

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

**МАТЕРІАЛИ**  
**XVI Міжнародної наукової конференції студентів та**  
**МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**  
**«Перший крок в науку – 2019»**

**18-19 квітня 2019 року**  
**м. Вінниця**

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** – В.Л. Жебелев,  
Н.А. Верба

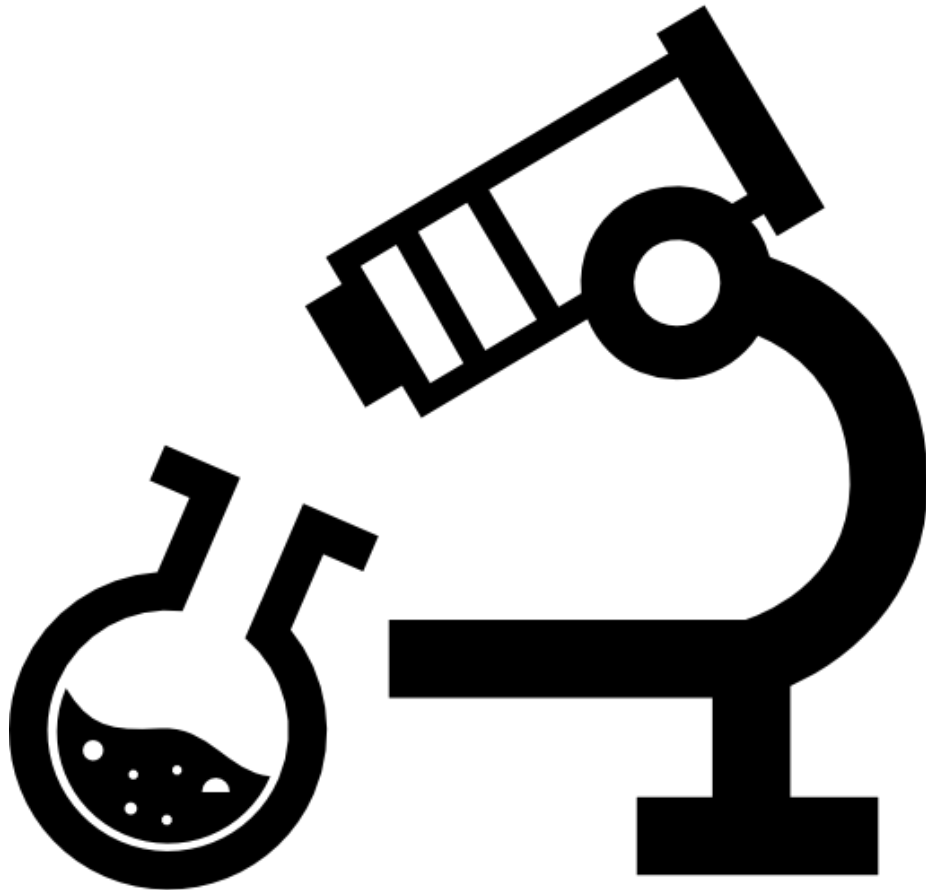
**Члени редакційної колегії:** О.О. Білик, Т.Ю. Повshedна, О.Г. Басінських,  
І.В. Данильченко, А.М. Паньків, К.О. Кошова, С.В. Должикова  
Т.Л. Домбровська, О.А. Філевич, О.Ю. Бабійчук,  
А.А. Моїсеєнко, А.О. Петренко, Д.В. Гулевич

*У збірнику розміщені матеріали XVI Міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених «Перший крок в науку – 2019»*

***За зміст опублікованих матеріалів відповідальність несуть автори***

Підписано до друку 17.04.2019  
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**

Abena Boatemaa Asare-Boateng, Prasad Sakshi  
**PHYSIOLOGICAL MECHANISMS AND IMPORTANCE OF NIGHT DREAMS**  
Department of Normal Physiology  
O.D.Omel'chenko (candidate of Medical Science, docent),  
I.V.Gusakova (candidate of Medical Science, docent)  
National Pirogov Memorial Medical University,  
Vinnitsia Ukraine

**Relevance of the topic:** there is imagination, that REM sleep phase is particularly important to form natural connections and for the proper development of the nervous system in ontogenesis (Marks et al, 1983). According to another theory (S.Freid, 1899) dreams are manifestations of our deepest desires and anxieties, often relating to childhood memories or obsessions.

**The aim:** was to realize modern information about neurophysiological mechanisms of night dreams and investigate their characteristics in foreign students of medical university.

**Material and methods:** 32 second-year medical students of Vinnitsia national medical university with English form of studying (17 males and 15 females) were interrogated, using Dream Questionnaire (MADRE) test. The age of students was from 18 to 23 years.

**Results:** All interrogated students recall their dreams more than 1/month in girls (93,3±6,4 %) and 94,12±5,71% in boys. Emotional intensity of dreams was different in males and females. So, in girls 46,67±12,88% dreams were quite and very intensive, but in boys only 29,41±11,06% ( $p>0,05$ ). Emotional tone of dreams in boys was mostly positive (47,06±12,11%) or neutral (41,18±11,94%), while in girls it was negative in 60,0±12,65%. Girls experienced nightmares for several last months in 86,87±8,78% and boys in 94,12±5,71% ( $p>0,05$ ).

Girls supposed dreams to be meaningful in 66,67±12,17% and boys only in 35,29±11,59% ( $p>0,05$ ).

Idea, that if somebody can recall and interpret his/her dreams, his/her life will be enriched, was supported by 53,33±12,88% of girls and only by 11,76±7,81% of boys,  $t=2,94$ ,  $p<0,05$ . Most of girls have impression, that dreams provide impulses or pointers for waking life (86,67±8,78%), while boys 29,41±11,06%,  $p<0,01$ .

It was found, that dreams could affect mood of students during the day in 58,62±9,15% cases (in 83,33±10,76% girls and in 41,18±11,94% boys,  $p<0,05$ ). Majority of interrogated students believe that dreams can give them creative ideas (92,31±7,39% of girls and 64,71±11,59% of boys) and help them to identify and solve their problems (84,62±10,01% of girls and 47,06±12,11% of boys,  $p<0,05$ ).

**Conclusions:** investigated aspects of dreaming are quite different in male and female students. So, emotional intensity of dreams was higher in girls than in boys. Emotional tone of dreams in boys was mostly positive or neutral, while in girls it was negative in 60%. Most of girls believe, that dreams are meaningful, can give them creative ideas and help to solve their problems. Such differences can be caused by peculiarities of higher nervous activity of males and females.

Jane Anyaudo  
**Food, Eating Habits and Health of International students in VNMU Ukraine**

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

**Abstract:** International students, in addition to a hectic schedule, are faced with the challenge of food. The eating patterns of international students are not just affected by their demanding schedule which barely gives them the time to eat 2 times a day. The process of adjusting to food not only has an effect on their eating habits but also has an effect on their health. Eating in restaurants or food joints are usually a trend with international students, mostly the newer ones. This study will research the different aspects of the international students eating habits and the different factors that affect it.

**Objective:** Today, our fundamental task is to achieve substantial interaction of foreign students with the surrounding new environment of life, study, so that this interaction does not bring harm to their health. The health of a foreign student, his body's resistance to new living conditions in Ukraine, efficiency depends on nutrition. Proper and rational nutrition is one of the components of a healthy way of life for foreign students in another country.

**Materials and methods:** This study was done with 50 2nd course students of some groups from different countries.

**Results:** 50 students participated in this result from different nationalities (India, Egypt, Nigeria, Palestine, Ghana, Namibia, Morocco, Tunisia, Sweden, Yemen, Syria and Kenya). There more Indians than any other nationality and more males than females thus these situation affected the results. The age groups were also a factor that affected the outcome of the results. An analysis 6 group shows the how many times in a day the students eat, the difference in how many times the students cook or ate fast-food between the age groups and between nationalities. On an average, the males cook more than the females. Females and males above 20 years mostly cook and the younger ones mostly eat out. At age 20, males of that age cook more that they eat out but females of that age eat out more. The Indians and Africans cook more that they eat outs. The Egyptians and middle Easters eat out more that they cook at home.

**Conclusion:**The results show changes in food habits, like decreased number of meals had daily and increased consumption rates of fast food based on different nationalities and age too. It also showed that students eat significantly lesser in Ukraine than back in their home countries and most students have even lost weight since being here. Factors that affect these habits were also explored; these factors are stress, busy class schedule and school work those results in lack of time. Another common factor is the unavailability of familiar food products and low adaptively to new cultures.

Malandvula Sima, Adeoye Mabel A.

**THE ROLE OF TEMPERAMENT IN STRESS MANAGEMENT: A STUDY CONDUCTED ON MEDICAL STUDENTS OF 2<sup>ND</sup> COURSE, VNMU.**

Department of Human Physiology

Assistant teacher Oksana Vlasenko

Vinnitsya National Memorial Medical University,

Vinnitsa Ukraine

**Relevance:** The four classical temperaments are classified by Hippocrates based on the theory of humorism (concept of the four humors or bodily fluids): Sanguine is blood, Choleric is yellow bile, Phlegmatic is phlegm and Melancholic is black bile. Sanguine are represented by air as this represents their light take on life and free will, very sociable and carefree. Choleric personality is one of fire, they are egocentric, extroverted and restless personality, they are aggressive, full of energy, are task oriented and strong willed. Melancholic personality are serious about the task they handle and their day to day lives, they are introverted and are susceptible to depression and moodiness. Temperament is one of the manifestations of higher nervous activity inherent in humans and some primates, and it plays a crucial role in recognizing stress and stressors, and in developing effective techniques for managing stress.

**Objective:** In this research project, we have identified the different stresses faced by medical students and how they manage them. Through this study, we wanted to show the correlation between the four main personality temperaments and how each temperament type deals with stress. The purpose of this study is to investigate and describe relations between temperament structure and ways of coping in stressful situations.

**Materials and methods:** The research was conducted using a drawn up survey, as well as a temperament and personality test and stress test which we filled into the site to get more accurate results. Participants of the survey included about 100 medical students of 2<sup>nd</sup> course, medical faculty from different countries and socioeconomic backgrounds.

**Results:** The results were full of information that we anticipated, most of the medical students that faced stressful issues managed their stresses in the manner in which their personality type would most likely handle them. We also found that the stressors faced and the methods used to manage them can vary with gender.

**Conclusion:** In this study, we have found that most of the students struggle to manage their stress but most tend to try to manage it in a manner in which their personality type would. It would serve to inform people about proper and more effective ways to deal with stress in order to maintain a healthier mindset and lifestyle. Research done on the different personalities that are present is quite ground breaking in terms of understanding people better and assisting people discover more about themselves and their passions. This type of research could impact many lives in ways of understanding their struggles relating to their temperament and how they could improve on them.

A.A. Uhryn

## **EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE PREVALANCE OF CERVICAL CANCER IN VINNYTSIA AND LVIV REGIONS THROUGH THE PRISM OF MORPHOLOGY**

Department of Pathological Anatomy, Forensic Medicine and Law

Assistant Professor - S.V. Struts

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsa Ukraine

**Actuality:** Cervical cancer is one of the most dangerous malignant diseases of female reproductive system. It is on the fourth place by prevalence. Every year this oncological disease is revealed in nearly about 7500 Ukrainian women.

**Aim:** To analyze epidemiological features of the prevalence of squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of cervix, morphological structure of its histological types and compare statistical data of National Cancer Registry of Ukraine for 2018 year in Vinnytsia and Lviv regions.

**Materials and methods:** Retrospective analysis of statistical data according to the form C53 of regional oncologic dispensaries for 2018 in Vinnytsia and Lviv regions was conducted. Epidemiological, bibliographic, statistical methods and analytical synthesis were used.

**Results:** In 2018 were revealed 186 cases of cervical cancer in Lviv and 154 cases in Vinnytsia regions. In Lviv region cases of squamous cell cancer were revealed in 75,4% of the patients, adenocarcinoma in 14,2%, undifferentiated cancer in 10,4%. The most frequently cancer was revealed in women of age from 50 to 59 years old. 60,8% of this pathology was diagnosed on the I stage, on the II stage – 23,1%, III stage – 13,4%, IV stage – 2,7%. In Vinnytsia region cases of squamous cell cancer were revealed in 87,7% of the patients, adenocarcinoma in 9,7%, undifferentiated cancer in 2,5%. The most often this disease was revealed in women of age from 40 to 49 years old. 43,8% of this pathology was diagnosed on the I stage, on the II stage – 46,5%, III stage – 6,2%, IV stage – 3%.

Squamous cell cancer that develops from squamous epithelium is the most common morphological form of cervical cancer. Considering the degree of differentiation of abnormal cells, keratinizing and non-keratinizing squamous cell carcinoma are distinguished. The main difference of keratinizing form is producing granules of keratin, that are called “cancer pearls”. Adenocarcinoma of cervix occurs rarely. It is located in cervical canal and develops from reserved cells under columnar epithelium. Usually the cases of adenocarcinoma have unfavorable prognosis, because of the detection of tumor on the late stages.

**Conclusion:** According to statistical data in 2018 in Lviv and Vinnytsia regions the most common was diagnosed squamous cell carcinoma on the I or II stage in women from 40 to 59 years old.

Г. Алієва

## **ДИСФУНКЦІЯ СЕНСОРНОЇ ОБРОБКИ В ОСОБИСТОМУ ДОСВІДІ ТА НЕЙРОННОМУ АПАРАТІ ШИЗОФРЕНІЇ**

**Актуальність:** Шизофренія залишається однією із найпоширеніших проблем психіатрії. Етіологія та патогенез даного психічного захворювання недостатньо вивчені. Один із напрямків дослідження шизофренії полягає у вивченні дисфункції сенсорної обробки на нейрофізіологічному рівні. Національний інститут досліджень з питань психічного здоров'я визначає ці порушення як посередники між клітинними та молекулярними механізмами, клінічними симптомами шизофренії, наприклад, галюцинаціями.

**Мета:** Дослідити механізми, що лежать в основі порушення сенсорної обробки сигналів при шизофренії.

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

**Результати:** Більшість досліджень, які направлені на вивчення дисфункцій сенсорної обробки при шизофренії, зосереджені на слуховій і меншою мірою на зоровій системах. Використання методу реестрації викликаних потенціалів для вивчення біоелектричної активності головного мозку дає змогу оцінювати індивідуальність протікання процесів обробки сенсорної інформації на кожному етапі. При шизофренії спостерігається дефіцит цілісності передімпульсного гальмування та P50 (Positive50 — позитивний компонент викликаного потенціалу, пов'язаний з подією, яка виникає через 50 мс після подачі стимулу). Порушення передімпульсного гальмування найбільш помітне, коли інтервал між слабшим тоном та вражаючим звуком складає 60 мс. Порушення N100 (Negative100 — негативний компонент викликаного потенціалу, який досягає піку через 80-120 мс після початку стимулу) свідчить про шизофренію, яка прогресує. Наявність слухових галюцинацій є однією з головних ознак дисфункції цієї системи. Дослідження показали, що інгібуючий дефіцит P50 пов'язаний з інтенсивністю слухових галюцинацій, нейрокогнітивними процесами зниження уваги та пильності. Щодо дисфункції зорового сприйняття, вчені наразі не можуть з'ясувати на якому етапі виникає порушення передачі зорової інформації. Дефіцит зорових функцій при шизофренії пов'язаний з порушенням розпізнавання обличчя та читанням. Дослідження, направлені на вивчення роботи магно- і парвоцелюлярних зорових шляхів, показали порушення генерування візуального потенціалу компоненту P1 (Positive1 — позитивний компонент викликаного потенціалу з латентністю 100 мс після початку стимулу) для стимулів, які зміщені у сторону магноцелюлярної зорової системи. Вчені припускають, що дефіцит зорового сприйняття є саме причиною порушення уваги, а не її наслідком, тому що дисфункція сенсорної обробки спостерігається навіть при відсутності її розладу.

**Висновки:** Отже, порушення когнітивних функцій при шизофренії тісно пов'язане з дисфункцією сенсорної обробки. Розуміння нейронних механізмів та клінічні спостереження за сенсорною функцією пацієнтів надає можливості для більш ефективного лікування цього недуга.

А.А. Балян

## **ВПЛИВ ОДОРАНТУ НА КОРОТКОТРИВАЛУ ПАМ'ЯТЬ ТА ЕЛЕКТРИЧНУ АКТИВНІСТЬ МОЗКУ СТУДЕНТІВ**

Кафедра нормальної фізіології  
Л.В. Бабич (асистент)

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

**Актуальність:** У зв'язку з потребою засвоювати великий об'єм інформації студентам необхідно шукати нові підходи до підвищення ефективності запам'ятовування. Пам'ять – одна з психічних функцій, що

призначена зберігати, накопичувати і відтворювати інформацію. Серед усіх аналізаторів саме нюховий тісно пов'язаний зі структурами лімбічної системи і з префронтальною корою, центрами, що мають безпосереднє відношення до механізмів пам'яті й емоцій.

**Мета:** На основі літературних джерел з'ясувати вплив одорації різних ефірних олій на показники короткотривалої пам'яті (КТП) та електричну активність мозку студентів, а також встановити особливості реагування обстежуваних на запах залежно від статі.

**Матеріали та методи:** Вивчення та систематизація матеріалів монографій, статей у наукових фахових виданнях та Інтернет-ресурсах з цієї теми. В якості експериментальної процедури автори використовували модифіковану методику парних асоціацій Калкінса та субтести на запам'ятовування літер, цифр і геометричних фігур. Було сформовано 2 групи: контрольну та експериментальну. Контрольну групу тестували в різні дні без дії запахів. Експериментальна група проходила тестування двічі в різні дні – без дії запаху та на фоні одорації ефірною олією.

**Результати:** За даними досліджень [Е.К. Aydarkin, O.L. Kundupyan, 2017] дія одоранту апельсину призводила до збільшення кількості відтворених слів відразу після виконання завдання, в середньому на 1,85 слова в порівнянні з контрольною групою. Аналіз спектральних характеристик ЕЕГ показав, що внесення одоранту апельсину в експериментальне середовище в стані спокійного неспання в порівнянні з контрольною групою викликало посилення дельта-, тета-активності в лобно-центральної ділянках кори, альфа-активності в тім'яно-потиличних ділянках кори і появу бета-активності в задніх ділянках кори. Український фізіолог [М.Ю. Макаручук, 2006] виявив, що схожий ефект має одорант лимону. При дії цього одоранту кількість допущених помилок в тестах з різними типами стимулів знижується на 4,5%. А от при фоновій дії запаху лаванди показники точності КТП в експериментальній групі не змінювались. При дії ефірної олії лимону відбувалася загальна неспецифічна активація за рахунок низько- та середньочастотного діапазонів альфа-ритму. В той час як одорант лаванди спричинює тільки процеси, опосередковані низькочастотною складовою альфа-ритму. Запахи лимону і лаванди викликають у жінок більш виражені активаційні процеси в ЦНС порівняно з чоловіками, внаслідок чого у жінок при дії ефірної олії лимону зростання ефективності запам'ятовування є більш суттєвим.

**Висновки:** Отже, аналіз літератури показав, що одоранти апельсину та лимону підвищують показники КТП та посилюють електричну активність мозку, одорант лаванди в свою чергу викликає низькочастотний альфа-ритм та не впливає на пам'ять. В подальшому плануємо експериментально дослідити вплив запаху троянди на вищезазначені показники у студентів 2 курсу ВНМУ.

О.Р.Белінська

## СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ, ЇХ ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ

Кафедра медичної біології

Г. І. Шевчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Дослідження стовбурових клітин (СК) є одним з найперспективніших напрямків сучасної науки і практики. Здатність давати безліч різноманітних клітинних типів, робить їх найважливішим відновлювальним резервом в організмі. Завдяки своїй здатності диференціюватися в будь-яку тканину, вони можуть використовуватись для лікування великої кількості захворювань-від цукрового діабету до раку.

**Мета:** Вивчити сучасні уявлення про СК-їх відмінності, класифікацію, методи отримання, а також використання в клінічній медицині.

**Матеріали та методи:** огляд та аналіз наукової літератури (медичних статей журналів, посібників, інтернет-ресурсів).

**Результати:** Стовбурові клітини(СК)-недиференційовані клітини, які мають здатність до



самовідновлення та диференціювання в спеціалізовані тканини. Їх можна розділити на три основні групи залежно від джерела їх отримання: ембріональні, фетальні та дорослі стовбурові клітини.

Ембріональні стовбурові клітини(ЕСК)-це клітини, які отримують на ранніх стадіях розвитку плода із тієї ділянки, яка дає початок трьом різним шарам більш пізнього ембріона і в подальшому-всім органам і тканинам. Вони є плюрипотентними, тобто можуть диференціюватися в усі три зародкові листки: екто-, ендо- і мезодерму. Джерелом ЕСК є внутрішня клітинна маса на ранній стадії розвитку зародка-бластоцисти.

Фетальні стовбурові клітини – клітини, які знаходяться в пуповинній крові, плаценті, здатні трансформуватись в різні типи клітин.

Дорослі стовбурові клітини (соматичні)-недиференційовані клітини, що знаходяться в диференційованій тканині та здатні до розмноження, завдяки поділу та подальшому диференціюванню. Їх можна поділити на групи: гемопоетичні(кровотворні)-знаходяться в кровотворних органах і крові, з них формуються всі типи клітин крові; мезенхімальні (стромальні)-знаходяться в кістковому мозку, мають здатність до диференціювання в остеобласти, хондроцити, адипоцити, міобласти, фіброласти; стовбурові клітини інших тканин: шкіри, судин, нервової тканини та інших знаходяться у відповідних тканинах і диференціюються в клітини цих тканин.

СК використовуються для терапії багатьох патологічних процесів, в їх числі: ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, розсіяний склероз, інфаркти, інсульти та ін.

Досить ефективним є лікування цирозу печінки, під час якого відбувається поступове відмирання гепатоцитів та заміщення їх сполучною тканиною. Стовбурові клітини хворому вводять у вигляді внутрішньовенних крапельних інфузій. Після потрапляння їх в організм, вони з кровотоком потрапляють в печінку і починають перетворюватися у здорові гепатоцити. Структура печінки стає однорідною, вузли регенерації зникають та функції печінки поступово відновлюються.

**Висновок:** Вивчення морфо-функціональних, генетичних, біохімічних особливостей СК та їх подальше використання в клінічній практиці - одне з найбільш перспективних напрямків розвитку сучасної медицини

Беляєва А. Е.

## **ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ ДРУГИХ ВЕРХНІХ МАЛИХ КУТНІХ ЗУБІВ**

Кафедра анатомії людини

Шипіцина Олександра В'ячеславівна (доцент, к. мед. н.)

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

**Актуальність.** В сучасній стоматології для діагностики та лікування стоматологічних захворювань необхідно детальне вивчення анатомічної варіабельності зубів. Вивчення індивідуальних параметрів верхніх других малих кутніх зубів зустрічаються у роботах, але варіації кількості та будови коренів цих зубів потребують додаткової уваги.

Класичні підручники доводять, що другий верхній малий кутній зуб має один корінь, але інколи зустрічається варіанти розщеплення на два-три кореня, які мають від одного до трьох каналів. За даними авторів другий верхній малий кутній зуб частіше (90%) має один корінь і один кореневий канал, рідше (10%) 2-3 кореня.

**Мета.** Визначення особливості будови коренів верхніх других малих кутніх зубів у практично здорових чоловіків. Порівняння їх з будовою нижніх других малих кутніх зубів. Вивчити комп'ютерно-томографічні параметри верхніх других малих кутніх зубів у практично здорових чоловіків першого зрілого віку.

**Матеріали та методи:** Комп'ютерна томографія для визначення будови других верхніх малих кутніх зубів; статистичні методи для обґрунтування об'єктивності отриманих результатів за допомогою MS Excel.

**Результати.** Було проаналізовано 200 комп'ютерних томографій здорових чоловіків, мешканців м. Вінниці у 3-му поколінні I зрілого віку у період з вересня 2018 р. по березень 2019 р.. За результатами досліджень було спростовано той факт, що як правило верхній другий малий кутній зуб має один корінь і один кореневий канал. У певних випадках може виникати роздвоєння коренів, але частіше навіть при наявності тільки одного кореня зустрічається два кореневих канали.

За результатами дослідження один корінь зустрічається у 52%, а два корені - у 48% випадках другого верхнього малого кутнього зуба. Один кореневий канал зустрічається у 34% випадків і два - у 66% випадків.

При аналізі нижніх других малих кутніх зубів спостерігаємо, що зуб має один корінь та один кореневий канал, тобто стандартну будову без аномалій.

**Висновок.** Робота вирішує науково-практичну задачу, яка встановлює кількість коренів та каналів других верхніх малих кутніх зубів. Встановлені особливості будови коренів верхніх других малих кутніх зубів у порівнянні з другими нижніми малими кутніми зубами.

1. За результатами наших досліджень можна виділити три типи будови коренів: 52% один корінь, 23% два корені, 26% один корінь з роздвоєною верхівкою.

2. Система каналів других верхніх малих кутніх зубів буває: один канал у 33%, два канали у 67% та три канали у 1% випадків.

3. В результаті порівняння будови нижніх других малих кутніх зубів спостерігаємо, стандартну будову без аномалій, тобто наявний лише один корінь, який має один кореневий канал.

Статистично встановлено, що у більшості випадків наявні у других верхніх малих кутніх зубів два канали.

Беляєва А. Е.

## **ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СУЧАСНОЇ МАЛЯРІЇ В УМОВАХ АЗЕРБАЙДЖАНСЬКОЇ РЕСПУБЛІКИ**

Кафедра медичної біології

Горбатюк Світлана Михайлівна, доцент

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Для людей, що проживають та подорожують до однієї з країн Азії: Азербайджану - є важливим питання щодо особистої безпеки та здоров'я. Інформація про забезпечення від захворювання малярією та лікування від цієї хвороби, зокрема особливостей її перебігу є актуальним для певної верстви населення, яка перебуває під ризиком захворіти.

**Мета.** Вивчення деяких епідеміологічних і клінічних особливостей перебігу, удосконалення лікування, ранньої діагностики малярії вивах у сучасних умовах Республіки Азербайджан.

Матеріали та методи: Аналіз наукових публікацій за період з 2008-2019 р. з ресурсу PubMed, Google, репозиторію бібліотеки ВНМУ.

**Результати.** Продромальний період відзначався в 49 (81,7%) хворих з легким перебігом, 163 (90,6%) хворих із середньотяжким і 33 (94,3%) хворих з тяжким перебігом. Тривалість продрому скорочувалася в міру збільшення тяжкості перебігу захворювання, при цьому клінічні прояви ставали більш різноманітними і яскраво вираженими. Наявність продрому при захворюванні з тривалою інкубацією свідчить на користь первинної вивах малярії.

При тривалій інкубації відзначається чітка тенденція до довшого продромального періоду порівняно з короткою інкубацією при легкому і середньотяжкому перебігові.

Постійна лихоманка на початковому етапі захворювання вірогідно частіше відзначалася при середньотяжкому перебігові, ніж при легкому і тяжкому. Типові малярійні напади відзначалися в хворих на малярію лише в 48,7%, причому вірогідно частіше при легкому перебігові, що потрібно враховувати при діагностиці цього захворювання.

**Висновки.** Основними групами ризику захворювання первинної вівах малярії були вимушені мігранти, безробітні, військовослужбовці МО і МВС, у переважній більшості випадків працездатне населення. У період спаду захворюваності переважають форми з тривалою інкубацією з розвитком захворювання в неепідемічний період року. Тривалість інкубації не визначає тяжкість перебігу, можливість розвитку ускладнень, наслідки, більшість клінічних симптомів. Для періоду розпаду вівах малярії властиві такі симптоми як нудота, блювання, головний біль, міалгії, біль у попереку, симптоми ураження нервової системи - менінгеальний синдром, психічні розлади, судоми, ураження серця, нирок, що раніше вважалося характерним для тропічної малярії. Ускладнення мають нетяжкий перебіг. Основним препаратом для лікування малярії вівах залишається хлорохін (делагіл).

Береза Є.В.

## ТРАНСЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ВПЛИВ ІМПУЛЬСНИМ ЕЛЕКТРИЧНИМ СТРУМОМ – ЕЛЕКТРОСОНТЕРАПІЯ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ

Кафедра нормальної фізіології

Р.В. Карлащук (асист.)

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

**Актуальність:** За статистикою, близько 50% дорослого населення України періодично мають ті чи інші проблеми зі сном. В даний час існує велика різноманітність засобів лікування розладів сну - від звичайних снодійних медикаментів до спеціальних психофізичних методів . Одним із таких методів є електросонотерапія, більш відомий як електросон.

**Мета:** На основі аналізу наукових джерел дослідити ефективність методів електричної стимуляції мозку у лікуванні безсоння.

