв'язок (-0,14).

**Висновки.** Нейрорафія є ефективним методом оперативного лікування, який знижує больові відчуття, покращує м'язову силу та чутливість. Найкраще відновлення м'язової сили та чутливості - в зоні іннервації ПН, в меншому обсязі у зонах СН та ЛН. Якість результатів нейрорафії залежить від тривалості від травми до операції та віку хворих.

Б.Е.Лі  
**ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ НАДАННІ ПЛАНОВОЇ ТА  
УРГЕНТНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Кафедра дитячої хірургії  
Д.В.Коноплицький (асистент кафедри)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ендоскопічна хірургія – це сучасний напрямок розвитку хірургії, який знайшов широке використання і в лікуванні дитячої хірургічної патології. Ендоскопічна хірургія використовується при лікуванні хірургічної патології органів грудної та черевної порожнини. Вона може використовуватися при наданні планової та ургентної хірургічної допомоги. Враховуючи те, що малоінвазивна хірургія має безліч переваг над традиційною відкритою хірургією, вона набуває більш широкого використання та популярності.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз дітей з хірургічною патологією, яким проводилось ендоскопічне хірургічне лікування в умовах Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні в період з 2015 по 2018 рр

**Матеріали та методи:** 164 дитини з різноманітною хірургічною патологією, яким проводилось ендоскопічне хірургічне лікування в умовах Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні в період з 2015 по 2018 рр

**Результати:** В період з 2015 по 2018 рр. на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні знаходилось 164 дитини з хірургічною патологією, яким проводились ендоскопічні оперативні втручання. Розподіл хірургічної патології та оперативних втручань. Пахова грижа - 51 дитина. Корекція патології проводилась за методикою PIRS. Всі діти поступали з однією паховою грижею. Під час оперативного втручання у 23.5% дітей був виявлений не зарощений вагінальний відросток з контрлатеральної сторони, хірургічна корекція проводилась з двох сторін. Лапароскопічна апендектомія з приводу гострого апендициту проводилась у 9 пацієнтів. Лапароскопічна варикоцелектомія була виконана у 20 дітей. Оперативні втручання з приводу пухлиноподібних утворень придатків матки проводилися у 26 дівчат. Із них 20 пацієнток прооперовані в плановому порядку та 6 – в ургентній черзі. Спленектомія була виконана у 7 дітей та 5 дітям проводились оперативні втручання із збереженням селезінки. Оперативні втручання з приводу пухлин: пухлини печінки – 12 дітей, нефробластома – 3 дітей, пухлини кишківника – 2 дітей, пухлини черевної порожнини та заочеревинного простору - 6 дітей, пухлини легень та середостіння – 7 дітей. Холецистектомія була виконана у 4 дітей з приводу ЖКХ та поліпозу жовчного міхура. Коагуляція булл при бульозній хворобі легень проводилась 9 пацієнтам. Цекостома та ентоеростома накладалась 2 пацієнтам з приводу некротичного коліту та тромбозу мезентеріальних судин. Одному з пацієнтів проводилась лапароскопічна мобілізація сигмовидної кишки при трансанальній ендоректальній резекції прямої та сигмовидної кишки з накладанням колоректального анастомозу, при лікуванні хвороби Гіршпрунга. Всі оперативні втручання проводилися без конверсії. Накладання кишкових анастомозів проводилось екстракорпорально.

**Висновки:** Ендоскопічна хірургія є сучасним мініінвазивним методом лікування та повинна більш широко застосовуватись при більшості хірургічної патології органів черевної та грудної порожнин у дітей, а також і у вигляді діагностичних заходів патологічних станів.

Н.Л. Літвінцова  
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН У ДИТИНИ ІЗ  
ГОСТРИМ ЛІМФОБЛАСНИМ ЛЕЙКОЗОМ**

Кафедра дитячої хірургії  
Д.В.Коноплицький (асистент кафедри)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність.**Тромбоз мезентеріальних судин - загрозливий для життя патологічний стан, у дітей зустрічається досить рідко та складає 1,4 випадки на 100000 дитячого населення має дуже високий відсоток летальності. Частіше за все тромбоз мезентеріальних судин виникає як ускладнення інших захворювань.До сьогодні мало вивчений зв'язок між неоплазією та розвитком тромбоемболічних станів

**Мета.** Описати діагностику та лікування тромбозу мезентеріальних судин як ускладнення цитостатичної хвороби у дитини з гострим лімфобластним лейкозом.

**Матеріали та методи:** Під спостереженням в клініці хвора Б. з гострим лімфобластним лейкозом, що ускладнився тромбозом мезентеріальних судин.

**Результати:**Дитина Б., 2 років, госпіталізована 5.01.18 року в онкогематологічне відділення ВОДКЛ. Після проведеного протокольного обстеження дитині був встановлений діагноз: Гострий лімфобластний лейкоз, перший гострий період. 10.01.18 р.розпочато індукційний курс хіміотерапії. На 18 день першого протоколу лікування, виникли скарги на болі в животі, гіпертермію. При динамічному фізикальному обстеженні наростали явища перитоніту. В гемограмі: анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія. Дитині виконана: лапароскопія, ревізія та санація черевної порожнини, апендектомія, біопсія кишкової стінки,накладання

ентеростоми, цекостоми, дренажу черевної порожнини. При ревізії органів черевної порожнини виявлено велику кількість серозно – геморагічного випоту (до 2 літрів), стінка кишки в стані значного набряку, сіро-чорного кольору, перистальтика не візуалізувалась, брижа набрякла, судини не пульсували; пасма великого чіпця та очеревина в множинних крововиливах великих розмірів; печінка різко анемічна; апендикс – набряклий, синюшний, брижа відростка набрякла, пульсація судин не визначається. При резекції апендикса та накладання цекостоми виявлено, що стінка кишки та її брижа не кровоточать. Патогістологічне заключення: тромбоз судин, тотальний некроз стінки відростка та товстої кишки з геморагічним просякненням та помірною поліморфноклітинною запальною інфільтрацією. В післяопераційному періоді дитині проводилась масивна трансфузійна, антибактеріальна, антимікотична терапія, відновлення гемостазу та гемодинаміки.

Через три тижні після оперативного втручання дитині було виконано ендоскопічне обстеження товстої кишки: слизова оболонка прямої, сигмоподібної та поперекової кишки рожевого кольору, з множинними ерозіями та геморагіями, блискуча, судинний кровоток збережений. В кишкового просвіті у великій кількості фібринозно - гнійний вміст густої консистенції. Слизова оболонка сліпої та висхідної кишки гіперемована, із синюшним відтінком, множинними ерозіями.

**Висновки.** Тромбоз мезентеріальних судин являється грізним ускладненням цитостатичної хвороби та при правильному та своєчасному хірургічному і консервативному лікуванні може бути корегованим. Лапароскопічний та ендоскопічний метод може використовуватися при діагностиці та контролі лікування тромбозу мезентеріальних судин у дітей.

С.О. Луговий

## ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ХВОРОБИ КРОНА У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2008-2018 Р.Р.

Кафедра дитячої хірургії

Д.С. Солейко (к.мед.н., асистент), Н.П. Солейко (асистент)

ВНМУ імені М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

**Актуальність** В останні роки спостерігається збільшення хронічних захворювань ШК-тракту у дітей, з яких хвороба Крона (ХК) є одним із найважчих, зважаючи на неможливість повноговилікування, високий ризик малігнізації та велику кількість хірургічних ускладнень. За останні 20 років захворюваність дітей на ХК у Великій Британії збільшилась у 3 рази, а у Швеції в 4 рази.

**Мета** Визначити причин виникнення хірургічних ускладнень ХК у дітей, дослідити структуру хірургічних ускладнень ХК у дітей, проаналізувати інформативність методів обстеження з метою визначення обов'язкового комплексу, визначити типи для хірургічних ускладнень ХК зміни, розробити діагностичний алгоритм та рекомендації щодо нехірургічного лікування.

**Матеріали та методи** Проаналізовано 20 історій хвороб 9 пацієнтів, які лікувались у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні з приводу хірургічних ускладнень хвороби Крона за період 2008-2018 р.р.

**Результати** Визначено кореляцію між тривалістю скарг до моменту звернення (від 1 місяця до 2 років) та наявністю хірургічних ускладнень ХК, структуру яких склали: термінальний ілеїт, кишкова кровотеча, стеноз здухвинної кишки, кишкова непрохідність, абсцес, флегмона різних відділів кишечника та параректальної клітковини, нориці прямої кишки. Визначена кореляція за збудником результатів висів з кишкового та позакишкових просторів, наявність дизбактеріозу кишечника у всіх пацієнтів. Аналіз калу на дизбактеріоз проводився 5 хворим із 9. Визначені найбільш типові для ХК морфологічні зміни. Найбільш інформативними методами обстеження були морфологічне, рівень циркулюючих імунних комплексів та серомукоїд. Жодному хворому не проведено імунологічне обстеження та повний комплекс ендоскопічних досліджень, аналіз калу на рівень кальпротектину. Тільки 7 пацієнтів із 9 отримували препарати групи нітроїмідазолу, 5 із 9 – про- та еубіотики, ентеросорбенти. Рівень ЛШ та ГШ по закінченню лікування склав 0,72 та 0,76 відповідно, середній ліжко-день – 31,2 доби.

**Висновки** Причиною хірургічних ускладнень ХК у дітей є несвоєчасне виявлення скарг. Наявність кореляції збудників кишкового та позакишкових просторів, дизбактеріозу кишечника у всіх хворих обумовлює його визначення і корекцію про- та еубіотиками у всіх пацієнтів із ХК. З метою зменшення тривалості терапії препаратами 5-аміносаліцилової кислоти, у склад антибактеріальної терапії мають входити препарати групи нітроїмідазолу, ентеросорбенти. З метою визначення ступеню активності процесу, зменшення тривалості лікування, виявлення і попередження можливих ускладнень всім хворим має бути проведено визначення рівню циркулюючих імунних комплексів та серомукоїд, аналіз калу на кальпротектин, повний комплекс ендоскопічних та імунологічних досліджень.

Р.Л.Любевич, Т.Ю.Повшедна, В.В. Максимчук  
**ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНОСТІ ТА РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ГОЛОСОВОГО АПАРАТУ У ВОКАЛІСТІВ**

Кафедра ЛОР-хвороб  
В.В.Кіщук (д.мед.н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Захворювання голосового апарату серед музикантів-вокалістів, зустрічаються значно частіше у порівнянні з особами, які не мають професійного відношення до музики. Несвоєчасна діагностика та неефективне лікування веде до розвитку ускладнень та швидкого розвитку професійної непридатності.

**Мета:** Виявити основні причини голосової патології у співаків, поширеність та взаємозв'язок між захворюваннями голосового апарату та жанровою направленістю співаків.

**Матеріали та методи:** проаналізовано медичні карти та оглянуто 48 різножанрових вокалістів за використанням оториноларингологічних та фоніатричних методів, а саме непрямой ларингоскопії та ларингостробоскопії. Проведено порівняльний аналіз з даними у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях.

**Результати:** За даними різних авторів, найчастіша причина тимчасової втрати працездатності серед співаків обумовлена захворюваннями гортані, коливається від 36 до 52%. У структурі захворювань гортані: функціональні порушення складають близько 27%, органічні зміни голосових складок - 15%. Гострі ларингіти становлять - 8%, хронічні ларингіти більше - 20%

Виявлена залежність між жанром виконання та органічними захворюваннями голосових складок, які зустрічаються частіше у артистів опери та рок-вокалістів, в дослідженні у 27% випадків. Проявляються у вигляді хронічних ларингітів, а саме: «співочих вузликів», маргінального хордиту, крайової кісти, контактних виразок та крововиливів у голосові складки.

Функціональні порушення зустрічаються частіше у хористів, виявлено у 30% співаків відповідного жанру, проявляючись у вигляді гіпокінетичної та гіперкінетичної дисфонії, фонастенії.

При зверненні до фоніатра вокалісти найчастіше пред'являють скарги на охриплість, погіршення акустичних властивостей голосу, кашель, біль в горлі, швидко втому голосу. Основними причинами при їх формуванні служать: професійний фактор, емоційний стрес, тривале голосове перенапруження, неліковані захворювання гортані, недосконалі вокальна техніка, екстремальні вокальні техніки, недотримання правильного голосового режиму при захворюваннях верхніх дихальних шляхів.

**Висновки:** Виявлено основні причини та взаємозв'язок між захворюваннями голосового апарату та жанровою направленістю співаків. Проаналізовано поширеність голосових патологій серед співаків. У артистів опери та рок-вокалістів проявляються переважно у вигляді органічних уражень, у 27% оглянутих співаків відповідних жанрів. Функціональні порушення зустрічаються частіше у хористів, в 30% випадків. Данні охоплюють лише невелику групу співаків з низькою репрезентативністю за деякими жанрами, тому це потребує подальших ширших обстежень та аналізу отриманих результатів.

Р.Л. Любевич, К.Ю. Рудюк  
**РЕНТГЕНОЛОГІЧНИЙ СИМПТОМ СКРИПІЧНОГО КЛЮЧА ПРИ ДРЕНУВАННІ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ТА НИРКИ СТЕНТОМ**

Курс урології кафедри хірургії №1  
І.В. Барало (к.м.н., доц)  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Широке застосування в урологічній практиці має дренування верхніх сечових шляхів та нирки стентом, оскільки метод малоінвазивний, забезпечує швидке і надійне відновлення пасажу сечі із верхніх сечових шляхів при наявності обструктивної уropатії

**Мета:** Виявити частоту міграції проксимального (ниркового) кінця стента, можливі причини, наслідки та заходи для його попередження

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз випадків стентувань сечоводів і нирок за операційним журналом урологічного відділення ВОДКЛ ім. М.І.Пирогова (з 26.08.16 до 25.01.18)

**Результати:** У період від 26.08.16 до 25.01.18 проведено 161 операцію в урологічному відділенні ВОКЛ ім. М.І. Пирогова, з них – 131 ендоскопічне дренування сечоводів та нирок стентом (приблизно проводиться 60 стентувань на рік). Контроль розташування стента проводився після завершення процедури, тому що відсутня рентгівська «S» дуга. Міграція або неправильне розташування проксимального кінця стента виявлена у 8 пацієнтів, у 4 з них кінець стента завернувся у вигляді скрипичного ключа, що складає 50%. Відповідно до загального обсягу проведених стентувань, цей симптом складає 3,05%. Рентгенологічний симптом скрипичного ключа, який виявляється після проведення стентування свідчить про неправильне розташування

проксимального кінця стента. Така проблема пов'язана з відсутністю рентген контролю саме під час проведення процедури. Якщо кінець стента закрутився після здолання перешкоди вище розташування каменя, негативних наслідків немає. Неправильне розміщення проксимального кінця стента часом може призводити до труднощів при його видаленні. В тих випадках коли вище перешкоди кінець стента ввести не вдалось, потрібно його відразу видалити, після чого вирішувати питання про інший варіант усунення обструкції – черезшкірнопункційну нефростомію або відкрите хірургічне втручання.

**Висновки:** Стентування – найпопулярніша процедура в урологічній практиці, що дозволяє відновити порушений пасаж сечі. Відсутність адекватної інтраопераційної візуалізації веде до неправильного встановлення проксимального кінця стенту, що проявляється рентгенологічним симптомом скрипичного ключа на оглядовій урограмі. Тому для правильного встановлення стенту, легкого його видалення, мінімалізації ускладнень варто застосовувати рентгенологічний контроль процедури під час операції.

О.Ю. Макарицька

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

К.Л. Лонський (к.м.н., ас.)

В.В. Петрушенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Посилена увага до ангіології пов'язана з поширенням серед населення захворювань системи периферичного кровообігу та незадовільною ефективністю методів їх лікування. Частота захворювань артерій нижніх кінцівок (ЗАНК) становить близько 3% у пацієнтів до 40 років і понад 6% у хворих похилого віку, при цьому летальність та ампутація кінцівок складають, відповідно, 13,5% та 21,5%. Втрата однієї чи більше кінцівок погіршує якість життя пацієнтів, а також приносить значні збитки державі. При наявності такої статистики питання доцільності і вибору методу хірургічного лікування ЗАНК до цього часу перебуває у стані дискусії.

**Мета:** Проведення порівняльного аналізу і встановлення критеріїв вибору оптимального методу хірургічного лікування ЗАНК у двох групах пацієнтів, яким виконувалося стентування чи шунтування.

**Матеріали та методи:** В роботі використані клінічні, ультразвукові, статистичні методи обробки результатів.

**Результати:** На базі Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова нами було обстежено 36 пацієнтів з атеросклерозом нижніх кінцівок. Стентування артерій нижніх кінцівок (АНК) було проведено 17-ом хворим, а шунтування (АНК) 19-ом. Під час обстеження, ми в першу чергу детально вивчали анамнестичні дані, особливо про стійкість до фізичних навантажень, що має важливе клінічне значення, так як дозволяє прогнозувати розвиток ішемії. Для цього нами було використано та вдосконалено опитувальник Единбурга. Вік обстежених коливався від 45 до 75 років, основний контингент (83,4 %) склали чоловіки від 49 до 72 років. Атеросклероз АНК частіше розвивався у пацієнтів з гіперхолестеринемією, зі шкідливими звичками та надмірною масою тіла. Встановлено, що у хворих після проведеного стентування віддалені результати мають негативну тенденцію порівняно з шунтуванням. Вже через 1,5-2 роки пацієнти відмічали повернення болю в нижніх кінцівках, зміну температури, кольору та зниження чутливості. Навіть на фоні прийому антиагрегантів клініка захворювання продовжувала прогресувати. Згідно з результатами ультразвукового дуплексного дослідження АНК після виконаного стентування в динаміці 2-х років, було помічено ураження задньої та передньої великогомілкових артерій у 43% хворих, кровоплин магістрально зміненого типу у 21%. Наявність адинамії, недотримання дієти, відмова від медикаментозної підтримки (антиагреганти та статини), порушення ліпідного спектру крові та обміну мікро- та макроелементів є досить несприятливим фоном для прогресування атеросклерозу, що було підтверджено у пацієнтів даного дослідження.

**Висновок:** У результаті проведених досліджень нами було проаналізовано якість життя, клінічну картину, дистанцію ходи пацієнтів, дотримання режиму лікування, харчування, рівень смертності та недбалого ставлення до власного здоров'я, що можуть мати вплив на критерії вибору оптимального методу оперативного лікування ЗАНК для досягнення найкращих віддалених результатів та припинення прогресування захворювання.

Макаров В.М.

## ДОСЯГНЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

Кафедра хірургії №1

В.О. Шапринський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Абсцеси печінки посідають чільне місце у структурі гнійно-деструктивних ускладнень патології органів черевної порожнини, що вимагає подальшого поглибленого вивчення та оптимізації методів

діагностики і лікування хворих. Незважаючи на впровадження в клінічну практику сучасних методів ультразвукової діагностики та комп'ютерної томографії летальність залишається високою і сягає до 5%. Однак вони дозволяють змінити підходи до діагностики та лікування абсцесів печінки шляхом більш широкого застосування малоінвазивних методів лікування - черезшкірної пункції з дрениванням порожнини гнійника.

**Мета:** Аналіз та розробка оптимального способу лікування абсцесів печінки.

**Матеріали та методи:** У клініці хірургії №1 Вінницького національного медичного університету на базі хірургічного відділення обласної лікарні з 2003 по січень 2018 років був пролікований 101 пацієнт з бактеріальними абсцесами печінки. В основі інструментальних обстежень враховувались результати ультразвукової діагностики та комп'ютерної томографії. Використовувались операції з лапаротомного доступу, лапароскопічні, черезшкірне дренивання.

**Результати:** Операція виконана лапаротомним доступом у 76 хворих: перицистектомія – 6, клиновидна резекція – 4, гемігепатектомія – 1, фенестрація – 18, дренивання – 47. Лапароскопічне дренивання у 1 пацієнта. Черезшкірне дренивання абсцесів печінки проведено у 24 хворих. Завдяки ультразвуковій навігації дренивання виконувалось у всіх сегментах печінки. Тривалість лікування становила від 7 до 62 діб, що залежало від ефективності обраної методики лікування.

**Висновки:** Метод вибору оперативного лікування в основному залежить від результатів УЗД та КТ обстежень. При цьому велике значення відіграє товщина капсули стінки АП. Операцією вибору є черезшкірна пункційно-аспіраційна санація під ультразвуковою навігацією. У випадках хронізації процесу, неефективності попереднього дренивання, варто використовувати лапаротомні і, як інноваційну альтернативу - лапароскопічні оперативні втручання типу дренивання, фенестрація, перицистектомія та резекційні способи.

Н.О. Максимчук

### ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ СОРБІЛАКТУ ТА L-АРГІНІНУ НА СТАН ІОНОРЕГУЛЯТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОТОКСИКОЗОМ У ПЕРІОДІ ЇЙОГО РОЗВИТКУ

Кафедра анестезіології та реаніматології

В.М. Коновчук (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м.Чернівці, Україна

**Актуальність.** Поєднане застосування сорбілакту та L-аргініну володіє перспективним нефропротективним потенціалом у випадку синдрому ендогенної інтоксикації гнійно-септичного генезу. Проте, дія комбінації препаратів на функціональний стан нирок, зокрема на іонорегуляторну функцію, потребує верифікації.

**Мета:** встановити вплив поєднаного застосування сорбілакту та L-аргініну на іонорегуляторну функцію нирок.

**Матеріал та методи.** У дослідження включено 117 хворих, розподілених у групи: I група – 31 хворий із синдромом системної запальної відповіді. II група – 27 хворих із СЕІ за шкалою клітинно-гуморального індексу інтоксикації 40-60 балів (середньо-важка ступінь), яким проводилась стандартна терапія. III група – 29 хворих із СЕІ, яким на базі стандартної терапії вводили сорбілакт. IV група – 30 хворих із СЕІ, стандартне лікування, яких доповнювалось поєднаним застосуванням сорбілакту та L-аргініну. Інфузію сорбілакту пацієнтам III та IV груп проводили із розрахунку 6-7 мл/кг маси тіла внутрішньовенно краплинно зі швидкістю 7-8 мл/хв. Після закінчення інфузії сорбілакту пацієнтам IV групи проводили інфузію 4,2% розчину L-аргініну (тівортін внутрішньовенно краплинно згідно інструкції). Забір крові та сечі здійснювали через 3 години ( $\pm 10$  хв) від початку інфузії сорбілакту. Іонорегуляторна функція вивчалась на прикладі калію. Концентрацію калію в плазмі крові визначали іонометрією з використанням твердоконтрастних іоноселективних електродів на аналізаторі критичних станів «Собас b 121». Концентрацію калію в сечі визначали методом полум'яної фотометрії. Наведено результати отримані на перший день дослідження у всіх групах.

**Результати.** Концентрація калію в плазмі крові у хворих I групи складала  $4,2 \pm 0,11$  ммоль/л, II групи –  $4,6 \pm 0,13$  ммоль/л, III групи –  $4,5 \pm 0,11$  ммоль/л, IV групи –  $4,7 \pm 0,10$  ммоль/л. Екскреція калію становила  $64 \pm 3,1$  мкмоль/хв. у I групі,  $50,6 \pm 3,0$  мкмоль/хв у II,  $62,1 \pm 2,7$  мкмоль/хв у III та  $65,3 \pm 2,6$  мкмоль/хв у IV групі. Екскретована фракція калію була  $13 \pm 0,6$  % у I групі,  $17 \pm 0,6$  % у II,  $18 \pm 0,5$  % у III та  $19 \pm 0,5$  % у IV. Інтегративним показником є кліренс калію що дорівнював  $15 \pm 0,7$  мл/хв у I групі,  $11 \pm 0,8$  мл/хв у II,  $14 \pm 0,5$  мл/хв у III та  $14 \pm 0,4$  мл/хв у IV групі.

**Висновки:** При поєднаному використанні сорбілакту та L-аргініну не спостерігається значного впливу на іонорегуляторну функцію нирок (за калієм).

О.А. Мартинова

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЗУПИНКИ НОСОВИХ КРОВОТЕЧ

Кафедра ЛОР-хвороб



К.А. Лобко (к.м.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Носова кровотеча – досить поширений патологічний стан, що може призвести до значної крововтрати та смерті хворого. Це той вид кровотечі, у разі якої пацієнти частіше звертаються за медичною допомогою. За даними літератури 60 % населення, що найменше раз в житті відзначали епізод носової кровотечі, а 25 % з них були госпіталізовані. Приблизно у 4 % населення носові кровотечі мають схильність до повторення.

Сучасні методи для зупинки кровотеч відрізняються можливістю збереження носового дихання, швидкістю та ефективністю використання, безболісністю для пацієнта та зниженням кількості рецидивів носових кровотеч.

**Мета:** Розглянути сучасні методи зупинки носових кровотеч, їх переваги та недоліки.

**Матеріали та методи:** Матеріалами для дослідження були роботи науковців: Г.А. Гарджимірзаєв, В.Н. Тулкін, Р.Ф. Гофман. Методом роботи є опрацювання наукової літератури.

**Результати:** До сучасних методів відносять: використання хірургічного клею, секційний гідротампон, використання полівінілпіролідинової плівки, методика кліпсування, мероцелівські тампони, сучасні пневмотампони з латексним катером, носові манжети з гелевим чохлам, також передня і задня тампонади. До хірургічних сучасних методів відносять: ендоназальна ангіотомія, емболізація кінцевих гілок зовнішньої та внутрішньої сонних артерій, встановлення внутрішньо- носових силіконових сплінтів. Вибір методу, який буде використовуватись для зупинки кровотечі, залежить від інтенсивності самої кровотечі, її локалізації та попередніх методів зупинки кровотечі.

**Висновки:** Різноманітність сучасних і ефективних методів зупинки носових кровотеч зумовило їх широке використання. Проте не всі ці методи набули популярності застосування в Україні через свою високу вартість. Особливу популярність отримали мероцелівські тампони з трубкою, яка допомагає вільно дихати при наявності їх у носовій порожнині.

М.М. Маціпура, Л.О. Килимнюк

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПРОЦЕСІВ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПІД ВПЛИВОМ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ В УМОВАХ НЕСТАБІЛЬНОГО ОСТЕОМЕТАЛОСИНТЕЗУ**

Кафедра травматології та ортопедії

В.О. Фіщенко (д.мед.н. проф.)

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

**Актуальність.** Широкий спектр методів стимуляції репаративного остеогенезу обумовлює проблему вибору найбільш ефективного засобу. Актуальним є вивчення впливу консервативних методів стимуляції на процеси зрощення переломів в умовах нестабільного остеометалосинтезу.

**Мета:** оцінити динаміку процесів зрощення переломів при нестабільному остеометалосинтезі під впливом екстракорпоральної ударно-хвильової терапії (ЕУХТ) в експериментальних умовах.

**Матеріали і методи.** Експериментальне дослідження виконано в умовах віварію Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова на 40 безпородних статевозрілих здорових щурах-самцях масою  $330 \pm 20$  г. Під мультимодальним знеболенням виконували остеотомію діафіза стегнової кістки з подальшим інтрамедулярним остеометалосинтезом шпигцею. Серед прооперованих щурів було виділено 2 групи – експериментальну ( $n=20$ ) та контрольну ( $n=20$ ). Щурам експериментальної групи проводили ЕУХТ з допомогою апарата SwissDolorClast, повний курс становив 4 сеанси з інтервалами 7 діб. Динаміку процесів регенерації визначали на основі результатів гістоморфометрії стегнових кісток, які було вилучено на 14, 21, 28, 35 добу згідно дизайну експерименту. Гістоморфометрія включала визначення питомого об'єму кісткової тканини (BV/TV) та питомого об'єму сполучної тканини (RV/TV) шляхом лінійного інтегрування. Статистичну обробку проводили з допомогою програми Statistica 10.

**Результати.** Достовірної різниці в показниках BV/TV та RV/TV на 14 добу експерименту між групами не встановлено ( $p > 0,05$ ). На 21 добу експерименту у щурів досліджуваної групи показники BV/TV були достовірно вищими, порівняно з показниками контрольної групи ( $p = 0,01$ ), де на протигагу їм встановлено достовірне зростання RV/TV ( $p = 0,01$ ). BV/TV у щурів експериментальної групи на 28 добу достовірно відрізнявся від показників контрольної групи ( $p = 0,02$ ). У цей же період у щурів контрольної групи встановлено достовірно вищий RV/TV ( $p = 0,01$ ). На 35 добу дослідження встановлено достовірно вищий BV/TV у щурів експериментальної групи ( $p = 0,01$ ) та нижчий RV/TV ( $p = 0,01$ ), порівняно з показниками контрольної групи. Протягом дослідження BV/TV у щурів експериментальної групи безперервно збільшувався, до 35 доби дослідження встановлено його зростання в 1,9 разів, у щурів контрольної групи спостерігалось збільшення BV/TV в 1,28 разів. Формування кісткової тканини у щурів експериментальної групи під впливом ЕУХТ розвивалися в 1,48 разів швидше, порівняно з щурами контрольної групи. Крім того, у щурів

експериментальної групи відмічалось стрімке зниженняRV/TV, який до 35 доби знизився в 5,46 разів. У щурів контрольної групи за цей же період встановлено збільшення показниківRV/TV в 2,31 рази.

**Висновки.** В результаті проведеного дослідження у щурів експериментальної групи під впливом ЕУХТ встановлено позитивну тенденцію у формування кісткової тканини та негативну – у розвитку сполучної тканини. У щурів контрольної групи спостерігався позитивна динаміка формування сполучної тканини.

О.С. Міленко, Н.В. Джевага, О.Я. Авдєєва

## **ВИБІР ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ НА ЕТАПІ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРИ ГНІЙНОМУ ХОЛАНГІТІ**

Кафедра хірургії №2

І.М. Вовчук (к.мед.н.,асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Холангіт - запалення жовчних проток внаслідок проникнення в них інфекції з жовчного міхура, кишечника, кровоносних судин або по лімфатичних шляхах. Операцією вибору при холангіті є ЕПСТ з екстракцією конкремента і назобіліарним дренажуванням. Хірургічна (відкрита) операція на жовчних протоках при гострому холангіті показана лише в разі неефективності усунення блоку консервативними й ендоскопічними методами.

**Мета:** Обґрунтування використання індивідуальної бальної оцінки на етапі передопераційної підготовки для цілеспрямованої диференційної тактики.

**Матеріали та методи:** В основу нашого дослідження було покладено результати аналізів лікування 38 хворих на гострий гнійний холангіт, що знаходилися на лікуванні з 2013 по 2017 роки в хірургічній клініці № 2 ВНМУ ім.М.І.Пирогова та Вінницькому центрі хірургії печінки та позапечінкових жовчних шляхів. В ході роботи було використано анамнестичний блок, клінічний блок, лабораторно-інструментальний блок. Вихідна тяжкість стану кожного конкретного пацієнта розраховується згідно з отриманою сумою балів по кожному інформаційному блоку, що дозволяє на етапі передопераційної підготовки стандартизувати всіх хворих відповідно до їх бальної оцінки.

**Результати:** На основі отриманої передопераційної бальної оцінки можна оптимізувати диференційний вибір хірургічної тактики та передопераційної підготовки хворих на гострий гнійний холангіт.

1) Група А(10-15 балів). Показано: виконання одноетапної радикальної ліквідації причини гострого гнійного холангіту.

2) Група Б(16-25 балів). Якщо в процесі спостереження бальна оцінка зменшується, хворим можливе виконання одноетапної радикальної ліквідації причини гострого гнійного холангіту. Якщо в динаміці оцінка не змінюється, то хворі потребують ЕПСТ із подальшим назобіліарним дренажуванням.

3) Група С(26-30 балів). Показано: двоетапний підхід в тактиці хірургічного лікування: на першому етапі - мініінвазивні хірургічні технології, а вже на другому етапі - здійснювати ліквідацію вогнища малоінвазивними чи традиційними методами.

У 18(47,4%) хворих була виконана ЕПСТ, у 5(13,14%) пацієнтів ЕПСТ+лапароскопічна холецистектомія, у 15 холецистектомія з холедохолітотомією+дренажування ЖЖП: дренажуванням холедоха за Холстедом-Піковським-7(18,4%), за Вишневським-5(13,1%) хворим, а за Кером-3(8%).

**Висновки:** Запропонована бальна оцінка важкості стану хворих дозволяє визначити не лише оптимальну тактику, обсяг та вид хірургічної корекції, а й ефективність обраного складу передопераційної підготовки та післяопераційного лікування, здійснюючи динамічну оцінку.

А.А. Моїсєєнко, С.С. Малеш

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛОКАЛЬНОЇ БІОЛОГІЧНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ РЕПАРАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА**

Кафедри хірургії №2

М.І. Покидько (д.мед.н., проф.)

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

Д.І. Гребенюк (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Хронічна виразка шлунку протягом багатьох десятиліть залишається актуальною проблемою гастроентерології та хірургії та потребує розробки нових підходів до її лікування. Найбільш перспективними напрямками є застосування локальної стимуляції репаративних процесів у виразкових дефектах.

**Мета:** Дослідити ефективність плазми збагаченої тромбоцитами (PRP) та аутологічного очищеного ліпоаспірату (APL) в якості стимуляторів репарації в експериментальних ХВШ.

**Матеріали та методи:** У дослідження було включено 48 щурів лінії Wistar, обох статей віком до 1 року і вагою

від 120 до 220 г ( $186 \pm 17$  г).

Всім щурам було виконано моделювання симетричних виразкових уражень шлунку за модифікованою методикою Susumu Okabe. Контрольну групу склали 12 щурів. В інші 2 групи ввійшли по 18 щурів, яким на 3 добу експерименту виконували стимуляцією репаративних процесів у виразці передньої стінки шлунка із використанням APL (дослідна група 1) PRP (дослідна група 1).

Результати експериментів оцінювали на 7 та 14 добу з моменту стимуляції репарації – морфометрія виразкових дефектів, гістологічне дослідження.

**Результати:** На 7 добу площа виразкових дефектів передньої та задньої стінок в контрольній групі становила ( $10,0 \pm 1,04$ ) мм<sup>2</sup> та ( $10,0 \pm 0,91$ ) мм<sup>2</sup>, відповідно. Для дослідної групи 1 дані показники становили ( $9,5 \pm 1,47$ ) мм<sup>2</sup> та ( $9,5 \pm 1,08$ ) мм<sup>2</sup>, відповідно. Для дослідної групи 2 – ( $9,8 \pm 1,3$ ) мм<sup>2</sup> та ( $9,7 \pm 0,95$ ) мм<sup>2</sup>, відповідно. Для всіх груп статистично значущі відмінності виявлені не були.

Натомість, на 14 добу у обох дослідних групах спостерігалось значне зменшення розмірів виразкових дефектів передньої стінки шлунку, а в частині випадків навіть повне загоєння їх.

Так, в дослідній групі 1 повне загоєння мало місце в 2 (28,6%) випадках, в дослідній групі 2 – в 5 (71,4%) випадках. В контрольній групі ні в одній піддослідній тварини повне загоєння не спостерігалось. Було знайдено статистично достовірну різницю між дослідною групою 2 та контрольною групою. Достовірні відмінності між дослідною групою 1 та контролем або дослідною групою 1 доведені не були.

Щодо площі виразкових дефектів, то були отримані наступні дані. Площа виразкових дефектів передньої та задньої стінки шлунку відповідно складала: у контрольній групі – ( $9,9 \pm 0,99$ ) мм<sup>2</sup> та ( $10,0 \pm 0,91$ ) мм<sup>2</sup>, у дослідній групі 1 – ( $4,3 \pm 3,03$ ) мм<sup>2</sup> та ( $9,6 \pm 1,24$ ) мм<sup>2</sup>, у дослідній групі 2 – ( $0,86 \pm 1,46$ ) мм<sup>2</sup> та ( $9,57 \pm 1,2$ ) мм<sup>2</sup>. Так, у контрольній групі площі виразкових дефектів передньої та задньої стінок шлунку достовірно не відрізнялися. Натомість, у обох дослідних групах було статистично доведено достовірні відмінності між аналогічними показниками.

Крім того, нами було виявлено достовірно кращі результати загоєння виразок шлунку у обох дослідних групах, порівняно із контролем. Також статистично достовірно використання PRP краще стимулювало процеси репарації, ніж застосування APL.

**Висновки:** Репаративний ефект від локального застосування PRP, що проявляється більш швидкою епітелізацією, є достовірно кращим ( $p < 0,01$ ), ніж при застосуванні APL.

А.Ю.Муляр

## ІНФЕКЦІЯ М'ЯКИХ ТКАНИН, ВИКЛИКАНА АСІНЕТОБАКТЕРБАУМАННІ

Кафедра загальної хірургії

М.Д.Желіба (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Представлена робота присвячена одній з актуальних проблем – хірургічній інфекції м'яких тканин, визваної новою групою збудників, які в недалекому минулому взагалі не згадувались як мікроорганізми, які здатні спричинити післяопераційні ранові ускладнення або захворювання. Особливістю цих інфекцій є їх природна резистентність до широкого спектру антибіотиків. Клінічне значення ацинобактерій при гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин вивчено недостатньо і потребує подальшого вивчення.

**Мета:** Ознайомити студентів зі значенням ацинобактерій в розвитку хірургічної інфекції та особливостями її перебігу і лікування.

**Матеріали та методи:** В роботі використано результати мікробіологічних досліджень вмісту ран за даними мікробіологічної лабораторії Вінницької обласної санітарно-епідеміологічної станції та аналіз двох медичних карт стаціонарних хворих, що лікувались у МКЛ №1. Оцінка станів пацієнтів проводилась згідно критеріїв синдрому системної запальної відповіді, за станом рани і даними мікробіологічного дослідження рани.

**Результати:** Ретроспективний аналіз медичних карт двох стаціонарних хворих з карбункулами показав, що після розкриття та висічення гнійно-некротичних тканин відмічалось прогресування хвороби у вигляді некрозу та підшкірної клітковини з утворенням навколо них змін кольору шкіри у вигляді чіткої облямівки: чорного, жовтого, яскраво-червоного та синього, що послідовно змінюється від центру до периферії. При цьому в центрі рани утворювались яскраві грануляції. При мікробіологічних дослідженнях вмісту рани було виявлено *Acinetobacterbaumannii* з відсутністю чутливості до антибіотиків. Повторні некроектомії не зупиняли процесу. Паралельно з хірургічним лікуванням хворі отримували антибактеріальну терапію останніми поколіннями двох-трьох видів антибіотиків різних груп, інтенсивну інфузивну та підтримуючу терапію. Один хворий з погіршенням був виписаний із стаціонару за вимогами рідних. А в іншій хворій було виконане радикальне висічення рани в межах здорових тканин з наступним накладанням первинно відтермінованих швів. Хвора була виписана на 12 добу з видуванням.

**Висновки:** Наведені клінічні спостереження свідчать про тяжкий перебіг захворювання з непередбачуваним результатом лікування. Все це свідчить про необхідність подальших експериментальних досліджень гнійно-

запальних процесів визваних ацинобактерій.

Мустафа Бассам Хуссейн  
**ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ ШВІВ  
ШИЙНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ЕЗОФАГОПЛАСТИЦІ**  
Кафедра хірургії № 1  
В.О. Шапринський (д.мед.н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Незважаючи на сучасні досягнення хірургії шлунково-кишкового тракту, оперативні втручання на стравоході залишаються одними з найважчих втручань. Про це свідчать невтішні цифри післяопераційних ускладнень та летальності, яка сягає 15 %. Серед післяопераційних ускладнень найбільш часто спостерігаються неспроможність швів, перитоніт, медиастиніта стриктури езофаго-органних анастомозів. Частота виникнення неспроможностей езофаго-органного анастомозу сягає 15 %, а стриктур – 10 %.

**Мета:** покращити результати хірургічного лікування хворих з рубцевими стриктурами стравоходу шляхом профілактики виникнення неспроможності швів шийного анастомозу при езофагопластиці.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз оперативного лікування 90 хворих зі стриктурами стравоходу, яким було виконано субтотальну езофагопластику. Причинами виконання езофагопластик були післяопікові стриктури – у 34 хворих, пептичні стриктури – у 7, післяопераційні – у 16 та пухлинні захворювання стравоходу у 33 хворих. Хворі підлягали повному клініко-лабораторному та інструментальному обстеженню з виконанням фіброезофагогастродуоденоскопії, ультрасонографії, рентгенконтрастного дослідження стравоходу.

**Результати.** Під час операцій в якості трансплантата була використана товста кишка – у 42 хворих, шлунок – у 48 хворих. Після формування шлункової трубки з великої кривини шлунка та проведення її через задне середостіння на шию формували анастомоз з використанням апаратного циркулярного степлера HC 25 за методом «бік у кінець», що було виконано у 8 (16,67 %) хворих. При цьому, апарат вводимо через зайву частину стравоходу на шиї, завдячи степлер через стравохід, а головка ушивається у дистальному кінці трансплантата. Таким чином формується анастомоз за типом «бік в кінець». У решти формували ручний анастомоз за типом «кінець в кінець» у 15 (31,25 %) хворих, «кінець в бік» у 25 (52,08 %). У післяопераційному періоді неспроможність шийного анастомозу виникла у 10 (20,83 %) хворих. При товсто кишковій езофагопластиці трансплантат проводили через за грудинний тунель на ділянку шиї. Шийний анастомоз формували з використанням циркулярного степлера HC 25 у 8 (19,05 %) пацієнтів по типу «бік у кінець» з заведенням апарату через надлишкову частину стравоходу. Ручний шов застосовували у 34 хворих. Шийний анастомоз у більшості випадків формували по типу «кінець у бік» у 25 (59,52 %) та інвагінаційний по типу «кінець у кінець» у 9 (21,43 %). Після товсто кишкової езофагопластики неспроможність шийного анастомозу виникла у 6 (14,29 %) хворих, які у всіх вдалося ліквідувати консервативним шляхом.

**Висновки.** Неспроможність швів шийного анастомозу при шлунковій езофагопластиці спостерігалась у вірогідно більшій кількості випадків, ніж при використанні в якості трансплантата сегмента товстої кишки. Застосування запропонованого способу апаратного анастомозу при формуванні шийного езофаго-органного анастомозу дозволяє знизити неспроможність швів до 6,25 %.

Є.В. Неймановський  
**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ У ВИБОРІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ 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:** В структурі гострої набутої кишкової непрохідності у (ГНКН) дітей, інвагінація кишок (ІК) зустрічається у 62-84% випадків. Патогенетично ІК – поєднує в собі обтураційну та странгуляційну форму ГНКН, яка більш ніж в 95% випадків анатомічно знаходиться в ділянці ілеоцекального (ІЦ) кута, де можливе здухвинно-ободове та сліпо-ободове занурення кишок. Не дивлячись на те, що клініка захворювання добре відома відсоток діагностичних помилок залишається достатньо високим, що ймовірно обумовлюється переважанням процесів обтурації чи странгуляції та анатомічним видом занурення.

**Мета:** Покращення діагностики інвагінації кишок у дітей на основі диференціації клінічних симптомів та даних

інструментальних методів дослідження.

**Матеріали та методи:** Проведено ретроспективно-проспективне дослідження 332 історій хвороб дітей з ІК за останні 12 років. На основі клінічних ознак: блювота, переймоподібний біль, неспокій дитини, блідість шкірних покривів, інвагінат, що пальпується, кров у випорожненнях, симптом Дансе, затримка газів та випорожнень, здуття живота, постійний біль, симптоми подразнення очеревини, а також сонографії та доплерографії вивчено клінічні особливості перебігу здухвинно-ободової та сліпо-ободової форм інвагінації.

**Результати:** На основі клініко-інструментальних ознак здухвинно-ободову інвагінацію (ЗОІ) констатовано у 81,93%, сліпо-ободову (СОІ) у 18,07%. Ранній перебіг цих двох видів ІК характеризувався появою переймоподібного болю, руховим неспокоєм та блювотою. При ЗОІ клініка була виразнішою: постійний біль та неспокій дитини, які посилювалися переймоподібно, блювота виникала з перших годин, була багаторазовою, пальпаторно інвагінат визначався в ділянці мезогастрію. При СОІ біль був переймоподібний, руховий неспокій вщухав після больових переймів, блювота виникала пізніше, характерним був симптом Дансе, який не завжди вдавалось визначити. Строки появи домішок крові у випорожненнях не мали відмінностей при цих двох видах ІК. При тривалому перебігу клінічна диференціація цих двох видів інвагінації ставала утрудненою, оскільки патологічний процес набував системного характеру. Сонографічно для ЗОІ характерним був симптом «мішені» та симптом «гармошки», при СОІ - «клевня рака» та «псевдонирки». Доплерографічне дослідження свідчило про зростання судинних індексів резистентності, на тлі збільшення тривалості захворювання. Різниця анатомії цих двох видів ІК зумовила більшу частку консервативного лікування методом пневмоколонопресії при СОІ, в той час як при ЗОІ відсоток ПКП був меншим і оперативні втручання виконувались частіше.

**Висновки:** Аналіз клініко-інструментальних даних та особливостей анатомії ШЧ кута дозволило виділити характерні особливості для ЗОІ, де переважає странгуляційний компонент та СОІ, де переважає обтураційний компонент. Проведення чіткої межі між цими двома видами ІК з формуванням індивідуальної тактики лікування зменшує кількість діагностичних помилок як на догоспітальному етапі, так і у виборі лікувальної тактики.

Л.І.Нетребін

## ЗЛОЯКІСНЕ НОВОУТВОРЕННЯ ЛІМБА ТА КОН'ЮКТИВИ

Кафедра очних хвороб

К. Ю.Гріжимальська(к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Злоякісні пухлини кон'юнктиви зустрічаються рідко – 1,8-14% (найчастіше в 5-9%) всіх пухлин органу зору. У більшості випадків хворі звертаються до офтальмологів на ранніх термінах захворювання через дискомфорт. Ці пухлини постійно піддаються тертю і подразненню повік, тиску, впливу слізної рідини, особливо при зімкнутих повіках. Вони частіше виходять з епітеліальної тканини (різної будови папіломи та ін.). Виникають вони зазвичай в зоні перехідного епітелію в області лімба. За даними Н. В. Бобрової, з 80 епітеліальних пухлин кон'юнктиви і рогівки 51 пухлина виходила з лімба; при цьому доброякісних пухлин було 57, злоякісних - 23. Тому правильний методологічний підхід до вивчення функції патологічних змін кон'юнктиви дає змогу поставити клінічний діагноз та своєчасно призначити лікування. У 50% випадків око, як орган, вдається зберегти, та у більшості хворих зберігається зір.

**Мета:** Визначити основні ознаки та методику лікування злоякісних новоутворень лімба і кон'юнктиви.

**Матеріали та методи дослідження:** У дослідженні використовували наступні методи для обробки даних: ресстрування, ранжування, порівняння. Також медична література, дані з історії хвороби та результати зібраного анамнезу.

**Результати:** Хвора 65 років звернулася на кафедру офтальмології зі скаргами на новоутворення коричневого кольору у лівому оці, яке розвивається досить швидко, протягом 6 місяців. При офтальмологічному обстеженні: Vis OD- 1.0 VOT -19 мм.рт.ст., оточуючі очниці тканини ока, повіки не змінені, кон'юнктива рожева, рогівка прозора, передня камера середньої глибини, волога прозора, зіниця діаметром 3мм, на світло реагує, кристалик прозорий, очне дно без патології. Vis OS- 1.0 VOT -19 мм.рт.ст., оточуючі очниці тканини не змінені, паралімбально на 3-х годинах з розповсюдженням на рогівку, лімба і кон'юнктиву відмічається коричневого кольору утворення розміром 7×3×3мм, яке випинає над поверхнею ока з розмитими межами та оточене навколо судинами. Передня камера середньої глибини, волога прозора, зіниця діаметром 3мм, на світло реагує, на очному дні диск зорового нерва блідо-рожевий, межі чіткі, в макулі і на периферії дегенеративних змін немає. Пацієнтці було встановлено попередній діагноз: Меланомалімба і кон'юнктиви. На його користь свідчило швидке зростання новоутворення, наявність новоутворених судин на поверхні пухлини, судинна і запальна реакція кон'юнктивна внаслідок зростаючої пухлини. Хворій була проведена операція: видалення новоутворення лімба і кон'юнктиви. При гістологічному дослідженні встановлений наступний діагноз: меланома епітеліоїдного типу, безпігментна, анаплазована меланома. Після операції лікування полягало у інстиляціях хіпрофарму 2к / 3рази на добу, 2% стрептоміцинової мазі та в/м ін'єкції лаферобіона по 3 млн через добу. Після виписки: OD- передній відділ в нормі, в кристалику початкове помутніння, на очному дні без патологій; OS- незначна набряклість повік,

загоєння кон'юнктиви первинним натягом, рогівка прозора, передня камера середньої глибини на очному дні без патологій.

**Висновки:** Таким чином попереднійклінічнийдіагнозспівпав з гістологічним діагнозом, що дало нам можливість прийти до наступних тверджень. Основними ознаками злоякісних новоутворень є: розмиті границі з оточенням судин навколо новоутворення та досить швидкий ріст. Методика лікування новоутворення проводилась хірургічним видаленням меланоми кон'юнктиви, з подальшим спостереженням офтальмолога та онколога 1раз на 6 місяців.

Б.Л. Павленко, В.О. Терещук  
**ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТРЕПТАЗИ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З АПЕНДИКУЛЯРНИМ ПЕРИТОНІТОМ**

Кафедра дитячої хірургії  
Навроцький В.А. (к.мед.н., доцент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Для відновного лікування дітей після апендикулярного інфільтрату застосовуються різноманітні засоби: лікарські речовини, фізіотерапевтичний вплив (лазеротерапія, ультразвукова терапія, магнітотерапія, електростимуляція, абдомінальна декомпресія та ін.). Симбіоз лікувально-відновлювальних заходів при апендикулярному перитоніті передбачає максимально повне фізичне відновлення функцій організму на всіх етапах лікувальних заходів: стаціонар, поліклініка, санаторій. Злуковий процес в черевній порожнині майже завжди виникає на фоні перитоніту будь-якої етіології. За різними літературними даними злуковий процес у дітей при апендикулярному перитоніті зустрічається від 2,5% до 5% випадків.

**Метою роботи** є профілактика розвитку злукової хвороби у дітей з апендикулярним перитонітом.

**Матеріали та методи:** було проведено ретроспективний аналіз пацієнтів з різними методиками відновлювального лікування хворих з 2014 року по 2017 рік. З розповсюдженим перитонітом було 247 дітей та 363 дітей з місцевим перитонітом. У всіх пацієнтів у комплексному лікуванні фізіотерапія була застосована на стаціонарному етапі після ліквідації запального вогнища та санації черевної порожнини. Дистрептазу застосовували у вигляді ректальних свічок які в своїй структурі об'єднують оригінальний дует активних компонентів (стрептокінази та стрептодернази) протягом 6-7 днів. Було проведено дослідження та ретроспективний аналіз результатів застосування дистрептази в комплексному лікуванні 68 дітей з апендикулярним перитонітом від 3 до 17 років за останні чотири роки (2014-2017рр.), з яких 32 (47,0%) дітей відмічався місцевий перитоніт, розповсюджене запалення черевної порожнини спостерігалось у 33,8% (23 хворих) пацієнтів, апендикулярний інфільтрат було констатовано у 19,2% (13 хворих).

**Результати:** У хворих було відмічено: відсутність явищ дискомфорту в черевній порожнині, відновлення явищ ранньої перистальтики кишківника, відсутність явищ ранньої кишкової непрохідності, нормалізація внутрішньочеревного гомеостазу, постійне безболісне випорожнення кишківника.

**Висновки:**

1. Диференційована послідовність в комплексному лікуванні дітей з апендикулярним перитонітом із застосуванням дистрептази поліпшувала результати лікування таких хворих на стаціонарному етапі, скорочувала перебіг гострої фази захворювання та профілакувала виникнення злукової хвороби в післяопераційному періоді.
2. Етапність, комплексність, патогенетична обумовленість медико-реабілітаційних заходів забезпечувала багаторівневу реакцію організму дітей з апендикулярним перитонітом, запобігала надмірному утворенню злук у черевній порожнині, скорочувала терміни відновлювального лікування.

О. Ю. Павлівська, В. О. Задорожнюк  
**ВПЛИВ ЗНЕВОДНЕННЯ НА СТАН ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ТА ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

Кафедра клінічної анатомії та оперативної хірургії  
Г. Я. Костюк (професор кафедри, д.мед.н, керівник роботи)  
Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
А. О. Гаврилюк (завідувач кафедри, професор, д.мед.н., керівник роботи)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** дегідратація – це вид дисгідрії, що характеризується дефіцитом рідини в організмі. Це розповсюджене порушення водно-електролітного балансу являється стресовим чинником, що часто діє на організм людини в умовах надмірної фізичної активності, при інфекційних захворюваннях, термінальних

станах, після значної крововтрати, хірургічних втручань, як наслідок захворювань шлунково-кишкового тракту, нирок і серця.

**Мета:** дослідити і порівняти морфологічні зміни в органах черевної та грудної порожнини, після ранніх та пізніх етапів зневоднення організму та можливостей його відновлення.

**Матеріали і методи:** Експеримент було проведено на 25 лабораторних білих щурах-самках. Тварини які склали першу серію дослідів були розподілені на три групи. Перша група – легка (дегідратація три доби), друга – середня (дегідратація шість діб) і третя – важка ступінь (дегідратація дев'ять діб). У другій серії експерименту, тваринам проводили дегідратацію з відновленням питного режиму через шість днів та дев'ять днів. Тварин виводили з експерименту шляхом декапітації. Для гістологічного дослідження забирали шматочки з усіх органів і фіксували їх у 10 % розчині нейтрального формаліну. Зрізи фарбували гематоксилін-еозинном.

**Результати та обговорення:** у першій серії дослідів у тварин першої групи спостерігали виразне повнокров'я, зернисту дистрофію, помірний інтерстиціальний набряк і вогнищеві крововиливи, поодинокі некротичні зміни епітелію звивистих каналців. У селезінці переважала біла пульпа над червоною. У другій та третій групах тварин вище вказані морфологічні зміни наростали. Загибелі тварин не спостерігали.

У другій серії дослідів у тварин, яким відновлювали прийом води через шість діб встановили: нерівномірне кровонаповнення, вогнищевий некроз, зменшення інтерстиціального набряку, в селезінці спостерігали переважання білої пульпи над червоною.

У тварин, яким відновлювали водний режим через дев'ять діб після водного голодування (вижило три тварини з п'яти), гістологічні зміни характеризувалися наявністю некробіотичних явищ, дистрофічних змін, вогнищевих крововиливів, у тканині селезінки відмічали рівномірне співвідношення червоної пульпи до білої.

#### **Висновки:**

1. При експериментальній загальній дегідратації організму щурів спостерігається стадійність розвитку гістологічних змін в органах: при легкому ступені зневоднення переважають дистрофічні та дисциркуляторні процеси, при середньому ступені – подальше їх поглиблення, при важкому ступені – виснаження компенсаторних механізмів.
2. Відновлення водного режиму через шість діб показало повне відновлення морфологічної структури органів у тварин, тоді як відновлення повної гістологічної будови органів у тварин після дев'ять діб зневоднення не спостерігається.
3. Найменші зміни дистрофічного характеру спостерігалися в тканинах селезінки.

В.Л. Петречук, Т.О. Струкевич

### **ОСНОВНІ УСКЛАДНЕННЯ У ЩУРІВ ПІСЛЯ НЕФРЕКТОМІЇ**

Кафедра клінічної анатомії та оперативної хірургії

О.А. Окаєвич (асистент кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема захворювань єдиної нирки є надзвичайно актуальною для практичної медицини. Кількість нефректомії щорічно зростає. Вони виконуються переважно у людей працездатного віку. В середньому в Україні щорічно виконується 4000 таких операцій. Водночас досі остаточно не вивчені компенсаторні морфологічні зміни нирки після контрлатеральної нефректомії, без чого неможливо визначити терміни становлення механізмів компенсації та критичні періоди їх розвитку, уточнити механізми розвитку функціональної неповноцінності нирки для спрямованої медикаментозної терапії, прогнозувати стан органу. На сьогодні не існує навіть єдиної думки щодо результатів експериментальних та клінічних спостережень.

**Мета:** Дослідити сутність ускладнень, які виникають після оперативних втручань (видалення контрлатеральної нирки).

**Матеріали та методи:** Експеримент проводився на 10-и статевозрілих самцях білих лабораторних щурів масою 240-260 г на базі віварію ВНМУ ім. М.І. Пирогова.. Виготовлено та досліджено гістологічні зрізи 10-и препаратів (нирка і сечовід) з терміном після нефректомії 1 місяць у статевозрілих самців білих лабораторних щурів.

**Результати:** Виявлено морфофункціональні деструктивні зміни частини нефронів, а саме у їх проксимальних

та дистальних каналцях, у яких пошкоджена епітеліальна стінка. Водночас наявні ознаки компенсаторної гіпертрофії (збільшення площі ниркових тілець). Фіксується підвищене наповнення кровоносних капілярів, що теж є проявом одного із компенсаторних механізмів

**Висновки:** Основними ускладненнями є гострий та хронічний пієлонефрит. На даний момент уявляється перспективним продовження дослідження, спрямованого на виявлення інших ускладнень нефректомії, що є важливим у клініці та лікуванні пацієнтів з єдиною ниркою у різні післяоперативні терміни.

М.-Ю.І. Петришина

## **ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ ГОСТРОЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ**

Кафедра хірургії № 2

М.А.Гудзь (к.мед.н.,ас.),Т.В.Форманчук (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гостра мезентеріальна ішемія (ГМІ) – загрозна для життя судинна патологія, яка характеризується високою летальністю від 50% до 100% при затримці лікування >24 годин. Частота виникнення ускладнень при ГМІ складає 70-95%. Запобігти некрозу кишки та смерті пацієнта можливо лише у разі ранньої діагностики та адекватного оперативного втручання. Існуючі діагностичні системи ГМІ недосконалі, що обумовлено неспецифічними симптомами клінічної картини даного захворювання, саме тому надзвичайної актуальності набуває розробка алгоритмів ранньої діагностики ГМІ в хірургічних хворих.