**Матеріали і методи:** А.В. Кипенский, А.П. Верещак СОН, ЕГО РАССТРОЙСТВА И ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЕ; FEIGNER, J. P., BROWN, S.L., & OLIVIER, J. E. (1973). ELECTROSLEEP THERAPY. The Journal of Nervous and Mental Disease

**Результат:** Електросонотерапія або електросон - метод лікувального впливу на гіпногенні структури головного мозку імпульсним струмом прямокутної форми або синусоїдальними модульованими струмами, що викликають при тривалому застосуванні сонливість, дрімоту, а потім і сон різної глибини і тривалості. Імпульсні струми проникають в порожнину черепа через отвори очниць, вони викликають зниження висхідних активуючих впливів на кору головного мозку і підсилюють внутрішнє гальмування. Також вони активують серотонінергічні нейрони дорсального шва. Серотонін призводить до зниження умовно-рефлекторної діяльності і емоційної активності. Внаслідок цього у пацієнта настає стан дрімоти, а в ряді випадків і сну. За даними досліджень електросон має здатність підвищувати стресостійкість, зменшувати стомлюваність і підвищувати розумову і фізичну працездатність. Незалежно від нозологічної приналежності вже під час курсу лікування електросном пацієнти відзначають заспокоєність, підвищене почуття бадьорості, свіжості, енергійності, активності, поліпшення або нормалізацію нічного сну. Самоспостереження пацієнтів свідчать, що навіть годинна або півторагодинна процедура електросну за ступенем відпочинку може бути прирівняна до повноцінного восьмигодинного фізіологічного нічного сну. Клінічні спостереження корелювали з аналізом самозвітів, даними поліграфії сну, треморографією, динамікою артеріального тиску і пульсу, результатами психологічних тестів: коректурного, Векслера, Ровена, проби «оцінки тимчасових інтервалів» на підставі звіту про сновидіння при пробудженні з швидкого сну тощо. За результатами подвійного сліпого дослідження J.P.Feighner з 23 досліджуваних пацієнтів близько 14 отримали стійке полегшення основних симптомів (безсоння та тривога), 3 мали рецидив і потребували додаткового лікування, а 6 зазнали погіршення додаткових симптомів (депресія).

**Висновок:** При певних обмеженнях методики (можливий дискомфорт, потреба у спеціальному устаткуванні тощо), метод електросну виявився досить ефективним засобом для лікування безсоння з антипсихотичним, загальнотонізуючим ефектом без сильно вираженої побічної дії.

В.І. Бокоч, К.М. Агафонов  
**МІКРОБІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СВІТОВИХ ВАЛЮТ З РІЗНИХ ЧАСТИН СВІТУ**  
Кафедра мікробіології  
Коваленко І.М. (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема мікробного забруднення та трансмісії патогенних і умовно патогенних мікроорганізмів у оточуючому середовищі є актуальним питанням мікробіології. У всьому світі гроші є одним з предметів, що віддзеркалює загальний рівень гігієни спільноти. Щорічно у світі друкується близько 50 мільйонів нових банкнот, а кількість купюр, що знаходиться в обігу та подорожує світом з мікрофлорою, яка персистує на них, навіть важко уявити.

**Мета роботи:** дослідити роль та розповсюдження видового складу мікроорганізмів, що висіваються з купюр різних країн світу та визначити серед них штами, що виявляють стійкість до антибіотиків.

**Матеріали і методи:** В дослідження були включені банкноти з наступних країн світу: Конго (конголезський франк), Ефіопія (ефіопська біра), Малі (африканський франк), Майлазія (малайзійський рингіт), Польща (польська злата), Англія (англійський фунт), Турція (турецька ліра), США (американський долар), Україна (українська гривня), Чехія (чеська крона). Мікроорганізми виділяли з купюр методом контактного посіву на тверде поживне середовище (кров'яний агар) та шляхом відмивання у м'ясо-пептонному бульйоні. Ідентифікацію культур проводили за морфологічними, тинкторіальними, культуральними та біохімічними властивостями. У виділених культур визначали чутливість до доксицикліну, амоксициліну, оксациліну, амоксициліну в поєднанні з клавулоновою кислотою, левоміцетину, лінкоміцину, гентаміцину, кларитроміцину, ципрофлоксацину диско-дифузійним методом.

**Результати:** Всі досліджені купюри не залежно від географічного походження виявилися контамінованими бактеріями. Проте популяційний рівень та спектр контамінант відрізнявся. За кількістю виділених колоній найбільш забрудненими виявився малайзійський рингіт, за яким в порядку зменшення забруднення слідували гроші з Африки, турецька ліра, європейські купюри, британський фунт та долар США. Найтиповішими контамінантами всіх банкнот виявилися стафілококи та грам-позитивні спороутворюючі палички. З малайзійського рингіту, чеської крони, турецької ліри виділялись гемолітичні стафілококи. Спорова флора виявляла високу чутливість до ципрофлоксацину, окрім ізолятів, що виділені з африканського франку (Малі). Цікаво, що виділені штами стафілококів виявляли стійкість до оксациліну, проте зберігали високу чутливість до інших класів антибіотиків.

**Висновки:** Гроші виступають потенціальним джерелом розповсюдження мікроорганізмів, в тому числі таких, що мають вірулентні властивості. Цей факт слід враховувати при організації надання платних медичних послуг, розділяючи місця та осіб, що контактують з купюрами, від персоналу та приміщень де відбувається контакт з пацієнтом або лікарськими засобами

В.І. Бокоч, А.О. Сущенко, К.М. Агафонов  
**ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТРЕСУ**  
Кафедра нормальної фізіології  
Л.С. Лойко (к.псих.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Дослідження останніх років показують, що стрес негативно впливає на роботу головного мозку. Стрес починається з системи, яку ми називаємо Гіпоталамо-Гіпофізарно-Наднирковою

віссю(НРА). При виявленні подразника, дана система активується й виділяє гормон кортизол. Надмірна кількість даного гормону руйнує синаптичні зв'язки у нейронах та стимулює зменшення об'єму префронтальної кори.

**Мета:** Дослідити рівень стресу в міжсесійний період у студентів 2 курсу. Визначити його вплив на навчання, успішність і здоров'я.

**Матеріали та методи:** Для проведення дослідження було обрано групу студентів 2 курсу в кількості 118 осіб. Оцінювання проводилось за допомогою соціометричного опитування та анкетування з подальшою обробкою результатів.

**Результати:** За даними досліджень було виявлено, що 77% обстежуваних відчувають постійну втому і тривогу. З них 71% - основною причиною вважають навчання, а 29% - сімейні обставини і матеріальну неспроможність. У 62,5% - з'явилися шкідливі звички, у 3,9% - виникали думки про самогубство. Ці студенти відчувають хронічний стрес, приймають заспокійливі лікарські засоби, мають часті конфлікти з викладачами. Для боротьби зі стресом стараються впоратись самі – 53,1%, слухають музику – 24,4%, вживають заспокійливі ліки – 12,8%, незначну постійну втому відчувають – 9,7%.

**Висновки:** Результати досліджень показали, що у 77% обстежуваних проявляється негативний вплив стресу на навчання і здоров'я. Можна припустити, що дана проблема пов'язана зі збільшенням кількості навчального матеріалу, емоційним вигоранням, відсутністю повноцінного сну тощо.

Бончук Д.С., Горобець В.А.

### **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЕМПАТІЇ**

Кафедра нормальної фізіології людини

Л.С. Лойко(доцент,к.психол.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема емпатії, її місце в системі цінностей, структурі моральної свідомості й особистості загалом почала хвилювати не тільки філософів-етиків, психофізіологів та психологів. Існує низка численних досліджень, у яких емпатія розглядається як умова розвитку моральної свідомості.

**Мета:** З'ясувати вікові особливості і закономірності розвитку емпатії в пубертатному та постпубертатному періодах.

**Матеріали та методи:** Були використані наступні методики: опитувальник А.Мерхабіана, Н.Е. Епштейн, анкетне опитування, опитувальник FPI/, опитувальник Р.Б.Кеттела, опитувальник К.Леонгарда, опитувальник Дж.Холланда.

**Результати:** Аналіз показників розвитку емпатії в пубертатному та постпубертатному періодах виявив деякі її вікові особливості і закономірності. Так, у шестикласників виявлено загальну позитивну спрямованість на іншу людину. У більшості з них відзначається середній рівень емпатії. Лише 18,25% шестикласників мають низьку емпатійність. Зовсім інша картина у семикласників, 45,28% з низьким рівнем емпатії. Особливо значні позитивні зміни спостерігаються у 8 класі. Дев'ятикласники, які знаходяться на межі між пубертатом і постпубертатом, обумовлюють диференціацію рівнів розвитку емпатії. У 15-16 років (10кл) 50,37% мають середній рівень емпатії, а 4,89%- високий. У 17-18 років відбувається плавна позитивна динаміка у розвитку емпатії

**Висновки:** У підлітковому віці відбувається різка диференціація значущості об'єктів емпатії. Спостерігається нерівномірний, дискретний розвиток емпатійності у підлітків різного віку. На динаміку емпатії в підлітковому віці впливають загальні особливості психічного та особистісного розвитку цього періоду.

Бузенюк А.А.

### **ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТЕРАПІЇ ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ**

**Актуальність:** Піротерапія як метод подолання резистентності до психофармакотерапії, відмовлятися передчасно, оскільки отриманні результати в ході численних досліджень доводять, що цей метод потребує відродження на нових, сучасних принципах і підставах. оскільки може у ряді випадків принести безперечну терапевтичну користь. Отримані результати можуть застосовуватися передусім в терапевтично резистентній субпопуляції хворих, що страждають від психічних розладів.

**Мета:** Проаналізувати та порівняти користь та шкоду при застосуванні піротерапії як патогенетичного методу лікування психічних розладів.

**Матеріали та методи:** Був проведений огляд медичної літератури та медичних статей з англійських джерел випущених в 2014-2018 роках, а саме <https://medach.pro>, <https://.eduherald.ru>, <https://studfiles.net>.

**Результати:** Ефективність лікування резистентних варіантів перебігу шизофренії та інших нав'язливих станів шляхом застосування піротерапії пояснюється зміною рівня реактивності організму хворих під впливом препаратів, що підвищують температуру. Цікаво, що в нервових пірогенераторних клітинах, отриманих з індукованих плюрипотентних стовбурових клітин від пацієнтів з шизофренією, спостерігається мозаїчність експресії HSF-1 і захисної білкової системи, до активації якої він призводить. Тобто дефіцит системи, яка контролює стабільність білка в клітині, і звідси життєздатність нервових клітин, також існує при шизофренії; більш того, він мозаїчний, тобто потенційно веде не до тотальної нейродегенерації, а до втрати окремих ділянок кори, - що ми і спостерігаємо. Тобто, струсу шляхом викликання лихоманки потребують не стільки самі білки, скільки система їх «програмування», яка через тотальний (при нейродегенеративних захворюваннях) або мозаїчний (як передбачається при шизофренії) дефект не може повноцінно забезпечити ні стабільність структури білків в умовах стресу, ні їх утилізацію, якщо структуру відновити неможливо. Причому під стресом мається на увазі не тільки «тепловий шок», а й обсяг стимуляції, яку отримують нейрони, оскільки він не є максимально комфортним для білкових структур людського організму і закономірно підвищує активність систем, покликаних її відновити.

**Висновки:** Гарячкові стани підвищують проникність гематоенцефалічного бар'єру для лікарських препаратів. Крім того, разом із загальним підвищенням кровотоку, покращується і кровопостачання ЦНС, і разом з цим доставка препаратів до мети. Поряд із розвитком власне патологічних явищ в організмі при гарячці відбувається активація ряду захисно-приспосувальних реакцій, що дозволяє використовувати її в практичній медицині в комплексі лікувальних заходів при таких захворюваннях, як шизофренія, резистентні депресії та психози.

В.І. Булавенко, О.Г. Басінських  
**ПАТОГЕНЕТИЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ  
ЛІКУВАННІ ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ**

Кафедра патологічної фізіології  
М.А. Березняк (доцент, к.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Найважчою серед судинної патології із високою летальністю, є порушення мозкового кровообігу. Серед загальної кількості гострих порушень мозкового кровообігу, ішемія головного мозку становить близько 80-85% до 15-20% [М.І. Салій, 2014].

**Мета:** Комплексне вивчення ефектів трансплантації мезенхімальних стовбурових клітин (МСК) на моделі ішемічного інсульту в щурів.

**Матеріали та методи:** В експерименті використали 100 щурів-самців Вістар вагою 160-190 г, яким проведена перехідна двобічна 20 хв. ішемія-реперфузія (ІР) внутрішніх сонних артерій (ВСА). Після білатеральної каротидної оклюзії (БКО) тваринам в стегнову вену вводили МСК, отримані з Вартонового студня пуповини людини, після нормальних пологів (1 млн клітин в 0,2 мл 0,9% розчину NaCl). Іншій групі піддослідних тварин в стегнову вену вводили фетальні фібробласти щура в дозі 1 млн клітин в 0,2 мл 0,9% розчину NaCl. Контрольним тваринам внутрішньовенно вводили 0,2 мл 0,9% розчину NaCl. Цитофлуориметричний аналіз проводився на багатофункціональному науково-дослідному проточному цитометрі “Partec PAS” фірми “Partec” (Німеччина) у НДЦ ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

Отримані результати проаналізовані з використанням критеріїв t-Стюдента, U-параметра Манна – Уїтні та Фішера. Статистично достовірними рахували відмінності з рівнем значущості більшим 95 % ( $p < 0,05$ ).

**Результати:** В/в трансплантація стовбурових клітин різного походження в концентрації 1 млн. клітин при терапії перехідної двобічної 20 хв. ІР ВСА сприяло зменшенню летальності та подовженню тривалості життя тварин в умовах гострої ішемії головного мозку. Найбільша за величиною захисна дія на головний мозок у тварин з ІР відмічена при в/в введенні МСК з Вартонова студня людини у дозі 1 млн клітин. На 12 годину спостереження смертність склала лише 10% проти 45% порівняно зі щурами, яким в умовах моделювання ІР вводили лише 0,9% розчину NaCl ( $p < 0,05$ ). Застосування фетальних фібробластів щура, зменшувало летальність тварин відносно контрольної патології в середньому на 25% ( $p < 0,05$ ). На 7-му добу спостереження у групі тварин із контрольною патологією, яким в/в вводили лише 0,9% розчин NaCl, середній бал за шкалою Stroke-index McGrow склав  $11,79 \pm 0,48$ . На 14-ту добу спостереження не відбулося повного відновлення втрачених функцій ЦНС, що склав  $9,14 \pm 0,30$  бала. Довенне введення МСК приводило до достовірного ( $p < 0,05$ ) регресу неврологічного дефіциту, який був вищий при застосуванні МСК Вартонова студня людини. На 7-му добу спостереження середній бал за шкалою Stroke-index McGrow склав  $7,14 \pm 0,19$  і на 14-ту -  $4,86 \pm 0,15$  балів. Найбільш активно відновлення показників відбувалось у групі тварин, яким трансплантували МСК Вартонова студня людини - кількість рухів збільшилось ( $p < 0,05$ ). При цитофлуориметричному дослідженні встановлено, що експериментальна терапія щурів із інфарктом головного мозку, яким в/в трансплантували стовбурові клітини різного походження в концентрації 1 млн. клітин сприяла зменшенню інтенсивності фрагментації ядерної ДНК нейронів сенсо-моторної кори.

**Висновки:** Трансплантація МСК отриманих із пуповини людини та фетальних фібробластів щура, знижувала летальність, полегшувала неврологічну симптоматику та нормалізувала поведінкові реакції у щурів із експериментальним ішемічним інсультом. Позитивний вплив трансплантованих МСК на неврологічну симптоматику та поведінкові реакції у щурів, пов'язані з активацією власних стовбурових і прогениторних клітин мозку з міграцією останніх до вогнища ішемії.

В. С. Величко

## ПОСТТРАНСПЛАНТАЦІЙНІ ЛІМФОПРОЛІФЕРАТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра патологічної фізіології

Ю. М. Береговенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У зв'язку із реформуванням МОЗ України закону про трансплантацію та поступовим розвитком трансплантації органів в Україні перед вітчизняною медициною незабаром постане ряд нових питань, зокрема, про ускладнення внаслідок пересадки. Одним із ускладнень, із яким може мати справу реципієнт органів, є розвиток посттрансплантаційних лімфопрولیферативних захворювань (ПТЛПЗ). ПТЛПЗ – це лімфоїдна проліферація або лімфома, що розвинулася на фоні імуносупресивної терапії (ІСТ) у хворих після трансплантації цільних органів, аlogenного кісткового мозку або стовбурових

клітин периферичної крові. За різними авторами у всьому світі частота виникнення ПТЛПЗ у реципієнтів гемопоетичних стовбурових клітин сягає  $\approx 2\%$ , а у реципієнтів органів  $\approx 10\%$ .

**Мета:** Вивчити та узагальнити фактори ризику, етіологію, патогенез, основи патогенетичного лікування та профілактики посттрансплантаційних лімфопроліферативних захворювань.

**Матеріали та методи:** Пошук, аналіз та узагальнення наукових публікацій за період 2005-2018 р. із ресурсів Google Scholar, PubMed та репозиторію бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** У результаті аналізу наукових досліджень було встановлено, що основним фактором ризику розвитку ПТЛПЗ являється статус інфікування реципієнта вірусом Ебштейна-Бара (ВЕБ). У ВЕБ-позитивних В-лімфоцитах відбувається латентне перебування ВЕБ III типу, на фоні якого відбувається експресія 11 генів ВЕБ. Деякі з вищезазначених генів, зокрема, LMP1, мають трансформуючий (антиапоптична дія та стимуляція проліферації) вплив на клітини. За нормальних умов під впливом ВЕБ одночасно відбувається активація цитотоксичних лімфоцитів, які контролюють експресію генів, зменшуючи їхню трансформуючу дію на клітини. Усі реципієнти органів у післяопераційному періоді проходять курс імуносупресивної терапії з метою попередження відторгнення трансплантата. Імуносупресивна терапія, у свою чергу, пригнічує реакції клітинного імунітету, зокрема, дію цитотоксичних лімфоцитів. Як наслідок, трансформуюча дія генів ВЕБ, що експресуються, призводить до пригнічення апоптозу та активації проліферації клітин.

**Висновки:** У роботі був досліджений механізм розвитку ПТЛПЗ, ключову роль у якому відіграють інфікування реципієнта вірусом Ебштейна-Бара та застосування імуносупресивної терапії для реципієнтів органів та гемопоетичних стовбурових клітин у післяопераційному періоді. Виходячи із патогенезу захворювання, до методів лікування та профілактики можна віднести терапію, спрямовану на ВЕБ, засоби для відновлення функції Т-лімфоцитів та зменшення кількості В-лімфоцитів.

В.І. Войстрик

## М'ЯЗОВІ ФАСЦИКУЛЯЦІЇ. РОЛЬ В РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЙ

Кафедра нормальної фізіології

О.Л. Очеретна (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** М'язові фасцикуляції – часто поширене явище, що характеризується мимовільним видимим посіпуванням (скороченням) груп м'язових волокон внаслідок активності мотонейронів під впливом моторних центрів головного мозку. Більшість населення не знає чи є даний прояв в межах норми, чи являється патологічним.

**Мета:** Вивчити механізми і причини виникнення м'язових фасцикуляцій. Виявити вплив фасцикуляцій на розвиток патологічних станів або спростувати таке твердження.

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

**Результати:** Опрацювання матеріалу дало змогу виділити два види фасцикуляцій – доброякісні та зумовлені хворобою. В основі даного поділу покладено той факт, що дані скорочення м'язових волокон, а саме, фасцикуляції, можуть бути виявленні в стані норми. Характерним є те, що фасцикуляції відбуваються під час розслаблення м'язів. Тобто, активність м'язів (під час настання процесу розслаблення) може відновитися за рахунок надходження імпульсів від мотонейронів спинного мозку, що й призведе до скорочення м'язового волокна. Хоча подразнення поодинокі й не викликають скорочення всього м'яза, вони видимі оку, на відміну від фібриляцій (які є проявом пошкодження організму, а саме – ушкодження спінального мотонейрона). Найчастіше фасцикуляції з'являються після тривалих та інтенсивних фізичних навантажень, при засинанні та під час сну (під час швидкої фази), після прокидання (особливо зранку), при дії нервових факторів (стрес, перевтома чи недосипання) та впливу температури (переохолодження). Основні умови прояву фасцикуляцій – або надмірна робота



м'язів, або стан спокою. Ці дві умови характерні для нормального життя людини і зумовлюють «доброякісні» фасцикуляції. Тоді постає питання, чи має цей процес зв'язок з патологією? Сам процес м'язових скорочень (фасцикуляцій) має лише опосередкований зв'язок з патологією, а саме через те, що вони є симптомом захворювань різного генезу. У нормі фасцикуляція м'язових волокон повинна проходити через певний час – після настання активності м'язу. При патологіях це не відбувається, тому надмірна кількість фасцикуляцій та їх надмірна тривалість є ознакою, що вказує на наявність проблеми. Причина цьому – наявність патологій нервової системи, що проявляється імпульсацією волокон нерва та неконтрольованими скороченнями. Після важких травм (з ушкодженням м'язів), при розсіяному чи аміотрофічному склерозі, пошкодженнях ЦНС (нейропатіях), ураження щитоподібної залози та порушеннях водно-сольового балансу.

**Висновки:** Отже, можна ствердити, що такий прояв фізіологічної активності м'язів, які фасцикуляція не є патологією, а лише являється одним із варіантів нормального стану організму чи лише симптомом захворювань. Твердження щодо патологічної природи фасцикуляції є частково вірним, адже періодичний та короткочасний прояв даного стану не є причиною хвилювань щодо важких патологій.

Т.А. Гавій

## МІКРОФЛОРА ПОВІТРЯ ОКРЕМИХ РАЙОНІВ МІСТА НІЖИНА У ЗИМОВИЙ ТА ЛІТНІЙ ПЕРІОДИ РОКУ

Кафедра мікробіології  
Є.Ф. Мацак (к.б.н., доц.)

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

**Актуальність.** Мікрофлора повітря дуже різноманітна. Склад її залежить від забрудненості повітря пилом, кіптявою, сажою, відходами виробництва. Мікроорганізми потрапляють у повітря з поверхні води, ґрунту, рослин, з організму людей і тварин. Кількісний та якісний склад мікрофлори ще залежить від пори року, клімату, вологості та інших факторів. Найбільша кількість мікроорганізмів знаходиться у повітрі великих промислових міст, найменша кількість над лісами, горами, морями та у сільській місцевості. Через повітря реалізується аерогенний механізм передачі мікроорганізмів в том числі, збудників інфекційних захворювань.

**Мета:** дослідити мікрофлору повітря окремих районів міста Ніжина Чернігівської області залежно від сезону року.

**Матеріали та методи.** Дослідження мікрофлори повітря міста Ніжина здійснювали у чотирьох районах: на центральній площі імені Франка, у районі залізничного вокзалу, Мигалівці (район приватних будинків), 3-му мікрорайоні (район багатоповерхових будинків) у зимовий та літній періоди року. Для визначення мікрофлори повітря різних районів Ніжина використовували седиментаційний метод Коха.

**Результати.** В ході дослідження мікрофлори повітря різних районів міста Ніжина в зимовий період з'ясовано, що найбільша кількість колоній мікробів на площі 1 дм<sup>2</sup> була виявлена у районі Мигалівки та центральній площі і складала 169 та 158 відповідно. Найменша кількість колоній спостерігалась в районі залізничного вокзалу.

В мікрофлорі повітря Мигалівки, центральній площі, залізничного вокзалу переважали кокові форми, в повітрі 3-го мікрорайону – стрептобацили.

Кількісний аналіз мікрофлори повітря у літній період показав, що найбільше мікроорганізмів виявлено у районі центральній площі, найменше – у районі Мигалівки.

У мікрофлорі повітря залізничного вокзалу та центральній площі переважають різні за морфологією організми, у мікрофлорі повітря 3-го мікрорайону – стафілококи, у мікрофлорі повітря Мигалівки – бацили і стафілококи.

Для поліпшення стану мікрофлори повітря міста Ніжина необхідно збільшити кількість зелених насаджень, особливо хвойних рослин, збільшити кількість клумб, рабатов, газонів та інших об'єктів в

районах центральної площі і залізничного вокзалу; здійснювати щоденний полив асфальтних доріг в спекотну погоду, покласти асфальтне покриття в районі Мигалівки. Комплекс цих заходів дозволить зменшити кількість мікроорганізмів у повітрі.

**Висновки.** Таким чином, у мікрофлорі повітря міста Ніжина частіше всього зустрічаються кокові та бацилярні форми бактерій. Дослідження числа мікроорганізмів у повітрі різних районів міста Ніжина у зимовий та літній період виявило, що найбільш чистим є повітря Мигалівки, а забрудненим – повітря центральної площі. Ми припускаємо, що це багато в чому пов'язано з найбільшою концентрацією транспорту (і, отже, пилу, бруду) в центрі міста, ніж на його околицях.

Гаврилюк К.А

## РОЛЬ ДОФАМІНУ У ПРОЦЕСІ ФОРМУВАННЯ ПАМ'ЯТІ ТА НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ– ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Кафедра нормальної фізіології

Очеретна О.Л (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** пам'ять – невід'ємний процес нашого життя, без якого неможливо існувати в сучасному суспільстві. Дофамін – біологічно-активна хімічна речовина, яка виступає однією з найголовніших складових у фізіології пам'яті. У його функції входить встановлення зв'язків між нейронами та забезпечення перемикання з одного процесу когнітивної діяльності на інший. Для створення робочої пам'яті необхідно сформувати сигнальні шляхи, через нестачу яких буде проявлятися загальмованість. Тільки у США понад 5,7 млн. людей (за даними на 2018 р.) хворіють на Альцгеймера, що лишає людей можливості володіти спогадами. За прогнозами вчених, кількість хворих до 2050 року збільшиться на 14 млн. осіб.

**Мета:** проаналізувати наукові дані про вплив дофаміну у процесі формування пам'яті та при патогенезі хвороби Альцгеймера.

**Матеріали та методи:** опрацювання останніх статистичних даних із вітчизняних та зарубіжних статей, медичних журналів, доповідей у цьому спрямуванні.

**Результати:** дофамін – нейротрансмітер, який приймає участь у регулюванні емоційних реакцій, таким чином передає інформацію від одних клітин до інших. Гормон впливає на дофамінові рецептори, які знаходяться у головному мозку, для яких він виступає ендogenousним лігандом. На основі проведених досліджень у Каліфорнійському університеті в Берклі з використанням позитронно-емісійної томографії з'ясувалась пряма кореляція між кількістю виробленого дофаміну та якості робочої пам'яті, що свідчить про важливість його концентрації в організмі. Наприклад, у літніх людей зменшується щільність дофамінових D2-рецепторів стріатума та концентрація дофаміну у підкіркових утворах. Усі ці зміни призводять до нейродегенеративних порушень та втрати можливості до запам'ятовування. Нещодавно опублікована стаття у науковому журналі «Journal of Alzheimer's Disease» доводить, що зменшення якості функціонування груп клітин, які продукують дофамін, впливає на роботу гіпокампма та призводить до когнітивних порушень та розвитку деменції. Однак, ці дослідження, що показують зміни у вентральних відділах мозку та їх взаємозв'язок з дофаміном, є доцільними у ранній діагностиці захворювання та при умові, що лікування почалося вчасно. Сучасні дослідження показують, що загибель дофамінергічних нейронів можна попередити, знаючи й іншу властивість цього нейромедіатора: наданням нам відчуття задоволення у відповідь за виконане завдання. При заохочуванні власного організму, мозок «радіє», чим провокує викид дофаміну. Така проста профілактика, може запобігати порушенням пам'яті.

**Висновок:** чіткі уявлення про вплив дофаміну на важливі фізіологічні процеси може забезпечити профілактику багатьох неврологічних патологій, а також оптимізувати роботу нервової системи загалом.

М. О. Гандзій

## ПОРІВНЯЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ХЛОРАКТИВНИХ ДЕЗІНФЕКТАНТІВ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Н. С. Фоміна (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Попри досягнення в розробці та удосконаленні існуючих протимікробних засобів, проблема пошуку ефективних дезінфектантів залишається актуальною. При позитивному результаті дослідження протимікробних властивостей дезінфектантів мало досліджуваним залишається вплив подібних препаратів на плівкові форми мікроорганізмів та в присутності білків.

**Метою було:** дослідження ефективності сучасних дезінфектантів на полімерних тест-об'єктах (ТО), контамінованих патогенними мікроорганізмами.

**Матеріали та методи:** хлорвмісний 0,2% розчин «Септомакс» та 0,5% розчин «Віталіт», який є продуктом електрохімічного синтезу низькомінералізованого-до 1%, водного розчину хлориду натрію. Об'єкт дослідження - ТО контаміновані стафілококами, кишковими та сине-гнійними паличками. Для оцінки ефективності дезінфектантів стерильні тест-об'єкти контамінували суспензіями вищевказаних бактерій, занурювали в робочі розчини дезінфектантів, переносили в стерильний м'ясо-пептонний бульйон (МПБ) по збігу експозицій 30с, 1 хв, 2 хв, 3 хв, 5 хв.

У складі біоплівок бактеріальні клітини є захищені від хімічних впливів. Цікавим було дослідити ефективність названих вище дезінфектантів на сформовані мікробні біоплівки. Для цього на ТО впродовж 2 діб формували бактеріальні біоплівки, занурювали у розчині дезінфектантів, після досягненні 3хв, 5 хв, 10 хв, 15 хв, 30 хв, 60 хв-ої експозиції висівали в МПБ. Наявність крові на виробках медичного призначення ускладнює їх дезінфекцію. Дослідження протимікробної дії дезінфектантів в присутності крові проводили шляхом занурювання контамінованих ТО у дезрозчин (2 мл) із додаванням цитратної крові (2мл). Після експозиції 1 хв, 3 хв, 5 хв, 10 хв, 15 хв, 30 хв, 60 хв. ТО висівали у поживний бульйон.