**Мета:** Розробити шкалу вірогідності ризику ГМІ у хірургічних хворих відповідно до анамнестичних, клінічних ознак та результатів лабораторних досліджень; проаналізувати значущість шкали вірогідності ГМІ у практичній діяльності лікаря-хірурга.

**Матеріали та методи:** Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз історій хвороб 68 пацієнтів з ГМІ на базі МКЛ ШМД за період 2010-2017 р.; використано математично-статистичний метод для оцінки частоти виникнення окремих симптомів при ГМІ, встановлено кореляційний зв'язок між сукупністю відповідних симптомів та результатів обстеження хворих з ГМІ за допомогою програми Microsoft Excel, зокрема функції CORREL.

**Результати:** Попередньо визначивши частоту виникнення окремих клінічних симптомів та зміни показників лабораторних досліджень у хворих на ГМІ, було створено шкалу, яка дозволяє статистично вірогідно визначити ймовірність ГМІ у хірургічних пацієнтів та забезпечити ранню діагностику. Для отримання бальної характеристики оцінки важкості стану пацієнта необхідно проаналізувати відхилення від норми 7 показників, що найчастіше зустрічаються при даній патології. До цих показників належать: вік > 60 років (3 бали), одно- чи дворазовий рідкий стілець (3 бали), наявність серцевої патології (4 бали), інтенсивний абдомінальний больовий синдром (5 балів), одно- та дворазова рефлекторна блювота (5 балів), рівень холестерину > 6,2 ммоль/л (5 балів), рівень D-димеру > 500 нг/мл (5 балів). Був встановлений прямий кореляційний зв'язок між сукупністю показників, які були присутні у хворих, та ймовірності наявності ГМІ. Отримано наступні рівні можливої наявності ГМІ: 24-30 балів – ймовірність діагнозу >80%; 18-24 балів – ймовірність діагнозу 60-80%; 15-18 балів – 50-60%; 12-15 балів – 40-50%; 9-12 балів – ймовірність діагнозу < 40%.

**Висновки:** Розроблена шкала дає можливість прискорити діагностику гострої мезентеріальної ішемії максимум до 1,5 години та дозволяє в мінімальні строки провести оперативну корекцію ішемії, що зменшує ризик виникнення ускладнень та знижує рівень летальності пацієнтів з даною патологією.

А.В.Плужник, Т.М.Гомон, Н.Ю.Косеченко, О.С.Гончарук, А.В.Вигонюк.

## **ВИРАЖЕНІСТЬ ТА АДЕКВАТНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПОРОДІЛЬ .**

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та МНС

М.Л.Гомон (д.мед.н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність.** Перебіг післяпологового періоду в великій мірі залежить від шляху пологорозршення - фізіологічного чи оперативного. В обох випадках в післяпологовому періоді часто виникає больовий синдром. При фізіологічному народженні дитини він обумовлений скороченням матки, що найсильніше проявляється під час кормління дитини груддю, а також залежить від травматизації пологових шляхів під час пологів. При народженні дитини хірургічним шляхом больовий синдром обумовлений як скороченням матки, так і операційною травмою. Зрозуміло, що надлишкова біль має негативний вплив на перебіг післяпологового періоду. Тому дослідження вираженості та адекватності корекції післяпологового больового синдрому є актуальним.



**Мета.** Дослідити вираженість та адекватність корекції післяпологового больового синдрому у породіль.

**Матеріали і методи.** Проведено дослідження вираженості больового синдрому у 23 породіль при оперативному пологорозрішенні (перша група) та у 25 породіль – при народженні дитини фізіологічно - через пологові шляхи (друга група) на базі відділення патології вагітності Вінницької обласної клінічної лікарні ім.М.І.Пирогова. Дослідження вираженості больового синдрому проводили за допомогою візуальних аналогових шкал болю на першу, другу, третю, четверту та п'яту добу після пологів. Критерієм виключення були породілі з субкомпенсованою соматичною патологією інших органів і систем. В ці ж періоди досліджувалась динаміка середнього артеріального тиску (САТ) та частоти серцевих скорочень (ЧСС) - як показники вираженості больового синдрому. Також досліджувалась частота, тривалість та характер використаних знеболюючих засобів.

**Результати.** Аналіз отриманих результатів виявив в першу добу больовий синдром слабкої вираженості в 48% породіль другої групи, - інші 52% жінок не сприймали скорочення матки як больовий синдром. Тривалість больового синдрому в цій групі була різною і не вимагала застосування знеболюючих засобів. В першій групі, після операції кесарського розтину, больовий синдром виявлений у 100% жінок. При цьому в першу добу післяопераційного періоду виражений біль відчувало 87% жінок, малої інтенсивності лише 13% породіль. На другу добу біль середньої інтенсивності відчувало 83% жінок, малої інтенсивності лише 17% породіль. На третю добу біль середньої інтенсивності відчувало 72% жінок, слабо виражений больовий синдром відмічений у 22% жінок. На четверту та п'яту добу післяпологового періоду больовий синдром спостерігав у 50% жінок, який виникав спорадично. На момент обстеження підвищення гемодинамічних показників відмічено лише в 35% породіль першої групи. Частота використання знеболюючих засобів була великою. Так у 96% жінок використовувались наркотичні знеболюючі протягом першої доби. Частота застосування знеболюючих засобів складала  $3,1 \pm 0,1$ рази в першу добу,  $2,1 \pm 0,1$ рази в другу добу,  $1,2 \pm 0,1$ рази в третю добу. В четверту та п'яту добу знеболюючі використовувались спорадично у 45% жінок.

**Висновки.** Не виявлено клінічно значимих даних в необхідності системного застосування знеболюючих засобів у жінок після народження дітей фізіологічним шляхом. Отримані результати високого відсотку вираженості і тривалості протягом трьох діб больового синдрому та недостатнього традиційного знеболювання у породіль, що народжували шляхом кесарського розтину. Отримані результати вимагають подальшого дослідження для забезпечення адекватного післяопераційного знеболювання.

Н.В. Плющик, О.Д. Бондарчук, А.С. Існюк

## РЕГЕНЕРАЦІЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ З ВИКОРИСТАННЯМ БКС «СИНТЕКІСТКА» IN VIVO

Кафедра ЛОР-хвороб

В.В. Кішук (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У зв'язку з поширенням збройних конфліктів, екологічних та технологічних катастроф особливого значення набув пошук біоматеріалів для посттравматичної регенерації кісткової тканини.

**Мета роботи:** Експериментальна оцінка репаративної регенерації кісткової тканини при імплантації біокомпозиту «Синтекістка» та динаміки змін після його застосування.

**Матеріали і методи:** Експеримент був проведений на кролях (вживлення у клубову кістку біокомпозиту «Синтекістка» з додаванням плазми крові та осейн-гідроксиапатиту). Застосовано такі методи: мікроскопія гістологічних зрізів, морфометрія, післяопераційне обстеження.

**Результати досліджень:** Було порівняно ефективність застосування біокомпозиту «Синтекістка» з додаванням плазми крові та осейн-гідроксиапатиту (основна група) та застосування біокомпозиту «Синтекістка» без додавання інших компонентів (контрольна група). В трансплантатах контрольної групичез 6 місяців було виявлено кісткові пластинки ( $41,4 \pm 0,90$ ), які у вигляді тяжів вросли в синтетичний матеріал, фрагменти грубоволокнистої кісткової тканини ( $55,2 \pm 1,1$ ) та залишки біокомпозиту ( $3,5 \pm 0,4$ ). Під час мікроскопічного дослідження трансплантатів основної групивиявлено кісткові пластинки ( $45,4 \pm 0,7$ ), фрагменти грубоволокнистої кісткової тканини ( $50,7 \pm 0,8$ ) та залишки біокомпозиту ( $3,2 \pm 0,2$ ). Новоутворені кровоносні судини глибоко вросли з кісткової тканини в керамічний матеріал, що вказує на гістосумісність трансплантату, активний процес регенерації.Через 9 місяців у тварин контрольної групи виявлено кісткові пластинки ( $82,5 \pm 1,1$ ), фрагменти грубоволокнистої кісткової тканини ( $18,1 \pm 0,6$ ) та залишки біокомпозиту ( $0,43 \pm 0,02$ ). У тварин основної групи виявлено кісткові пластинки ( $88,7 \pm 0,7$ ), грубоволокнисту кісткову тканину ( $9,8 \pm 0,5$ ) та залишки біокомпозиту ( $0,25 \pm 0,07$ ). Через 12 місяців у зоні імплантації виявлено достовірно більший відсоток кісткових пластинок в контрольній групі ( $92,5 \pm 0,7$ ), ніж в основній( $98,7 \pm 0,4$ ). Відсотковий вміст грубоволокнистої кісткової тканини у даних зразках значно менший ( $7,3 \pm 0,8\%$  та  $1,4 \pm 0,2\%$  відповідно). Через 12 місяців кісткова тканина повністю замінила імплантований біокомпозит «Синтекістка» у всіх

досліджуваних групах.

**Висновки:** Використання біокомпозиту «Синтекістка» з компонентами плазми крові та осейн-гідроксиапатиту достовірно ( $p < 0,05$ ) пришвидшує його біодеструкцію та перетворення на пластинчасту кісткову тканину.

Н.В.Плющик, К.Й.Баркасі  
**СПОСІБ ВИКОРИСТАННЯ ГЕННО-ІНЖЕНЕРНОГО ВАРІАНТУ ПРИРОДНОГО ФЕРМЕНТУ  
ДОРНАЗА-АЛЬФА У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ХОЛАНГІТУ**

Кафедра хірургії №2  
І.М. Вовчук (к.мед.н., ас.)  
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними ВООЗ без хірургічного втручання гострий гнійний холангіт призводить до летальних наслідків у 98,7% хворих. Ендоскопічна піпілосфінктеротомія разом із назобіліарним дренажуванням є одним з найефективніших методів лікування холангіту.

**Мета:** Зменшення тривалості перебування пацієнтів з гострим гнійним холангітом у стаціонарі шляхом оптимізації інтенсивного комплексного лікування із застосуванням генно-інженерного варіанту природного ферменту Дорназа-альфа.

**Матеріали та методи:** В основу дослідження покладений аналіз результатів лікування 64 хворих на гострий гнійний холангіт, що знаходилися на лікуванні в період з 2010р. по 2017р.в хірургічній клініці кафедри хірургії №2.

**Результати:** Порівняно показники синдромів цитолізу, холестазу, печінково-клітинної недостатності, ендогенної токсемії, системної запальної відповіді в динаміці у пацієнтів контрольної (стандартна терапія,  $n = 33$ ) та основної (комплексне лікування із застосуванням Дорнази-альфа,  $n = 31$ ) груп з гострим гнійним холангітом. В основній групі був застосований препарат Дорнази-альфа для промивання дренажу жовчодухи, дія якого спрямована на позаклітинну ДНК, яка накопичується в межах інфламаторного процесу. При госпіталізації ЛПІ (лейкоцитарний індекс інтоксикації) був високим і складав  $(8,27 \pm 0,26)$  в контрольній групі та  $(8,07 \pm 0,23)$  в основній групі ( $p > 0,05$ ). З 12 доби, різниця між показниками ЛПІ складала  $2,78 \pm 0,15$  в основній і  $3,41 \pm 0,18$  в контрольній групах. Спостерігалось зростання рівня ФНП (фактору некрозу пухлин) з часу надходження у стаціонар до 5 доби від  $321,5 \pm 2,2$  до  $383,6 \pm 1,7$  нг/л в основній групі. Починаючи з 9 доби спостереження, ФНП в основній групі стрімко зменшувався до  $255,0 \pm 4,2$  нг/л і на 12 добу  $130,0 \pm 2,0$  нг/л був нижчим, ніж  $185,3 \pm 7,0$  нг/л в контрольній. Більш виражена різниця між ФНП була під час виписки -  $147,3 \pm 5,3$  нг/л в контрольній та  $97,7 \pm 0,6$  в основній групах. Вміст Іл-6 (інтерлейкіну - 6) на 5 добу спостереження в основній групі достовірно ( $p < 0,05$ ) знижувався порівняно з контрольною групою до  $(25,4 \pm 0,5)$ , тоді як в контрольній групі його кількість складала  $(25,4 \pm 0,5)$ . Даний показник знижувався на 12 добу до  $(13,9 \pm 0,4)$ , а перед випискою хворих був  $(11,2 \pm 0,4)$  достовірно нижчим ( $p < 0,05$ ), ніж у контрольній групі.

**Висновки:** Проведений аналіз клініко-лабораторних показників встановив високу ефективність застосування оптимізованої програми комплексного лікування хворих на гострий гнійний холангіт, що формує умови до більш швидкої реконвалесценції. Порівняльна оцінка результатів показала, що використання запропонованої методики у пацієнтів основної групи дозволило зменшити термін стаціонарного лікування на 6,8 діб (з 16,87 до 10).

Н.Ю. Пляцко В.О. Мовчанюк  
**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ОБМЕЖЕНИМИ ХРЯЩОВИМИ  
ДЕФЕКТАМИ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ.**

Кафедра травматології та ортопедії  
В.О. Фіщенко (д.мед.н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Анатомічні та функціональні особливості колінного суглоба створюють передумови для частого ушкодження його структур. Якщо дефект залишити нелікованим, біомеханічне перенавантаження може спричинити подальші дегенеративні зміни прилеглої тканини і субхондральної кістки, що лежить під дефектом, та призвести до виникнення і прогресування остеоартриту. Існує безліч оперативних методів лікування локальних хрящових дефектів, проте світовим «золотим стандартом» вважається імплантація аутологічних хондроцитів. Застосування АЗТП (аутологічна збагачена тромбоцитами плазма) в ранньому післяопераційному періоді кістково-мозкової стимуляції має на меті стимулювати утворення регенерату з меншим вмістом волокнистих компонентів, що буде наближати його морфологічно до нативної хрящової тканини, що призведе до покращення клінічного статусу пацієнтів у довготривалій перспективі.

**Мета:** Покращити лікування хворих з обмеженими хрящовими дефектами колінних суглобів шляхом застосування АЗТП в ранньому післяопераційному періоді у вигляді внутрішньосуглобових ін'єкцій. Виявити основні переваги та недоліки цього лікування.

**Матеріали та методи:** Експериментально: створення за допомогою центрифугування АЗТП для ін'єкцій кістково-мозкової стимуляції на обох колінних суглобах у 24 дорослих кролів. Клінічно: група контролю - 34 пацієнти обох статей віком 18-68 років з діагностованими повношаровими хрящовими дефектами колінного суглобу, яким проводились лише оперативні втручання кістково-мозкової стимуляції; основна група - 30 пацієнтів обох статей віком 18-73 років, яким проводилось артроскопічне оперативне втручання і було виявлено локальні хрящові пошкодження із субхондральною пластинкою в основі дефекту. В подальшому для оцінки даних використано гістологічний, рентгенологічний, томографічний, статистичний методи.

**Результати:** Патоморфологічно: репарація і зміни суглобового гіалінового хряща в поєднанні з АЗТП були найбільш наближені до процесу його інтенсивного природнього росту лише у випадках порушення цілісності субхондральної кісткової пластинки. Без АЗТП, навіть з порушенням цілісності субхондральної кісткової пластинки, утворюється фіброзна або кісткова тканина, яка несприятлива для функціональної реабілітації. Клінічно: статистично значимим виявляється зниження больового синдрому, МРТ виявляє утворення регенерату в обох групах, але критерієм відмінності є інтенсивність сигналу та структура регенерату (основна група - ізо- або помірний гіперінтенсивний сигнал, тканина гомогенної структури; контрольна група - сигнал виражений гіперінтенсивний, структура тканини в більшості випадків гетерогенна).

**Висновки:** Отримані дані дозволяють висловити важливе припущення про клінічно значущі наслідки застосування операцій кістково-мозкової стимуляції, особливо при їх поєднанні з ранньою локальною АЗТП-терапією, у пацієнтів з діагностованими обмеженими дефектами суглобового хряща.

Пономаренко В.Ю., Дмитренко І.В.  
**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД ТА ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ РОНХОПАТІЇ ТА СИНДРОМУ  
ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ ПІД ЧАС СНУ (СОАС)**

Кафедра ЛОР-хвороб

В.В. Кішук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ронхопатія є складною, багато в чому не вирішеною медичною проблемою, що стоїть на стику декількох спеціальностей: оториноларингології, сомнології, пульмонології, кардіології, неврології, терапії, ендокринології.

Хропіння під час сну – явище поширене серед населення з тенденцією до неухильного зростання. Епізодично хропуть 45% дорослого населення, постійно – 25%. У віці 30 - 35 років хропуть 40% чоловіків і 20% жінок. Статистичне дослідження останніх років свідчить про те, що хропіння стало проявлятися частіше в усіх вікових та професійних групах, що дозволяє припустити, що не тільки віковий фактор, але й, мабуть, інші фактори біологічного та соціального характеру визначають поширеність хропіння.

Наслідком обструктивного порушення дихання при ронхопатії є: хронічна киснева недостатність, порушення сну, циклічні коливання ритму серця, коливання артеріального тиску в легеневій артерії, посилення симпатoadреналового впливу на організм, розвиток незворотніх структурних змін з формуванням серцево-судинних захворювань, розвиток раптової смерті вночі в період апное.

**Мета дослідження:** Визначити ефективність комплексного комбінованого підходу до лікування хворих на ронхопатію та СОАС. Порівняти ефективність різних методів хірургічного лікування ронхопатії за клінічними даними.

**Матеріали та методи:** Під нашим спостереженням з 2009р. до 2017р. знаходились 45 хворих у віці з 26 до 65 років із скаргами на постійне хропіння під час сну. З них 33 чоловіків та 12 жінок. Тривалість хвороби у більшості хворих складало від 3 до 10 і більше років.

Для об'єктивізації оцінки ефективності лікування проводились: клінічне обстеження ЛОР-органів, використання ендоскопу, ринопневмометрія, визначення рівня гемоглобіну крові, аудіозапис сну протягом 3-х годин на диктофон, а також допоміжні дослідження: ЕКГ, контроль артеріального тиску, Rö-графія ОГК, а також визначення функції зовнішнього дихання. Обстеження хворих виконувалось до лікування, одразу після, та через 1 та 6 місяців після виписки із стаціонару.

**Результати:** Під час обстеження у всіх хворих виявлені обструктивні порушення в порожнині носа та глотці. Так у 71,11% випадків у хворих виявлено викривлення переділочки носа у поєднанні з хронічним гіпертрофічним ринітом (44,44%) та вазомоторним ринітом (26,66%), у 28,89% хворих був поставлений діагноз - хронічний поліпозний синусит. Патологія у глотці виявлена у 57,5% пацієнтів, а саме: хронічний тонзиліт з гіпертрофією піднебінних мигдаликів у 20,3%; потовщення м'якого піднебіння та потовщення язичка - 22,5%; у решти пацієнтів патологія глотки була поєднана.

До проведення лікування середнє значення SpO<sub>2</sub>=87,5±4,6% mm Hg, середнє значення PetCO<sub>2</sub> – 43,8±2,6 mm Hg, максимальнє ЧСС 142,6±4,9 уд/хв., мінімальнє 44,5±2,3 уд/хв та після лікування середнє значення SpO<sub>2</sub>=94,2±1,8%, середнє значення PetCO<sub>2</sub>=39,6±2,6 mm Hg, максимальнє ЧСС 87,8±3,2 уд/в., а мінімальнє

ЧСС 54,5±3,2 уд/хв.

Супутньою патологією у хворих була гіпертонічна хвороба II стадії (26,66% випадків); ішемічна хвороба серця (17,77% хворих); бронхіальна астма (22,22% хворих); ожиріння II-III ступеня (33,33% хворих).

Першим етапом лікування хворих на ронхопатію та СОАС були реконструктивні оперативні втручання в порожнині носа. Це, в залежності від показів: риносептопластика, двобічна ошадна нижня конхотомія, ендоназальна ендоскопічна поліпотомія, двобічна нижня вазотомія носових раковин. У 9 хворих одночасно з операцією в порожнині носа виконувалась увулотомія. Решті пацієнтів через 7 діб після першого етапу оперативного лікування була виконана увулопалатофарингопластика (УПФП) в модифікації S. Fujita.

Слід відзначити, що післяопераційний період 82% хворих протікав без особливих ускладнень. У 18% пацієнтів відмічався реактивний набряк слизової ротоглотки та інфікування післяопераційних розрізів на м'якому піднебінні, що подовжувало перебування хворих в стаціонарі на 3-4 доби (середній ліжко-день - 12 діб).

Через один місяць після виписки із стаціонару пацієнти відмічали покращення загального самопочуття, нормалізацію сну та психоемоційного стану.

Хропіння, за даними аудіозапису та оцінки оточуючих рідних пацієнта, зникло у 76% хворих, у решти 24% відмічалось зменшення проявів хропіння та СОАС протягом ночі. За даними лабораторних досліджень відмічалась позитивна динаміка в показниках гемоглобіну. До лікування середні значення його були в межах 109,2±0,5 г/л, тоді як через один місяць – 126,6±0,5 г/л. Тенденція до відсутності хропіння і покращенні показників крові і гемодинаміки зберігалась і у віддаленому періоді через 6 місяців у 100%, особливо при умові дотримання рекомендацій з профілактики ронхопатії.

#### **Висновки:**

1. Для вибору оптимального методу лікування ронхопатії та СОАС необхідні чіткі діагностичні критерії.
2. Отримані дані свідчать про адекватну корекцію СОАС за допомогою реконструктивних оперативних втручань та повну нормалізацію кисневого статусу і функції зовнішнього дихання.
3. Комплексний підхід до лікування та профілактики ронхопатії та СОАС веде до тривалого, стійкого терапевтичного ефекту, що забезпечує покращення якості життя хворих з даною проблемою.

І. Ю. Пшенична

### **МОДЕЛЬ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ У ЩУРІВ ІЗ МОЖЛИВІСТЮ ЇЇ БЕЗОПЕРАЦІЙНОЇ ЛІКВІДАЦІЇ**

Кафедра фармакології, кафедра загальної хірургії

А.М. Форманчук (к. мед. н.), І.В. Таран (к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

Вінниця, Україна

**Актуальність.** Жовчнокам'яна хвороба зустрічається у 20% європейської популяції. Проблеми її профілактики, діагностики та лікування є актуальними питаннями багатьох галузей медицини [EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones, 2016]. Від 10 до 18% пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою мають холедохолітиаз [The Cochrane Collaboration, 2013]. Розробка нової експериментальної моделі жовтяниці дозволить більш детально вивчати дане захворювання і розробляти нові методи лікування та профілактики.

**Мета.** Створити просту у виконанні модель механічної жовтяниці із можливістю її безопераційної ліквідації.

**Матеріали та методи.** Виконано літературний пошук у базі pubmed, та Cochranedatabase. Опрацьовано методику на щурах лінії Вістар. Виділення загальної жовчної протоки виконано на трупах 10 експериментальних тварин. Опрацьовано запропоновану методику моделювання обтураційної жовтяниці на 20 експериментальних тваринах.

Перед оперативним втручанням інструментарій і шовний матеріал стерилізували згідно загальноприйнятих методик. Оперативні втручання здійснювались в умовах науково-дослідного центру із дотриманням усіх умов асептики і антисептики. Наркотизація тварини проводилась розчином кетаміну з розрахунком 0,2 мг/кг. Через 5 хвилин після наркотизації тварина фіксується на операційному столику. Операційне поле поголено, оброблено розчином повідон-йоду. Хірургічний доступ: верхньо-середина лапаротомія довжиною до 2 см із виділенням мечоподібного відростка. Краї рани розширюються. Відсепарується загальна жовчна протока. Взявши протоку на лігатуру, проводимо її у створений в центрі мечоподібного відростка отвір. Петля загальної жовчної протоки фіксується в даному положенні шляхом заведення під витягнуту петлю фрагмента кубітального катетера без голки, довжиною до 1 см. Лігатура знімається. Виникає перегин загальної жовчної протоки з її компресією, що спричиняє стійку механічну жовтяницю у щурів в експерименті. Рана черевної стінки закривається пошарово. Санация рани здійснюється розчином повідон-йоду. Після операції тварина утримується без корму впродовж однієї доби, доступ до води вільний.

Ліквідація механічної жовтяниці створеної за допомогою запропонованої моделі може виконуватись безопераційно, шляхом зміщення фрагмента катетера разом зі шкірою вздовж своєї осі до 1 см. У всіх випадках вдалось створити ефективну модель механічної жовтяниці. При ліквідації жовтяниці на другу добу експерименту у двох випадках виникло ускладнення у вигляді розриву загальної жовчної протоки. У 18

випадках жовтяниці було ліквідовано.

**Висновки.** Запропонована методдозволяє створити ефективну модель механічної жовтяниці, передбачає ліквідацію жовтяниці шляхом відновлення природного відтоку жовчі через загальну жовчну протоку до дванадцятипалої кишки, як це трапляється у клініці при умовах транспапілярних втручань у хворих із механічною жовтяницею на ґрунті холедохолітіазу або при стентуванні загальної жовчної протоки при стриктурах чи пухлинах.

М.Ю. Паламарчук, Д.П. Радзивилук  
**СПОСОБИ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ**

Кафедра хірургії медичного факультету №2

Я.В. Карий (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Мета роботи:** Визначити вплив способів біліарної декомпресії на постдекомпресійну дисфункцію печінки.

**Актуальність:** Обтураційні жовтяниці (ОЖ) при затяжному перебігу, рівні білірубіну понад 100 мкмоль, після хірургічної декомпресії можуть супроводжуватись постдекомпресійною дисфункцією печінки (“синдром розвантаження”), який призводить до гострої печінкової недостатності.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано результати хірургічного лікування 40 хворих на ОЖ, які знаходились у хірургічному відділенні ВОКГВв. Вік хворих – від 30 до 90 років. Жінок було - 26 (65,0%), чоловіків - 14 (35,0%). Тривалість ОЖ до 14 днів діагностовано у 20 (50,0%), від 14 до 30 днів – у 12 (30%), більше 30 днів – у 8 (20,0%) випадках. ОЖ доброякісного генезу спостерігалась у 24 (60,0%) хворих, злаякісного – у 16 (40,0%).

**Результати:** Для діагностики ОЖ застосували загальноклінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. Постдекомпресійну дисфункцію печінки оцінювали біохімічними маркерами холестази: (прямий білірубін, лужна фосфатаза, холестерин крові). Зовнішню декомпресію жовчних проток проведено у 12 (30,0%) хворих, сформовано білідигестивні анастомози – у 14 (35,0%) хворих. Виконання зовнішньої декомпресії біліарної системи супроводжувалось швидким зниженням тиску в жовчних протоках, що призвело до постдекомпресійної дисфункції печінки - у 10 (25,0%) хворих, формування білідигестивних анастомозів супроводжувалось порушенням функції печінки у 4 (10,0%) хворих. У хворих після транспапілярних втручань суттєвих порушень функціонального стану печінки не спостерігалось.

**Висновки:** Використання ендоскопічних транспапілярних втручань у хворих на ОЖ не супроводжується суттєвими порушеннями функції печінки. Постдекомпресійна дисфункція печінки виникає після зовнішнього дренивання жовчних проток і формування білідигестивних анастомозів, внаслідок швидкого зниження тиску в жовчних протоках.

В. П. Рауцкіс

**РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПІЇ В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ДОБРОЯКІСНИХ ТА ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О. М. Печевистий (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Проблема злаякісних захворювань шкіри посідає важливе місце в сучасній онкології. Серед людей обох статей новоутворення шкіри займають перше місце серед усіх пухлинних процесів. В Україні щороку реєструється понад 20 тисяч нових випадків захворювання на рак шкіри. Найбільшу складність в клінічній діагностиці становлять злаякісні новоутворення шкіри. Дерматоскопія - це сучасний неінвазивний метод діагностики патології шкіри. Його доступність та безпечність дозволяє підвищити вірогідність встановлення точного діагнозу та провести швидку диференційну діагностику між доброякісними та злаякісними новоутвореннями з використанням дерматоскопічних критеріїв, що також дає можливість вчасно розпочати адекватне лікування.

**Мета.** Вивчити ефективність дерматоскопії при проведенні порівняльного аналізу клінічних та дерматоскопічних даних в диференційній діагностиці новоутворень шкіри у випадках, коли встановити діагноз неозброєним оком є проблематично.

**Матеріали і методи.** Було проведено аналіз історій хвороб 1458 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в період з січня 2016 року по січень 2017 року в Подільському регіональному центрі онкології. Усі хворі поступили з клініку з підозрою на злаякісні процеси шкіри. Серед обстежених було 597 чоловіків (41 %) та 861 жінка (59 %) віком від 18 до 80 років. Діагностика базувалась на даних анамнезу, клінічній картині та наявності дерматоскопічних критеріїв. Пацієнтам, у яких було встановлено наявність злаякісного процесу, виконано хірургічне лікування з наступним гістологічним дослідженням післяопераційного матеріалу для

верифікації діагнозу.

**Результати.** На основі даних анамнезу, клінічної картини та результатів дерматоскопії у Подільському регіональному центрі онкології лише у 88 (6.0%) пацієнтів із 1458 не виявлено ознак злоякісного процесу. У решти 1370 осіб було встановлено наступні діагнози: базальноклітинний рак - у 922 (63.2%), плоскоклітинний рак - у 229 (15.7%), меланома - у 219 (15.0%). Слід відмітити, що найбільшу частку хворих становили люди віком 60-80 років - 840 осіб. Після виконаного оперативного втручання в усіх випадках було проведене гістологічне дослідження післяопераційного матеріалу, яке виявило співпадіння діагнозів у 97% випадків.

**Висновки.** Дерматоскопія є безпечним, доступним, ефективним неінвазивним методом діагностики та диференційної діагностики усіх новоутворень та процесів на поверхні шкіри. Дана методика дозволяє встановити коректний діагноз на ранніх стадіях захворювання і таким чином обрати правильну тактику лікування та спостереження пацієнта, що в своє чергу дозволяє уникнути непотрібних хірургічних втручань.

К.Ю.Рудюк, О.В.Качуровська, Л.В.Прядко, Р.Л.Любевич, Т.Ю.Повшедна

## **МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ СОЛІДНО-ПСЕВДОПАПІЛЯРНОЇ ПУХЛИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЇХ РОЛІ У ВЕРИФІКАЦІЇ КІНЦЕВОГО ДІАГНОЗУ**

Кафедра хірургії №2

В.П.Мазур(асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Солідно-псевдопапілярна пухлина підшлункової залози (ПЗ)- рідкісна хвороба з невизначеним злоякісним потенціалом. Поява пухлини переважно у жінок та експресія рецепторів прогестерону свідчать про закладку клітин пухлин у ранньому ембріогенезі, коли клітини закладки яєчників контактували з клітинами ПЗ, а потім розвивалися по різних лініях диференціювання. Безсимптомний перебіг, важкість диференціації з ацинарноклітинним раком, панкреатобластомою і протоковою аденокарциномою є перешкодами для постановки точного діагнозу. Основний метод лікування - оперативний.

**Мета:** Аналіз методів діагностики патології та визначення їх ролі у верифікації кінцевого діагнозу.

**Матеріали та методи:** Вивчення сучасних джерел наукової інформації, огляд описаних клінічних випадків.

**Результати:** Початок діагностики - збір анамнезу. Пацієнтів турбують неспецифічні скарги: відсутність апетиту, нудота, схуднення. При пальпації живіт без особливостей. Вміст онкомаркера СА 19-9 крові в межах норми. Під час УЗД органів черевної порожнини виявляється збільшена у розмірах ПЗ. УЗД, включаючи дуплексне дослідження у В-режимі, режимах кольорового доплерівського картування, імпульсної доплерографії, вказує на неоднорідні утворення з наявністю кістозних порожнин, іноді кальцинатів по периферії. При ендоскопічному УЗД в частинах залози відзначається утворення овальної форми з чітким контуром, неоднорідної ехогенності, з ділянками дегенерації, кістозними включеннями. Аспіраційна пункційна біопсія: групи клітин залозистого епітелію з ознаками гіперплазії. Імуногістохімічні тести вказують на експресію білків Cytokeratinpan, Cytokeratin 7, ChromograninA. Індекс проліферативної активності коливається від 2 до 80%. Експресію віментину виявляють у 90% спостережень, це свідчить про мезенхімальне походження пухлини. Клітини пухлини дають негативну реакцію на більшість гістіоцитарних маркерів, за винятком альфа1-антитрипсину, що виключає гістіоцитарне походження пухлини. Позитивна реакція з нейронспецифічною енолазою, локальні прояви експресії синаптофізину, відсутність реакції з хромограніном А, відсутність синтезу гормонів і клінічних ознак гормональної дисфункції свідчать, що пухлина не є ендокринною, проте має локальне ендокринне диференціювання. При МРТ визначаються солідні утворення неправильної овальної форми, капсула виявляється нечітко і фрагментарно. Рідкий компонент пухлини має щільність 25-40 HU, солідний- 50-60 HU. МРТ визначає навіть найдрібніші рідинні лакуни(гіперінтенсивний сигнал). У 98% випадків МРТ у комплексі з імуногістохімічними тестами є найшвидшими та найінформативнішими методами, що дозволяють точно діагностувати патологію та верифікувати кінцевий діагноз.

**Висновки:** За умови вчасної і повноцінної діагностики пацієнти з солідно-псевдопапілярною пухлиною ПЗ підлягають оперативному втручання з позитивними віддаленими наслідками з прогнозом , сприятливим навіть за наявності метастазів, які підлягають радикальному видаленню.

І.Д. Савранська, А.Р. Новак, К.О. Цвіркун

## **ДИНАМІКА МАРКЕРІВ ХІРУРГІЧНОГО СТРЕСОРНОГО ВПЛИВУ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ З ПРИВОДУ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ**

Кафедра хірургії №2

О.А. Ярмак (к.мед.н., асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Подальша розробка ліфтингових систем, необхідних для здійснення „безгазової” лапароскопії, є

актуальним завданням медичної науки і практики. Пошуки єдиних і достовірних критеріїв ступеню травматичного впливу продовжуються і сьогодні. Велику кількість досліджень, що базуються на визначенні динаміки так званих «стресових» гормонів, присвячено вивченню гомеостазу і фізіологічної адаптації організму до хірургічного стресу. Однак, висновки авторів часто досить суперечливі. Саме вирішення проблем, які виникають при застосуванні напруженого карбоксиперитонеуму (НКП) у пацієнтів з ускладненою жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ), і стало підґрунтям для виконання представленого наукового дослідження.

**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 128 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену холедохолітазом, на клінічних базах кафедри хірургії №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова протягом 2015-2017 рр. Серед пацієнтів, яким застосовано малоінвазивні методи хірургічної корекції холецистохоледохолітазу у 71 хворого (група порівняння, 55,47%) для створення робочого простору застосовано стандартний НКП з рівнем внутрішньочеревного тиску 10-12 мм.рт.ст. В основній групі (57 хворих, 44,53%) – розроблений метод ДЛКП (4-6 мм.рт.ст) з використанням запропонованого атравматичного пристрою для лапароліфтингу. Періопераційно реєстрували середній артеріальний тиск (САТ, мм. рт. ст.), частоту серцевих скорочень (ЧСС, уд/хв.), сатурацію кисню в крові (SpO<sub>2</sub>, %), рН крові, динаміку 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 та 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 SpO<sub>2</sub> 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 CO<sub>2</sub> (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.

**Висновки.** Використання методу ДЛКП в порівнянні зі стандартним НКП (10-12 мм. рт. ст.) здійснює незначний стресорний та травмуючий вплив на організм хворого. Завдяки використанню локальної тракції в поєднанні з дозованою інсуфляцією CO<sub>2</sub> створюється можливість для виконання тривалих лапароскопічних втручань з приводу холедохолітазу при показниках внутрішньочеревного тиску 4-6 мм. рт. ст. у хворих групи підвищеного операційно-анестезіологічного ризику.

І.І.Савчук, Д.О.Кузьменко, Я.В.Вороновський

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра хірургії №2

Т.О.Мельник (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Не зважаючи на суттєве розширення сучасних діагностичних та терапевтичних можливостей, гострий панкреатит (ГП) залишається однією з найпоширеніших гострих хірургічних патологій. В Україні захворюваність на ГП становить 76-102 випадків на 100 000 населення, смертність – від 4 до 60% в залежності від важкості перебігу.

**Мета:** Проаналізувати підходи та принципи класифікації, діагностики, лікування ГП як в Україні, так і закордоном. Порівняти вітчизняні та закордонні клінічні настанови на алгоритми надання медичної допомоги пацієнтам із ГП.

**Матеріали та методи:** Було проведено аналіз закордонних та вітчизняних наукових джерел з даної тематики.

**Результати:** Діагноз ГП базується на наявності хоча б двох з наступних ознак: абдомінальний біль з характерним паттерном, ферментемія (зростання рівня ліпази чи амілази в крові більш ніж в 3 разі у порівнянні з нормативними показниками), візуалізація ознак гострого запалення в підшлунковій залозі (за допомогою УЗД, КТ, МРТ). Важкість перебігу встановлюється на основі наявності місцевих чи системних ускладнень, поліорганної недостатності, рівня С-реактивного білка та шкалі АРАСНЕ-II. Активна гідратація рекомендована усім пацієнтам, окрім таких, що мають супутню кардіальну чи ниркову патологію, яким вона протипоказана (рівень доказовості А). Раннє ентеральне харчування краще парентерального і повинно бути розпочате не пізніше 48 год з моменту госпіталізації, незалежно від ступеня важкості ГП (рівень доказовості А). Рутинна профілактична антибіотикотерапія при ГП не рекомендована (рівень доказовості А). У пацієнтів із супутньою гострою патологією жовчовивідних шляхів ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія повинна бути проведена протягом 24 годин з моменту госпіталізації (рівень доказовості А). Пацієнти із асептичним панкреонекрозом та стабільним станом ведуться неоперативно та без застосування антибіотикотерапії (рівень

доказовості В). Асимптоматичні панкреатичні псевдокісти не потребують дренивання, за умови відсутності ознак інфікування чи стійкого збільшення у розмірах (рівень доказовості А). Стабільним пацієнтам із ділянками інфікованого панкреонекрозу дренивання варто відкласти щонайменше на 4 тижні (рівень доказовості А).

**Висновки:** Варіанти перебігу ГП можуть варіюватись від легкої, обмеженої форми, яка вимагає лише додаткових підтримуючих терапевтичних заходів, до тяжких некротичних форм, що призводять до системних ускладнень та потребують активної лікувальної, в тому числі хірургічної, тактики. Зростання захворюваності на ГП спостерігається по всьому світу, причому серед основних причин розвитку даної патології варто виділити жовчно-кам'яну хворобу та зловживання алкоголем. Незважаючи на доступність медичної допомоги, новітні інтервенційні технології та методи візуалізації, ГП продовжує супроводжуватись високою захворюваністю, смертністю та значною частотою розвитку місцевих і системних ускладнень.

Д. В. Сімчук

## **ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ TOPCLOSURE В ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.**

Кафедра хірургії №1

С. Б. Майструк (к. мед. н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гнійно-некротичні ураження є небезпечними ускладненнями у хворих на цукровий діабет (ЦД). Лікування таких станів направлене на ліквідацію гнійно-некротичного вогнища та компенсацію діабету.

**Мета:** визначити ефективність застосування TOPCLOSURESYSTEM у лікуванні гнійно-некротичних ускладнень у хворих на ЦД на прикладі клінічного випадку.

**Матеріальні методи:** медична карта стаціонарного хворого, що знаходився на стаціонарному лікуванні у ВОКВЕЦ в хірургічному відділенні з 05.10.17-23.10.17, дані міжнародної та вітчизняної літератури.

**Результати:** 05.10.17 в хірургічне відділення ВОКВЕЦ звернулася хвора К., 65 р., зі скаргами на біль, почервоніння шкіри та набряк м'яких тканин, в ділянці внутрішньої поверхні лівої гомілки в проекції колінного суглобу. Скарги супроводжувалися підвищенням температури тіла до 38.5 С, утрудненням ходи, загальною слабкістю. Дані симптоми з'явилися після укусу невідомої комахи. По медичну допомогу хвора не зверталася, лікувалася самотужки протягом 2 тижнів. З анамнезу відомо, що пацієнтка хворіє на ЦД 2 типу з 2010 року. Після компенсації загального стану, під загальним в/в наркозом, проведене оперативне втручання – розкриття, некректомія та дренивання флегмони верхньої третини лівої гомілки. На 5 добу лікування, під місцевим знеболенням проведено налагодженням системи TOP CLOSURE. В післяопераційному періоді хвора отримувала лікування: корекцію глікемії – інсулінотерапія, антибіотикотерапія, перев'язки. На 18 день перебування в стаціонарі – виписана з задовільним результатом – рана загоїлася вторинним натягом.

**Висновок:** застосування системи TOP CLOSURE у хворих з гнійно-некротичними ускладненнями ЦД допомагає добитися швидкого загоєння рани з максимальним косметичним ефектом, профілактує інфекційні ускладнення, скорочує тривалість перебування хворого в стаціонарі, є технічно простішою хірургічною маніпуляцією.

С.С. Скальський

## **ЗМІНА МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ГНІЙНИХ РАН ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ ПІДВИЩЕНИМ КЕРОВАНИМ ТИСКОМ АЕРОДИСПЕРСНОЇ СУМІШІ**

Кафедра хірургії №1

В.О. Шапринський (д.мед.н.,проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** По даним вітчизняної та зарубіжної літератури, пацієнти хірургічного профілю з гнійно-запальними захворюваннями складають від 35 до 45%. Залишаються тривалими середні строки лікування гнійних ран, частота неблагоприємних наслідків та випадків генералізації процесу, а також зростання числа хворих з гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин. Місцеве лікування ран антибактеріальними препаратами має ряд переваг, а саме – висока локальна концентрація, мінімальна системна дія. Серед недоліків місцевих форм антибіотиків та антисептиків слід відмітити низьку пенетрацію в тканини, розвиток резистентності.

**Мета:** Провести аналіз мікробіологічних взірців хворих основної групи, які проліковані аеродисперсною сумішшю під підвищеним керованим тиском та порівняти їх з контрольною групою, де лікування проводилось традиційним способом.

**Матеріали та методи:** Всього проаналізовано 108 бакпосівів з ран хворих. Дослідження проводили при поступленні хворих та через 5 діб після лікування. Основна група склала 26, контрольна 28 хворих. Розподіл



мікрофлори при забарвленні по Граму основної групи Грам-негативна – 53 %, Грам-позитивна – 47 %. По видовому складу основної групи Грам-позитивна мікрофлора на 78 % була представлена стафілококами (в тому числі *St. aureus* 67 %), в 16 % - ентерококами, в 6 % стрептококами. Грам-негативна мікрофлора основної групи включала 82 % ентеробактерій (в тому числі 56 % *E. Colli*), та по 9 % синьогнійної палички і ацинетобактер. У близько 45% випадків висівали по 2 мікроорганізми. В контрольній групі аналогічні показники становили: Грам-негативна мікрофлора – 44%, Грам-позитивна 56 %. Грам-позитивні бактерії були представлені на 78% стафілококами (з них *St. aureus* 68 %), 14 % ентерококами, по 3% стрептококами та іншою флорою. Грам-негативна мікрофлора на 65 % складалась з ентеробактерій (з них 47 % *E. Colli*), 31 % становив ацинетобактер та 4 % синьогнійна паличка. Оцінювання проводили по кількості колоніє утворюючих одиниць (КУО).

**Результати:** Через 5 днів лікування кількість КУО зменшилась у близько 78 % хворих основної групи до  $1 \times 10^3$ , які суттєво не впливають на протікання ранового процесу. В контрольній групі цей показник становив 59 %. В інших випадках кількість КУО залишилась сталою (16 % в основній та 29 % в контрольній групах), або навіть зросла. Полімікробну мікрофлору в основній групі висівали близько 21 % випадків, в контрольній – в 45 %.

**Висновки:** Отже, мікробіологічні дослідження підтвердили високу антибактеріальну ефективність запропонованого методу лікування гнійних ран. Відмічене достовірне зниження кількості мікроорганізмів в рані в кількісному та якісному відношенні у хворих основної групи в порівнянні з контрольною, що дозволяє рекомендувати цей метод для лікування в I фазі інфікованих та гнійних ран.

В.А. Стародуб

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ, ВЛАСТИВОСТЕЙ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З КРИТИЧНИМИ СТАНАМИ

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів

О.С. Гончарук (ас.)

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

**Актуальність:** В Україні пневмонія займає перші позиції в структурі захворюваності у дітей. У світі летальність від пневмонії реєструють у 9-25% випадків смерті дітей раннього віку.

**Мета:** Проведення мікробіологічного моніторингу збудників інфекційно-запальних захворювань органів дихання у дітей, вивчення чутливості до антибіотиків та антисептичних препаратів.

**Матеріали і методи:** Дослідженні приймали участь 247 пацієнтів, які лікувались у обласній дитячій клінічній лікарні у 2016 р. з пневмоніями. Чутливість мікроорганізмів до антибіотиків та антисептиків визначали методами диско-дифузійним і послідовних серійних розведень препарату у рідкому поживному середовищі. Чутливість мікроорганізмів до досліджуваних препаратів проводили за показником мінімальної бактерицидної концентрації (МБЦК).

**Результати досліджень:** Бактеріологічними дослідженнями було виділено 294 клінічних штами бактерій, з них 73,5%-грампозитивні коки. В тому числі: стрептококи (47,3%); стафілококи (15,3%); ентерококи (10,9%). Грамнегативні бактерії склали 26,5%. З них 16,7%-ентеробактерій і 9,8%-неферментуючі грамнегативні бактерії.

Питома вага дріжджоподібних грибів складала 13,3%.

Дослідженнями встановлено високу чутливість стрептококів та стафілококів до амінопеніцилінів, захищених клавулановою кислотою та цефалоспоринів III покоління (72,8%), що обґрунтовує їх застосування в якості стартової терапії. Карбапенеми, фторхіолони II–IV поколінь, макроліди і аміноглікозиди були ефективними в 45% випадків. Резистентність до даних препаратів не перевищувала 9%, що дозволяє застосовувати їх при лікуванні інфекційно-запальних уражень, викликаних метицилін- та ванкомицин-резистентними штамми.

Встановлено високі бактерицидні властивості декасану щодо *S. pyogenes*, про що свідчили МБЦК ( $1,56 \pm 0,17$  мкг/мл), дещо нижчу активність встановили до мірамістину ( $7,29 \pm 0,97$  мкг/мл) та хлоргексидину біглюконату ( $19,02 \pm 3,31$  мкг/мл).

Представники роду *Staphylococcus spp.* виявляли високу чутливість до антисептиків. Протимікробна дія декасану щодо *S. Aureus* переважала ефективність хлоргексидину біглюконату в 3,3 рази, мірамістину в 2,4 рази, та становила ( $4,31 \pm 0,48$  мкг/мл).

Дослідження дії антисептиків на *C. albicans* показали потужну фунгіцидну дію протимікробних засобів. Встановлено, що найвищу фунгіцидну активність щодо *C. albicans* проявляла до ДС (МФЦК  $16,07 \pm 2,31$  мкг/мл), штами кандид також були чутливими до ХГ (МФЦК  $22,29 \pm 3,15$  мкг/мл) та МР (МФЦК  $28,57 \pm 3,57$  мкг/мл).

**Висновок:** У дітей з пневмоніями найчастіше виявляють смягрампозитивні коки (73,5%), які зустрічаються в асоціаціях до 8 % випадків. Клінічні штами мікроорганізмів зберігають чутливість до амінопеніцилінів, цефалоспоринів, макролідів, фторхінолонів, аміноглікозидів. Збудники інфекційних ускладнень органів дихання мають високу чутливість до вітчизняного антисептика декасану, що відкриває перспективи їх

комбінованого застосування з системною антибіотикотерапією в боротьбі з антибіотикорезистентними збудниками інфекцій дихальних шляхів.

В.Т. Стах

### КОНТАКТНА ТЕРМОМЕТРИЯ, ЇЇ ЗНАЧЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ СПАЗМУ АКОМОДАЦІЇ, ПРИ ПОРУШЕННЯХ РЕФРАКЦІЇ

Кафедра оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови і шиї

Р.Л. Вадюк (к.мед.н., в.о.доц.)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

м. Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність:** Зміни місцевої температури тканин і органів можуть відображати стан судинної системи і інтенсивність обмінних процесів в різноманітних органах, зокрема і в оці людини. Статистично достовірно доведено зниження кровонаповнення судин цилиарного тіла в очах з міопічною рефракцією і міопією середнього і високого ступеня. Доведено, що тривалий спазм акомодациї призводить в подальшому до виникнення міопії.

**Метою** нашого дослідження було дослідити, чи можна визначити спазм акомодациї через коливання температури рогівки, і цилиарного тіла при міопії слабкого, високого ступенів, еметропії; порівняти об'єм акомодациї студентів відповідно до кривої Дондерса.

**Матеріали і методи:** У приміщенні при температурі повітря 20-21°C в положенні сидячи з 9:00 по 12:00 год. обстежено 10 пацієнтів (20 очей): 6 дівчат і 4 чоловіків, віком 20-22 років. Шестеро осіб з еметропічною рефракцією, троє – страждає міопією слабкого ступеня, і один пацієнт з міопією високого ступеня. Було проведено авторефрактометрію (рефрактометром «Unikorse-700»), візометрію (з застосуванням таблиць Головіна-Сівцева та апарату Рота), термометрію тіла (за допомогою ртутного термометра), виміряно об'єм відносної акомодациї за допомогою скіаскопічних лінійок при фіксованій відстані до тексту, (33 см) а також виміряно температуру рогівки до і після закапування 1% розчину тропікаміду температурою 20°C, за допомогою інфрачервоного термометра «Tefal» в точках, ідентичних до методу Пржебильської. Безпосередньо перед вимірюванням температури рогівки пацієнтам додатково закапували 0.5% р-ну алкаїну. Вимірювання температури рогівки були проведені до і після інтенсивного читання протягом 15 хв. до і після циклоплегії.

**Результати дослідження:** У осіб з еметропічною рефракцією при нормальній температурі тіла температура рогівки після 15-хвилинного читання знизилась на 0,2-3,0°C, а цилиарного тіла – на 0,21-1,0°C. У осіб з міопією слабкого ступеня температура рогівки при нормальній температурі тіла після 15-хвилинного читання знизилась на 0.1-0.3°C, а у особи з міопією високого ступеня не змінилась взагалі. Температура цилиарного тіла у осіб з міопією слабкого ступеня знизилась на 0.75-0.87°C, у особи з міопією високого ступеня - на 0.5°C.

Визначивши об'єм акомодациї отримано такі результати: Лише у однієї особи (еметропа) відповідно до віку даної особи оптимальний об'єм акомодациї, згідно кривої Дондерса (OD=12; OS=11,5). У двох осіб (еметропів) спостерігається оптимальний об'єм акомодациї лише на одне око згідно кривої Дондерса. У трьох інших осіб (еметропів) спостерігались коливання об'єму акомодациї в межах з 6,5-11; і з 12,5-13,5, не оптимальних для їхнього віку згідно кривої Дондерса. Температура рогівки в умовах циклоплегії у 3 осіб з міопією слабкого ступеня зросла на 0.25-0.75°C, у 1 особи з міопією високого ступеня зросла на 0,75°C.

**Висновки:** Враховуючи дані, що у 66,6% досліджуваних очей з еметропічною рефракцією об'єм акомодациї не відповідає нормі згідно кривої Дондерса, можна припустити, що стовідсотковий зір у них зберігається за рахунок глибини фокусу.

Температура рогівки і цилиарного тіла під час читання до циклоплегії знижується, після циклоплегії – підвищується. Тому можна зробити висновок, що термометрія рогівки і цилиарного тіла відіграє не останню роль у діагностиці спазму. А при вимірюванні об'єму акомодациї після циклоплегії і поверненні його до норми, можна робити висновок про наявність у пацієнта спазму акомодациї.

С.О. Сучок

### ГОСТРА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

О.Г. Якименко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця

**Актуальність:** Злуковий процес – одна з найпоширеніших причин, що призводить до виникнення гострої кишкової непрохідності (ГКН) у дітей після лапаротомій. Частота гострої злукової непрохідності складає від 1,1 до 6,3% у дітей, що перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини. Дані літератури свідчать про те, що при виконанні лапаротомій традиційним способом найбільш частою причиною виникнення злук та ГКН є оперативні втручання з приводу гострого апендициту.

**Мета:** Вивчення поширеності та структури ГКН у дітей на сучасному етапі.

**Матеріали і методи:** Проведено аналіз 246 історій хвороб дітей з клінікою ГКН за останні 12 років, з них – 148 за первинним зверненням. Створено дві групи: порівняння (ГП) -2005-2010 рр. – 80 хворих, та дослідну (ДГ) – 2011-2016 рр. – 68 пацієнтів з ГКН. Вивчали етіологію та структуру виникнення непрохідності, її строки, хронологію та динаміку за 12 років.

**Результати:** У переважній більшості пацієнтів спостерігалась пізня злукова ГКН. Аналіз динамічної структури первинних оперативних втручань, що призводили до розвитку злукової ГКН, в ГП апендикулярного генезу виявлено у 47,50% випадків, в ДГ - 33,82% відповідно; вроджені вади розвитку ШКТ – 10,00% та 26,47%; набута кишкова непрохідність - 8,75% та 8,82%; перитоніт неапендикулярної етіології – 5,00% і 1,47% травми ОЧП та позаочеревинного простору – 15,00% та 5,88%; НЕК - 1,25%, 5,88%; пухлини ОЧП та позаочеревинного простору – 1,25% та 1,47%; вроджені діафрагмальні кири – 2,50% та 7,35% відповідно. В той ж час аналіз етіологічної щорічної структури первинних оперативних втручань протягом всього періоду дослідження свідчить про превалювання злукової ГКН апендикулярного походження (гострий флегмонозний, гангренозно-перфоративний апендицит, ускладнений серозно-гнійним перитонітом, периапендикулярний абсцес), вроджені вади ШКТ (атрезії тонкої кишки, хвороба Гіршпрунга) та травми ОЧП і позаочеревинного простору.

**Висновки:** Встановлено зміну етіологічної структури злукової ГКН у дітей: зменшилась питома вага патології апендикулярного генезу в дослідній групі, але в той же час збільшилась після оперативних втручань з приводу корекції вроджених вад розвитку, що з одного боку обумовлено зміною хірургічної тактики при апендектоміях у дітей: впровадження лігатурного способу видалення відростка, звуження показів до дренивання черевної порожнини, а з іншого – збільшенням кількості дітей, що одужали після оперативної корекції важкої вродженої патології, зокрема хвороби Гіршпрунга та атрезій тонкої та товстої кишки.

В.Ю. Тетарчук

### ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ОРГАН ЗОРУ

Кафедра очних хвороб

Н.В. Малачкова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Цукровий діабет - це порушення обміну речовин, при якому не відбувається нормального засвоєння клітинами організму глюкози з крові. Стійке підвищення концентрації глюкози в крові негативно впливає на стан багатьох органів і тканин, що зрештою призводить до розвитку тяжких ускладнень, таких як діабетична нефропатія, нейропатія, офтальмопатія, мікроангіопатія та макроангіопатія, різні види діабетичної коми тощо. Цукровий діабет є світовою проблемою, по всьому світу кількість хворих складає 371 млн. людей. За останні десять років поширеність цукрового діабету в Україні збільшилася в півтора рази, і на 2015 рік зареєстровано 1 млн. 198,5 тис. хворих.

**Мета:**Визначити рівень обізнаності населення про цукровий діабет та його ускладнення.

**Матеріали та методи:** Проведено анкетування 24 жінок, що страждають на цукровий діабет, середній стаж захворювання становив 11 років, та 16 чоловіків – 9.625 років. 23 опитаних (8 чоловіків та 15 жінок) проживають у містах, 17 (8 чоловіків та 9 жінок) – у селах.

**Результати:** Майже 35% опитаних мають перший тип цукрового діабету, а решта 65% - другий, з них 27% отримують інсулін. Близько 70% хворих відчувають прогресування захворювання; діагноз «цукровий діабет» був поставлений при самозверненні 52.5% випадків (були наявні скарги), у інших 35% - випадково при огляді. Опитані отримують інформацію про їхнє захворювання від ендокринолога у 62.5% випадків, при цьому 27.5% хворих відвідують його хоча б раз в 3 місяці, 22.5% раз в півроку та 22.5% раз в рік. Було встановлено, що 35.5% опитаних вважають, що при цукровому діабеті офтальмолога варто відвідувати раз в півроку, інші 35.5% - раз на 3 місяці, а решта 22.5% - раз в рік. Обов'язковим для себе 55% хворих вважають визначення глікозильованого гемоглобіну, решта 20% - виявлення цукру в сечі, інші 25% - виявлення змін на очному дні. Приблизно 40% опитаних вважають, що головною умовою прогресування їхнього захворювання – недотримання дієти, а також «скачки» цукру в крові (40%). У опитаних наявні порушення зору; серед них 40% мають ретинопатію, інші 22.5% - катаракту, а 7.5% мають глаукому. Найсерйознішими ускладненнями цукрового діабету 20% хворих вважають катаракту, інші 22.5% - глаукому, захворювання сітківки – 12.5%, а 15% - підвищення рівня гіпо чи гіперглікемії. Методом лікування порушень зору внаслідок діабету 70% опитаних обирають для себе нормалізацію рівня цукру в крові. Для лікування захворювань сітківки використовують «Тауфон»(31.5%), «Емоксипін»(10.5%), «Айлію» або «Луцентіс»(10.5%). Отримали лазерне лікування сітківки приблизно 12.5% хворих.

**Висновки:** Більшість населення малообізнане стосовно методів лікування цукрового діабету, халатно ставиться до цього захворювання (мало відвідує ендокринолога, не дотримується дієти), неправильно лікує ускладнення (мало відвідує офтальмолога, застосовує не ті препарати).