**Отримані результати** показали високу протимікробну дію дезінфектантів на контаміновані мікроорганізмами ТО (ефективна експозиція 30с-60с). В той же час, мінімальна ефективна експозиція дезінфектанту «Септомакс» на біоплівки стафілококів та кишкової палички становила 15хв.; для *P. aeruginosa* 60 хв. Дезінфектант «Віталіт» при 15 хвилинній експозиції був ефективний лише щодо бактеріальної біоплівки утвореної *S. aureus*. На грамнегативні палички знезаражуючого не досягли і при 60 хв експозиції. В присутності цитратної крові дезінфікуюча ефективність досліджуваних препаратів втрачалась в цілому. При максимальній дослідженій експозиції дії (60 хв.) на ТО, інфікованих планктонною формою, бактерії не втрачали життєздатності.

**Висновки:** Досліджувані дезінфектанти «Септомакс» і «Віталіт» продемонстрували швидкий протимікробний ефект щодо контамінованих планктонними формами мікроорганізмів тест-об'єктів. Для дезінфекції виробів медичного призначення вкритих мікробними біоплівками або забруднених кров'ю дані препарати не придатні.

А. Гаразде

## НАУКОВІ ПОЯСНЕННЯ ПРОЦЕСІВ, ЯКІ ВІДБУВАЮТЬСЯ У ЗАКОХАНИХ ЛЮДЕЙ

Кафедра нормальної фізіології

О.Л. Очеретна (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Відчуття закоханості кожен опише по-своєму. З наукової точки зору любов — це

біохімічний механізм, в якому задіяно безліч гормонів. Лікарі вважають, що кохання — це гармонія в гормонах, а саме естрогенів та тестостерону. Наприклад, чоловік, вперше побачивши жінку, вважає, що це «кохання з першого погляду». Насправді ж, це викид тестостерону в кров. Тоді фраза «хімія кохання» має свій сенс. Але точний фізіологічний механізм формування «кохання», ще до кінця невідомий, тому дана тема є актуальною у медичній галузі.

**Мета:** З'ясувати роль хімічних речовин і гормонів у формуванні стадій закоханості.

**Матеріали та методи:** Наукові роботи освітнього проекту «Університет для всіх», видання «Біохімія кохання», дослідження вітчизняних науковців.

**Результати:** На сьогоднішній день вчені виділяють три стадії біохімічних процесів, які відбуваються у людей в стані закоханості. Перша стадія — «я тебе хочу», в якій головну роль відіграють феромони. Раніше вважали, що вони наявні тільки у тварин, але дослідження довели те, що вони присутні у людей. У чоловіків – похідні тестостерону, у жінок – жирних кислот. На продукцію феромонів впливають естрогени, тому чим більше естрогенів, тим більше вироблення феромонів, які діють на нюховий центр та гіпоталамус у чоловіків, наслідком якого є вироблення тестостерону. Триває ця стадія до 1-2 місяців. Друга стадія — «я не можу без тебе жити», зумовлена діяльністю моноамінів та нейротрансмітерів. Завдяки їм продукуються дофамін, який виробляється швидше у стані закоханості і діє як болезаспокійливий засіб, адреналін і норадреналін, які разом з дофаміном й фенілетіламіном, утворюють відчуття ейфорії. Цікавим фактом стосовно фенілетіламіну є те, що при таємному коханні кількість цих гормонів збільшується. Не слід забувати про серотонін, який є медіатором гарного самопочуття і регулятором сексуальної поведінки. Ця стадія триває до 2 років. Кінцева стадія — «я можу без тебе жити, але з тобою набагато краще». Характеризується такими гормонами як окситоцин, вазопресин та ендорфін. Окситоцин вважають «гормоном кохання та обіймів». Він бере участь у формуванні довіри між людьми та відчуття прив'язаності між матір'ю і дитиною. Цей дослід був проведений на щурах і мав такі висновки: щурі, які не були вагітними, демонстрували агресію щодо щуренят, а ті щурі, яким було введено кров вагітних, проявляли материнську поведінку. Вазопресин бере участь у сексуальній мотивації, а ендорфіни впливають на емоційний стан. Ця стадія триває 4-7 років, а далі йде звичка. На жаль, є і побічні ефекти закоханості — обсесивно-компульсивний розлад, що є психічним порушенням і пояснює божевільні вчинки закоханих людей.

**Висновки:** Отже, любов — це ланцюгові реакції, в якій задіяні префронтальна кора, яка відповідає за емоції, гіпофіз та гіпоталамус, які продукують гормони та порушують «гомеостаз», надаючи людині відчуття закоханості.

Д.І. Гриценко

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ СІАЛОЛІТІАЗУ ТА РОЛЬ ВІРУСІВ МУМПУС ТА ЦИТОМЕГАЛОВІРУС У РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.О.Бевз (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Хронічні захворювання слинних залоз із каменеутворенням є поширеними і зустрічаються в Україні від 17% до 61,1% випадків серед усіх захворювань слинних залоз. Висока частота захворювання населення, відсутність достовірної інформації про єдиний чинник та механізми розвитку, низька ефективність діагностики та лікування спонукають до поглиблених наукових досліджень морфогенезу даної патології.

**Мета:** Дослідити морфологічні зміни слинних залоз у хворих на сіалолітіаз (СЛ) й вивчити роль вірусу Мумпус (*BM*) та Цитомегаловірусу (*ЦМВ*) у розвитку захворювання.

**Матеріали та методи:** Мікропрепарати біопсійного матеріалу 36 хворих на СЛ досліджувались за допомогою тринокулярного флуоресцентного мікроскопу з камерою ERMA EZ-122F. Проаналізовані

наукові публікації в галузі патогенезу СЛ американських та європейських авторів.

**Результати:** В ході дослідження було визначено, що СЛ найбільш часто вражається піднижньощелепна слинна залоза. Згідно даних літератури про тропність ВМ та ЦМВ до залозистих тканин, зокрема до епітелію слинних залоз, хворі на хронічний сіалоаденіт із СЛ були обстежені різними методами на наявність персистенції цих вірусів. Методом ІФА сироватки крові визначили присутність специфічних ІgG до ВМ та ЦМВ. Антитіла до ЦМВ були визначені у 90,7%, а до ВМ – у 70,4% випадків. Наявність мікст-вірусної інфекції була визначена у 65,8% пацієнтів. Метод культури щеплених тканин американські та європейські автори використовували для визначення персистуючої вірусної інфекції безпосередньо в епітелії слинних залоз. ЦМВ реєструвався в 90,9%, ВМ – у 54,5% хворих. В мікропрепаратах біопсійного матеріалу хворих на СЛ з ЦМВ відмічався значний дифузний набряк та фіброз тканин залози, атрофічні зміни епітелію ацинусів та протоків й помірна лімфоцитарна інфільтрація інтерстицію. При СЛ з ВМ характерними морфологічними відмінностями було значне розширення як внутрішньозалозистої так і позазалозистої частини протоку з утворенням кіст. Для СЛ з ЦМВ та ВМ були характерні зміни епітелію протоків, а саме плоскоклітинна, онкоцитарна й залозиста метаплазія.

**Висновок:** У хворих на сіалолітіаз, не залежно від локалізації сіаліту та клінічних проявів захворювання в будь-якій із слинних залоз, виявлено фібропластичний сіалоаденіт з поширенням хронічного запального процесу на всі слинні залози. При порівнянні персистенції вірусів залежно від структурних змін у залозі, виявили переважання ЦМВ у пацієнтів із хронічним склерозуючим сіалоаденітом та ВМ – у пацієнтів із хронічним ектазійним сіалоаденітом. Мікст-вірусна інфекція частіше визначалася у пацієнтів із хронічним ектазійним сіалоаденітом.

Р.М. Грінько, А. Д. Шкодінa

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН КЛІТИННОГО СКЛАДУ НЮХОВИХ ЦИБУЛИН ЗА УМОВ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ПНЕВМОНІЙ**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом

Старченко І.І. (д.мед.н., проф.)

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава

**Актуальність:** Загальновідомо, що нервова тканина досить чутлива до змін парціального тиску кисню в крові. Однак вважається, що нюховий мозок як філогенетично більш давній є стійкішим до гіпоксичних уражень в порівнянні з іншими відділами кінцевого мозку. В сучасній літературі досить детально описані зміни в головному мозку людини за умов різноманітних патологічних процесів, які супроводжуються інтоксикацією та гіпоксією, проте структурні зміни в нюхових цибулинах, вивчені недостатньо.

**Мета:** вивчити особливості клітинного складу нюхових цибулин людей, померлих від пневмоній та це церебро-васкулярних захворювань.

**Матеріали та методи:** Матеріалом дослідження слугували нюхові цибулини (НЦ) 11 померлих людей, чоловічої та жіночої статі віком від 30 до 90 років. Отримані зразки було розподілено на 3 групи: 1 – НЦ людей, що померли від пневмонії (згідно з патоморфологічним заключенням); 2 – НЦ померлих від цереброваскулярних захворювань людей; 3 – НЦ померлих людей (контрольна група), причина смерті яких не була пов'язана з зазначеними захворюваннями. Після фіксації в 10% нейтральному формаліні матеріал зневоднювали та заключали в парафін за загальноприйнятою методикою. З парафінових блоків на ротаційному мікротомі виготовляли гістологічні зрізи, які фарбували гематоксиліном та еозином, пікрофуксином за Ван Гізоном. Вивчення мікропрепаратів, проведення морфометричних досліджень проводили за допомогою світлового мікроскопу ВХ-41 компанії «Olympus» з набором відповідних ліцензійних програм. Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою програми IBM SPSS Statistics з U-критерієм Мана-Уїтні за умови  $p \leq 0,05$ .

**Результати:** Відповідно до проведеного дослідження виявлені достовірні зміни кількості мітральних клітин у НЦ померлих від пневмонії в порівнянні з людьми, що не мали зазначеної патології у бік зменшення на 23,02%. У НЦ померлих від цереброваскулярних хвороб виявлено зменшення відносної площі кровоносних мікросудин на 31,25%, ніж у третій групі. Встановлено достовірне збільшення кількості еозинофільних гомогенних тілець у другій групі на 53% в порівнянні з третьою, та на 50,79% у першій групі відносно другої. Достовірних відносної площі фібрилярного компонента залежно від типу патології встановлено не було.

**Висновки:** Виявлені зміни клітинного складу та судинного компоненту свідчать про різний патогенез змін у НЦ людини за умов зазначених патологій. Отримані результати дозволяють припустити, що еозинофільні гомогенні тільця є наслідком апоптотичного нейроцитолізу в результаті гіпоксичного стану на фоні церебрального атеросклерозу та пневмонії та є аналогом вже відомих «клітин-тіней», описаних у мозочку та півкулях головного мозку за умов гіпоксичних ушкоджень.

В.Д. Гром, Р.А. Рузанкова

## НЕЙРОТРОФІЧНИЙ ФАКТОР ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ЙОГО РОЛЬ У ФОРМУВАННІ ПАМ'ЯТІ.

Кафедра нормальної фізіології

Т.П. Рисинець (к.психол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Нині великого значення набули дослідження присвячені ролі нейротрофічних факторів, зокрема BDNF (brain-derived neurotrophic factor). Одним із головних завдань якого є підтримка рівня довгострокової пам'яті (LTM – long-term memory) в нейронах гіпокампу, що забезпечує організацію мнестичних процесів і навчання на клітинному рівні.

**Мета:** На основі аналізу наукових джерел дослідити роль нейротрофічного фактору головного мозку у процесах формування пам'яті; зрозуміти, як сліди пам'яті зберігаються з часом.

**Матеріали та методи:** Проводили тестування на коротко та довготривалу образну пам'ять з двома категоріями осіб: курцями та контрольною групою. З метою виявлення порушення механізму консолідації.

**Результати досліджень:** Було виявлено статистично однакову кількість запам'ятованих слів в межах короткотривалої пам'яті, проте результати для довготривалої пам'яті різняться: серед курців кількість запам'ятованих слів була меншою на третину, що може свідчити про інгібування нікотинном трансляції і, як наслідок, відсутність синтезу нейтрофічного фактору.

Також на підтвердження наших припущень хочемо додати експеримент по виходу з водного лабіринту Моріса, який являє собою пул з водою, умовно розділений на чотири квадранти з метою аналізу часу перебування тварини у кожному з них. щурів. Сенс експерименту полягає у формуванні просторової пам'яті. Тварини проходили вісім тренувань щодня з інтервалом 30 с, протягом яких платформа знаходилася щоразу в одну й тому ж самому місці, проте точка початку запливу кожного разу була різна. Було використано декілька щурів: один, з яких був контрольним та інші, яким робили ін'єкцій анізоміцину – інгібітору синтезу білка. Результати показують більшу тривалість пошуку платформи у щурів, яким проводилися ін'єкції анізоміцину, та меншу кількість часу перебування у «потрібному» квадранті. В той час як щурам контрольної групи знадобилося менше часу на знаходження платформи, і час перебування у «потрібному» квадранті був більшим. Використання інгібіторів синтезу білка було основоположним для розробки гіпотези, що макромолекулярний синтез необхідний для LTM. Протягом тривалого часу він давав єдиний доказ участі синтезу білка de novo в процесі навчання.

**Висновки:** Гіпокамп бере участь в обробці пам'яті після того, як LTM вже сформувалася, механізм консолідації неможливий без синтезу BDNF. Цікаво, що експресія одного із видів IEG генів (immediate early genes), що є фактором транскрипції, контролюється за рахунок нейтропного фактору головного

мозку. Під час формування пам'яті синтез білка необхідний для перетворення недавно отриманої інформації в стабільні синаптичні модифікації. Таким чином, існує певний проміжок часу, протягом якого сліди є вразливими до молекулярних оборотів до моменту завершення механізму консолідації. BDNF є ключовим білком, що приймає участь в довгострокових структурах та функціональних змінах, включно, залежні від синтезу білка, тривалі синаптичні зміни – пам'ять.

М.Г. Гула, А.А. Угрин  
**СПАДКОВІ ЛЕЙКОПЕНІЇ. ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ ТЯЖКОЇ ВРОДЖЕНОЇ НЕЙТРОПЕНІЇ.**

Кафедра патологічної фізіології  
Піліпонова В.В (доц., к.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Вінниця

**Актуальність:** Нейтропенія –це зменшення кількості циркулюючих нейтрофілів в периферичній крові нижче 2000 в 1 мкл крові. Тяжка вроджена нейтропенія (Severecongenitalneutropenia (SCN)) - це генетично зумовлена гетерогенна група захворювань, що характеризується зупинкою дозрівання у кістковому мозку нейтрофілів на рівні промієлоцитів або мієлоцитів. Наслідком цього є зниження абсолютної кількості нейтрофілів у периферичній крові менше 1000 од/мкл у дітей до року і менше 1500 од/мкл у дітей старше одного року й дорослих, що супроводжується зниженням імунологічної реактивності та виникненням частих інфекцій з перших місяців життя.

**Мета:** З'ясувати особливості етіології та патогенезу спадкових лейкопеній на прикладі тяжкої вродженої нейтропенії.

**Матеріали та методи:** огляд та аналіз наукових досліджень, статей у фахових журналах, матеріалів наукових конференцій, монографій, інтернет ресурсів PubMed, GoogleScholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** Причиною тяжкої вродженоїнейтропенії (ТВН)є мутації генів:НАХ1 (кодує мітохондріальнийантиапоптичний білок), ELA2 (кодує нейтрофільнуеластазу) або GCSFR (granulocytecology-stimulatingfactorreceptor). Патогенез ТВН залежить від того у якому гені відбулася мутація. Мутація гена ELA2, яка порушує початок трансляції, породжує більш коротку форму нейтрофільної еластази, що призводить до неправильної локалізації мутованого білка. Внутрішньоклітинне накопичення і зміна розташування мутантної нейтрофільної еластази індукує стрес ЕПР і активує реакцію незгортуваних білків(РНБ, unfoldedproteinresponse), яка веде до збільшення швидкості апоптозу. Як захисна реакція на стрес ЕПР запускаються процеси: гальмування трансляції еластази для запобігання протеїновому навантаженню; селективної активації транскрипції генів, що кодують шаперони та антиоксидантні ферменти; активації деградації «неправильних» білків. Стрес ЕПР сприяє також цитопротективнійавтофагії та апоптозу. Як наслідок спостерігається підвищений апоптоз мієлоїдних клітин-попередниць. При дефекті гену НАХ1 відбувається посилення апоптозу мієлоїдних клітин. Мутація в гені GCSFR призводить до порушення синтезу білка-рецептора клітинної поверхні до гранулоцитарного колонієстимулюючого фактора (G-CSF) та затримці дозрівання нейтрофілів в кістковому мозку на рівні промієлоцитів. Усі вище зазначені механізми спричиняють значне зниження абсолютної кількості нейтрофілів у периферичній крові.

Клінічно хворі на ТВН мають високий ризик бактеріальних інфекцій таких як отит, гінгівіт, шкірні інфекції, пневмонія, глибокі абсцеси і септицемія, тощо. Дана патологія виникає одразу після народження і без ефективної патогенетичної терапії призводить до критичних негативних наслідків.

**Висновки:** Таким чином мутації генів НАХ1, ELA2 та GCSFR викликають порушення дозрівання клітин мієлоїдного паростку та є причиною розвитку тяжкої вродженої нейтропенії. ТВН є основною причиною розвитку хронічних бактеріальних інфекційу даних хворих, що можуть привести до критичних негативних наслідків.

В.О. Давидюк  
**РЕАКЦІЯ КРОВІ НА ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ В ОРГАНІЗМІ ЛЮДИНИ**

Кафедра медичної біології

С.С. Хлестова (к.пед.н., доц.)

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Н.С. Слепченко (к.мед.н., доц.)

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

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Кров – це рідка сполучна тканина, що циркулює в організмі по системах замкнених кровоносних трубочок-судин. Її утворюють плазма та формені елементи: еритроцити, лейкоцити, тромбоцити тощо. Оскільки кров задіяна в низці різноманітних процесів, багато органів впливають на її склад, за яким, у свою чергу, можна робити висновок про стан цих органів. При потраплянні в організм людини бактерій, вірусів, хвороботворних речовин клітини тканин руйнуються внаслідок їхньої або при виділенні ними отруйних речовин. В результаті кровоносні судини розширюються і підвищується їхня проникність для лейкоцитів, які у процесі фагоцитозу поглинають чужорідні тіла. Якщо таких багато, то лейкоцит збільшується і руйнується, при цьому виділяються певні біологічно активні речовини, що спричиняють запальну реакцію – підвищення температури тіла, почервоніння та набряк тканин. Речовини, що виділяються запаленими тканинами, стимулюють накопичення в цьому місці лейкоцитів, які знищують сторонні тіла, уражені клітини та загиблі лейкоцити. При різних запальних процесах змінюються показники крові, тому для швидкого діагностування різних патологій призначають аналіз крові. Результати аналізу крові відображають практично всі патологічні процеси, які відбуваються в організмі людини; простота та швидкість процедури дозволяє своєчасно виявити відхилення, адже при ознайомленні з матеріалом, бланк аналізу легко читається.

**Мета:** Розглянути кров як показник стану організму та її роль у ньому, показати зміни показників крові при запальних процесах, зазначити, що аналіз крові не є єдиним методом діагностики.

**Матеріали та методи:** Для дослідження послужили такі матеріали як показники крові людини в нормі та при захворюваннях або запаленнях, загальні аналізи крові хворих на пневмонію, хронічний пієлонефрит та панкреатит. Для досягнення поставленої мети, ми використовували описовий, зіставний, порівняльний методи та метод компонентного аналізу.

**Результати:** Власні дослідження стану крові при різних захворюваннях були проведені у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова на базі МКЛ №1 м. Вінниці. Була зроблена вибірка по 3 хворих із такими діагнозами: пневмонія, панкреатит та хронічний пієлонефрит. У пацієнтки А., що була хвора на пневмонію, лейкоцити були підвищені до  $40-60 \times 10^9$ ; ШОЕ зростає. Виявлено підвищення нейтрофілів, порушення співвідношення паличкоядерних – 7-19%; сегментоядерних – 32-64%, проти норми паличкоядерних – 1-6%; сегментоядерних – 47-72%. Пацієнт Б., що хворів на панкреатит, мав зниження гемоглобіну до 107г/л при нормі: у чоловіків – 130-160г/л, у жінок – 120-140 г/л. Зниження еритроцитів –  $3,5 \times 10^{12}$  при нормі: у чоловіків –  $4,0-5,0 \times 10^{12}$ , у жінок –  $3,9-4,7 \times 10^{12}$ . Підвищення лейкоцитів  $90 \times 10^9$ . У пацієнта В. з хронічним пієлонефритом знижена кількість еритроцитів до  $2,5 \times 10^9$  та гемоглобіну до 120г/л, лейкоцитоз –  $30 \times 10^9$  г/л та зсув лейкоцитарної формули вліво. Підвищена ШОЕ до 40мм/г.

**Висновки:** При виникненні патологічних процесів у організмі компоненти крові змінюють свій склад, що можна побачити за допомогою результатів аналізу крові, в значній мірі поставити діагноз та визначити стратегію лікування.

І.А. Дзьоник, І.І. Гарасимець

**ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАКТУ З ГРИБІВ ШИТАКЕ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ЗА  
ПАРЦЕТАМОЛОВОГО ГЕПАТИТУ**



**Актуальність:** Однією із найважливіших проблем гепатології є медикаментозні ураження печінки, викликані неконтрольованим використанням лікарських засобів, зокрема парацетамолом. Для лікування та профілактики захворювань печінки використовують гепатопротектори, які сприяють збереженню та відновленню пошкоджених тканин печінки, сприяють нормалізації метаболічних процесів у ній та забезпечують структурно-функціональну цілісність мембран гепатоцитів. Останнім часом велика увага приділяється пошуку та розробці високоефективних гепатопротекторів серед лікарської рослинної сировини.

**Мета:** З'ясувати особливості перебігу парацетамолового ураження печінки та дослідити за цих умов гепатопротекторні властивості густого екстракту з грибів шиїтаке.

**Матеріали та методи:** Робота виконана на білих безпородних щурах-самцях. Моделлю токсичного ураження печінки слугувала інтоксикація парацетамолом, який тварини отримували щоденно протягом перших 2-ох днів експерименту інтрагастрально за допомогою зонда у вигляді 1 % крохмального розчину в дозі 1250 мг/кг. Корекцію змодельованої патології проводили густим екстрактом з грибів шиїтаке в дозі 150 мг/кг протягом 10 діб. Евтаназію тварин проводили з використанням тіопенталу натрію на 10-у добу від початку введення парацетамолу. Для біохімічних досліджень кров забирали із серця щурів, в сироватці якої визначали показники пероксидного окиснення ліпідів, стан антиоксидантної системи та ступень цитодеструктивних процесів. Для аналізу отриманих результатів використовували статистичні методи.

**Результати:** Встановлено, що після ураження печінки щурів парацетамолом в організмі активуються процеси вільнорадикального окиснення, зокрема ліпопероксидації, на що вказує підвищення вмісту тіобарбітурово-активних продуктів (ТБК-АП); відбувається виснаження системи антиоксидантного захисту (знижується активність каталази) та збільшення вмісту церулоплазміну; поглиблення ендогенної інтоксикації (збільшення кількості молекул середньої маси). Застосування густого екстракту з грибів шиїтаке призводить до нормалізації процесів ліпопероксидації (знижується вміст ТБК-АП) та відновлення активності захисних сил організму (збільшується активність каталази); знижується вміст церулоплазміну та ступінь ендогенної інтоксикації (зменшується кількості молекул середньої маси) та відновлюється проникність клітинних мембран.

**Висновки:** Отримані результати дозволяють рекомендувати екстракт з грибів шиїтаке для подальшого дослідження з метою застосування його в лікуванні захворювань печінки.

Н.О. Дмитренко  
**МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АКНЕ У ЖІНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ**

Кафедра гістології  
Шевчук. С. М. (ст. викладач)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми.** В Україні на акне страждають 5,8 млн молодих людей (14-29 років). Розповсюдження акне значно вище серед жінок, ніж серед чоловіків.

**Мета:** встановити морфологічні особливості акне у жінок в різних вікових періодах.

**Матеріали.** Під спостереженням перебували 271 жінок хворих на акне в різні вікові періоди. Всім хворим проводили анкетування стосовно початку захворювання, перебігу, якості життя та впливу провокуючих факторів на акне.

**Результати.** На підставі проведеного морфологічного аналізу встановлено гіпертрофію сальних залоз, фолікулярний гіперкератоз, мікробну колонізацію, запалення та імунну перебудову у хворих жіночої

статті. В результаті опитування 271 пацієнтів з діагнозом акне встановлено розподіл захворювання: у віці від 5 до 13 років відмічався у 11%, 14-15 років – 13%, 16-17 років – 19 %, 18-19 років – 36%, 20-21 років – 36%, у 22-23 років – 41 %, 24-25 років – 19%, 26-27 років – 21%, 28-29 років – 6%, 30-39 років – 44%, 40-49 років – 24%, 50-59 років – 9%. В переважній більшості випадків у пубертатному періоді спостерігалася папуло-пустульозна форма легкої та середньої тяжкості, часті екскоріювані або невротичні акне. У молодих дівчат спостерігається одночасно клінічна картина підліткових акне і ендокринопатій. У дорослих спостерігаються наступні особливості: більш виражений запальний характер, передменструальні загострення, менше вогнищ уражень (частіше вузлові), з локалізацією на нижній частині обличчя, підборідді, навколо роту та шиї із залишковими явищами у вигляді запальної пігментації. Провокуючі фактори, що погіршували перебіг захворювання та якість життя у хворих на акне наступні: менструація – 81,5% (передменструальний період), стрес – 76,9%, косметичні засоби – 21,5%, погана гігієна – 64%, травматизація запальних елементів – 88%, недосипання – 27%, порушення дієти (фастфуд) – 38,4%, шоколад – 60,8%, засмага – 24%, газовані напої – 31%. Відмічається позитивна кореляція акне з курінням >10 цигарок на день.

**Висновки.** Найбільш високий рівень захворюваності на акне у жінок мав декілька періодів: 18-19, 22-23 та 26-27 років. Високий відсоток хворих страждають в дорослому періоді (24% - до 50 років). Провокуючі фактори обтяжують перебіг захворювання та якість життя пацієнтів з акне. Основними морфологічними особливостями у хворих на акне є гіпертрофія сальних залоз, фолікулярний гіперкератоз, мікробна колонізація, запалення, гормональна та імунна перебудова.

Турбує той факт, що фізичні характеристики, акне майже не відображено у популярній культурі, її не побачиш в рекламі або засобах масової інформації. Це призводить до того, що пацієнти з акне відчують себе «ненормальними» і, як наслідок, не прийнятими суспільством.

І. І. Добош

## САМООЦІНКА ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ВІТЧИЗНЯНИМИ СТУДЕНТАМИ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ім. М. І. ПИРОГОВА

Кафедра нормальної фізіології

Л. В. Костюк (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вживання алкоголю є причиною розвитку цілого ряду психічних і поведінкових розладів, неінфекційних порушень здоров'я, а також травм. Крім того воно завдає значний соціальний і економічний збиток населенню будь-якої держави. Особливої актуальності ця проблема набуває у студентському середовищі, так як саме воно складає інтелектуальний потенціал нації. Вживання алкоголю чинить негативний вплив на соціалізацію студентів, їх академічну успішність, може викликати адиктивну поведінку.

**Мета:** Оцінити рівень вживання алкоголю, ознаки залежності та шкідливі наслідки від такого вживання серед студентів ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

**Матеріали та методи:** У 634 студентів ВНМУ ім. М. І. Пирогова проаналізовано дані, шляхом використання україномовного тесту для виявлення порушень, пов'язаних з вживанням алкоголю – AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Серед них 454 дівчини та 180 хлопців. Отримані дані оброблені статистично за допомогою програми Microsoft Office Excel (пакет «Аналіз даних»).

**Результати:** У 67,82±3,52% опитаних осіб виявлено відносно безпечне вживання алкоголю, тобто ризик появи негативних наслідків мінімальний. Таке вживання алкоголю, при якому згубні наслідки поки відсутні, але ризик їх появи високий, встановлено в 23,82±3,21%. Рівень вживання алкоголю, який призводить до розладів фізичного, психічного здоров'я знайдено в 4,57±1,57% анкетованих. Алкогольна залежність відповідно до критеріїв МКХ-10 виявлена в 3,79±1,44% осіб (p<0,05). Середні значення

AUDIT становлять  $6,8 \pm 0,76$  серед всіх опитаних ( $p < 0,01$ ). Важливо, що середній бал серед дівчат –  $6,2 \pm 0,68\%$ , а серед хлопців –  $8,3 \pm 1,2\%$  ( $p < 0,05$ ). Також варто звернути увагу на результати студентів 1 та 6 курсів, які є найвищими порівняно з студентами інших курсів  $7,6 \pm 1,0\%$  ( $p < 0,05$ ) та  $7,9 \pm 1,5\%$  ( $p < 0,1$ ) відповідно. Найнижчий бал зафіксовано у 5 курсу  $5,4 \pm 1,0\%$  ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** Виявлений рівень вживання алкоголю у студентів може завдавати шкоди їх здоров'ю та впливати на академічну успішність. Він виходить за межі відносної норми у кожного третього респондента. Такій кількості студентів рекомендується надати прості поради, щодо зменшення вживання алкоголю. Кожному дванадцятому рекомендовано звернутися за консультацією до відповідного спеціаліста. У студентів чоловічої статі, а також у студентів перших та останніх років навчання проблема надмірного вживання алкоголю зустрічаються частіше. Враховуючи вищесказане, доцільно ознайомити студентів з результатами дослідження, проводити просвітницьку роботу та поширювати інформацію про негативні наслідки вживання алкоголю.

Ю.Р. Довгаль, І.С. Повар  
**ЖІНОЧИЙ – ЧОЛОВІЧИЙ ГОРМОН ОКСИТОЦИН**

Кафедра нормальної фізіології

К.В. Супрунов (ст.викладач)

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

**Актуальність:** З віком, здатність тканин підтримувати гомеостаз і регенерацію знижується і в кінцевому підсумку це призводить до дегенеративного розладу та можливої органної недостатності. Зниження маси м'язів у людини починається на третьому десятилітті життя і прискорюється після п'ятидесяти років, що призводить до зниження сили і спритності. Старіння м'язів характеризується дефіцитом м'язової регенерації після травми і пов'язаною з нею атрофією м'язів – саркопенією. Тому актуальним є виявлення факторів, які необхідні для належної регенерації м'язів і гомеостазу. Одним із них є окситоцин, рівень якого знижується з віком.

**Мета:** На основі літературних джерел з'ясувати вплив окситоцину на регенеративну здатність скелетних м'язів чоловіків і жінок різних вікових груп.

**Матеріали та методи:** Пошук, вивчення та систематизація матеріалів наукової літератури, статей у наукових виданнях та Інтернет-ресурсах за цією темою.

**Результати:** Дані досліджень Christian Elabd, Wendy Cousin, Pavan Upadhyayula (2014) доводять, що окситоцин - гормон, найбільш відомий своєю роллю в період лактації, під час пологів і соціальної поведінці також є необхідним для належної регенерації м'язів і гомеостазу, та для регуляції об'єму плазми крові. Встановлено, що рівень окситоцину в плазмі і кількість рецепторів до окситоцину в м'язових стовбурових клітинах різко знижуються з віком. Це вказує на те, що окситоцин необхідний для регенерації тканини скелетних м'язів і гомеостатичного обслуговування. Короткочасна системна доставка окситоцину відновлює регенерацію м'язів у старих мишей, покращуючи функцію стовбурових клітин у них, а фармакологічне ослаблення окситоцин-сигналізації селективним антагоністом пригнічує регенерацію м'язів у молодих мишей.

У мишей, з дефіцитом окситоцину виникали ознаки передчасного старіння м'язової тканини: дефектна регенерація м'язів, зниження м'язової маси і розміру волокон, характерних для саркопенії у віці 12 місяців. Це підтверджує залежність підтримки і відновлення м'язів від окситоцину. Результати досліджень показують, що вільний окситоцин або експериментальна модуляція впливу окситоцину може стати потенційним лікуванням для боротьби з віковим зниженням регенерації м'язової тканини.

**Висновки:** Пригнічення дії окситоцину інгібіторами в молодих тварин зменшує м'язову регенерацію, тоді як системне введення окситоцину старим тваринам швидко покращує м'язове відновлення шляхом активації проліферації стовбурових клітин.

О. М. Довгалюк, Ю. Я. Мизинюк  
**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ СНУ ВІТЧИЗНЯНИХ ТА ІНОЗЕМНИХ  
СТУДЕНТІВ ПЕРШИХ РОКІВ НАВЧАННЯ У ВІННИЦЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ  
МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ім. М.І. ПИРОГОВА**

Кафедра нормальної фізіології  
С. В. Коновалов (канд. мед. наук, доцент)  
І. В. Гусакова (канд. мед. наук, доцент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Нестача сну може призводити до порушень когнітивних функцій та психомоторних реакцій (погіршення концентрації уваги, пам'яті, мислення), виникнення денної дисфункції, зниження академічної успішності, підвищує частоту нещасних випадків.

**Мета:** Порівняти якість та тривалість сну, оцінити симптоматику його порушень у вітчизняних та іноземних студентів другого курсу ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

**Матеріали та методи:** У 151 вітчизняних та 112 іноземних студентів-медиків другого курсу навчання у ВНМУ ім. М.І. Пирогова (91 юнака та 60 дівчат - українців; 56 юнаків та 56 дівчат - іноземців) проаналізовані якість і тривалість сну шляхом використання Пітсбургського самоопитувальника якості сну (PSQI). Середній вік обстежених –  $18,83 \pm 0,10$  років у студентів-українців та  $21,10 \pm 0,28$  років у іноземних студентів. За допомогою PSQI проаналізовані: час і тривалість засинання, тривалість сну та його ефективність, суб'єктивна якість сну, ознаки порушення сну, прояви денної дисфункції та частота використання препаратів, що поліпшують сон. Отримані дані оброблені статистично за допомогою програми Microsoft Excel (пакет «Аналіз даних»).

**Результати:** Порушення сну (сумарне значення PSQI  $\geq 5$  балів) спостерігається у  $76,16 \pm 3,47\%$  українських та  $73,21 \pm 4,18\%$  іноземних студентів ( $p > 0,05$ ). Спостерігаються вірогідні статеві відмінності сумарного значення тесту (відсоток осіб з PSQI  $\geq 5$  балів у дівчат вірогідно вищий, ніж у хлопців,  $p < 0,05$  в обох групах). На відміну від отриманих даних суб'єктивна оцінка якості сну у студентів-медиків демонструє досить високий відсоток осіб, які оцінюють свій сон як гарний і дуже гарний ( $76,82 \pm 3,43\%$  українських та  $74,11 \pm 4,14\%$  іноземних,  $p > 0,05$ ). Середня тривалість сну становить  $6,57 \pm 0,08$  год. у студентів-українців та  $6,37 \pm 0,45$  год. у іноземних студентів. Варто підкреслити, що тривалість сну  $< 6$  годин має місце у  $18,54 \pm 3,16\%$  українських та  $50 \pm 4,72\%$  іноземних студентів ( $p < 0,01$ ). Ознаки денної дисфункції зафіксовані у  $72,85 \pm 3,62\%$  та  $66,07 \pm 4,47\%$  студентів відповідно ( $p > 0,05$ ). Відсоток студентів, котрі використовували снодійні препарати протягом останнього місяця, становить  $13,25 \pm 2,76\%$  серед студентів-українців та  $12,50 \pm 3,13\%$  серед студентів-іноземців ( $p > 0,05$ ).

**Висновки:** Порушення сну у студентів-медиків початкових років навчання виявлені більше, ніж у половини обстежених (причиною їх в основному є порушення режиму дня і відпочинку) із незначними вірогідними міжгруповими відмінностями. Зафіксовані статеві відмінності якості сну (з боку тривалості засинання, тривалості сну, його суб'єктивної якості та наявності денної дисфункції) в обох групах. 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

Д.С. Зайцева, А.С. Моргач  
**ОЦІНКА ВТРАТИ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ПІД ВПЛИВОМ ПРОДУКТІВ З КИСЛОТНІСТЮ  
НИЖЧЕ 5,5**

Кафедра анатомії людини  
Р.В. Радьога (к.мед.н., асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Актуальність:** Згідно даних ВООЗ близько 177 млн. людей у світі мають справу із захворюваннями, тим чи іншим чином пов'язаними з вживанням солодких напоїв. Первинний негативний вплив від вживання таких продуктів отримують органи ротової порожнини. Загально відомо, що продукти, кислотність яких нижча за показник 5,5 можуть викликати «зм'якшення» емалі, що в подальшому може призвести до кислотної ерозії зубів.

**Мета:** Визначення рівня демінералізації зуба, спровокованої вживанням продуктів з рН нижче 5,5.

**Матеріали та методи:** Дослідження було проведено *in vitro* на зразках емалі свинячих зубів за методом гравметричного аналізу. Нами було взято 60 зразків емалі. Зразки випадковим чином були розподілені на 6 груп по 10 зубів. Перед початком експерименту всі зразки були висушені на фільтрувальному папері при кімнатній температурі протягом 1 години та зважені на вагах з точністю вимірювання 0,1 мг. Середнє значення початкової маси складало 35,8 мг. Після чого всі зразки було розподілено в пластикові контейнери з рідинами: Соса-Сола, яблучний фреш, пиво, мед, питна вода та 5% лимонна кислота. Питна вода та 5% лимонна кислота слугували негативним та позитивним індикаторами відповідно. Через 24 години зразки діставали з рідин, промивали дистильованою водою протягом 30 с, висушували на фільтрувальному папері і зважували.

**Результати:** В результаті проведеного експерименту та за допомогою гравметричного аналізу ми визначили, що найвищою демінералізуючою здатністю, серед досліджуваних рідин, володіють Соса-Сола та яблучний фреш (3,75% та 3,24% відповідно). На другій місці – мед 1,12%, далі – пиво 0,84%. Індикатори (вода та 5% лимонна кислота) 0% та 5% відповідно.

**Висновок:** В ході дослідження ми визначили, що, на перший погляд, такі звичні продукти в раціоні сучасної молоді здатні викликати зміни в мінеральному складі твердих тканин зуба, що, в подальшому, може призвести до такого некаріозного ураження як ерозія емалі. Однак, дане дослідження не дає абсолютних даних про втрату твердих тканин, що викликане ерозією емалі, тому що на процеси поверхневої демінералізації великий вплив мають: склад слини, швидкість кровотоку, буферні системи, індивідуальні звички споживання, стан гігієни ротової порожнини. Метою дослідження було, за допомогою гравметричного аналізу, підтвердити демінералізуючий потенціал досліджуваних рідин. Таким чином, найбільшою демінералізуючою здатністю володіють Соса-Сола та яблучний фреш.

Ахвіренг Енох, С.В.Захар'їна, Ю.В.Антоненко

## **ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ЗАБАРВЛЕННЯ ШКІРИ НА ВІЗУАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИНЦЯ**

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.** В судово-медичній практиці використовується візуальний метод оцінки тілесних ушкоджень. На даний час в Україні не існує коректних судово-медичних методик дослідження синців у осіб з темною шкірою.

**Мета.** Провести дослідження синців у осіб з різним ступенем пігментації і визначити похибку в експертній методиці опису кольору цих ушкоджень.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось в умовах гри в пейнтбол. У дослідженні брали участь 11 здорових осіб. Серед яких 9 хлопців і 2 дівчини. Учасників було поділено на 2 команди для подальшого моніторингу пошкоджень. Учасники першої команди мали тип забарвлення по шкалі Фелікса фон Лушана 24, а учасники другої - 29. Синці виявлялися на плечах та спині. Швидкість польоту пейнтбольної кульки була 250 фт/сек., відстань пострілу не менше 10 метрів. Ушкодження фотографувались на смартфон із центральним положенням камери за допомогою тубуса оснащеною

шкалою кольорів через: 30 сек., 15 хв., 30 хв., 1 год., 3 год., 6 год., 9 год., 24 год., 48 год., 72 год., 96 год. після виникнення ушкодження. Усього досліджено 27 синців.

**Результат.** В ході дослідження виникли синці, синці з саднами. У обох команд в динаміці посттравматичного періоду поступово зменшувалась площа ушкоджень, а його забарвлення змінювалося з першого типу на початку на шостий тип в кінці. Забарвлення шкіри не впливало на визначення типу кольору синця. Динаміка переходу одного типу забарвлення в інше у першій та другій групі були однаковою.

**Висновок.** У ході виконаного дослідження було виявлено відсутність різниці в експертній оцінці у людей із різним ступенем пігментації шкіри, що підтверджує ефективність методу оцінки синців з використанням запропонованою нами методикою.

Г.О. Зобов

## **КЕТОАЦИДОЗ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ. ПРИЧИНИ, МЕХАНІЗМИ, МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ**

Кафедра патологічної фізіології

Ю.М. Береговенко (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Згідно зі статистикою ВООЗ близько 422 млн. осіб страждають на цукровий діабет (2019р.), до 2030-го року цукровий діабет стане 7-ою причиною смертності в світі. Сучасні досягнення цивілізації призвели до того, що більше 90% ЦД-2 є результатом технологій (Chris Feudtner 2011.). У кожного п'ятого хворого на ЦД-1 виявляють ознаки кетоацидозу, 16% хворих помирають від кетоацидозу та кетоацидотичної коми, серед неспеціалізованих закладів цей показник вище. Тобто ускладнення цукрового діабету – кетоацидоз (та, власне, кетоацидотична кома) має високу летальність, ризику вторинних ускладнень, інвалідизації. У зв'язку з високою поширеністю захворювання необхідно знати основи патогенезу, діагностики (за різних стадій), основні принципи патогенетичного лікування.

**Мета:** Визначити основні діагностичні критерії кетоацидозу, на основі його патогенезу з'ясувати принципи патогенетичного та етіотропного лікування, попередження ускладнень лікування.

**Матеріали та методи:** Вивчення та узагальнення матеріалів іноземних рекомендацій з патофізіології, інтенсивної терапії, ендокринології; обробка статистичних даних хвороби, летальності, ускладнень лікування.

**Результати:** Основну роль в патогенезі розвитку та посилення кетоацидозу відіграє «порочне коло», за якого збільшення кількості глюкози в крові за недостаті інсуліну призводить до переважання процесів ліполізу над ліпогенезом, тому зростає кількість недоокислених продуктів (ацетон,  $\beta$ -оксимаєляна та ацетооцтова кислоти, лактат) та зниження рН внаслідок чого відбувається зниження чутливості рецепторів до інсуліну. За таких умов розвивається гіпоксія периферичних тканин, порушення КОС, дегідратація клітин внаслідок гіперосмолярності крові, дефіцит електролітів, поліурія, що змінюється олігурією, зменшення ОЦК, після чого настає гемоконцентрація та активний тромбогенез.

**Висновки:** Отже основними діагностичними критеріями кетоацидозу є наявність гіперглікемії  $>13.9$  ммоль/л, рН арт. – 7.0 та нижче для коми, 7.0-7.3 для прекоми, зменшення стандартного бікарбонату  $<10-18$ , а також об'єктивними показниками коми. Тому лікування включає в себе 6 етапів: проведення ШВЛ, СЛР; регідратацію; зменшення гіперглікемії; відновлення електролітного балансу ( $K^+$ ), компенсацію ацидозу, ліквідацію причини.

М.В. Калиновська

## **ДОСЛІДЖЕННЯ СОМАТОТИПУ ТА КОМПОНЕНТНОГО СКЛАДУ ТІЛА ЧОЛОВІКІВ ТА**

## ЖІНОК З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Кафедра нормальної анатомії

Башинська О.І. (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Медична антропология стверджує, що з урахуванням конституції людини ми можемо надійно оцінити реактивність організму та властиві йому фактори ризику до окремих хвороб. Соматотип є структурним відображенням конституції, і є найбільш доступним для дослідження.

**Мета:** Дослідити та визначити соматотип і компонентний склад маси тіла чоловіків та жінок.

**Матеріали та методи:** Проведено антропометричне дослідження 76 чоловіків та жінок (середній вік  $46,74 \pm 9,63$  років). Обстежені особи розподілені на групи за статтю та масою тіла (з врахуванням індексу Кетле). Антропометричне дослідження включало в себе визначення тотальних та парціальних розмірів. Для визначення соматотипу використана математична схема соматотипування за Хіт-Картер (1990). Компонентний склад маси тіла розраховано за формулами J. Matiegka.

**Результати:** Жінок (41) було більше ніж чоловіків (35). Значення індексу Кетле коливались від 17,7 до 59,4. У жінок середні його показники були достовірно більшими ніж у чоловіків. Лише 1/3 обстежених мали нормальну масу тіла. На ожиріння I та II типу страждає 23 та 18 осіб.

При розгляді компонентного складу тіла встановили, що максимальним був жировий компонент маси тіла і коливався в межах від 6,64 до 107,08 кг. Він був більшим у жінок ( $35,3 \pm 20,6$  кг), ніж у чоловіків ( $25,4 \pm 11,0$  кг). У чоловіків м'язевий компонент ( $30,1 \pm 7,3$  кг) був більшим ( $p < 0,05$ ) ніж у жінок ( $22,13 \pm 8,31$  кг). Найменшими були показники кісткового компоненту (2,81 - 14,9 кг). Виявлено, що в середніх значеннях кісткового компоненту між чоловіками та жінками достовірної відмінності немає.

Середнє значення ендоморфного компоненту (мін 2,04, мах 12,91) у жінок було більшим ніж у чоловіків ( $p < 0,05$ ), що відповідає значенням жирового компоненту (за формулою J. Matiegka). Цей компонент переважав у осіб з різними ступенями ожиріння.

В значеннях мезоморфного компоненту достовірної різниці у чоловіків ( $6,3 \pm 2,11$ ) і жінок ( $6,7 \pm 3,59$ ) не виявлено, що підтверджує відсутність різниці в значеннях кісткового компоненту тіла чоловіків і жінок.

Мін значення екторморфного компоненту склало 0,1, мах – 4,21. У чоловіків він був достовірно більшим ( $p < 0,05$ ) ніж у жінок.

Серед осіб з нормальною масою тіла спостерігали усі соматотипи. Частіше – ендоморфний (32,9 %), мезоморфний (26,3%) і ендомезоморфний (22,4 %) соматотип. Більшість чоловіків та жінок з ожирінням III типу були ендоморфами (11,8%).

**Висновки:** 1. Серед обстежених жінок переважав жировий компонент маси тіла ( $p < 0,05$ ) та ендоморфний компонент ( $p < 0,05$ ). 2. У чоловіків переважав м'язевий ( $p < 0,05$ ) та екторморфний компонент ( $p < 0,05$ ). 3. Більшість обстежених пацієнтів мали ендоморфний (34,1%), мезоморфний і ендомезоморфний (по 31,3%) соматотипи. 4. Більшість осіб з ожирінням III ступеня мали ендоморфний соматотип (11,8%).

В. М. Кедик

## КЛІТИННЕ СТАРІННЯ. ПОРУШЕННЯ ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ ЯК ОДИН З ПРОВІДНИХ МЕХАНІЗМІВ СТАРІННЯ ОРГАНІЗМУ

Кафедра гістології

Т. М. Кисельова (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Теорії клітинного старіння передбачають, що старіння людини є результатом старіння клітин, оскільки вони досягають термінальної стадії на якій клітини перестають ділитись. Через велику

кількість різних теорій, інформація у наукових публікаціях може бути сфальсифікована, що створює додаткову проблему в науковому комюніке. Незважаючи на ці проблеми, важливість вивчення процесів старіння клітин, пошук та створення геронтопротекторів – це актуальне завдання сьогодення.

**Мета:** проаналізувати наукові джерела та узагальнити отримані результати щодо біологічної ролі старіння клітин та роль порушення диференціювання клітин у старінні організму.

**Матеріали та методи:** наукові матеріали розміщені на Web ресурсах (не пізніше 2010): Development ([dev.biologists.org](http://dev.biologists.org)), Encyclopedia Britannica ([www.britannica.com](http://www.britannica.com)), The Scientist ([www.the-scientist.com](http://www.the-scientist.com)), а також вітчизняні джерела.

**Результати:** проведений нами аналіз літературних джерел показав, що гіпотези старіння клітин в основному засновані на двох основних поняттях: старіння є результатом генетичної програми; старіння відбувається за рахунок еволюційних неадаптивних гомеостатичних невдач. Важливою формою порушення ДНК є здатність теломер вкорочуватись з віком. Незважаючи на те, що стовбурові клітини здатні експресувати фермент теломеразу, більшість клітинних теломер скорочуються з кожним поділом, оскільки ДНК-аза не може повністю реплікувати кінці хромосоми. Якщо теломери сильно вкорочені то клітина піддається старінню і апоптозу. Білки шелтерини, які виробляють теломери запобігає злиттю хромосом. З дисфункцією теломер пов'язують фенотип при синдромі Вернера (передчасне старіння) та підвищена ймовірність до розвитку раку. Процес диференціації клітин є важливим процесом для життєдіяльності, оскільки він забезпечує регенерацію організму. Цей процес є властивим і для дорослого організму, оскільки стовбурові клітини є плюритотентними. Наприклад, кожного дня здоровий організм виробляє 200 мільярдів нових еритроцитів для заміни такої ж кількості вилучених з обігу, проте з віком швидкість вироблення нових клітин зменшується, що призводить до того, що у людей старше 65 років у 10% виникає анемія. Зміни, які виникають у процесі диференціації в значній мірі обумовлені змінами в експресії генів. За кількома винятками, клітинна диференціація майже ніколи не передбачає зміни самої послідовності ДНК. Це включає вимикання багатьох генів, які не потрібні в певній тканині.

**Висновок:** проведений нами аналіз літературних джерел встановив, що старіння організму простежується на клітинному та молекулярному рівнях. Оскільки, накопичення порушень в репараціях ДНК, а також вкорочення з кожним клітинним поділом теломер, клітина вступає в стан старіння та апоптозу. Такі процеси можна спостерігати у стовбурових клітин, які з віком втрачають здатність до швидкої регенерації, що може призвести до виникнення деяких захворювань (орфанні захворювання, анемія, рак тощо.).

В. М. Кедик

## **ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ РЕПАРАЦІЇ В РЕАЛІЗАЦІЇ ОНКОПАТОЛОГІЇ**

Кафедра медичної біології

В. М. Шкарупа (к.б.н., с.н.с)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** генотоксичні фактори спричиняють пошкодження ДНК, тому зміни в генах, що кодують білки репарації, впливають на здатність клітини відновлювати свій генетичний матеріал, це обумовлює ризик малігнізації. Інактивуючі мутації системах репарації трапляються вкрай рідко і призводять до внутрішньоутробної загибелі плоду, що свідчить про важливість цих генів для життєдіяльності організму. Відомий ряд поліморфізмів генів репарації, модифікуючих функцію білків дикого типу і, таким чином, порушують репаративний потенціал клітин, тому вони все частіше є предметом досліджень асоціації з ризиком розвитку злоякісних новоутворень.

**Мета:** проаналізувати наукові джерела та узагальнити отримані результати щодо значення поліморфізму генів репарації в реалізації онкопаталогії.

**Матеріали та методи:** наукові матеріали розміщені на Web ресурсах (не пізніше 2010): Elsevier



(www.journals.elsevier.com), а також вітчизняні джерела.

**Результати:** проведений нами аналіз літературних джерел показав, що у відновленні пошкоджень ДНК бере участь значна кількість білків репарації. Виділяють п'ять основних типів систем репарації: BER (видаляє з подвійного ланцюга пошкоджені азотисті основи), NER (виправляє значні пошкодження, як примідимові димери, що утворюються при дії ультрафіолету), MMR (виявляє помилкові вставки, делеції, і неправильну активацію основ, що може виникнути при реплікації або рекомбінації), DSBR (відбувається обмін між двома гомологічними хромосомами), DR (корекція метильних основ). Досліджені приклади пов'язують дефекти репарації з підвищеним ризиком раку різних етіологій. Клітини із значними пошкодженнями ДНК зазвичай елімінуються шляхом апоптозу; однак аберантні клітини можуть виходити з нормального контролю поділу, що може спровокувати злоякісну трансформацію. Канцерогенез вимагає багаторазових генетичних змін, це може відбуватися в якості довгострокового повторного впливу мутагенів. Крім того, індивідууми можуть мати унікальну комбінацію поліморфних ознак, які змінюють генетичну сприйнятливість до мутагенів. Зокрема, промутагени метаболічно активуються ферментами детоксикації фази I (P450), але це протидіє тривалій детоксикації ферментами фази II. Таким чином, пошкодження ДНК є балансом між активацією та детоксикацією мутагенів ферментами, які також поліморфні.

**Висновок:** проведений аналіз встановив, що попри активні дослідження асоціації поліморфізму генів репарації з ризиком розвитку онкопатології існує низка невирішених проблем. Зокрема, ще не встановлені особливості взаємозв'язку молекулярного профілю системи генів репарації з впливом мутагенів з різними механізмами дії. Різні дослідження присвячені вивченню поліморфізму окремих генів, залучених до різних систем репарації, тому існує потреба в комплексному аналізі взаємозв'язку функціонування різних ланок основних систем репарації в патогенезі онкозахворювань.

Д.Б. Клименко, Мельник С.М.

## РОЛЬ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ЖИТТІ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини

Кухар І.Д. (проф. д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогодні з'ясовано, що коефіцієнт інтелекту впливає на успіх в житті дуже мало: набагато більше на нього впливає ефективна взаємодія з людьми. Тобто, спроможність сприймати емоції як важливі сигнали: це здатність мотивувати себе та інших, позитивно впливати на людей і ситуацію в цілому, ефективно керувати власними емоціями, не дозволяючи їм заважати в досягненні мети. Традиційно розуміння інтелекту і рівня коефіцієнта інтелекту не включало ці аспекти. Тому на сьогодні актуально зрозуміти, що таке емоційний інтелект, який показує здатність людини розпізнавати емоції, наміри, бажання свої та інших людей і керувати ними.

**Мета:** Дослідження сучасних наукових даних відносно емоційного інтелекту, розвиток якого означає перехід від зомбі до усвідомленого життя, рух від реактивної до проактивної поведінки, від безцільного блукання в сутінках до ефективної реалізації намірів.

**Матеріал і методи:** Вивчення наукової літератури, статей у наукових журналах, матеріалів монографій.

**Результати:** Аналізуючи наукові дослідження, ми з'ясували, що емоційний інтелект – це розуміння своїх емоцій і своїх скритих мотивів для ефективної взаємодії з навколишнім світом. Виходячи з даних наукової літератури, вчені запропонували шкали для розуміння емоцій. Особливо акцентується увага відносно пригніченості своїми ж емоціями: це низька самооцінка, почуття провини і депресія. В таких випадках у людини псується настрій і вона не в стані ефективно взаємодіяти з зовнішнім світом. Це означає неуспіх. Надто важливим є управління своїми емоціями. Так, дисципліна вказує на розвинений емоційний інтелект. Тобто, в даному випадку людина розуміє частину своїх скритих мотивів і вчиться керувати своїм станом, часом, мотивувати себе. Особливо необхідним є спостереження за емоціями.

Просвітлення означає найвищий емоційний інтелект. Людина перестає бути рабом своїх емоцій. В даному випадку зникають скриті мотиви, проте з'являється чітке розуміння себе і своїх намірів. Сумніви більше не стоять на шляху. Високий емоційний інтелект означає відсутність внутрішніх гальм для самовираження і відповідно успіх стає логічним наслідком будь яких поступків людини.

**Висновки:** Потрібно розуміти свої емоції. Тобто наскільки добре людина розуміє себе, настільки добре розвинений її емоційний інтелект. Важливо контролювати емоції. Якщо у людини погано щодо емоційного контролю - на неї чекає багато труднощів на шляху до успіху. Особливе значення має також розвинена емпатія і розуміння почуттів інших.

О.І. Ковальчук

## **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ОРГАНАХ МІШЕНЯХ У ЩУРІВ НА РАННІХ СТАДІЯХ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Бевз В.О. (ас.) Педоренко К.А. (ас.)

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

**Актуальність:** Цукровий діабет (ЦД) – одне з найпоширеніших захворювань із неухильною тенденцією до зростання. За даними ВООЗ, частота його коливається від 1,5 – 4% від загальної кількості усіх захворювань, значно зростаючи в розвинутих країнах світу. ЦД займає головне місце не тільки в структурі ендокринних захворювань, але й захворювань неендокринної природи (3-є місце після серцево-судинної та онкологічної патології). При цьому майже 90% припадає на хворих із ЦД 2 типу.

**Мета:** нашого дослідження є вивчення морфологічних змін тканин легень, серця, печінки, дванадцятипалої кишки та нирок при експериментальному цукровому діабеті у щурів, порівняння результатів з іншими дослідженнями та аналіз отриманих даних.

**Матеріали та методи:** Для дослідження морфологічних змін ЦД 2 типу, було використано 20 щурів, на яких протягом 28 днів моделювався ЦД 2 типу. Мікропрепарати досліджувались на морфометричному комплексі Olympus imaging CORP Model NoE-410DC7:4VD56547931.

**Результати:** У групи щурів із змодельованим ЦД 2 типу спостерігалась значна втрата ваги (на 21,7%) в порівнянні з контрольною групою. При зважуванні органів спостерігалось зменшення маси органів, а саме печінки, нирок та легень, на противагу маса серця збільшувалась. В печінці спостерігався жировий гепатоз. Гепатоцити містили фокальні або узагальнені жирові вакуолі, спостерігались розширені синусоїди і прогресуюча втрата загальної органної структури. Запальні зміни були представлені помірною лімфоцитарною інфільтрацією, що спостерігалась переважно в препортальних синусах у 50% гістологічних зразків печінки, помірний перипортальний фіброз у 15%. В легенях спостерігалось потовщення міжальвеолярних перетинок, склероз стінок судин мікроциркуляторного русла, внутрішньоальвеолярний та міжальвеолярний набряк. У нирках першими вражались приносні артеріоли клубочків. Також відбувалося враження і виносних артеріол з розвитком «діабетичної нирки». Спостерігався дифузний гломерулосклероз. Характерними змінами міокарду є збільшення кількості пошкоджених кардіоміоцитів, та одночасне посилення їх проліферації. В артеріях спостерігалось стоншення інтими, медії та зовнішнього шарів стінки. Спостерігались набряк та дифузна помірна лімфоцитарна інфільтрація міокарду. Відбувалась деформація кардіоміоцитів, дезорганізація міофібрил, дифузне розростання сполучної тканини. При гістологічному дослідженні стінки тонкої кишки спостерігалось згладжування рельєфу слизової. Епітелій ворсинок збільшувався у розмірах за рахунок нерівномірної вакуолізації, спостерігалась посилена базofilність їх цитоплазми, контури клітин були дещо розмитими, вільна облямівка подекуди не визначалась. Місцями відмічалось зміщення ядер базально розташованих епітеліоцитів у бік апікального краю клітин, що створювало картину псевдостратифікації епітелію. Мав місце набряк власної пластинки слизової оболонки.