І.І. Токмакова, О.В. Степаненко

### ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛКИ РОБОТ-АСИСТОВАНОЇ ХІРУРГІЇ (РАХ) І ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ

**Актуальність:** Упровадження нових технологій може кардинально змінити систему охорони здоров'я в найближчому майбутньому. У залежності від країни, від 50% до 73% респондентів заявили про свою готовність доручити проведення непростих хірургічних маніпуляцій роботам замість лікаря. Більше решти в роботизацію хірургії вірять жителі Нігерії, Туреччини та Південної Африки (73%, 66% та 62% відповідно), а ось жителі Великобританії погоджуються на це найменше (36%). Комп'ютеризація та роботизація направлена на подальше удосконалення нині доступних малоінвазивних втручань та відкриває нові можливості для хірурга.

**Мета:** Вивчення та систематизування знань про РАХ. Визначення переваг та недоліків роботизації. Розгляд перспективи РАХ в Україні.

**Матеріали та методи:** було проведено огляд сучасних вітчизняних та зарубіжних літературних джерел.

**Результати:** Уже в середині минулого століття в медичній сфері почалися суперечки про співвідношення надійності та економічної ефективності РАХ. Для деяких медичних працівників РАХ представляє собою тільки данину модного впровадження технологій. Інші стверджують, що її використання безсумнівно додасть ще цілий ряд проблем. Але коли ці проблеми в кінцевому результаті будуть вирішені, РАХ буде мати великий потенціал - вона могла б радикально підвищити ефективність та продуктивність професії хірурга в цілому. Враховуючи це, можна зробити невеликий огляд переваг та недоліків РАХ. До переваг слід віднести: управління роботом на відстані; зниження ризику інфікування рани; зменшення крововтрати; зменшення навантаження на оперуючого хірурга; виключення ризику зараження хірурга; більша точність виконання хірургічних процедур; можливість виконувати оперативні втручання з використанням розрізів до 1,5 см; завдяки 3D візуалізації та можливості збільшення операційного поля до 16 разів якість виконання операцій значно вища; зменшення больових відчуттів у післяопераційному періоді; швидке одужання і короткий післяопераційний період; мінімальний ризик ускладнень; покращений косметичний ефект завдяки відсутності великих післяопераційних рубців; менша кількість медичного персоналу для виконання операції, а це означає, що лікування пацієнта потребує менших витрат. Проте можна виділити ряд недоліків РАХ: висока вартість обладнання та обслуговування; відсутність відповідно підготовлених хірургічних кадрів; відсутність відчуття опору та консистенції тканин.

**Висновки:** РАХ - це новітній і перспективний напрямок розвитку хірургії, який відкриває нові можливості для хірурга та прискорює реабілітацію хворого. Численні дослідження показують перевагу РАХ над традиційними лапароскопічними та відкритими методиками хірургічного лікування. Незважаючи на значну вартість обладнання, усе більше країн впроваджують робот-асистовані технології. Наявність даної технології в нашій країні дало б можливість українцям отримувати кращий рівень медичної допомоги. Застосування РАХ свідчить про високий рівень медицини в країні й могло б залучити іноземних пацієнтів в Україну.

В. А. Тростенюк  
**ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ГОЛОВИ ЗА СЕРДЖИО КАНАВЕРО – УСПИХИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**  
Кафедра хірургії №2  
О. А. Ярмак (ас.)  
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Травми, аномалії тіла, неопроцесинесумісні з життям, тяжкі опіки та багато інших причин призводять до високої смертності. Цей та інші фактори дають поштовх для вирішення даного питання. Тому й було розроблено проект трансплантації голови. Саме ця новітня операція, до якої готується весь світ може принести дійсно величезні плоди та врятувати сотні, а можливо й тисячі життів. Перша така операція відбулась в грудні 2017 року.

**Мета:** оцінити останні досягнення вчених, які займаються проблемами трансплантації голови.

**Матеріали та методи:** проведено аналіз наукової літератури відповідно тематиці.

**Результати:** Серджио Канаверо, італійський нейрохірург, що займається вже близько 30 років питанням трансплантації голови. Натхненний роботами С. Брюховенка, С. Чечуліна, В. Демихова, Р. Уайта та інших вчених наважився на проведення операції. Складається вона з декількох етапів. Охолодження, введення антикоагулянтів, використання фьюзогенів, «спаювання» окремих нервових волокон за допомогою поліетиленгліколю та пошарове зшивання. В грудні 2017 була проведена перша операція, протевна була тестовою, так як відтворювалась на трупі. Із запланованих 36 год. операція виконувалась 18 год. і, як стверджує Канаверо, була виконана успішно. Результати електроенцефалограми підтверджують думки вченого. За прогнозами Серджио процес відновлення триватиме до декількох років, а вихід з стану глибокої коми в

постопераційному стані триватиме до декількох днів. Відразу ж постає декілька питань: реінервація, регенерація нервової системи, тканинна сумісність, імунобіологічна реакція організму та техніка проведення операції. Як це все вирішити? Для реінервації Канаверо використав вищезгадану речовину - поліетиленгліколь для «склеювання» нервових волокон, попередньо розрізавши нервові волокна особливо «тонким» ножом, який дає похибку до  $10^{-6}$  метра. Проект для вирішення такого питання отримав назву Head Anastomosis Venture with Cord Fusion. Дійсно в проведених дослідях на щурах та мавпах доведено ефективність цього методу. Тканинна несумісність лікується імуносупресорами та подальшим вивченням методів інгібіції тканинної несумісності. Свою ж майстерність Серджио планує відкалібрувати на пацієнтах, що знаходяться в стані клінічної смерті. У випадку успіху, Канаверо стане першопрохідником в галузі трансплантології голови і без сумніву впише своє ім'я в історію медицини золотими буквами.

**Висновки:** Вірогідно, в майбутньому трансплантація голови стане звичним питанням, як і пересадка серця на сьогодні. Пересадка голови в першу чергу може бути корисною для тих людей, які вже страждають квадріплегією і мають непрацездатність або хвороби органів, що вимагають багаторазового хірургічного втручання. Підкоривши таку стихію в майбутньому людство здатне буде врятувати безнадійно хворих та дати їм можливість жити далі. Крім того, використання даного методу дасть можливість лікувати неоперабельні на сьогодні стани та навіть психічні захворювання пов'язані з дисметаболічними порушеннями.

Т.І. Трофімчук

### СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ПЕРІПАРТАЛЬНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ЖІНОК ІЗ ГРУПИ РИЗИКУ

Кафедра анестезіології та реаніматології

О.В. Сергійчук (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Періпартальна кардіоміопатія (ПКМП) - це досить рідкісна патологія, що маніфестує субкомпенсованою або декомпенсованою серцевою недостатністю (СН), і виникає в останні місяці вагітності або протягом перших шести місяців після пологів, за умови, що не було виявлено жодної іншої причини СН. Діагностика ПКМП ускладнена через відсутність специфічних клінічних критеріїв, що призводить до запізнілої постановки діагнозу на стадії декомпенсації. Незважаючи на невисоку поширеність, дане захворювання асоціюється зі значною материнською смертністю. Враховуючи, що показник материнської смертності є одним із пріоритетних у системі охорони здоров'я та характеризує рівень надання медичної допомоги в цілому, то вчасна діагностика та лікування ПКМП є досить актуальною міждисциплінарною проблемою.

**Мета:** виділити серед біохімічних показників ті, які дозволять оцінити ймовірність виникнення ПКМП у жінок із групи ризику; дослідити динаміку змін цих показників протягом вагітності у жінок з групи ризику; провести ретроспективний аналіз маркерів оксидантного стресу у жінок з ПКМП, у яких розвинулась декомпенсована СН.

**Матеріали та методи:** Проведено ретроспективний аналіз літературних джерел і міжнародних рекомендацій щодо діагностики та лікування ПКМП. Виконано аналіз двох клінічних випадків із встановленим клінічним діагнозом ПКМП у вагітних, що знаходились на лікуванні з приводу декомпенсованої СН у відділенні інтенсивної терапії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова за останній рік. При ретроспективному аналізі обмінних карт було оцінено динаміку змін у біохімічному аналізі крові з моменту взяття вагітних на облік до моменту поступлення в стаціонар із декомпенсованою СН. Проспективно ми провели цим вагітним визначення рівнів загального пролактину та тропонінів у сироватці крові.

**Результати:** Проаналізувавши наукові дані, ми з'ясували, що в патогенезі ПКМП істотну роль відіграє оксидантний стрес і взаємопов'язані з ним показники: катепсин D, пролактин, С-реактивний білок (СРБ), ЛПНЩ та інші. Багаточисельні дослідження виявили підвищені рівні даних факторів у плазмі пацієнток з ПКМП. При аналізі результатів біохімічних обстежень, взятих із обмінних карт вагітних, ми встановили, що в першому триместрі вагітності відхилень не виявлено; в терміні вагітності 19-20 тижнів у обох жінок було виявлено підвищення рівня ЛПНЩ (3,41 ммоль/л, 3,63 ммоль/л) і в одній вагітній - СРБ+; на 25-26 тижні вагітності ЛПНЩ становили - 4,14 і 4,05 ммоль/л, а СРБ був позитивним в обох вагітних. При проходженні лікування ПКМП в стаціонарі, у вагітних були виявлені наступні лабораторні зміни: ЛПНЩ - 4,34 і 4,46 ммоль/л, СРБ ++, загальний пролактин у сироватці крові - 520 нг/мл і 537 нг/мл відповідно.

**Висновки:** Для лабораторного підтвердження ПКМП використовують маркери оксидантного стресу. У обох вагітних, яким був встановлений діагноз ПКМП на стадії декомпенсації СН, ретроспективно виявлені високі рівні даних маркерів починаючи з 19-20 тижнів вагітності та прослідковувалась прогресивна динаміка їх наростання. Отже, існує необхідність проведення подібного біохімічного обстеження у всіх вагітних з групи ризику для оцінки вірогідності розвитку у них ПКМП ще на ранніх термінах вагітності.

К.О. Цвіркун, А.Р. Новак, А.О. Тімошенко  
**РАНОЗАЖИВЛЮЮЧА КОМПОЗИЦІЯ**

Кафедра загальної хірургії

А.В. Фуніков(доц. к.м.н.)

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

**Актуальність:** Проблема ран, їх лікування та догляд за хворими та пораненими, є одним з найважливіших розділів сучасної хірургії. Будь-яке хірургічне втручання супроводжується навмисним утворенням ран і тому всі хворі, що підлягають хірургічному лікуванню мають післяопераційні рани і потребують їх лікування. Утворенням ран супроводжуються травми і тому лікар будь-якого профілю повинен володіти хоча б основними навичками хірургічної обробки ран, щоб вміти надати екстренну допомогу в різних ситуаціях: при нещасних випадках в побуті та на виробництві, в дорожно-транспортних пригодах а також при застосуванні холодної та вогнепальної зброї. Необхідно знати перебіг раневого процесу, біохімічні зміни, що відбуваються в рані в різних фазах, а також ускладнення ран, щоб забезпечити швидше одужання хворого, відновлення працездатності, функцій пошкоджених органів та анатомічної цілісності. Вивчення розділу “рани” тісно пов’язане з таким розділом хірургії, як “асептика та антисептика”, а також базується на знаннях анатомії, гістології, біохімії та фізіології людини. Тому знання клініки та діагностики ран, вміння встановити їх характер, своєчасно надати першу медичну та лікарську допомогу, вміти виконати хірургічну обробку, необхідні в підготовці лікарів будь-якого фаху, від правильних дій лікаря залежить доля хворого.

**Мета:** Метою нашого дослідження стала розробка ранозаживлюючого препарату, який можна було б використовувати у всіх фазах раневого процесу. Нами проведено лікування 35 (35%) потерпілих з обмеженими опіками I-IV ступеня, та 72 (72%) хворих з гострими і хронічними гнійнонекротичними процесами шкіри і підшкірно-жирової клітковини.

**Матеріали та методи:** Запропонований нами препарат РК ( ранозаживлююча композиція) являє собою біологічно активну речовину, в склад якої входять жирові емульсії рослинного та тваринного походження, високоактивні ферменти, сорбенти, бактерицидні і десинсиділізуючі комплекси. Також препарат вміщує жиророзчинні вітаміни, вітаміни групи В та мікроелементи. Всі складові мають натуральне походження, загальновідомі і давно використовуються у фармації. Як показало мікробіологічне дослідження та лікування, -РК подавляє ріст мікрофлори в рані, створює місцевий імунітет в рані. Застосування препарату полягає в наступному: після пошарової етапної некректомії, зрошувальної санації антимікробним комплексом ( діоксизоль та хлорофіліпт 3:1) та гелій-неонового лазерного опромінення ранової поверхні, ранозаживлююча композиція наносилась на 4-х шарову серветку і накладалась на рану. Зверху додавалась серветка з 6-8 шарів марлі. Перев’язка проводилась 2 рази на добу. При промоканні серветок пов’язка змінювалась позачергово.

**Результати:** Результатом такого місцевого лікування була динамічна епітелізація ранових поверхонь, або утворення ніжного еластичного рубця без косметичного спотворення. В окремих випадках глибоких опіків навіть спостерігалось острівцеве відновлення сосочкового шару.

**Висновок:** Застосування ранозаживлюючої композиції в комплексному лікуванні дефектів м’яких тканин, забезпечуючи в першу чергу живлення тканин на всіх етапах місцевого лікування, створює умови для швидкого закриття ран, і скорочує терміни довготривалого перебування в стаціонарі з 60-50 днів до 45-30 днів. Запропонований новий засіб в місцевому лікуванні як обмежених опікових ран, так й інших ранових поверхонь не є затратним і потребує послідуєчих наукових розробок та подальшого практичного застосування.

С.О. Чаговець, К.Ю.Бортник, Ю.І.Івантеева, Ю.В.Курчанова, А.Ю. Мороз

**ШКІРНА ПЛАСТИКА МІСЦЕВИМИ ТКАНИНАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПІКОВИХ РУБЦЕВИХ КОНТРАКТУР КИСТІ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МЕТОДИКИ**

Кафедра хірургії №3

Науковий керівник: В.І. Лупальцов (чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

**Актуальність.** В результаті опікових травм верхніх кінцівок інвалідами першої групи стають 56,5% постраждалих, другої групи – 40,5% пацієнтів, а третьої – 3%. У переважній більшості випадків причиною інвалідності є контрактури суглобів кисті та довготривале незагоєння ран. Тому рання реабілітація цих хворих за рахунок удосконалення методів оперативного лікування післяопікових контрактур кисті з одночасним відновленням шкірного покриву є актуальним питанням хірургії.

**Мета дослідження.** Провести аналіз результатів шкірної пластики переміщеними лоскутами та методом «відкритої долоні» з застосуванням динамічних шин для післяопераційної реабілітації у хворих з післяопіковими контрактурами кисті.

**Матеріал і методи.** В умовах Харківського міського центру хірургії кисті прооперовано 16 пацієнтів, віком від 22 до 63 років, з післяопіковими рубцевими контрактурами кисті. Для оцінювання функції кисті використовували анкету DASH (Ягджян Г.В. та ін., 2005), що складається з 30 запитань (оцінювання від 1 до 5 балів): 21 з них направлені на виявлення ступеня труднощів при виконанні фізичних дій через обмеження функції кисті, 6 – ступеня вираженості симптомів, 3 – соціально-рольових функцій пацієнта. Обмеження життєдіяльності за рахунок пошкодження верхньої кінцівки від 0 (відсутність обмеження) до 100 (надмірне обмеження).

**Результати.** При надходженні до відділення за шкалою DASH середній показник оцінювання складав 88 балів. Всім хворим проведено оперативне втручання в декілька послідовних етапів: часткове виділення рубцевої тканини і виконання шкірної пластики місцевими тканинами. Зміст пластики полягав у переміщенні зустрічних лоскутів (z – пластика), а в місцях, де тканин для відновлення амплітуди рухів в суглобах критично бракувало, було застосовано видалення рубця і ведення ран методом «відкритої долоні» за рахунок крайової епітелізації.

Післяопераційна реабілітація починалась одразу ж після загоєння ран. Для цього були використані різноманітні моделі динамічних шин, які допомагали збільшити амплітуду руху в суглобах та еластичність шкірних лоскутів за рахунок постійного розтягнення. Регулярне проведення опитування серед пацієнтів через 3, 6, 12, 24 місяці після операції дало змогу виявити покращення середнього показника до 12 балів. Результат був досягнутий за рахунок повного зникнення симптомів та часткового зменшення труднощів при виконанні фізичних дій.

**Висновок.** Пацієнти зі шкірною пластикою місцевими тканинами мають гарні функціональні результати в лікуванні післяопікових контрактур лише за умови правильного планування етапності оперативного лікування і активної післяопераційної реабілітації.

І. А. Чирва

## **ЧЕРЕЗШКІРНЕ МІНІМАЛЬНО-ІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Науковий керівник: В. В. Балабуєва (к. м. н., асистент)

Кафедра хірургії №2

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця

**Актуальність теми:** У структурі основних нозологічних форм в екстремій хірургії гострий панкреатит посідає третє місце після гострого апендициту і гострого холециститу. У 20-25% випадках розвиток гострого панкреатиту носить деструктивний характер, саме ця частина пацієнтів обумовлює високу загальну і післяопераційну летальність. Висока летальність пов'язана не тільки з важкими біотичними змінами, але і травматичністю традиційних оперативних втручань, число яких у пацієнтів досягає 5-6 і більше. Зростаюча частота гострого панкреатиту, важкий перебіг, що супроводжується високим відсотком ускладнень і летальності, свідчить про актуальність проблеми лікування пацієнтів з даною патологією.

**Мета дослідження:** показати переваги мініінвазивних втручань, як першого етапу, в лікуванні гнійно-некротичних ускладнень деструктивного панкреатиту, можливість зниження летальності у хворих з поширеними гнійно-некротичними ускладненнями за допомогою використання черезшкірних пункційних втручань.

**Матеріали та методи:** дослідження засновано на аналізі результатів лікування 32 хворих з гнійно-некротичними ускладненнями гострого деструктивного панкреатиту. Пацієнти були розділені на дві групи: перша - 19(59,3%) пацієнтів, у яких першим етапом виконували традиційне втручання; друга – 13(40,6%) пацієнтів, у яких хірургічне лікування починали з мініінвазивних черезшкірних втручань.

**Результати дослідження:** застосування мініінвазивних черезшкірних втручань дозволило в реактивну фазу виконати хірургічну детоксикацію шляхом дренивання гострих панкреатичних рідинних скупчень і ділянок некрозу в заочеревинній клітковині; в фазу розплавлення і секвестрації - створити єдину, добре дреновану порожнину, що об'єднує всі виявлені вогнища некрозу і нагноєння в заочеревинній клітковині, прискорити демаркацію некротизованих тканин, черезшкірно видалити секвестри.

У хворих 1-ї групи ускладнення в післяопераційному періоді виявили у 84,2% (16) хворих: арозивна кровотеча 6,3% (1 пацієнт), тонкокишкова нориця 12,4% (2 пацієнта), гнійний перитоніт 56,3% (9 пацієнтів), параколіт 25,0%(4 випадки). Летальність склала 68,4% (13 пацієнтів) внаслідок наростаючої поліорганної недостатності. У 2-й групі післяопераційні ускладнення виявили в 53,8% (7 пацієнтів) випадках: тонкокишкова нориця 7,8% (1 пацієнт), панкреатична нориця 7,8% (1 пацієнт), гнійний перитоніт 23,1% (3 пацієнта), параколіт 15,4% (2 пацієнта). Загальна летальність склала 38,4% (5 пацієнтів). Летальність у 2 групі була в 2 рази нижче.

**Висновки:** Застосування черезшкірних мініінвазивних втручань під контролем ультразвукового дослідження у пацієнтів з гнійно-некротичними ускладненнями гострого панкреатиту є методом вибору, дозволяє уникнути травматичного оперативного втручання і покращити якість життя пацієнтів. Дослідження показало переваги застосування малоінвазивних оперативних втручань в комплексному лікуванні хворих з гнійно-некротичними ускладненнями гострого деструктивного панкреатиту, а також перспективність і доцільність подальшого вивчення цієї проблеми.

О.В. Юрій

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПРОСТАТИ. ПРОГНОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МОРФОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ПУХЛИНИ

Курс урології кафедри хірургії №1

Л.Й. Лонський (доц., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова  
м. Вінниця

**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, показами для якої є: підвищення рівня загального простатспецифічного антигену, підозрілі на рак данні пальцевого ректального дослідження, виявлення гіпоехогенних зон в тканині ПЗ за даними трансректального ультразвукового дослідження, поєднання вказаних факторів. Для визначення достатнього числа зразків тканин і досягнень найкращої виявленості РПЗ в залежності від об'єма ПЗ і віку запропонована Віденська нормаграма, яка повинна використовуватися урологами при плануванні біопсії передміхурової залози (БПЗ).

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.

На конференції консенсусу ISUP в 2014 році була прийнята модифікація класифікації Глісона, яка мала наступні переваги: більш точна стратифікація пухлин, класифікація спрощена (кількість категорій від 1 до 5), нижча стадія – це 1, а не 6.

**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.

Д.А. Яценко

## ВПЛИВ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРУ РОСТУ - $\beta$ НА ПРОДУКЦІЮ ЗОВНІШНЬОКЛІТИННОГО МАТРИКСУ СКЛЕРИ ПРИ МІОПІЇ

Кафедра очних хвороб

Малачкова Н.В. (зав. каф., к.мед.н., доц.)

Кафедра біологічної та загальної хімії

Юрченко П.О. (к.мед.н., ст. викладач)

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

**Актуальність:** Як відомо, міопія є важливою медичною та соціальною проблемою сучасного світу, оскільки кожна третя людина на планеті страждає саме на цю хворобу. За даними центру медичної статистики МОЗ



України, у 2016 році первинна захворюваність на хвороби ока та його придаткового апарату склала 3227 на 100 тисяч населення.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури по вивченню впливу експресії гену трансформуючого ростового фактору  $\beta$  (ТРФ $\beta$ ) на продукцію зовнішньо клітинного матриксу (ЗКМ) склери та розвиток міопії.

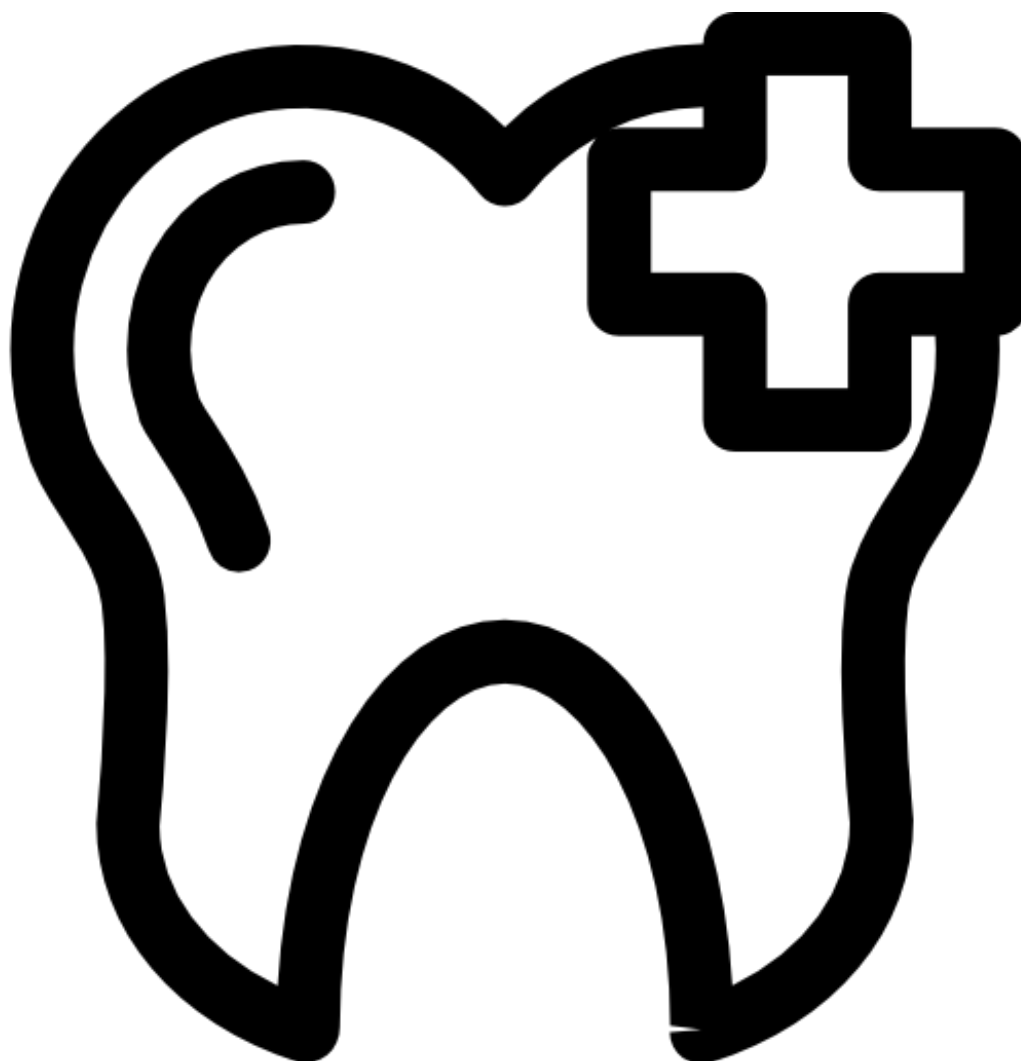
**Матеріали та методи:** Проведено ретроспективний аналіз наукової літератури Webofscience та Scopus по вивченню ролі генетичних факторів у розвитку міопії за 2013- 2018 роки.

**Результати.** Сполучна тканина (СТ) входить до складу багатьох структурних відділів очного яблука, у тому числі склери. СТ складається з ЗКМ представленого аморфним компонентом, структурними волокнами та клітинами СТ. Структурні волокна склери представлені волокнистою СТ, що складається переважно з гетерогенних колагенових фібрил I типу з невеликими ділянками фібрильних та фібрил-асоційованих колагенів, що функціонують як каркас, який дозволяє витримувати механічні навантаження, у тому числі і внутрішній очний тиск. Тому вивчення факторів, що впливають на метаболізм СТ ока є важливою проблемою офтальмології.

Вагому роль в процесах ремоделювання склери при міопії, по даним багатьох дослідників, відіграє ТРФ $\beta$  вміст та якість якого може значно змінюватися при міопії в епітелії ретинального пігменту, судинній оболонці та склері. ТРФ $\beta$  є регулятором росту склеральних хондроцитів та склеральних фібробластів, тому розуміння особливостей його синтезу та реалізації ефекту є важливим у розумінні механізмів розвитку міопії. ТРФ $\beta$ 1 входить до складу сімейства ТРФ $\beta$ , його ген локалізується на довгому плечі 19 хромосоми (19q13.1). Існує три висококонсервативні ізоформи ТРФ $\beta$ , визначені у ссавців: ТРФ $\beta$ 1, ТРФ $\beta$ 2 та ТРФ $\beta$ 3. Перші дві є профібротичними та інгібують активність матриксною металопротеїнази, на відміну від них ТРФ $\beta$ 3 відіграє антифіброзну роль. ТРФ $\beta$  активує транскрипцію, трансляцію багатьох генів, у тому числі тих, що підвищують синтез та секрецію матричних білків, знижують синтез протеаз матричних білків та посилюють синтез інгібіторів протеаз, тим самим зміцнюючи сполучнотканинний каркас склери. Також ТРФ $\beta$  індукує транскрипцію, трансляцію та модифікацію рецепторів клітинних матричних білків.

**Висновок:** ТРФ $\beta$  модулює продукцію ЗКМ, тим самим впливає на стан склери та її функцію. Обмін ЗКМ є основним механізмом змін осьової довжини очного яблука, що являється одним з вагомих факторів розвитку міопії. Вивчення змін експресії та будови ТРФ $\beta$  та наслідків цих процесів для структури та функції ока стає одним з пріоритетних напрямків офтальмології.

# СТОМАТОЛОГІЯ



# STOMATOLOGY

Mohamed A.A. Youssif  
**FEATURES OF REGENERATIONS IN POSTOPERATIVE WOUND OF HEAD AND NECK IN  
ONCOLOGY**

Department of oral maxillofacial surgery, "oncology hospital"  
Kushta A.O. (PhD. Associate Professor)  
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnytsia, Ukraine

**Background:** The aim of the study was to improve the regeneration of postoperative wounds of the skin using the drugs "Solcoseril" and "Methyluracil" and compare the results.

**Methods:** In the department of tumors of the head and neck of the Vinnytsia Regional Clinical Oncology Center, 18 patients (12 of them and 6 women) aged 50 to 82 years old with malignant tumors of the frontal, parietal, and occipital areas of 2, 5 to 3.0 cm in diameter. Patients were treated promptly, postoperative wounds with defects of the skin 3.0 - 3.5 cm were formed which were healed by a secondary tension. The wounds were carried out under contacts with different drugs, depending on which patients were divided into 2 groups. Patients in the first group (9 people) imposed a bandage from Solcoseril jelly. Patients in the second group (9 people) superimposed the ointment bandage with Methyluratsilum ointment. Patients were on inpatient treatment for 10-14 days, reviews were conducted daily, control visits - on 1, 3, 5, 7, 10, 14, after which patients were discharged with recommendations given to them. Repeated reviews were conducted 1 and 2 months after discharge from the hospital.

The criteria for evaluating the results of using Solcoseril and Methyluracil drugs are:

1. Reduced and no tissue swelling around the wound.
2. Cleaning the wound from the fibrin.
3. The appearance of granulations in the area of the early defect.
4. The beginning of wounds epithelization.

**Results:** The onset of epithelization of the early surface in the group using soloseril was observed at 7 days. In the group using methyluratsilovoy ointment, epithelization was observed for 10 days. The use of solosilicon jelly makes it possible to accelerate the appearance of the first granulation in the wound. The transition to the ointment form of a solocycle accelerates the process of granulation and the onset of epithelization of the early surface. Patients after 10 to 14 days are discharged from the

hospital. It is recommended daily treatment of a wound of soloseril ointment to the formation of scar tissue. In the control over 2 months, the wound defect is completely replaced by scar tissue.

**Conclusions:** using drug Solcoseril leads to a rapid flow of regeneration compared with Methyluratsilum ointment.

Muhamed Abdelrahman  
**EFFECTIVENESS OF TREATMENT THE PATIENTS WITH VITAL TOOTH DISCOLORATION BY  
LASER BLEACHING**

Therapeutic Dentistry Department  
N.G. Gadzhula (PhD, Associate Professor)  
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia  
Vinnytsia, Ukraine

**Background:** Tooth bleaching is an important aspect in modern aesthetic dentistry. One mechanism to achieve the aesthetics is laser tooth bleaching procedure.

**Objective:** The study was aimed to evaluate the effectiveness of diode laser usage for whitening of vital tooth discoloration by comparative assessment of laser and chemical methods of tooth depigmentation.

**Materials and Methods:** Professional whitening of the teeth with different kinds of tooth discoloration in 12 patients aged 18 to 35 years, divided into 2 groups (by an equal percentage distribution of colours on a scale Vita) was carried out. In the patients of main group tooth whitening was made by diode laser Picasso "AMD Lasers" and with a gel JW Power Bleaching Gel ("Heydent", USA); in the patients of control group by chemical method with applying of gel Opalescence Xtra Boost («Ultradent», USA). Efficiency of bleaching was determined in 10 days after these procedures. Comparative assessment of the laser and chemical methods of tooth depigmentation was carried out by the indices of occurrence and intensity of tooth hyperesthesia, test of enamel resistance (TER) and index of enamel remineralization. Descriptive statistics was compiled by Microsoft Excel and Student's t-test.

**Results:** In the patients of main group after laser tooth whitening the increase of productivity of tooth bleaching up to 7.38±1.28 color shades was revealed, in the control group – up to 3.88±0.62 shades; mean TER-test score in the main

group was  $3.50 \pm 0.54$  but in the control group it increased up to  $6.13 \pm 0.65$  ( $p < 0.01$ ). High values of enamel remineralization index and TER-test index in the control group indicate the decrease of caries resistant of enamel as a result of demineralization effect of the bleaching gel on the hard tooth tissues.

Index of enamel remineralization in the main group was  $2.89 \pm 0.11$  points and it was increased in the control group up to  $3.68 \pm 0.13$  points ( $p < 0.001$ ). In the patients of the main group the low value of indexes of occurrence and intensity of tooth hyperesthesia ( $3.06 \pm 0.49\%$  and  $0.92 \pm 0.09$  points) were revealed, in the control group it was  $14.13 \pm 1.13\%$  and  $1.47 \pm 0.11$  points, respectively ( $p < 0,001$ ). These quantitative data correspond to a qualitative assessment of the hyperesthesia absent in the main group and "localized hyperesthesia, I degree" in the patients of control group.

**Conclusions:** Usage of laser tooth whitening has allowed to decrease the risk of hypersensitivity of hard tooth tissues, absence of changes in structural and morphological content of the superficial enamel layer and to increase the productivity of tooth bleaching in average for 55 %.

Л.А. Автенюк, Р.П. Боровик  
**ДОСЛІДЖЕННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ЛАБОРАТОРНИХ ЩУРІВ ПІСЛЯ КУРСОВОГО  
ПРИЙОМУ АНАБОЛІКУ (ТЕСТОСТЕРОН ПРОПІОНАТ 5 %)**

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"

А.В. Пирог – Заказнікова (д.мед.н, доцент)

Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії

м. Полтава, Україна

**Актуальність:** Використання анаболіків для збільшення м'язової маси, фізичної сили, витривалості негативно впливає на здоров'я, а інколи призводить до смерті. Анаболіки негативно впливають на психічний стан викликаючи знервованість, порушення сну, зниження лібідо, імпотенція, безпліддя, атрофія яєчок, захворювання серцево-судинної системи, пригнічення імунітету та навіть рак, зниження рівня тестостерону який виробляє організм. Саме цій проблемі ми вирішили присвятити нашу роботу.

**Мета:** З'ясувати особливості впливу на внутрішні органи щурів за умов довготривалого введення анаболіку (тестостерон пропіонат 5 %) в експерименті.

**Матеріали та методи:** Дослідження виконані на 10 статевозрілих білих щурах – самцях, та на 10 статевозрілих білих щурах – самках віком 4,0-5,5 місяців і масою тіла 180–220г. Експериментальним тваринам вводили внутрішньом'язово тестостерон пропіонат за наступною схемою: I – III тиждень 10 мг/кг (0.1мл) через день; IV – VI тиждень 10 мг/кг (0.1мл) кожного дня. Забір матеріалу проводили через 6 тижнів введення препарату. Контролем слугували 5 білих щурів, яким вводили фізіологічний розчин. Усіх тварин утримували в умовах віварію Української медичної стоматологічної академії.

**Результати дослідження:** Гістологічне дослідження тканин печінки, нирки та легень, після 6 тижневого введення експериментальним тваринам тестостерону пропіонату були виявлені глибокі деструктивні зміни в паренхімі та стромі. Відбувається чітко виражене склерозування сполучної тканини. На препаратах виявлено повнокрів'я судин гемомікроциркуляторного русла.

**Висновки:** Морфологічні зміни показали, що після тривалого прийому тестостерону пропіонату 5% відбуваються суттєві зміни в органах і тканинах лабораторних щурів.

Беляєв П.В.

**Аналіз структури гнійно-запальних захворювань щелепно-лицьової ділянки**

Кафедра ортопедичної стоматології

Науковий керівник: к.м.н., доц. Е.В. Беляєв

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

Вінниця, Україна.

**Вступ.** Проблема лікування гострих гнійно-запальних захворювань лица та шиї залишається однією з найактуальніших в щелепно-лицьовій хірургії. За даними різних авторів, останнім часом гнійно-запальні захворювання щелепно-лицьової ділянки характеризуються атиповим перебігом і супроводжуються важкими ускладненнями.

**Мета дослідження.** Провести ретроспективний аналіз результатів лікування гнійно-запальних захворювань щелепно-лицьової ділянки.

**Матеріали та методи.** Для вивчення структури і оцінки результатів лікування нами проведено ретроспективний аналіз історій хвороби 387 хворих які лікувались у відділенні щелепно-лицьової хірургії.

**Результати та обговорення.** Проведений аналіз показав, що в стаціонарі переважали хворі з одонтогенними флегмонами 48,6% та з абсцесами різної локалізації 34,1%, інші гнійно-запальні процеси зустрічались рідше. Так флегмони шиї були у 4,9%, остеомиєліт щелеп був 4,1% хворих, гнійний паротит у 4,1%, гнійний лімфаденіт у 4,6% хворих. При аналізі віку хворих було встановлено, що частіше одонтогенні флегмони зустрічалися у осіб працездатного віку - 74,9%, 69,5% хворих були чоловіки і 37,4% - жінки. Таким чином, одонтогенні флегмони зустрічаються у чоловіків в 1,4 рази частіше ніж у жінок. Серед причин виникнення запального процесу найбільш часто були нижні моляри (56,7%), в тому числі перші моляри - в 9,7%, другі моляри - в 14,8%, треті моляри - в

32,2% випадків. Премоляри нижньої щелепи були джерелом одонтогенних інфекції в 8,6% випадків. Відносно рідко (в 12,9% випадків) причиною розвитку гострого запального процесу були верхні моляри, верхні премоляри - в 4,2% випадків. Зуби передньої групи були причиною гострого запалення в 17,6% випадків (на верхній щелепі - 5,7%, на нижній щелепі - 11,9%). Запальний процес найбільш часто вражав піднижньощелепову ділянку (41,31%), крилоподібно-нижньощелепну (27,4%) і піджувальний простору (16,13%), підпідборідочні (12,6%) і щічну ділянку(11,54%). В щічну і підочноямкову ділянки гнійно-запальний процес поширювався в 6,2% випадків, в підвисочну і крилопіднебінну ямку - в 8,2% випадків.

З анамнезу було встановлено, що у 26,25% пацієнтів «причинні» зуби були видалені на догоспітальному етапі. У 7,31% хворих в амбулаторних умовах проводили періостотомію, перікоронектомію - в 2,56%, терапевтичне стоматологічне лікування здійснювали у 2,11% хворих. У 2,82% пацієнтів застосовували антибіотики, але це не приводило до одужання і хворі були госпіталізовані для оперативного лікування. Всі хворі були госпіталізовані до стаціонару в екстреному порядку. В першу добу було госпіталізовано 5,4% хворих, 82,4%, в термін від двох до п'яти днів. З п'ятої по восьму доби від початку захворювання було госпіталізовано 11,3% хворих, а пізніше дев'яти днів - 0,9%. При обстеженні хворих з одонтогенними флегмонами у 36,6% була виявлена супутня соматична патологія. У 52,2%, - патологія серцево-судинної системи; у 12,2% - захворювання органів травлення; у 7,6% - хвороби органів дихання, цукровий діабет був у 5,2% хворих, захворювання центральної нервової системи - у 5%. Післяопераційний період і в більшості випадків був неускладнений, але не дивлячись на лікування у 10,6% хворих виникли ускладнення, які потребували проведення повторних оперативних втручань. Летальність в цій групі хворих склала 4,3%.

**Висновок.**Таким чином, отримані дані свідчать про необхідність розробки нових підходів до лікування гнійно-запальних процесів щелепно-лицьової ділянки.

О.О.Васюхник, Н.М. Ісакова

## **ПРОФІЛАКТИКА КАРІЕСУ У ДІТЕЙ ВІД 0 ДО 3 РОКІВ ЗАСОБАМИ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА РОТОВОЮ ПОРОЖНИНОЮ BRUSH-BABY**

Кафедра стоматології дитячого віку

Н.М. Ісакова (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Епідеміологічні дослідження, проведені в різних регіонах України довели, що поширеність карієсу тимчасових зубів у дітей становить від 87,3% при інтенсивності 9,2 (у Києві та Київській області) до 89,3% при інтенсивності 11,2 (у Львівській області) [Клітинська О.В., 2015]. В Україні показники захворюваності на карієс серед дітей мають тенденцію до збільшення [Хоменко Л.А., 2011]. Запобігання розвитку карієсу зубів залежить від багатьох факторів, а саме від застосування засобів по догляду за ротовою порожниною у немовлят та малюків. Лікування карієсу та його ускладнень тимчасових зубів у дітей до 3 років має проводитися під загальним знеболенням, яке завжди є ризиком для життя та здоров'я дитини. Тому профілактика карієсу у дітей саме цієї вікової категорії є досить актуальною.

**Мета:** Дослідити вплив засобів для догляду за ротовою порожниною Brush-baby немовлят та малюків на інтенсивність карієсу зубів.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилося на 30 дітях віком від 0 до 3 років, які були розділені на 2 групи: основну (15 дітей) та контрольну (15 дітей). Усім пацієнтам було проведено ретельне обстеження ротової порожнини а також встановлено індекс інтенсивності карієсу. Батькам з основної групи дітей від 0 до 16 місяців було рекомендовано після кожного годування використовувати дентальні серветки Brush-baby DentalWipes (Великобританія) та жувальну щітку Brush-baby. Після прорізування першого тимчасового зуба жувальну щітку використовували разом з пастою

Brush-baby (від 0 до 3 років). В контрольній групі проводилась лише загальна профілактика карієсу. Дентальні серветки DentalWipes містять 3,5% ксилітол – природний замітник цукру, який сповільнює ріст стрептококів. Зубна паста Brush-baby містить 10% ксилітолу, і 500 ppmF натрію монофторфосфату, що є “золотим стандартом” в дитячій стоматології.

**Результати:** На початку дослідження було визначено індекс інтенсивності карієсу: в основній групі –  $3,3 \pm 1,63$ , в контрольній –  $4,1 \pm 1,53$ . У ході проведеного дослідження було встановлено, що показник інтенсивності карієсу тимчасових зубів у дітей в основній групі через 2 роки зменшився до  $2,1 \pm 1,88$ , а в контрольній навпаки зріс до  $4,8 \pm 2,13$ .

**Висновки:** Використання засобів для догляду за ротовою порожниною Brush-baby для дітей від 0 до 3 років з метою профілактики карієсу тимчасових зубів є доцільним, оскільки знижує інтенсивність карієсу та запобігає виникненню ускладнень, що є профілактикою зубощелепних аномалій.

А. В. Веретільник

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПАТОГЕНЕЗ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Кафедра дитячої стоматології

О. В. Шешукова (д. мед. н., проф.)

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

**Актуальність.** Проблема рівня стоматологічного здоров'я та надання стоматологічної допомоги дітям з надмірною масою тіла хвилює науковців і лікарів у всьому світі. Дані, які отримали різні автори, мають суперечливий характер. Деякі науковці вказують на низький рівень стоматологічного здоров'я дітей з надмірною масою тіла, в той час як інші відзначають відсутність достовірної різниці, порівняно зі здоровими однолітками. У питаннях профілактики та лікування запальних захворювань пародонту сучасна стоматологічна наука досягла значних успіхів, але все ж частота рецидивів, перехід у більш важкі форми захворювання та прогресування залишаються високими у дітей молодшого шкільного віку (Хоменко Л. А., 2010), що обумовлює актуальність нашого дослідження.

**Метою** дослідження стало визначити стан твердих тканин зубів та пародонту у дітей молодшого шкільного віку з надмірною масою тіла.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 628 дітей (учні 1-11 класів школи м. Полтава) у віці 6-17 років. Клінічне стоматологічне обстеження включало збір анамнестичних даних (акцентувалася увага на якість, режим, структуру харчування, режим рухової активності, наявність факторів ризику виникнення та розвитку захворювань тканин пародонту) у дітей. Вивчення антропометричних даних проводилося шляхом аналізу амбулаторних карт, проводилося дослідження і оцінка фізичного розвитку дітей і підлітків (Л.І. Буряк, С.А. Щудро) для подальшого формування груп дослідження.

Вивчення стоматологічного статусу включало індексування стану гігієни порожнини рота та тканин пародонту, а також стан твердих тканин зубів та оцінку стану зубо-щелепної системи. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за допомогою спрощеного гігієнічного індексу Green-Vermillion (Хоменко Л. А., 2006). При дослідженні стану ясен звертали увагу на колір, форму та консистенцію міжзубних ясенних сосочків та маргінального краю ясен. Відомо, що гіперемія та набряк є основними клінічними ознаками гінгівіту, тому кровоточивість ясен, особливо при їх зондуванні, у молодому віці є важливим діагностичним критерієм (Хоменко Л. А., 2006). Для визначення інтенсивності кровоточивості ясен використовували папілярний індекс кровоточивості по Saxer і Muhlemann (1975) шляхом зондування ясен за допомогою зонда з щічної сторони в першому та третьому квадрантах, та язикової (піднебінної сторони) – в другому та четвертому квадрантах. Оцінку індексу проводили через 30с після зондування. Для реєстрації ступеню запалення в тканинах пародонта використовували папілярно-маргінально-пародонтальний індекс – РМА та індекс СРІ (Хоменко Л. А., 2006). При встановленні діагнозу керувались класифікацією хвороб пародонта М.Ф. Данилевського (1994).

**Результати дослідження.** За даними проведеного нами антропометричного дослідження встановлено, що значна частина обстежених дітей (36,3%) мали надмірну масу тіла, яка визначалася на основі антропометричних показників. Росто-ваговий індекс у цієї категорії обстежених коливався у межах 25,0-29,9 кг/м<sup>2</sup>. Результати проведеного стоматологічного обстеження показали, що поширеність карієсу 93,69%. Вивчення інтенсивності карієсу показало, що у середньому КРВ складає 3,9±0,2%. Індекс РМА засвідчив, що ступінь тяжкості гінгівіту збільшується у дітей з надмірною масою тіла від легкого до середнього, у порівнянні з дітьми з нормальною масою тіла.

**Висновки.** Отже, у дітей молодшого шкільного віку з надмірною масою вище гігієнічний індекс та РМА, таким чином, за нашими припущеннями, стан запалення тканин пародонту гірший.

І. О. Волохатюк

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОМАСАЖУ ЯСЕН РАДОНОВО-ВУГЛЕКИСЛИМИ ВОДАМИ ПРИ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

Кафедра терапевтичної стоматології

Т. О. Тепла (к. мед. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця

**Актуальність:** Використання на протязі багатьох років природних лікувальних факторів курорту Хмільник, без сумніву, доводить їх ефективність при лікуванні багатьох захворювань. Курорт Хмільник відомий, перш за все, лікувальною дією радонових вод. Механізм лікувальної дії радонових процедур пов'язують із впливом малих доз альфа-випромінювання радону і його дочірніх продуктів на нервовий, судинний та імунний апарат шкіри і слизових оболонок, що підвищує захисні сили організму в боротьбі з патогенними факторами. Важливим етапом

терапії захворювань пародонта є гідротерапія, яка сприяє усуненню м'якого зубного нальоту, зубної бляшки, слизу, продуктів розпаду уражених тканин. Прискорює кровообіг, підвищує тонус судин та усуває застійні явища. Під впливом гідромасажу проявляється аерозольна дія препаратів, що застосовуються. Таким чином, гідромасаж ясен радоново-вуглекислими водами заслуговує на особливу увагу при виборі альтернативних методів лікування хронічного катарального гінгівіту.

**Мета:** Метою дослідження було вивчення ефективності застосування гідромасажу ясен радоново-вуглекислими водами для лікування пацієнтів з хронічним катаральним гінгівітом.

**Матеріали і методи:** Об'єктом нашого дослідження був стан тканин пародонта 46 пацієнтів із встановленим діагнозом хронічний катаральний гінгівіт. Серед них 20 жінок (43,5%) та 26 чоловіків (56,5%). Вік пацієнтів за віковою періодизацією відповідав II періоду зрілого віку (чоловіки 36–60 років, жінки 36–55 років). Діагноз було встановлено на підставі анамнестичних, клінічних та спеціальних клінічних даних. Локалізацію та активність запального процесу в яснах визначали за пробою Шиллера-Писарева, її кількісне вираження відображали йодним числом Свракова. Для проведення гідротерапії використовували апарат зі спеціальним наконечником, по якому подається радоново-вуглекисла вода під тиском 1-2 аТм, температурою 38–40<sup>0</sup> за Цельсієм. Тривалість процедури 10 хв., курс лікування – 10 днів.

**Результати:** Усі хворі до лікування пред'являли скарги на кровоточивість, свербіж та неприємні відчуття в яснах. Об'єктивно відзначалися застійна гіперемія, виражений набряк ясенних сосочків та маргінальної частини ясен, кровоточивість при зондуванні ясенної борозни. Середнє значення числа Свракова до лікування склало  $6,13 \pm 0,34$ . По завершенню лікування відмічалось значне покращення стану тканин пародонта: відсутність будь-яких суб'єктивних відчуттів у хворих, суттєве зменшення запальних явищ в тканинах пародонта та кровоточивості ясен. Середнє значення числа Свракова після проведеного лікування склало  $0,91 \pm 0,17$ . Розбіжність середніх значень числа Свракова до та після лікування статистично достовірна ( $p < 0,001$ ).

**Висновки:** Результати проведеного дослідження демонструють, що гідромасаж ясен радоново-вуглекислими водами при хронічному катаральному гінгівіті виявляє виражений протизапальний ефект, тому може бути застосований як альтернативний метод лікування запальних захворювань пародонта.

Д.Л.Давитян, А.А.Нечпай

#### ОТ ОРУДИЯ ПЫТКИ К ИНСТРУМЕНТАМ КОМФОРТА

Кафедра терапевтической стоматологии

Л.И.Дубовая(к.мед.н., ассистент)

Украинская медицинская стоматологическая академия

г. Полтава, Украина

**Актуальность:** Оценка эволюции развития стоматологического инструментария помогает наметить пути его усовершенствования с учетом достигнутых научно-технической революции.

**Цель:** Осветить аспекты развития стоматологического инструментария, сравнить соответствие инструментов их исторической эпохе и оценить перспективы их усовершенствования.

**Материалы и методы:** Стоматологические экспонаты «Национального музея медицины Украины» и мировых музеев медицины, литературные источники. Эмпирический метод(наблюдение, сравнение), теоретический метод(анализ и синтез).

**Результаты:** В ходе работы стоматологические инструменты музея медицины были отнесены нами к разным историческим эпохам и оценены с точки зрения соответствия потребностям и возможностям человечества конкретных эпох. Первобытность характеризовалась без инструментальными методами: жрецы и шаманы сражались с зубной болью ритуалами и заклинаниями, что было обусловлено отсутствием технологий и науки. В Древнем мире медицина далеко шагнула вперед: появились первые ручные сверла, пломбирочные материалы(асфальтоподобная субстанция), способы лечения пульпита(выжигание раскаленным железом), прообраз наркоза(дым белены). Причиной чего стало развитие цивилизации и науки в Древней Греции. В эпоху Средних веков основным методом лечения стало удаление зубов с помощью инструмента «пеликан» у бедного населения. Лечение богатых сводилось к прижиганию пульпы серной кислотой и пломбированию золотом, что связано с делением населения на классы и неблагоприятным влиянием церкви на развитие науки. Новое время внесло в стоматологию революционные изобретения: бормашину и стоматологическое кресло. На замену сверлам и «когтям» пришли ручной бор, ножной бор, электрический и соответствующие им бормашинны. Причиной такого стремительного развития стал научный прогресс и его достижения. Новейшее время усовершенствовало открытия прошлых эпох и подарило инструменты и материалы, используемые нами в повседневной практике. Новые методы исследования, такие как: рентгенография, электроодонтодиагностика, КТ, значительно улучшили качество лечения. Достижения XX-XXI века стали возможны благодаря развитию компьютерных технологий. Однако стоматологические манипуляции все еще не идеальны и причиняют дискомфорт.

**Вывод:** Стоматологический инструментарий применяемый в современности имеет длительную историю своего развития, становления и совершенствования, однако принцип его работы остался неизменным. Стоматология стоит на пороге новых открытий, которые

возможно смогут устранить недостатки инструментов прошлого и нашего времени.

Р.О. Иванов  
**ОЦІНКА ОКЛЮЗІЙНИХ ТА АРТИКУЛЯЦІЙНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ ЗУБНИХ РЯДІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МЕТОДІВ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ МОСТОПОДІБНИМИ ПРОТЕЗАМИ**

Кафедра ортопедичної стоматології  
О.В. Татаріна (асистент, к.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Основне завдання ортопедичної стоматології - досягти високої якості протезування при відновленні цілісності зубів і зубного ряду. Якість протезування можливо оцінити за допомогою функціональних методів. Зубні дуги верхньої та нижньої щелеп мають свою будову і утворюють вид прикусу, тобто характер змикання зубних рядів. Однією із умов високої якості протезування є рівномірність і одночасність змикання зубних рядів в центральній оклюзії та наявність множинних контактів. Щоб цього досягти, потрібно на оклюзійній поверхні зубних рядів виявляти точки, які першими вступають в контакт при змиканні. Візуально або за допомогою копіювального паперу це зробити досить важко. Однак, за допомогою надчутливої плівки Prescale ми можемо не просто виявити передчасні контакти, а й визначити силу та характер розподілу тиску на певну ділянку зубних дуг.

**Мета:** розробити методику визначення жувального тиску на мостоподібні протези з використанням сучасних технологій, отримати надточні оклюзіограми, здійснити оцінку оклюзійних та артикуляційних співвідношень зубних рядів.

**Матеріали та методи:** для опрацювання методики визначення жувального тиску на мостоподібні протези використовувалась унікальна технологія компанії FUJI, яка дозволяє виміряти силу тиску між двома взаємодіючими поверхнями та провести якісну оцінку його розподілу між ними. Основою зазначеної технології є - надчутливі тензодатчики (плівка Prescale) та відповідне програмне забезпечення FPD-8010E (FUJIFILM PRESSURE DISTRIBUTION MAPPING SYSTEM). Визначення жувального тиску на мостоподібні протези здійснювалось методом отримання відбитку прикусу на матриці з плівки Prescale з подальшим його скануванням сканером Epson V33 та цифровою обробкою програмою FPD-8010E, у підсумку отримували карту кількісних значень тиску для подальшої оцінки оклюзійних та артикуляційних співвідношень зубних рядів у 3-D форматі.

**Результати:** У дослідженні оклюзійних та артикуляційних співвідношень зубних рядів за допомогою плівки Prescale обстежено 5 пацієнтів, які були раніше протезовані металокерамічними мостоподібними протезами. Після обробки сканером відбитків були отримані карти кількісних значень тиску (МПа або kg|sm<sup>2</sup>) оклюзійних та артикуляційних співвідношень зубних рядів у 3-D форматі, які дозволяють кількісно і наочно визначити жувальний тиск на мостоподібні протези та спланувати подальші дії для проведення якісної корекції.

**Висновки:** використання унікальної технології системи обробки розподілу тиску компанії FUJI дає змогу практикуючому лікарю в тісній співпраці з зубним техніком значно покращити ефективність протезування за рахунок якісного визначення рівномірності і одночасності змикання зубних рядів в положенні центральної оклюзії та наявності множинних контактів. Таким чином, ми отримуємо надточні оклюзіограми у 3-D форматі.

Окрім того, використання зазначеної технології дає можливість:

- у разі нерівномірності контактів в комплексі з іншими симптомами встановити причини патологічних факторів парадонтиту та періодонтиту;
- профілакувати ураження скроневопіднижньощелепних суглобів та діагностувати ранні стадії їх захворювання.

І.А. Короленко  
**ГЛОСАЛГІЯ ЯК ФАКТОР, СУПУТНИЙ КСЕРОСТОМІЇ**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів  
О.В. Рибалов (д.мед.н., проф.)  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»  
м. Полтава, Україна

**Актуальність.** 3 проблемою сухості порожнини рота кожного дня мають справу лікарі різного профілю. На сьогодні встановлено, що від ксеростомії страждає від 10% до 60% жителів планети, і цей показник постійно зростає, що пов'язано з нинішніми умовами життя (стреси, екологія). Серед великої кількості причин виникнення сухості порожнини рота, виділяють зниження функціональної активності слинних залоз внаслідок порушення нервово-рефлекторних шляхів, які забезпечують регуляцію секреторного процесу. Цим можна



пояснити часте виявлення у пацієнтів з ксеростомією явищ парестезії язика (глосодинії). Недостатня зволоженість слизової оболонки є постійним джерелом неприємних відчуттів в порожнині рота, робить її дуже подразливою, одночасно являється причиною тривожного, навіть депресивного стану, що також спричинює синдром печіння язика («психогенна глосалгія»). Розповсюдженість глосалгії серед хворих хронічними больовими орофациальними синдромами коливається від 14 до 26%. Так як прямий взаємозв'язок глосалгії з ксеростомією до сьогодні не доведений, ця тема потребує подальших досліджень.

**Мета:** визначити взаємозв'язок ступеню глосалгії зі ступенем зниження секреції.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходилось 43 пацієнтки у віці від 42 до 61 року з явищами ксеростомії різного ступеню. Для визначення об'єму секреції проводилась загальна сіалометрія за загальноприйнятною методикою, вивчення клітинного складу секрету привушних залоз. Для оцінки ступеню больових відчуттів в язичі використовували цифрову шкалу по ВАШ.

**Результати.** Серед усіх обстежених скарги на неприємні відчуття у язичі пред'являли 18 жінок. Кількість ротової рідини у 15 пацієнток склала  $5,82 \pm 0,32$  мл. Клітинний вміст був представлений одиночними клітинами плоского епітелію, розрізненими клітинами циліндричного епітелію та поодинокими нейтрофільними лейкоцитами. Больова реакція не спостерігалась. У 12 хворих результати сіалометрії склали  $2,28 \pm 0,18$  мл (ксеростомія легкого ступеню), цитологічна картина характеризувалась наявністю значної кількості злущених клітин циліндричного епітелію, окремих клітин плоского епітелію, клітин запального ряду, больові відчуття коливались в межах  $3,2 \pm 0,8$  балів (помірні). У 9 пацієнток був виявлений середній ступінь ксеростомії ( $1,25 \pm 0,15$  мл), клітинний склад доповнювали ретикуло-ендотеліальні комплекси та плазматичні клітини, больова реакція в середньому склала  $5,2 \pm 0,3$  балів (сильна). Важкий ступінь ксеростомії було діагностовано у 7 хворих ( $0,84 \pm 0,51$  мл), цитологічна картина характеризувалась наявністю келихоподібних клітин, больові відчуття в язичі склали  $8,3 \pm 0,2$  балів (дуже сильні).