**Висновки:** За допомогою дослідження біопсійного матеріалу, можна виявити прогресування ЦД 2 типу

ще на ранніх, клінічно латентних стадіях розвитку шляхом пункційної біопсії органів та тканин й проводити своєчасне лікування для зменшення дії гіперглікемії на органи мішені.

К. О. Кошова

## БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ *H. PYLORI* СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РОЛЬ В ПАТОЛОГІЇ ЛЮДИНИ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

В. М. Мруг (доц., к. м. н.)

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

**Актуальність:** Приблизно 50% людської популяції по всьому світу заражена *Helicobacter pylori*. Наслідки інфекції пов'язані з розвитком різних шлунково-кишкових захворювань, такі як виразка шлунка, рак шлунка, лімфома лімфоїдної тканини (MALT – mucosa-associated lymphoid tissue) і рак жовчних шляхів. Крім того, інфекцію *H. pylori* також пов'язують з розвитком з екстра-шлункових захворювань. Хронічна взаємодія збудника з імунною системою робить *H. pylori* ідеальним кандидатом для вивчення його ролі у виникненні аутоімунних захворювань.

**Мета:** висвітлення властивостей *H. pylori*, характеристика його морфологічних та культуральних ознак, та як присутність *H. pylori* корелює з позитивними та негативними змінами в організмі людини. Вивчити дані про взаємодію *H. pylori* з різними компонентами імунної системи та його роль у виникненні інфекційних та аутоімунних захворювань.

**Матеріали та методи:** використовувались емпіричні (вивчення даних наукової літератури) та статистичні методи (реєстрування, порівняння).

**Результати:** Бактерії є ацидофільними екстремофілами, єдиними відомими на сьогодні мікроорганізмами, здатними тривало виживати в надзвичайно кислому, майже анаеробному середовищі шлунка і колонізувати його слизову оболонку. Спіралеподібність клітини сприяє проникненню в слизову оболонку шлунка і дванадцятипалої кишки, така форма полегшує її рух у слизі, який вкриває стінки травного тракту. Бактерія містить гідрогеназу, фермент, що може використовуватися для отримання енергії шляхом окиснення молекулярного водню, що виділяється іншими кишковими бактеріями. Бактерія також виробляє оксидазу, каталазу і уреазу. *H. pylori* має пухирці зовнішньої мембрани. Ці везикули зовнішньої мембрани містять мембранно-асоційовані і цитоплазматичні компоненти, включаючи *CagA* (cytotoxin-associated gene A) та інші фактори вірулентності. Також це є альтернативним механізмом доставки вірулентного фактора, адже везикули зовнішньої мембрани можуть служити "фіктивними мішенями" для імунної системи, що сприяє уникненню дії імунної системи на *H. pylori*.

Гастрит є поширеним захворюванням у пацієнтів, інфікованих *H. pylori*, і відтворюється на різних моделях тварин. Наукові дані показують, що *H. pylori* спричиняє 70% -85% виразок шлунка і 90% -95% виразок дванадцятипалої кишки. Тривала присутність *H. pylori* в слизовій оболонці шлунка призводить до хронічної активації імунної системи, що продовжує передачу цитокінів, інфільтрації слизової оболонки шлунка нейтрофілами, макрофагами, лімфоцитами, а також синтезом антитіл і ефекторних Т-клітин.

Молекулярна мімікрія, поліклональна активація, розповсюдження епітопів, активація за допомогою стендера і феномени супер-антигену – механізми за допомогою яких *H. pylori* може призвести до втрати організмом індивідуальної толерантності.

**Висновки:** *H. pylori* може колонізувати рот, ніс, вуха і шкіру. *H. pylori* за даними наукових досліджень спричиняє виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки. Існують дані, що хворі на різні аутоімунні захворювання інфіковані *H. pylori*, а його елімінація з організму призводила до значного поліпшення стану хворого.

Т. В. Кротюк

## РІВЕНЬ ЕКСПРЕСІЇ ТОПОІЗОМЕРАЗИ $\Pi\alpha$ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ПОКАЗНИК У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра медичної біології

О.М. Горбатюк (к.біо.н., доц.)

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

**Актуальність:** Топоізомерази є важливими ферментами, що забезпечують цілісність геному, каталізуючи зміни кільцевої молекули ДНК шляхом утворення тимчасових одно- або дволанцюгових розривів. Вони є мішенню антрациклінових антибіотиків, що використовуються при хіміотерапії раку молочної залози, який посідає 1 місце в структурі онкогінекологічної патології. Тому вивчення ролі даних ферментів в канцерогенезі є актуальним.

**Мета:** Вивчити та проаналізувати кореляцію між рівнем експресії топоізомерази  $\Pi\alpha$  та прогнозом виживаності хворих на рак молочної залози.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій за період 2012-2018 р. з ресурсу PubMed, Google Scholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** Щоб полегшити швидкий поділ клітин, ракові клітини потребують більш високої активності топоізомераз, тому, як правило, їх висока експресія відмічається в швидкозростаючих ракових клітинах. Дослідження D. Almeida et al., у якому метою була оцінка прогностичної цінності гена TOP  $\Pi\alpha$  при прогнозуванні ефективності неoad'ювантного лікування раку молочної залози, показало, що зміна гена TOP  $\Pi\alpha$  спостерігалась у 22,6% хворих. Ці пухлини були агресивнішими, також у цих пацієнтів зустрічався запальний тип РМЗ. Результати цього дослідження також показали вищий рівень відповіді на лікування на основі антрациклінів серед пацієнтів зі зміною гена TOP  $\Pi\alpha$  (21,4% проти 8,3 %) і тенденцію до збільшення загальної виживаності (92,08 міс. проти 73,40 міс.). Дослідження Т.А. Järvinen et al. мало протилежний результат. У ньому брали участь 55 пацієток, які отримували однакову хіміотерапію епірубцином, що відноситься до антрациклінових антибіотиків. Результати дослідження показали відсутність зв'язку між експресією TOP  $\Pi\alpha$  й ефектом від лікування епірубцином.

**Висновки:** Отже, в роботі висвітлено ряд сучасних досліджень, у яких вивчали зв'язок між топоізомеразою  $\Pi\alpha$  і чутливістю до хіміотерапії антрацикліновими антибіотиками у хворих на рак молочної залози, прогностична цінність цього маркера досі залишається суперечливою, проте з наукової точки зору TOP  $\Pi\alpha$  залишається цікавим ферментом, в подальшому вивчення якого може принести практичну користь.

О.К. Крохмалюк, О.А. Пахолюк

## ПРИЧИНИ ТА МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ХВОРОБИ НАКОПИЧЕННЯ ЕФІРІВ ХОЛЕСТЕРИНУ ПРИ СПАДКОВОМУ ДЕФІЦИТІ ЛІЗОСОМНОЇ КИСЛОЇ ЛПАЗИ

Кафедра патологічної фізіології

Т.Л. Мовчан (ас.)

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

**Актуальність:** Порушення ліпідного обміну, зокрема недостатність лізосомальної кислоти ліпази (хвороба Вольмана) за наказом МОЗ України від 29 червня 2017 року № 731 вноситься до Переліку рідкісних (орфанних) захворювань, що призводять до скорочення тривалості життя хворих або їх інвалідизації, та для яких існують визнані методи лікування.

**Мета:** Проаналізувати дані літератури щодо етіології та патогенетичних аспектів пошкодження метаболізму ліпідів та деталізувати принципи сучасної замісної терапії хвороби накопичення ефірів

холестерину.

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

**Результати:** В основі хвороби накопичення ефірів холестерину лежить дефект гена LPA, розташованого на короткому плечі 10 хромосоми, який кодує лізосомну кислу ліпазу (ЛКЛ). За умов зниженої активності ЛКЛ або її повної відсутності, ефіри холестерину і тригліцериди не розпадаються до вільного холестерину і вільних жирних кислот і накопичуються в лізосомах. Дефіцит внутрішньоклітинного вільного холестерину і жирних кислот призводить до активації ГМГ-КоА-редуктази, що сприяє синтезу ендogenous холестерину і тригліцеридів. Крім того, відбувається посилений ендоцитоз холестерину через рецептори ЛПНЩ, що є результатом виникнення гіперхолестеринемії і дисліпідемії. Накопичення ефірів холестерину та тригліцеридів у клітинах печінки, селезінки, стінки судин супроводжується дисліпідемією з підвищеним рівнем загального холестерину в сироватці крові, високим рівнем холестерину ЛПНЩ, низьким рівнем холестерину ЛПВЩ, і підвищенням рівня тригліцеридів. Клінічно це проявляється гепатомегалією, спленомегалією, затримкою фізичного і психо-моторного розвитку, розладами травлення, масивним збільшенням і кальцифікацією наднирників із розвитком недостатності їх кори. Діагностика проводиться на основі виявлення підвищеного рівня активності АЛТ, АСТ, гіперхолестеринемії, гіпертригліцеридемії, підвищення концентрації ЛПНЩ, зниження концентрації ЛПВЩ, анемії, тромбоцитопенії. Рекомендована ферментна замісна терапія рекомбінатною лізосомною кислотою ліпазою (себеліпаза альфа) пацієнтам різних вікових груп. Для корекції ліпідного обміну і зниження ризику серцево-судинних захворювань можна застосовувати спеціальні дієти і статини.

**Висновки:** Дефіцит лізосомної кислотої ліпази – рідкісна, хронічна, прогресуюча, генетично обумовлена нозологія, що характеризується порушенням ліпідного обміну в клітинах. Знання причин та механізмів виникнення даної патології є дуже важливим, оскільки відсутність профілактики, несвоєчасна діагностика та неправильне лікування може призвести до важких порушень та скорочення життя пацієнтів.

М.В. Кудря

## ДІЄТОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Кафедра нормальної фізіології

О.М. Шаповал (доцент, к. мед. н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За останні 10 років поширеність цукрового діабету в Україні зросла у 2 рази. Дієтотерапія в комплексному лікуванні цукрового діабету має велике значення.

**Мета:** Висвітлення актуальності питання харчування хворого на цукровий діабет.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій у галузі фізіології харчування та впливу їжі на зміну функціонування організму, опрацювання наукової літератури та медичних статей на дану тему.

**Результати:** Цукровий діабет – це група ендокринних захворювань, що розвиваються внаслідок абсолютної чи відносної недостатності гормону інсуліну, появи інсулінорезистентності, внаслідок чого виникає гіперглікемія — стійке підвищення рівня глюкози у крові. Виділяють два типи діабету: перший характеризується втратою бета-клітин підшлункової залози, що синтезують інсулін, це призводить до дефіциту гормону; другий полягає у порушенні метаболізму, а саме виникненні резистентності до дії інсуліну. Для лікування діабету двох типів має важливе значення дієтотерапія. Харчування повинне бути збалансованим, а саме: вуглеводи – 45%, білки – 15-20%, жири – 30-35%. Вуглеводи повинні мати низький глікемічний індекс. Особливе значення надається продуктам, що містять інсуліноподібні речовини. До них належать: салат-латук, мигдаль, грецький горіх, зелений горошок містять аргінін; петрушка, цикорій містять інсулін, який сприяє засвоєнню вуглеводів шляхом утворення фруктози;

представники родини Бобових мають глікопротеїни – фітогемагглютиніни. Часник, цибуля, лавровий лист та інші пряні трави, капуста, салат, спаржа, липа активують регенерацію бета-клітин підшлункової залози, стимулюючи їх до синтезу та секреції інсуліну. Особливе місце посідають олії, які володіють цукрознижувальними властивостями. Наприклад, льна, оливкова. Надзвичайний вплив на інсулярний апарат мають сельдерей, цибуля, топінамбур, бобові, буряк, капуста, часник. Перерахованим продуктам належить провідне місце у харчуванні хворого. Адже вони володіють доволі вагомими властивостями, що здатні покращити самопочуття та підтримання здоров'я людини, яка має цукровий діабет.

**Висновки:** Отже, при цукровому діабеті людина повинна відповідально ставитися до свого раціону та вибору продуктів. При боротьбі з діабетом потрібно детально обмірковувати свій режим харчування та страви. Навіть Авіценна вважав, що їжа може стати ліками.

Ю. М. Кузнецова

## ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО КЛІМАТУ У КОЛЕКТИВІ

Кафедра нормальної фізіології

Л. С. Лойко (доц., к. психол. н.), Р. В. Карлащук (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Соціально-психологічний клімат будь-якої групи породжується міжособистісною взаємодією, яка опосередковує не тільки міжособистісні впливи, а й вплив навколишнього середовища: речей, предметів, явищ природи тощо. Поняття соціально-психологічний клімат колективу відображає домінуючий тон суспільного настрою в колективі, який пов'язаний з умовами, стилем керування та іншими факторами. Соціально-психологічний клімат колективу поєднується з певною емоційною забарвленістю психологічних зв'язків колективу, які виникають на основі їх близькості, симпатій, співпадіння характерів, інтересів, нахилів.

**Мета:** Оцінити рівень соціально-психологічного клімату в студентській групі. З'ясувати наявність неформального лідера, а також соціальний статус кожного члена групи.

**Матеріали та методи:** Для проведення дослідження було обрано групу студентів 2 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова в кількості 13 чоловік. Оцінювання проводилось за допомогою соціометричного опитування з подальшою обробкою результатів.

**Результати:** Досліджувана група має задовільний соціально-психологічний клімат з результатом 55,5%. Колектив має неформального лідера із соціальним статусом «зірка» та показником 0,5 і 6-ма отриманими виборами та формального лідера(староста), який(-а) має соціальний статус «надається перевага» з показником 0,42 та має 5 отриманих виборів. Троє студентів отримало статус «прийняті», показник - 0,25, 0,25, 0,33, кількість виборів - 3,3,4 відповідно. Вісім осіб отримали статус «не надається перевага», показник - 0,16 та кількість отриманих виборів 2 у кожного, за винятком одного студента - показник 0,08 і 1 отриманий вибір. В групі немає жодної особи із статусом «аутсайдер».

### **Висновки:**

1. Група має одного лідера, який являється неформальним та який не має прямих соціальних контактів з формальним лідером, що може слугувати приводом для суперечностей. Позитивною стороною є сприйняття авторитету формального лідера.

2. Кожен член групи включений в соціальні зв'язки, повної ізоляваності індивідів не спостерігається. Гендерної вибіркості у встановленні контактів немає.

3. Задовільний соціально-психологічний клімат сприяє адекватним взаємостосункам у групі. Отже, спілкування є невід'ємною умовою перебування в групі. Створення власного мікроклімату і встановлення довірливих стосунків є важливим завданням перед колективом, що в подальшому визначатиме їх успішність у навчанні, роботі, різноманітних формах комунікації (діловому, неофіційному), а також - міцність та тривалість встановлених зв'язків між членами колективу.

І.Т.Кульчицький, І.Ю.Сідько  
**МІКРОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БІОЦЕНОЗУ ШКІРИ  
ХВОРИХ НА АКНЕ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології  
В.П.Ковальчук (д.мед.н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Однією із найактуальніших проблем дерматології є вугрова хвороба(ВХ) або акне – захворювання сальних залоз і волосяних фолікулів. Важливість проблеми пов'язана передусім з поширеністю захворювання. Вульгарні акне посідають 3-тє місце у структурі дерматологічних захворювань.

**Мета:** Бактеріологічне дослідження стану шкіри хворих на ВХ, вивчення чутливості мікрофлори висипних елементів до засобів лікування.

**Матеріали та методи:** Методом відбитків на щільне поживне середовище визначено ступінь заселення мікроорганізмами шкіри обличчя 12 здорових осіб та 14 осіб із ВХ. У цих же групах досліджуваних визначено бактерицидну активність шкіри (БАШ) за методом Клемпарської. Проведено бактеріологічне дослідження пустульозного вмісту 55 пацієнтів, що звернулись за допомогою з приводу ВХ в дерматологічну клініку. Чутливість до антибіотиків, що найбільш часто використовуються в практиці лікування ВХ, визначали диско-дифузійним методом та з використанням методу послідовних серійних розведень антибіотиків у рідкому поживному середовищі

**Результати:** Дослідження ступеню колонізації шкіри обстежуваних показало, що середня кількість кокових мікроорганізмів на шкірі здорових осіб становила 122,1 колонієутворюючих одиниць на см<sup>2</sup> (КУО/см<sup>2</sup>). У осіб з акне цей показник був статистично достовірно нижчим і становив 96,5 КУО/см<sup>2</sup>. Проведене паралельно дослідження БАШ допомогло знайти пояснення цієї різниці. Виявилось, що у здорових осіб за 5 хв. втрачає життєздатність 34,1 % штучно нанесених на шкіру клітин кишкових паличок. У осіб з ознаками ВХ за такий самий період гине 46,4 % тест-мікроорганізмів.

У 18,2% обстежених із вмісту пустул мікрофлора не виділена. У 77,8% випадках виділено мікроорганізми роду *Staphylococcus*. У 22,6% у дослідженому матеріалі виявлено грампозитивних паличок, що за сукупністю визначених ознак можна віднести до пропіонобактерій. З числа виділених штамів стафілококів до кліндаміцину виявляли чутливість 45%, до левоміцетину – 34,3 %, а до еритроміцину були чутливими лише 17,1 % штамів стафілококів. Пропіонобактерії виявляли дещо вищий рівень чутливості до антибіотиків. Так до кліндаміцину були чутливими 53,8 % виділених штамів, а до еритроміцину – 61,5 %.

**Висновки:** Локальна запальна реакція в ушкоджених ділянках шкіри при ВХ обумовлює підвищення показників БАШ, має патогенетичне значення у формуванні висипних елементів, проте, не забезпечує самосанації шкіри.

З висипних елементів хворих на ВХ виділяються бактерії родів *Staphylococcus* та *Propionibacterium*, що характеризуються низьким рівнем чутливості до еритроміцину, кліндаміцину та левоміцетину. З метою підвищення ефективності лікування хворих на ВХ необхідним є пошук нових дієвих протимікробних засобів.

Р.Р. Кушваха, М.В. Тучков  
**НОРМАТИВНІ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНІ РОЗМІРИ ВНУТРІШНЬОЇ КАПСУЛИ  
КІНЦЕВОГО МОЗКУ У ЮНАКІВ І ДІВЧАТ ПОДІЛЛЯ**

Кафедра анатомії людини  
Кухар І.Д. (проф., д.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** На сьогодні не достатньо досліджені та вимагають перегляду морфологічні показники індивідуальних особливостей і варіантів будови головного мозку. Введення в медичну практику нових методів нейро-візуалізації (комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія) відкрило нові підходи для об'єктивних досліджень.

**Мета:** Встановити комп'ютерно-томографічні розміри передніх і задніх ніжок внутрішньої капсули в здорових міських мешканців Поділля юнацького віку в залежності від статі.

**Матеріали і методи:** Для дослідження відібрали і обстежили 50 юнаків (віком від 17 до 21 років) і 50 юначок (віком від 16 до 20 років), які не мали скарг на стан здоров'я. Дослідження проводили за допомогою спірального комп'ютерного томографа «SeleCT» у горизонтальному положенні. Для оцінки структур головного мозку проводили пошарове сканування. На екрані комп'ютера визначали довжини (мм) передніх і задніх ніжок внутрішньої капсули. Статистичну обробку проводили в пакеті «STATISTICA6.1».

**Результати:** В результаті аналізу отриманих даних була встановлена статистично незначуща закономірність більших розмірів передніх і задніх ніжок внутрішньої капсули у юнаків порівняно з дівчатами. При порівнянні довжин передніх ніжок (справа і зліва) і задніх ніжок (справа і зліва) у юнаків було встановлено, що розмір передньої ніжки зліва статистично значуще більший від передньої ніжки справа. І, навпаки, розмір задньої ніжки справа статистично значуще більший від розміру задньої ніжки зліва. У дівчат статистично значущих відмін досліджуваних параметрів не виявлено.

**Висновки:** При порівнянні комп'ютерно-томографічних розмірів внутрішньої капсули між юнаками і дівчатами встановлена тенденція більших розмірів у юнаків. При порівнянні довжин правої і лівої ніжок внутрішніх капсул у юнаків виявлена статистично значуща асиметрія: розмір передньої ніжки зліва більший, ніж справа, а розмір задньої ніжки справа більший, ніж зліва. У дівчат асиметрії розмірів ніжок внутрішньої капсули не встановлено.

І.С. Литвиненко

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ АНТИСЕПТИЧНИХ ЗАСОБІВ  
ДЕКАМЕТОКСИНУ, ХЛОРГЕКСИДИНУ, ПОВІДОНУ ЙОДУ ЩОДО ЗБУДНИКІВ  
ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

О.А. Назарчук (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В сучасних умовах реєструють широке поширення резистентності збудників інфекційних ускладнень до протимікробних засобів. В боротьбі з антибіотикорезистентними мікроорганізмами значну увагу приділяють застосуванню антисептичних засобів. Актуальним залишається дослідження їх протимікробної ефективності.

**Мета:** Провести порівняльне дослідження протимікробної ефективності лікарських антисептичних засобів повідону йоду, декаметоксину, хлоргексидину біглюконату.

**Матеріали та методи:** В дослідженні вивчали протимікробну активність щодо клінічних штамів умовно-патогенних бактерій *Acinetobacter baumannii* (n=5), *Staphylococcus aureus* (n=9), *Pseudomonas aeruginosa* (n=4), *Enterococcus faecalis* (n=4), *Escherihia coli* (n=7), виділених від пацієнтів з гнійно-запальними процесами. Визначали мінімальну інгібуючу та бактерицидну концентрації 1-2-10 % повідону йоду (ПЙ), 0,02% декаметоксину (ДКМ), 0,05 % хлоргексидину біглюконату (ХГ) методом двократних серійних розведень відповідно до методичних рекомендацій (Наказ МОЗ України №167). Антимікробну ефективність лікарських препаратів оцінювали за індексом активності антисептика (ІАА), який представляє собою відношення вихідної концентрації основної діючої речовини до її МІК



щодо конкретного виду збудника.

**Результати:** В дослідженні встановлено бактерицидні властивості досліджуваних антисептиків. Так, декаметоксин, хлоргексидин, володіли бактерицидною активністю щодо клінічних штамів *S.aureus*, *E.faecalis*, *E. coli* в присутності 3,17±0,24 мкг/мл та 10,52±0,43 мкг/мл; 6,74±0,62 мкг/мл та 25,28±1,40 мкг/мл; 11,83±0,61 мкг/мл та 34,17±1,18 мкг/мл, відповідно. Встановлено переваги протимікробної активності препарату на основі ДКМ ( $p < 0,001$ ).

В ПЙ встановлено виражені протимікробні властивості щодо *E.faecalis*, *S.aureus*, *A.baumannii* та *P.aeruginosa*. В розчинів 1-2 % розчинів ПЙ відмічали зниження протимікробної ефективності щодо штамів даних мікроорганізмів та є недостатньо в повідону йоду ( $p < 0,001$ ). ІАА 10% ПЙ щодо *A.baumannii* суттєво перевищував відповідний показник ДКМ і ХГ (в 5 - 6 разів;  $p < 0,001$ ) при цьому, в концентрації 1-2% ПЙ, встановили відсутність достатньої протимікробної ефективності препарату. За протимікробною ефективністю щодо *S.aureus*, *E.faecalis* ДКМ і переважав і ХГ (в 2,2 рази), і ПЙ (10 % повідон йод – в 4,9 рази; 2% повідон йод – 24,7 рази;  $p < 0,001$ ).

**Висновки:** Клінічні штами провідних грамположитивних, та грамнегативних збудників інфекційних ускладнень володіють чутливістю до ПЙ, ХГ та 0,02 % ДКМ, з вірогідною перевагою антимікробних властивостей останнього щодо *S.aureus*, *E.faecalis*, та *E. coli*. ДКМ і ХГ забезпечують достатню протимікробну дію на *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, перевищуючи за ефективністю 1 % ПЙ ( $p < 0,001$ ).

І.С. Литвиненко, Д.О. Товстик

## **ФІЗІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГАЛЬВАНІЧНИХ СТРУМІВ, СФОРМОВАНИХ РІЗНОРІДНИМИ СПЛАВАМИ МЕТАЛІВ, КОТРИ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В СУЧАСНІЙ ПРАКТИЦІ ЗУБОПРОТЕЗУВАННЯ**

Кафедра нормальної фізіології

І.Л. Рокунець (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність:** У клінічній стоматологічній практиці поява гальванозу та гіперестезії досить поширене явище з недостатньо висвітленими причинами їх появи. Існує ряд припущень походження даної патології: починаючи від супутніх соматичних захворювань та закінчуючи психо-динамічними характеристиками особистості, але провідна роль пов'язана з електрохімічними гальванічними процесами між різнорідними металами в порожнині рота. В наш час спостерігається тенденція до застосування неблагородних сплавів на основі кобальту та хрому з низьким вмістом нікелю, титанових сплавів та ін. Всі вони володіють високою міцністю, хімічною стійкістю та біосумісністю. Тому досить актуальним є вивчення параметрів гальванічних струмів, які виникають між сплавами металевих протезів зубних рядів.

**Мета:** Вивчити показники сили гальванічного струму між різними комбінаціями промислових сплавів для протезування в розчині електроліту при замиканні вимірювального ланцюга та при їх тривалому контакті з означеним розчином.

**Матеріали та методи:** Електрометричні дослідження проводились з використанням мікроамперметра Ф116/2 в розчині електроліту, в якості якого був використаний р-н Рінгера, підігрітий до температури 37 °С. Площа контакту металевої форми з електролітом складала не більше 1,2 см<sup>2</sup>.

**Результати:** Згідно даних літератури встановлено, якщо різниця потенціалів між металевими компонентами зубних протезів перевищує 74 мВ (за даними Г. Флейшер нормальні показники мікрострумів, які виникають між мостовими протезами зі сплавів золота у здорових людей не повинні перевищувати 50 мВ, при цьому сформовані величини струму знаходяться в межах 1-3 мкА) виникає ризик розвитку гальванозу та гіперестезії.

У нашому дослідженні величина струмів в момент замикання вимірювального ланцюга складала від 0,5 мкА (сплав Gramaron Premium C) до 7,5 мкА і більше (обмеження діапазону вимірювання) для сплавів

(iBond 02, iBond NF, Argeloy N.P. Supreme). При тривалому зануренні означених сплавів в р-н електроліту величина струмів знаходилась в межах 0,03 – 0,16 мкА. Отримані значення свідчать про значимість для формування величини гальванічного струму початкового контакту сплавів металів з електролітним середовищем (при жуванні, виділенні слини, вживанні рідин) а не їх постійне знаходження в стані змочування. Подібний ефект, ймовірно пов'язаний зі зміною властивостей поверхні металевих сплавів, а саме її «пасивуванням» (поляризацією) та корозійними змінами. Оскільки поляризація відбувалась в р-ні Рінгера (відсутні солі складових металів) вимірювана величина струму пов'язана з вирівнюванням сумарних швидкостей перебігу всіх катодних та анодних реакцій. Його величина залежить від складових сплаву металів та складу і концентрації електроліту. Тому цей потенціал називають стаціонарним. Використання титанових компонентів змінювало полярність струму, який при замиканні знаходився в межах 2,4 – 3 мкА (характерна низька крутизна наростання значення струму по відношенню до вище описаних сплавів металів), а стаціонарне значення складало 0,14 – 0,2 мкА.

**Висновки:** Встановлені закономірності появи пікових значень гальванічних струмів в межах 7,5 мкА та більше в момент занурення металевих сплавних компонентів в розчин електроліту можуть розглядатись як одна з причин зміни фізико-хімічних показників слини що може призвести до розвитку гальванозу. На відміну від «замикальних» струмів, їх величина при тривалому зануренні в р-н Рінгера коливається в межах суттєво нижчих порогових величин патогенного впливу.

Личак І.І.

## РОЛЬ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У РОЗВИТКУ СТЕАТОГЕПАТОЗУ

Кафедра патологічної фізіології

І.В. Романенко (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна.

**Актуальність:** Стеатогепатоз – одна із ключових проблем сучасної гепатології, важливість якої зростає з огляду на те, що у 20% хворих на стеатоз печінки розвивається стеатогепатит, який у 10% трансформується у цироз печінки. У 2% хворих надалі розвивається гепатоцелюлярна карцинома. Припускається, що стеатогепатит займає перше місце серед причин розвитку фіброзу та цирозу печінки.

**Мета:** Проаналізувати дані про порушення регуляції ліпідного обміну; значення інсулінорезистентності, у формуванні стеатогепатозу.

**Матеріали та методи:** Проведено огляд медичної літератури та медичних статей, у тому числі англомовних за останні 5 років.

**Результати:** У результаті проведених досліджень було виявлено, що розвиток стеатогепатозу напряму залежить від ряду метаболічних чинників, зокрема, від інсулінорезистентності. Інсулінорезистентність проявляє себе як фактор, що посилює клініко-діагностичну вираженість стеатогепатозу порушенням інсулін-опосередкованої супресії ліполізу за рахунок якої вміст вищих жирних кислот (ВЖК) та тригліцеридів (ТГ) значно підвищується. Таким чином вказані патогенетичні чинники призводять до розвитку ожиріння у хворих, що зачасти, уже мають такі ж порушення жирового обміну. Головними агентами у регуляції інсулінорезистентності при стеатогепатозі мають значення гормони адипоцитів: адипонектин та адипокіні; інтерлейкіни-1, -6, -8; резистин та ФНП-α. У свою чергу ФНП-α регулює чутливість до інсуліну. Відбувається це через зниження експресії ядерних рецепторів, які забезпечують нормальну чутливість клітин до інсуліну. В результаті сповільнюється передача сигналу з інсулінового рецептора на вторинні посередники за рахунок пригнічення їх фосфорилування. ФНП-α також знижує експресію білка, що відповідає за захоплення жирних кислот і ліпогенез, підвищується рівень ВЖК у крові. У випадку інсулінорезистентності спостерігається знижена чутливість периферичних рецепторів до інсуліну поєднанно з високим рівнем інсуліну в крові. Останній активує синтез ВЖК і ТГ, знижує швидкість β-окиснення ВЖК в печінці. Відбувається переповнення адипоцитів ліпідами, вивільнення в циркуляторне русло гліцеролу і ВЖК, що легко захоплюються гепатоцитами. Паралельно за допомогою

мембранних факторів транскрипції підвищується ліпогенез – виникає масивний гепатостеатоз.

**Висновки:** Отже, інсулінорезистентність характерна для осіб з надлишковою масою тіла, гіперліпідемією, інсулінонезалежним цукровим діабетом, оскільки знижена толерантність до глюкози є прямим чинником накопичення ВЖК в гепатоцитах, що обумовлює жирову інфільтрацію, надалі дистрофію клітин печінки, у клінічній практиці відому як стеатогепатоз. Підвищення ефективності лікування даної патології потребує подальшого вивчення основних ланок її патогенезу.

М.Р. Лоточинська  
**ГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ  
У БАКТЕРІЙ**

Кафедра медичної біології  
Т.І. Шевчук (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність:** Антибіотикорезистентність мікроорганізмів на сьогодні є досить актуальною проблемою сучасної медицини, оскільки антибіотики є основними лікарськими засобами для лікування більшості інфекційних захворювань людини.

**Мета:** вивчити генетичні та біологічні механізми антибіотикорезистентності мікроорганізмів, види та фактори, що її обумовлюють.

**Матеріали та методи:** проведено збір та аналіз наукової літератури з даної проблеми, оброблено результати експериментальних досліджень провідних науковців; використано методи аналізу, синтезу, порівняння.

**Результати:** Антибіотикорезистентність буває природною і набутою. Відсутність мішеней для дії антибіотика, непроникність зовнішньої мембрани або підвищена ферментативна активність забезпечують природну антибіотикорезистентність мікроорганізмів. Набута стійкість до антибіотиків зумовлена мутаціями геному бактерій, зміною активності певних генів або отримання резистентності шляхом горизонтальної передачі генів за допомогою плазмід від інших мікроорганізмів. Тобто набута резистентність є результатом дії прородного добору. Так, встановлено, що ген *qacE* визначає стійкість бактерій шляхом активації виведення антибіотика з клітини; мутації певних генів сприяють синтезу специфічних білків-транспортів, які також сприяють виведенню антибіотиків з бактеріальної клітини.

Плазміди - це позахромосомні структури, які представлені дволанцюговими кільцеподібними молекулами ДНК, що можуть знаходитися у бактеріальній клітині вільно у цитоплазмі і здатні до самостійної реплікації незалежно від нуклеоїда. Плазміди можуть інтегруватися у хромосому, реплікуватися разом з нею і мають назву епісоми. До екстрахромосомних генетичних утворень можна віднести F-плазміди, бактеріоциногенні плазміди, R-плазміди, транспозони, інтегрони тощо. Одним із факторів стійкості бактерій до антибіотиків є R-плазміди, які здатні передавати резистентність іншим мікроорганізмам при кон'югації або трансдукції за участю помірною фагу. Ще одним генетичним механізмом антибіотикорезистентності можуть бути транспозони – це мобільні генетичні елементи, які здатні переміщуватися в межах бактеріальної хромосоми або з хромосоми на плазміди і навпаки, залишаючи свої копії. Транспозон може містити ген стійкості або, мігруючи з одного місця геному в інше, змінювати активність генів, які безпосередньо детермінують резистентність до ліків.

**Висновки:** Таким чином, вивчення молекулярно-генетичних характеристик спадкового матеріалу мікроорганізмів не втрачає своєї значущості в сучасній біології та медицині. Перспективним є використання різних методів вивчення біологічних особливостей бактерій, а особливо їх генетичного матеріалу з використанням генно-інженерних маніпуляцій.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПАЛІННЯ НА ЛАТЕНТНИЙ ПЕРІОД ПРОСТОЇ ЗОРОВО-РУХОВОЇ РЕАКЦІЇ ТА ОБСЯГ КОРОТКОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ

Кафедра нормальної фізіології

С.В.Коновалов (к.мед.н., доц.), Л.В.Костюк(ас.), Л.В.Бабич(ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Паління є найпоширенішою шкідливою звичкою та найбільш розповсюдженим видом токсикоманії. Небезпека паління полягає у високому вмісті нікотину в тютюновому димі. Нікотин пригнічує виділення ацетилхоліну, впливаючи на Н-холінорецептори вегетативних гангліїв і замінює його у всіх життєво важливих процесах; порушує рівновагу між процесами збудження та гальмування; призводить до виснаження нервових клітин та зниження розумової діяльності головного мозку.

**Мета:** Дослідити вплив паління на зміну обсягу короткочасної пам'яті та латентного періоду простої зорово-рухової реакції в юнаків та дівчат.

**Матеріали і методи:** Було обстежено 127 студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова, які були поділені на II групи: I групу склали 35 студентів, що палять, а II - 92 студенти, що не палять. Середній вік досліджуваних становив для юнаків та дівчат відповідно  $19 \pm 1,76$  та  $18 \pm 1,35$  років. Короткочасну пам'ять оцінювали за наступними методиками: «Джекобсона», «Мюнстерберга» та «10 слів». Латентний період простої зорово-рухової реакції визначали з використанням психаналізатора ПНН-3. Статистичний аналіз проводили з використанням t-критерію Стьюдента та Фішера з достовірністю 95%.

**Результати:** За даними, що були отримані при обробці результатів за методом Джекобсона, встановлено негативний вплив паління на концентрацію уваги та обсяг короткочасної пам'яті. Для курців він склав у юнаків  $44,00 \pm 2,40$  та  $52,00 \pm 3,94$  у дівчат відповідно. У групі студентів, що не палять, -  $61,67 \pm 4,42$  та  $61,18 \pm 2,07$  ( $p < 0,05$ ). Проаналізувавши отримані дані за методом Мюнстерберга, було встановлено, що вплив фактору ризику на концентрацію уваги для курців-юнаків становив  $48,00 \pm 4,56$  та  $53,33 \pm 3,30$  для дівчат. У групі студентів, що не палять, -  $62,50 \pm 4,65$  та  $67,65 \pm 3,11$  ( $p < 0,05$ ). Порівнявши дані тестування «10 слів», було встановлено вплив фактору ризику на обсяг короткочасної пам'яті у групі курців -  $39,00 \pm 3,24$  для юнаків та  $38,00 \pm 3,67$  для дівчат. У групі студентів, що не палять, -  $53,74 \pm 4,87$  та  $56,62 \pm 2,86$  ( $p < 0,05$ ). Після обробки результатів дослідження латентного періоду відмічається тенденція до зменшення швидкості реакції для юнаків, що не палять, середнє значення ЛП становить  $399,05 \pm 14,73$  та для курців (після викуреної цигарки) -  $418,50 \pm 17,66$ . Для дівчат, що не палять, -  $413,73 \pm 11,18$  та тих, що палять -  $420,13 \pm 15,19$ .

**Висновок:** Паління негативно впливає на латентний період простої зорово-рухової реакції, збільшуючи його і одночасно сповільнюючи швидкість реакції з погіршенням обсягу короткочасної пам'яті.

Ю. Я. Мизинюк, О. М. Довгалюк

## ІНФОРМАТИВНІСТЬ ВІЗУАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК СИНЦІВ В АЛГОРИТМІ ДІАГНОСТИКИ ДАВНОСТІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О. І. Моканюк (канд. мед. наук, доцент)

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

**Актуальність:** В епоху розквіту інформаційних технологій для розвитку судової медицини потрібно шукати нові інформативніші, доступніші, раціональніші методи судово-медичної діагностики, шляхом впровадження в судово-медичну практику нових експертних діагностичних програм. Це призведе до зростання ефективності цих методів, зокрема і при визначенні давності виникнення пошкоджень шкіри.

**Мета:** Проаналізувати важливість інформації про всі характеристики синця, які необхідні для встановлення давності його виникнення і визначити чи вони придатні для внесення в алгоритм розробки комп'ютерної діагностичної програми.

**Матеріали та методи:** Проаналізовано архівні документи відділу судово-медичної експертизи потерпілих, обвинувачуваних та інших осіб Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи за 2013-2014 роки й опрацьовано 4289 «Висновків експерта» з приводу визначення характеру і ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Серед них інформація про синці є у 523 висновках, в яких описано 2290 синців. Для статистичної обробки ми використовували функційну модель Кокса та Ординальну модель.

**Результати:** Встановлено, що синці локалізовані на верхніх кінцівках загоюються найшвидше, а ті що розташовані на стегнах і сідницях – найповільніше. Чим більша площа ушкодження, тим більше часу необхідно для його загоєння. Вік потерпілих має вплив на динаміку зміни кольору синця (особливо в останню стадію розвитку), а стать не впливає. Між давністю ушкодження і кольором синця існує співвідношення, тому ця діагностична характеристика є найінформативнішою. Від давності також достовірно залежить наявність набряку шкіри і характеризує початкові етапи розвитку синця.

**Висновки:** За допомогою статистичного аналізу за моделлю Кокса та Ординальною моделлю шести діагностичних характеристик, ми встановили, що для встановлення давності виникнення синця можна використовувати п'ять: вік потерпілого, локалізацію, площу, колір синця та наявність набряку шкіри в ділянці ушкодження. Їх можна вносити в алгоритм розробки комп'ютерної діагностичної програми. Найінформативнішим з характеристик, які можна використовувати є тип кольору ушкодження. Стать потерпілого інформативності не має.

А. В. Мосійчук, Н. В. Матушок,

## **ВІДПОВІДНІСТЬ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ДО ТИПУ ВИЩОЇ НЕРВОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Кафедра нормальної фізіології

О. М. Шаповал (доц., к. мед. наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В останні роки увагу дослідників і практичних лікарів привертають проблеми поширення синдрому емоційного вигорання серед студентської молоді.

**Мета:** Дослідити основні аспекти синдрому емоційного вигорання II курсу лікувального факультету по відношенню до типу вищої нервової діяльності.

**Матеріали і методи:** Використовували діагностику рівня емоційного вигорання, проводили її за методикою «Експрес-діагностики рівня емоційного вигорання» за В. Бойком, та тест Г.Айзенка для визначення типу вищої нервової діяльності.

**Результати:** Удослідженні брали участь 30 студентів II курсу лікувального факультету. На основі отриманих результатів можна відзначити наступне: емоційне вигорання – це механізм психофізіологічного захисту, вироблений особистістю. Ми виділили три фази- «напруга», «резистентність» і «виснаження». Відповідно - 10%- на стадії Напруги, 40%- на стадії Резистентності і 50%- на стадії Виснаження. В результаті визначення відповідності стадії емоційного вигорання до типу вищої нервової діяльності, ми отримали такі результати: Меланхоліки 11%- на стадії Напруги, 67%- на стадії Резистентності, 22%- на стадії Виснаження. Серед Холериків 14%- на стадії Напруги, 29%- на стадії Резистентності, 57% на стадії Виснаження. У Флегматиків 14%- на стадії Напруги, 71%- на стадії Резистентності, 14%- на стадії Виснаження. Серед Сангвініків 22%- на стадії Напруги, 78%- на стадії Резистентності і 0%- на стадії Виснаження.

**Висновки:** В результаті дослідження, ми виявили, що серед студентів II курсу рівень емоційного вигорання сформований у 50%. При визначенні відповідності стадії емоційного вигорання до типу вищої нервової діяльності, ми побачили, що найменш резистентними до синдрому емоційного вигорання виявились Меланхоліки і Холерики, порівняно з Сангвініками та Флегматиками.

Мошківський В.В., Тимошук О.О., Тимошук С.О.

## МОРФОГЕНЕЗ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ ТА АНТИОКСИДАНТІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Король Т.М. (к.м.н., доц.),

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Антиоксиданти при пневмонії є складним і водночас малодослідженим питанням у медицині. Статистичні відомості 2016 році свідчать про зростання хворих на пневмонії у порівнянні з даними за 2015 рік у відсотковому складі на 16,3%, тобто з 394,2 до 458,3 на 100 тис. дорослого населення. Ріст середньостатистичних показників в Україні (458,3 на 100 тис. дорослого населення) у таких областях: Київській – 827,7; Житомирській – 677,4; Полтавській – 659,8; Вінницькій – 631,4; Кіровоградській – 616,1 на 100 тис. дорослого населення.

**Мета:** Виявити морфологічні особливості пневмонії в умовах застосування антиоксидантів на основі аналізу даних Вінницького обласного патологоанатомічного бюро (ВОПАБ).

**Матеріали та методи:** Згідно з метою та задачами нашого дослідження було відібрано дані протоколів з архівного матеріалу патологоанатомічних випадків хворих на пневмонію ВОПАБ, де було проаналізовано 16 випадків, які ми розділи на 4 групи (А – померлі з крупозною пневмонією, Б – померлі з гангренозною пневмонією, В – померлі з сегментарною пневмонією, Г – померлі з вогнищевою пневмонією). Залежно від типу терапії хворі були поділені на 2 підгрупи (І підгрупа – терапія з антибіотиками та антиоксидантами, ІІ підгрупа – антибіотики без використання антиоксидантів). За даними протоколів, лікування І групи проводилося з використанням таких антибіотиків: амоксілав, цефаксон, азитроміцин, амоксіл та антиоксидантів: альфа-токоферол, дигідрокварцетин, мексидол, мельдоній, пробукол). Порівняли з випадками померлих від пневмонії ІІ групи, яких лікували лише антибіотиками. Із легеневої тканини вирізались шматочки розмірами 1x1 см. Матеріал фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну ( р Н 7,2–7,4) протягом 24–48 годин, далі проводили через спирти зростаючої концентрації та заливали у парафін. Із отриманих парафінових блоків готували серійні напівтонкі зрізи товщиною 5–7 мкм, які забарвлювали гематоксилін-еозином. Вивчення мікроскопічної структури легеневої тканини проводили за допомогою світлового мікроскопа OLIMPUS BX41 при збільшеннях у 100 та 200 разів.

**Результати.** Аналіз морфологічної картини легенів при лікуванні пневмонії антибіотиками показав, що в обох порівняльних групах був виявлений фіброзний ексудат в обох порівняльних групах. Щодо наявності нейтрофілів та еритроцитів у ексудаті, то при терапії, що включала антиоксидантну терапію, їх кількість була невеликою, тоді як при відсутності антиоксидантів у лікуванні спостерігалась дифузна інфільтрація лейкоцитів. Кровонаповненість судин міжальвеолярних перетинок при застосуванні антиоксидантної терапії було помірним, а без застосування – вираженим.

**Висновки:** Було встановлено, що при крупозній, гангренозній та сегментоядерній пневмоніях відмічалось зменшення сегментоядерних нейтрофілів у альвеолах, а при вогнищевій пневмонії — у бронхіолах. При крупозній та гангренозній пневмонії відмічалось збільшення повітря у альвеолах та помірне повнокрів'я у судинних перетинках. Таким чином, застосування антиоксидантів сприяло покращенню перебігу пневмоній при антибіотикотерапії.

Б. А. Муц

### КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ПРИЧИН ТА МЕХАНІЗМІВ СПАДКОВИХ ТУБУЛОПАТІЙ

Кафедра патологічної фізіології

О. В. Андрощук (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, частота спадкових хвороб і аномалій нирок становить 2,5–3 % у новонароджених, близько 1 % власного вкладу становлять генні хвороби, 0,5 % — хромосомні та в середньому 1,5–2 % припадає на частку вроджених вад розвитку, зумовлених дією несприятливих екзогенних і ендогенних факторів. Досить часто спадкові тубулопатії можуть переходити в хронічну ниркову недостатність, що мало піддається лікуванню. Необізнаність лікарів з усіма видами вродженої і спадкової патології нирок призводить до гіподіагностики, що у подальшому погіршує прогноз (Іванов Д., 2018).

**Мета:** Охарактеризувати види, етіологію, патогенез спадкових тубулопатій, можливі варіанти лікування та певні особливості кожного виду. А також пояснити сучасні механізми виникнення даної патології для подальшої диференційної діагностики з іншими патологіями.

**Матеріали та методи:** Аналіз даних наукових публікацій за останні 10 років.

**Результати:** На основі аналізу досліджуваних матеріалів причинами спадкових тубулопатій є генетичні дефекти. Мутації можуть відбуватися в генах, що кодують синтез білків, які транспортують різні мікроелементи через мембрану клітин ниркових каналців. А також вагому роль відіграє відсутність реакцій на гормони, що регулюють реабсорбцію калію, натрію, бікарбонатів та інших речовин, що пов'язано з дефектом розвитку рецепторів до цих гормонів на мембранах клітин. До 2010 р. ідентифіковано понад 320 генів, патологічні алелі яких зумовлюють порушення в нирках трансмембранного транспорту різних органічних і неорганічних речовин. Гетерозиготні носії дефектних генів також можуть мати певне відхилення у стані здоров'я. Проявляються фенотипові порушення ренальних функцій при спадковій патології нирок, у багатьох випадках це стосується різних систем регуляції клубочкової фільтрації, каналцевої реабсорбції і секреції (М.О. Ризничук, В.П. Пішак).

**Висновки:** Проаналізувавши усі матеріали можна зробити висновок, що спадкові дисфункції ниркових каналців призводить до численних порушень електролітного, мінерального і кислотно-основного метаболізму, а також часто сприяють розвитку хронічної ниркової недостатності та навіть летальних випадків. Тому ще з народження важлива своєчасна діагностика спадкових тубулопатій та проведення медико-генетичних консультацій з майбутніми батьками.

Б. А. Муц, В. В. Саєнко

## **ВАРИКОЗНЕ РОЗШИРЕННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК – КОСМЕТИЧНА ПРОБЛЕМА ЧИ ЗАГРОЗА ЖИТТЮ?**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

О. А. Стельмашук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Частота хронічної венозної недостатності досягає 40 % у жінок і 17 % у чоловіків. За епідеміологічними даними, варикозним розширенням вен і наслідками перенесеного тромбофлебіту поверхневих і глибоких вен в Україні становить 11 %. На превеликий жаль, прогресування хвороби наростає з віком, а найбільша частота звертань приходить на період 22–55 років. Якщо зовсім недавно вершина захворюваності хронічною венозною недостатністю приходилася на вікову групу 55–65 років, то на даний час більше всього хворих відзначено у віці 40–45 років. Вперше симптоми виявляються у 60% хворих до 30 років.

**Мета:** Проаналізувати морфологічні зміни структури стінки вен у хворих варикозним розширенням вен та уточнити саме той етап зміненої стінки, який провокує утворення передумов до можливих ускладнень та навіть смерті.

**Матеріали та методи:** Опрацювання наукових журналів, аналізування даних з книг та гістологічних альбомів.

**Результати:** На основі даних різних матеріалів ми виявили, що найбільш частим ускладненням

варикозної хвороби нижніх кінцівок є тромбофлебіт, на другому місці ТЕЛІА, що є небезпекою для людей різних вікових груп.

**Висновки:** Підступність варикозної хвороби полягає в тому, що дуже довго вона залишається лише косметичним дефектом, і не доставляє людині особливих незручностей. Оскільки варикозне розширення вен досить часте захворювання, тому важливо знати не тільки морфологічні зміни стінок судин, а й можливий розвиток часто смертельних ускладнень!

К.Г. Нагорян

## ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРАНСМУРАЛЬНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДУ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.А. Стельмашук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Серцево-судинні захворювання вже багато років займають перше місце серед причин смертності. На сьогоднішній день кожен другий дорослий має високий ризик виникнення інфаркту міокарду. Крім того, спостерігається тенденція до «помолодшання» серцевих хвороб. За останніми даними 68% смертей припадає на захворювання серця; з них більше третини – пацієнти віком 35-40 років. Саме тому є важливим з'ясування морфологічних змін, що виникають при інфаркті міокарду, адже це є важливою ланкою не тільки для правильного лікування, але й для попередження даної патології.

**Мета роботи:** Висвітлити морфологічні зміни, особливості патологоанатомічної посмертної діагностики трансмурального інфаркту міокарду та його ускладнень.

Матеріали та методи: Аналіз та систематизація вітчизняної та закордонної наукової літератури, статей; використання інформації з джерел Інтернету (Internet Web Science, Czytelnia Medyczna).

**Результати:** Основною причиною (90%) розвитку трансмурального інфаркту міокарду є оклюзія коронарних судин. Інші 10% складають спазм судин, емболія, васкуліти і як наслідок розшарування стінки судини з наступною ішемією міокарду. Локалізація інфаркту міокарду характеризується ураженням певної коронарної артерії. За статистикою найчастіше (50%) відбувається оклюзія передньої низхідної артерії, що спричиняє інфаркт передньої стінки лівого шлуночка, передньої частини міжшлуночкової перегородки та верхівки серця. Друге місце займає права коронарна артерія (30-40%), перекриття якої зумовлює інфаркт в зоні задньої стінки лівого шлуночка, задньої частини міжшлуночкової перегородки.

Морфологічним початком ішемії є коагуляційний некроз, який переходить в асептичне запалення. Ці ознаки важко виявити макроскопічно на секції, тому використовують метод з використанням розчину хлориду трифенілтетразолію. Неушкоджений міокард набуває багрового кольору, а зона ураження залишається блідо-рожевою. Вже через 24 години після нападу інфаркту макроскопічно на зрізах міокарду виділяють синьо-коричневу зону, яка виникає внаслідок застою крові. Після першої доби серцевий м'яз в зоні ураження набуває жовтого кольору та дряблості консистенції. Через 2-3 тижні формується сполучнотканинний рубець. На гістологічних зрізах зміни з'являються тільки через 24 годин: пікноз ядер та лінії надскорочення кардіоміоцитів по краям інфаркту. На 3 день спостерігається інтерстеційний нейтрофільний інфільтрат в зоні ураження. Наступні декілька днів відбувається фагоцитоз некротованих клітин. Вже через 2 тижні починається утворення грануляцій, а через 1 місяць – повне рубцювання колагеновими волокнами.

**Висновок:** Знання морфологічних змін на різних стадіях інфаркту міокарду допомагає утончити повну патологічну картину. Використовуючи макроскопію та мікроскопію серцевого м'яза, визначають основні причини та перебіг даного захворювання. Також це є перспективним напрямком для розробки профілактичних заходів ішемічної хвороби серця.



Л. А. Надулична, В. В. Керницький  
**ОЗДОРОВЧИЙ ВПЛИВ МУЗИКИ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ**  
Кафедра нормальної фізіології  
О.М. Шаповал (доцент, к. мед. н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Під час прослуховування музики психоемоційний стан людини має тенденцію до певних змін в гормональному фоні, в біохімічному потенціалі людини та в інтенсивності обмінних процесів. Емоції, що виникають у нас під час звучання музики, стимулюють інтелектуальну діяльність людини. Сьогодні в світі існує безліч освітніх платформ, які пропонують удосконалити свої знання у вивченні музичного мистецтва. Майбутні фахівці мають можливість вивчати різноманіття впливів музики, тим більше що сфера застосування музикотерапії, як незалежної дисципліни, постійно розширюється, в таких розвинених країнах, як: Великобританія, Греція, Франція, Австралія. Тим часом, Україна плавно робить кроки до розвитку музикотерапії на своїх теренах.

**Метою роботи є:** Обґрунтувати оздоровчий вплив музики на організм людини.

**Матеріали та методи:** Вивчення і опрацювання сучасних джерел наукової інформації, дослідження досвіду роботи науковців, збір матеріалу та його аналіз.

**Результати:** Що ж таке музика, і яким чином вона може здійснювати вплив на організм людини? Мова музики - звуки. Послідовне поєднання їх формує мелодію і одночасне звучання яких, утворює щось значно вище - гармонію. Музика сприймається не лише слуховим аналізатором, а й іншими системами тіла, впливає на біологічно активні точки і меридіани. Вона доходить до кожної клітини кожного органу, впливає на всі рівні життєдіяльності: молекулярний, системний і на організм у цілому. Музика викликає в людини перебудову хімічних реакцій, змінює статус і характеристики як фізіологічних, так і психічних станів. Один із науковців, доктор Гордон Шоу, ось як пояснює вплив музики на здоров'я: „Вібрація звуків створює енергетичні поля, що впливають на кожну клітину нашого організму, - ми „поглинаємо музичну енергію” і вона нормалізує ритм нашого дихання, пульс, артеріальний тиск, температуру, знімає м'язове напруження”. Тому правильно підібрана мелодія корисно відображається на патологічному стані людини і зазвичай сприяє швидшому відновленню організму. На сьогоднішній день науково-технічний прогрес дає змогу на найвищому рівні дослідити фізіологічні реакції організму (дихання, частоту серцевого ритму, кровообіг, кров'яний тиск та ін.) на звук і музику. Наприклад, усім відомий хіт 90-х пісня Масагена іспанської групи, по словах багатьох вчених, спроможна допомагати в порятунку життя. Дослідження показали, що її ритм 103 удари за хв., повністю збігається з натисканнями на грудну клітку при виконанні непрямого масажу серця, що значно полегшує порятунок людини, при відсутності годинника .

**Висновок:** Отже, за допомогою музики ми можемо впливати на поведінку, настрій, а також формувати наше бачення соціуму. У станах нездужання, поганого самопочуття ми звикли покладатися на допомогу лікарів, забуваючи, що володіємо психічною енергією, силою духу, яка у поєднанні з правильно підбраною мелодією, може впливати на краще лікування, аніж будь-які фармацевтичні засоби.

О.О. Настенко Д.А. Анощук  
**УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ОБРОБКИ КОЛЬОРОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ СИНЦІВ ДЛЯ  
ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ ЇХ ВИНИКНЕННЯ**

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

**Актуальність:** у зв'язку з розвитком наукових технологій, та особливо інформаційних, зменшується значення візуальних методів дослідження, а пріоритет надається використанню сучасних логіко-математичним моделей. Для судово-медичної експертизи такий метод має неабияку цінність, бо зникає фактор суб'єктивності, а всі розрахунки веде програма.

**Мета:** удосконалення методики обробки кольорових зображень синців для збільшення інформативності діагностики давності виникнення синців.

**Матеріали та методи:** у ході дослідження за допомогою спеціального тубусу з кольоровою шкалою діаметром 10 см, висотою 14 см. та телефону Galaxy j5, було сфотографовано 27 синців. Кожне ушкодження досліджувалося на протязі 14 діб з інтервалом в 24 години, а в першу добу через 30 сек, 15 хв., 30 хв., 1,3,6,9 год. З кожного зображення виділялося по 4 фрагмента: власне зображення синця, чиста шкіра, білий та помаранчеві кольори для контролю. Далі, за допомогою програми MathCAD дані оброблялися і подавалися у вигляді таблиці Microsoft Excel, в якій вказувалася кількість пікселей кожного кольору, які є на шкалі. В подальшому розраховувалося відсоткове співвідношення кожного кольору, для полегшення обробки результатів, за допомогою цієї ж програми, обраховувалась площа синців.

**Результати:** при обробці вихідних даних була виявлена закономірність зміни площі синця, утворення різноманітних кольорів, в залежності від давності настання ушкодження. В динаміці посттравматичного процесу площа синця спочатку збільшується, а потім поступово зменшується до зникнення. На ранніх сроках в забарвленні синця переважають червоні, фіолетові, а потім пурпурові та сині тони, а на пізніх-жовті, зелені. На підставі цих критеріїв можна визначати чітку залежність кольороутворення від площі ушкодження та його давності

**Висновки:** використання удосконаленої методики обробки кольорових зображень синців дозволило збільшити інформативність діагностики давності їх виникнення, завдяки забезпечення тубусом стандартних умов фотографування об'єктів.

Настояща О.В., Шум К.О., Сивак І.В.

## **ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ**

Кафедра нормальної фізіології

Л.С. Лойко (доцент, к. психол. н.)