**Висновки.** Таким чином, простежується прямо пропорційний зв'язок між ступенем ксеростомії та больовими відчуттями в язичі. Глосалгія різної вираженості присутня у всіх пацієнтів зі зниженим слиновиділенням.

С. М. Костерина

### ВИЗНАЧЕННЯ КИСЛОТНО-ЛУЖНОЇ РІВНОВАГИ РОТОВОЇ РІДИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МНОЖИННИМ КАРІЄСОМ ЗУБІВ ТА НЕЗАДОВІЛЬНИМ РІВНЕМ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА.

Кафедра терапевтичної стоматології

Г. М. Побережна (к.м.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вагому роль у процесах взаємодії органів і тканин у біологічному середовищі ротової порожнини відіграє склад ротової рідини. Позитивну або негативну взаємодію у біологічному середовищі визначає кількісний і якісний склад змішаної слини, що характеризує стан обмінних процесів у цій біологічній рідині. Як відомо, підтримка гомеостазу ротової порожнини здійснюється за рахунок кислотно-лужної рівноваги. Крім того, велике значення мають також такі аспекти екологічної системи порожнини рота як стан гігієни. На сьогодні встановлена система зворотного зв'язку між станом гігієни порожнини рота, рН ротової рідини, іншими фізико-хімічними показниками змішаної слини і розвитком карієсу.

**Мета:** Отже, метою нашого дослідження є визначення рівня кислотно-лужної рівноваги ротової рідини у пацієнтів із множинним карієсом та незадовільним рівнем гігієни порожнини рота.

**Матеріали і методи:** Проведено обстеження 25 пацієнтів з множинним карієсом та незадовільним рівнем гігієни порожнини рота (КПУ = 9,8; індекс Гріна-Вермільона -  $2,35 \pm 0,14$ ), віком 20 – 23 роки. Група контролю склала 25 осіб аналогічної вікової категорії, з низькою інтенсивністю карієсу та гарною гігієною ротової порожнини (КПУ = 3,6; індекс Гріна-Вермільона -  $0,63 \pm 0,07$ ). Збір змішаної нестимульованої слини для дослідження проводили зранку, натще, після попереднього полоскання порожнини рота дистильованою водою. Через три хвилини після полоскання пацієнти спльовували слину у градуйовану пробірку протягом п'яти хвилин. Визначення рН ротової рідини здійснювали за допомогою тесту SalivaChek фірми «Фармакос» (Сербія). Середній показник концентрації водневих іонів складає 6,5 - 7,2.

**Результати:** Аналіз показника рН виявив, що концентрація йонів водню у змішаній слині основної і контрольної груп коливалась у широких межах, виявили суттєві зміни у групі хворих з множинним карієсом та незадовільною гігієною ротової порожнини, порівняно із групою контролю ( $6,41 \pm 0,37$  проти  $7,02 \pm 0,05$ ).

**Висновки:** Погіршення механічного та хімічного очищення порожнини рота дослідженої групи внаслідок невисокого рівня гігієни призводить до зсуву кислотно-лужного балансу змішаної слини в кислотну сторону, що проковує розвиток множинного карієсу зубів і є взаємообтяжуючим фактором.

Н.В.Котик

## ВИКОРИСТАННЯ LM-AКТИВАТОРІВ В ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ПРИКУСУ І ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ МАЙБУТНІХ СТІЙКИХ АНОМАЛІЙ

Кафедра стоматології дитячого віку

Т.Р. Закалата (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Патології формування і становлення прикусу виникають в результаті дії генетичних факторів, шкідливих звичок та особливостей розвитку. Головним питанням в усіх клінічних випадках залишається об'єктивний і раціональний підхід до лікування та попередження порушень одонтологічного статусу. Раннє ортодонтичне лікування спрямоване на попередження виникнення патології або зменшення проявів вже наявного дефекту за допомогою корегування впливів на зубо-щелепний апарат. Даний протокол є найефективнішим у віці 8-12 років, що обґрунтовано зміною прикусу та активізацією росту кісток лицевого скелету. Дані фактори допомагають досягти результату повноцінно сформованого ортогнатичного прикусу, як важливого морфо-функціонального компоненту щелепно-лицевої ділянки. Методика використання LM-активаторів передбачає використання комплексу збалансованих сил, що одночасно діють, як на зубні ряди, так і на м'язи щелепно-лицевої ділянки, цим самим формуючи ряд фізіологічних ознак за допомогою однієї ортодонтичної конструкції, а також допомагають позбутися шкідливих звичок.

**Мета:** Вдосконалити методику раннього ортодонтичного лікування за допомогою LM-активаторів у дітей 8 – 12 років під час змінного прикусу. Визначити переваги даного методу лікування з точки зору комплексного підходу до проблеми патології прикусу з можливістю попередження наслідків патології та стійких аномалій у майбутньому.

**Матеріали та методи дослідження:** В результаті дослідження роботи з LM-активаторами на базі стоматологічної клініки «Premium Clinic» у віковій групі 8 – 12 років було обрано контрольну групу у кількості 10 дітей. На початку роботи було проведено аналіз ортопантомограми кожного із пацієнтів, визначено стан кісткової тканини та стан тимчасових зубів, ступінь резорбції коренів і стан зачатків постійних зубів. Потім проведено вимір параметрів зубних рядів за допомогою спеціальної силіконової лінійки «Ortho-sizer» і визначено розмір і форму LM-активатора. Під дією сили, що виникає в силіконовій капі LM-активатора, відбувається формування правильного положення зубних рядів відповідно до фізіологічних параметрів параболи та напівеліпси, і корекція опору, що виникає в зубі під час зміни його аномального положення.

Після встановлення апарату у ротовій порожнині пацієнту надавались рекомендації щодо його використання та догляду за ним. Кожен з пацієнтів проходив огляд 1 раз на 3 місяці. Вже під час другого відвідування спостерігалась позитивна динаміка у лікуванні даним апаратом. Максимально точний результат під час лікування LM-активатором був досягнутий в середньому через 1,5 року.

**Результати дослідження:** Внаслідок раннього ортодонтичного лікування за допомогою LM-активаторів в групі дітей віком 8 – 12 років було встановлено ефективність і зручність даного методу за рахунок перемінного впливу на зубні ряди та особливостей міофункціонального компоненту. Максимально точний результат під час лікування LM-активатором досягнуто в середньому через 1,5 року від моменту встановлення.

**Висновки.** Використання LM-активаторів, як інноваційного методу лікування патології прикусу зубних рядів, виключає необхідність подальшого ортодонтичного лікування та попереджує виникнення рецидивів та стійких аномалій прикусу в майбутньому.

Н.В. Котик, В.С. Поліщук, О.О. Руденко

## ВПЛИВ МІНЕРЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ НА ПЕРЕБІГ ЗАГОСННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕПИ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

С.С. Поліщук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасності у світі, останнім часом набуває проблема травматизму. Значну питому вагу в структурі загального травматизму займає щелепно-лицевий травматизм та його ускладнення. При виникненні ускладнень важливе місце належить супутній патології. Невпинне зростання ускладнень на фоні супутньої патології, змушує науковців шукати нових підходів та методів для діагностики, лікування та профілактики травматизму не тільки щелепно-лицевої ділянки, а і усього організму в цілому, як в умовах клініки. Серед супутньої патології частіше за все зустрічається порушення гепатобілярної системи, які можуть проявлятися у вигляді різноманітних синдромів та симптомів, що стосуються також щільності кісткової тканини та захворювань на різних етапах патогенезу, тому перебіг процесів регенерації травматичних переломів нижньої щелепи є своєрідним маркером впливу різних механізмів порушення цієї системи. Серед великої кількості дослідження стану кісткової системи найсучаснішим залишається денситометрія. Цей метод дозволяє проводити сканування мінеральної щільності кісток, під час якого оцінюють рівень втрати кісткової маси, який може визначатись за допомогою безпосереднього

використання денситометра або шляхом визначення одиниць Хаунсфілда на основі сучасних методів комп'ютерної томографії.

**Мета дослідження** – дослідити вплив мінеральної щільності нижньої щелепи перебіг загосння переломів нижньої щелепи на виникнення ускладнень.

**Матеріали та методи.** В процесі роботи обстежено 35хворих з переломами нижньої щелепи різної локалізації (кут нижньої щелепи, ментальний отвір). Вік хворих коливався від 19 до 42 років. Всі обстежувані склали чоловіки та поступали в перші 2-3 години після отримання травми. В процесі роботи всі пацієнти були поділені на чотири групи: контрольна (12 пацієнтів) – хворі з нормальною мінеральною щільністю нижньої щелепи; дослідна №1 (23 пацієнтів) – включала хворих з зниженою мінеральною щільністю нижньої щелепи.

У всіх хворих проводилася реєстрація ускладнень, нагноєння рани, післятравматичний остеомієліт. Нагноєння кісткової рани проводилося реєстрування на 3-4 добу лікування, апіслятравматичний остеомієліт на 14-28 добу лікування.

**Результати.** Отримані результати показують, що у групи хворих з нормальною мінеральною щільністю нагноєння кісткової рани зустрілося у 1 (8,3%) пацієнта та у 1 (8,3%) – виник післятравматичний остеомієліт. В групі хворих з заниженою мінеральною щільністю нагноєння кісткової рани зустрілося у 3(13,4%) пацієнтів та у 4-х (17,4%) – виник післятравматичний остеомієліт.

**Висновок.** В патогенезі виникнення післятравматичних ускладнень важливу роль відіграє мінеральна щільність нижньої щелепи. В травмованих хворих з переломами нижньої щелепи доцільно признати препарати, які підвищували б мінеральну щільність щелеп, для зменшення кількості ускладнень.

Н. В.Котик

## ОЦІНКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ГАЛІТАЗУ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЙОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра терапевтичної стоматології

Горай М. А. ( к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна.

**Актуальність:** Галітоз одне з розповсюджених неприємних станів порожнини рота, що періодично виникає 70% населення земної кулі. Він може бути наслідком патології різних органів і систем організму людини, негативно впливати на соціальне та особисте життя людини. Майже 80% випадків галітозу (інтраоральнийгалітоз) пов'язують із місцевими причинами в порожнині рота: карієсом зубів, незадовільною гігієною порожнини рота, захворюваннями пародонту. Джерелом інтраоральногогалітозу є сіро та азотовмісні сполуки, які утворюються внаслідок ферментативного розщеплення білків мікрофлорою порожнини рота.

**Мета:** Вивчити причини поширеності галітозу серед осіб молодого віку на основі інтерактивних та об'єктивних методів обстеження, розробити рекомендації щодо застосування антигалітозного комплексу та оцінити його ефективність.

**Матеріали та методи:** Проведено обстеження студентів стоматологічного факультету віком 20-25 років. I етап інтерактивне дослідження (анкетування) у якому брали участь 120 студентів. Анкета містила 14 питань, на підставі відповідей оцінювали рівень гігієнічної освіти, інформованість про галітоз і методи його усунення. II етап- клінічне дослідження. В ньому брали участь 64 пацієнта з інтраоральнимгалітозом. Стан гігієни порожнини рота оцінювали до та через 7 днів після проведеного лікування на основі індексів Гріна-Вермільона (ОНІ-S), індексу гігієни міжзубних проміжків API (за Lanje), індексу оцінки нальоту язикаWTC (за K. Yaegaki), органолептичних тестів галітозу – тест із зубною ниткою та тест із серветкою. Всі студентам у яких було діагностовано галітоз проведено професійну гігієну порожнини рота, при запропоновано лікування антигалітозним комплексом «HALITA» (фірми Dentaid, Іспанія) що включало дворазову чистку зубів зубною щіткою «VITISmedium», зубною пастою «HALITA», застосування ополіскувача «HALITA» та очищувача язика. Для очистки міжзубних проміжків використовували зубну нитку «VITIS з м'ятою та фтором», йоржики. «ITERPROXGEL» рекомендували залишати наніч в міжзубних проміжках. Протягом дня двохразове застосування спрею «HALITA».

**Результати:** В результаті проведеного анкетування галітоз різного ступеня відзначали 65% опитаних. Тест із зубною ниткою був позитивний у 75, 38%, а тест із серветкою у 73, 3% . В 25% осіб причиною галітозу була незадовільна гігієна порожнини рота, 18 % пов'язували її із нальотом на язичку, 27%-патологією ШКТ, 5% із вживанням їжі (цибуля, часник). За даними опитування студенти мали високу гігієнічну культуру та проінформованість: 5% чистили зуби 1 раз на добу (зранку), 95% - 2 рази на добу; 58% міняли пасту кожні 3-4 місяці, 75% - одночасно зі щіткою. У всіх пацієнтів із галітозом стан гігієни порожнини рота оцінювався як «незадовільний»: ОНІ-S $1,9\pm 0,2$  , індекс API 74,5% , індекс WTC $2,1\pm 0,2$ . Враховуючи, що галітоз є

наслідком діяльності анаеробної флори, яка локалізується в міжзубних проміжках, в складках та корені язика проведена інтердентальна гігієна через 7 днів сприяла зниженню індексу ОНІ-S0,9±0,2, індекс АРІ «достатній» 27, 8%, стан язика за індексом WTC < 2,0 ; при цьому антигалітозний ефект проведеного лікування склав через 7 днів 74%, а через два тижня 90-95%.

**Висновки:** Проведене інтерактивне дослідження показало високу поширеність галітозу серед осіб молодого віку. Інтраоральний галітоз знаходиться в прямій кореляційній залежності від стану гігієни порожнини рота. Лікувально-профілактичні заходи мають бути спрямовані не тільки на усунення запаху, але і на відновлення стоматологічного здоров'я.

С.В.Кравчук

## РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПРОХОДИЛИ ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Кафедра терапевтичної стоматології

С.О.Філімонова (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** останнім часом існує стійка думка про негативний вплив ортодонтитичного лікування на стан пародонту, оскільки септичне і асептичне запалення є його невід'ємною частиною.

**Мета:** виявлення зміни розмірів кортикальної пластинки внутрішньої поверхні зубної альвеоли у стоматологічних пацієнтів під час ортодонтитичного лікування.

**Матеріали та методи:** обстежено 20 пацієнтів, які пройшли ортодонтитичне лікування аномалії II класу за Енглем. У всіх пацієнтів на початку лікування були відсутні клінічні та рентгенологічні ознаки захворювань тканин пародонту. Вік пацієнтів 18-25 років. Проводилось обстеження фронтальної ділянки зубів нижньої щелепи. Методом дослідження були рентгенологічні знімки (комп'ютерна томографія) чотирьох нижніх фронтальних зубів на початку та в кінці ортодонтитичного лікування. На цих знімках вимірювались лінійні розміри внутрішньої кортикальної пластинки з чотирьох поверхонь кожного з зубів та довжина зуба. На КТ кожен зуб позиціонувався по осі Y, що співпадала з віссю зуба, по осях XZ відповідно вестибуло-оральному та мезіо-дистальному напрямкам. Довжина визначалась від апікальної частини до найвищої точки прикріплення до відповідної поверхні зуба. У трактуванні результатів враховувалась резорбція верхівки кореня (при її наявності).

**Результати:** проведений аналіз отриманих даних підтвердив наявність змін лінійних розмірів кортикальної пластини. Зміни розподілялись нерівномірно і показували різнонаправлений характер. Спостерігалось прервалювання зменшення величини кортикального шару в вестибуло-оральних поверхнях.

**Висновки:** за результатами проведеного нами дослідження можна стверджувати ймовірний негативний вплив ортодонтитичного лікування на стан тканин пародонту. Це спонукає до розробки комплексного міжгалузевого підходу у діагностиці та складанні плану лікування стоматологічного хворого з зубо-щелеповою аномалією. Подальша інтеграція лікаря пародонтолога у схему ведення ортодонтитичного пацієнта є невід'ємною частиною сучасної ортодонції.

В.Р.Красний

## ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ ВООЗ-SIGNIFICANT INDEX OF CARIES- У СТАРШОКЛАСНИКІВ ВІННИЦЬКОГО РАЙОНУ

Кафедра терапевтичної стоматології

Т.В. Федик (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Найбільш поширеним індексом для визначення інтенсивності карієсу є індекс КПВ Т.Ф.Виноградової, який є середнім арифметичним від суми видалених, каріозних та пломбованих зубів, взятих в конкретній популяції. Але серйозним недоліком цього індексу є неможливість оцінити інтенсивність карієсу в підгрупах, де даний показник має найвище значення. За даними літератури у ряду осіб виявлено дуже високі значення інтенсивності карієсу, що характеризуються дуже високим ступенем активності (за ВООЗ). В результаті середні значення КПВ не відображають повною мірою ситуацію в групах з найбільшим ризиком карієсу і не дають об'єктивної оцінки, а це перешкоджає розробці ефективних профілактичних програм вибірково для різних категорій. Розроблений в рамках декларації ВООЗ «Здоров'я для всіх» індекс найвищої інтенсивності карієсу (НІК) – Significant index of caries (SIC), дозволив виділити групи населення, які мають значення КПУ, що найбільш значно перевищують його середнє значення за досліджуваним клінічним матеріалом.

**Мета:** Визначити показники індексу SIC у старшокласників в контексті дослідження інтенсивності карієсу

постійних зубів.

**Матеріали та методи:** Протягом 2017-2018 рр. ми провели обстеження 148 учнів 8-11 класів шкіл Вінницького району. Обстеження проводили стандартизовано (збір скарг, анамнезу, огляд, зондування, перкусія і т.д.). Дані спостережень фіксували в картах обстеження стану порожнини рота. Всі отримані результати підлягали статистичній обробці. Хоча програма ВООЗ була спрямована на вивчення інтенсивності карієсу в ключовій групі 12-річних дітей, ми спробували використати індекс SIC саме у старшокласників. Вік обстежених був від 14 до 17 років. За віком школярів розподілили так: 14-річні – 35, 15-річні 46, 16-річні—43, 17-річні—24.

**Результати:** Згідно з отриманими нами даними у 14-річних дітей SIC за КПВ склав 6,68 при середній інтенсивності 4,02. У 15-річних підлітків SIC та КПВ були 6,82 та 3,97 відповідно. У 16-річних школярів SIC постійних зубів становив 7,13 при середній інтенсивності 4,57. У 17-річних значення SIC виявились найбільшими – 7, 23 при інтенсивності 4,52. Мінімальні розбіжності між значеннями середньої інтенсивності карієсу та індексом SIC у відносних величинах були у віці 16 років (56,02%), максимальні – в групі 15-річних – 71,79%. Розбіжності у 14 та 17 років становили 66,17% та 59,96%.

**Висновки.** Проведене дослідження на прикладі старшокласників, які проживають у Вінницькому районі, переконливо свідчать, що в Україні досить великий відсоток підлітків, які мають низький рівень карієсрезистентності. Це може бути об'єктивною причиною для розробки спеціальних програм профілактики карієсу для вказаної категорії пацієнтів. Велика розбіжність між значеннями середньої інтенсивності карієсу та індексу SIC свідчить про необхідність врахування показників останнього при визначенні ризику виникнення карієсу у осіб з низькою карієсрезистентністю.

Т.В. Мрищук, Я.І. Сеничич

## СТАНДАРТИ ПРЕПАРУВАННЯ ОПОРНИХ ЗУБІВ ПРИ ВИКОРИСТАННІ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ТА ВИБІР ЦЕМЕНТІВ ДЛЯ ЇХ ФІКСАЦІЇ.

Кафедра ортопедичної стоматології

О.Г. Вальчук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Якість незнімного зубного протезування оцінюється такими показниками як: функціональна цінність, біологічна індиферентність, високі естетичні властивості та надійна фіксація. 100% результату досягти досить важко, але якщо дотримуватись правил препарування опорних зубів та раціонально вибрати цемент для фіксації, то можливо максимально наблизитись до поставленої цілі. Фіксація опорної коронки може бути тільки на зубах з оптимальними параметрами висоти коронкової частини при циліндричній формі препарованого зуба, кут нахилу конвергуючих поверхонь має бути близьким до 0. Товщина шару цементу при цьому не повинна перевищувати 20-50 мікрон.

Опорні зуби препарують з певним кутом нахилу апроксимальних стінок, що призводить до зниження ступеня фіксації коронок та мостоподібних протезів. Актуальним залишається питання про вибір раціонального методу протезування, вивчення анатомічних особливостей опорних зубів, дотримання послідовності їх препарування та визначення матеріалу для надійної фіксації ортопедичної конструкції, що потребує ретельного вивчення та дослідження в подальшій роботі.

**Мета:** Дослідити та обґрунтувати вибір цементу для фіксації мостоподібних протезів на основі клініко-експериментальних досліджень їх фізико-механічних та біологічних властивостей, а також параметрів опорних зубів; вивчити залежність міцності фіксації мостоподібних протезів фіксованих на різні групи цементів на опорних зубах з різними кутами конвергенції стінок та висоти кукси зуба.

**Матеріали та методи:** Для проведення дослідження вибрали 3 групи цементів:

I- полікарбоксилатні («Гарвард», «Полікарбоксилат»);

II- склоіономерні («Merop», «FudjiOne»);

III- композитні подвійного тверднення («RelyxU 200», «Panavia»).

В процесі виконання експерименту були виготовлені моделі із дефектами зубних рядів. Опорні зуби були представлені знімними імітаторами з висотою клінічної коронки 10 мм та 6 мм. Кут нахилу препарованих поверхонь становив 4-6, 7-8, більше 12 градусів.

На металеві імітатори препарованих зубів виготовляли суцільнолітні мостоподібні каркаси. Після спеціальної обробки штучних коронок, згідно інструкцій виробника, замішували цемент і проводили фіксацію на 3 групи цементів.

Дочекавшись повної кристалізації цементу, конструкції по черзі встановлювали на експериментальну установку і проводили випробування на розрив.

**Результати:** Для отримання максимально точних результатів для кожного виду цементу з висотою кукси

опорного зуба 10 мм та 6 мм та кутом нахилу апроксимальних поверхонь 4-6, 7-8, більше 12 градусів, було виготовлено по 10 зразків і обчислено середньо-статистичний результат. В процесі обробки результатів вимірювання визначили середнє значення руйнівного зусилля для кожного цементу.

**Висновок:** Аналіз отриманих результатів свідчить про пряму залежність ступеня фіксації каркасів протезів від параметрів опорних зубів, а саме від висоти кукси та кута нахилу апроксимальних поверхонь. Вибір цементу для фіксації базується виключно на клінічній ситуації. Це в свою чергу забезпечить якісну фіксацію протезів і їх подальше функціонування.

І. В. Орловський

## ГВИНТОВА ФІКСАЦІЯ НЕЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ НА ПРИРОДНИХ ЗУБАХ

Кафедра ортопедичної стоматології

Е. В. Беляєв (к.мед.н., доц., зав. Каф. ортопедичної стоматології)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В практичній ортопедичній стоматології існує відома проблема розцементування незнімних ортопедичних конструкцій: штучних коронок, мостоподібних протезів. Основна причина розцементувань - недостатність ретенції штучних коронок на препарованих зубах. Така ретенційна недостатність може бути наслідком надмірної конвергенції препарованих поверхонь.

Незнімні протези в ортопедичній стоматології фіксуються не тільки на природних зубах, але й на внутрішньокісткових імплантатах. Крім традиційного цементування при протезуванні на імплантатах нерідко застосовується умовно знімна фіксація, або, як її ще називають, – гвинтова. При застосуванні умовно знімних протезів з гвинтовою фіксацією практично не буває розцементувань, а якщо є необхідність зняти протез, труднощів не виникає.

**Мета:** Розробка методу протезування незнімними протезами з гвинтовою фіксацією на природних зубах.

**Матеріали та методи:** Для досягнення поставленої мети нами були використані внутрішньокісткові конусні гвинтові двоетапні дентальні імплантати імплантаційної системи Alpha Dent (Ізраїль)  $\varnothing$  4.0 мм та довжиною 8 мм в якості заготовок та гвинти-заглушки до них. Підготовка опорних зубів полягала в тому, що після препарування оклюзійних поверхонь на глибину 1.5-2мм та препарування порожнин під вкладки, в коронкові частини опорних зубів були вмонтовані вкладки, які були отримані з заготовок шляхом зішліфування. В зуботехнічній лабораторії за отриманими відбитками були виготовлені комбінована розбірна робоча та допоміжна моделі. На робочій моделі отримали точну копію опорних зубів з чіткими рисами отворів тунелів вкладок. Виготовлення каркасу мостоподібного протеза, обличкування керамічною масою проводилось без особливостей. В результаті отримали мостоподібний протез з наскрізними отворами на оклюзійних поверхнях коронок. Фіксацію мостоподібного протеза на опорних зубах муляжа здійснювали за допомогою гвинтів-заглушок задіяних імплантів. Склоіономерний цемент застосовувався як герметик. Отвори закривали непрозорим фотополімерним композитним реставраційним матеріалом відповідного кольору.

**Результати:** Дана методика дозволяє використовувати переваги гвинтової фіксації незнімних протезів, не тільки на імплантатах, а й на природних зубах.

**Висновки:** Незнімні протези з умовно-знімною фіксацією на природних зубах можуть бути рекомендовані:

- у випадках недостатньої ретенції штучних коронок через надмірну конвергенцію бічних поверхонь кукси;
- при значній непаралельності осей опорних зубів;
- при низьких клінічних коронках опорних зубів;
- при повторному протезуванні незнімними протезами;
- при комбінованому протезуванні.

А.В.Погоріла, М.М.Шінкарук-Диковицька, І.Л.Черешнюк, О.А.Ходаківський.

## ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЙРОАПОПТОТИЧНИХ ТА НЕЙРОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ТРІЙЧАСТОМУ НЕРВІ ПРИ МОДЕЛЬНОМУ ЯТРОГЕННОМУ КОМПРЕСІЙНО-ТОКСИЧНОМУ УРАЖЕННІ НИЖНЬОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВУ У КРОЛІВ НА ТЛІ ТЕРАПІЇ НЕОМІДАНТАНОМ

Кафедра терапевтичної стоматології

М.М.Шінкарук-Диковицька (д.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
М.Вінниця

**Актуальність:** Механізм вторинного апоптотичного ураження нейронів трійчастого нерву пов'язаний із формуванням глутамат-кальцієвого каскаду та активацією NMDA-рецепторів, які відбуваються на тлі прямого впливу пломпувального матеріалу на нижній альвеолярний нерв. У зв'язку із цим, блокатори надмірної активності NMDA-рецепторів, як модулятори розвитку глутаматної ексайтотоксичності, можуть розглядатись в

якості перспективних нейропротекторів.

**Мета.** Оцінити нейропротективну дію неомідантану на клітини трійчастого вузла кролів за ступенем деескалації рівнів цитометричних маркерів апоптозу та проліферації нейроглії.

**Матеріали та методи.** Модель компресійно-токсичного ураження нижнього альвеолярного нерву кролів відтворювали шляхом введення через трепанаційний отвір в ділянці нижньощелепного каналу пломбувальних матеріалів: «Foredent» та «АН-Plus». Терапія амантадином гідрохлоридом («Амантадин», Олайнфарма, Латвія), дозою 10 мг/кг внутрішньошлунково тривала 30 діб, щоденно. Наприкінці експерименту видалявся трійчастий вузол та в його клітинах за допомогою протоково-цитометричного аналізу верифікували фазу Sub-G0G1 – апоптоз та фазу S поліплоїдизації, яка відповідає за активність нейроглії.

**Результати та їх обговорення. Висновки.** Проведене дослідження показало, що потрапляння в канал будь-якого із досліджуваних пломбувальних матеріалів активує, як апоптоз, так і нейропроліферацію. Більшою мірою, ця властивість притаманна пломбувальному матеріалу «Foredent». Неомідантан дозою 10 мг/кг проявляє нейроцитопротекторну активність відносно клітин трійчастого вузла, на користь чого свідчило вірогідне зниження явищ апоптозу і нейропроліферації при внесенні пломбувального матеріалу в нижньощелепний канал.

В.С. Поліщук

### **Виготовлення тренінгових моделей для дентальної імплантації**

Кафедра ортопедичної стоматології

(науковий керівник - к.мед.н., доц., зав. каф. Е.В.Беляєв)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Дентальна імплантація з кожним роком набуває нових і ширших масштабів у стоматології. Успішний розвиток матеріалознавства та наукових обґрунтувань свідчать про успішність і якість даного методу лікування. З розвитком імплантології як напрямку стоматології на новий рівень виходить і підготовка спеціалістів з цієї сфери. Як відомо, впровадження практичного навчання покращує закріплення теоретичних знань, мотивує студента до вивчення нового та дає можливість на практиці проявити себе. Для цього існують різні муляжі, фантоми і тренажери. Симулятори дозволяють освоїти і відточити основні навички, при цьому не піддаючи ризику для пацієнта. Робота на моделі дає змогу відтворити реальну контрольовану ситуацію в якій студент має змогу на практиці проявити себе, дати оцінку своїм знанням і роботі, а також побачити свої помилки, щоб не повторювати їх в майбутньому. Важливу роль при цьому відіграє можливість наблизити умови до реальних, а структуру моделі зробити максимально наближену до анатомічної будови кісткової тканини верхньої та нижньої щелепи.

**Мета:** Виготовити модель, що за своєю структурою буде максимально наближений до анатомічної будови кісток верхньої та нижньої щелепи, що дозволить максимально відтворити протокол дентальної імплантації у тренінгових умовах на матеріалі, що буде повторювати структуру кісткової тканини людини.

**Матеріали і методи:** Робота виконувалась на базі кафедри ортопедичної стоматології Вінницького національного університету імені М.І. Пирогова. Виготовлені моделі верхньої та нижньої щелеп по самостійно розробленій технології, для чого була використана комбінація матеріалів на основі поліуретану.

**Результати дослідження:** Вдалося відтворити модель, яка за структурою і анатомічною будовою збігається з кістковою тканиною нижньої та верхньої щелепи, що дозволяє відтворити і наблизити тренінгові умови дентальної імплантації до реальних. А також за результатами проведеної роботи ми можемо стверджувати, що властивості поліуретану дозволяють використовувати його як ідеальний матеріал для виготовлення моделей, передбачених роботою та ідеєю.

**Висновок:** Після опрацювання матеріалів по даній темі ми визначили, що комбінація матеріалів на основі поліуретану має необхідні якості для відтворення анатомічної структури кісткової тканини верхньої та нижньої щелепи, що дозволяє максимально наблизити умови навчання студентів до реальних, що важливо при розвитку умінь і навичок у сфері стоматології, що у наш час виходить на новий вищий рівень.

Поліщук Д. О.

### **ПОРІВНЮВАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИЛЕРІВ ДЛЯ ПЛОМБУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ**

Кафедра терапевтичної стоматології

Горай М. А. (доц., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

М. Вінниця, Україна.

**Актуальність.** Провідною причиною невдач ендодонтичного лікування є апікальне мікропідтікання кореневого каналу, що призводить до порушення герметичності пломбування та ураженню перепікальних тканин. На причину його виникнення впливає техніка obturaції, фізичні та хімічні властивості

силерів, наявність змазаного шару на стінках каналу.

**Мета.** Оцінка герметизуючих властивостей ендодонтичних силерів «АН+», «Sure-SealRoot™», техніками неперервної хвилі та холодної латеральної конденсації *in vitro*.

**Матеріали та методи.** Проведено дослідження на тридцяти шестивидалених однокорневих зубах. Які попередньо 2 години витримували в 5,25% розчині гіпохлориту та поміщали в фізіологічний розчин для запобігання висушування та крихкості під час препарування. Механічне розширення корневих каналів проводили ендомотором X-Smart фірми Dentsply/ Maillefer системою Protaper Universal до розміра файлу F3. Торк та швидкість препарування виставляли згідно рекомендаціям виробника. Перед кожним слідуючим файлом кореневі канали промивали 5,25% розчином гіпохлориту натрію, заключну іригацію проводили 5,25% гіпохлоритом натрію, 17% ЄДТА, дистильованою водою, висушували бумажними пінами. Всі зуби поділили на чотири групи. В I-шій групі кореневі канали obtурували методом холодної латеральної конденсації силером «АН+» (фірми Dentsply), II гр.- горячою вертикальною конденсацією з силером «АН+», III-Sure-SealRoot™ (SureDent, Корея), IV-контроль. Оцінку якості obtурації проводили з допомогою рентгенограм. Порожнини доступу закривали склоіономерним цементом FUJUIX (GC, Японія). Після твердіння силеру поверхню кореня покривали двома шарами лаку для нігтів за виключенням 3 мм апікальної частини. Зразки контрольної групи (6 зубів) повністю покривали двома шарами лаку. Корені вміщували у 2% водний розчин метиленового синього протягом 72 годин при температурі 37°C. Потім зразки видаляли з розчину просушували, очищали від лакового покриття та проводили поперечні зрізи на відстані 3 мм від анатомічного апексу алмазним лезом товщиною 0,2 мм. Під світловим мікроскопом фірми «ЛОМО» оцінювали: співвідношення розмірів ділянок проникнення барвника до повної окружності дентину. Статистичний аналіз проводили з використанням пакетів програм Microsoft Excel.

**Результати.** При вивченні проникності барвника на відстані 3 мм від верхівки найбільший результат виявився в I групі. Дане дослідження не показало статистично значимого розходження в якості апікальної герметизації в II і III групах, це можна пояснити структури «Sure-SealRoot™» і «АН+», додавання сілікату кальцію всилер покращує його адгезивні властивості до дентину, оптимальна вязкість біогерметика дає можливість розподілити його по всьому об'єму каналу, герметизує ті ділянки, які не вдалося обробити механічно. Силер на основі алюмосілікату забезпечує однакову якість герметизації з епоксидними смолами, а процес нагрівання не впливає на його герметизуючі властивості. В групі контролю не виявлено ознак проникнення барвника, це свідчить про те, що два шари лаку достатньо для попередження протікання.

**Висновки.** Дані дослідження показали що при obtурації технікою холодної латеральної конденсації виникають мікропідтікання внаслідок більшого вмісту силеру та недостатнього прилягання гутаперчідо стінок кореневого каналу. Пломбування методом горячої вертикальної конденсації створює однорідну неперервну гутаперчеву масу, містить мінімальний шар силеру, що зменшує ймовірність утворення пустот в кореновому каналі та сприяє кращій герметизації. Якість герметизації кореневого каналу більше залежить від техніки obtурації ніж від властивостей силеру.

В.С. Поліщук

## МУКОГІНГІВАЛЬНА ХІРУРГІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

Кафедра терапевтичної стоматології

Ковальчук Л.О. (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Захворювання пародонту залишаються проблемою в сучасній стоматології. Раціональний підхід до використання хірургічних методів лікування підвищує ефективність і якість роботи лікаря, покращує прогноз та зменшує кількість рецидивів. Їх використовують з ціллю усунення патологічного вогнища та пластики ясен і слизової оболонки ротової порожнини. Позитивний результат лікування пацієнту можна забезпечити лише при узгодженій роботі щелепно-лицевого хірурга та стоматолога-терапевта, які в комплексі можуть забезпечити підхід до проблеми з різних сторін, при цьому водночас доповнюючи один-одного. При використанні хірургічних методів, ми діємо безпосередньо на пародонтальну кишеню, яку неможливу повністю усунути без хірургічних маніпуляцій. Мукогінгівальна хірургія як метод лікування пародонтиту набуває широкого використання в стоматологічній практиці. Він забезпечує усунення пародонтальної кишені, що веде до видалення токсичного вогнища із організму, виключає негативні місцеві фактори, а також сприяє перебудові імунологічних реакцій. Тому можна стверджувати, що хірургічний етап відіграє важливу роль в лікуванні захворювання пародонта.

**Мета:** Дослідити роль мукогінгівальної хірургії при комплексному підході до лікування захворювань пародонта, дати оцінку кожному цьому методу хірургічних втручань, оцінити важливість поєднання роботи терапевта-стоматолога та щелепно-лицевого хірурга при лікуванні хвороб пародонта.

**Матеріали і методи:** Робота виконувалась на базі кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного університету імені М.І. Пирогова. Проводилось лікування пацієнтів із захворюваннями пародонту шляхом мукогінгівальної хірургії та досліджувався результат лікування після проведення хірургічної маніпуляції.



**Результати дослідження:** Вдалося отримати оцінку доцільності використання мукогінгівальної хірургії в комплексному лікуванні захворювань пародонта. Оцінили переваги, недоліки та результати цього методу хірургічних втручань. Поєднали терапевтичне та хірургічне лікування в одне ціле, що дозволило нам покращити прогноз, уникнути рецидивів та підвищити якість й ефективність роботи.

**Висновок:** Під час проведення роботи ми визначили доцільність використання мукогінгівальної хірургії в протоколі лікування захворювань пародонта, адже це має низку переваг і є важливим етапом на шляху повного подолання захворювання. Необхідність використання мукогінгівальної хірургії підтверджується тим, що при цьому ми зменшуємо відсоток рецидивів та досягаємо цілей, які неможливо отримати при консервативному лікуванні.

В.С. Поліщук, О.О. Руденко

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КВЕРТУЛІНУ ТА ФОРКАЛУ ПРИ ЗАГОЄННІ ДЕФЕКТІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРІВ**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

С.М.Шувалов (д.мед.н., проф., зав. каф.)

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

**Актуальність:** Травми щелепно-лицевої ділянки займають провідне місце в структурі загального травматизму. Серед травм щелепно-лицевої ділянки частіше за все зустрічаються переломи нижньої щелепи. Поряд з збільшенням загальної кількості травматизму спостерігається збільшення частоти щелепно-лицевих травм та їх ускладнень. Одним з важливих питань сучасної травматології щелепно-лицевої ділянки залишається проблема виявлення причини та механізму розвитку ускладнень у таких пацієнтів, з вибором подальшої тактики лікування. Найбільш відомі та часто виникаючі ускладнення є такі, як нагноєння кісткової рани, післятравматичний остеомієліт, несправжній суглоб, патологічна рухомість кісткових фрагментів, вторинна кровотеча, післятравматичний гайморит, порушення прикусу, уповільнена регенерація, при чому їх кількість останнім часом збільшується.

Враховуючи велику кількість переломів нижньої щелепи та ускладнень травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, дана проблема займає важливе місце та потребує вивчення. Травма щелепно-лицевої ділянки супроводжується пошкодженнями м'яких та кісткових тканин.

**Метою** нашого дослідження було експериментально обґрунтувати протизапальну ефективність препаратів квертуліну та форкалу, при моделюванні та лікуванні травматичних дефектів нижньої щелепи щурів.

**Матеріали і методи.** Експеримент був проведений на 60 білих щурах самцях. Тварини знаходилися на загальному раціоні харчування, мали вільний доступ до води і їжі, єдиних умовах перебування в клітках, певної температури, вологості та освітлення. Вік тварин – 5 місяців. Маса щурів коливалася в межах 240-270 г. В процесі роботи щурі були поділені на 3 групи: контрольна – 20 щурів – з травмою нижньої щелепи, дослідна №1 – 20 щурів – з травмою нижньої щелепи, яким в день травмування щелепи та послідувачі два тижні, добавляли до їжі квертулін в дозі 200 мг на кілограм маси щура; дослідна №2 – 20 щурів – з травмою нижньої щелепи, які в день травмування щелепи та послідувачі два тижні, добавляли до їжі форкал в дозі 200 мг на кілограм маси щура. Клінічну оцінку стану операційної експериментальної рани проводили на 3, 5, 7, 10, 14, 28 добу. В дослідних групах відмічали ускладнення, які пов'язані з кістковим дефектом та тканинами навколо нього. Для оцінки загоєння дефекту кістки використовували наступну клінічну характеристику: гіперемія навколо операційної рани, набряк ділянки оперативного втручання, запальна інфільтрація, нагноєння операційної рани.

**Результат.** Проводячи аналіз ускладнень, які зустрічалися при оперуванні щелепи у щурів, нами отримані наступні результати. У щурів контрольної групи на 7-8 добу було зареєстровано нагноєння операційної рани у 2-х щурів (10%), абсцедування операційної рани – 1-ого щура (5%). Розходження швів та країв рани не спостерігалось. При аналогічному експерименті, у щурів дослідної групи №1, при введенні в добовий харчовий раціон квертулін, була зареєстрована наступна картина ускладнень: лише у 1 (5%) щура було ознаки нагноєння кісткової рани. У щурів дослідної групи №2, при використанні форкалу, було зареєстровано нагноєння кісткової рани також лише у 1 (5%) щура.

**Висновок.** Клінічні прояви загоєння м'яких тканин навколо перфораційного дефекту нижньої щелепи щурів на фоні використання квертуліну покращуються на  $4,3 \pm 0,9$  днів, Клінічні прояви загоєння перфораційного дефекту нижньої щелепи щурів на фоні використання форкалу покращуються на  $3,9 \pm 0,7$  днів, зменшуючи кількість ускладнень також з 15% до 5%.

В.С. Поліщук

## **ВИГОТОВЛЕННЯ ТРЕНІНГОВИХ МОДЕЛЕЙ ДЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ**

Кафедра ортопедичної стоматології

Е.В.Беляєв (к.мед.н., доц., зав. каф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

**Актуальність:** Дентальна імплантація з кожним роком набуває нових і ширших масштабів у стоматології. Успішний розвиток матеріалознавства та наукових обґрунтувань свідчать про успішність і якість даного методу лікування. З розвитком імплантології як напрямку стоматології на новий рівень виходить і підготовка спеціалістів з цієї сфери. Як відомо, впровадження практичного навчання покращує закріплення теоретичних знань, мотивує студента до вивчення нового та дає можливість на практиці проявити себе. Для цього існують різні муляжі, фантоми і тренажери. Симулятори дозволяють освоїти і відточити основні навички, при цьому не піддаючи ризику для пацієнта. Робота на моделі дає змогу відтворити реальну контрольовану ситуацію в якій студент має змогу на практиці проявити себе, дати оцінку своїм знанням і роботі, а також побачити свої помилки, щоб не повторювати їх в майбутньому. Важливу роль при цьому відіграє можливість наблизити умови до реальних, а структуру моделі зробити максимально наближену до анатомічної будови кісткової тканини верхньої та нижньої щелепи.

**Мета:** Виготовити модель, що за своєю структурою буде максимально наближений до анатомічної будови кісток верхньої та нижньої щелепи, що дозволить максимально відтворити протокол дентальної імплантації у тренінгових умовах на матеріалі, що буде повторювати структуру кісткової тканини людини.

**Матеріали і методи:** Робота виконувалась на базі кафедри ортопедичної стоматології Вінницького національного університету імені М.І. Пирогова. Виготовлені моделі верхньої та нижньої щелеп по самостійно розробленій технології, для чого була використана комбінація матеріалів на основі поліуретану.

**Результати дослідження:** Вдалося відтворити модель, яка за структурою і анатомічною будовою збігається з кістковою тканиною нижньої та верхньої щелепи, що дозволяє відтворити і наблизити тренінгові умови дентальної імплантації до реальних. А також за результатами проведеної роботи ми можемо стверджувати, що властивості поліуретану дозволяють використовувати його як ідеальний матеріал для виготовлення моделей, передбачених роботою та ідеєю.

**Висновок:** Після опрацювання матеріалів по даній темі ми визначили, що комбінація матеріалів на основі поліуретану має необхідні якості для відтворення анатомічної структури кісткової тканини верхньої та нижньої щелепи, що дозволяє максимально наблизити умови навчання студентів до реальних, що важливо при розвитку умінь і навичок у сфері стоматології, що у наш час виходить на новий вищий рівень.

О.С. Прокопенко

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З ВТОРИННИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗУБОЩЕЛЕПОВОЇ СИСТЕМИ

Кафедра ортопедичної стоматології

Е.В. Беляєв (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця,

**Актуальність:** Важливим методом дослідження в ортопедичній стоматології являється оцінка якості життя пацієнта, її залежності від різноманітних захворювань та ефективності їх лікування. Це в повній мірі відноситься й до пацієнтів з вторинними деформаціями зубощелепової системи.

**Мета:** Визначення оптимального опитувальника для оцінки якості життя у хворих з вторинними деформаціями зубощелепової системи.

**Матеріали та методи:** Для оцінки якості життя були розглянуті опитувальники та шкали, котрі найчастіше використовувалися у стоматологічній практиці в останні десятиріччя.

1) Соціостоматологічна шкала (1986). Опитувальник має наступні розділи: зовнішня естетика, больові відчуття, можливість посміхатися, функції жування та мови.

2) Індекс стоматологічного здоров'я (1991). Розділи: функція мови, дискомфорт, больові відчуття.

3) Загальний геріатричний індекс здоров'я порожнини рота (1990). Розділи: впевненість в собі, дискомфорт, больові відчуття, зовнішня естетика, соціальна поведінка, функція жування та мови.

4) Індекс впливу здоров'я порожнини рота (1993). Розділи: спілкування, соціальна поведінка, особисте благополуччя, впевненість в собі, функція жування, мови, зовнішня естетика.

5) Суб'єктивні індикатори здоров'я порожнини рота (1994). Розділи: спілкування та взаємовідношення в соціумі, функція жування та мови.

6) Ступінь важливості стоматологічного здоров'я (ОНІР-49, 1994). Розділи: неможливість знаходитися в суспільстві, психологічний дискомфорт, больові відчуття, функціональні обмеження.

7) Індекс стоматологічної якості життя (1997). Розділи: якість життя в цілому, суб'єктивна оцінка здоров'я порожнини рота, функція жування, здоров'я порожнини рота.

8) Вплив стоматологічного здоров'я на повсякденне життя (1996). Розділи: соціальні контакти, емоційна сфера, естетика обличчя, вплив на якість сну, навички гігієни порожнини рота, можливість приймати їжу та спілкуватись.

9) Взаємозв'язок стоматологічного здоров'я і якості життя (1996). Розділи: повсякденне життя, соціальна активність, функція мови.

10) Вплив стоматологічного здоров'я на повсякденне життя (1996). Розділи: функція жування, соціальна активність, больові відчуття, зовнішня естетика, дискомфорт.

**Результати:** проаналізовані десять опитувальників (розділи, характер запитань та їх кількість і суть і т.і.) для оцінки якості життя у пацієнтів стоматологічного профілю, які знайшли найбільше застосування у практиці. Виявлено принципову схожість схем побудування опитувальників та їх окремі відмінності. За результатами аналізу обрано найбільш оптимальний, на наш погляд, опитувальник для оцінки якості життя у хворих з вторинними деформаціями зубощелепової системи – ОНІР-49.

**Висновки:** Оцінка якості життя є актуальним і важливим методом дослідження стоматологічного пацієнта. Обрання опитувальника для такої оцінки повинно носити вибірковий характер у залежності від конкретної стоматологічної патології.

М.О Руденко, О.М. Тимошенко  
**ЕСТЕТИКА ШТУЧНИХ ЗУБІВ У ЗНІМНИХ ПРОТЕЗАХ**  
Кафедра ортопедичної стоматології  
Н.Ф. Бабійчук (Ст. викладач)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** В зв'язку з низькою санітарною культурою нашого суспільства, економічними складнощами та великою кількістю інших чинників зростає потреба у знімному протезуванні серед населення. Для якісного протезування потрібні досвід та навички медичного персоналу і відповідні матеріали, в тому числі, штучні зуби, які б задовольняли високі клінічні вимоги, були високофункціональними, естетичними, мали низьку адгезію зубного нальоту на них, не профарбовувалися харчовими пігментами. Сучасний ринок матеріалів представлений різними наборами штучних зубів, які відрізняються якістю, характеристиками, ціною.

**Мета:** Порівняння деяких характеристик (флюоресценції, забарвлення барвниками) наявних на ринку України акрилових штучних зубів із зубами VITA MFT.

**Матеріали та методи:** Було досліджено 17 пацієнтів з частковою втратою зубів віком 44-75 років, яким виготовили знімні протези з штучними зубами VITA MFT і їх зубні протези, що виготовлені 3 – 10 років тому назад та втратили свою функціональність і підлягає заміні. В роботі ми використали метод візуального оцінювання, метод флюоресценції, метод забарвлення, при якому використовували індикатор зубного нальоту, що містить різні барвники (еритрозин, фуксин) та забарвлює зубні пляшки в рожевий або червоний колір. Ми використовували у вигляді рідини (Red-Cote) для рівномірності розподілу на поверхні штучних зубів протеза. Натуральні зуби мають флюоресценцію, яка видима в ультрафіолетових променях. Довжина хвилі світла приблизно від 380 нм показує флюоресценцію і випромінює біло – білу синювату флюоресценцію, яка зменшується від 380 нм до 580 нм. Відтінок флюоресценції природніх зубів, яку необхідно відтворити в штучних зубах, змінюється з особливостями спектру світла, що потрапляє на пацієнта і протези. Флюоресценцію штучних зубів інших фірм вивчали на знімних протезах пацієнтів. Ці протези втратили свою функціональність і підлягали заміні.

**Результати:** За клінічними показниками найменше профарбовування штучних зубів у протезах отримали ортопедичні конструкції з використанням штучних зубів VITA MFT. Також у штучних зубах VITA MFT флюоресценція наближена до природніх зубів на відміну від виробників інших штучних зубів, де флюоресценція низька або зовсім відсутня.

**Висновки:** Найкращі результати за клінічними показаннями отримали ортопедичні конструкції з використанням штучних зубів VITA MFT тому, що вони високоестетичні та мають ефект флюоресценції природніх зубів, що важливо для людей різних професій (бізнесменів, політиків, артистів) та відповідають особливим клінічним вимогам у пацієнтів, які палять і вживають пігментовані продукти харчування (кава, чай, кола і т.д.) – на цих зубах адгезія нальоту мінімальна.

А.О. Скринник  
**ВИКОРИСТАННЯ NTI ШИНИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЙ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ПІДВИЩЕНИМ ТОНУСОМ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ**

Кафедра ортопедичної стоматології  
А.В. Денисюк (асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Підвищення тонузу жувальних м'язів може виникати при бруксизмі і інших парафункціях жувальних м'язів, патології скронево-нижньощелепного суглобу, патологічному стиранні. NTI шина (шина для ноціцептивного тригемінального гальмування) для фронтальної групи зубів усуває оклюзійні перешкоди для встановлення вінцевих відростків в правильне положення при закриванні рота. В той же час відбувається розслаблення латерального крилоподібного м'яза і м'язів передньої поверхні шиї. Відсутність контактів на бічних зубах значно знижує патологічний сенсорний зворотній зв'язок від запалених скронево-нижньощелепних м'язів.

**Мета:** обґрунтування використання NTШини у комплексному лікуванні патологій, пов'язаних з підвищеним тонусом жувальних м'язів.

**Матеріали і методи:** Пацієнтці 20 років з встановленим діагнозом бруксизм було виготовлено оклюзійну пластмасову NTШину на верхню щелепу (протяжність шини – на 13, 12, 11, 21, 22, 23 зуби) для нічного користування. Паралельно пацієнтка займалась міогімнастикою і психотерапією з відповідними спеціалістами. Медикаментозне лікування – гліцин по 1 таб. 3 р/д.

**Результати:** Через 2 місяці комплексного лікування, в тому числі з використанням NTШини, пацієнтка відмічає значне покращення – зменшився нічний скрегіт зубами, постійна втома і напруга в жувальних м'язах майже не відмічається, напади головного болю з'являються рідше і меншої інтенсивності.

**Висновок:** NTШина – простий і універсальний метод лікування патологій, пов'язаних з підвищеним тонусом жувальних м'язів. Але позитивну динаміку при користуванні ними можна отримати лише при комплексній терапії (міогімнастика, психотерапія, медикаментозна терапія).

М.І. Скрипник

## ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСУ ТА ЙОГО СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ У ПАЦІЄНТІВ З КІНЦЕВИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ, ЯКИМ ПЛАНУЄТЬСЯ ДЕНТАЛЬНА ІМПЛАНТАЦІЯ

Кафедра дитячої хірургічної стоматології з пропедевтикою хірургічної стоматології

А.І.Панькевич (к.мед.н., доцент)

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава, Україна

**Актуальність:** Верхньощелепна пазуха це повітряносна порожнина верхньощелепної кістки, вона має форму перевернутої піраміди основою якої є синусо-носова стінка, а верхівка наближається до виличної кістки. Це єдина пазуха, який має нефізіологічний, антигравітаційний дренаж. Дно верхньощелепного синуса сформоване кістковою тканиною альвеолярного відростка верхньої щелепи – тонкою трабекулярною кісткою, з меншою щільністю, ніж нижня щелепа. Це має важливе значення для утворення функціональної системи між медулярною кісткою та інтегрованим імплантатом, який повинен залишатися фіксованим і в той же час бути в змозі передавати жувальне навантаження на підтримуючу кістку. Розміщення зубних імплантатів, після синусліфтингу, є найпростішим та найфізіологічнішим шляхом відновлення неперервності зубного ряду для пацієнтів з атрофією кісткової тканини в ділянці кінцевих дефектів зубних рядів верхньої щелепи. Для подальшої успішної імплантації важлива не лише висота кісткової тканини в ділянці дефекту, а й відсутність патології слизової оболонки верхньощелепної пазухи (поліпи, кристи, пухлини, синусити, сторонні тіла).

**Мета:** За допомогою КТ дослідити стан слизової оболонки максиллярного синусу у пацієнтів з кінцевими дефектами зубних рядів верхньої щелепи та недостатнім об'ємом кісткової тканини.

**Матеріали та методи:** Нами досліджено 115 КТ пацієнтів з кінцевими дефектами зубних рядів верхньої щелепи та недостатнім об'ємом кісткової тканини. Основна увага була звернена на потовщення слизової оболонки, наявність ексудату в синусі, стан ostium maxillaris. Аксиальні зрізи дозволяли встановити наявність додаткових перегородок. Корональні зображення визначали потовщення слизової дна пазухи та стан природного отвору. Товщину слизової вимірювали перпендикулярно до підлеглої кістки, та занотували дані. Потовщення понад 2 мм вважають за патологічний набряк мембрани Шнайдера. Особливості остіомеатального комплексу оцінювали як «відкритий» при відсутності видимого набряку, та «закритий», якщо слизова блокувала отвір.

**Результати:** Потовщення слизової оболонки нами встановлено у 43 хворих справа, у 39 зліва і у 21 – в обох пазухах. Середнє значення товщини мембрани Шнайдера становило  $4,86 \pm 0,34$  мм. Повна або часткова блокада природного максиллярного отвору констатована у 15 хворих справа та 13 – з лівого боку, двостороння – у 7 пацієнтів. Тотальне потовщення із обструкцією остіомеатального комплексу нами виявлено у 10 пазухах справа, 9 зліва, у 5 – двостороннє. Присутність пломбувального матеріалу в порожнині пазухи нами встановлено у 2 хворих справа та у 6 зліва. Кісту діагностовано у 4 хворих з обох боків та у 6 з одного боку.

**Висновки:** КТ дослідження верхніх щелеп дозволяє ретельно встановити особливості архітекtonіки пазух та стан слизової оболонки. Планування оперативних заходів повинно відбуватись у співпраці з лікарем-оториноларингологом, який безпосередньо може усунути несприятливі фактори, що існують у максиллярному синусі.

В.Ю.Тиханський, В.С. Поліщук, О.О. Руденко

## ВПЛИВ КВЕРТУЛНУ НА ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЗАГОСННІ ЗАБІЙНО-РВАННИХ РАН ОБЛИЧЧЯ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

науковий керівник - к.мед.н., доц. С.С.Поліщук

Вінницькій національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Останнім часом відбувається збільшення травм м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Серед травм м'яких тканин обличчя мають тенденцію до збільшення кількості та важкості ускладнень. При цьому важливе місце займає наявність супутньої патології, яка впливає на умови загоєння пошкоджень м'яких тканин обличчя. Успішність при лікуванні забійно-рваних ран м'яких тканин обличчя залежить від корекції функцій організму при супутній патології та стабілізуванні оптимальних умов для регенерації м'яких тканин обличчя.

**Мета:** дослідити вплив квертуліну на виникнення ускладнень при загоєнні забійно-рваних ран обличчя при патології гепатобіліарної системи.

**Матеріали та методи.** В процесі роботи обстежено 84 хворих з забійно-рваними ранами щелепно-лицевої ділянки різної локалізації (надбрівної, підочної, виличної, щічної, привушножувальної ділянок, ділянок губ). Вік хворих коливався від 19 до 42 років. Всі обстежувані склали чоловіки та поступали в перші 2-3 години після отримання травми. Розмір ран знаходився в межах від 2,0x0,5x0,5 см до 3,0x1,0x1,0 см. Усім хворим проведено клінічні дослідження прояву місцевого статусу та наявності нагноєння рани. Для оцінки ефективності квертуліну, як препарату покращуючого умови регенерації були взяті пацієнти з забійно-рваними ранами м'яких тканин обличчя, які були поділені на чотири групи: контрольна (11 пацієнтів) – хворі з стандартним комплексним лікуванням; дослідна №1 (25 пацієнтів) – включала хворих з стандартним комплексним лікуванням, а також отримували квертулін, по 1 таблетці три рази в день; дослідна №2 (23 пацієнти) – включала пацієнтів з стандартним комплексним лікуванням у яких були діагностовано порушення гепатобіліарної системи; дослідна №3 (25 пацієнтів) – включала пацієнтів з стандартним комплексним лікуванням у яких були діагностовано порушення гепатобіліарної системи, а також включали в комплекс лікування квертулін, по 1 таблетці три рази в день. Реєстрація ускладнень, нагноєння рани чи абсцедування, проводилося на 3-4 добу лікування.

**Результати.** Отримані результати показують, достовірно позитивний вплив використання квертуліну на клінічні процеси регенерації пошкоджень м'яких тканин обличчя, зменшуючи кількість ускладнень. На третій день після проведення ПХО рани, у пацієнтів контрольної групи нагноєння рани зустрічалося у 2-х пацієнтів (18,2%) та у одного (9,1%) було діагностовано абсцедування. У пацієнтів дослідної групи №1 на третій день після проведення ПХО рани, окрім позитивної динаміки клінічних показників, зустрічалося нагноєння рани у 2-х пацієнтів (8%), у 1-го (4%) – було діагностовано абсцедування. У пацієнтів дослідної групи №2 на третій день після проведення ПХО рани, зустрічалося нагноєння рани у 6-х пацієнтів (26,1%), у 3-х (13%) – було діагностовано абсцедування. У пацієнтів дослідної групи №3 на третій день після проведення ПХО рани, зустрічалося нагноєння рани у 4-х пацієнтів (16%), у 1-го (4%) – було діагностовано абсцедування.