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

**Актуальність:** Агресія як поведінкова дія індивіда і соціальний феномен супроводжує людство протягом всієї його історії і продовжує існувати в сучасному світі. Впевнено зростаючий рівень злочинності, нескінченний потік локальних конфліктів, безперервні війни, тероризм і насилля в наші дні загострюють дискусії про природу агресії. Постійне зростання числа неповнолітніх з девіантною поведінкою, яка проявляється в асоціальних діях (алкоголізм, наркоманія, порушення суспільного порядку, хуліганство, вандалізм і ін.) являється тривожним симптомом. У зв'язку з цим для сучасного етапу розвитку українського суспільства пріоритетним є курс на формування підростаючого покоління з активною життєвою позицією, здатного до особистісного волевиявлення у неагресивний, толерантний спосіб.

**Мета:** Провести теоретичний аналіз психофізіологічних аспектів агресивної поведінки та дослідити її рівень серед підлітків.

**Матеріали та методи:** У дослідженні брали участь 30 підлітків 13-14 років (15 дівчаток та 15 хлопчиків) – учнів 8 класу. Були використані наступні психодіагностичні методики: методика визначення показників і форм агресії А. Басса, А. Дарки, тест опису поведінки К. Томаса (Н. В. Грішиної), методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі, методика визначення інтегральних

форм комунікативної агресивності особистості (за В. Бойко).

**Результати:** За результатами дослідження типів відношення особистості до оточуючих за допомогою методики Т. Лірі було виявлено, що найбільш поширеними типами стосунків у даній групі досліджуваних є авторитарний (75%), альтруїстичний (75%) і дружелюбний (74%), що свідчить про деяку категоричність у поведінці, характерну підліткам. Менш поширеними є наступні типи поведінки: егоїстичний (66%), агресивний (55%), залежний (54%), підозрілий (39%), покірний (39%). На основі результатів досліджень виявлено позитивний зв'язок ( $r=0,6$ ), що свідчить про залежність рівня агресивності особистості із стилем виходу з конфліктної ситуації – суперництвом. Показник загального індексу агресивності знаходиться на середньому рівні (за методикою В. Бойко), що проявляється у її спонтанності, певній анонімності і слабкій здатності особистості до її гальмування. Рівень агресивності прослідковується у хлопців (22,1%), а у дівчат (21,3%).

**Висновки:** Зменшення різних форм прояву агресії у сучасних підлітків представляється можливим тільки в комплексі заходів, спрямованих на розвиток соціально, емоційно, духовно зрілої особистості. На основі проведеної роботи були розроблені рекомендації, які дозволять педагогам і батькам стримувати агресивну поведінку підлітків. Треба допомагати підлітку знаходити друзів, заохочувати розвиток позитивних аспектів агресивності, а саме підприємливості, активності, ініціативності, перешкоджати їй негативним рисам, зокрема ворожості, скутості. Кращий спосіб уникнути надмірної агресивності підлітка – виявляти до нього більше уваги, любові й ласки, яких він так потребує.

Л.П.Олійник

## ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У СТУДЕНТІВ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПІД ЧАС ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

Кафедра нормальної фізіології

Л. Л. Хмель (ст.викладач)

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

**Актуальність:** впровадження у початковий процес нових форм навчання, збільшення інтенсивності та широке використання інформаційних технологій, викликає підвищені вимоги до пристосувальних можливостей організму в студентів 1-2 курсів. Саме в період посилення психофізіологічних навантажень виникає ризик розвитку різних передпатологічних станів систем внутрішніх органів, а саме – серцево-судинної системи (ССС). Оскільки існує залежність адаптації показників гемодинаміки від типу автономної нервової системи (АНС), проблема дослідження взаємозв'язку між психофізіологічними характеристиками індивіда та участю АНС у регуляції показників гемодинаміки під час розумових навантажень є досить актуальною.

**Мета дослідження:** з'ясувати основні фізіологічні механізми пристосування показників серцево-судинної системи студентів 1-2 курсів з різними типами АНС до розумових навантажень.

**Матеріали та методи:** для оцінки часової динаміки змін адаптаційного потенціалу ССС було проведено аналіз наступних показників гемодинаміки: частота серцевих скорочень (ЧСС), систолічний та діастолічний артеріальний тиск (АТс і АТд), ударний об'єм крові (УОК), хвилинний об'єм крові (ХОК), індекс Робінсона (ІРОБ), індекс Кердо, коефіцієнт економичності кровообігу (КЕК). Досліджено 30 здорових юнаків віком 17-19 років з різними типами АНС, а саме: 10 студентів симпатотоніків (з переважанням симпатичної АНС), 10 – парасимпатикотоніків (з домінуванням парасимпатичної АНС) та 10 еутоніків. Частоту серцевих скорочень вимірювали за допомогою пульсоксиметра CMS50DL, артеріальний тиск – за методом Короткова апаратом ММТ-3.

**Результати:** нами встановлено, що після навантаження найбільш напруженою робота міокарда була у ваготоніків ( $3221,8 \pm 398,2$ ) ум.од. і найменш напруженою – в еутоніків ( $2606,2 \pm 631,9$ ) ум.од., що підтверджує коефіцієнт економичного кровообігу (КЕК). Студенти-симпатикотоніки зі значенням КЕК

(3194,2±753,11) ум.од. і врахуванням похибки 0,12 посіли відповідно проміжне місце. Приріст ЧСС після навантаження відбувся наступним розподілом: еутоніків – (71,8±5,5) уд/хв з похибкою 7 %, симпатотоніки – (79,7±4,19) уд/хв із похибкою в 5%, ваготоніки – (72,4±3,42) уд/хв. з похибкою 4 %. Враховуючи результати тестування, що використовувалися, як різновид інтелектуального навантаження, отримуємо такі дані стосовно відсотку правильних відповідей по категоріях : ваготоніки – 97,8±3 %, симпатотоніки – 94,9±3 %, еутоніки – 89,3±3 % з похибкою 3 %.

**Висновки:** нашим дослідженням встановлено, що ССС піддавалася найбільшому напруженню у студентів з переважанням парасимпатичного типу АНС під час інтелектуального навантаження. У парасимпатотоніків був найвищий результат тестування (у порівнянні із іншими вегетотипами). Отже, гемодинамічні реакції на розумові навантаження у студентів молодших курсів істотно залежать від тону та особливостей автономної нервової системи індивіда.

А.Ю.Осадчук

## МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ПЕЧІНЦІ ПРИ НЕАЛКОГОЛЬНІЙ ЖИРОВІЙ ХВОРОБИ

Кафедра гістології

Т.М.Кисельова (доц., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця

**Актуальність:** Печінка – найбільша залоза травної системи, є життєво необхідним паренхіматозним органом, який виконує понад 500 функцій. Нині неалкогольна жирова хвороба печінки є одним із хронічних захворювань, що охоплює до 40% від загальної кількості населення сучасних країн. Зустрічається майже в усіх вікових групах і є вагомим фактором зростання смертності населення. Відноситься до провідних чинників розвитку цирозу печінки, гепатоцелюлярної карциноми, печінкової недостатності та портальної гіпертензії.

**Мета:** Дослідити механізм розвитку порушення структури печінки при неалкогольній жировій хворобі печінки (НАЖХП). Виявити причини та наслідки даного патологічного стану.

**Матеріали та методи дослідження:** Ознайомлення із джерелами наукової літератури; аналіз іноземних статей та результатів гістологічних досліджень.

**Результат:** При НАЖХП відбувається порушення функцій клітин печінки, які сприяють формуванню жовчних міцел з високим рівнем холестерину і низьким фосфоліпідів та жовчних кислот, жовч стає літогенною, розвивається жовчнокам'яна хвороба. НАЖХП характеризується гістологічними ознаками жирової дистрофії печінки без ознак запалення та фіброзу. Вона тісно пов'язана з метаболічним синдромом, в патогенезі якого провідна роль належить накопиченню ліпідів у гепатоциті. На розвиток НАЖХП впливає: цукровий діабет II типу, ожиріння, гіперглікемія, гіперліпідемія. Проведення біопсії печінки і гістологічного аналізу необхідні для підтвердження діагнозу НАЖХП. Характерними ознаками при гістологічному дослідженні є компенсаторна гіпертрофія ядер гепатоцитів, інтенсивність ожиріння, величина жирових крапель, вираженість запальних і склеротичних процесів у портальних трактах. Причинами виникнення даного патологічного стану є: прийом висококалорійної їжі, малорухомий спосіб життя, що сприяє формуванню жирової інфільтрації печінки.

На сьогоднішній день, ще не розроблено фіксованих терапевтичних підходів до лікування пацієнтів із НАЖХП. Нині терапія спрямована на лікування компонентів метаболічного синдрому, які також можуть бути корисними для печінки.

**Висновки:** Аналізуючи та узагальнюючи опрацьовану літературу, можна дійти висновків, що неалкогольна жирова хвороба печінки – це важке захворювання, яке є поштовхом до патологічних процесів в організмі людини та її наявність призводить до незворотних змін в клітинах печінки. Дана хвороба потребує подальшого вивчення.

А.Ю.Осадчук, М.О.Черненко

## АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ОБЛИЧЧЯ

Кафедра анатомії людини  
В.О.Коваленко (доц., к.м.н.)

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

**Актуальність:** Аномалії розвитку обличчя займають 3-є місце серед інших вроджених вад. 70% з них становлять розщілини верхньої губи та піднебіння, а 30% - різні форми краніосиностозів і черепно-лицьових дизостозів.

**Мета:** Дослідити механізми виникнення та різновиди аномалій розвитку обличчя.

**Матеріали та методи дослідження:** Аналіз та обробка наукової літератури іноземних та вітчизняних джерел.

**Результати:** Аномалії розвитку – низка порушень, що виникають під час пренатального періоду розвитку та спричиняють відхилення в будові та функціях органу або системи органів. Як правило, такі зміни є добре помітними вже при народженні дитини, але у деяких випадках їх прояв стає помітним лише через певний проміжок часу, бо з розвитком дитини аномалії також прогресують.

Уже на 12 день розвитку у зародка формується ротова ямка, до кінця четвертого тижня утворюються п'ять горбів(відростків), що її обмежують. Зверху ямки розташовується лобовий горб, з боків два верхньощелепних, знизу два нижньощелепних. З третього різновиду горбів формуються нижня щелепа, частина щік та нижня губа. Лоб, очні ділянки та ніс формуються з лобового горба, а верхньощелепні відростки формують бічні відділи середньої частини обличчя та верхні щелепи. Зрощення відростків та формування обличчя закінчується на сьомому тижні пренатального розвитку. Процеси незрощення відростків або порушення цього процесу обумовлюють виникнення аномалій розвитку лица.

Патологічні зміни будови спричиняються різноманітними факторами зовнішнього та внутрішнього походження. До внутрішніх можна віднести генетичні зміни – мутації, вони обумовлюють 2/3 від загальної кількості аномалій. Зовнішні фактори представлені різноманітними інфекціями, впливом фізичних та хімічних чинників.

Найбільш типові аномалії розвитку обличчя – заяча губа та вовча паща. При цих захворюваннях спостерігаються різкі зміни кісткового скелету обличчя, неправильне розташування зубних зачатків. Вовча паща часто супроводжуються недорозвиненістю верхньої щелепи.

Виділяють чотири групи вроджених вад розвитку і аномалій щелепно-лицьової ділянки:

1. Вроджені системні аномалії формоутворення м'яких тканин і кісток обличчя:

Синдром 1-2-ї і 1-ї зябленої дуги;

Синдром Кроутона;

Синдром Франческетті.

2. Вроджені вади розвитку окремих анатомічних утворень щелепно-лицьової ділянки:

Вроджені розщілини губи і піднебіння;

Вади розвитку язика та носа;

Аномалії вуздечок губ та язика;

3. Аномалії і вади розвитку зубів (адентія, ретенція);

4. Зубо-щелепні аномалії (аномалії прикусу).

Найбільш важкі види аномалій зв'язані з відсутністю цілого органу чи його частини в початковій стадії ембріогенезу. До таких рідкісних вад відносять: повну відсутність обличчя, циклопію, агнатію.

**Висновки:** Аномалії розвитку обличчя це вади, що зумовлюються екзо- та ендогенними чинниками. На сьогоднішній день це одні з найпоширеніших вад пренатального періоду, що спричиняють розвиток патології органів черепа. Деякі з них можуть виправлятися за допомогою методів пластичної хірургії.

## ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СУДИН ТА ТКАНИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЯХ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
В.П. Сорокоумов (к.мед.н., доцент), Т.М. Король (к.мед.н., доцент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Цереброваскулярні захворювання, а саме артеріовенозні мальформації (АВМ), перебувають у центрі уваги патологоанатомів, нейрохірургів та неврологів у зв'язку з поширенням патології, високою смертністю та інвалідизацією пацієнтів. Структура АВМ – це скупчення патологічних судин (артерій і вен) зі зміненим м'язово-еластичним каркасом, що формують аномальні артеріовенозні шунти. Згідно ВООЗ, порушення кровообігу головного мозку щороку виявляють у 20 млн. осіб, з яких 5 млн. помирають.

**Мета:** виявити основні патоморфологічні зміни судин та тканин головного мозку при АВМ за літературними даними некропсійного матеріалу, патологоанатомічних та гістологічних досліджень Вінницького обласного патологоанатомічного бюро; провести аналіз аутопсійних випадків АВМ пацієнтів різних вікових категорій.

**Матеріали та методи:** Провели аналіз летальних випадків пацієнтів різних вікових категорій обох статей із АВМ за даними архіву Вінницького обласного патологоанатомічного бюро. У всіх випадках під час аутопсій проводилась макроскопічна діагностика з подальшим описом виявлених змін. Матеріал було досліджено гістологічно: із виготовлених парафінових блоків робили зрізи товщиною 6-7 мкм, які зафарбовували гематоксилін-еозином. За необхідності застосовували гістохімічні методики для виявлення еластину та м'язових волокон. Виготовлені препарати досліджували мікроскопічно під збільшенням 100, 400, 900. Застосовували описову методику аналізу, як основний метод дослідження, що фіксували в протоколах розтину.

**Результати:** Проаналізовано аутопсійні випадки пацієнтів з АВМ різних вікових категорій (від 2 місяців до 44 років). Основною або фоною причиною смерті була АВМ судин головного мозку. У всіх варіантах були свої патоморфологічні особливості, тому до кожного з них наведено патологоанатомічний висновок. Дані некропсійного матеріалу та мікроскопія показали, що всі патологічні зміни, асоційовані з церебральними АВМ мали схожий та специфічний характер. Спільними ознаками для них були: наявність великих хибно сформованих тромбованих судин невизначеної форми з аномально тонкими чи гіпертрофованими м'язовими стінками; численні дрібні повнокровні капіляри, стаз; у судинних сплетеннях — розширені судини, наявні ознаки формування артеріовенозних шунтів; в зонах стоншення, фрагментації і розриву-периваскулярній крововилив з відкладанням зерен гемосидерину; перифокальний енцефалолізіс, енцефаломаліяція; артеріогіаліноз. Дані макроскопічного дослідження показали, що тканина головного мозку – в'яла, кашоподібна, розпадається на фрагменти, межа між кірковим і мозковим шаром відсутня, епендима зруйнована, судинні сплетення не помітні.

**Висновок:** Виявлено основні патоморфологічні зміни в судинах і тканинах головного мозку при АВМ, що призводять до формування артеріовенозних шунтів. У зв'язку з високою летальністю пацієнтів з даною патологією, доцільною є розробка нових діагностичних програм для раннього виявлення та лікування судинних мозкових аномалій.

М.Г. Охріменко, В.П. Ступінь

### УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИКИ ВІЗУАЛЬНОГО ОПИСУ СМУГ КОВЗАННЯ ДЛЯ ВИРІШЕННЯ ПИТАНЬ ПРО ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ ЇХ ВИНЕКНЕННЯ

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

**Актуальність:** Садна є найбільш частими ушкодженнями шкіри при проведенні судово-медичної експертизи. Смуги ковзання один із видів саден, які виникають внаслідок тертя.

**Мета:** Удосконалити методи реєстрації та опису ушкоджень шкіри, зокрема смуг ковзання, та визначити можливість використання цієї методики для визначення давності ушкодження.

**Матеріали і методи:** Для дослідження було взято три щура, самці, масою 192г., 216г., 241г., було нанесено по два ушкодження кожному щуру. Ушкодження фотографувалися за допомогою кольорового кола і тубуса з інтервалами: 30сек., 5хв., 15хв., 30хв., 1год., 12год., 24год., 36год., 48год., 60год., 72год., 84год., 96год., 108год., 120год., 144год., 168год., 192год., 216год., 240год., 264год. Обробка ушкоджень здійснювалася програмним методом: MathCad 13 - визначалися колориметричні дані зображення; ImageSquare 2.0 - площа зображення. На основі даних характеристики кірочки (немає, нижче, на рівні, вище рівня шкіри, відшарування) і співвідношення їх в один і той же момент часу, з подальшою корекцією на основі колориметричних даних і даних співвідношення площі кірочки до площі ушкодження (ПК/ПУ), було виділено 8 типів кольорових зображень.

**Результати:** Отримано такі дані по кожному типу кольорових зображень: 1 тип: 30 сек.- 30 хв., ПК/ПУ – немає кірочки, колориметричні данні: 7\_6 – 1,51%, 8\_3 – 4,23%, 9\_2 – 28,41%, 10\_2 – 48,93%, 10\_4 – 9,77%; 2 тип: 1-12год., ПК/ПУ – 9,63%, колориметричні данні: 7\_6 – 2,93%, 8\_3 – 6,45%, 9\_2 – 19,92%, 10\_2 – 48,9%, 10\_4 – 7,89%; 3 тип: 24 год., ПК/ПУ – 12,43%, колориметричні данні: 7\_6 – 2,81%, 8\_3 – 11,36%, 9\_2 – 10,41%, 10\_2 – 62,48%, 10\_4 – 6,69%; 4 тип: 36-84 год., ПК/ПУ – 17,96%, колориметричні данні: 7\_6 – 5,21%, 8\_3 – 6,52%, 9\_2 – 9,54%, 10\_2 – 60,60%, 10\_4 – 6,7%; 5 тип: 96-120 год., ПК/ПУ – 12,87%, колориметричні данні: 7\_6 – 3,75%, 8\_3 – 5,22%, 9\_2 – 9,39%, 10\_2 – 64,12%, 10\_4 – 5,98%; 6 тип: 144год., ПК/ПУ – 11,33%, колориметричні данні: 7\_6 – 0,04%, 8\_3 – 5,65%, 9\_2 – 4,25%, 10\_2 – 55,1%, 10\_4 – 3,09%; 7 тип: 168-216год., ПК/ПУ – 5,08%, колориметричні данні: 7\_6 – 0,1 %, 8\_3 – 1,97 %, 9\_2 – 8,74 %, 10\_2 – 76,05%, 10\_4 – 6,14%; 8 тип: 240-264год., ПК/ПУ – кірочки немає, колориметричні данні: 7\_6 – 0%, 8\_3 – 0,1%, 9\_2 – 3,96%, 10\_2 – 87,77%, 10\_4 – 0,52%;

**Висновок:** Запропонована методика дозволяє об'єктивно реєструвати ушкодження смуги ковзання, особливості розвитку візуальних та колориметричних характеристик цих змін, дозволяє визначити їх давність в таких інтервалах: 30сек.-30хв., 1-12год., 24год., 36-84год., 96-120год., 144год., 168-216год., 240-264год. Ця методика експериментальна і потребує подальших досліджень для впровадження в практичну діяльність.

О.Ю.Павлюк, В.А.Іщук

## **ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ШОЕ ТА С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА, ЯК ВАЖЛИВИЙ ДІАГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР РІЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Кафедра гістології

Т.М.Кисельова (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** ШОЕ (швидкість осідання еритроцитів) є одним із допоміжних маркерів діагностики патологічних процесів, адже його підвищення чи пониження у більшості випадків вказує на наявність хвороби. Існує багато причин, що впливають на зміну даного показника, однак основним фактором залишається білковий склад плазми крові. Білки гострої фази запалення, адсорбуючись на поверхні еритроцитів, знижують їх заряд і відштовхування один від одного. На сьогодні, у лікарській практиці також широко використовують визначення рівня С-реактивного білка (СРБ) в сироватці крові, що є важливим маркером запалення. Саме підвищення вмісту цього білка, а також: гаптоглобіну, альфа-1-антитрипсину, при гострому запаленні призводить до підвищення ШОЕ. Є наукові припущення, що аргументують кореляцію між двома методами діагностики. Питання визначення СРБ замість ШОЕ при

запальних реакціях піддається широкому медичному дискусу, тому дана тема є досить актуальною в медицині.

**Мета:** Порівняння ШОЕ та СРБ для розуміння різниці використання обох при постановці діагнозу.

**Матеріали і методи:** В основу нашої роботи покладено збір інформації та аналіз наукового матеріалу, розміщеного на Web ресурсах: Medline ([www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)), Web of Science ([webofknowledge.com](http://webofknowledge.com)), а також вітчизняні джерела.

**Результати:** Проведений нами аналіз літературних джерел показав, що існують розбіжності між підвищенням СРБ і ШОЕ, як у осіб чоловічої, так і жіночої статі. Відмінність може бути спричинена часом, адже зріст рівня СРБ проявляється до збільшення ШОЕ, або просто тому, що швидкість седиментації часто залишається незмінною при малому запаленні. Ученими встановлено, що порівняно з ШОЕ, С-реактивний білок є кращим маркером реакції гострої фази і більш чутливим до змін у стані пацієнта. Проте було виділено декілька обставин, коли ШОЕ є кращим показником запального процесу: деякі інфекції кісток і суглобів та аутоімунні захворювання, зокрема системний червоний вовчак, адже тоді пацієнт може мати нормальний С-реактивний білок за наявності значного ураження тканини і запалення.

**Висновки:** Отже, незважаючи на те, що СРБ у більшості випадках є кращим маркером реакції гострої фази запалення, ніж ШОЕ, існує ряд хвороб, діагностику яких краще проводити, опираючись на метод визначення ШОЕ, що і доводить його клінічну значущість.

В.І.Пасайлюк

## **СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ ПІД ЧАС СНУ: ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ І МЕНОПАУЗАЛЬНИЙ ПЕРЕХІД**

Кафедра патологічної фізіології

С.А. Семенчук (асистент)

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

**Актуальність:** Апное під час сну зустрічається у 5-20% людей в загальній популяції незалежно від раси чи етнічної приналежності, з них 1-2% страждають його важкими формами. У пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) поширеність апное варіює в межах від 47 до 83%. Численні дослідження вказують на зв'язок синдрому обструктивного апное під час сну (СОАС), ССЗ та смертністю. Поширеність СОАС в залежності від гендерної приналежності становить 1:10 - чоловіча стать є фактором ризику. У жінок, навпаки, даний синдром виникає не так часто, проте має свої особливості.

**Мета:** узагальнення даних літературних джерел щодо сучасних поглядів на етіологію та патогенез СОАС.

**Матеріали та методи:** проведення ретроспективного аналізу наукової літератури вітчизняних та іноземних видань, опублікованих за період 2010-2019 років.

**Результати:** В основі патогенезу СОАС лежить звуження просвіту ВДШ під час сну за умови наявності супутніх тригерних факторів СОАС, а саме: ожиріння, дистрофічні нервово-м'язові процеси, синдром короткої шиї, прийом препаратів з міорелаксуючою дією, анатомічні особливості щелепних кісток, гіперплазія м'яких тканин глотки (м'яке піднебіння, мигдалики, язичок), закладеність носа, поліпи, стрес. Захворювання частіше зустрічається у чоловіків у співвідношенні 10:1. Такі гендерні відмінності пов'язують з анатомічними особливостями дихальних шляхів, структури нижньої щелепи, а також відкладанням жирової клітковини в парафарингеальних зонах у чоловіків. Гормональна відмінність є головним чинником таких розходжень. Протягом фертильного періоду жінки стають більш резистентними до виникнення СОАС завдяки секреції естрадіолу та прогестерону, які підвищують чутливість хеморецепторів нейронів, що беруть участь в забезпеченні акту дихання. Крім того, естрадіол впливає на цикл "сон/неспанья", ініціюючи незалежний від циклооксигенази синтез



простагландинів у вентролатеральному преоптичному ядрі гіпоталамуса, дія ж прогестерону спрямована на вироблення гаммааміномасляної кислоти. У жінок в постменопаузі, з початком зниження оваріальної гормональної функції, епізоди порушення дихання зустрічаються частіше і нерідко призводять до зниження сатурації за межами 90%. Таким чином, частота виявлення СОАС у жінок в постменопаузі співставна із чоловіками.

**Висновки:** Отже, ймовірність виникнення синдрому обструктивного апное сну, як у чоловіків, так і жінок, досить високий. Проте, гормональні особливості жінок у фертильний період та деякі особливості в анатомічній будові дихальних шляхів зменшують ризик виникнення даного синдрому, а в подальшому і ускладнень з боку як ЦНС, так і ССС.

Д.О. Пермінов

## МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕОЗИНОФІЛІВ ПРИ ПАРАЗИТАРНИХ ІНВАЗІЯХ ТА БАКТЕРІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЯХ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Кафедра медичної біології

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

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

**Актуальність:** Близько 25% населення планети заражені гельмінтами, руйнування яких забезпечується одними із складових компонентів клітинного імунітету людини – еозинофільними гранулоцитами. Інвазії паразитів та бактеріальні інфекції організму людини зумовлюють різке збільшення абсолютної кількості еозинофілів у крові, одним із базових механізмів захисту яких є процес нетозу.

**Мета:** дослідити і проаналізувати механізми утворення та структуру еозинофільних позаклітинних пасток, а також відмінності нетозу від інших видів загибелі клітин.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури з ресурсу PubMed, Google Scholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** Нетоз еозинофілів є одним із видів загибелі клітин, проте на відміну від апоптозу він стимулюється немітохондріональними АФК та не залежить від каспаз. Також варто зазначити, що апоптоз гранулоцита є високо регульованим процесом, спрямованим на те, щоб запобігти потраплянню вмісту клітини у міжклітинний простір. На відміну від нього, нетоз, навпаки, зумовлює викид внутрішньоклітинного вмісту поза межі клітини. Від некрозу він відрізняється розпадом ядерних мембран на величезну кількість пухирців, при якому відбувається змішування компонентів ядра та гранул, а також необхідністю специфічної активації еозинофіла за допомогою NADPH оксидази. Головну роль у стимуляції нетозу відіграє активація процесів респіраторного вибуху (немітохондріональне накопичення активних форм кисню) та цитруллінації гістонів (перетворення аргініну і залишків метиларгініну в цитрулін) в гістонових білках ядра, які зумовлюють деконденсацію та вивільнення ДНК. Після цього відбувається розпад каріолеми на велику кількість пухирців, а гранули еозинофілів розчиняються з подальшим змішуванням із компонентами ядра та формуванням еозинофільних позаклітинних пасток (ЕПП), які після руйнування зовнішньої оболонки клітини (відбувається завдяки активації цитоскелета та скорочення клітини) активуються і знешкоджують чужорідні агенти. З первинних гранул в дані структури потрапляють еластаза та катепсин. Вторинні є джерелом лактоферина, а третинні – желатинази. Важливою властивістю ЕПП є вибіркова бактерицидність, яка полягає у інгібуванні росту патогенних мікроорганізмів та нейтральний вплив на непатогенні. Встановлено, що клінгова система еозинофілів більшою мірою активується *Entamoeba coli* та *Staphylococcus aureus*, ніж *Lactobacterium spp.* та *Bifidobacterium spp.*

**Висновки:** Процес нетозу є одним із основних механізмів клітинного імунітету, який забезпечується еозинофільними гранулоцитами у відповідь на зараження організму людини паразитарними та бактеріальними мікроорганізмами при відповідній стимуляції. Його відмінності від інших видів загибелі клітин та властивість вибіркової бактерицидності зумовлюють високоорганізовану імунну відповідь.

Д.О.Пермінов, О.В.Швед

## ДОСЛІДЖЕННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕОЗИНОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ ТА КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ ЕОЗИНОФІЛІЇ У ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ

Кафедра гістології

О.І.Тереховська (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Коливання рівня еозинофілів у крові та мокротинні має місце при різних хворобах, які поширені у сучасному світі, зокрема алергічних реакціях, онкологічних захворюваннях, запальних процесах та інших типових патологічних станах, тому є важливим обґрунтування доцільності проведення кількісного аналізу на предмет еозинофілії. Базовими механізмами захисту еозинофілів вважаються фагоцитоз та дегрануляція, проте нетоз є не менш важливим процесом, який має певні особливості та спрямований на знешкодження і подальше руйнування бактеріальних агентів.

**Мета:** Проаналізувати зміни кількості еозинофілів відносно лікування у хворих на алергічний риніт (приклад прояву еозинофілії в клініці) та дослідити явище нетозу у даних клітин.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій даної проблеми за період 2012-2019 р. з ресурсу PubMed, Google Scholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ, статистично-математичні дослідження аналізів змиву із слизової оболонки верхніх дихальних шляхів хворих на алергічний риніт.