**Висновок.** Використання квертуліну в комплексному лікуванні ран щелепно-лицевої ділянки дозволяє зменшити кількості ускладнень в 2,27 рази (з 27,3% до 12%), а у хворих з патологією гепатобіліарної системи в 1,95 рази (з 39,1% до 20%).

А.О.Шелест

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ІГРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПРОЦЕСІ ПРОВЕДЕННЯ УРОКІВ ЗДОРОВ'Я В ПОЧАТКОВИХ КЛАСАХ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКІЛ

Кафедра "Сестринська справа"

В.М.Косенко (кандидат мед. наук)

КВНЗ "Житомирський медичний інститут" ЖОР

м.Житомир, Україна

**Актуальність:** Догляд за порожниною рота – важлива складова первинної профілактики стоматологічних захворювань. Гігієнічне навчання та виховання в першу чергу повинно бути спрямоване на дитяче населення ДНЗ та ЗОШ. Змалечку необхідно пропагувати дітям правила здорового способу життя. В наш час в процесі проведення санітарно-освітньої роботи застосовують різноманітні педагогічні технології. Особливу увагу привертають ігрові методи. Цікава та пізнавальна гра – найкращий спосіб засвоєння життєво необхідної інформації дитиною.

**Мета:** встановити доцільність застосування сучасних ігрових технологій в процесі навчання дітей молодшого шкільного віку правилам догляду за порожниною рота.

**Матеріали та методи:** Було проведено опитування 50 учнів перших класів та їх батьків щодо дотримання правил догляду за порожниною рота. Школярі були поділені на дві групи: основну та контрольну. В основній групі гігієнічні правила пояснювали, використовуючи складові різноманітних ігрових технологій. Уроки здоров'я в контрольній групі проводили із застосуванням традиційних методів навчання.

У дослідженні були використані наступні методи: бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення, опитування, статистичної обробки зібраних даних.

Усне опитування школярів проводилося двічі: до проведення санітарно-освітньої роботи та через 1,5 місяці після отримання життєво необхідних стоматологічних знань.

**Результати:** Проведена низка уроків здоров'я дозволила навчити дітей правилам догляду за порожниною рота, познайомити з принципами раціонального харчування та іншими складовими здорового способу життя.

Школярі, які склали основну групу, з легкістю давали відповіді на питання, які торкалися послідовності рухів зубної щітки, правил її збереження та догляду, з упевненістю демонстрували техніку чищення міжзубних проміжків за допомогою флосів, безпомилково перераховували корисні продукти та пояснювали негативний вплив зубного нальоту на тканини зубів і пародонту.

Більш високий рівень знань продемонстрували школярі основної групи, що свідчить про ефективність ігрових технологій. Правильну та повну відповідь на питання, що торкалися послідовності чищення зубів, (при повторному опитуванні) дали на 32% більше учнів основної групи проти 8% контрольної групи.

**Висновки:** Сучасні ігрові технології доцільно використовувати в процесі санітарно-освітньої роботи серед дітей молодшого шкільного віку. Необхідна інформація невимушено передається в доступній та цікавій формі. Граючись діти отримують знання та удосконалюють вміння, які знадобляться їм в подальшому житті та допоможуть зберегти і зміцнити стоматологічне здоров'я.

Основне завдання санітарно-освітньої роботи – прищепити населенню (в першу чергу дітям) знання щодо здорового способу життя та переконати в необхідності проведення своєчасних профілактичних заходів. Кінцевою метою гігієнічного навчання та виховання є не володіння теорією, а щоденні вчинки, направлені на покращення та збереження гарного самопочуття.

В. В. Щербя

### **ЗНАЧЕННЯ ПОВНОЦІННОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ СВОЄЧАСНОГО ВИЯВЛЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ГОЛОВИ ТА ШИЇ У ДІТЕЙ ТА ПРИЗНАЧЕННЯ АДЕКВАТНОГО ЛІКУВАННЯ. СМЕРТЕЛЬНІ НАСЛІДКИ ПОМИЛОК**

Кафедра стоматології дитячого віку

Філімонов Ю. В. (к. м. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** початковий період розвитку пухлин часто є безсимптомним, однак, навіть при своєчасному зверненні пацієнтів пухлину діагностують лише у 15-20 % випадків, в інших випадках пов'язують симптоми із захворюваннями лімфатичних вузлів, ЛОР-органів, невритами, невралгіями, призначають неадекватне лікування або вибирають тактику спостереження. На сьогоднішній день період пасивного спостереження за дитиною складає близько 2 місяців у 70 % дітей зі злоякісними пухлинами голови та шиї.

**Мета:** визначити наслідки неповноцінної діагностики та неправильного лікування захворювань, які можуть бути проявами злоякісних пухлин.

**Матеріали та методи:** аналіз перебігу онкозахворювань у дітей Вінницької області в період з 2014 по 2016 рік, що проходили лікування на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні.

**Результати:** За цей період лікування з приводу злоякісних пухлин голови та шиї проходило 5 пацієнтів. Пухлини було діагностовано у дітей віком 7-14 років. Серед них: ПНЕП, низькодиференційована назофарингеальна карцинома, низькодиференційована злоякісна пухлина твердого піднебіння, лімфома Ходжкіна, злоякісна б-клітинна лімфома мигдалика.

Пацієнт №1. Хлопчик. У віці 9 років було виявлено пухлиноподібне утворення шиї зліва. Діагностовано: неврилемуому з елементами малігнізації, також відому, як «неврогенна саркома». В 16 % випадків одночасно з нею виникають інші, переважно злоякісні пухлини. Було проведено хірургічне лікування, однак, по незрозумілих причинах не була призначена жодна додаткова терапія. Через рік у пацієнта виявлено ейросаркому в ділянці післяопераційного рубця і одночасно з цим патологічне вогнище гортаноглотки з наявністю атипичних клітин. Через рік його було визначено, як ПНЕП. Загальний термін лікування пацієнта склав близько 4 років, за цей період пухлина рецидивувала 5 разів, було проведено 8 оперативних втручань, 14 блоків хіміотерапії та 2 курси променевої терапії. На фоні вираженого болювого синдрому виникли розлади психіки, дитина перестала розмовляти, наркотичні анальгетики стали мало ефективними. Хворий помер.

Пацієнт №2. Дівчинка. У віці 11 років діагностовано низькодиференційовану назофарингеальну карциному з метастазами у лімфатичні вузли шиї та черевної порожнини (T2N1M1). За півроку до цього лікувалась з приводу лівобічного шийного лімфаденіту, який насправді був проявом наявності метастазів вже існуючої пухлини. Захворювання закінчилось летально.

**Результати:** на основі аналізу інформації, що стосувалась перебігу злоякісних пухлин голови та шиї на

прикладі конкретних пацієнтів підтверджено, що проведення неповноцінної діагностики та, відповідно, неадекватного лікування відіграє ключову роль у результаті захворювання.

**Висновки:** для виключення помилок при встановленні остаточного діагнозу необхідно застосовувати додаткові методи діагностики та направляти хворого на консультацію лікаря-онколога при наявності симптомів, спільних із злоякісними пухлинам, адже від цього напрямку залежить життя пацієнта.

# ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ



# PHARMACY AND PHARMACOLOGY



Y.V. Antonenko, Y.V. Buhai, D.Y. Klak

## **THE USE OF MEDICAL IMMUNOLOGICAL DRUGS ON THE CRYOCONSERVATIVE CORD BLOOD BASIS**

Department of Pharmacology

O.S. Pashinska (candidate of medical science, assistant professor)

Vinnitsa National Medical University n.a. M.I. Pirogov

**Background:** The XXI century is the time of regenerative medicine, cell therapy with cord stem cells use being one of the directions. During the last decades in Ukraine the conditions for cell and tissue therapies development were created and science achievements gave an opportunity to work out reliable biotechnological processes implementing effective clinical use of biological biomaterials. The first cord blood public bank was established in our country in September, 2017. The cord blood contains more than 60 biologically active substances, fetal growth factors, different types of stem cells in high concentration, and the special type of so called pluripotent cells, which are not found in any body tissue.

**Aim:** To show the use of medicines containing cord blood; to analyze the advantages in different pathological states treatment .

**Design and methods:** The articles in Ukrainian and foreign professional references in the cryoconservative cord blood use.

**Results:** Nowadays «Cryocell» is the most popular in the cell therapy. It is a frozen serum (at t -196 C) of the human cord blood. It was created in the Cryobiology and Cryomedicine Institute of the Ukrainian National Academy of Sciences, and meets the requirements of the European Association of Tissue Banks, and is licensed by the Coordination Center of Organs, Tissues and Cells Transplantation of the Ministry of Health of Ukraine. The use of cord blood drugs is considered as the alternative to chemical medical drugs in prevention of diabetes mellitus complications, in particularly, the «diabetic foot». The use of cryoconservative placenta extract in the complex therapy for gouty arthritis; in patients with obesity it results in favorable evolution in laboratory and clinical scores, improves purine and pyrimidine data. In gynecology such drugs reduce pain, and inflammatory changes of uterine annexes, restore endocrine system dysfunction, menstrual and reproductive function. They restore immunological reactions and have antioxidant, anabolic actions. The researches prove that high-selective hematopoietic stem cells, the cord blood is rich in, help to restore myocard by neovascularization and myogenesis stimulation.

**Conclusions:** The use of medical immunological drugs is effective in treatment of many diseases, however, the further study of the pharmacological properties for creation of new high-selective and pharmacoeconomic medicines is needed.

K.O. Kaminska, Shaakumeni Ndapandula

## **THE QUALITY OF PROVIDING PHARMACEUTICAL CARE FOR FOREIGN STUDENTS AT THE DRUG SHOPS**

Department of Pharmacy

A.S. Voronkina (Ph.D., Assistant)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

**Actuality:** Pharmacy care - a comprehensive program of interaction between the pharmacist and the patient (pharmacist and doctor) throughout the period of medical therapy, from the time of drug release to complete termination of their action. Pharmaceutical care means acceptance by the pharmacist of responsibility before the concrete patient for the result of treatment by a certain medical product. The basis for proper pharmaceutical care is the professional knowledge and experience of the pharmacist, the rules of professional ethics, the attitude of the pharmacist to the patient, and their responsibilities. In assessing the state of the pharmacy visitor, the pharmacist should remember that any symptom may be a manifestation of minor health disruption, or the outset of a serious illness or a sign of aggravation of a chronic illness. The processes of globalization affect all areas of human life and, therefore, it is important to be able to communicate with people using multi-lingual skills.

**The aim:** to identify and determine the availability and quality of giving pharmaceutical care using English in Vinnitsya.

**Materials and methods:** It was taken a survey between the first – table pharmacists at 20 drug stores which are located in different districts of Vinnitsya. The experiment was carried out by an English – speaking student of VNMU. The obtained results were evaluated by using the methods of comparative analysis and generalization.

**Results:** We conducted the experiment based on the toothache complaint. It involved pharmacy stores, which have a close location to VNMU, as well as, those located in the tourist center of the city of Vinnitsya. Only 30% of pharmacies were able to provide minimal information about the current problem, while the other 70% could not identify the true cause of the patient's complaint, or refused to communicate at all. Of the 31 pharmacists, only 26% provided assistance, while other 74% did not have good knowledge of English.

**Summary:** The quality of pharmaceutical care in English in pharmacy departments can be considered low, which may be attested to the lack of training of workers from the pharmaceutical and medical English language. Most surveyed pharmacists were unable to identify the problem, did not use alternative methods of help or did not recommend to visit the doctor.

O.V. Malchenko  
**PECULIARITIES OF STRUCTURE AND PHARMACOLOGICAL PROPERTIES OF  
4-METHYL-2,2-DIOXO-1H-2λ6,1-BENZOTHIAZINE-3-CARBOXYLIC ACID**

Pharmacology department  
N.I. Voloshchuk (prof.)  
Department of Pharmacology, N. I. Pirogov Vinnitsa National Medical University,  
Vinnitsa, Ukraine

**Background.** The main prerequisites for this research were the expressed analgesic activity demonstrated by their synthetic precursors — methyl-4-methyl-2,2-dioxo-1H-2λ6,1-benzothiazine-3-carboxylates as well as excellent results obtained during the transition from quinolone esters, which are similar in terms of their structure, to acids.

**The aim** was to study the structure and analgesic and anti-inflammatory properties of 4-methyl-2,2-dioxo-1H-2λ6,1-benzothiazine-3-carboxylic acids.

**Materials and Methods.** Chemical part of the research was carried out at the Department of Pharmaceutical Chemistry of National Pharmaceutical university under the direction of professor I.V. Ukrainets. The biological studies were conducted on white Wistar male rats weighing 220–250 g. The anti-inflammatory activity was studied on the model of carrageenan edema. In 3 h after the carrageenan injection the volume of healthy and swollen limbs was measured using a plethysmometer. The analgesic activity was detected on the same model by determining the pain threshold—the smallest pressure force on the rat's foot, which caused a painful reaction of the animal expressed by localization of pain and/or paw withdrawal—the healthy and the injured limb. The measurements were performed using a baseline dolorimeter (USA). All substances were compared with Lornoxicam and Diclofenac in screening dose of 20 mg/kg. Processing of the results obtained was performed using STATISTICA 6.1. Differences were considered to be statistically significant at  $p \leq 0.05$ .

**Results.** The pharmacological tests conducted have shown that 4-methyl-2,2-dioxo-1H-2λ6,1-benzothiazine-3-carboxylic acid monohydrate and its sodium salt demonstrate moderate and statistically reliable anti-inflammatory properties on the carrageenan edema model in rats. The compounds synthesized deserve closer attention as potential analgesics and further study with the involvement of other experimental models and possible chemical optimization since they exceed Diclofenac and structurally similar Lornoxicam by the intensity of the analgesic effect. The cause for the noticeable increase in its activity in sodium salt compared to acid can be its increased bioavailability. However, transition from derivatives of 4-methyl-2,2-dioxo-1H-2λ6,1-benzothiazine-3-carboxylic acid that are practically insoluble in water to their readily soluble forms due to salt formation is not always accompanied by an increase in analgesic properties.

**Conclusions** The preparative method for obtaining 4-methyl-2,2-dioxo-1H-2λ6,1-benzothiazine-3-carboxylic acid has been proposed, which allows researchers to synthesize the target compound with a high yield and purity. The biological properties of 4-methyl-2,2-dioxo-1H-2λ6,1-benzothiazine-3-carboxylic acid and its sodium salt have been tested. In addition a moderate anti-inflammatory activity of the substances studied has been determined and their high analgesic effect have been observed.

А.С. Баранова, Ю.В. Матросова  
**ФАРМОГЕНЕТИКА ТА ФАРМОГЕНОМІКА. НОВІ НАПРЯМКИ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ТЕРАПІЇ**  
Кафедра фармакології  
О.С. Пашинська (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Лікар може зіткнутися з проблемою, коли терапевтичне вживання ліків показує відсутність надійності відповіді: препарат може допомогти одній людині, але не інший з тією ж потребою, або, як правило, безпечний і корисний препарат має токсичні побічні ефекти у деяких суб'єктів, а іноді навіть смертельний. Багато потенційних причин може включати вік, вагу, статеві чи інші паралельні захворювання; ці фактори регулярно розглядаються лікарем при лікуванні пацієнта. Проте фармакогенетика та фармакогеноміка показали нам, що багато змінених лікарських реакцій залежать від генетичної конституції пацієнта.

**Мета:** Проаналізувати перебіг лікарських реакцій в залежності від генотипу.

**Матеріали та методи:** Опрацювання українських та зарубіжних джерел стосовно застосування лікарських засобів з урахуванням генетичних відмінностей людей.

**Результати:** Розширення генетичних знань дозволяє вірогідно виявити різницю у ступеню та якості сприйняття одних і тих самих ліків як представниками різних рас, так і різних етнічних груп. Так, негроїди, у яких вдвічі частіше діагностують серцеву недостатність, порівняно з європеїдами, менш сприйнятливі до дії препаратів, що часто застосовуються для лікування гіпертонічної хвороби (ГХ). З урахуванням їх генетичних особливостей (нестача в організмі оксиду азоту, який розширює судини) розроблений препарат BiDiI, ефективний, зокрема, при лікуванні представників негроїдної раси, але не має лікувального ефекту у європеїдів. У той же час препарат Cozaar є менш ефективним при лікуванні ГХ у чорношкірих пацієнтів. Крім цього, у євреїв ашкеназі, в

цілому схильних до шизофренії (популяційна частота хвороби 10–12%), підвищений ризик серйозних побічних ефектів з боку крові, що призводять до смерті при застосуванні препарату Clozapine. У білих людей частіше зустрічається варіант гена, що обмежує вироблення серотоніну, що означає ризик депресії, а у чорношкірих, навпаки, є "захисний" варіант. Генетичні особливості перебігу виразкової хвороби у японців і шведів призводять до різної реакції на антихелікобактерну терапію Omeprazole і Clarithromycin, що ефективна практично для всіх представників шведської популяції, але набагато менш ефективна для японців. Встановлено, що деякі вакцини однієї австралійської фірми краще діють на білих європейців і на азіатів. Один з препаратів, що має канцерогенні побічні властивості, менш небезпечний для чорних, ніж для білих.

**Висновки:** Таким чином, можна констатувати, що в даний час існує клінічне використання генетичної інформації для поліпшення лікарської терапії. Статистична вірогідність безпеки чи ефективності лікарського засобу для конкретного пацієнта може призвести до більш раннього покращення, оскільки ми більше дізнаємося про важливість групування пацієнтів за віком, статтю або етнічною групою. Проте складності та експресії генів, що змінюються, ніколи не дозволять 100% переконатись у тому, що препарат буде діяти точно так, як очікувалося.

М. В. Білобров

## ОЦІНКА ВПЛИВУ СУМІЩЕННЯ РОБОТИ ТА НАВЧАННЯ НА БІОРИТМИ СТУДЕНТІВ

Кафедра фармації

О. Ю. Тозюк (к. фарм. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** високий рівень техногенного навантаження та вплив шкідливих антропоєкологічних факторів порушують біологічні ритми організму і викликають психосоматичні хвороби. Медицина об'єднує подібні патологічні стани загальним терміном «хвороби цивілізації», який включає серцево-судинні, шлунково-кишкові, психічні та інші захворювання. Задля своєчасного виявлення порушень та збереження здоров'я молодого покоління представляло інтерес дослідити основні показники біоритмів за умов поєднання навчання та роботи у вільний час.

**Мета:** оцінити вплив суміщення навчання та роботи на біоритмологічні показники студентів.

**Матеріали та методи:** анкетування проведено серед 59 студентів 5 курсу фармацевтичного факультету денної форми навчання Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова у грудні 2017 р. Обробку отриманих результатів проведено за допомогою програми Microsoft Office Excel.

**Результати:** встановлено, що кількість працюючих студентів випускного курсу становила 29 осіб (49 %). Це свідчить про високий рівень зайнятості студентів, адже практично кожний другий підробляє під час навчання. Серед них 23 працювали у аптечних закладах. Високий рівень «профориєнтованого» вибору, на нашу думку, є ознакою зацікавленості обраною спеціальністю та бажанням отримати більше практичного досвіду. Цьому також сприяє широка мережа аптечних закладів та попит на кадровому ринку. Привабливим для молоді є графік роботи: в основному студентам пропонують роботу у вечірні або нічні години у чергових аптеках. Це підтверджується отриманими результатами: серед респондентів 19 осіб працювали у нічні зміни. Таким чином, переважна більшість опитаних працюючих студентів (66 %) знаходилися у групі ризику щодо порушення біологічних ритмів, адже працювали у незвичний для організму час. Підтвердження даного припущення було одержано під час суб'єктивної оцінки респондентами загального самопочуття на наступний після роботи день. Свій стан як «дуже погано» охарактеризували 5 опитаних, тоді як 12 осіб поставили оцінку «задовільно». При цьому третина опитаних відзначила погіршення успішності навчання.

**Висновки:** аналіз результатів дослідження свідчить про активну трудову діяльність студентів: 49 % опитаних суміщали навчання та роботу. З числа опитаних 66 % працювали у нічний час. Такі умови праці спровокували розвиток десинхронозу, ознаки якого виявлено у 76 % працюючих студентів. Наслідком порушення біоритмів стало погіршення успішності у навчанні, суб'єктивно відзначене третьою опитаних. Щоб уникнути серйозних проблем із здоров'ям працюючим студентам необхідно негайно оптимізувати режим «навчання-робота».

П.С. Бондаренко

## ДОСЛІДЖЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ТА УЛЬЦЕРОГЕННОЇ ДІЇ РІЗНИХ КРИСТАЛІЧНИХ МОДИФІКАЦІЙ N-(4-ТРИФЛУОРОМЕТИЛФЕНІЛ)-4-ГІДРОКСИ-2,2-ДІОКСО-1Н-2Л6,1-БЕНЗОТІАЗИН-3-КАРБОКСАМІДУ

Кафедра фармакології

Н.І. Волошук (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність проблеми.** В останні роки велика увага приділяється явищу поліморфізму біологічно активних сполук, який суттєво впливає як на біологічну активність, так і на токсичність лікарських засобів. З появою ефективних синтетичних методів і доступних реагентів, вчені різних спеціальностей стали проявляти цікавість до 2,2-діоксо-1Н-2л6,1-бензотіазинів як до джерела нових біологічно активних сполук. Попередні дослідження довели наявність у похідних цього хімічного класу високу аналгетичну активність та встановили сполуку-лідера, а саме N-(4-трифлуорометилфеніл)-4-гідрокси-2,2-діоксо-1Н-2л6,1-бензотіазин-3-карбоксамід. В процесі хімічного синтезу шляхом кристалізації з фармацевтично прийнятних органічних розчинників було одержано три зовні абсолютно різні типи безбарвних кристалів цієї сполуки із різним ступенем виразності антиноціцептивної активності.

**Мета роботи** – оцінити параметри гострої токсичності та ulcerогенний потенціал трьох кристалічних модифікацій N-(4-трифлуорометилфеніл)-4-гідрокси-2,2-діоксо-1Н-2л6,1-бензотіазин-3-карбоксаміду.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на білих щурах-самцях лінії Вістар в умовах наукової лабораторії кафедри фармакології ВНМУ. Кристалічні поліморфи (форма А, В та С) вводили тваринам в широкому діапазоні доз внутрішньошлунково після розчинення на Твін-80 та дистильованій воді. Гостру токсичність оцінювали за показником ЛД50 після спостереження протягом 14 днів. Ульцерогенну дію визначали за показником УД50 після 3-х годинної експозиції. Розрахунки проводили методом пробіт-аналізу в програмі «STATISTICA 6.1». Ступінь безпечності поліморфних форм визначали після врахування співвідношення ЛД50/УД50.

**Результати.** Аналіз параметрів гострої токсичності досліджуваних сполук показав, що всі три форми відносять до IV класу (малотоксичні сполуки). Показник ЛД50 для форм А, В і С становив, відповідно 419,3, 586,4 та 699,2 мг/кг. За здатністю викликати пошкодження шлунка 2-го ступеня (ulcerогенність), найбільш безпечною виявилась сполука В (УД50 становив 117,9 мг/кг), для сполук А і С цей показник становив, відповідно 71,4 та 87,5 мг/кг.

**Висновок.** Таким чином, за індексом безпечності сполуки розташувались в такий ряд В > А > С. Отримані дані є важливим доказом необхідності подальших досліджень фармакологічної активності та токсичності різних поліморфних модифікацій N-(4-трифлуорометилфеніл)-4-гідрокси-2,2-діоксо-1Н-2л6,1-бензотіазин-3-карбоксаміду з метою виявлення найбільш активної та нешкідливої кристалічної форми цієї сполуки.

В.Я. Брумар

## КУЛЬТИВІВАННЯ МОНАРДИ ДВІЙЧАСТОЇ (MONARDA DIDYMA.) ЗА УМОВ РОСТУ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ НА СІРИХ ТА ОПІДЗОЛЕНИХ ҐРУНТАХ

Кафедра фармацевтичної хімії

В. А. Ващук (к.фарм.н., доц.), А. О. Очеретнюк (к.фарм.н., доц.), О.В. Білик (ас.)

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

**Актуальність.** Культивування монарди двійчастої в умовах Вінницької області, як рослини з антимікробними та протигрибковими властивостями.

**Мета дослідження.** Виявити особливості сезонного ритму розвитку монарди та найкращий період збору в умовах Вінницької області. Оцінити доцільність культивування монарди в умовах Вінницької області та перспективність її вирощування в масштабах виробництва.

Оцінити морозостійкість монарди в кліматичних умовах Вінницької області.

**Матеріали та методи.** Було взято 50 одиниць паростків живих рослин монарди двійчастої з Київського ботанічного саду імені О.В. Фоміна. Дослідження проводилось на базі ВНМУ імені М.І. Пирогова, кафедри фармацевтичної хімії, та науково-дослідної ділянки на базі музею-садиби імені М.І. Пирогова в період 2015-2017 років. При вивченні сезонного ритму розвитку проводили спостереження за термінами основних фаз розвитку та кількістю сировинної фітомаси рослин за стандартною методикою (Байдеман, 1974). Використовувалась мікроскопія листя монарди з застосуванням електронного мікроскопу Leica DM 750.

**Результати дослідження.** Спостереження за сезонним ритмом монарди показало, що вона досить стійка до кліматичних змін та не відрізняється від такого в умовах Вінницької області. Сезонний розвиток відбувається так, як в північних районах Америки. Паростки висаджувалися в 15-их числах квітня. Фаза початку бутонізації – середина липня. Цвітіння - з кінця липня до середини вересня. Тривалість цвітіння в середньому 50-60 днів та корелює з погодними умовами.

Мікроскопія зрізів епідермісу листків монарди двійчастої показала, що основна маса продихів знаходиться на

абоксиальній стороні, покриті одноклітинними та багатоклітинними волосками, мають діцитний тип розміщення. При дослідженні виявлено: на абоксиальній стороні листової пластинки на 1 мм<sup>2</sup> епідерми приходиться більше 900 клітин, що характеризує структуру листка монарди двійчастої як мілкоклітинну, яка здатна адаптуватися до несприятливих умов зовнішнього середовища. Завдяки наявності волосків рослина має здатність утримувати вологу. Культивування монарди має свої перспективи в застосуванні. В результаті отримано рослини, які не відрізнялися за показниками від середньостатистичних представників цього виду. Для оцінки морозостійкості монарди було вирішено не накривати рослину на зиму агроволокном. Максимальний мороз, зафіксований зимою 2015-2016 років -16°C. Морозостійкість оцінювалася за відновленням пагонів, оскільки рослина багаторічна. Втрат рослини не було, всі пагони відновлювались в кінці квітня - на початку травня. Це дозволяє визнати рослину морозостійкою в умовах клімату Вінницької області.

#### **Висновки:**

Досліджувану рослину доцільно культивувати в умовах Вінницької області. Адаптація до кліматичних умов висока, кількість сировинної фітомаси достатня. Її морозостійкість та вимоги до вологості підходять для клімату даної території та не вимагають специфічних умов багаторічного культивування.

В.П. Василик, О.О. Пономаренко, В.О. Баглай

### **ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ 2-ЕТИЛТІОБЕНЗІМІДАЗОЛУ СУКЦИНАТУ НА ПРОЦЕСИ ПАМ'ЯТІ**

Кафедра фармакології

О.П. Драчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Бемітил (2-етилтіобензімідазолу гідробромід) – актопротекторний засіб, який проявляє також антигіпоксичну, регенеративну, ноотропну, антиоксидантну та імуномодулюючу дію. Наші попередні дослідження підтвердили здатність 2-етилтіобензімідазолу сукцинату підвищувати фізичну працездатність. На наступному етапі представляло інтерес дослідити вплив 2-етилтіобензімідазолу сукцинату на процеси пам'яті тварин, враховуючи спектр властивостей еталонного актопротектора.

**Мета:** вивчення впливу 2-етилтіобензімідазолу сукцинату на процеси пам'яті в порівнянні з 2-етилтіобензімідазолу гідробромідом.

**Матеріали та методи:** Для дослідження взято 2-етилтіобензімідазолу сукцинат та еталонний актопротектор 2-етилтіобензімідазолу гідробромід. Вивчення ноотропних властивостей здійснювали за допомогою умовної реакції пасивного уникання (УРПУ), що включає пасивне уникнення з негативним (больовим) підкріпленням (О.В. Стефанов, 2001). Реєстрували відсоток тварин, що не уникають світлої камери, латентний період виходу з темної камери при першому пред'явленні, латентний період входу в темну камеру через 24 години після навчання. Дослідження проведено на 21 білому нелінійному щуреві обох статей, розподілених на групи: 1-ша-контрольна, 2-га-щури, яким вводили 2-етилтіобензімідазолу сукцинат, 3-тя- щури, яким вводили еталонний актопротектор. Досліджувані речовини вводили внутрішньоочеревинно на 2й день досліду за 40-50 хв до початку експерименту в дозах, що становлять їх ЕД50 за попередніми дослідженнями.

**Результати** експерименту показали, що досліджувані речовини сприяли вірогідному збільшенню тривалості латентного періоду входу в темну камеру через 24 години після навчання, що може бути ознакою позитивного їх впливу на формування пам'ятного відбитку.

**Висновок:** 2-етилтіобензімідазолу сукцинат позитивно впливає на процеси пам'яті на моделі УРПУ на рівні з еталонним актопротектором, тому вивчення його ноотропних властивостей на різних моделях є перспективним напрямком для подальших досліджень.

Г. М. Войтенко, О. О. Хомич, Л. Л. Давтян, А. С. Воронкіна, І. В. Каханов

### **ВИЗНАЧЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ЛЗ У ФОРМІ СИРОПУ ПРИ ОДНОРАЗОВОМУ ЗАСТОСУВАННІ**

Кафедра промислової, клінічної фармації та клінічної фармакології

Кафедра фармацевтичної технології і біофармації

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,

м. Київ, Україна

**Актуальність.** Відповідно до сучасних вимог впровадження в клінічну практику оригінального або генеричного лікарського засобу (ЛЗ) передбачає доклінічні дослідження токсичності, що дозволяє прогнозувати потенційну та реальну небезпечність ЛЗ для організму в умовах одночасного введення і гарантувати безпечність подальших клінічних випробувань і широкого застосування.

Метою дослідження є вивчення гострої токсичності ЛЗ у формі сиропу, що містить глюкозаміну гідрохлорид та левокарнітин, при одноразовому застосуванні.

**Матеріали та методи.** При дослідженні гострої токсичності запропонованого ЛЗ тварини були поділені на 4 групи (по 10 щурів у кожній): першу групу склали інтактні щури; тваринам 2 – 4 груп (дослідних)

внутрішньошлунково вводили досліджуваний сироп у дозах 2000, 5000 та 10000 мг/кг маси тіла відповідно. Спостереження за щурами щодо реєстрації можливих симптомів інтоксикації проводили в динаміці безперервно протягом 24 годин з моменту першого введення досліджуваного ЛЗ, а потім протягом 13 днів 1 раз на добу.

**Результати.** Встановлено, що після введення досліджуваного ЛЗ у дозах 2000, 5000 та 10000 мг/кг будь-яких клінічних проявів, які вказують на порушення з боку центральної та вегетативної нервової системи, у порівнянні з інтактними щурами не виявлено. Спостереження за динамікою зміни величин маси тіла досліджуваних тварин (на 3, 7 та 14-й дні) показало, що вірогідної різниці змін даного показника між тваринами інтактною та досліджуваних груп не зареєстровано.

Моніторинг поведінкових реакцій тварин в умовах перорального введення ЛЗ показав, що протягом всього періоду спостереження загибелі тварин у кожній групі не спостерігалось.

**Висновок.** Встановлено, що за ступенем токсичності лікарський засіб у формі сиропу може бути віднесений до V класу токсичності «Практично нетоксичні речовини. Отже, проведені комплексні токсикометричні дослідження ЛЗ у формі сиропу свідчать про безпечність його застосування у теплокровних.

А. С. Воронкіна

## **ФІЗИКО-МЕХАНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНОЛОГІЇ ПЛІВОК НА ОСНОВІ ХІТОЗАНУ**

Кафедра фармації

Л. Л. Давтян (д.фарм.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Хітозан – біополімер, що отримують з панцирів ракоподібних. В організмі людини хітозан розщеплюється за допомогою лізоциму до D-глюкозаміну, що надає йому перевагу при використанні в якості носія для стоматологічних біодеградуючих лікарських плівок, адже лізоцим є одним з основних компонентів слини. Тим часом, технологія приготування плівок саме з використанням хітозану має досить багато особливостей.

**Метою** нашої роботи стало узагальнення та вивчення фізико-механічних та фізико-хімічних особливостей технології приготування плівок на хітозановій основі, а саме: розчинення, адгезії, міцності на розрив, сумісності з іншими полімерами та пакувальними матеріалом.

**Матеріали та методи.** Для виконання роботи був використаний низькомолекулярний хітозан, що відповідає вимогам специфікації Q/ZAX 02-2012, розчин молочної кислоти (80,11%, чда), субстанції альгілату натрію, натрію карбоксиметилцелюлози (КМЦ), КМЦ та агар-агару. Плівки виготовляли з використанням технології поливу на поверхню. Перевірку міцності на розрив здійснювали за допомогою розривного приладу. Мікроскопічні дослідження зразків здійснювались за допомогою мікроскопа XSP-44 при збільшенні в 400 разів.

**Результати.** Хітозан важкорозчинний у воді і для розчинення потребує додавання слабких кислот. Для отримання плівкоутворюючого розчину для стоматологічних лікарських плівок було обрано концентрацію 1% та молочну кислоту в якості регулятора кислотності. Для утворення гомогенного гелю найбільш раціональною виявилась технологія додавання розчину молочної кислоти краплями при перемішуванні до суспензії хітозану у воді.

При змішуванні гелю хітозану з гелями альгілату натрію, натрію КМЦ, КМЦ втрачались гомогенність та структура. Це пов'язане з несумісністю хітозану з аніонітами, а також важкою розчинністю використаних полімерів у кислому середовищі. Гомогенний гель хітозану було отримано при змішуванні з гелем агар-агару. Плівки на хітозановій та хітозан-агаровій основах показали кращі результати мікроскопічного дослідження порівняно до плівок хітозан-альгілат натрію. З решти сумішей полімерів плівки отримати не вдалось.

Плівки хітозану після висушування мають надмірну адгезію до скла та пластику і не знімаються з підложки. Вдалим рішенням виявилась заміна матеріалу підложки на силікон, що дозволила відділяти усі зразки без пошкоджень.

Плівки на основі хітозану мають значно вищу міцність на розрив при розтягненні в одній площині, порівняно до міцності при скручуванні. Додавання розчину агару до гелю збільшувало механічну міцність плівок.

Зберігання плівок на основі хітозану у алюмінієвій фользі викликало пошкодження пакувального матеріалу та адгезію часточок фольги до плівки. Зважаючи на це, пакувальний матеріал було замінено на пергаментний папір, що дозволяє зберігати зразки плівок протягом 24-36 місяців без зміни органолептичних властивостей.

**Висновки.** Дослідження плівок на основі хітозану виявило можливість раціоналізації технологічного процесу за допомогою зміни порядку введення інгредієнтів до розчину, додавання агар-агару, зміни матеріалу підложки та пакувального матеріалу.

Н.А. Гарбуз

## **ХАРЧОВІ ДОБАВКИ. БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ РЕЧОВИНИ.**

Кафедра фармацевтичної хімії

Е.М. Знаміровська (асистент)

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

**Актуальність:** збільшення кількості неякісних продуктів; вміння корегувати харчування за допомогою біологічно активних речовин.

**Мета:** ознайомити людей із впливом харчових домішок на організм людини. Застерегти людей від вживання їжі, багаті на Е-домішки.

**Матеріали та методи:** дослідження аптечного ринку біологічно активних речовин. Дослідження вмісту Е-домішок в харчових продуктах.

Харчові добавки — природні, ідентичні, природно або штучно синтезовані речовини, які додають у їжу, як інгредієнт з технологічних міркувань. Деякі домішки використовувались протягом століть, наприклад: для збереження їжі – оцет, сіль (соління продуктів і ін.).

Харчові добавки прийнято позначати символом «Е» та надавати йому відповідний номер. Е-добавки застосовують для того, щоб додати продуктам більш апетитний вигляд, смак і запах. Спочатку використовувалися природні харчові добавки, виготовлені з натуральних продуктів, наприклад рослинні приправи. З розвитком хімії стали виготовляти Е добавки. У ЄС продукти, що містять барвники, небезпечні для дітей і тому повинні відповідно маркуватися. В Україні ж у жодний спосіб не обмежено використання небезпечних барвників, зокрема, і у продуктах, які часто потрапляють до дитячих рук. Фальсифіковані вироби можуть виявитись справжньою отрутою Цифровий код створений для чіткої класифікації цих речовин. Ця система нумерації була розроблена Євросоюзом і включена в систему міжнародної класифікації.

Негативний вплив харчових добавок викликає алергію та сприяє виникненню злоякісних пухлин, порушень зору, появу висипу.

Біологічно-активні добавки (БАДи) - це новий клас продуктів для здоров'я. Вони містять природні або ідентичні до природних компоненти і займають проміжне місце між ліками і продуктами харчування. Вважається, що БАДи можуть бути корисними для профілактики різних захворювань, покращення працездатності та якості життя. Мета застосування біологічно-активних добавок полягає у корекції раціону харчування. Недостатня кількість цих корисних речовин знижує стійкість організму до різноманітних захворювань, людина швидше старіє. Тому БАДи можуть застосовувати навіть здорові люди.

З медичної точки зору, біологічно активні добавки не відносяться до обов'язкових компонентів харчування. Вони потрібні для повноцінної життєдіяльності організму.

**Результат:** Визначено БАДи, які користуються найбільшим попитом у відвідувачів аптечних мереж . Було досліджено вміст Е-домішок в харчових продуктах широкого вжитку.

**Висновки:** Харчові добавки представлені барвниками і стабілізаторами, консервантами і підсилювачами смаку продуктів харчування. Велика кількість харчових добавок розглядаються, як такі, що завдають шкоди здоров'ю людини. Вплив харчових добавок на організм людини повністю не встановлено.

Н. А. Гарбуз

## **ТЕРАТОГЕННІ ВЛАСТИВОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Кафедра фармації

І. К. Щерба (ас.)

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

**Актуальність:** Останнім часом виявлено збільшення частоти спадкових захворювань, природжених вад розвитку, злоякісних новоутворень. Внаслідок безконтрольного використання медикаментів під час вагітності у плода виникають різні аномалії. Тому сучасний лікар повинен знати механізми виникнення спадкової патології, вплив не тільки екологічних, біологічних, а й фармакологічних чинників на тератогенез для можливості своєчасного попередження.

**Мета:** оцінити вплив різних фармпрепаратів на розвиток плода.

**Матеріали:** Для дослідження були використані посібники з медичної біології, статті, наукові роботи.

**Методи:** описовий, порівняльний, аналіз отриманих фактів.

**Результати:** Терміном «тератогенез» (від лат. teranos – чудовисько, потворство; genesis – зародок) позначають механізм виникнення аномалій розвитку.

Кровоносні судини матері і плода тісно розташовані, утворюючи поліпроникну ліпідну мембрану - плацентарний бар'єр. Через нього проходить багато ЛЗ: барбітурати, транквілізатори, наркотичні анальгетики, анестетики, сульфаніламід, спирт, нікотин та інші, які мають молекулярну масу менше 1000 Да. Дія шкідливого засобу викликає порушення анатомічного розвитку, функцій плода. Здатність до виведення лікарських засобів обмежена через недорозвиненість видільної функції системи.

Тератогенну дію часто має не сам препарат, а метаболіт, який утворюється під дією ферментів печінки матері.

Під час вагітності не повинні використовуватись антибіотики тетрациклінового ряду, левоміцетин, стрептоміцин та інші аміноглікозиди. Тетрацикліни викликають у плоду затримку росту кісток, гіпоплазію зубів, жирову дистрофію печінки та звивистих каналців нирок. Негативний вплив левоміцетину виражається в розвитку у плоду лейкопенії, агранулоцитозу, гіпопластичної анемії. Використання сульфаніламідних препаратів може викликати білірубінову енцефалопатію, агранулоцитоз, вади нервової і серцево-судинної систем. Із антикоагулянтів вагітним можна використовувати тільки гепарин. Антикоагулянти непрямої дії (фенілін, пелентан) можуть викликати сідловидну деформацію носа, геморагічний синдром, зниження рівня протромбіну і загибель. Алкілюючі сполуки, такі як циклофосфамід, тіофосфамід міелосан, допан, викликають у плоду карликовість, мікроцефалію, вроджену катаракту, розщеплення твердого піднебіння, недорозвиток статевого залоз. Протигістамінні засоби, які в період вагітності жінки часто змушені приймати, димедрол, супрастин, діазолін в ранні періоди вагітності можуть викликати полідактилію, деформацію стоп, гіпоплазію легень, пороки серця. Гангліоблокуючі препарати викликають парез і непрохідність у плода.

**Висновки:** Перед тим як приймати будь-які лікарські засоби в період вагітності слід проконсультуватися з лікарем. Жоден лікарський засіб не можна вважати безпечним при застосуванні в I триместрі вагітності, їх можна призначати лише в тому випадку, коли користь від застосування перевищує можливий ризик. Не слід призначати нові і маловивчені лікарські засоби.

Годован Н.Л., Мельник Р.В., Пластун О.О.

### ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ ЗА УМОВ СИСТЕМНОГО ТА ЛОКАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ДОКСОРУБІЦИНУ

Кафедра фармакології

І.В. Таран (к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Рак сечового міхура (РСМ), являється досить розповсюдженим онкологічним захворюванням і складає близько 10% від загальної кількості пухлин. Протягом останніх років, захворюваність цією патологією невинно зростає так за даними зарубіжних джерел становить близько 5% всіх злоякісних новоутворень. Найефективнішою групою препаратів які здатні перешкоджати росту злоякісних пухлин сечового міхура є похідні антрациклінового ряду, серед яких доксорубіцин займає перше місце по частоті застосування. Однак, широке застосування даного препарату обмежене ризиком розвитку ускладнень з боку різних систем та органів, серед яких, вагоме місце займає саме враження серцево-судинної системи з розвитком серцевої недостатності.

**Мета:** Оцінити вплив доксорубіцину на міокард щурів за умов його системного та локального застосування.

**Матеріали та методи:** Досліди проведено на 56 статевозрілих щурах самцях масою 240-260 г, які утримувались в стандартних умовах віварію ВНМУ імені М.І. Пирогова з вільним доступом до води та їжі. Доксорубіцин вводили в дозі 5 мг/кг одноразово, кожні 7 діб внутрішньоочеревинно (I група) та в безпосередньо в сечовий міхур (II група). Для оцінки проявів кардіотоксичності визначали: рівень АсТ, КФК, ЛДГ I та рівень тропоніну I, а також проводили дослідження ЕКГ в стандартних відведеннях на 7, 14, 21, та 28, добу експерименту. Порівнювали швидкість розвитку та ступінь виразності антраглікозидної кардіотоксичності за умов локального та системного введення у щурів. Статистичну обробку матеріалу проводили стандартними методами біометрії.

**Результати:** Отримані нами дані показали, що доксорубіцин, викликає значні порушення роботи серця, про що свідчать зміни на ЕКГ: зменшення амплітуди зубця R, збільшення інтервалу RR а також подовження інтервалу PQ. Також нами було відмічене стрімке зростання концентрації АсТ, КФК, ЛДГ I, тропоніну I, та надалі, їх масштабність тільки збільшувалась аж до настання летальності. На противагу цьому, введення препарату безпосередньо в сечовий міхур, суттєво не впливало на вищезгадані показники.

**Висновки:** Проведені дослідження свідчать, що внутрішньоміхурове введення доксорубіцину є більш безпечним щодо серцево-судинної системи, і подальші доклінічні та клінічні випробування локального введення антраглікозидних препаратів дадуть змогу розробити нові підходи до хіміотерапії раку сечового міхура.

І. В. Деркач, М. В. Марченко

### ТЕЛМІСАРТАН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ: ВПЛИВ НА РОЗВИТОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ КАТАСТРОФ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

Л. А. Вознюк (к. мед. н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна



**Актуальність.** Артеріальна гіпертензія (АГ) - захворювання, яке викликає значне підвищення рівня серцево-судинного (ССР) ризику.

**Мета.** Порівняння стандартної терапії АГ (без БРА II) з терапією БРА телмісартаном з позиції впливу на ризик ССЗ.

**Матеріали та методи.** Протягом 3 місяців було проведено спостереження за 30 хворими на АГ віком від 40 до 80 років і наявністю хоча б 1 фактору ризику, включно із цукровим діабетом (ЦД) (крім ЦД I типу) та факторами, пов'язаними з ураженнями нирок, мозкових та/чи периферичних артерій. Пацієнти з креатиніном сироватки крові >2,0 мг/дл, СН III-IV ФК (NYHA), особи після інфаркту міокарду чи після коронарних втручань в дослідження не включались. Пацієнти були поділені у співвідношенні 1:1 на 2 групи: стандартна терапія з використанням БРА телмісартану та група стандартного лікування антигіпертензивними засобами без телмісартану. При I візиті та через 3 місяці оцінювали припинення лікування/вибуття із дослідження, розвиток СС ускладнень і небажані реакції.

Первинними кінцевими точками був час до розвитку комбінованого ССР, який складався з церебральних, коронарних, кардіальних подій, проявів з боку аорти/периферичних судин, ускладнень ЦД і погіршення функції нирок.

В аналізі ефективності та безпеки включали всіх пацієнтів, які на момент дослідження мали дані щодо безпеки на момент самого дослідження.

За допомогою моделі пропорційних ризиків розраховували відношення ризиків (ВР) для групи БРА в порівнянні з групою стандартної терапії і відповідні 95% довірчі інтервали (ДІ).

**Результати.** СС події, включно з церебральними, кардіальними, події, пов'язані з аортою чи периферичними артеріями, ускладнення ЦД і погіршення функції нирок рідше виникали в групі БРА, хоча було статистично незначиме. Частота небажаних реакцій була дещо вищою в групі БРА в порівнянні з групою стандартної терапії, однак ні в одній з груп не було зареєстровано серйозних побічних реакцій.

В.В. Дідковська, А.А. Шидлівська

### **XARELTO® (РИВАРОКСАБАН): ПЕРШИЙ ПОГОДЖЕНИЙ FDA ПЕРОРАЛЬНИЙ АНТИКОАГУЛЯНТ**

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

В.О. Столярчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Лише купування гострого стану або пароксизму аритмії у хворих кардіоваскулярного профілю не гарантує значного подовження їх життя. Грізні тромбоемболічні ускладнення можуть призвести до раптової смерті пацієнтів. При подіях середнього ступеню важкості погіршується прогноз щодо повного та швидкого відновлення працездатності. Одночасно страждає якість життя хворих. Виникненню тромбоемболічних ускладнень протидіє антикоагулянтна терапія. Однак препарати старого зразка (гепарин) потребували контролю згортальної здатності крові, а процес введення був неприємний для пацієнта. Ривароксабан – сучасний антикоагулянт для перорального застосування (необхідна кратність прийому – лише 1 р/добу), високоселективний прямий інгібітор фактору Ха. Його використання можливе в якості монотерапії, при цьому немає необхідності в моніторингу здатності крові згортатися. Така система профілактики ускладнень є набагато зручнішою для пацієнта.

**Мета:** Дослідити особливості застосування препарату Xarelto® на основі вивчення літературних даних.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз матеріалу з офіційного сайту компанії-виробника («Bayer Schering Pharma»), огляд та аналіз результатів досліджень, статей та міжнародних рекомендацій з використанням ресурсів PubMed та FDA.

**Результати:** Ривароксабан являється першим таблетованим антикоагулянтом. Xarelto® – єдиний, погоджений FDA засіб для зниження ризику розвитку інсульту та системних емболій у пацієнтів з миготливою аритмією неклапанного генезу. Він також рекомендований до використання в якості вторинної профілактики венозної тромбоемболії після ортопедичних операцій на нижніх кінцівках та при тривалій імобілізації. Було виявлено ефективність Ривароксабана в якості монотерапії при лікуванні гострої симптоматичної тромбоемболії легеневої артерії.

**Висновки:** Ефективність перорального використання препарату Xarelto® вища, ніж при застосуванні еноксапарину. Зручні схеми монотерапії та клінічні дослідження, що охопили більше 65 000 людей, дозволили Ривароксабану бути визнаним FDA, мати попит на ринках 75 країн світу та удостоїтися «Нагороди Галена» (2010р.)

А.Другакова, Т.Івко, Т.Германюк  
**ДИНАМІКА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ДИКЛОФЕНАКУ  
НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ**

Кафедра фармації  
Т.І.Івко (к.фарм.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Захворювання кістково-м'язової системи серед населення України мають широке розповсюдження: за даними Державної служби статистики України така захворюваність у 2016 році становила 1241000 випадків, тобто 4,5% усіх випадків хвороб. Згідно Протоколів лікування основною групою лікарських препаратів є нестероїдні протизапальні лікарські засоби, стандартом є диклофенак натрію.

**Мета дослідження** – наукове узагальнення результатів вивчення динаміки доступності диклофенаку у період 2017-2018 рр. Завдання дослідження: проаналізувати динаміку соціально-економічної доступності за коефіцієнтом ліквідності ціни  $Clq$ , коефіцієнтом адекватності платоспроможності населення  $Ca.s$  та показником доступності  $D$ .

**Матеріали та методи.** Матеріалом дослідження стали дані АТС/DDD-індексів Центру ВООЗ з методології статистичних досліджень лікарських засобів (ЛЗ), середньозважена вартість ЛЗ в Україні станом на січень 2017 р. та січень 2018 р. за даними щотижневика «Аптека». Методи дослідження: частотний аналіз, АТС/DDD-методологія, розрахунок коефіцієнтів соціально-економічної доступності: коефіцієнт ліквідності ціни ЛЗ  $Clq$ , коефіцієнт адекватності платоспроможності  $Ca.s$ , показник доступності  $D$ .

**Результати дослідження.** При проведенні дослідження було встановлено, що на фармацевтичному ринку присутні 6 ЛЗ з міжнародною непатентованою назвою (МНН) диклофенак. В результаті АТС/DDD-методології встановлено, що вартість середньої добової дози  $DDD$  для диклофенаку коливалась від 0,54 до 28,16 грн у 2017 р., від 0,55 до 29,23 грн. у 2018 р. У досліджуваній період спостерігалось зростання вартості середньої добової дози від 1,3 до 16,1 %. При аналізі ліквідності ціни  $Clq$  виявлено, що у 2018 р. він склав 52,15; це означає, що діапазон коливань вартості генериків склав 5215%. При дослідженні коефіцієнта  $Ca.s$  встановлено, що він склав 0,02 (при врахуванні мінімальної вартості генериків) та 1,44 (при врахуванні мінімальної вартості генериків); це означає, доступними є генерики за мінімальною вартістю. При вивченні динаміки показника доступності  $D$  встановлено, що темп росту заробітної плати був менший відносно темпу росту цін.

**Висновки.** Отримані результати вивчення показників соціально-економічної доступності диклофенаку для населення України  $Clq$ ,  $Ca.s$ ,  $D$  свідчать про зниження такої доступності у динаміці 2017-2018 рр.

М.М. Желізна  
**ФАРМАКОЛОГІЯ АНТИСМИСЛОВИХ ОЛІГОНУКЛЕОТИДІВ**

Кафедра фармакології  
Н.І. Волощук (д.мед.н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Створення антисмислових препаратів дозволяє розробляти ліки на основі малих молекул і білків, дія яких спрямована не на білки, а на РНК. Такі терапевтичні стратегії дозволяють розширити число і спектр мішеней для розробки нових методів лікування.

**Мета:** Проаналізувати механізм впливу антисмислових олігонуклеотидів на РНК-мішені, що дозволить створити препарати для лікування як моногенних, так і полігенних захворювань, а також їх фармакодинаміку, токсикологію та сферу застосування антисмислових олігонуклеотидів.

**Матеріали та методи:** Друковані та електронні інформаційні джерела вітчизняних та закордонних авторів з даного питання за останні п'ять років.

**Результати:** Антисмислові олігонуклеотиди (АСО) – це олігонуклеотиди, що зв'язуються з РНК за принципом комплементарності і, таким чином, змінюють її функцію декількома шляхами: руйнуючи РНК-мішені або ж змінюючи її функції.

За останні роки декілька АСО вийшли на світовий ринок та близько 30 препаратів демонструють високу успішність, проходячи клінічні випробування, як препарати терапії широкого спектра захворювань. Так, наприклад, міпомерсен (mirumersen) – перший препарат схвалений Управлінням з контролю за продуктами і ліками США в якості допоміжної терапії при гомозиготній сімейній гіперхолестеринемії. Він зменшує вміст мРНК аполіпопротеїну В, тим самим знижуючи в плазмі рівень ХС-ЛПНЩ.

На даний час триває оцінка ефективності АСО як препаратів для терапії деяких запальних захворювань, при цьому найбільшу успішність продемонстрували монгерсен і алікафорсена в лікуванні хвороби Крона. Кастірсен (custirsen) проходить III фазу клінічного випробування в лікуванні раку передміхурової залози та раку легень.

АСО продемонстрували високу ефективність при багатьох неврологічних захворювань. Наприклад, м'язова дистрофія Дюшенна – прогресуюче нервово-м'язову захворювання, пов'язане з мутацією в гені дистрофіну, який кодує білок, що є важливим компонентом м'язової тканини. АСО (дрісаперсен і етеплірсен) сприяють

пропуску специфічних екзонів дистрофіна, і, як наслідок, альтернативного сплайсингу і утворенню продукту дистрофіна з розширеною відкритою рамкою зчитування, результатом чого є часткове відновлення функції білка. Це дає можливість пацієнту здійснити 6 хвилин ходьби.

АСО не менш ефективні при лікуванні інфекційних заворювань. Для пригнічення реплікації вірусу можна використовувати різні антисмислового механізми, наприклад, зв'язування з вірусною мРНК для блокування трансляції білка або для деградації вірусної РНК. В даний час проходять клінічні випробування декілька АСО для терапії вірусного гепатиту С.

**Висновки:** Терапевтичні методи на основі антисмислових препаратів продовжують розвиватися, при цьому 2 препарати вже дозволені до застосування, а більше 30 препаратів знаходяться на пізніх етапах клінічних випробувань, демонструючи значні результати та можливості застосування в багатьох сферах медицини.

К.О. Камінська  
**ХРОНОФАРМАКОЛОГІЯ**

Кафедра фармації  
О.В. Паламарчук

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

**Актуальність:** Хронофармакологія - науковий напрямок, складова частина фармакології, а також хронобіології і хрономедицини, що вивчають коливальні процеси в організмі та їхній вплив на стан здоров'я. Становлення хронофармакології тісно пов'язано з розвитком комплексної міждисциплінарної науки біоритмології, що сформувалася в 1960 р. Предмет дослідження хронофармакології - залежність дії ЛП від чинника часу, стану біоритмічних процесів та оцінка впливу ліків на коливальні явища в живих системах. Ці відомості необхідні для оптимізації фармакотерапії. У сучасних умовах подальший прогрес фармакології неможливий без урахування чинника часу, оскільки будь-яке фармакологічне втручання перебудовує ті чи інші біологічні ритми, а самі вони обумовлюють мінливість фармакологічного ефекту. Ритмічні коливання, тобто циклічні зміни інтенсивності біологічних процесів, притаманні будь-яким формам життя на всіх його рівнях — від клітинного до організмowego.

**Мета:** Проаналізувати залежність прийому ЛП від часу доби для підвищення ефективності фармакотерапії та мінімізувати негативну дію ліків.

**Матеріали та методи:** Об'єктом дослідження були ОТС препарати, що застосовуються при застудних захворюваннях, на прикладі: нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), ЛЗ, які зменшують набряк слизової оболонки носа, протикашльові засоби. Такі як: «Пектолван плющ», «Назалонг», «Амілар ІС».

**Результати:** Здійснено дослідження на основі протизастудних ЛП, які найчастіше купують при виникненні симптомів застуди.

**Висновки:** Хронофармакологічний підхід дозволяє: зменшити добову і курсову дози, підвищити ефективність лікування та значно знизити побічні реакції.

К.О. Камінська  
**ВІРТУАЛЬНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ МОДЕЛЮВАННЯ ХІМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ТИТРУВАННЯ  
НАТРІЮ БЕНЗОАТУ**

Кафедра фармацевтичної хімії

Т.І. Ющенко (доцент, к.х.н), Л.В. Слободянюк, А.Є. Косарева  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** XXI століття – час переходу до високотехнологічного інформаційного суспільства, в якому якість людського потенціалу, рівень освіченості й культури всього населення набувають вирішального значення. Комп'ютери стрімко увійшли в різноманітні сфери повсякденної діяльності суспільства, тому широке запровадження комп'ютерної техніки у процесі навчання є важливим завданням для освіти. Використання інформаційно- комунікаційних технологій (ІКТ) в навчальній діяльності відкриває унікальні можливості активізації процесів пізнання, індивідуальної і колективної діяльності студентів, широкі перспективи у вивченні дисциплін. Комп'ютерні технології в навчанні можуть використовуватися не лише як засоби автоматизації навчання і контролю якості підготовки, але і як інструмент для реалізації нових дидактичних підходів, що актуалізують навчальну діяльність, розвивають корисні практичні навички студента. Уміння використовувати комп'ютер для вирішення професійних і учбових задач стає обов'язковим компонентом підготовки будь-якого фахівця. В сучасному світі перед системами освіти усіх рівнів стоїть задача підготовки спеціалістів до використання комп'ютерних технологій у майбутній професійній діяльності.

**Мета:** Мета роботи полягає у розробці та впровадженні комп'ютерних програм у навчальний процес дисципліни «Аналітична хімія».

**Матеріали:** Інтерактивна лабораторна робота «Титрування органічних основ та їх солей». Реактиви,

обладнання, титранти, індикатори, рівняння реакцій.

**Методи:** На основі використання ІКТ створення віртуальної лабораторії, у якій студентам буде надана можливість експериментально проводити титрування у неводному середовищі, наприкладі, натрію бензоату (Natrii benzoas).

**Результати:** Визначені практичні завдання, які слід вирішити для успішного виконання віртуального хімічного дослідження в умовах віртуальної лабораторії.

**Висновки:** Доцільним є поєднання в освітньому процесі використання як реальних, так і віртуальних лабораторій.

Д.О. Картавих, Я.В.Габорець

## СУЧАСНІ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ІНГІБУВАННЯ ПРОГРЕСІЇ ПУХЛИННИХ КЛІТИН ПРИ РАКУ ЯЄЧНИКІВ

Кафедра фармакології

О.М.Денисюк (к.мед.н.,доц)

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

**Актуальність:** Рак яєчників є одним із найбільш небезпечних злоякісних новоутворень, діагностику якого не можливо провести на ранніх етапах розвитку пухлини. Частота поширеності патології не має тенденції до згасання, поступаючись лідерством лише раку шийки матки. Цей факт є рушійним у вивченні патогенезу хвороби, пошуку методів ранньої діагностики, лікування та профілактики патології.

**Мета:** Висвітлити механізми розвитку резистентності пухлинних клітин до препаратів платини, проаналізувати аспекти сучасних фармакотерапевтичних методів лікування хвороби.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій за період 2012-2016 р. з ресурсу PubMed ,Google Scholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** Стабільно високі показники смертності від патології пов'язані з двома основними факторами: пізньою діагностикою і резистентністю до лікування.

Як і у більшості злоякісних пухлин, за раку яєчників стійкість до заснованого на платині лікування може бути первинною, чи надбаною. У своєму прагненні вижити ракові клітини користуються багатьма методами: від йонних помп плазмалеми, що викачують препарат з клітини, до активації генів, що включають альтернативні шляхи росту. Вибір методу лікування та відповідного препарату ускладнюється важкістю встановлення шляхів набуття резистентності, що активувалися в конкретній людині. На даний час розроблено багато експериментальних методів лікування, які можуть бути використані спільно з хіміотерапією препаратами платини. Зокрема інгібітори PARP, такі як лінпарза, що мають властивість пригнічувати репарацію онкогенної ДНК. Досить перспективним напрямком є застосування індукторів імунного захисту - протиракових вакцин, які забезпечують профілактику рецидиву хвороби. Успішним є також використання специфічних інгібіторів естрогену, зокрема тамоксифену, та введення бемацизувабу, який блокує ангиогенез, а отже і трофіку пухлини.

**Висновки:** Отже в роботі висвітлено результати сучасних досліджень механізмів набуття резистентності пухлин яєчників до платинової терапії, та продемонстровано нові перспективні засоби лікування, які в комплексі з терапією препаратами платини здатні зупинити пухлинну прогресію, та унеможливити рецидивування хвороби.

Ю. М. Коляда

## ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДІЇ ЛІКІВ У ДІТЕЙ

Кафедра фармакології

С.В.Біговщиць (ас.)

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

**Актуальність:** Анатомо-фізіологічні особливості дитячого організму впливають на фармакокінетику, фармакодинаміку і метаболізм лікарських препаратів. Кожен етап біотрансформації в дитячому віці має свої особливості, які лікар повинен брати до уваги при призначенні медикаментів.

**Мета:** Узагальнити літературні дані щодо особливості розподілу, метаболізму та виведення з організму препаратів різних груп у дітей.

**Матеріали та методи:** Вивчення матеріалів монографій, наукових статей та електронних джерел інформації.

**Результати:** Фармакокінетика у дітей може відрізнятися від дорослих з кількох причин: різноманітність у зв'язку з віком, статтю, складом тіла, функціональністю печінки та нирок та дозріванням ферментних систем. У дітей висока проникність гематоенцефалічного бар'єру для фармакологічних препаратів, внаслідок чого підвищується чутливість новонароджених до препаратів центральної дії (опіоїди, антигістамінні засоби). У дітей відбувається розвиток шлунково-кишкового тракту, збільшується секреція шлункового соку, змінюється активність ферментів, жовчних кислот та інших факторів, які впливають на всмоктування препаратів. Посилена перистальтика знижує здатність всмоктуватися пеніцилінів і сульфаніламідів. У дітей раннього віку активність

ферментів печінки, які беруть участь у біотрансформації лікарських речовин, низька, тому період напіврозпаду більшості препаратів вищий у 2-3 рази. Наприклад, теофілін виводиться з крові вкрай повільно, досягаючи рівня виведення у дорослих тільки через кілька місяців життя дитини. До 1-2 року життя цей показник починає навіть перевищувати дорослий, але до шкільного віку нормалізується. Тому для підтримки концентрації теофіліну в крові на терапевтичному рівні новонародженому потрібна дуже низька доза, а дітям від 4 місяців до 6 років – більш висока, ніж навіть для дорослих. У дітей до 1 року визначається підвищена проникність шкіри, через що препарат всмоктується через шкірні покриви і може призвести до виникнення системних ефектів, до інтоксикації і навіть отруєння. Це спостерігається при застосуванні саліцилатів, розчинів фенолу, борної кислоти, глюкокортикоїдів або інших медикаментозних засобів. Токсичність спостерігається при підшкірному введенні ліків, таких як лідокаїн та кортикостероїди протягом перших 8-12 місяців. Поглинання внутрішньом'язових лікарських засобів може затримуватися у новонароджених внаслідок зменшення кровотоку до скелетних м'язів. Прикладами препаратів, найбільш небезпечних в таких ситуаціях, є: серцеві глікозиди, антибіотики аміноглікозидного ряду і протисудомні засоби.

**Висновок:** Анатомічні, фізіологічні та біохімічні зміни, що відбуваються від народження, впливають на фармакокінетику та фармакодинаміку, а, отже, на біодоступність ліків. Для того, щоб фармакотерапія у дітей була безпечною, насамперед важливо враховувати вікові особливості дитини та надзвичайно важливою є наявність дитячих лікарських форм препаратів.

С.А. Конох

## УЧАСТЬ СИСТЕМИ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В ФІЗІОЛОГІЇ ТА ПАТОЛОГІЇ НИРОК

Кафедра фармакології

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

Н.І. Волошук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність** проблеми уражень нирок весь час зростає, оскільки ця патологія в світі охоплює від 10 до 16% дорослого населення. Останні роки все більше уваги набуває така сигнальна молекула як гідроген сульфід (H<sub>2</sub>S), яка утворюється в організмі в процесі метаболізму сірковмісних амінокислот. Серед його ефектів найбільш важливими є вазодилатуючий, нейромедіаторний, антиоксидантний, цитопротекторний, антиагрегантний, протизапальний та антиапоптотичний. Гідроген сульфід приймає участь в регуляції фізіологічних та патологічних процесів в різних органах, в т.ч. і фізіології та патології нирок.

**Мета роботи** – проаналізувати літературні дані щодо ролі гідроген сульфіду в фізіологічних процесах в нирках та патології видільних органів, а також з'ясувати вплив гідроген сульфіду на функціональні та біохімічні показники стану нирок щурів з експериментальною хронічною нирковою недостатністю (ХНН).

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на білих щурах-самцях лінії Вістар в умовах наукової лабораторії кафедри фармакології ВНМУ з дотриманням всіх необхідних біоетичних норм. ХНН моделювали шляхом односторонньої нефректомії з подальшою субтотальною резекцією контрлатеральної нирки. Дефіцит та надлишок H<sub>2</sub>S створювали 5-ти денним в/оч введенням пропаргілгліцину (PPG, 10 мг/кг) та натрію гідрогенсульфіду (NaHS, 3 мг/кг). Для оцінки функціонального стану нирок та активності системи H<sub>2</sub>S визначали рівень ензимурії, протеїнурії, показники азотистого балансу, швидкість клубочкової фільтрації після водного навантаження (5% маси тіла). В гомогенатах нирок визначали вміст H<sub>2</sub>S та активність цистатіонін-γ-ліази спектрофотометричним методом. Статистичну обробку проводили в програмі «STATISTICA 6.1»

**Результати.** В фізіологічних умовах H<sub>2</sub>S підвищує клубочкову фільтрацію та екскрецію Na<sup>+</sup> та K<sup>+</sup> шляхом інгібування білків-транспортів натрію в клітинах ниркових каналців, проявляє депримуєчий вплив на активність ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, підвищує експресію нейропротекторного білка Klotho. Гідроген сульфід виявив захисну дію при: ішемії-реперфузії нирок у щурів, нирковій гіпертензії, сепсисі ниркового походження, токсичних враженнях нирок цисплатином, адриаміцином, гентаміцином, НПЗЗ-індукованої нефротоксичності, пригнічує фіброз нирок при обструктивній нефропатії, діабетичній нефропатії, гіпергомоцистеїнічних ураженнях нирок.

Наші дослідження показали причетність системи H<sub>2</sub>S до стану видільних органів за хронічної ниркової недостатності. За умов ХНН, підвищення рівня гідроген сульфіду в нирках корелювало із покращенням функціонального стану каналцевого та клубочкового апарату нирок, а зниження його кількості – навпаки, погіршувало роботу видільних органів. За цих умов донатори гідроген сульфіду (NaHS) проявляли захисну дію, а інгібітори його синтезу (PPG) – погіршували показники роботи нирок.

**Висновок.** Отримані дані є важливим доказом необхідності подальших досліджень ролі гідроген сульфіду в патофізіології нирок, що створить передумови для більш ефективного лікування та профілактики ХНН шляхом цілеспрямованого впливу на систему H<sub>2</sub>S в нирках.

А.О. Косташ, В.Р. Мирончук

## ЕКСКУРС В ІСТОРІЮ ВІДКРИТТЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ДЕЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ

Кафедра фармакології

Н.І. Іванова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** При виборі теми нашої роботи ми керувались висловом Конфуція: «Якщо нові методи лікування є хорошим, це не означає, що старі – погані, оскільки якби наші шановані предки не оговталися від своїх недугів, то ми би з вами не з'явилися на світ». Вивчення історії зберігає свою доцільність. Історія фармакологічної галузі – не є винятком.

**Мета:** Привернути увагу студентства до питань відкриття лікарських засобів. Показати на конкретних історичних прикладах важливості раціональності фармакотерапії.

**Матеріали та методи:** Нами опрацьовано інтернет-ресурси, періодичні та літературні видання.

**Результати:** Людство постійно знаходилося в пошуку дієвих засобів, що допомагали б у боротьбі з хворобами. Спочатку використовувалися ліки природного походження: рослини та хімічні елементи. Потім з перших виділено активні компоненти – алкалоїди та інші сполуки, а згодом - синтезовано хімічні аналоги. Перші синтетичні ліки, не зважаючи на їх ефективність, були досить токсичними та часто призводили до серйозних побічних ефектів. Часто відкриття нових лікарських речовин було випадковим, та без цих випадковостей вже неможливо уявити різноманіття препаратів. Розглянуто 16 епізодів захворювання відомих людей різними хворобами та застосування лікарських препаратів при їх лікуванні, побічні ефекти цих речовин. Та виявлено такі цікаві факти. Хінна кора отримала свою назву завдяки імені графині де Чінчон, яка з її допомогою зцілилася від малярії. Парадоксально, але розчин для полоскання ротової порожнини «Лістерин» не містить винаходу Лістера - фенолу. Наперстянку використовували травниці для лікування «водянки», навіть не підозрюючи, що насправді «водянка» є нічим іншим, як проявом серцевої недостатності. Президент Кеннеді був одним із перших пацієнтів, що отримував замісну терапію при хворобі Аддісона. Окрім лікувального ефекту препарат перкортен протягом кількох років викликав стероїдний психоз та надважку імунодепресію. До винаходу нейролептиків шизофренію лікували інсуліношоковою терапією - штучно вводили пацієнтів у стан інсулінової коми. Вважалося, що це «відновлює нормальну функцію клітин». Винахід Домагка – сульфаніламід, який синтезовано зі звичайного червоного барвника прантозилю, врятував його доньку від стрептококового сепсису. Багато знаменитостей, зокрема Ф. Кало, М. Монро, Д. Хендрікс, М. Джексон поплавилися життям за невдалу комбінацію психотропних ліків та вживання їх разом з алкоголем.

**Висновки:** З роками виробництво медикаментів вдосконалюється, вони стають безпечнішими та вибірковішими. Але навіть стрімкий розвиток науки не відміння дотримання чіткого дозування та правильного комбінування ліків. Нехтування цими правилами та необізнаність лікаря часто закінчується погіршенням стану або навіть летальними випадками.

П.К. Мальований, Т.С. Смага

## РОЗРОБКА КОМП'ЮТЕРНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ОЦІНКИ ГАСТРОТОКСИЧНОСТІ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ

Кафедра фармакології

Н.І. Волощук (д. мед. н., проф.), І.В. Таран (ас., к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Серед побічних ефектів найбільш популярної в сучасній клінічній практиці групи лікарських препаратів - нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) - традиційно найважливішим є токсичний вплив даних препаратів на слизову оболонку травного тракту. На етапі доклінічних досліджень нових лікарських засобів цієї групи на експериментальних моделях (щури, миші) гастротоксичність оцінюється макроскопічно за кількістю і середньою площею дефектів слизової оболонки шлунка (ерозій, виразок та перфорацій). Очевидно, що така оцінка носить виключно суб'єктивний характер і може стати причиною похибок у визначенні ступеню гастротоксичності нових НПЗЗ, що впроваджуються на фармацевтичний ринок.

**Мета:** Розробити комп'ютерну програму для об'єктивної оцінки гастротоксичності НПЗЗ на етапі рандомізованих доклінічних досліджень на експериментальних моделях (щурах, мишах).

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз існуючих методів і засобів обчислення геометричних параметрів об'єктів і формування тривимірних зображень для визначення основних напрямків підвищення їх продуктивності. Розроблено теоретичні основи високопродуктивного рендерингу тривимірних зображень, що містять концепцію структурно-адаптивного зафарбування, методи визначення векторів і математичних параметрів, нові моделі відбивної здатності поверхні на основі дистрибутивних функцій та методи зафарбовування тривимірних зображень.

**Результати:** Для зручності і об'єктивності оцінки гастротоксичної дії НПЗЗ під час проведення рандомізованих доклінічних досліджень на експериментальних моделях (щурах, мишах) сумісно з програмістами Вінницького

національного технічного університету була створена комп'ютерна програма, призначена для обчислення основних розмірів об'єктів і 3D-моделювання, яка дозволяє визначати площу, глибину, об'єм дефекту слизової оболонки шлунка, а також моделювати конфігурацію ураженої ділянки. За наявності множинних дрібних уражень комп'ютерна програма дозволяє підрахувати абсолютну кількість ерозій або виразок і їх відсоткове співвідношення на одиницю площі слизової оболонки шлунка. Крім того, створена можливість порівняльного аналізу параметрів дефектів слизової оболонки шлунка в декількох досліджуваних об'єктах, тобто можна порівнювати ступінь гастротоксичності при введенні різних препаратів або різних доз одного препарату. Важливою перевагою розробленої комп'ютерної програми є те, що для її роботи необхідне лише фото слизової оболонки шлунка із розміщеною поряд лінійкою для задання масштабу.

**Висновки:** Технічні можливості розробленої комп'ютерної програми значно економлять час і зусилля науковців, необхідні для оцінки гастротоксичного ефекту досліджуваних препаратів із групи НПЗЗ, а також значно підвищують рівень достовірності й об'єктивності отриманих результатів.

О.М. Ніколова

### **ЕПІМЕРИ ВІТАМІНУ D, ЯК КЛІНІЧНО ЗНАЧИМІ ФОРМИ**

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

О.О. Яковлева (доктор мед. наук, професор).

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вітамін D та його активні метаболіти виконують ряд важливих функцій в організмі: вплив на імунну систему, регуляцію секреції інсуліну та захист від серцево-судинних захворювань та ін.

**Мета:** проаналізувати літературні дані щодо впливу епімерів вітаміну D на загальну його концентрацію.

**Матеріали та методи:** проаналізовано дані літературних джерел за останні 10 років.

У значній частці немовлят 25-ОНD може існувати як C3-епімер. Частка 3-ері-25-ОНD може досягати 60% від загального рівня його концентрації. Тенденції: чим молодша дитина, тим вищий рівень епімерних форм вітаміну D. C3-епімер з 25-ОНD лише структурно відрізняється просторовою орієнтацією гідроксильної групи в положенні C3 його хімічної структури. Активний метаболіт 3-ері-1,25-(ОН)<sub>2</sub>-вітамін D<sub>3</sub>/D<sub>2</sub> також має відмінності в біологічній діяльності: епімерні форми викликають пригнічення секреції парашитовидного гормону, однак, викликані кальцієм ефекти щодо метаболізму кісток значно знижуються. Джерело епімеру у людей залишається невідомим. Кишкові бактерії можуть бути джерелами C-3 епімерів. Сінгх та ін. виявили, що біфідобактерії в грудному молоці можуть синтезувати епімер C-3; епімер зменшується в перший рік життя і після цього його концентрації більше не були виявлені. Дослідження проводилося у 183 новонароджених (<1 року, 116 хлопчиків, 67 дівчаток) та C-3 епімерів було виявлено у 39 суб'єктів. Спостерігається зниження концентрації епімерів після 12-місячного віку і постійне зниження протягом дитячого віку. Концентрації C-3 епімерів має зворотній зв'язок між концентрацією епімеру C-3 і віком. Також виявлено зв'язок між віком та внеском у загальну кількість епімерів у % C-3 25(ОН)D. Найбільш вірогідним джерелом є ендogenous обмін речовин, оскільки шури, що отримували високі дози 25(ОН)D<sub>3</sub>, легко продукують епімер. Епімер C-3 генерується у дозі-реакції з підвищенням дозування холекальциферолу у новонароджених. Всі основні вітамін D-метаболіти можуть пройти епімерцію. Reddy et al. запропонували, що гідроксистероїди жовчних кислот відповідають за метаболізм 25(ОН)D у його епімерну форму, оскільки епімеризація є поширеною формою метаболізму жовчних кислот. Камао та ін. показали, що 3-ері-1 $\alpha$ , 25(ОН)D<sub>3</sub> має найбільшу біологічну активність з усіх трьох епімерів і здатний синтезувати антитіла до розповсюдження/диференціації.

**Висновки:** Виявлення C-3-епімерів 25(ОН)D у немовлят, дітей та дорослих створило протиріччя про його клінічну значимість і не ясно, чи є визначення рівня епімерів необхідним для рівня оптимального вітаміну D.

**Висновки.** Попередні отримані результати дослідження дають можливість зробити висновок про те, що антигіпертензивна терапія з включенням в схему лікування БРА телмісартану дає можливість підтвердити кореляційні зв'язки з ризиком ниркових, серцевих, судинних та інших ускладнень АГ.

Д.О. Орлова, М.А. Карбівнича

### **ПРЕПАРАТИ ЦИТОКІНОВОЇ ТА АНТИЦИТОКІНОВОЇ ТЕРАПІЇ**

Кафедра фармакології

О.М. Денисюк (к.мед.н., доцент кафедри фармакології)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** На сьогоднішній доведено, що в розвитку патологічних процесів та їх корекції велике значення відіграють цитокіни, які є трансмітерами міжклітинної взаємодії імунної та інших систем. Впровадження генно-інженерних технологій дозволило отримати рекомбінантні аналоги багатьох природних цитокінів та їх антагоністів. Так, за даними літератури, більше 20 препаратів вже рекомендовано до медичного застосування та

близько 100 проходять клінічні випробування.

**Мета:** Охарактеризувати терапевтичні можливості препаратів цитокінів та антицитокінових лікарських засобів.

**Матеріали і методи:** публікації в українських та закордонних фахових виданнях, присвячені зазначеній проблемі

**Результати:** На сьогоднішній день в практичній медицині використовують наступні аналоги цитокінів: ейкінферон, реаферон, віферон, роферон, велферон (інтерферон- $\alpha$ ); бетаферон (інтерферон- $\beta$ ); імунонрон (інтерферон- $\gamma$ ); граноцит, нейпоген, лейкомакс (колонієстимулюючі фактори), даклізумаб, адалімумаб (моноклональні антитіла); беталейкін, окта-лейкін, ронколейкін, пролейкін (інтерлейкіни); рефнолін (фактор некрозу пухлин  $\alpha$ ) та ін.

Фармакотерапія цитокінами має наступні напрямки до застосування:

- посилення дії ендогенних цитокінів для стимуляції гемопоезу та постінфекційного захисту;
- корекція алергії та аутоімунних процесів;
- замісна терапія (еритропоетин при нирковій недостатності для корекції анемії);
- генотерапія імунодефіцитів - введення нормальної копії дефектного гена в стовбурові кістково-мозкові клітини запобігає розвитку імунодефіциту;
- лікування пухлин: а) посилення протипухлинного імунітету введенням цитокінів та шляхом генерації дендритних клітин, отриманих у онкохворих, для експресії пухлинних антигенів; б) посилення імуногенності пухлин введенням генів цитокінів у пухлинні клітини для підвищення запальної реакції в ділянці пухлини та її імунного відриву.

Показами до їх застосування є: злоякісні новоутворення, гіпо- та аплазія кровотворення, імунопатологія, інфекційні захворювання (сепсис, остеомієліт, важкі піодермії, туберкульоз, гепатит, ВІЛ), трофічні виразки, рани, що погано загоюються, та ін.

Дія антицитокінових препаратів спрямована на видалення або блокування цитокінів. Наприклад, засоби, активні щодо фактору некрозу пухлин- $\alpha$  (інфліксимаб, етанерцепт, адалімумаб) та інтерлейкіну-1 (анакінра, рілонасепт, АРІЛ-1) використовують при ревматоїдному артриті, бронхіальній астмі, псоріазі, міастенії гравіс та ін.

**Висновок:** Завдяки широкому спектру фармакологічної активності, цілеспрямованості та вибіркової дії ці препарати перспективні для терапії різних захворювань та дозволять в деяких випадках перевести симптоматичну терапію в патогенетичну.

Н.С. Павленко

## ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НПЗП ЗА НАЯВНОСТІ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО ТА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОГО РИЗИКІВ У ПАЦІЄНТІВ РЕВМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОКЛ ІМ. М.І.ПИРОГОВА

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

Р.П. Барало (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) у ревматологічній практиці пояснюється їх значним анальгезуючим і протизапальним ефектом. Однак, приблизно у 25% осіб, які постійно приймають НПЗП розвиваються пептичні виразки. У тактиці ведення хворих, у яких діагностуються гастродуоденальні ускладнення або є фактори ризику НПЗП-гастропатій, виділяють два підходи: оптимізація застосування НПЗП та противиразкова терапія, спрямована на профілактику чи лікування НПЗП-гастропатій.

**Мета:** Дослідити особливості вибору НПЗП для пацієнтів з урахуванням гастроінтестинального та кардіоваскулярного ризиків та підходи до профілактики НПЗП-гастропатій.

**Матеріали і методи:** Було опитано 32 пацієнта, які отримували НПЗП в парентеральних формах та проаналізовано їх історії хвороб. Серед них - 21 жінка і 11 чоловіків. 18 хворих були у віці старше 50 років – 14 жінок і 4 чоловіки. Серед них з ревматоїдним артритом (РА) –16, остеоартрозом (ОА)–8, реактивним артритом (РеА)–5, анкілозуючим спондилоартритом (АС) – 3. Аналізували фактори ризику гастротоксичності та кардіотоксичності, особливості призначення НПЗП та противиразкової терапії .

**Результати:** Відповідно до рекомендацій Американської ревматологічної асоціації, при високому ризику (2 і більше факторів ризику) необхідно призначати замість класичних селективні ЦОГ2 інгібітори у комбінації з інгібіторами протонної помпи (ІПП). Серед факторів ризику гастротоксичності у пацієнтів було виявлено наступні: вік старше 50 років у 56,25%, жіноча стать у 65,62%, обтяжений анамнез по ШКТ-захворюваннях – у 18,75%, одночасний прийом глюкокортикоїдів – у 28,13%, наявність діагнозу РА – у 50,0%, застосування НПЗП з коротким періодом напіввиведення – у 31,25%, супутня артеріальна гіпертензія – у 21,88% і ІХС– у 15,63%. В усіх хворих було виявлено не менше 2 ризик-факторів гастротоксичності. Отже, усі пацієнти підлягали призначенню селективних НПЗП. Серед НПЗП пацієнти отримували селективні ЦОГ2 інгібітори: німесулід – 3,13%, мелоксикам – 62,5%; неселективні НПЗП: ациклофенак – 3,13%, диклофенак – 31,25% випадків. У 16 пацієнтів були скарги на відчуття печії, дискомфорту та ниючого болю в епігастрії під час прийому НПЗП,



серед них пацієнтів з РА – 50%, ОА – 31,25%, РеА – 18,75%. Це були особи переважно жіночої статі – 87,5%, з обтяженим анамнезом – 37,5%, у віці старше 50 років – 62,5%, що супутньо отримували глюкокортикоїди – 37,5%, та мали супутню кардіопатологію (гіпертонічну хворобу та ІХС) – 37,5%, отримували диклофенак натрію – 43,75% хворих. У 7 пацієнтів із них на ФГДС виявлені ознаки запалення слизової шлунку та 12-ї кишки. Із 7 пацієнтів лише 5 отримували ІПП в лікувальних дозах. Серед ІПП для профілактики і лікування НПЗП-гастропатій використовували рабепразол, пантопразол, езомепразол та омепразол в рекомендованих дозах, вранці.

**Висновок:** Необхідно дотримуватись рекомендацій при виборі НПЗП, враховуючи наявні фактори ризику НПЗП-гастропатії і кардіотоксичності препаратів даної групи. При виборі ІПП для профілактики НПЗП-гастропатій краще застосовувати дані ліки на ніч з метою запобігання нічного прориву кислотності, що викликають ці препарати.

**Н.В. Півень, Л.С. Мельник, К.Л. Васютинська**  
**ДОСЛІДЖЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ СУСПЕНЗІЙ**

Кафедра фармації

О.А. Слюсар (старший викладач)

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

**Актуальність:** Одним із найважливіших показників якості лікарських засобів (ЛЗ) є стабільність, яка забезпечує збереження їх терапевтичних властивостей протягом терміну зберігання. Нормативна база по дослідженню стабільності екстемпоральних лікарських засобів (ЕЛЗ) в нашій країні представлена Державною Фармакопеею України (ДФУ), Наказами МОЗ України (№ 812, № 398, № 197, № 44), а також Настановою з якості 42-3.3:2004. «Лікарські засоби. Випробовування стабільності». В нормативній базі інших країн також велика увага приділяється дослідженню стабільності. Одним із вичерпних прикладів щодо нормування вивчення стабільності та встановлення терміну придатності для ЕЛЗ є Фармакопея США. В статті 1191 “Stability Considerations in Dispensing Practice” Фармакопеї США для аптечних працівників виділяється 5 видів стабільності ЕЛЗ: хімічна, фізична, мікробіологічна, терапевтична, токсикологічна. У зв'язку з цим вивчення питань стабільності ЕЛЗ є важливим технологічним завданням.

**Мета:** вивчити питання стабільності екстемпоральних суспензій.

**Матеріали та методи:** вивчення літератури та нормативної бази України щодо вимог виготовлення та контролю якості екстемпоральних суспензій для лікування дерматологічних захворювань, органолептичних та хімічних (якісний та кількісний) методів фармацевтичного аналізу, мікробіологічної чистоти нестерильних ЛЗ.

**Результати:** Підготовку та дослідження зразків здійснювали на кафедрі фармації. Лікарські засоби та матеріали, які використовували під час проведення дослідження, за показниками якості відповідали вимогам нормативної документації та сертифікатам відповідності фірм-виробників і дозволені до медичного застосування на території України. Якість всіх виготовлених форм оцінювали відразу після виготовлення, а також через 3, 10 та 15 діб зберігання за наступними показниками: опис, якісний аналіз, кількісний вміст діючих речовин, мікробіологічна чистота.

Відповідно до Наказу МОЗ України від 17 жовтня 2012 р. № 812 хімічний контроль проводили за фармакопейними методами. При виборі методик дослідження перш за все враховували методи ідентифікації та кількісного вмісту обраних компонентів, які пропонує ДФУ. Нами були обрані найбільш специфічні, не трудомісткі, з легкодоступними реактивами методики, які можуть бути використані для аналізу ЕЛЗ: якісний аналіз – за допомогою кольорових реакцій підтверджено наявність компонентів в екстемпоральних суспензіях; для кількісного визначення компонентів в досліджуваних прописах також були підібрані методики і встановлено, що в суспензіях всі значення кількісного вмісту компонентів прописів відповідали вимогам, відхилення вкладалися в норму допустимих відхилень; при вивченні мікробної чистоти дослідних зразків суспензій використовували методику ДФУ для препаратів місцевого застосування – у всіх дослідних зразках суспензій при різних термінах зберігання не виявлено наявності бактерій сімейства Enterobacteriaceae, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa. Визначено, що загальна кількість бактерій та грибів в 1 мл дослідних суспензій не перевищує 10 колонійутворюючих одиниць (КУО) при різних термінах зберігання. В процесі зберігання було встановлено, що зовнішній вигляд досліджуваних зразків суспензій істотно не змінився.

**Висновки:** Здійснено аналіз літературних джерел та нормативної документації стосовно ЕЛЗ, яка присвячена виготовленню та методам аналізу компонентів обраних ЕЛЗ, термінів придатності ЛЗ, стабільності. Підвищення стійкості ЛЗ досягається за рахунок більш строгих вимог до діючих та допоміжних речовин, покращення технологічних процесів, додавання стабілізаторів, тощо. Таким чином, вивчення стабільності ЕЛЗ є необхідною умовою для збереження фізико-хімічної і фармакологічної стійкості ЛЗ.

І.Г. Савчук, Ю.О. Гжебінська  
**АНАЛІЗ ЯКОСТІ ФІТОПРЕПАРАТІВ ІЗ ВМІСТОМ ЕКСТРАКТУ ПЛОДІВ ПАЛЬМИ САБАЛЬ**

Кафедра фармацевтичної хімії  
О.В. Зарічанська (к. фарм. н., доц.), Н.С. Недорезанюк (ас.), Ф.Є. Дьякова (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця Україна

**Актуальність:** На фармацевтичному ринку України представлені синтетичні та фітопрепарати, що використовуються для профілактики прогресування та лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Більшу частину асортименту таких препаратів становлять фітозасоби – лікарські засоби (ЛЗ) та спеціальні харчові продукти (СХП), виготовлені на основі лікарської рослинної сировини (ЛРС), що містить фітостероли. Ефективність і безпечність даних препаратів ґрунтується на якості вихідної сировини, тому до II видання Державної Фармакопеї України включені статті на два види ЛРС, що є джерелами одержання екстрактів із зазначеною активністю – плоди пальми Сабаль та кору сливи африканської. Збільшення частки СХП на фармацевтичному ринку спонукає до пошуку шляхів посилення контролю якості даної категорії продукції аптечного асортименту, а також тих СХП, що реалізуються через окремі дистриб'юторські канали.

**Мета:** Метою дослідження було вивчити параметри та провести скринінг якості препаратів із вмістом екстракту плодів пальми Сабаль двох категорій продукції – ЛЗ та СХП.

**Матеріали та методи:** Для дослідження відібрали чотири зразки капсул м'яких із вмістом екстракту плодів пальми Сабаль: з них – два ЛЗ, зареєстровані ДЕЦ МОЗ України в установленому порядку, та два препарати, що реалізуються як СХП. Якісний склад біологічно активних речовин (БАР) у зразках визначено хімічними методами та методом тонкошарової хроматографії; кількісний вміст суми ліпофільних фітостеролів визначали методом газової хроматографії. Оскільки на СХП відсутні специфікації, згідно з якими їх стандартизують, ці зразки досліджували за методиками, затвердженими для ЛЗ рослинного походження з подібним складом. Кількісні показники співставляли із значеннями, вказаними у ДФУ (II видання) у статті «Пальми Сабаль плоди», з урахуванням зазначених у специфікаціях та інструкції до медичного застосування співвідношень «сировина – екстракт».

**Результати:** За встановленими показниками якості (якісний склад та кількісний вміст БАР, опис, кислотне та пероксидне число, середня маса капсули, однорідність маси вмісту капсули, розпадання, залишкові кількості органічних розчинників – ацетону та етанолу) усі досліджувані зразки препаратів відповідали вимогам, затвердженим у специфікації на ЛЗ. Позитивним виявився той факт, що і спеціальні харчові продукти, які аналізували, мали належну якість.

**Висновки:** На основі отриманих результатів можна зробити висновок про задовільну якість усіх досліджуваних об'єктів – як ЛЗ, так і СХП. Вважаємо доцільним впровадити в практику дослідження СХП обов'язкове визначення якісних та кількісних показників відповідності за складом та вмістом основних біологічно активних речовин.

А. А. Сотник  
**ВІТАМІН D3 В ЯКОСТІ РЕПАРАНТА ПРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНІЙ ПАТОЛОГІЇ**

Кафедра фармакології  
О. В. Грималовська (асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Серцево-судинні захворювання займають перше місце по частоті і смертності у всьому світі. Традиційно вважають, що головна роль вітаміну D3 полягає у формуванні кісткової тканини. Проте в останні роки з'являється все більше фактів, які свідчать, що у багатьох пацієнтів з серцевими нападами спостерігався дефіцит вітаміну D3. Тобто, даний стан розцінений як фактор ризику цієї патології, що дало змогу вважати вітамін D3 важливим регуляторним компонентом серцево-судинної системи. В механізмах його позитивного кардіоваскулярного ефекту лежить здатність стимулювати синтез нітроген монооксиду (NO), який є основною сигнальною молекулою, що регулює кровотік та запобігає тромбоутворенню. Крім того, вітамін D3 значно знижує рівень оксидативного стресу в серцево-судинній системі, тобто має властивості антиоксиданта.

**Мета:** аналіз дослідження впливу вітаміну D3 на розвиток і профілактику кардіоваскулярної патології.

**Матеріали і методи:** збір та аналіз літературних джерел та інтернет ресурсів.

**Результати:** дослідження з використанням культури клітин ендотелію венозних судин показали, що вітамін D3 відновлює вміст ендотеліальної синтази NO і покращує функцію ендотелію, збільшуючи кількість цитопротектора NO і зменшуючи рівень цитотоксичної молекули пероксинітриру (ONOO-). Також вітамін зменшував надмірне утворення ендотеліальної синтази NO, індукційної синтази NO та НАДФН оксидази, тобто суттєво зменшував прояви оксидативного та нітрозативного стресу. Цей ефект вітаміну D3 може бути корисним в лікуванні артеріальної гіпертензії та інших серцево-судинних захворювань, включаючи серцеву недостатність, інфаркт міокарда, васкулопатії та інші судинні ускладнення цукрового діабету.

**Висновки:** Дефіцит вітаміну D3 є фактором ризику серцево-судинної патології. Включення вітаміну D3 до

комплексної медикаментозної терапії цих захворювань може бути ефективним підходом до профілактики серцево-судинних захворювань, враховуючи його доступність та безпечність.

Стецун О. О.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ВПЛИВУ ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

Т. М. Маслоїд (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Артеріальна гіпертензія за даними офіційної статистики МОЗ станом на 1 січня 2011 р. зареєстрована у 32,2% дорослого населення, і її поширеність дедалі зростає. АГ характеризується стійким підвищенням артеріального тиску, що виникає внаслідок порушення механізмів регуляції судинного тонуусу у генетично схильних осіб при негативному впливі навколишнього середовища. За результатами досліджень АГ підвищує ризик загальної смертності в 4,5 рази серед чоловіків та в 2 рази у жінок. Бета-адреноблокатори виявляють гіпотензивну дію за рахунок зменшення серцевого викиду, седативного ефекту і зменшення вироблення реніну, а також володіють антиангінальною дією. Оцінка якості життя важлива для визначення ефективності лікування та стану пацієнта, що у глобальних масштабах визначає благополуччя популяції.

**Мета:** Оцінити якість життя хворих з артеріальною гіпертензією, що лікувались бета-адреноблокаторами.

**Матеріали і методи:** було обстежено 28 пацієнтів з гіпертонічною хворобою 2 ст. хірургічного та терапевтичного відділень МКЛ №2. Середній вік хворих складав  $55,3 \pm 19,13$  р. Фармакотерапія проводилася бета-адреноблокаторами, а саме бісопрололом у дозі 10 мг/добу. Для оцінки якості життя застосовувався опитувальник SF-36, який складається з 36 питань, що згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, біль, загальний стан здоров'я, життєва активність, соціальне функціонування, емоційний стан та психічне здоров'я. Пацієнту пропонувалось обрати відповідь, яка найчіткіше описувала його стан за останні 4 тижні. Числові еквіваленти кожної точки підраховуються відповідно до формул та характеризують кожну з шкал. Максимальне значення кожної шкали дорівнює 100. Чим вище показник, тим краща якість життя відповідного параметру.

**Результати:** Оцінка якості життя пацієнтів в період загострення АГ або супутнього захворювання вказує на значне погіршення фізичної та психологічної складової здоров'я, які помірно покращуються під впливом проведеної терапії на 13,8%. Хворі відмічають покращення настрою та менше скаржаться на відчутне підвищення артеріального тиску. Завдяки повторному опитуванню через місяць, можемо стверджувати, що показник фізичного компоненту зріс на 11,73%, а психологічного на 27,62%.

**Висновки:** Ми спостерігали позитивну динаміку у стані хворих на фоні лікування бісопрололом, що відобразилось в покращенні результатів повторного опитування.

Т.І. Трофімчук, О.М. Казмірчук

## ФАРМАКОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

І.О. Дорошкевич (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Згідно з останніми даними, які були представлені Міжнародною федерацією діабету, 8,5% населення у світі хворіють на цукровий діабет 2 типу (ЦД2). При цьому в розвитку ЦД2 ключова роль відводиться взаємодії факторів навколишнього середовища і генетично успадкованих компонентів. Існує проблема варіабельності фармакологічної відповіді на призначену терапію, яка зумовлена успадкуванням SNP генів білків, відповідальних за фармакокінетику і фармакодинаміку ліків та їх ефективність у конкретного пацієнта.

**Мета:** дослідити сучасні досягнення у вивченні питань фармакогенетики ЦД 2 типу та їх клінічне застосування.

**Матеріали і методи:** огляд і синтез сучасних публікацій з обраної тематики за останні 10 років.

**Результати:** Під час фармакогенетичних досліджень було продемонстровано зниження ефективності пероральних цукрознижуючих препаратів у носіїв алелів ризику генів, залучених в процес фармакокінетики і фармакогенетики лікарських засобів.

Так, при аналізі даних генетичного тестування пацієнтів, які приймали препарати сульфонілсечовини (ПСС), було встановлено, що 6% пацієнтів обстеженої групи продемонстрували більш виражене зниження рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) порівняно з гомозиготами. Генетичний внесок у відповідь на прийом ПСС виявлено при оцінці поліморфізму генів, включених в процес секреції інсуліну - гена ABCC8, що кодує субстрат рецептора сульфонілсечовини SUR1, і гена KCNJ11, що кодує субодиницю KIR6.2. При цьому у носіїв

алелі ризику гена TCF7L2 відзначається менш виражена відповідь на прийом ПСС, в той час як алелі ризику розвитку ЦД2 генів ABCC8 / KCNJ11 асоціюються з більш сильною відповіддю.

Фармакокінетичні дослідження метформіну виявили, що носійство алеля А порівняно з носійством алеля G, некодованого SNP rs622342 гена SLT22A1, асоціюється з менш вираженим зниженням (на 0,3%) рівня HbA1c при його прийомі.

Ефективність дії глітазонів генетично опосередкована поліморфізмом гену PPAR. Носійство алеля CYP2C8\*3 асоціюється з нижчим рівнем глітазону в плазмі крові, внаслідок чого відзначається слабший терапевтичний ефект.

**Висновки:** За даними сучасних наукових джерел встановлено, що фармакогенетичне обстеження хворих на ЦД2 ще до початку лікування дозволяє виділити групу осіб, які потенційно відповідатимуть і не відповідатимуть на терапію. Таким чином, вивчення питань фармакогенетики ЦД2 дозволяє призначати індивідуалізовані схеми лікування, які будуть більш ефективними, сприятимуть кращим результатам лікування та дадуть можливість обмежити грізні ускладнення даної патології.

М.В. Черноконь

### ДИСЛІПОПРОТЕІНЕМІЯ: ВІДОМІ ПРЕПАРАТИ ТА НОВІ МОЖЛИВОСТІ

Кафедра фармакології

О.М. Денисюк (к.мед.н., доц)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Пошук фармакотерапії дисліпопротеїнемій є актуальною проблемою сучасної фармакології, що зумовлено поширеністю захворювань, у патогенезі яких провідну роль відіграє атеросклеротичне ураження. Фармакологічна корекція ліпідного обміну спрямована на зниження рівня холестерину (ХС) ЛПНЩ, тригліцеридів (ТГ), аполіпопротеїнів В (апо В) та підвищення рівня ХС ЛПВЩ в крові.

**Мета:** охарактеризувати відомі та нові лікарські засоби, які використовують в лікуванні дисліпопротеїнемій.

**Матеріали і методи:** публікації з даної тематики у вітчизняній та зарубіжній фаховій літературі.

**Результати:** Нормалізація ліпідного обміну досягається впливом на різні ланки патогенезу дисліпопротеїнемій. Так, зменшення вмісту ХС в гепатоцитах призводить до компенсаторного збільшення експресії рецепторів ЛПНЩ і посилення поглинання клітинами ХС ЛПНЩ з плазми. В цьому напрямку діють статини (ловастатин, правастатин, флувастатин), які обмежують синтез ХС, пригнічуючи ензим ГМГ-КоА редуктазу; секвестранти жовчних кислот (холестирамін, коlestипол, колесевелам), які зв'язують їх в кишечнику і порушують ентерогепатичну циркуляцію, та нова група - інгібітори абсорбції ХС (езетиміб), які блокують білок-транспортёр NPC1L1, і внаслідок цього селективно пригнічують інтестинальну абсорбцію ХС. Збільшують кількість рецепторів ЛПНЩ і інгібітори PCSK9 (алірокумаб, еволокумаб) через блокування пропротеїнової конвертази субтилізин-кексинового типу 9, яка посилює їх розщеплення в лізосомах.

Ще одним напрямком корекції є вплив на рівень ТГ. Похідні фіброєвої кислоти (фенофібрат, клофібрат, гемфіброзил), стимулюючи рецептор PPAR- $\alpha$ , посилюють окислення вільних жирних кислот і виведення їх з синтезу ТГ; індукуючи експресію ліпопротеїніпази, збільшують гідроліз ТГ. В цьому ж напрямку діють нові препарати:  $\omega$ -3 жирні кислоти (ікосапент етил), які зменшують печінковий синтез ТГ і посилюють їх вивільнення із ЛПДНЩ, та інгібітори мікросомального білка-переносника ТГ (ломітапід), які пригнічують синтез хіломікронів та ЛПДНЩ.

Розроблено препарати з іншими терапевтичними мішеням: антисмислові олігонуклеотиди (міпомерсен) - синтетичні аналоги природних нуклеїнових кислот, які інгібують мРНК апоВ-100 і порушують синтез ЛПДНЩ, та інгібітори СЕТР (передаточного білку ефіру ХС) (анацетрапіб, евацетрапіб), які запобігають переходу ефірів ХС з ЛПВЩ у ЛПДНЩ і ЛПНЩ і підвищують рівень ХС ЛПВЩ до 140%.

**Висновки:** Таким чином, розробка та вивчення лікарських засобів з новими мішенями гіполіпідемічної дії є перспективним напрямком лікування метаболічних захворювань.

Р.О. Яковець

### АНАЛІЗ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ В ДИТЯЧОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ЗА 2017 РІК

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:** Поліпрагмазія – чи не найголовніша проблема у фармакотерапії буденності. Враховуючи різноманітні комбінації антибактеріальних препаратів та нерациональність антибіотикотерапії лікарі мають справу з антибіотикорезистентністю і все частішою неефективністю та побічною дією лікарських засобів.

**Мета:** Оцінити антибактеріальну терапію (її ефективність та раціональність), взаємодію лікарських засобів за 2017 рік.

**Матеріали та методи:** Був проведений аналіз архівних матеріалів (медичних карт стаціонарних хворих) за 2017 рік на базі хірургічного відділення №1 ВОДКЛ. В дослідження включено 100 хворих віком до 18 років, серед яких переважають діти 9 років (19%), 13 років (12%), 11 років (9.5%). Протокол лікування дітей зі спеціальності "Дитяча хірургія" МОЗ №88-АДМ від 30-03-2004.

**Результати:** Після дослідження медичних карт 100 хворих з діагнозом «Гострий апендицит», який ускладнений «Перитонітом», на основі порівняльного аналізу даних на доопераційному і післяопераційному етапі встановили, що застосовують антибактеріальні засоби таких груп: аміноглікозиди, цефалоспорини, похідні 5-нітроімідазолу, сульфаніламідні препарати. Серед них в найбільшій мірі призначались такі препарати, як Цефтріаксон (у 98%) і Метрагіл (60%). Також оцінюючи дані за 2017 рік, можемо говорити про недотримання взаємодії між лікарських препаратами і поліпрагмазію (зафіксовано застосування до 30 лікарських препаратів протягом 14 днів).

**Висновок:** Отже, слід відмітити неадекватність антибіотикотерапії на тлі поліпрагмазії, недооцінку взаємодії лікарських засобів і потенційну її небезпеку для дітей, в тому числі розвиток антибіотикорезистентності.

О.Г. Басінських, В.І. Булашенко

**ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ АНТИСЕПТИКА ДЕКАМЕТОКСИНУ НА ЕКСПРЕСІЮ  
МОЛЕКУЛЯРНИХ ДЕТЕРМІНАНТ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ГРАМНЕГАТИВНИХ БАКТЕРІЙ ДО  
КАРБАПЕНЕМІВ**

Кафедра мікробіології

О.А. Назарчук (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Пошук засобів боротьби із поліантибіотикорезистентними збудниками інфекційних ускладнень визнано ВООЗ одним із найактуальніших напрямів сучасної медичної науки. Так, грамнегативні умовнопатогенні мікроорганізми *A.baumannii*, *P.aeruginosa* та представників родини *Enterobacteriaceae*, які володіють стійкістю до карбапенемів, віднесено до найбільш проблемних збудників інфекцій.

**Мета:** Дослідити генетично детерміновану резистентність до карбапенемів та вплив на неї антисептика декаметоксину в клінічних штамів *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, *P. mirabilis*.

**Матеріали і методи:** Дослідження проведені на 23 клінічних штамів мікроорганізмів (*A.baumannii* - 10, *P.aeruginosa* - 8, *P.mirabilis* - 5), які попередньо були ідентифіковані за морфологічними, тинкторіальними, культуральними та біохімічними властивостями і мали фенотипову резистентність до іміпенему та меропенему загальноприйнятним методом паперових дисків. У клінічних штамів бактерій проведено поглиблене вивчення методом ПЛР молекулярно-генетичних детермінант (гени VIM) резистентності до карбапенемних антибіотиків. Дослідження ПЛР проводили в реальному часі на приладі «BioRad IQ5» у відповідності з методичними вказівками до набору для визначення ДНК (01784-PB-C; ООО НПФ «Літех»).

Після ідентифікації генів резистентності, у VIM-позитивних клінічних штамів бактерій було кількісно визначено чутливість до меропенему та (ДКМ) методом двократних серійних розведень, яку оцінювали за мінімальною бактеріостатичною концентрацією (МБСК, мкг/мл) препаратів відповідно до методичних рекомендацій. Додатково досліджували вплив суббактеріостатичних (СК; 1/4 від МБСК) концентрацій ДКМ на чутливість мікроорганізмів до меропенему та експресію генів VIM. У бактерій, що мали ген VIM, після застосування ДКМ та в їх дочірній культурі клітин повторно проводили його визначення методом ПЛР. Одержані дані обробляли статистично.

**Результати:** В результаті дослідження встановлено, що серед відібраних клінічних штамів бактерій з фенотиповою карбапенемрезистентністю було встановлено наявність гену VIM, який кодує продукцію метало- $\beta$ -лактамаз молекулярного класу В у *A.baumannii* (n=1), *P.aeruginosa* (n=2), *P.mirabilis* (n=1). МБСК меропенему щодо даних штамів мікроорганізмів перевищували допустимі значення *A.baumannii* (125 мкг/мл), *P.aeruginosa* (125-250 мкг/мл), *P.mirabilis* (250 мкг/мл). Карбапенемрезистентні штами *A.baumannii* виявляли достатню чутливість до ДКМ (МБСК 31,25 мкг/мл). *P.aeruginosa*, *P.mirabilis*, які експресували ген VIM, були стійкішими до дії ДКМ (МБСК – 250 та 62,5 мкг/мл відповідно). В присутності СК ДКМ встановлено відновлення чутливості до меропенему клінічних штамів *A.baumannii* в 4 рази, *P.aeruginosa* в 4-8 разів, *P.mirabilis* в 32 рази. Водночас з відновленням чутливості до меропенему, встановлено цікавий факт відсутності генів VIM при повторному ПЛР дослідженні штамів бактерій після застосування СК ДКМ. В дочірніх популяціях культур мікроорганізмів, на які діяли СК ДКМ також гена VIM виявлено не було.

**Висновок:** *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, *P.mirabilis*, які володіють VIM-детермінованою карбапенемрезистентністю зберігають чутливість до ДКМ. Під дією СК ДКМ відбувається ефективне підвищення чутливості до меропенему резистентних грамнегативних бактерій, одним з механізмів реалізації якого є втрата генів VIM.

## **МОРФОЛОГІЯ MORPHOLOGY.....3**

Aberna, Lenin TETRACHROMACY.....	4
<u>О. О. Burdeyniy</u> , V. O. Sheremetiev THE STUDY OF PROPHYLACTIC ACTION OF HERBAL DRUG IN THE EXPERIMENT.....	5
<u>Esien Frances</u> , Tuutaleni Toni HOW PHONES AFFECTS US PHYSIOLOGICALLY.....	5
<u>Jonathan Akyer-Bassaw</u> , Jessy Bainson, Mahmoud Khamess Abu Mayyaleh SLEEP PATTERN AMONG MEDICAL STUDENTS .....	5
<u>Ogunseye Mojétoluwa</u> , Toluhí Oluwatobi SLEEP QUANTITY AND QUALITY IN THE SECOND-YEAR MEDICAL STUDENTS OF VINNITSIA NATIONAL PIROGOV' MEMORIAL MEDICAL UNIVERSITY WITH ENGLISH FORM OF STUDYING.....	6
<u>Агафонов К.М.</u> , Бокоч В.І. ЗНАЧЕННЯ ТА ВПЛИВ ВОМЕРОНАЗАЛЬНОГО ОРГАНА ТА НУЛЬОВОЇ ПАРИ ЧЕРЕПНИХ НЕРВІВ НА ССАВЦІВ.....	7
<u>К.М. Агафонов</u> , Д.В. Свінкова ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ І-КУРСУ В ПЕРШІ 2 МІСЯЦІ НАВЧАННЯ В МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ .....	7
Г. Алієва ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ШЛЯХИ ЗБІЛЬШЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ЖИТТЯ.....	8
О.О. Андронік ВПЛИВ ДИТЯЧОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ НА ВИНИКНЕННЯ ПОВЕДІНКИ ВИСОКОГО РИЗИКУ.....	9
<u>Бабійчук О.Ю.</u> , Павлюк Ю.С. РОЛЬ ПАТОЛОГОАНАТОМІВ У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ .....	9
А.А. Балян ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ СПАДКОВИХ ХВОРОБ З НЕКЛАСИЧНИМ ТИПОМ УСПАДКУВАННЯ.....	10
<u>О.Г. Басінських</u> , В.І. Булавенко ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ АНТИСЕПТИКА ДЕКАМЕТОКСИНУ НА ЕКСПРЕСІЮ МОЛЕКУЛЯРНИХ ДЕТЕРМІНАНТ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ГРАМНЕГАТИВНИХ БАКТЕРІЙ ДО КАРБАПЕНЕМІВ.....	10
<u>О.О. Білик</u> , А.В. Ільчук, М.С. Судома ОСОБЛИВОСТІ ОПИСУ ТА ТРАКТУВАННЯ ТАТУЮВАНЬ І ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ В СУДОВО- МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	10
О. І. Білошицька АНТИРЕТИКУЛЯРНА ЦИТОТОКСИЧНА СИРОВАТКА БОГОМОЛЬЦЯ- МЕДПРЕПАРАТ З ІСТОРІЄЮ.....	11
<u>В.І. Бокоч</u> , К.М. Агафонов МОРФОЛОГІЧНІ ВІДМІННОСТІ ЛІМБІЧНОЇ СИСТЕМИ ЧОЛОВІКІВ ТА ЖІНОК.....	12
<u>І.Ю. Брайченко</u> , Ю.В. Моцна ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ РЕЗИСТЕНТНОСТІ БАКТЕРІЙ ДО АНТИБІОТИКІВ .....	12
<u>В.І. Булавенко</u> , О. Г. Басінських ФІЗІОЛОГІЧНА ОЦІНКА ДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВООБІГУ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ .....	13
<u>Т.М. Великоцький</u> , В.О. Кириченко ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ДЕКАМЕТОКСИНУ, ОКТЕНІДИНУ, ХЛОРГЕКСИДИНУ ЩОДО КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ ГРАМНЕГАТИВНИХ ЕНТЕРОБАКТЕРІЙ.....	14
<u>В.О. Величко</u> , Ю.О. Журавська ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ОЦІНКИ УШКОДЖЕНЬ ТІЛА ТА ПОШКОДЖЕНЬ ОДЯГУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЕКСПЕРТИЗ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ ПАТРОНІВ «ФЛОБЕР» .....	14
А. Ю. Веткіна ФУНКЦІОНУВАННЯ ЦИКЛУ ОКСИДУ АЗОТУ В СЕРЦІ ЩУРІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ СИСТЕМНОМУ ЗАПАЛЕННІ.....	15
О.В. Власенко НОВА МЕТОДИКА ОЦІНКИ ПРОВІДНОСТІ МІОКАРДА В ЕКСПЕРИМЕНТІ.....	16
Я.В. Габорець РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ТА ЗАПАЛЕННЯ У РОЗВИТКУ РАКУ ЯЄЧНИКІВ.....	16
Я.В. Габорець СУЧАСНІ АСПЕКТИ МОРФОГЕНЕЗУ ЕНДОМЕТРІОЇДНОГО РАКУ ЯЄЧНИКІВ.....	17

Я.В.Габорець	
РОЛЬ ПАПІЛОМАВІРУСІВ У ВИНИКНЕННІ РАКУ ЯСЧНИКІВ.....	17
К.А.Гаврилюк	
ДИПЛІДІОЗ: «ЗАБУТИЙ»ЗООНОЗ ЧИ РЕАЛЬНА НЕБЕЗПЕКА?.....	18
<u>Н.В.Гайдуков, І.П. Дяченко</u>	
МЕХАНІЗМИ КАРДІОТОКСИЧНИХ УРАЖЕНЬ ПРИ СИНДРОМІ ДРЕСЛЕРА.....	18
<u>О.А. Гапчук, А.Ю. Чеботарьова.</u>	
СУЧАСНІ ЄВРОПЕЙСЬКІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЗА УЧАСТЮ ДОБРОВОЛЬЦІВ У СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ .....	19
О. А. Гнатій	
ОЦІНКА МЕТОДІВ БОРОТЬБИ ЗІ СТРЕСОМ У СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ.....	19
Голубовська О.І.	
ЕМБОЛІЯ НАВКОЛОПІДНИМИ ВОДАМИ.....	20
<u>В.А.Голько, С.М.Саюк, В.О.Студент</u>	
ОДОНТОМА В ТРИВИМІРНОМУ ЗОБРАЖЕННІ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ.....	20
Горбунова М.А.	
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПРИ УРАЖЕННІ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ.....	21
<u>П.О. Горяїнова, О.О.Тимошук, Н.С. Шевчук</u>	
СТАН СЕНСОМОТОРНИХ РЕАКЦІЙ У ЮНАКІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ РУХЛИВОСТІ НЕРВОВИХ ПРОЦЕСІВ.....	22
Д.І. Грищенко	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ МОРФОГЕНЕЗУ ПЛЕОМОРФНОЇ АДЕНОМИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ. РОЛЬ ЕСТРОГЕНІВ У ВИНИКНЕННІ ТА ПРОГРЕСУВАННІ НОВОУТВОРЕНЬ.....	22
Гуцько А. П.	
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОЇ ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ АСОЦІЙОВАНОЇ З ВІЛ – ІНФЕКЦІЄЮ.....	23
<u>С.В. Должикова, Т. С. Довбиус</u>	
ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СУДИН ПРИ ПАТОЛОГІЇ НИРОК.....	24
<u>С.В. Должикова, Т.С. Довбиус</u>	
ПАТОЛОГІЧНА АНАТОМІЯ ЕМФІЗЕМИ ЛЕГЕНЬ.....	24
С. О. Долінський	
МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ПРОСТАТИЧНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ ТА ПОЄДНАННЯ ЇХ З РАКОМ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ, ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ БІОПСІЙ У ХВОРИХ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2016 РІК.....	25
<u>Т.Л. Домбровська, Д.О. Куракін</u>	
ОСОБЛИВОСТІ УШКОДЖЕНЬ І ВІДКЛАДАННЯ ДОДАТКОВИХ ФАКТОРІВ ПОСТРІЛУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ НАПІВАВТОМАТИЧНОЇ ЗБРОЇ Z15, КАЛІБР .223 З ДИСТАНЦІЇ ВПРИТУЛ ЧЕРЕЗ ПОДУШКУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРИСТРОЮ ДЛЯ КОМПЕНСАЦІЇ ВІДДАЧІ.....	26
<u>Н. Д. Дубина, Д. М. Тичина, О. А. Філевич, Н. С. Шевчук</u>	
ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ У СТОМАТОЛОГІЇ.....	26
Дудкіна О.О.	
МІКРОСКОПІЯ ПЕЧІНКИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЇЇ УРАЖЕННЯ.....	27
П.М. Душенюк	
БІОГРАФІЯ АНДРЕАСА ВЕЗАЛІА ЯК ВІДОМОГО АНАТОМА.....	27
<u>В.О.Запара, К.С.Поліщук</u>	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ ПРИ ПНЕВМОНІЇ .....	28
А. І. Зубрицька	
ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ КРОНА.....	29
В.Я.Іванків	
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МІКРОБІОЦЕНОЗІВ ШКІРИ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ ТА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ.....	29
М.В. Калиновська	
ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ДОСЛІДЖЕННІ СТРУКТУР ПЕРЕДНЬО-БІЧНОЇ СТІНКИ ЖИВОТА.....	30
Р.В. Карлашук	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ПСИХОЛОГІВ І ФАРМАЦЕВТІВ, ЯК ПОКАЗНИК ЗДОРОВ'Я.....	31
Д.О.Картавих	
МІКРООТОЧЕННЯ ПУХЛИННИХ КЛІТИН ЯК ДЖЕРЕЛО МОДИФІКАТОРІВ ЕПІТЕЛІАЛЬНО-МЕЗЕНХІМАЛЬНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ.....	31

<u>Р. О. Картелян, К. В. Коломієць, Б. І. Кохан, В. В. Лагода</u> СПОСІБ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ СИНЦІВ ЗА ДОПОМОГОЮ КОЛОРОСКОПІЧНОЇ ОЦІНКИ ЦИФРОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ ТРАВМОВАНОЇ ШКІРИ.....	32
У.Л.Кашій CAFFEINE AND PREGNANCY.....	32
<u>А.Ю. Кирпичова, А.О.Бондарчук</u> ФІЗІОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА ТА ПРИЧИНИ ЇХ ВИНИКНЕННЯ.....	33
<u>Т.Л.Ковальчук, Я.В. Харченко</u> ВПЛИВ ЗОВНІШНІХ ФАКТОРІВ НА ЗДОРОВИЙ СОН.....	34
<u>Д.І. Коломієць, В.С. Тарасюк</u> УЗАЛЕЖНЕНІСТЬ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК, ЗОКРЕМА АЛКОГОЛІЗМУ, ВІД ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТУ.....	34
О.В. Коляда ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ТА ПРОБЛЕМИ ДОВГОЛІТТЯ.....	35
К.О. Кошова ВКЛАД М.І. ПИРОГОВА У РОЗВИТОК МЕДИЦИНИ ВІННИЧИНИ.....	35
<u>М.В. Красіловська, Є.О. Гетьманенко, О.В. Пасенко</u> МОЖЛИВОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ЗА МЕТОДОМ ХИЖНЯКОВОЇ У ПОМЕРЛИХ ВІД ТОКСИЧНОЇ ДІЇ АЛКОГОЛЮ ТА МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ.....	36
<u>М.І. Кривонос, Г.О. Сокол</u> МОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗИЇ МАТКИ.....	36
О.К. Крохмалюк МІКРОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БІОТЕРОРИЗМУ.....	37
Я.В. Кузнєцова СТАН ЗАХВОРЮВАННОСТІ НА ЛЯМБЛІОЗ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	38
<u>Т.В. Кукуруза, В.А. Білай</u> ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ ОСІБ НА РЕЛІГІЙНІ, ДЕРЖАВНІ ТА ІНШІ СВЯТА В МЕЖАХ ВІННИЦЬКОГО РАЙОНУ ЗА ДАНИМИ ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ.....	38
Кульчицький І.Т. ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ І ТКАНИН. ДОСЯГНЕННЯ, ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ.....	39
І.Ю. Сідько, <u>І.Т.Кульчицький</u> , В.О. Поперечний ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИБІОТИКІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ВУГРЕВОЇ ХВОРОБИ.....	39
К.А. Курій «ГЕНЕТИЧНА ОБУМОВЛЕНІСТЬ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ».....	40
І.О. Ладан ХІМІЧНА ТЕОРІЯ ЕВОЛЮЦІЇ. ОСТАННІЙ УНІВЕРСАЛЬНИЙ СПІЛЬНИЙ ПРЕДОК.....	41
Л.М. Левчук ХРОМОСОМНІ ХВОРОБИ: ЦИТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ.....	41
<u>О. Ю. Лепетенко, О. В. Колодій</u> ЗНАЧЕННЯ ПРОБІОТИКІВ У ЛІКУВАННІ ДИСБАКТЕРІОЗІВ.....	42
<u>В.О. Лепетун, Ю.І. Лоботрас</u> ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ УШКОДЖЕНЬ ПРИ ПОСТРІЛАХ З ГАЗОВОЇ СТВОЛОВОЇ ЗБРОЇ.....	42
<u>Д.Г.Луц, Ю.С. Павлюк</u> ОСОБЛИВОСТІ ПОШКОДЖЕНЬ ТА УШКОДЖЕНЬ ПРИ ПОСТРІЛІ ВПРИТУЛ З КАРАБІНУ «KRISSEDFIANSE».....	43
О.І.Матвійчук МОРФОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ БІОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ ПРИ КАЛЬЦИНУЮЧІЙ ХВОРОБІ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА СЕРЦЯ.....	44
Н. В. Мевшук ДИНАМІКА ПОШИРЕННЯ КІРУ В УКРАЇНІ У ПЕРІОД З 2016-2017 РОКИ ТА ЙОГО ПРОФІЛАКТИКА.....	44
А.М. Музика, Ю.О. Шишковська ГІСТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ.....	45
О.С. Мусієнко РОЛЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ У ПРОГРЕСУВАННІ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ.....	45
С. В. Нестерук СУБМІКРОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ РОГІВКИ ПРИ НЕПРОНИКАЮЧІЙ	



МЕХАНІЧНІЙ ТРАВМІ ТА В УМОВАХ ЇЇ КОРЕКЦІЇ.....	46
<u>М.О. Ніколаєнко</u>	
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В НИРКАХ ПРИ ГІПЕРГОМОЦИСТЕЇНЕМІЇ.....	47
У.О. Німак	
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В ДИТЯЧІЙ ХІРУРГІЇ.....	47
Ю.В. Олешко, Т.В. Лисюк	
ЕПІТЕЛІАЛЬНО-МЕЗЕНХІМАЛЬНИЙ ПЕРЕХІД В НИРКАХ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ.....	48
Л. П. Олійник	
ДИСПЛАЗІЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У ДІТЕЙ.....	49
М.О. Ольхомяк	
МІКРОФЛОРА ЕНДОТРАХЕАЛЬНИХ ТРУБОК У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ШТУЧНІЙ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ.....	49
А.О. Орлова	
РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВО – СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ДОВГОТРИВАЛОМУ СТРЕСІ.....	50
Д. Р. Островерха	
РОЛЬ ПРИЙОМІВ МНЕМОТЕХНІКИ У МЕХАНІЗМАХ ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ ІНОЗЕМНИХ СЛІВ.....	50
<u>Н.О. Павлюк</u> , Л.В. Хлуплянець	
ОСОБЛИВОСТІ АСИМЕТРИЧНОГО СПРІЙНЯТТЯ СВІТУ ПІВКУЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ.....	51
<u>Т.С. Пасічник</u> , С.М. Чорний	
МІКРОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООГАНІЗМІВ ДО АНТИБІОТИКІВ.....	51
О.А. Пахолюк	
ЗНАЧЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЛАБОРАТОРІЙ В ДІАГНОСТИЦІ ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНИХ ІНФЕКЦІЙ.....	52
<u>В. С. Петренко</u> , В. Р. Тагеев	
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ БАКТЕРІОФАГІВ У ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ.....	53
<u>Т.Ю. Повшедна</u> , Р.Л. Любевич	
ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОГІСТОХІМІЧНОГО МЕТОДУ У ВСТАНОВЛЕННІ ПРИЧИН СИНДРОМУ РАПТОВОЇ ДИТЯЧОЇ СМЕРТІ POSTMORTEM.....	53
А.В. Пономарева	
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ В ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС.....	54
А.А. Пономаренко	
МОРФОГЕНЕЗ ХВОРОБИ КРЕЙТЦФЕЛЬДА-ЯКОБА.....	54
А.О. Причепя, К.В. Ляшенко	
БОРЕЛІЇ – ЗБУДНИКИ КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ.....	55
<u>В.А. Пудрій</u> , М.О. Гуменюк, Н.В. Черкаська	
ДОСЛІДЖЕННЯ ВІДБИТКІВ РОГІВКИ ЗА МЕТОДОМ ХИЖНЯКОВОЇ У ОСІБ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ, ЩО ПОМЕРЛИ ВІД ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ З МЕТОЮ ВСТАНОВЛЕННЯ ОРІЄНТОВНОЇ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ.....	56
<u>Р.О. Рева</u> , В.І. Ксьонз, Ю.П. Кисилевська	
ВПЛИВ ХЛОРОФІЛІПТУ НА АДГЕЗИВНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ <i>CANDIDASPP</i> .....	56
<u>П. Р. Романюк</u> , В. В. Герасимова	
БІОЛОГІЧНІ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗБУДНИКА ТОКСОКАРОЗУ.....	57
А.О. Румянцева	
ВПЛИВ СТРЕСУ ТА ХАРЧУВАННЯ НА МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦИКЛ У ЖІНОК.....	57
<u>Н.О. Самойленко</u> , В.С. Кідрук	
ОСОБЛИВОСТІ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ДЛЯ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ТА ВСТАНОВЛЕННЯ ДАВНОСТІ СМЕРТІ ПРИ ВИПАДКОВІЙ ЕКСГУМАЦІЇ.....	58
<u>А.О. Сасовець</u> , Р.В. Карлашук	
ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СПОКОЮ ТА ГОТОВНОСТІ ДО ДІЇ У ШКІЛЬНОМУ ВІЦІ.....	59
<u>С.М. Саюк</u> , В.А. Голько	
ДИНАМІКА УЛЬТРАСТРУКТУРНИХ ЗМІН КЛІТИН КРОВІ У ДІТЕЙ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ НА ФОНІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ.....	59
<u>І.Д. Свистунов</u> , В.В. Мельник	
АПОПТОЗ: ОГЛЯД ЗАПРОГРАМОВАНОЇ СМЕРТІ КЛІТИНИ.....	60
<u>Т.С. Смага</u> , П.К. Мальований	
РОЛЬ МІКРООТОЧЕННЯ У ПРОГРЕСІЇ ПУХЛИН.....	61

Л.О. Стасів	
ВТОМА ТА ПЕРЕВТОМА ЯК ПРИЧИНА ДТП.....	61
<u>О.В. Степаненко</u> , І.І. Токмакова	
КОМП'ЮТЕРИЗАЦІЯ МЕТОДУ ФОТОСУМЩЕННЯ ПРИЖИТТЄВОЇ ФОТОГРАФІЇ ТА ЧЕРЕПА ДЛЯ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ТРУПА В СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ.....	62
Я.В. Стойка	
ВРОДЖЕНИЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ ЯК ОДНА З ПРИЧИН КАЛІЦТВА ТА СМЕРТІ НЕМОВЛЯТ.....	62
<u>Н.О. Стопінчук</u> , О.П. Савчук, Ю. А. Кравчук	
САМООЦІНКА ЯКОСТІ СНУ ВІТЧИЗНЯНИМИ СТУДЕНТАМИ ПЕРШИХ РОКІВ НАВЧАННЯ У ВІННИЦЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ім. М.І. ПИРОГОВА.....	63
<u>В.В. Стрельчук</u> , Н.В. Небилиця	
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА.....	64
<u>Т.О. Струкевич</u> , Н.І Штурмаревич	
ЖИТТЯ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ ДАНИЛА КИРИЛОВИЧА ЗАБОЛОТНОГО ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ СУЧАСНОГО МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА.....	64
<u>Т.О. Струкевич</u> , Н.І Штурмаревич, В.Л. Петречук	
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ.....	65
В. П. Ступінь	
ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ЗНИЖЕННЯ КОНЦЕНТРАЦІЇ МІОІНОЗИТОЛУ В ШВАНІВСЬКИХ КЛІТИНАХ У ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТИЧНОЮ НЕЙРОПАТІСІЮ.....	66
<u>М.М. Ступчук</u> , С.А. Лисиця	
ПЕРСПЕКТИВИ ТА МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПАЛІНОЛОГІЇ ДЛЯ ПОТРЕБ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ.....	66
<u>О.І.Сушицька</u> , І.Н.Ткаченко	
ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШИРЕННЯ ПАТОГЕННИХ КОКІВ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ.....	67
О.І.Сушицька, <u>В.Л.Жебелев</u>	
ВПЛИВ ДОНОРСТВА НА ДІЯЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТОНУСУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	67
<u>К.Г. Татарчук</u> , Д.А. Боднар	
МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДАКТИЛОСКОПІЧНОГО МЕТОДУ ДОСЛІДЖЕННЯ З МЕТОЮ ЕТНІЧНОЇ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ПОМЕРЛИХ ОСІБ.....	68
<u>Г.Я. Тимчук</u>	
ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ПРИ ДОВГОТРИВАЛОМУ ПАЛІННІ ЕЛЕКТРОННИХ СИГАРЕТ.....	69
М.І. Тихоноук, М.О. Швая	
ГІМНАСТИКА ДЛЯ М'ЯЗІВ ОЧЕЙ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ МІОПІЇ.....	69
<u>І.І. Токмакова</u> , О.В. Степаненко	
ОСОБЛИВОСТІ ВБИВСТ З РИТУАЛЬНОЮ МЕТОЮ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗІ.....	70
<u>Н.В. Толочко</u>	
ОСОБЛИВОСТІ ПАТОМОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОСНОВНИХ ТИПІВ ЛІМФОМИ ХОДЖКІНА.....	70
П.В. Торчанина	
ПРОБЛЕМИ В ДІАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ В СЛУЧАЯХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2013-2016 ГГ.....	71
А. А. Тур	
ФЕНОМЕН СТРЕСОСТІЙКОСТІ ЯК КОМПОНЕНТ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	72
У.Д. Умар	
ОСОБЛИВОСТІ ТІЛЕСНИХ УШКОДЖЕНЬ ЩО УТВОРЮЮТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТІ BDSM ТА RAPE ПРАКТИКИ.....	72
О. А. Філевич	
ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ПЕЧІНКИ В УМОВАХ ГІПОТИРЕОЗУ.....	73
Р.Х. Фітцев	
МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В РОБОТІ ВІДДІЛУ РЕЧОВИХ ДОКАЗІВ ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ.....	73
Ю. Ю. Хіміч	
МЕДИЦИНА МАЙБУТНЬОГО: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ТА ЗДТЕХНОЛОГІЇ.....	74

І. В. Хлестова	
ХАРАКТЕРИСТИКА ІНВАЗОВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ ГЕЛЬМІНТАМИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2016-2017 р.р.....	75
<u>Л.В. Хлуплянець</u> , Н.О. Павлюк	
ЗНАЧЕННЯ ЕПФІЗУ З ТОЧКИ ЗОРУ СУЧАСНИХ ЗНАТЬ.....	75
О.В. Чайковська	
БАГАТОКАНАЛЬНИЙ ЕЛЕКТРОД НА БАЗІ РСВ-ПЛАТИ ДЛЯ ЗАПІСУ ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАМ І ЕЛЕКТРОКОРТИКОГРАМ У ГРИЗУНІВ.....	76
М.В.Черноконь	
СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ ПСЕВДОЕКСФОЛІАТИВНОГО СИНДРОМУ.....	76
<u>Є.М. Чорний</u> , Т.С. Пасічник	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ НЕФЕРМЕНТУЮЧИХ ГРАМНЕГАТИВНИХ БАКТЕРІЙ ДО АНТИБІОТИКІВ, АНТИСЕПТИКА ДЕКАМЕТОКСИНУ ТА ЇХ КОМБІОНОВАНОЇ ДІЇ.....	77
<u>О.А. Чухрай</u> , Я.І. Котляренко	
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ ПЕРШОКУРСНИКА.....	78
О.В.Швед	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ПАТОГЕНЕЗУ ГОСТРОГО ЛІМФОЦИТАРНОГО ГЕМОБЛАСТОЗУ ДИТЯЧОГО ВІКУ.....	78
<u>О.В.Швед</u> , Д.В.Онопрійчук	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ПАТОГЕНЕЗУ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ХВОРИХ НА ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ.....	79
<u>О.Б.Шевня</u>	
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО И НЕЙРОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ФИТОТЕРАПИИ И ГЕННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ.....	79
<u>Ю.О.Шишковська</u> А.М.Музика	
ПАТАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН МЕЛАНІНУТВОРЮЮЧОЇ ТКАНИНИ.....	80
Л. О. Яровенко	
РОЛЬ ОКСИДУ АЗОТУ В ПАТОГЕНЕЗІ ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ХВОРОБ ПЕЧІНКИ.....	80
І.О.Ящук	
ОСОБЛИВОСТІ ПОШКОДЖЕНЬ, ПРИ ПОСТРІЛІ ЧЕРЕЗ ПЕРЕШКОДУ З КАРАБІНУ «САЙГА МЗ» НА ДИСТАНЦІЇ ВПРИТУЛ.....	81

## СУСПІЛЬНІ НАУКИ

## SOCIAL SCIENCES..... 82

К.Ј. Waschkeba	
DIE PATHOPHYSIOLOGISCHEN ASPEKTE DER ENTSTEHUNG DES GESCHWÜRS.DIE ROLLE DES STREBES IN DER BILDUNG DER MAGENSCHLEIMHAUTENTZÜNDUNG.....	83
A.Sh. Melnik, V.V. Devyatko	
MEDICAL TOURISM.....	83
О.О. Андронік, С.В. Бурлакова	
РОЛЬ МАРКЕТИНГОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ.....	84
О.Ю.Бабійчук	
ВПРОВАДЖЕННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ІСРС-2 У РОБОТУ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ.....	85
О.Г. Басінських	
VITAMIN D DEFICIENCY IN PATIENTS SUFFERING FROM DM.....	85
О.Р.Белінська	
ІСТОРИЧНІ ПЕРЕКАЗИ РІДНОГО КРАЮ (ПОЕТИКА, ПЕРСОНАЖІ, ТРАДИЦІЯ ВИКОНАННЯ).....	86
В.І. Бокоч, К.М. Агафонов	
ЛАТИНЬ – ЖИВА МОВА МЕДИЦИНИ.....	86
В.І. Бокоч, К.М. Агафонов, Р.С. Погорілий, В.Т. Башуцкий	
МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	87
А.О.Bondarchuk, А.У. Kurychova.	
THE ASPECTS OF LEGALIZATION OF EUTHANASIA IN UKRAINE.....	88

Г.І. Бордуніс , О.Г. Басінських ПРОБЛЕМИ СВОБОДИ У ФІЛОСОФІЇ ЖАНА-ПОЛЯ САРТРА.....	88
Г.Ю. Боханов, В.О. Ковач ПРОБЛЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ В ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ.....	89
А. І. Бранько РИНОК МЕДИЧНОГО ОБЛАДНАННЯ ТА ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ГОЛОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ (2007-2017 рр.).....	90
О. О. Бурдейний РОЗВИТОК ФІЛОСОФСЬКОЇ АНТРОПОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНІ.....	91
В. О. Велічко ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ РЕКЛАМИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ.....	92
К.J.Waschkeba DIE PATHOPHYSIOLOGISCHEN ASPEKTE DER ENTSTEHUNG DES GESCHWÜRS.DIE ROLLE DES STREBES IN DER BILDUNG DER MAGENSCHLEIMHAUTENTZÜNDUNG.....	92
І. В. Гвоздик, О. А. Поплавська ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПРАВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ.....	93
D.V. Hlukhoniuk LAW ASPECTS AND MAIN PROBLEMS OF EMERGENCY MEDICAL CARE PROVIDED BY GENERAL PRACTITIONERS.....	93
О.А. Гнатій ФІЛОСОФІЯ РОМАНТИЗМУ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА.....	94
Ю.В. Городнічева МІНІСТЕРСТВО НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОПІКУВАННЯ В УКРАЇНСЬКІЙ ДЕРЖАВІ 1918 Р.....	94
Х.С. Громиш ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ .....	95
А. Р. Гром'як УМОВИ ПРАВОМІРНОСТІ ТА ЗАСАДИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА ІНШИХ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ.....	96
М.М. Гурін ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАЙМЕНУВАННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ, УТВОРЕНИХ ФОП, В УКРАЇНІ .....	96
Гусак О.А., Вороновський Я.В. ТРАНСГЕНДЕРНІСТЬ В УКРАЇНІ: ПРАВОВІ АСПЕКТИ.....	97
І.В.Данильченко ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ІНСТИТУТУ ЛІКАРСЬКОЇ ТАЄМНИЦІ: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ.....	97
К.С. Дерев'янченко СУЧАСНІ АНГЛОМОВНІ ЗАПОЗИЧЕННЯ В УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ.....	98
С.С. Дерій, Ю.Р. Кузьменко ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПЛАНОВОЇ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ.....	99
І. І. Добош ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧНІ ТА СИНТАКСИЧНІ АСПЕКТИ ЛАТИНСЬКОЇ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....	99
П.М. Душенюк ЧАСТОТНІСТЬ ВЖИВАННЯ НАЗВ МЕДИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ В ПРОФЕСІЙНОМУ ДИСКУРСІ.....	100
С.В.Дяченко ЛІКАРСЬКА ПОМИЛКА В КОНТЕКСТІ ДЕФЕКТІВ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ – РЕТРОСПЕКТИВА ТА СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ.....	101

В.В. Дячишин, Я.В. Джадан ЗГОДА НА ВИБІР ЛІКАРЯ ТА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СИСТЕМИ E-HEALTH: ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ.....	101
Ю.О.Журавська ГОТОВНІСТЬ УКРАЇНИ ДО ТРАНСГЕНДЕРІВ.....	102
В. В. Журбенко УКРАЇНСЬКА ДЕРЖАВА ПАВЛА СКОРОПАДСЬКОГО (1918): ПОЛІТИКО-ІСТОРИЧНІ РЕФЛЕКСІЇ.....	102
V. O. Zарага ENGLISH WORDS IN THE UKRAINIAN LANGUAGE.....	103
В. Л. Зарудня, І. В. Болгарська ІНТЕЛЕКТУАЛЬНА ВЛАСНІСТЬ В МЕДИЦИНІ.....	104
В.В. Злагода ВИКРАДЕННЯ ЛЮДЕЙ З МЕТОЮ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ.....	104
М. А. Зубікова БІОЛОГІЧНЕ У ПСИХОЛОГІЇ АРИСТОТЕЛЯ.....	105
С.А.Іванова КРИТИКА РЕЛІГІЇ У ПРАЦЯХ Л.ФЕЙЄРБАХА.....	106
А.В.Ільчук О.О. Білик М.С.Судома МЕДИЧНА РЕФОРМА 2018:РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....	106
М. Ishchuck THE INTEGRATION EXPERIENCE OF GREAT BRITAIN: HISTORY AND CURRENT REALITIES.....	107
К.А.Кізлик, М. О. Швая ФІЛОСОФІЯ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ.....	108
О. Я. Клімчук ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННИХ КАРТ ПАЦІЄНТА. УКРАЇНСЬКИЙ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД).....	108
T.L.Kovalchuk, Ya.V.Kharchenko THE INFLUENCE OF EXTERNAL FACTORS ON HEALTHY SLEEP.....	109
В.О. Ковач ПРОБЛЕМА ВВЕДЕННЯ ПЛАТНИХ ПОСЛУГ В АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	109
М.М. Kozak, A.D.Papayan MEDICAL EXAMINATIONS IN CRIMINAL INVESTIGATIONS.....	110
Коляда О.В. РОЛЬ МОВИ В ЖИТТІ ЛЮДИНИ.....	111
К.О. Конєва ПОХОДЖЕННЯ НАЗВ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ПСИХІАТРИЧНІЙ ТА НАРКОЛОГІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....	111
В.Ю. Коноваленко, М.-Ю.І. Петришина ПРОБЛЕМА ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ.....	112
І.І.Кос ПРОБЛЕМИ СМЕРТІ ТА БЕЗСМЕРТЯ В РЕЛІГІЯХ РІЗНИХ НАРОДІВ.....	113
В.В. Косякова МОВНЕ ОФОРМЛЕННЯ БЛОГІВ: ЖАНРОВО-СТИЛІСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ.....	113
А.В. Кохан МІЖМОВНА ОМОНІМІЯ: ПРОБЛЕМИ ПЕРЕКЛАДУ.....	114
Б. І. Кохан ПРАВОВІ АСПЕКТИ РЕІМБУРСАЦІЇ В УКРАЇНІ.....	115
К.О. Кошова СЛЕНГОВА ЛЕКСИКА В МОЛОДІЖНОМУ МОВЛЕННІ.....	115
К.О. Кошова ВПРОВАДЖЕННЯ У КЛІНІЧНУ ПРАКТИКУ МАРКЕТИНГОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....	116

V. Kudryk	THE DEVELOPMENT OF SEXUAL EDUCATION IN STUDENTS.....	117
М.В.Кудря	ГАЛИЦЬКІ ДІАЛЕКТИЗМИ НА ПОЗНАЧЕННЯ ЗОВНІШНОСТІ ЛЮДИНИ.....	117
В. Р. Кузякіна	ЗНАЧЕННЯ МАРКЕТИНГОВОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ....	118
М.В.Кулик	СЕМАНТИЧНІ АСПЕКТИ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ЛЕКСИКИ.....	119
Кульчицький І.Т	СИМВОЛІКА ПРАВОСЛАВНОГО ХРАМУ ЯК ВІДОБРАЖЕННЯ ХРИСТІЯНСЬКИХ	
ПОГЛЯДІВ.....		119
Olia Lasorko	STRESS – DIE NEUE MENSCHLICHE KRANKHEIT ODER BURNOUT-	
SYNDROM.....		120
С.С. Левенчук, В.О. Ковач, Д.І. Довбиш	ПРАВО НА ЖИТТЯ У ЩЕ НЕНАРОДЖЕНОЇ ОСОБИ.....	120
Л.М.Левчук	ФОЛЬКЛОР.....	121
О.У. Lepetenko	NEW METHODS OF INTESTINAL MICROFLORA RESTORATION.	
PROBIOTICS.....		121
Ю.І. Лобортас	ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ.....	122
А. І. Lukashenko	SCIENTIFIC CLUES TO UNDERSTANDING OBESITY	
PROBLEM.....		123
Р.Л. Любевич, Т.Ю. Повshedна	СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ.....	124
Р. Р.Гнатів, С. Г.Манько	СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО: ПРАВОВІ АСПЕКТИ.....	124
О.А.Мариянчук, В.А. Биков	ЕТИМОЛОГІЧНИЙ ТА ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧНИЙ АСПЕКТ	
НАЗВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....		125
I.O. Martynchuk	DIE URSACHE DER ENTSTEHUNG DES DIABETES MELLITUS. DIE ROLLE DES STRESSES BEI DER	
ENTWICKLUNG VON DIABETES. ....		126
І.О.Марчук	ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІЇ ВПЛИВУ ЛАТИНСЬКОЇ ТА ДАВНЬОГРЕЦЬКОЇ МОВНА ФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ	
РМІНОЛОГІЇ.....		126
A.Sh.Melnik, V.V.Devyatko	MEDICAL TOURISM.....	127
В.В. Мельник	ЕПОНІМІЧНІ МЕДИЧНІ ТЕРМІНИ:	
СИНТАКСИЧНИЙ СПОСІБ ТВОРЕННЯ.....		127
А.В.Мисан	ВЕРБАЛЬНІ Й НЕВЕРБАЛЬНІ ЕЛЕМЕНТИ ГРАФІЧНОГО РОМАНУ	
М. ПРАСОЛОВА, О. ЧЕБИКІНА, О. КОЛОВА	«ДАОГОПАК».....	128
А.В.Мисан	КОМПОНЕНТИ ТА КРИТЕРІЇ МАРКЕТИНГОВОЇ ПІДГОТОВКИ	
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....		129
В.О. Михайлова	СМАЙЛИ ЯК МОВНО-ВІРТУАЛЬНО-ВІЗУАЛЬНІ КОНСТРУКЦІЇ СПІЛКУВАННЯ.....	129
В.О. Михайлова	ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СПІЛКУВАННЯ: СОЦІАЛЬНА СУМІСНІСТЬ.....	130
Н.В. Нагорна	ФІЛОСОФСЬКЕ ОСМИСЛЕННЯ ПРОБЛЕМИ СЕНСУ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ.....	131
В.Ф. Негря	МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ: ВІД МІФІВ ДО РЕАЛЬНОСТІ.....	132

В. С. Орленко	
ВІДНОСИНИ МІЖ АФІНАМИ ТА СПАРТОЮ : ПОЛІСНИЙ УСТРІЙ І ТЕОРІЯ КУЛЬТУРНОГО ПРОТИСТОЯННЯ.....	133
Є. О. Остапенко	
СУЧАСНА КУЛЬТУРНА АНТРОПОЛОГІЯ В УКРАЇНІ.....	133
Д. Р. Островерха	
ПРОБЛЕМА СПІВВІДНОШЕННЯ РЕАЛІЙ ТА НОМІНАЛІЙ У ФІЛОСОФІЇ АНСЕЛЬМА КЕНТЕРБЕРІЙСЬКОГО.....	134
D. R. Ostroverkha	
MODERN IDEAS ABOUT GENE THERAPY FOR PARKINSON'S DISEASE.....	134
А. М. Паньків	
МІЖНАРОДНІ ВІДНОСИНИ ТА СУЧАСНА ХРИСТИЯНСЬКА ПОЛІТИЧНА АНТРОПОЛОГІЯ.....	135
А. М. Паньків	
СТАНОВЛЕННЯ ТЕОРІЇ «ПРАВА НА ЗДОРОВ'Я» В СИСТЕМІ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ПРАВА.....	136
А.С.Петрушина	
УКРАЇНСЬКИЙ МОВЛЕННЄВИЙ ЕТИКЕТ.....	138
Н.В.Плющик, К.Й.Баркасі, О.В.Качуровська	
ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В УКРАЇНІ: ПРАВА ДОСЛІДНИКІВ ТА ПАЦІЄНТІВ.....	138
А.А. Повражек, І.В.Зубченко	
ДЕФЕКТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПОНЯТТЯ І ВИДИ.....	139
В.О. Поперечний, І.М. Беца, , І.Т. Кульчицький	
ЕКОНОМІЧНА БЕЗПЕКА ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ГЛОБАЛІЗАЦІЇ.....	140
Ropowa A.R.	
DIE ROLLE DER PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IN DER HEUTIGEN URBANISIERTEN WELT.....	140
М. Ю. Поронник	
ПРАВОСЛАВНИЙ ПОГЛЯД НА БЕРЕСТЕЙСЬКУ УНІЮ 1596 РОКУ.....	141
А.О.Причепя, К. В. Ляшенко	
АНТРОПОЛОГІЯ ЯК ОСНОВА МЕДИЧНОЇ ФІЛОСОФІЇ.....	142
П. А. Рагуліна	
ПСИХОЛОГІЧНІ ВИМІРИ ЛЮДИНИ У ФІЛОСОФІЇ З. ФРЕЙДА.....	142
Попова А.Р. ,Саєнко В.В	
ПСИХОЛОГІЯ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ В ДИТЯЧОМУ БУДИНКУ: ФІЛОСОФСЬКО-ЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ, СУТЬ ПРОБЛЕМИ.....	143
І.А. Святка	
ЕТИКО-МОРАЛЬНІ АСПЕКТИ СПРИЙНЯТТЯ НЕТРАДИЦІЙНИХ ОРІЄНТАЦІЙ В СУЧАСНОСТІ.....	144
Я.П. Сегедіна, О.О. Хватова	
АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДИКИ «ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ СЕСТЕР БАКАЛАВРІВ ДО ПРОФЕСІЙНО-ОРІЄНТОВАНОЇ ВЗАЄМОДІЇ».....	144
А. М. Сингаївський	
ІДЕАЛЬНА ДЕРЖАВА ПЛАТОНА У ВІЗАНТІЙСЬКІЙ ФІЛОСОФІЇ.....	145
V.V.Sytnyk, M.M. Shehda	
THE EFFECT OF RADIATION ON THE HUMAN BODY.....	146
Е.Е. Smolnyk	
INEFFECTICE USE OF ANTIDEPRESSANTS IN DEPRESSION TREATMENT.....	147
Г.В. Сорочинська	
СОМАТИЧНА ФРАЗЕМА З КОМПОНЕНТОМ ОКО.....	148
С.А. Софу	
ЕТИМОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ТЕРМІНІВ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ.....	148
О.В. Степаненко, І.І. Токмакова	
ПРОБЛЕМА ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ В УКРАЇНІ.....	149
В. Р. Тагеев, Т.Л. Ковальчук	
ЩО ТАКЕ ФІЛОСОФІЯ? ПОГЛЯДИ АРИСТОТЕЛЯ НА «ПОЧАТКИ ТА ПРИЧИНИ».....	149
V.R. Tageev, O.O.Stepanyshena	
PERSPECTIVE USE OF PROBIOTICS IN TREATMENT OF INFECTIOUS DISEASES.....	150
О.В.Телегузова	
ПРАВОВІ ТА ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО МАРКЕТИНГУ: ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ.....	151

Д.А. Теліга	
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ДАВНЮ ФІЛОСОФІЮ.....	151
Л.А. Тереховська	
СВОБОДА СОВІСТІ ТА ВІРОСПОВІДАННЯ В КОНТЕКСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	152
М.І. Тихонюк	
ВЗАЄМОВІДНОСИНИ ЛЮДЕЙ ЯК ЧАСТИНА ФІЛОСОФСЬКОГО БУТТЯ: ВПЛИВ ПОВЕДІНКИ ІНДИВІДІВ НА ЛЮДСЬКУ СТАБІЛЬНІСТЬ.....	152
І.Н. Ткаченко, О.І. Сушицька	
САМООРГАНІЗАЦІЯ КИТАЙЦІВ В КОНТЕКСТІ КОНФУЦІАНСТВА.....	153
А.А. Угрин	
ПРОБЛЕМИ СТУДЕНТСЬКОЇ ФІЛОСОФІЇ ТА ЇЇ ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ У ЖИТТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	154
О.Г. Формода	
ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ ЛІКАРІВ ВІДПОВІДНО ДО ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ОСНОВИ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я». ПОЗИЦІЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ.....	155
О.О. Хватова, Я.П. Сегедіна	
СИСТЕМА ПРОЦЕСНОГО УПРАВЛІННЯ ОСВІТНЬОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ КАДРІВ.....	155
Ю.В. Хріненко	
РАННЯ ЕВОЛЮЦІЯ ПСИХОЛОГІЇ (ВЧЕННЯ ПРО ДУШУ).....	156
В. О. Шереметьєв	
ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ІСТОРІЇ ФІЛОСОФІЇ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПЕРІОДИЗАЦІЇ (АНТИЧНІСТЬ І СЕРЕДНЬОВІЧЧЯ).....	157
О. О. Burdeyniy , V. O. Sheremetiev	
THE STUDY OF PROPHELYTIC ACTION OF HERBAL DRUG IN THE EXPERIMENT.....	157
О.І. Шулякова, М.І. Шулякова	
ПРОБЛЕМИ ЕКЗИСТЕНЦІАЛІЗМУ У ФІЛОСОФІЇ С.К'ЄРКЕГОРА: СУЧАСНІ ПРОЯВИ.....	158
І.Р. Юзьвяк	
ТРАНСФОРМАЦІЇ ФРАЗЕОЛОГІЗМІВ-НОВОТВОРІВ У ТЕКСТАХ ЗМІ: СТРУКТУРА Й СЕМАНТИКА	
Г.Ю. Юрченко, Т.В. Шмигельська.....	159
ЕТИКО-МОРАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВИНИКНЕННЯ КОНФЛІКТУ ТА ПЕРЕРОСТАННЯ ЙОГО У ВІЙНУ: СВІТОВА ПРАКТИКА.....	159
З.В. Яцишина	
ПРОБЛЕМА СВІДОМОСТІ В ПЕРІОД ФІЛОСОФІЇ РОМАНТИЗМУ.....	160

## **МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМ PUBLICHEALTH.....161**

В.Ю. Ангельська, А.В. Черевко	
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ.....	162
В.Ю. Ангельська, В.С. Шемет, І.В. Юрчишина	
АГРЕСИВНІСТЬ ЯК ФОРМА ВИРАЖЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ.....	162
В.Ю. Ангельська, І. В. Юрчишина, Д.В. Смагло, В.С. Шемет	
МЕТАФОРИЧНІ АСОЦІАТИВНІ КАРТИ ЯК МЕТОД РОБОТИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ .....	163
Березівська Т.П., Петренко К.В.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ В УМОВАХ КЛІМАТИЧНОГО КУОРТУ. ....	164
І. М. Беца, Н. І. Янкова	
ЗМІНИ ГОМЕОСТАЗУ СЛЪОЗНОЇ ПЛІВКИ ПРИ РОБОТІ ЗА КОМП'ЮТЕРОМ.....	164
Богуш Г.Л., Павлішина О.С.	
VAS-THERAPY ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ РАН КІНЦІВОК.....	165
М. Бобр, І.А. Дорофеева	
СУЧАСНІ ВІТЧИЗНЯНІ ФАРМАКОЛОГІЧНІ ПРЕПАРАТИ У СФЕРІ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ.....	166



Бондар Т. М. ІМПЕРСЬКА РОСІЯ – ГОЛОВНИЙ ЧИННИК ВИНИКНЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ У СВІТІ.....	166
Є.Ю. Бондар, К.О. Семко НАРКОТИК НОВОГО ПОКОЛІННЯ.....	167
Ю.О. Василець ОЦІНКА РІВНЯ ВІДНОВЛЕННЯ СПОНТАННОГО КРОВООБІГУ СЛУЖБОЮ ЕМД ЗА 2016-2017 рр.....	167
Ю. О. Вітрова ЗВ'ЯЗОК МІЖ ТОНУСОМ АНАТОМІЧНИХ СТРУКТУР ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА ЗМІНАМИ СИНТОПІЇ ШЛУНКА.....	168
Н. С. Гончарова АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ КРОВОЗУПИННИХ ЗАСОБІВ QUIKCLOT ТА CELOX.....	169
Н. С. Гончарова, Я. П. Лісков ( ас.) ВПЛИВ ПОЛОЖЕННЯ ГОЛОВИ ТА ОРТОПЕДИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НА СТВОРЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОГО ЛОРДОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА ПОКАЗНИКИ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОГО КРОВОТОКУ ....	169
Горбунова М.А., Островська Л.М. ІНФОРМОВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ПРО ВИКОРИСТАННЯ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК В ПРОДУКТАХ ХАРЧУВАННЯ.....	170
Гудимова М. О. СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ (СПВ) У ХІРУРГІВ, ЩО ПОБУВАЛИ НА СХОДІ УКРАЇНИ .....	170
Я.М. Демчишин ОЦІНКА ВПЛИВУ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ.....	171
О.В. Долинна ТИП РЕАКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА СУБ'ЄКТИВНОГО СПРИЙНЯТТЯ ВАЖКОСТІ ТРЕНУВАНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СКЛАДУ МАСИ ТІЛА.....	172
О.О. Дудкіна ЗВ'ЯЗОК ВЖИВАННЯ М'ЯСНИХ ВИРОБІВ З ВИНИКНЕННЯМ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	173
М.М. Желізна ВПЛИВ ЗАНЯТЬ СПОРТИВНОЮ ГІМНАСТИКОЮ НА СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ХЛОПЧИКІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	173
Т.О. Зайцева, О.В. Юрій, М.В. Писарцова ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ЛФК ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВОЇНІВ АТО З ТРАВМАТИЧНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.....	174
І. В. Зубченко, А. А. Повражек РОЛЬ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У ВТОРИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ.....	175
А.М. Іванова СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В УКРАЇНІ.....	175
М.А. Карбівнича, Д.О. Орлова АНАЛІЗ СИТУАЦІЇ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА БОТУЛІЗМ В УКРАЇНІ У 2017 РОЦІ.....	176
О.В. Качуровська, К.Ю. Рудюк, Л.В. Прядко ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ПРОДУКТІВ, ЩО ВОЛОДІЮТЬ ЗОБОГЕННИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ.....	177
Д.С. Кобзіна ЗАПОБІГАННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	177
Д.С. Кобзіна СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ.....	178
К. В. Коломієць ПОПАРНА ОЦІНКА СУМІЖНИХ ЧАСОВИХ ПРОМІЖКІВ В РОЗВИТКУ СИНЦЯ ЗА КАЛОРИМЕТРИЧНИМИ ДАНИМИ.....	178

В.Ю. Коноваленко	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ.....	179
В.Ю. Коноваленко, Т.О. Луцюк	
ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСУ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ.....	180
В. О. Корнак, Ю.О. Каліновська	
ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГОР НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ПІДЛІТКІВ.....	180
Косяченко Д.С.	
ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІЧНИЙ ТА ГІГІЄНИЧНИЙ СТАН СТУДЕНТІВ.....	181
Б. І. Кохан	
АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В 2016 РОЦІ В УКРАЇНІ.....	181
К.О. Кошова	
СИСТЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В УКРАЇНІ ТА В СВІТІ.....	182
В.Ю. Кудрик	
СТАТЕВА ОСВІЧЕНОСТЬ СТУДЕНТІВ.....	183
І.Т. Кульчицький, І.М. Беца, В.О. Поперечний	
МЕДИЧНІ ЗАСОБИ ЗАХИСТУ ПРИ ХІМІЧНИХ ТА РАДІАЦІЙНИХ УРАЖЕННЯХ.....	183
К.А. Курій, О.В. Горошинська	
ВПЛИВ КЛІМАТИЧНИХ УМОВ НА ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ ТА ЗМІНИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ.....	184
Личик А.В., Маковій Д.С.	
ВПЛИВ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ НА МОЗКОВУ ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ІСПИТІВ.....	184
Т.О. Луцюк	
ВПЛИВ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА В ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ.....	185
Р.Л. Любевич, Т.Ю. Повшєдна	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОНЦЕПЦІЙ НАДАННЯ НЕВІДКАДНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ НА ФОНІ ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ ТА В ПОЛЬЩІ ВЖЕ В ІСНУЮЧІЙ РЕФОРМІ.....	186
С.С. Малеш	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ ПО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ СТАНОМ З 2012 ПО 2016 РОКИ.....	186
Г. М. Малюта	
САМОЛІКУВАННЯ - АЗАРТНА ГРА ЧИ ВИМУШЕНА НЕОБХІДНІСТЬ.....	187
К. В. Марчук	
РІВЕНЬ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЯКІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ САНІТАРНО-ПРОСВІТНЬОЇ РОБОТИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЗА УЧАСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР.....	188
О.М. Миколайчук	
СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА МНОЖИННУ МІСЛОМУ У ЛЮДЕЙ РІЗНОГО ВІКУ.....	188
В.О. Липницька, В.Р. Мирончук	
ВПЛИВ ХАРЧУВАННЯ НА САМОПОЧУТТЯ СТУДЕНТІВ ТА ЇХ КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ.....	189
А.М. Музика, Ю.О. Шишковська	
ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ТА НЕ ЗБАЛАНСОВАНОГО ХАРЧУВАННЯ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ.....	189
М. С. Музика, Б.С. Соколенко	
КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ТРАВМАТИЗАЦІЇ КИСТІ І ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТНОГО СУГЛОБА У СПОРТСМЕНІВ РІЗНИХ ВИДІВ СПОРТУ.....	190
К.Г. Нагорян	
СУЇЦИДАЛЬНІ ПОВЕДІНКИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ЗОНІ АТО.....	190
О.О. Острадчук	
РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЯКОСТЕЙ У СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ТРЕНУВАНЬ У СПОРТИВНИХ СЕКЦІЯХ.....	191

В.С. Петраченко	
ОСОБЛИВОСТІ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ В ІНФЕКЦІЙНОМУ ВІДДІЛЕННІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ ВТОРИННОГО РІВНЯ.....	192
М.-Ю. І. Петришина,	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ДІАГНОСТИКИ В ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СТОСОВНО РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ОНКОПАТОЛОГІЇ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК...192	
П.А. Рагуліна	
АЕРОМЕДИЧНА ЕВАКУАЦІЯ. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ.....	193
Д.П. Радзивилюк, А.В. Хомич.	
ПОШИРЕНІСТЬ ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВНМУ ІМ.М.І.ПИРОГОВА.....	193
О.В. Рибчич, Ю.С. Семенович, А.С. Бухштаб	
СТАН ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ СПОРТСМЕНІВ.....	194
О.В. Риженко	
ФОРМУВАННЯ ОРГАНІЗАТОРСЬКИХ УМІНЬ МЕДПРАЦІВНИКА СЕРЕДНЬОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ В ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ.....	195
К.Ю.Рудюк	
ГЛЮТЕНЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ : ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ У ДВОХРІЧНІЙ ДИНАМІЦІ.....	195
С.В. Ніколайчук	
РАК ШИЙКИ МАТКИ ЯК ОДИН ІЗ НАСЛІДКІВ РАНЬОЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ІНІЦІАЦІЇ.....	196
У.В. Сатурська	
ЕПІДЕМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	197
Я.С.Скоробогач	
СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	197
Ю.О. Солонар, Н.В. Свердлик	
ЗАЛЕЖНІСТЬ УСПІШНОСТІ У НАВЧАННІ ВІД ТИПУ ТЕМПЕРАМЕНТУ СЕРЕД УКРАЇНСЬКИХ ТА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ.....	198
В.Д.Стаднік, А.В.Лігерко	
ВИЗНАЧЕННЯ ТА ОЦІНКА ВИТРИВАЛОСТІ ДИХАЛЬНОЇ МУСКУЛАТУРИ СПОРТСМЕНІВ РІЗНИХ ВИДІВ СПОРТУ (БОКС, БАСКЕТБОЛ, МЕТАННЯ ЯДРА).....	198
М.С.Судома О.О. Білик А.В.Льчук	
ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ У СПОРТСМЕНІВ.....	199
І.І. Токмакова , О.В. Степаненко	
ПРОБЛЕМА ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ ТА СТАТИСТИКА НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ПРИЧИН ВІДМОВ БАТЬКІВ ВІД ЩЕПЛЕНЬ.....	200
І.І. Токмакова, О.В. Степаненко	
ЯВИЩЕ АКСЕЛЕРАЦІЇ В СПОРТИВНІЙ МЕДИЦИНІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ТРЕНУВАНЬ АКСЕЛЕРОВАНИХ ПІДЛІТКІВ – СПОРТСМЕНІВ.....	200
А.В. Черевко, О.С. Попова, С.Г. Головата, Є.А. Очеретна	
КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА ПЕРЕДУМОВИ УСПІШНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.....	201

## **ФІЗИКО-ХІМІЧНИЙ НАПРЯМ**

### **PHYSICS AND**

### **CHEMISTRY..... 202**

Esan Oladipo Michael, Jasmin Jino

#### **ANALYSIS OF THE RELEVANCY AND SAFETY OF CREATINE**

#### **SUPPLEMENTATION.....203**

Gopinat Vishnu, Jennifer B. Mersah

#### **NEW MECHANISMS AND APPLICATIONS OF**

#### **UBIQUINONE.....203**

I.V. Palamarchuk

#### **MODULATORS OF HYDROGEN SULFIDE METABOLISM INFLUENCE ANTIOXIDANT/PROOXIDANT**

#### **SYSTEM IN STREPTOZOTOCIN-INDUCED DIABETIC RAT HEART.....204**

<u>К.М. Агафонов, В.І. Бокоч</u> БІОЛОГІЧНА РОЛЬ ПОХІДНИХ АМІНОКИСЛОТИ ЦИСТЕЇНУ .....	204
<u>І. М. Беца, В. О. Поперечний</u> ЕКСПЕРТНІ СИСТЕМИ ТА ЇХ ПРИЗНАЧЕННЯ В МЕДИЦИНІ.....	205
В.В. Блаженко ВПЛИВ ВИСОКОКАЛОРИЙНОЇ ДІЄТИ НА АКТИВНОСТЬ H <sub>2</sub> S-СИНТЕЗУЮЧИХ ЕНЗИМІВ В ЖИРОВІЙ ТКАНИНІ.....	205
<u>Т. М. Бондар, М. О. Гудимова, Л. В. Кулініч, Ю. В. Лемець</u> ЗАСТОСУВАННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН (БАР) У КОСМЕТОЛОГІЇ.....	206
А.О. Бондарчук ЗМІНИ В БІЛКОВИХ СТРУКТУРАХ МОЗКУ ПРИ ХВОРОБІ АЛЬЦГЕЙМЕРА.....	207
<u>Г.І. Бордуніс, І.І. Кузнецова</u> ЕКСАЙТОТОКСИЧНІСТЬ ТА ОКСИДАНТНИЙ СТРЕС ЯК ПУСКОВІ МЕХАНІЗМИ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ РОЗЛАДІВ.....	207
<u>В.І. Булавенко, О.Г. Басінських</u> РОЛЬ ПОРУШЕНЬ ОБМІНУ ВІТАМІНУ D <sub>3</sub> В РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ .....	208
К.Ю. Вашкеба, Я.В. Габорець СУЧАСНІ БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ІНГІБУВАННЯ ПРОГРЕСІЇ ПУХЛИННИХ КЛІТИН ПРИ РАКУ ЯСЧНИКІВ.....	209
К.В. Зубюк РОЛЬ BRCA 1,2 ГЕНІВ В РОЗВИТКУ ПУХЛИН РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ.....	209
Х.С. Громиш ПОВЕРХНЕВИЙ НАТЯГ В БІОЛОГІЧНИХ СИСТЕМАХ.....	210
К.А. Кізлик ПЕРЕДЧАСНЕ СТАРІННЯ: МОЛЕКУЛЯРНІ МЕХАНІЗМИ, НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ.....	211
О.М. Клуб ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ В ОРГАНАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ВВЕДЕННЯ МЕТОТРЕКСАТУ.....	211
<u>О.К. Крохмалюк, О.А. Пахолюк</u> ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	212
В.П. Кузняк ВПЛИВ ВІТАМІНУ D <sub>3</sub> НА СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.....	212
<u>І.Т. Кульчицький, В.О. Поперечний</u> ФІЗИЧНІ ОСНОВИ ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКУ В ХІРУРГІЇ.....	213
<u>І.Е. Лиманчук, Ю.С. Хомич</u> ПЛАСТИК: РЕКЛАМА ДЛЯ ВИРОБНИКА І ЗАГРОЗА ДЛЯ .....	214
І.С. Литвиненко ШКІДЛИВИЙ ВПЛИВ ХІМІЧНИХ РЕЧОВИН КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ.....	214
І.В. Литовченко ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ ЕКСПРЕСІЄЮ МУТАНТНОГО ГЕНУ БЛКА P53 ТА ТЯЖКІСТЮ ПЕРЕБІГУ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ.....	215
<u>А.В. Луканова, О.Г. Басінських</u> ВПЛИВ L-ЦИСТЕЇНУ НА АКТИВНІСТЬ H <sub>2</sub> S-СИНТЕЗУЮЧИХ ЕНЗИМІВ В ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ З АЛІМЕНТАРНИМ ОЖИРІННЯМ.....	216
Т. М. Маслоїд ВПЛИВ БАЗИСНОЇ ТА ГІПОТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА МЕТАБОЛІТИ ОКСИДУ АЗОТУ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ.....	216
Н.В. Мевшук АКАДЕМІК СЕМЕНОВ М.М. І ПРОЦЕСИ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО І ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ. ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ БІОХІМІЇ.....	217
Т.Р. Мусіюк ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ БІСФЕНОЛУ-А В ПРЕДМЕТАХ ПОБУТУ ТА ОЦІНКА ЙОГО ПОТЕНЦІЙНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ.....	218
<u>І. Ю. Навроцький, М.О. Похальчук, О.А. Миколок, В.А. Крашеннінкіова</u> ЗАСТОСУВАННЯ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН (БАР) У ФІЗКУЛЬТУРІ І СПОРТІ.....	218
В.Ф. Негря ВПЛИВ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ПОЛЯ МОБІЛЬНОГО ТЕЛЕФОНУ НА ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ОРГАНІЗМУ У СТУДЕНТІВ І КУРСУ ВНМУ ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА.....	219

А.О. Орлова	
ПРІОНИ. ПРІОНОВІ ІНФЕКЦІЇ. ПАТОГЕНЕЗ ПРІОНОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	219
<u>Ю.О. Осадчук</u> , С.О. Миколенко	
ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ MTHFR C677T (rs1801133) ЯК ФАКТОР ГІПОМЕТИЛЮВАННЯ ТА ГІПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМІЇ.....	220
<u>Д.Р. Островерха</u> , О.І. Сушицька	
СУЧАСНІ ДАНІ ПРО СТРУКТУРУ, ВЛАСТИВОСТІ ТА ХВОРОБОТВОРНУ ДІЮ ПРІОННИХ БІЛКІВ.....	221
<u>О.А. Пахолюк</u> , О.К. Крохмалюк	
РОЛЬ ФЕРМЕНТУ GALNAC-T6 У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ.....	221
<u>В.С. Петренко</u> , В.Р. Тагеев	
МАСО-РОСТОВІ ПАРАМЕТРИ ТА АКТИВНІСТЬ ЦИСТАТІОНІН- $\gamma$ -ЛІАЗИ В ПЕЧІНЦІ У ЩУРІВ З ОЖИРІННЯМ, ІНДУКОВАНИМ ВИСОКОКАЛОРИЙНОЮ ДІЄТОЮ З ДОДАВАННЯМ L-ГЛУТАМАТУ...222	
<u>П.Ю. Полинчук</u> , Є.М. Чорний	
ВСТАНОВЛЕННЯ БІОМАРКЕРА ЗА ДОПОМОГОЮ РІВНЯННЯ МЕЩЕРСЬКОГО.....	223
К.М. Пономарчук	
БІЛКИ В ХАРЧУВАННІ ЛЮДИНИ.....	223
<u>В.О. Поперечний</u> , І.Т. Кульчицький	
ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНІ ОРГАНІЗМИ. ЗА ТА ПРОТИ.....	224
<u>А.О. Причепка</u> , К.В. Ляшенко	
МЕДИЧНІ ІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ НА ТЕРИТОРІЇ УКРАЇНИ.....	225
Д.І. Пшеничний	
МАЛІ РЕГУЛЯТОРНІ МОЛЕКУЛИ – ГАЗОТРАНСМІТТЕРИ В НОРМІ ТА ЇХ РОЛЬ В РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЙ.....	225
П.А. Рагуліна	
РЕГУЛЯЦІЯ ЦИРКАДНИХ БІОРИТМІВ НА ГЕНЕТИЧНОМУ РІВНІ.....	226
В.О. Радіонов	
ХІМІЗМ ЕМОЦІЇ СТРАХУ.....	227
В.О. Радіонов	
ВПЛИВ ШУМУ ТА ВІБРАЦІЇ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ.....	227
К.М. Сидорук	
ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОГЕННИХ МЕТАБОЛІТІВ ТА ЕССЕНЦІАЛЬНИХ НУТРИЄНТІВ В СПОРТИВНОМУ ХАРЧУВАННІ.....	228
<u>Р.Р. Смолинець</u> , М.М. Вороновська, В.М. Сай	
АНАЛІЗ ВПЛИВУ ІНДОМЕТАЦИНУ ТА МЕТОТРЕКСАТУ НА ПРООКСИДАНТНІ ТА АНТИОКСИДАНТНІ ПРОЦЕСИ У ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ.....	229
<u>Є.Е. Смольник</u> , І.Л. Погребна, К.Г. Нагорян, І.Д. Гедз	
БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ТА МЕДИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ МАТРИЧНОГО СИНТЕЗУ БІЛКІВ.....	229
<u>С.О. Тимошук</u> , О.О. Тимошук, В.В. Мошківський	229
БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ АПОПТОЗУ.....	230
<u>М.І. Тихонюк</u> , М.О. Швая	
ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПРАВ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЗОРУ ПРИ КОРОТКОЗОРОСТІ.....	230
К.М. Тубулкан	
ВПЛИВ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ НА КІНЕТИЧНІ ПАРАМЕТРИ УТВОРЕННЯ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В НИРКАХ ЩУРІВ.....	231
В.Г. Халілова	
РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ РЕЦЕПТОРІВ LEPR В ОЖИРІННІ ТА АТЕРОСКЛЕР.....	232
Ю.Ю. Хіміч	
ЕНДОСКОПІЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ.....	232
Ю.Ю. Хіміч	
ПОЛІМЕРИ. ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В МЕДИЦИНІ.....	233
<u>Ю.Є. Хроль</u> , В.В. Мошківський	
ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ ГЕПАТИТУ В.....	234
О.А. Чухрай	
ОСОБЛИВОСТІ ОБМІНУ АМІНОКИСЛОТ ТА ЇХ ПОХІДНИХ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ.....	234

<u>К.К. Шваєвська, О.А. Столяр, Л.В. Стадник</u> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЛИВУ L- ЦИСТЕЇНУ ТА ПОХІДНИХ ТІАЗОЛІДИНОНІВ, ЩО ВИВІЛНЯЮТЬ СІРКУ НА АКТИВНІСТЬ ЕНЗИМІВ (СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗИ ТА КАТАЛАЗИ) У ЛЕГЕНЯХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ДІЇ ІНДОМЕТАЦИНУ ТА МЕТОТРЕКСАТУ .....	235
Д.А. Яценко ВПЛИВ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРУ РОСТУ - $\beta$ НА ПРОДУКЦІЮ ЗОВНІШНЬО КЛІТИННОГО МАТРИКСУ СКЛЕРИ ПРИ МІОПІЇ.....	236
<u>О.Є. Яцун, Д.О. Харченко</u> ЗМІНИ ЕЛЕКТРОЛІТНОГО СТАНУ ПРИ МУКОВІСЦИДОЗІ.....	236

## **АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІ OBSTETRICS AND GYNECOLOGY.....238**

Д.В. Бондарчук ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ ІОНІВ МІДІ В ЛІКУВАННІ НЕСПРОМОЖНОСТІ ПОСТЕПІЗОТОМНИХ РАН .....	239
<u>К.А. Бондарчук, В.О. Ковач</u> ПРОВІДНІ ЧИННИКИ ЗМІНИ НОРМАЛЬНОГО БІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ .....	239
<u>М.Ю. Бялковська, І.С. Самойдюк, Т.М. Гомон</u> ТРАНСПЛАНТАЦІЯ МАТКИ ЯК МЕТОД БОРОТЬБИ З БЕЗПЛІДДЯМ.....	240
Л.П.Гап'юк, О.І.Ревчук АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ У ЖІНОК ІЗ ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА.....	240
П.Р. Гродський АКУШЕРСЬКА АГРЕСІЯ В ПОЛОГОВІЙ ЗАЛІ.....	241
А. С. Гузенко, Р.В. Найдич ФАКТОРИ РИЗИКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ СМЕРТНОСТІ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	242
С.В. Демянюк ВИКОРИСТАННЯ НОВИХ МЕТОДІВ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛАЦЕНТИ .....	242
<u>Є.В. Діхтяренко, Л.А. Автенюк</u> ЛАПАРОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ НЕПЛІДДЯ.....	243
<u>С.В. Дяченко, Ю.С. Михальська</u> ПІДЛІТКОВА ВАГІТНІСТЬ, ЯК ВИКЛИК СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВУ .....	243
<u>О.В. Кузовлєва, В.О. Федорченко</u> ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПОЛОГІВ ТА РАНЬОГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ РОЗРИВІ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК.....	244
<u>О.В. Качуровська, Л.В.Прядко, К.Ю.Рудюк, Т.І.Плазовський, В.А.Тростенюк</u> ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ ГЕНІВ ВРСАУ ФОРМУВАННІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	244
В. Л. Кобець ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	245
<u>В.О. Ковач, Ю.О. Швакуляк</u> КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ.....	246
<u>Б.І. Кохан, К.В. Коломієць, Р.О. Картелян,</u> ВПЛИВ АНТЕНАТАЛЬНИХ СТРЕСІВ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛЮДИНИ ТА НА ПОДАЛЬШЕ ЖИТТЯ.....	246
Є. С. Лагно ВИКОРИСТАННЯ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ПОЛОГАХ.....	247
Т.П.Маврова ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЖЕНЩИН С ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ. ....	247

Л.І.Нетребін О.В.Гайдук ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З ПСИХОЕМОЦІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ОБУМОВЛЕНИМИ ТРИВОЖНІСТЮ.....	248
Г.І.Ордак, А.І. Погорільчук ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З МАЛОВОДДЯМ.....	248
<u>М.-Ю.І. Петришина</u> ПЛАНУВАННЯ СТАТІ ДИТИНИ ЗА ОВУЛЯЦІЄЮ.....	249
<u>А.В.Плужник</u> ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ ГЕСТАЦІЇ.....	250
<u>О.А. Поплавська, Т.А. Мельник</u> ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЯК ПРЕДИКТОР ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ІІ ТИПУ.....	250
Р.А.Рамос ВЕРТИКАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПРИ РОДАХ В ЭКВАДОРЕ.....	251
Г.О.Рамська НАСЛІДКИ АБОРТІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ.....	251
В.В. Савіна ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ НИЖНІХ ВІДДІЛІВ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ У ДІВЧАТОК, ПІДЛІТКІВ.....	252
О.В.Телегузова ВЖИВАННЯ КОФЕЇНОВМІСНИХ НАПОЇВ ВАГІТНИМИ ТА ЖІНКАМИ, ЯКІ ГОДУЮТЬ ГРУДЮ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ПЛОДА.....	253
Ю.Р. Христофор АНЕМІЯ ЯК ПРЕДИКТОР ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ.....	253
І.С. Човган ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ.....	254
<u>К.О. Ярошевич, В.О. Ковач, А.А.Васильков</u> АКТУАЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РІДИННОЇ ЦИТОЛОГІЇ ЯК МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ ДИСПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ШИЙКИ МАТКИ .....	255
О.В. Юрій НОВИЙ КОНСЕРВАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ МІОМИ МАТКИ.....	255
З.В.Яцишина БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ.....	256

## ПЕДІАТРІЯ

## PEDIATRICS..... 257

Kannappan Vignesh Chenna Usage of NEUROMUSCULAR ELECTRICAL STIMULATION in the treatment of CEREBRAL PALSY.....	258
Т. П. Березівська, М.Р. Тарасова, Я.С. Скоробогач КЛІНІЧНІ МАСКИ МУКОВІСЦИДОЗУ .....	258
С. В. Білий, А.Ю. Будулак ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	259
А.М. Бобр, І.А.Дорофеева, Т.А.Венгер ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ, ЗУМОВЛЕНИХ УМОВНО- ПАТОГЕННОЮ ФЛОРОЮ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП.....	259
І.І. Габрук, О.В.Павлік ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ПЕРОРАЛЬНИХ РОЗЧИНІВ У ДІТЕЙ З КЕТОАЦИДОЗОМ НА ТЛІ ГКІ .....	260
Ю. О. Гетер. А. В. Кравченко ЗАЛИШКОВА ПАТОЛОГІЯ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ВАДАХ СЕРЦЯ КОАРКТАЦІЇ АОРТИ ТА ТЕТРАДИ ФАЛЛО.....	261
А.Ю.Годованюк, А.Ю.Пелешок ЦИТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ГОСТРОГО ЛІМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗУ.....	261
А.Ю.Годованюк АЛЕРГІЯ ТА ГЕЛЬМІНТИ, ЧИ ІСНУЄ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК.....	262
Гончарук А.М. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ РЕСПІРАТОРНОГО МІКОПЛАЗМОЗУ У ДІТЕЙ.....	262

В.В. Демянишина	
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МУКОВІСЦИДОЗУ У ДІТЕЙ.....	263
Т.Л. Домбровська	
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МАТЕРІВ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ.....	264
Т.В. Дячук	
РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ СЕРЕДНЬОГО ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ В ПРОФІЛАКТИЧНІЙ РОБОТІ ЗІ ШКОЛЯРАМИ.....	264
В. М. Жмурчук	
ОЦІНКА ЗМІН МОРФОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕРИТРОЦИТІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІ АСТМІ У ДІТЕЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	264
А.С. Заяц, М.О. Таранушенко	
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА АДРЕНОГЕНІТАЛЬНОГО СИНДРОМУ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ОЗНАКАМИ ВІРИЛІЗАЦІЇ.....	266
А.С. Заяц	
РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК «ДЗЕРКАЛЬНОГО» РОЗТАШУВАННЯ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ У НОВОНАРОДЖЕНОГО.....	266
Зінченко О.В.	
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГРИПУ У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ В 2016-2018 РОКАХ.....	267
О.М. Казмірчук	
КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ КАШЛЮКУ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ .....	268
І.С. Кедровська	
ВИДИ І НАСЛІДКИ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ. АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ .....	268
М.С. Клімішин, Ю.О. Сірко	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ.....	269
Л.В. Коваленко, В.О. Ветрова	
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МОЖЛИВІ ВАРИАНТИ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПРАДЕРА-ВІЛЛІ.....	270
А.В. Ковтун, В.Р. Артеменко	
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНОЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	270
М.О. Корнієнко	
ПРОБЛЕМА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ В ПЕДІАТРІЇ.....	271
Т.М. Крохмальна	
ВНУТРІШНЬОУТРОБНІ ГЕРПЕСВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ.....	271
О.О.Купрата	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ДИНАМІКА ІНТЕНСИВНОСТІ ЦИРКУЛЯЦІЇ ЕНТЕРОВІРУСІВ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2014-2017РР.....	272
О.В.Куцак	
ПОШИРЕНІСТЬ ГЕНОТИПІВ ТА АЛЕЛЕЙ ПОЛІМОРФНОГО МАРКЕРА Ile50Val ГЕНА IL4RAУ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ТА ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ВІННИЧЧИНИ.....	273
Л.І. Левицька	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ВІТРИАНУ ВІСПУ У ДІТЕЙ.....	273
А.Ф.Летнянка,В.В.Кришталь	
ВТОРИННА ЛАКТАЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ, ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА.....	274
А.В.Майчук	
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ КРОПИВ'ЯНКИ У ДІТЕЙ.....	275
А.М. Москаленко, І.В. Цибрій	
КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ДІТЕЙ .....	275
О. С. Мотузенко	
ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В КАТЕГОРІЇ ЕКСТРЕМАЛЬНО НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ .....	276
І.В.Олійник,Є.Г.Отрубчак	
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ.....	277
Павлік О. В., Габрук І. І. Рауцкіс В.П.	
ПРИЧИНИ ГОСТРОЇ КРОПИВ'ЯНКИ .....	277



В.Ю.Пасік	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.....	278
М.В.Пилипчук	
ЗМІНИ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ДІТЕЙ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП ПІД ВПЛИВОМ ПРИЙОМУ МЕТОТРЕКСАТУ ТА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ РІЗНИХ ФОРМ ВИПУСКУ.....	279
М.В.Писарцова,Т.Ю.Повшедна, Р.Л.Любевич	
ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК У ДІТЕЙ: НАСТАНОВИ ТА КЛІНІЧНА ПРАКТИКА.....	279
К.І. Пікульська, О.В. Українець	
СТАН ОБІЗНАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ СТОСОВНО ВАКЦИНАЦІЇ ВІД ГРИПУ.....	289
М.С. Саленко	
АНТИАРИТМІЧНА ТЕРАПІЯ. ВПЛИВ АМІОДАРОНУ НА ГОРМОНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ (ДВОРІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ).....	281
Н.С. Склярчук, О.С. Федорів,К.В. Семенова	
ГЕНЕТИЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ СИНДРОМУ ЖИЛЬБЕРА.....	281
А.С. Слюсаренко, І.В. Хомич	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ЕКСУДАТИВНОЇ ЕНТЕРОПАТІЇ У ДІТЕЙ.....	282
В. А. Стародуб	
СИНДРОМ СИСТЕМОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПРИ ПНЕВМОНІЯХ У ДІТЕЙ.....	283
В.О.Тищенко	
ЛІКУВАЛЬНА ГІПОТЕРМІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ГІПОКСИЧНО-ШЕМІЧНИХ УРАЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ.....	283
В.О.Тищенко	
ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ НА ФОНІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ.....	284
Т.І. Трофімчук	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНІНГІТІВ У ДІТЕЙ.....	285
Т.М. Хлипняч	
РОЛЬ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ(ГВУІ) У СТРУКТУРІ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТІ ПЛОДІВ ТА НЕМОВЛЯТ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	285
А.В.Хромих	
ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ МАРКЕРИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА В ДІТЕЙ З ТЕТРАДОЮ ФАЛЛО ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОЇ КОРЕКЦІЇ.....	286
О.Б.Шевня	
ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ В СУМІ З ПРОФЕСІОНАЛІЗМОМ СКЛАДАЮТЬ ДОВІРУ ПАЦІЄНТА.....	287
А. А. Шидлівська	
ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ТА ЛІМФОЦИТАРНОГО ІНДЕКСУ ТА СТУПЕНЮ ІНТОКСИКАЦІЙНОГО СИНДРОМУ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА КІР.....	287
<b>ТЕРАПІЯ</b>	
<b>THERAPY.....</b>	<b>289</b>
Abah Lind Ejura	
ASYMPTOMATIC MICROFILARAEMA DOES NOT PROGRESS TO AMICROFILARAEMIC LYMPHATIC DISEASE, IN WUCHERERIA BANCROFTI .....	290
Nokuzola Nicole Mashonganyika	
REPOLARIZATION INHOMOGENEITY IN PATIENTS WITH MITRAL VALVE PROLAPSE.....	290
Н.В. Бецько, В.О. Бомбел	
ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ У ХВОРИХ НА РА: ЗВ'ЯЗОК З АКТИВНІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	290
Т. І. Bevz	
CLINICAL COURSE OF CHRONIC HEPATITIS C WITH TLR4 GENE POLYMORPHISM.....	291
<u>Kannappan Vignesh Chenna</u>	
EPIDEMIOLOGY OF PROFESSIONAL NEOPLASMS AMONG INDUSTRIAL WORKERS IN INDIA.....	292
А.М.Бобр	
ОЦІНКА ЧАСТОТИ НАЯВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.....	292
А.М. Бобр	
ОЦІНКА НАЯВНОСТІ І ВИРАЗНОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ТА ВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ШЛУНКОВУ ДИСПЕПСІЮ ТА МОЖЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ .....	293
О.О. Боровська, В.О. Ветрова	
СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ДЕПРЕСІЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	294

А.В.Бронюк	
«ВІК СЕРЦЯ/СУДИН» У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ – ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ ЗА ФРЕМІНГЕМСЬКИМИ КРИТЕРІЯМИ.....	294
Бугай Я. В.	
РЕСПІРАТОРНА МАСКА БАКТЕРІАЛЬНОГО ЕНДОКАРДИТУ: АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ.....	295
<u>М. С. Булан</u> , В. А. Булан	
ОСОБЛИВОСТІ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ У ФІГУРНОМУ КАТАННІ.....	295
М. С. Булан	
ДЕПРЕСІЯ ЯК ОБТЯЖУЮЧИЙ ФАКТОР СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	296
<u>В. О. Велічко</u>	
ОСНОВНІ КРИТЕРІЇ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ.....	296
В.О.Ветрова, О.В.Телегузова	
ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ГЕПАТОЦЕЛЮЛЯРНОЇ КАРЦИНОМИ ПРИ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТАХ.....	297
<u>І.І.Габрук, О.В. Павлік</u>	
ВИПАДОК ДІРОФІЛЯРІОЗУ.....	298
Р.А. Гетьман	
ОЦІНКА РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ВНАСЛІДОК ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТАТУЮВАЛЬНИКІВ.....	298
М.М. Гурін, О.Я. Клімчук, Е.В. Вдовиченко	
ПОШИРЕНІСТЬ ЛІПОДИСТРОФІЙ ТА ВПЛИВ НА СТАН КОМПЕНСАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ.....	299
Давидова В.О.	
ЕТИОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ОЦІНКА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ЗА ДАНИМИ ЛОКАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	299
І.В. Данильченко, А.М. Мельник	
ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ПОКАЗНИКИ КОМПЕНСАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ.....	300
Т.Д. Данілевич	
КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ РІВНЕМ АЛЬДОСТЕРОНУ ТА РІЗНИМИ КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ЧАСТИМИ РЕЦИДИВАМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	301
<u>Я.М. Демчишин</u>	
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ БОТУЛІЗМУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	302
А.О. Довгань	
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХОЗЛ ЗА СУПУТНИХ РОЗЛАДІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ.....	302
В.О. Дроворуб, О.Н. Винокурова	
ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА APRI В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С.....	303
В.Л. Лісовський	
ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА АПО Е ЯК МОЖЛИВИЙ ФАКТОР ВИЗНАЧЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, МЕШКАНЦІВ ПОДІЛЛЯ.....	303
В.П. Іванов, <u>М.О. Колесник</u> , О.М. Колесник	
КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИСТОЛІЧНОЮ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ПОРУШЕНЬ ОБМІНУ ЗАЛІЗА. ЕФЕКТИВНІСТЬ ФЕРОТЕРАПІЇ.....	304
Т.П. Камлук	
РІВЕНЬ ГАЛЕКТИНУ – 3 У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ У ГЕНДЕРНО – ВІКОВОМУ АСПЕКТІ.....	305
<u>О.М. Казмірчук</u> , М.В. Пилипчук	
АНАЛІЗ СТАНУ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА САЛЬМОНЕЛЬОЗ У М. ВІННИЦІ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДОРОСЛИХ НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ.....	305
<u>Д. М. Козюк</u> , К. Д. Чічірельо-Константинович	
РОЛЬ ВЕБ-ІНФЕКЦІЇ В ГЕНЕЗІ ЗЛОЯКІСНИХ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНИХ СИНДРОМІВ: КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР.....	306
В. Л. Кобець	
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ БОКСЕРІВ.....	307
<u>Д. М. Козюк</u> , К. Д. Чічірельо-Константинович	
ЗЛОЯКІСНИЙ ПЕРЕБІГ X- ЗЧЕПЛЕНОГО ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНОГО СИНДРОМУ ПРИ ХВОРОБІ ДУНКАНА У ХВОРОГО З ХРОНІЧНОЮ ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	307
Кострубська Т.М.	
НЕЗАЛЕЖНІ ПРЕДИКТОРИ КАРДІОПРОТЕКТИВНОГО ЕФЕКТУ КОМБІНАЦІЙ РАМПРИЛУ З ІНДАПАМІДОМ В ЧОЛОВІКІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ...308	

<u>Б. І. Кохан</u> , Р.О. Картелян, К.В. Коломієць	
ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ВІКУ .....	308
Д.Р. Крамаренко	
СМЕРТНІСТЬ ТА ЇЇ ПРИЧИНИ У ЛЮДЕЙ З ДІАГНОСТОВАНИМ ВІЛ ПІСЛЯ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ: АНАЛІЗ УКРАЇНИ, ВЕЛИКОБРИТАНІЇ, УГАНДИ.....	309
<u>Д.Р. Крамаренко</u> , І.І. Габрук, Т.А. Венгер, О.С. Мотузенко	
ПЕРЕВАЖАЮЧИЙ ТИП СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ НЕФРОЛОГІЧНОГО ТА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕНЬ .....	310
М.І. Кривонос	
СУЧАСНІ РАДІОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ДИВЕРТИКУЛІВ В ШЛУНКОВО-КИШКОВОМУ ТРАКТІ.....	310
О.О. Ксенчин, А.О. Сірко, Г.Б. Сокольвяк	
ГЕРХ: ТОПОГРАФО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ КИСЛОТОПРОДУКУЮЧОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА .....	311
Т. В. Кузьмінець	
НИРКОВА ЗАМІСНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК ВСТАДІЇ .....	312
<u>Є. С. Лагно</u>	
МЕЛАНОМОРФНІ НЕБУСИ, ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ.....	312
В.В. Ларіонов , А.В. Олійник	
НОВІ ПІДХОДИ ДІАГНОСТИКИ OVERLAPSYNDROME.....	313
<u>Ю.С.Лисенко</u> , А.М. Никорович	
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ РАКУ НИРОК.....	313
<u>Т.О. Луцюк</u> , В.Ю. Коноваленко	
ОЦІНКА РИЗИКУ ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ ТА ГЕМОРАГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЛІМФОБЛАСТНИЙ ЛЕЙКОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД ІМУНОФЕНОТИПУ БЛАСТНИХ КЛІТИН.....	314
Г.Ф. Марченко	
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ У ПОСДНАННІ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ .....	315
І.Мигович, О.С.Яковенко	
ЧАСТОТА ГЛЮКОКОРТИКОЇД-ІНДУКОВАНОГО ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ РЕВМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ.....	315
<u>О.М. Миколайчук</u> , <u>К.Ю. Зубчук</u>	
МНОЖИННА МІЄЛОМА У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ.....	316
В.В. Михальчишена	
ЗАСТОСУВАННЯ «БЕТАРГІНУ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ З ТОКСИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ НА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНУ ТЕРАПІЮ.....	317
<u>М. С. Музика</u> , Б.С. Соколенко	
ТРАВМАТИЗАЦІЇ КИСТІ І ПРОМЕНЕВО-ЗАП'ЯСТНОГО СУГЛОБА, ЯК ПРОФЕСІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ, У СПОРТСМЕНІВ РІЗНИХ СПОРТИВНИХ ГРУП .....	317
М.С. Назарова	
КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ ІХС ІЗ ПІСЛЯІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЛАБОРАТОРНИХ МАРКЕРІВ АФС.....	318
Є.Г. Отрубчак	
РОЗРОБКА НОВОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ АНДРОГЕНЕТИЧНОЇ АЛОПЕЦІЇ.....	319
<u>О.В.Павлік</u>	
ВИЗНАЧЕННЯ ЧАСТОТИ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ТА СТУПЕНЯ ПОШКОДЖЕННЯ КУЛЬШОВИХ ТА КОЛІННИХ СУГЛОБІВ.....	319
В.В. Панковецький, А.І. Манюта	
РЕНТГЕНАТОМІЧНІ ПАРАМЕТРИ ПОПЕРЕЧНОГО ДІАМЕТРУ АОРТИ ПРИ ГОРИЗОНТАЛЬНОМУ ПОЛОЖЕННІ ТІЛА У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ.....	320
<u>О. Р. Пелех</u> , Х.А. Зосимчук	
ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ У ХВОРИХ ЗАЛЕЖНО ВІД РЕЖИМУ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯЦІЇ.....	321
М.В.Пилипчук	
СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ З СЕРЕДНІМ РІВНЕМ ФРАКЦІЇ ВИКИДУ: ОЦІНКА ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ.....	321
<u>М.В. Писарцова</u>	
ВИКОРИСТАННЯ CAR T-КЛІТИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗІВ.....	322

Плотиця Б.В. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З ПОКАЗНИКАМИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ.....	322
В.Л. Побережець ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ДИСФУНКЦІЇ СКЕЛЕТНИХ М'ЯЗІВ.....	323
С.І. Поніна ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ САРКОПЕНІЇ.....	324
А.А. Попик ПРОТОЧНО-ЦИТОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ГІСТОЛОГІЧНОЇ ФОРМИ.....	324
О.В. Рибчич, Ю.С. Семенович, А.Є. Бухштаб СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНО КИШЕЧНИКА: СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ.....	325
<u>К.Ю.Рудюк, О.В.Качуровська</u> ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ПАНКРЕАТОГЕННИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ПОДІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ.....	326
<u>І.С. Самойдюк, А.В. Багінська</u> СУЧАСНА АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ.....	326
<u>С.О. Сучок</u> ВИВЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ З ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ.....	327
<u>О.Ю. Семенківська</u> РІВЕНЬ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ СІМЕЙНИХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР В ЗАКЛАДАХ ПМД.....	328
<u>Н.В. Сторожук, Я.Й. Тросцінська</u> ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧАСТОТИ РЕСТЕНОЗУ І РЕТРОМБОЗУ ВІД ТИПУ СТЕНТА У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ПЕРКУТАННОЇ АНГІОПЛАСТИКИ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ.....	328
<u>К.М. Третьякова</u> ПОРІВНЯННЯ ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ РІЗНИХ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ.....	329
<u>В. А. Тростенюк, Л.В. Прядко</u> ФЕНОТИПОСПЕЦИФІЧНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....	330
К.С. Тимошук ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ СТРЕСОВОСТІ У СТУДЕНТІВ РІЗНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ.....	330
<u>О.І. Ревчук Ю.Р. Христофор</u> ПРОФЕСІЙНІ ХВОРОБИ МУЗИКАНТІВ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА.....	331
Ю.Р. Христофор ДЕФІЦИТ ВІТАМІНУ D В ГЕНЕЗІ ЕНДОКРИННОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	331
<u>М.В.Черноконь</u> ЗНИЖЕННЯ ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ ЯК ДОДАТКОВИЙ ФАКТОР РИЗИКУ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	332
К. Д. Чічірельо-Константинович ПОЛІМОРФІЗМTLR4 +3725 G/C ЯК ПРЕДИКТОР ВАЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ ЗА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ПЕРСИСТЕНЦІЇ.....	333
<u>А.Р. Чорна, Н.В. Мамчур</u> ВПЛИВ РАДІОХВИЛЬОВОГО ЛІФТИНГУ НА ШКІРУ ТА ПІДШКІРНО ЖИРОВУ КЛІТКОВИНУ.....	333
С.В.Шевчук, <u>О.В.Звягіна</u> ЗВ'ЯЗОК ВІКОВИХ ТА СТАТЕВИХ ЧИННИКІВ З ВАЖКІСТЮ ПЕРЕБІГУ ТА АКТИВНІСТЮ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ.....	334
<u>О.В. Юрій, Т.О. Зайцева</u> РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ... ПОЧАТОК ВИПРОБУВАНЬ.....	334
Т.О. Юхименко, Г.М. Липівський ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	335
І. Р. Ярова ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ АКАНТОЛІТИЧНОЇ ПУХИРЧАТКИ. ПОХОДЖЕННЯ І ФУНКЦІЇ АКАНТОЛІТИЧНИХ КЛІТИН ТЦАНКА ПРИ ВУЛЬГАРНІЙ ПУХИРЧАТЦІ.....	336
<b>НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ</b> <b>NEUROLOGY AND PSYCHIATRY.....</b>	<b>337</b>

KannappanVigneshChenna, SokotRoksolanaMykolayivna ANALYZING THE COORELATION BETWEEN CIRCADIAN RHYTHM AND DEPRESSION.....	338
В.С.Абгарова, О.В. Чемеринська СПИНАЛЬНИЙ ДІЗРАФІЗМ. МІСЛОМЕНГОЦЕЛЕ.....	338
Л.А. Автенюк, Є.В. Діхтяренко ПРОГРЕСУЮЧІ М'ЯЗОВІ ДИСТРОФІЇ (МІОПАТІЇ) З ОПИСОМ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ.....	339
О. Ю. Бабійчук, А.П. Гунько ХРОНІЧНИЙ ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТРЕС ТА ЙОГО НАСЛІДКИ В УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНОГО ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ НА СХОДІ УКРАЇНИ. ....	339
Е.В. Вдовиченко, М.М. Гурін, О.Я. Клімчук ВПЛИВ КОФЕЇНУ НА ЗМІНУ РУХОВИХ СИМПТОМІВ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА.....	340
В. О. Велічко ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАНЬОГО ДИТЯЧОГО АУТИЗМУ.....	341
І.А. Волков, Я.В. Джадан ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ПІД ВПЛИВОМ РІЗНИХ ФОРМ БАТЬКІВСЬКОГО ВИХОВАННЯ.....	341
О.В. Горошинська НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ТА НЕЙРОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ПАНІЧНИХ АТАК (ПА).....	342
Б. А. Гунько, С. Ю.Шевчук КЛІНІКО – ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ ТА ППОВЕДІНКИ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	343
О. В. Іванюк НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ, ЩО ОТРИМУЮТЬ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В НЕФРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ.....	343
Д.И. Имереков НЕСТАБІЛЬНОСТЬ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКОГО И ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА. ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ.....	344
О. В. Іванюк НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ДІТЕЙ, ЩО ОТРИМУЮТЬ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ В НЕФРОЛОГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ.....	345
Колеснік О.О., Капталан А.О., Мащенко С.С. ВЕГЕТАТИВНИЙ СУПРОВІД ФОРМУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ.....	345
В.А. Король ПОРУШЕННЯ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПРОХОДИЛИ СЛУЖБУ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ.....	346
В.В. Лагода ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	347
В.О. Ларін, Н.С. Гончарова, І.В. Циганкова ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПСИХІКИ У ЖІНОК З ОНКОПАТОЛОГІЄЮ.....	348
В.М. Ліха, Е.В. Донцова КЛІНІЧНА КАРТИНА НЕРОВОГБУЛІМІУ ЖІНОК МОЛОДОГО ВІКУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	348
Ю.І. Лоборгас СУЧАСНІ АСПЕКТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА.....	349
Р. А. Нікоряк ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	350

В. Л. Петречук, А.А. Моїсеєнко, Т.О. Струкевич МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МЕТФОРМІНУ У ВТОРИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ.....	350
Т.І. Плазовський, М.В. Гнедько, Л.В. Прядко, О.В. Качуровська ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВОРТИОКСЕТИНУ У ПАЦІЄНТІВ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ НА ФОНІ ВЕЛИКОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ.....	351
С.І. Поніна ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ З ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ.....	351
Л.В. Прядко, О.В. Качуровська, К.Ю. Рудюк, Т.І. Плазовський СУЧАСНІ АСПЕКТИ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ: ЗАСТОСУВАННЯ ІМІТАТОРА ОПОРНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ПРИ СИНДРОМІ ГІСНА-БАРЕ.....	352
Н.С.Ракита АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕННЯ РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА ПРИ РАССЕЙНОМУ СКЛЕРОЗЕ.....	352
С.О. Росохай ОЦІНКА ВПЛИВУ ТРИВОЖНОСТІ НА ФОРМУВАННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ.....	353
Семененко К.М. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ СИНДРОМУ НЕЙРОЛЕПТИЧНОЇ ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЇ.....	354
Семененко К.М. ГІПЕРАКУЗІЯ ЯК ПРОЯВ ТА ЧИННИК ТРИВОЖНОСТІ У КОМБАТАНТІВ.....	354
Л.А. Тереховська ОСОБЛИВОСТІ ДИСФОРІЧНИХ РОЗЛАДІВ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	355
О.О. Токарчук, М.І. Шулякова СОЦІАЛЬНИЙ ДРЕЙФ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПТСР ТА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ.....	355
Д.О. Фікс, Д.В. Глухонюк РЕГІСТР ІНСУЛЬТУ У М.ВІННИЦЯ ЗА 2017 РІК.....	356
М.П. Хоцевич КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ НЕВРОТИЧНОГО РЕГІСТРУ.....	357
М.О.Чухлеб ЛАЙМ-БОРЕЛЛІОЗ В ХАРЬКОВСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	357
Д.В. Шуба ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ.....	358
Д.Г. Шишковський АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ ТА ТЕМПЕРАМЕНТУ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ І ЇХ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗАЦІЮ ЕМОЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ ОСОБИСТОСТІ.....	359

## **ХІРУРГІЯ SURGERY.....360**

Ceasovschi A., Sorodoc V., Aursulesei V., Tesloianu D., Jaba I. M., Stoica A., Sirbu O., Grigorescu D. E., Tuchilus C., Anisie E., Obreja M., and Sorodoc L. THE IMPORTANCE OF NEOPTERIN USE IN LERICHE-FONTAINE STADIALIZATION OF PERIPHERAL ARTERY DISEASE.....	361
Takyi Collins, I.O. Karpenko, O.V. Gorovyuy, A.V. Kyshenko RESULTS OF SIMULTANEOUS PREPERITONEAL INGUINAL HERNIAS REPAIR DURING ONE-STAGE RETROBUPIC PROSTATECTOMY.....	361
L.A. Khrystych, G. V. Osadchuk CHANGES IN CORNEAL ENDOTHELIAL CELL DENSITY IN PATIENTS WITH DIFFERENT STAGES OF OPEN-ANGLE GLAUCOMA.....	361

Ю.В. Бабій	
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЛЕЙОМІОМИ СТРАВОХОДУ І ШЛУНКУ .....	362
М.О. Бартків, Д.С. Прохорчук	
КІСТИ ПЕЧІНКИ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ. ....	363
Н.А.Барціховська, В.В.Корольчук	
МЕДИЧНІ І ЕКОНОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РІЗНИХ ТАКТИК КОНТРОЛЯ СТАНУ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У КОМАТОЗНИХ ХВОРИХ З ОРОТРАХЕАЛЬНОЮ ІНТУБАЦІЄЮ І НАЗОГАСТРАЛЬНИМ ХАРЧУВАННЯМ.....	364
Д.В. Белясов	
ВИЗНАЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНИХ ТЕРМІНІВ ЗАКРИТТЯ ТОВСТОКИШКОВИХ СТОМ У ДІТЕЙ.....	364
Н.В. Бецько, В.С. Красноштан	
РОЗРОБКА УНІФІКОВАНОГО ПРОТОКОЛУ З ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ПРОТИШОКОВОЇ ПАЛАТИ.....	365
Г. Ю. Боханов	
АЛЛОПРОТЕЗУВАННЯ ТРАХЕЇ ПРИ ПОДОВЖЕНІЙ ЦИРКУЛЯРНІЙ РЕЗЕКЦІЇ.....	365
А.С.Біліченко	
Психологічна реабілітація як складова Індивідуальної програми реабілітації інвалідів по зору.....	366
О.Ю. Браніцький	
ВПЛИВ НАБУТОГО ПАТЕРНУ ХОДЬБИ ПРИ ТРИВАЛОМУ ПЕРЕБІГУ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО КОКСАРТРОЗУ НА ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ.....	367
К. О. Буткевич, І.М. Круковська	
МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР З ПРОБЛЕМИ РАКУ ШКІРИ.....	367
Ю.О. Василюк	
СИНДРОМ НИЗЬКОГО СЕРЦЕВОГО ВИКИДУ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ АКШ.....	368
.В.Вдовиченко	
ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ІНФОРМОВАНОСТІ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ, МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО УСВІДОМЛЕННЯ ВАЖКОСТІ ДАНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ (ДАНІ ОПИТУВАННЯ).....	369
А.А.Вікторов, О.О.Лебідь	
УСКЛАДНЕННЯ ПЕРВИННОГО ПРОТЕЗУВАННЯ У ХВОРИХ З АСЕПТИЧНОЮ НЕСТАБІЛЬНІСТЮ АЦЕТАБУЛЯРНОГО КОМПОНЕНТА ЕНДОПРОТЕЗА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА.....	369
А.В. Гороховський, О.В. Забуранна	
ВРОДЖЕНА КІЛЕПОДІБНА ДЕФОРМАЦІЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ: МОНОПАТОЛОГІЯ ЧИ СКЛАДОВА ЧАСТИНА МУЛЬТИСИСТЕМНИХ ПОРУШЕНЬ У ДИТЯЧОМУ ОРГАНІЗМІ?.....	370
В.О.Гошовська	
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМБІНОВАНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ КАТАРАКТІ ТА ПЕРВИННІЙ ВІДКРИТОКУТОВІЙ ГЛАУКОМІ.....	371
Д.І. Гребенюк, В.І. Стойка, Я.В. Радьога, В.С. Собко, А.М. Паньків	
МІНІІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ У ЛІКУВАННІ ГЕМАНГІОМ ПЕЧІНКИ.....	371
Д.І. Гребенюк, О.В.Столярчук, Н.А.Ляховченко, О.М.Білик, К.М. Паньків	
ДИНАМІКА МАРКЕРІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В РАННІЙ ФАЗІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ.....	372
О.А.Гусак, М.-Ю.І.Петришина, В.Ю.Кошоваленко	
АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ КОНТАКТНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ.....	373
С.А. Дзьоник	
ЛІКУВАННЯ ВАРІКОЦЕЛЕ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ.....	373
В.Л.Жебелев	
Вивчення лікування гіперспленізму у дітей.....	374
Т.О. Зайцева, О.В. Юрій	
ПРОКАЛЬЦИТОНІН ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР ГЕНЕРАЛІЗАЦІЇ ІНФЕКЦІЇ ТА ЙОГО РОЛЬ У ДІАГНОСТИЦІ СЕПСИСУ.....	375

П.Л. Залуцький	
ПІДХІД ДО ВИБОРУ ДОСТУПУ В ХІРУРГІЇ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ.....	375
І. В. Зубченко, Є. М. Петрунь	
ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА КОРЕКЦІЯ АБДОМІНАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛИТИМ ГНІЙНИМ ПЕРИТОНІТОМ.....	376
А.М. Каяфа, М.М. Маціпура	
ВІДДАЛЕНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.....	377
І.С. Кедровська	
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СПОСОБІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПУПОЧНОЇ ГРИЖІ.....	377
Кіщук В.В., А.С. Існюк, Н.С. Кученко	
ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ.....	378
В.В. Кіщук, Я.П. Грицун, В.В.Колісник	
ВПЛИВ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ НА ПОКАЗНИКИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ НА СКЛЕРОМУ.....	379
Л.О. Килимнюк	
ПРОГНОЗУВАННЯ ПОРУШЕННЯ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ НА ОСНОВІ АНАЛІЗУ ДЕТЕРМІНОВАНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ.....	379
Л.О. Килимнюк, В.М. Ковальчук, О.П. Ренкас	
ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ОБУМОВЛЕНИХ ТРАВМОЮ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ОСТЕОРЕПАРАЦІЇ.....	380
Л.О. Килимнюк	
КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ.....	381
В. Л. Кобець, С. І. Поніна	
ДІАГНОСТИЧНА ТА ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ КРИТЕРІЇВ SIRS У ДІТЕЙ.....	381
О.С.Кобзіна	
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА МІОПІЮ, ЩО КОРИСТУЮТЬСЯ НІЧНИМИ ОРТОКЕРАТОЛОГІЧНИМИ ЛІНЗАМИ PARAGON .....	382
К. В. Коломієць, Р. О.Картелян	
ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЇ ТУГОВУХОСТІ РІЗНИХ СТУПЕНІВ.....	382
О.О. Крюкова	
РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГНІЙНИЙ МЕДІАСТИНІТ.....	383
Є. С. Лагно	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА.....	384
Б.О. Левчук, І.В. Бабій, А.Е. Гурніцький, В.О. Манюк., І.І. Конопельник	
ДО МЕТОДИКИ СКЛЕЮВАННЯ АПОНЕВРОЗУ ЗОВНІШНЬОГО КОСОГО М'ЯЗА ЖИВОТА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ.....	384
Леванчук А.С., Леванчук С.М., Ларіонов М. В.	
ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНИХ ТА ЕНДОВАЗАЛЬНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	385
Лемешов О.С.	
ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ НЕРВІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ НЕЙРОРАФІЇ.....	386
Б.Е.Лі	
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ НАДАННІ ПЛАНОВОЇ ТА УРГЕНТНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	387
Н.Л. Літвінцова	
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН У ДИТИНИ ІЗ ГОСТРИМ ЛІМФОБЛАСНИМ ЛЕЙКОЗОМ.....	387
С.О. Луговий	
ОСОБЛИВОСТІ ТА ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ХВОРОБИ КРОНА У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2008-2018 Р.Р.....	388



Р.Л.Любевич, Т.Ю.Повшедна, В.В. Максимчук ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTI ТА РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ГОЛОСОВОГО АПАРАТУ У ВОКАЛІСТІВ.....	389
Р.Л. Любевич, К.Ю. Рудюк РЕНТГЕНОЛОГІЧНИЙ СИМПТОМ СКРИПІЧНОГО КЛЮЧА ПРИ ДРЕНУВАННІ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ТА НИРКИ СТЕНТОМ.....	389
О.Ю. Макарицька ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	390
Макаров В.М. ДОСЯГНЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ.....	390
Н.О. Максимчук ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ СОРБЛАКТУ ТА L-АРГІНІНУ НА СТАН ІОНОРЕГУЛЯТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОТОКСИКОЗОМ У ПЕРІОДІ ЙОГО РОЗВИТКУ .....	391
О.А. Мартинова СУЧАСНІ МЕТОДИ ЗУПИНКИ НОСОВИХ КРОВОТЕЧ.....	391
М.М. Маціпура, Л.О. Килимнюк ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПРОЦЕСІВ ЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПІД ВПЛИВОМ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ В УМОВАХ НЕСТАБІЛЬНОГО ОСТЕОМЕТАЛОСИНТЕЗУ .....	391
А.А. Моїсєнко, С.С. Малеш ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛОКАЛЬНОЇ БІОЛОГІЧНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ РЕПАРАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА.....	392
А.Ю.Муляр ІНФЕКЦІЯ М'ЯКИХ ТКАНИН,ВИКЛИКАНА АСІНЕТОВАСТЕРВАУМАННІІ.....	392
Мустафа Бассам Хуссейн ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ ШВІВ ШИЙНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ЕЗОФАГОПЛАСТИЦІ.....	393
Є.В. Неймановський ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ У ВИБОРІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ІНВАГІНАЦІЇ КИШОК У ДІТЕЙ.....	394
Л.І.Нетребін ЗЛОЯКІСНЕ НОВОУТВОРЕННЯ ЛІМБА ТА КОН'ЮКТИВИ.....	394
Б.Л. Павленко, В.О. Терещук ЗАСТОСУВАННЯ ДИСТРЕПТАЗИ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З АПЕНДИКУЛЯРНИМ ПЕРИТОНІТОМ.....	395
О. Ю. Павлівська, В. О. Задорожнюк ВПЛИВ ЗНЕВОДНЕННЯ НА СТАН ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ТА ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.....	396
В.Л. Петречук, Т.О. Струкевич ОСНОВНІ УСКЛАДНЕННЯ У ЩУРІВ ПІСЛЯ НЕФРЕКТОМІІ.....	397
М.-Ю.І. Петришина, О.А.Гусак ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ ГОСТРОЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЇ ШЕМІЇ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ.....	397
А.В.Плужник, Т.М.Гомон, Н.Ю.Косеченко, О.С.Гончарук, А.В.Вигонюк. ВИРАЖЕНІСТЬ ТА АДЕКВАТНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПОРОДІЛЬ .....	398
Н.В. Плющик, О.Д. Бондарчук, А.С. Існюк РЕГЕНЕРАЦІЯ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ З ВИКОРИСТАННЯМ БКС «СИНТЕКІСТКА» IN VIVO.....	398
Н.В.Плющик, К.Й.Баркасі СПОСІБ ВИКОРИСТАННЯ ГЕННО-ІНЖЕНЕРНОГО ВАРІАНТУ ПРИРОДНОГО ФЕРМЕНТУ ДОРНАЗА- АЛЬФА У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ХОЛАНГІТУ.....	399
Н.Ю. Пляцко В.О. Мовчанюк КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ОБМЕЖЕНИМИХРЯЩОВИМИ ДЕФЕКТАМИ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	400
Пономаренко В.Ю., Дмитренко І.В СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД ТА ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ РОНХОПАТІЇ ТА СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО	

АПНОЕ ПІД ЧАС СНУ(СОАС).....	400
І. Ю. Пшенична	
МОДЕЛЬ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ У ЩУРІВ ІЗ МОЖЛИВІСТЮ ЇЇ БЕЗОПЕРАЦІЙНОЇ ЛІКВІДАЦІЇ...	400
В. П. Рауцкіс	
РОЛЬ ДЕРМАТОСКОПІЇ В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ДОБРОЯКІСНИХ ТА ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ.....	401
К.Ю.Рудюк, О.В.Качуровська, Л.В.Прядко, Р.Л.Любевич, Т.Ю.Повшедна	
МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ СОЛІДНО-ПСЕВДОПАПІЛЯРНОЇ ПУХЛИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЇХ РОЛІ У ВЕРИФІКАЦІЇ КІНЦЕВОГО ДІАГНОЗУ.....	402
І.Д. Савранська, А.Р. Новак, К.О. Цвіркун	
ДИНАМІКА МАРКЕРІВ ХІРУРГІЧНОГО СТРЕСОРНОГО ВПЛИВУ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ З ПРИВОДУ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ.....	402
І.І.Савчук, Д.О.Кузьменко, Я.В.Вороновський	
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ.....	403
Д. В. Сімчук	
ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМИ TOP CLOSURE В ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	404
С.С. Скальський	
ЗМІНА МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ГНІЙНИХ РАН ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ ПІДВИЩЕНИМ КЕРОВАНИМ ТИСКОМ АЕРОДИСПЕРСНОЇ СУМІШІ.....	404
В.А. Стародуб	
ХАРАКТЕРИСТИКА ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ, ВЛАСТИВОСТЕЙ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З КРИТИЧНИМИ СТАНАМИ.....	404
В.Т. Стах	
КОНТАКТНА ТЕРМОМЕТРІЯ, ЇЇ ЗНАЧЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ СПАЗМУ АКОМОДАЦІЇ, ПРИ ПОРУШЕННЯХ РЕФРАКЦІЇ.....	405
С.О. Сучок	
ГОСТРА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ У ДІТЕЙ.....	406
В.Ю. Тетарчук	
ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ОРГАН ЗОРУ.....	406
І.І. Токмакова, О.В. Степаненко	
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ РОБОТ-АСИСТОВАНОЇ ХІРУРГІЇ (РАХ) І ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ.....	407
В. А. Тростенюк	
ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ГОЛОВИ ЗА СЕРДЖИО КАНАВЕРО – УСПІХИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....	407
Т.І. Трофімчук	
СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ПЕРІПАРТАЛЬНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ЖІНОК ІЗ ГРУПИ РИЗИКУ.....	408
К.О. Цвіркун, А.Р. Новак, А.О. Тімошенко	
РАНОЗАЖИВЛЮЮЧА КОМПОЗИЦІЯ.....	409
С.О. Чаговець, К.Ю. Бортник, Ю.І. Івантєєва, Ю.В. Курчанова, А.Ю. Мороз	
ШКІРНА ПЛАСТИКА МІСЦЕВИМИ ТКАНИНАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПІКОВИХ РУБЦЕВИХ КОНТРАКТУР КИСТІ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МЕТОДИКИ.....	410
І. А. Чирва	
ЧЕРЕЗШКІРНЕ МІНІМАЛЬНО-ІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ.....	410
О.В. Юрій	
СУЧАСНІ АСПЕКТИ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПРОСТАТИ. ПРОГНОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МОРФОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ПУХЛИНИ.....	411
Д.А. Яценко	
ВПЛИВ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРУ РОСТУ - $\beta$ НА ПРОДУКЦІЮ ЗОВНІШНЬО КЛІТИННОГО МАТРИКСУ СКЛЕРИ ПРИ МІОПІЇ.....	412

# СТОМАТОЛОГІЯ STOMATOLOGY.....413

Mohamed A.A.Youssif FEATURES OF REGENERATIONS IN POSTOPERATIVE WOUND OF HEAD AND NECK IN ONCOLOGY.....	414
MuhamedAbdelrahman EFFECTIVENESS OF TREATMENT THE PATIENTS WITH VITAL TOOTH DISCOLORATION BY LASER BLEACHING.....	414
Беляєв П.В. АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ.....	415
О.О.Васюхник, Н.М. Ісакова ПРОФІЛАКТИКА КАРІЕСУ У ДІТЕЙ ВІД 0 ДО 3 РОКІВ ЗАСОБАМИ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА РОТОВОЮ ПОРОЖНИНОЮ BRUSH-BABY.....	416
А. В. Веретільник СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПАТОГЕНЕЗ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА.....	416
І. О. Волохатюк ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОМАСАЖУ ЯСЕН РАДОНОВО-ВУГЛЕКИСЛИМИ ВОДАМИ ПРИ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ .....	417
Д.Л.Давитян, А.А.Нечпай ОТ ОРУДИЯ ПЫТКИ К ИНСТРУМЕНТАМ КОМФОРТА.....	418
Р.О. Іванов ОЦІНКА ОКЛЮЗІЙНИХ ТА АРТИКУЛЯЦІЙНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ ЗУБНИХ РЯДІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МЕТОДІВ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ МОСТОПОДІБНИМИ ПРОТЕЗАМИ.....	418
І.А. Короленко ГЛОСАЛГІЯ ЯК ФАКТОР, СУПУТНІЙ КСЕРОСТОМІЇ.....	419
С. М.Костерина ВИЗНАЧЕННЯ КИСЛОТНО-ЛУЖНОЇ РІВНОВАГИ РОТОВОЇ РІДИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МНОЖИННИМ КАРІЕСОМ ЗУБІВТА НЕЗАДОВІЛЬНИМ РІВНЕМ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА.....	420
Н.В.Котик ВИКОРИСТАННЯ ІМ-АКТИВАТОРІВ В ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ ПРИКУСУ І ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ МАЙБУТНІХ СТІЙКИХ АНОМАЛІЙ.....	420
Н.В. Котик, В.С.Поліщук, О.О. Руденко ВПЛИВ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ НА ПЕРЕБІГ ЗАГОСННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.....	421
Н. В.Котик ОЦІНКА РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ГАЛІТАЗУ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЙОГО ЛІКУВАННЯ.....	422
С.В.Кравчук РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКУ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПРОХОДИЛИ ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ.....	422
В.Р.Красний ВИЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ ВОО3-SIGNIFICANTINDEXOFCARIES- У СТАРШОКЛАСНИКІВ ВІННИЦЬКОГО РАЙОНУ .....	423
Т.В. Мрищук, Я.І. Сеничич СТАНДАРТИ ПРЕПАРУВАННЯ ОПОРНИХ ЗУБІВ ПРИ ВИКОРИСТАННІ НЕЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ТА ВИБІР ЦЕМЕНТІВ ДЛЯ ЇХ ФІКСАЦІЇ.....	424
І. В. Орловський ГВИНТОВА ФІКСАЦІЯ НЕЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ НА ПРИРОДНІХ ЗУБАХ.....	424
А.В.Погоріла, М.М.Шінкарук-Диковицька, І.Л.Черешнюк, О.А.Ходаківський. ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЙРОАПОПТОТИЧНИХ ТА НЕЙРОПРОЛІФЕРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У ТРІЙЧАСТОМУ НЕРВІ ПРИ МОДЕЛЬНОМУ ЯТРОГЕННОМУ КОМПРЕСІЙНО-ТОКСИЧНОМУ УРАЖЕННІ НИЖНЬОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВУ У КРОЛІВ НА ТЛІ ТЕРАПІЇ НЕОМІДАНТОМ....	425
В.С. Поліщук ВИГОТОВЛЕННЯ ТРЕНІНГОВИХ МОДЕЛЕЙ ДЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ.....	426
Поліщук Д. О. ПОРІВНЮВАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИЛЕРІВ ДЛЯ ПЛОМБУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ.....	427
В.С. Поліщук	

МУКОГІГІВАЛЬНА ХІРУРГІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРИЮВАНЬ ПАРОДОНТА.....	427
В.С. Поліщук, О.О. Руденко	
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КВЕРТУЛІНУ ТА ФОРКАЛТУ ПРИБАГОСНІ ДЕФЕКТІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРІВ.....	428
В.С. Поліщук	
ВИГОТОВЛЕННЯ ТРЕНІНГОВИХ МОДЕЛЕЙ ДЛІА ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ.....	428
О.С. Прокопенко	
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З ВТОРИННИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗУБОЩЕЛЕПОВОЇ СИСТЕМИ.....	429
М.О Руденко, О.М. Тимошенко	
ЕСТЕТИКА ШТУЧНИХ ЗУБІВ У ЗНІМНИХ ПРОТЕЗАХ.....	429
А.О. Скринник	
ВИКОРИСТАННЯ НТІ ШИНИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЙ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ПІДВИЩЕНИМ ТОНУСОМ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ.....	430
М.І. Скрипник	
ОСОБЛИВОСТІ АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСУ ТА ЙОГО СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ У ПАЦІЄНТІВ З КІНЦЕВИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ, ЯКИМ ПЛАНУЄТЬСЯ ДЕНТАЛЬНА ІМПЛАНТАЦІА.....	430
В.Ю.Тиханський, В.С. Поліщук, О.О. Руденко	
ВПЛИВ КВЕРТУЛІНУ НА ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИБАГОСНІ ЗАБІЙНО-РВАНИХ РАН ОБЛИЧЧЯ ПРИБАТОЛОГІЇ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ.....	431
А.О.Шелест	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ІГРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ПРОЦЕСІ ПРОВЕДЕННЯ УРОКІВ ЗДОРОВ'Я В ПОЧАТКОВИХ КЛАСАХ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКІЛ.....	432
В. В. Щерба	
ЗНАЧЕННЯ ПОВНОЦІННОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЛІА СВОЄЧАСНОГО ВІЯВЛЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ГОЛОВИ ТА ШІЙ У ДІТЕЙ ТА ПРИЗНАЧЕННЯ АДЕКВАТНОГО ЛІКУВАННЯ. СМЕРТЕЛЬНІ НАСЛІДКИ ПОМИЛОК.....	433

## **ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ PHARMACY AND PHARMACOLOGY.....434**

Y.V. Antonenko, Y.V.Buhai, D.Y. Klak	
THE USE OF MEDICAL IMMUNOLOGICAL DRUGS ON THE CRYOCONSERVATIVE CORD BLOOD BASIS.....	435
K.O. Kaminska, ShaakumeniNdapandula	
THE QUALITY OF PROVIDING PHARMACEUTICAL CARE FOR FOREIGN STUDENTS AT THE DRUG SHOPS.....	435
O.V. Malchenko	
PECULIARITIES OF STRUCTURE AND PHARMACOLOGICAL PROPERTIES OF 4-METHYL-2,2-DIOXO-1H-2A6,1-BENZOTHAZINE-3-CARBOXYLIC ACID.....	436
A.C. Баранова, Ю.В. Матросова	
ФАРМОГЕНЕТИКА ТА ФАРМОГЕНОМІКА. НОВІ НАПРЯМКИ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ТЕРАПІЇ.....	436
М. В. Білобров	
ОЦІНКА ВПЛИВУ СУМІЩЕННЯ РОБОТИ ТА НАВЧАННЯ НА БІОРИТМИ СТУДЕНТІВ.....	437
П.С. Бондаренко	
ДОСЛІДЖЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ТА УЛЬЦЕРОГЕННОЇ ДІЇ РІЗНИХ КРИСТАЛІЧНИХ МОДИФІКАЦІЙ N-(4-ТРИФЛУОРОМЕТИЛФЕНІЛ)-4-ГІДРОКСИ-2,2-ДІОКСО-1Н-2A6,1-БЕНЗОТІАЗИН-3-КАРБОКСАМІДУ.....	438
В.Я. Брумар	
КУЛЬТИВІВАННЯ МОНАРДИ ДВІЙЧАСТОЇ (MONARDADIDYMA.) ЗА УМОВ РОСТУ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ НА СІРИХ ТА ОПІДЗОЛЕНИХ ГРУНТАХ.....	438
В.П. Василик, О.О. Пономаренко, В.О. Баглай	
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ 2-ЕТИЛТІОБЕНЗІМІДАЗОЛУ СУКЦИНАТУ НА ПРОЦЕСИ ПАМ'ЯТІ.....	439
Г. М. Войтенко, О. О. Хомич, Л. Л. Давтян, А. С. Воронкіна, І. В. Каханов	
ВІЗНАЧЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ЛЗ У ФОРМІ СИРОПУ ПРИБАГОСНІ ЗАСТОСУВАННІ.....	439
А. С. Воронкіна	

ФІЗИКО-МЕХАНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНОЛОГІЇ ПЛІВОК НА ОСНОВІ ХІТОЗАНУ.....	440
Н.А. Гарбуз	
ХАРЧОВІ ДОБАВКИ. БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ РЕЧОВИНИ.....	441
Н. А. Гарбуз	
ТЕРАТОГЕННІ ВЛАСТИВОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ.....	441
Годован Н.Л., Мельник Р.В., Пластун О.О.	
ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ КАРДІОТОКСИЧНОСТІ ЗА УМОВ СИСТЕМНОГО ТА ЛОКАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ДОКСОРУБІЦИНУ.....	442
І. В. Деркач, М. В. Марченко	
ТЕЛМІСАРТАН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ: ВПЛИВ НА РОЗВИТОК СЕРЦЕВО- СУДИННИХ КАТАСТРОФ.....	442
В.В. Дідковська, А.А. Шидлівська	
ХАРЕЛТО® (РИВАРОКСАБАН): ПЕРШИЙ ПОГОДЖЕНИЙ FDA ПЕРОРАЛЬНИЙ АНТИКОАГУЛЯНТ...443	
А.Другакова, Т.Івко, Т.Германюк	
ДИНАМІКА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ДИКЛОФЕНАКУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ.....	444
М.М. Желізна	
ФАРМАКОЛОГІЯ АНТИСМИСЛОВИХ ОЛІГОНУКЛЕОТИДІВ.....	444
К.О. Камінська	
ХРОНОФАРМАКОЛОГІЯ.....	445
К.О.Камінська	
ВІРТУАЛЬНИЙ ЕКСПЕРИМЕНТ МОДЕЛЮВАННЯ ХІМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ТИТРУВАННЯ НАТРІЮ БЕНЗОАТУ.....	445
Д.О. Картавих, Я.В.Габорець	
СУЧАСНІ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ІНГІБУВАННЯ ПРОГРЕСІЇ ПУХЛИННИХ КЛІТИН ПРИ РАКУ ЯЄЧНИКІВ.....	446
Ю. М. Коляда	
ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДІЇ ЛІКІВ У ДІТЕЙ.....	446
С.А. Конох	
УЧАСТЬ СИСТЕМИ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В ФІЗІОЛОГІЇ ТА ПАТОЛОГІЇ НИРОК.....	447.
А.О. Косташ, В.Р. Мирончук	
ЕКСКУРС В ІСТОРІЮ ВІДКРИТТЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ДЕЯКИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ.....	448
П.К. Мальований, Т.С. Смага	
РОЗРОБКА КОМП'ЮТЕРНОЇ ПРОГРАМИ ДЛЯ ОЦІНКИ ГАСТРОТОКСИЧНОСТІ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ.....	448.
О.М. Ніколова	
ЕПІМЕРИ ВІТАМІНУ D, ЯК КЛІНІЧНО ЗНАЧИМІ ФОРМИ.....	449
Д.О. Орлова, М.А. Карбівнича	
ПРЕПАРАТИ ЦИТОКІНОВОЇ ТА АНТИЦИТОКІНОВОЇ ТЕРАПІЇ.....	449
Н.С. Павленко	
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НІЗПІ ЗА НАЯВНОСТІ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО ТА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОГО РИЗИКІВ У ПАЦІЄНТІВ РЕВМАТОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОКЛ ІМ. М.І.ПИРОГОВА.....	450
Н.В. Півень, Л.С. Мельник, К.Л. Васютинська	
ДОСЛІДЖЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ СУСПЕНЗІЙ.....	451
І.Г. Савчук, Ю.О. Гжебінська	
АНАЛІЗ ЯКОСТІ ФІТОПРЕПАРАТІВ ІЗ ВМІСТОМ ЕКСТРАКТУ ПЛОДІВ ПАЛЬМИ САБАЛЬ.....	452
А. А. Сотник	
ВІТАМІН D3 В ЯКОСТІ РЕПАРАНТА ПРИ КАРДІОВАСКУЛЯРНІЙ ПАТОЛОГІЇ.....	452
Стецун О. О.	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ВПЛИВУ ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ.....	453
Т.І. Трофімчук, О.М. Казмірчук	
ФАРМАКОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ.....	453
М.В. Черноконь	
ДИСЛІПОПРОТЕІНЕМІЯ: ВІДОМІ ПРЕПАРАТИ ТА НОВІ МОЖЛИВОСТІ.....	454
Р.О. Яковець	
АНАЛІЗ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ В ДИТЯЧОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ЗА 2017 РІК.....	454