**Результати:** У результаті дослідження було доведено, що показники кількості еозинофілів збільшуються при алергічних реакціях (алергічний риніт), а зменшуються після відповідного лікування даних захворювань. Доказом цього може слугувати ретроспективне дослідження мікроскопії аналізів змиву із слизової оболонки верхніх дихальних шляхів хворих на алергічний риніт ВОДКЛ. Загальна кількість хворих складала 74 людини, вік пацієнтів складав від 7 до 16 років. За даними у 59 пацієнтів при дослідженні було виявлено збільшення кількості еозинофілів на 10%, у 11 пацієнтів - на 17% і у 4- на 20%. Також було детально розглянуто явище нетозу в еозинофілів, яке полягає в запрограмованій загибелі клітин з одночасним утворенням позаклітинних пасток для бактеріальних агентів. Вони складаються з ниток ДНК, гістонів та ферментів гранул еозинофільних гранулоцитів. На відміну від апоптозу, нетоз стимулюється немітохондріональними АФК та не залежить від каспаз. Від некрозу він відрізняється розпадом ядерних мембран на величезну кількість пухирців, при якому відбувається змішування компонентів ядра та гранул. Головну роль у стимуляції нетозу відіграє активація процесів респіраторного вибуху та цитрулінації в гістонових білках ядра, які зумовлюють деконденсацію та вивільнення ДНК. Після цього відбувається розпад каріолеми на велику кількість пухирців, а гранули еозинофілів розчиняються з подальшим змішуванням із компонентами ядра та формуванням еозинофільних позаклітинних пасток (ЕПП), які після руйнування зовнішньої оболонки клітини активуються і знешкоджують чужорідні агенти.

**Висновки:** Кількісні показники рівня еозинофілів у змивах в ВДШ є важливим діагностичним критерієм для виявлення таких патологічних станів як алергічні реакції, запальні процеси, онкологічні захворювання та інше. Важливою морфофункціональною особливістю еозинофілів є здатність до нетозу, що спрямований на знешкодження та подальше руйнування бактеріальних агентів.

О. М. Плавков

## РОЛЬ ТРАНСМЕМБРАННИХ БІЛКІВ-АКВАПОРИНІВ У ДІЯЛЬНОСТІ НИРОК

Кафедра гістології

В. О. Гненна (доцент, кандидат медичних наук)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

**Актуальність:** вода складає 60-70% маси тіла людини, тому оптимальна регуляція її транспорту є ключовим фактором підтримання гомеостазу і структурно-функціональної цілісності внутрішніх органів. Аквапорини, відкриті в 90-х роках Р. Agre і R. MacKinnon (за це їм у 2003 році присуджено Нобелівську премію), є найважливішими транспортними білками, які забезпечують підтримання водного гомеостазу.

**Мета:** проаналізувати та узагальнити роль аквапоринів під час водного транспорту у нирках задля кращого розуміння дисфункцій цих білків.

**Матеріали та методи:** аналіз наукових статей у базі Google Scholar

**Результати:** проведений нами аналіз показав, що сучасні дослідження вчених доводять існування 13 типів аквапоринів, при цьому 6 з них (AQP-1, AQP-2, AQP-3, AQP-4, AQP-6, AQP-8) виявляються у структурах нирки. Аквапорини – це невеликі трансмембранні білки, які забезпечують проникність клітин для води. Їхня різноманітність у нирках обумовлена тим, що кожен складовий елемент нефрона виконує специфічну функцію. Різні типи аквапоринів локалізуються у різних частинах клітин нирки, наприклад AQP-1 – апікальній або базолатеральній мембрані клітин проксимального канальця, AQP-2 – у апікальній мембрані або (за недостачі антидіуретичного гормону) у везикулах головних клітин збірних ниркових проток тощо. Найголовніша роль аквапоринів полягає у здатності нирок концентрувати сечу. Якщо зібрати припущення у більшості досліджень разом, то аквапорини відіграють визначальну роль у таких захворюваннях як гостре пошкодження нирок, нецукровий діабет (відбувається через мутацію у гені Аквапорину-2), отруєння важкими металами (іонами  $\text{Cu}^{2+}$ ,  $\text{Zn}^{2+}$ ,  $\text{Hg}^{2+}$ ). Найголовніше ж те, що функції аквапоринів (а саме їх недостатність) дозволяє пояснити клінічну картину даних захворювань, сам механізм блокування водних каналів. Також функції аквапоринів у нирках залежні від біологічно активних речовин, а саме адреналін посилює транслокацію AQP-3 із цитозолу в апікальну мембрану клітин, а постійне введення норадреналіну знижує осмолярність сечі.

**Висновки:** аквапорини – білки, функції яких прямо впливають на клітини усіх структур нирок. Дана тема не є повністю вивченою, але наведені результати свідчать про значний поступ у дослідженнях вчених, який відбувся за короткий час.

Л.В. Прядко, О.В. Качуровська, О.Ю. Бабійчук, Т.І. Плазовський

## ОЦІНКА СТРУКТУРНО-МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ЕПІТЕЛІЮ ШЛУНКУ ТА СТРАВОХОДУ ПРИ СИНДРОМІ МАЛОРИ-ВЕЙСА

Кафедра гістології

А.П. Король (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Синдром Малорі – Вейса – гостра хірургічна патологія, яка характеризується ураженням слизової оболонки черевного відділу стравоходу та кардіального відділу шлунка, що супроводжується значною кровотечею. Згідно статистики, при хірургічному лікуванні хворих з синдромом Малорі - Вейса, летальність становила 50-59%. В подальшому, з впровадженням у практику ендоскопічних методів дослідження і консервативної терапії, хірургічне лікування проводили лише у 30-35% хворих, при цьому летальність знизилася до 20%, що все ж залишається високим показником та обумовлює актуальність даної проблеми.

**Мета:** провести оцінку морфологічних змін в зразках епітелію, отриманих з слизової оболонки шлунку та стравоходу.

**Матеріали та методи:** Для морфологічного дослідження використовувались зразки слизової оболонки шлунку та стравоходу, отриманих у 10 пацієнтів з синдромом Малорі-Вейса при оперативних

втручаннях шляхом пункційної біопсії.

**Результати:** при гістологічному дослідженні біопсійного матеріалу встановлено, що багатошаровий плоский незроговілий епітелій слизової оболонки стравоходу значно витончений, атрофічно та некротично змінений, що призводило до утворення вогнищ поверхневої та глибокої ерозії. Між ділянками атрофії багатошаровий плоский епітелій не рівномірно потовщений за рахунок проліферації клітин остистого та базального шарів. У власній пластинці слизової оболонки набряк інтерстицію, осередки склерозу, проліферація фібробластів і гістіоцитів та лімфоцитів, розширені та повнокровні судини мікроциркуляторного русла та лімфатичні судини. Просвіти вен власної пластинки слизової оболонки стравоходу варикозно розширені. В кардіальному відділі шлунку відзначається атрофія одношарового призматичного залозистого епітелію, дистрофія епітеліоцитів кардіальних залоз, кістозне переродження кардіальних залоз шлунка, ерозії та виразки одношарового призматичного залозистого епітелію, а також морфологічні ознаки розповсюдженого хронічного гастриту, які проявлялись лейкоцитарною інфільтрацією власної пластинки слизової оболонки стінки шлунка, осередками склерозу та проліферації фібробластів, повнокров'ям судин мікроциркуляторного русла і периваскулярним набряком інтерстицію в слизовій оболонці

**Висновки:** Отже, виявлені структурно-морфологічні зміни епітелію шлунку та стравоходу при синдромі Малорі – Вейса є цінним діагностичним критерієм для ранньої діагностики, ефективного лікування та зменшення летальності внаслідок даної патології у клінічній практиці.

В. В. Герасимова, П. Р. Романюк

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ РІВНЯ IQ ЛЮДИНИ ВІД ВЛАСНИХ МУЗИЧНИХ ВПОДОБАНЬ

Кафедра нормальної фізіології

О. Л. Очеретна (доц., к. мед. н.)

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

**Актуальність.** Музика супроводжує нас всюди й залишається важливою складовою життя кожного. Слухати музику люблять діти, підлітки, молоді, дорослі та літні люди. Музика додає в життя фарб, робить світ навкруги яскравішим. Залежно від настрою нам хочеться слухати різну музику. Цікаво, що вчені помітили зв'язок між музичними вподобаннями та рівнем інтелекту людини.

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження було встановити вплив рівня інтелекту та особистих рис характеру людини на вибір стилю музики, який найбільше подобається.

**Матеріали та методи.** 60 студентів 16-25 років медичного та технічного університетів (39 жінок і 21 чоловік) брали участь у багатоплановому анкетуванні, у тому числі з визначенням рівня IQ. У нашій роботі використано метод анкетування, збору та обробки інформації, а також статистичний метод. Студенти заповнювали анкету у вигляді онлайн-опитування, яке було розміщене на сервісі Google Forms. Обробка статистичних даних проводилась в програмному забезпеченні Ms Office.

**Результати.** Нами встановлено, що найвищий середній показний рівня інтелекту має група студентів, які слухають рок та важкий метал – 123 бали, з яких 70% складами жінки, і 30% - чоловіки. Менший показний був у групи, яка полюбляє розслаблятися під класичну музику та оперу – 120 балів. 75% поціновувачів класики – це дівчата, і 25% - хлопці. На 3-ому місці були слухачі сучасної поп-музики, середній результат у цій групі – 107, з яких 70% - жінки, а 30% чоловіки. Останнє місце з невеликим відривом посіла група, яка слухає реп, хіп-хоп та R&B. Середній показний рівня інтелекту представників даної групи складає 106 балів, з яких 60% - чоловіки, і 40% жінки.

**Висновок.** Отже, аналіз отриманих результатів дозволяє дійти висновку, що найвищий рівень IQ мають студенти, які захоплюються майже протилежними стилями музики – класикою та роком, а найменший – любителі сучасних стилів, такі як поп-музика та реп.

Д.В. Савчук  
**ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ АЛКОГОЛЬНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ**  
Кафедра патологічної фізіології  
І.В. Романенко (асистент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В даний час, у зв'язку з поширеністю алкоголізму і хвороб серця у світі та Україні зокрема, проблема своєчасної діагностики та лікування захворювань, асоційованих з надмірним прийомом спиртних напоїв, стоїть особливо гостро. Згідно зі статистичними даними в Україні 40% смертей чоловіків та 22% жінок працездатного віку (від 20 до 64 років) є наслідком вживання алкоголю. Щороку смертність від алкогольної кардіоміопатії складає 18 випадків на 100 000 населення. Точна поширеність АКМП невідома, так як багато осіб, які зловживають алкоголем, ретельно приховують цей факт або заперечують його. Клінічні ознаки ураження серця діагностують у 35,5% хворих алкоголізмом I-II стадії, і у 95,8% хворих з III стадією захворювання. Для правильної діагностики захворювання необхідно розуміти механізм розвитку цієї патології.

**Мета:** Проаналізувати дані літератури щодо патогенетичних механізмів розвитку алкогольної кардіоміопатії.

**Матеріали та методи:** Пошук та аналіз літературних даних за останні 5 років з ресурсів Google Scholar, Pub Med та репозиторію бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** Протягом дослідження був опрацьований механізм шкідливого впливу алкоголю та його метаболітів на організм людини та з'ясований прямий їх вплив на розвиток та прогресування алкогольної кардіоміопатії. Було виявлено, що алкоголь та його метаболіти впливають на процеси синтезу білка, цілісність мембран, активність NaK-АТФази та Ca- АТФази, властивості скоротливих білків, експресію  $\beta$ -адренорецепторів, процеси перекисного окислення ліпідів, тонус коронарних судин, активність мітохондріальних ферментів і здатні викликати імунні та мікроциркуляторні порушення, а також надлишок катехоламінів.

**Висновки:** В даний час зловживання алкоголем і його наслідки є актуальною медико-соціальною проблемою в багатьох країнах світу. Щороку багато хвороб, зумовлений алкоголем, є причиною значної кількості летальних випадків. До них належить і алкогольна кардіоміопатія. Для зниження смертності та збільшення ефективності лікування, слід активніше застосовувати патогенетичні принципи терапії, що потребує подальшого вивчення особливостей патогенезу алкогольної кардіоміопатії.

В. В. Саєнко  
**СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЕТІОЛОГІЮ І ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМУ УОТЕРХАУСА-ФРІДЕРІКСЕНА**

Кафедра патологічної фізіології  
О. В. Андрощук (к.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** синдром Уотерхауса-Фрідеріксена є одним із найнебезпечніших екстремальних станів в ендокринології, що супроводжується тяжким порушенням обміну речовин, порушенням з боку життєво важливих органів та нерідко призводить до летального наслідку. Розвиток даної патології передбачає несприятливий прогноз для життя пацієнта, тому важливим є забезпечення своєчасних профілактики, діагностики та ефективного лікування цього синдрому.

**Мета:** розкрити сучасне уявлення про причини та механізми розвитку синдрому Уотерхауса-Фрідеріксена і обґрунтувати принципи патогенетичного лікування пацієнтів з гострою наднирничковою

недостатністю.

**Методи та матеріали:** аналіз даних наукових публікацій за останні 10 років.

**Результати:** причини виникнення синдрому Уотерхауса – Фрідеріксена досить різноманітні, починаючи від найчастішого ускладнення менінгококової інфекції (65-70%), закінчуючи довготривалими ускладненими пологами. Патогенез даного синдрому оснований на гострій недостатності глюко- і мінералокортикоїдів, яка і зумовлює гостре порушення всіх видів обміну речовин, а також зниження адаптивних механізмів організму людини. І нарешті лікування за патогенетичними принципами включає в себе не тільки замісну терапію кортикостероїдами, а й боротьбу з шоком, корекцією електролітного дисбалансу, усунення серцевої недостатності і, звісно, доречність симптоматичної терапії.

**Висновки:** Первинна діагностика гострої надниркової недостатності практично завжди представляє певні труднощі незалежно від того, чиє ця патологія дебютом хронічної надниркової недостатності, чи обумовлена крововиливами в кору наднирників та іншими причинами (Курнікова І.А., 2018). Тому розуміння причин і механізмів розвитку даної патології важливе для своєчасної діагностики та ефективного лікування даної патології.

А.О.Сасовець

## **ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН АЛЬФА ХВИЛЬ НА ЕЕГ ПІД ЧАС РОЗУМОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Кафедра нормальної фізіології

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

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Електроенцефалографічне дослідження ЕЕГ людини відображає складноорганізовану ритмічну біоелектричну активність головного мозку.

**Мета:** Дослідити вікові особливості змін альфа хвиль у корі головного мозку під час складної розумової діяльності з вербальним і образним компонентами.

**Матеріали та методи:** метод варіаційної статистики t-критерія Стьюдента, комп'ютерна електроенцефалографія, метод розрахунку спектрів потужності, абстрактно-логічні тести за Худиком, наочно-образні тести Равенна за Худиком,

**Результати:** Під час функціонального спокою з розплющеними очима зафіксовано десинхронізацію альфа-діапазону та його піддіапазонів в усіх вікових категоріях. Тоді, як у дітей молодшого віку спостерігається зниження спектру потужності (СП) відмічене в передньолобових та тім'яно-потиличних ділянках обох півкуль в альфа-1 та альфа-2 піддіапазоні. Тоді, як у підлітків - зменшення СП альфа-3 піддіапазону в нижньоскроневої ділянці лівої півкулі. У юнаків спостерігається депресія альфа-2 та альфа-3 піддіапазонів в усіх ділянках кори. Під час виконання абстрактно-логічного тесту в усіх групах зафіксовано генералізоване зменшення СП в альфа-піддіапазонах. Тоді, як у групі дітей молодшого віку спостерігаються зміни в альфа-3 піддіапазоні в обох потиличних, задньоскроневої та задньолобової ділянках правої півкулі. В групі підлітків зниження альфа-3 піддіапазону зафіксовано в лівій півкулі. В групі юнаків - чітка генералізована депресія СП в альфа-3 піддіапазоні. При виконанні наочно-образного тесту в групах спостерігаємо зменшення СП в альфа-1, альфа-2, альфа-3 піддіапазонах. В групі молодшого віку наявні зміни СП високочастотного альфа-3 піддіапазону, але ці зміни незначні (зменшення СП є генералізованим в альфа-1 і альфа-2 піддіапазонах). В групі підлітків наявні зрушення СП в альфа-3 піддіапазоні в більшій мірі, ніж в групі молодшого віку. Зафіксовано депресію СП альфа-3 піддіапазону в лобових та задньоскроневої та потиличних ділянках кори.

**Висновки:** 1. Під час функціонального спокою в групі дітей молодшого віку спостерігаються найбільші зміни спектру потужності альфа-1 та альфа-2 піддіапазонів, в групі юнацького віку – альфа -3.

2. При розплющуванні очей та складній розумовій діяльності зафіксовано депресію всіх піддіапазонів

альфа-хвиль ЕЕГ в усіх групах різної категорії. При виконанні абстрактно-логічного тесту спостерігається генералізоване зменшення СП в альфа-піддіапазоні в усіх вікових групах. Проте, найбільш реактивний є піддіапазон альфа-3. У групі молодшого віку за активністю переважає права півкуля; у підлітковому віці – ліва півкуля; в юнацькому віці – в обох півкулях спостерігається активність.

3. При виконанні наочно-образного мислення зменшується СП альфа-3 піддіапазону, у передньолобових ділянках правої півкулі в групі підлітків і юнаків.

Д.В. Свінкова, В.В. Косякова  
**ДИНАМІКА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ 2 КУРСУ ДО І ПІСЛЯ ІСПИТІВ**

Кафедра нормальної фізіології

Карлащук Р.В. (ас. каф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема емоційного стану є однією з актуальних тем у студентів медичних закладів, особливо під час сесії. Студентське життя повне надзвичайних і стресових ситуацій, тому студенти часто відчувають нервово-психічне напруження. Так 84% студентів стверджують, що відчували емоційне хвилювання під час іспитів.

**Мета:** Провести порівняльний аналіз емоційного стану у студентів-медиків 2 курсу до і після іспитів.

**Матеріали і методи:** Для проведення дослідження були використані наступні методики: методика дослідження настроїв, самооцінка психічних станів по Айзенку та анкетне опитування.

**Результати:** Аналізуючи результати дослідження настроїв, ми приходимо до висновку, що у 40% студентів до іспитів, настрої коливалися в позитивному діапазоні (від спокійного та врівноваженого до радісного) і у 60% в негативному діапазоні (від сумного до вкрай незадовільного). Однак, після іспитів коливання настроїв у позитивному діапазоні становить 84%, а в негативному – 16%. У результаті дослідження самооцінки психічних станів по Айзенку встановлено, що 52% студентів до іспитів, мають припустимий, середній рівень тривожності; число не тривожних студентів становить 32%, а дуже тривожних – 16%. Після іспитів кількість останніх складає 0%, тих хто має середню тривожність – 32%, а не тривожних – 68%. Рівень фрустрації у 52% студентів до іспитів виявляється висока самооцінка, стійкість до невдач і відсутність побоювань труднощів; середній рівень фрустрації становить 32%, і 16% мають низький рівень. Однак після іспитів високу самооцінку мали 72% респондентів, середню – 28%, і низьку – 0%. Рівень агресивності до іспитів: спокійних студентів становить 20%, із середнім рівнем агресивності – 52%, і агресивних, не витриманих, які мають труднощі при спілкуванні 28%. Після іспитів ці показники змінилися так, що частка спокійних складає 68%, із середнім рівнем – 32%, і зовсім не має агресивних. Рівень ригідності студентів до іспитів: сильно виражену ригідність, незмінність поведінки мали 12%, середню - 64% і 24% її зовсім не мали. Однак, після іспитів середній рівень ригідності виявляється у 32%(16) опитаних, сильний у 8%, і не виявляється у 60% респондентів.

**Висновок:** Таким чином, проведене дослідження демонструє підвищений рівень психічно-емоційного напруження у студентів-медиків до іспитів.

А.Г.Сичевська

**ПОРУШЕННЯ ЦИТОПРОТЕКЦІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

Кафедра паталогічної фізіології

А.О. Іваниця (д.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Цитопротекція – здатність слизової оболонки оберігати клітини епітелію від загибелі. Слизова оболонка шлунка, в свою чергу, регулярно піддається впливу безлічі шкідливих субстанцій та факторів, що мають різну температуру і осмолярність, що включають: великі обсяги продукуємої соляної кислоти, пепсин, здатний викликати руйнування (переварювання) тканин, ліки, токсини, що містяться в їжі, алкоголь, *Helicobacter pylori*. Однак, не дивлячись на велику кількість потенційно шкідливих факторів, слизова оболонка зберігає свою структурну цілісність і функціональність. Порушення динамічної рівноваги між факторами агресії та захисту викликає пошкодження слизової оболонки з формуванням поверхневих (ерозії) або глибоких (виразки) її дефектів. В медицині цитопротекцію використовують в якості фармакологічних об'єктів для попередження порушення слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки, викликаних дією ульцерогенних і некротизуючих факторів.

**Мета:** Проаналізувати дані літератури щодо захворювань шлунково-кишкового тракту при порушенні цитопротекції.

**Матеріали та методи:** Пошук матеріалу в мережі Інтернет, наукових медичних журналах, на медичних сервісах.

**Результат:** При аналізі показників інструментального метода дослідження – фіброгастроуденоскопії виявлено, що найбільш поширений патологічний процес локалізується в слизовій оболонці шлунка і дванадцятипалої кишки. Підвищення проникності епітеліального бар'єра признано найбільш значним фактором патогенезу функціональної диспепсії та синдрому роздратованого кишківника. Стійкість слизової оболонки до постійного впливу агресивних чинників забезпечується багаторівневою системою протективних механізмів.

Термін «цитопротекція» вперше з'явився в літературі у 1979 р. Він має безпосереднє відношення до загоювання гастродуоденальних виразок. На думку багатьох вчених, в основі феномена адаптивної цитопротекції лежить активація природних механізмів адаптації слизової оболонки до впливу агресивних факторів. Вперше це явище описав Андре Роберт, який дійшов висновку щодо ефективності простагландинів у захисних механізмах відновлення слизової оболонки після її пошкодження. Основним простагландином, що бере участь у явищі цитопротекції, є простагландин  $E_1$ , що утворюється з простагландину  $H_2$  під дією ферменту простагландинсинтетази.

Експериментально доведено, що фактори росту здійснюють захисний вплив на слизову оболонку шлунка за участю  $NO$  і простагландинів, — так, при підшкірному введенні EGF (Epidermal Growth Factor – епідермальний фактор росту) відзначають помітне зменшення виразок, які виникли під дією етанолу.

**Висновки:** Таким чином, внаслідок надмірної дії факторів агресії збільшується проникність слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, проникнення бактерій і токсичних речовин. Відбувається порушення рівнів захисту, порушення в системі щільних контактів і цитопротекторних простагландинів. Вказані порушення призводять до утворення персистуючого патофізіологічного механізму-синдрому підвищеної проникності слизової оболонки, який виникає на різних рівнях шлунково-кишкового тракту.

Я.В. Стойка, О.П. Некрашук

## МЕХАНІЗМИ ТРАНСПЛАНТАЦІЙНОГО ІМУНІТЕТУ

Кафедра нормальної фізіології

Н.М. Бандурка (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Під час швидкого та потужного розвитку трансплантології постає питання створення трансплантаційної толерантності, що полягає у збереженні функцій притаманних трансплантату, без явної дії імунітету реципієнта. Останні наукові дослідження свідчать, що імунітет формується за участю



Т-лімфоцитів.

**Мета:** Проаналізувати результати сучасних наукових досліджень щодо ролі фракції Т-лімфоцитів у трансплантаційному імунітеті.

**Методи та матеріали:** Аналіз та вивчення даних науково-практичних журналів, монографій та джерел Інтернету (Internet Web Science, Google Academy Pub Med 2012-2019).

**Результати:** Імунологічна толерантність – це стан ареаактивності по відношенню до антигена. В результаті експериментальних досліджень було досягнуто утворення трансплантаційної толерантності у гризунів та ссавців, але дані дослідження були неефективні для запобігання відторгнень у людини. Тому проаналізувавши наукові матеріали доцільно буде презентувати механізми відторгнення алотрансплантата. Було виявлено 2 шляхи формування трансплантаційної відповіді, які не пов'язані між собою. Перший шлях (прямий) полягає у розпізнаванні Т-лімфоцитами інтактних молекул головного комплексу гістосумісності (МНС), що присутні на антиген-презентуючих клітинах пересадженої тканини. Під час другого шляху (непрямого) антиген-презентуючі клітини реципієнта обробляють інформацію дану їм від донорських клітин і передають її до алореактивних Т-клітин. В результаті, лімфоїдна тканина посилає активуючий сигнал до вищезгаданих компонентів, за рахунок якого вони перетворюються на ефекторні і напряду атакують трансплантовану тканину. Це підтверджує те, що у мишей без Т-клітин повністю зберігалися функції трансплантату, враховуючи те, що деяка тканина була повністю гістосумісною. Однак, парадигма, представлена вище, не є остаточною, адже було виявлено, що перед формуванням Т-клітинної відповіді збільшується кількість прозапальних медіаторів в самому алотрансплантаці. Збільшення їх кількості власне й індукує відповідь імунних клітин реципієнта. Результати цих досліджень свідчать, що відторгнення трансплантату залежить не тільки від імунних клітин реципієнта, а й від клітин донорської тканини.

**Висновок:** отже, вроджений імунітет не є єдиним фактором у формуванні трансплантаційного імунітету. Основну роль у відторгненні пересаджених тканин відіграє фракція Т-лімфоцитів.

О.О Тарасюк, Я.О. Яковишена

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ КРОНА.

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.О.Бевз (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** в останні роки відзначається значне зростання захворюваності на запальні захворювання кишечника (ЗЗК). ЗЗК включають в себе дві найпоширеніші нозологічні форми з невідомою етіологією та подібним патогенезом (неспецифічний виразковий коліт (НВК) та хворобу Крона (ХК)), що являють собою одними з основних проблем сучасної гастроентерології. Рівень захворюваності щороку зростає в Європі, в Україні та інших країнах.

**Мета:** визначення ролі імуногістохімічного дослідження(ІГХ) в діагностиці та диференціальній діагностиці ХК, порівняно з іншими доступними методиками.

**Матеріали та методи:** мікропрепарати капсульної ендоскопії (матеріали досліджень надані з архіву проктологічного відділення Київського обласної клінічної лікарні), що досліджувались стандартним гістологічним, ІГХ методами на мікроскопі ERMA EZ-122F. Проаналізовані наукові публікації вітчизняних, європейських та американських авторів.

**Результати:** аналіз мікропрепаратів капсульних ендоскопічних досліджень вияв в біоптатах добре представлені лише зони ураження епітеліальних структур. Морфологічні зміни в слизовій оболонці при ХК відрізнялися фокальністю, нерівномірністю поразки. Клітинна інфільтрація в одному і тому ж випадку в різних мікропрепаратах різко відрізнялася - від слабкої лімфогістіоцитарної до вираженої. Відрізнявся і клітинний склад інфільтрату: в одній ділянці переважають плазмоцити, в іншій з'являлася велика кількість нейтрофілів і еозинофілів, в тому числі міжепітеліальних, що призводило до некрозу

епітелію і формуванню мікроерозій. Хоча такі ділянки слизової оболонки товстого кишечника(ТК) і нагадували зміни при НВК, але диференціальна діагностика була можлива лише при наявності в інших ділянках змін, характерних для ХК. На тлі помірної дифузної лімфоцитарної інфільтрації власної пластинки зустрічалася й вогнищева інфільтрація. Було встановлено декілька кількісних імуногістохімічних критеріїв з особливим акцентом на розподіл запальних клітин в межах окремих зразків. Проводили кількісну оцінку експресії маркерів (ЕМ) CD8 +, CD45RO +, CD68 + в ураженій і непошкодженій слизовій оболонці, взятої у пацієнтів з НВК і пацієнтів з ХК. Критерії склалися з трьох діагностичних категорій: «що свідчать про НВК»  $EM \geq 70\%$ , «невизначеність»  $30\% < EM < 70\%$  і «що свідчать про ХК»  $EM \leq 30\%$ .

**Висновки:** Діагностика та диференціальна діагностика ХК представляє на сьогоднішній день особливий інтерес та визначає велику соціально-економічну значимість даної групи захворювань, оскільки ЗЗК відрізняються хронічним рецидивуючим перебігом та швидким розвитком ускладнень зі значною кількістю позакишкових маніфестацій і призводить до непрацездатності та інвалідизації хворих. Тому ХК потребує швидких та точних діагностичних результатів, з метою своєчасного призначення протокольного лікування, а аналіз результатів ІГХ досліджень дозволив зробити висновок, що даний метод являється найбільш точним при диференційній діагностиці з НВК.

Я. О. Тісовська

## АНАТОМІЯ ЛЮДИНИ ОЧИМА МІКЕЛАНДЖЕЛО:

### СЕКРЕТНЕ ПОСЛАННЯ

Кафедра анатомії людини

С.О. Приходько ( асистент )

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця

**Актуальність:** впродовж усього періоду розвитку людства медициною та анатомією цікавилися не лише лікарі, але й люди мистецтва. До них відноситься Мікеланджело Буонаротті — один із найзнаменітших у світі скульпторів, талановитий художник, геніальний архітектор, а також відчайдушний анатом. Знання анатомії людини, які почав отримувати із 17 років, власноруч розгинаючи трупи і вивчаючи будову людського тіла,

реалізувалися в його анатомічно бездоганних скульптурах та картинах. Таким чином, митець не просто перемальовував опуклості людського тіла, а й наділяв їх змістом. Доказ його глибоких знань людського тіла – це епізоди розпису Сикстинської капели у Ватикані, які є таємним посланням митця через століття. Не зважаючи, на бурхливі темпи розвитку людства, зрозуміти значення «листа» від Мікеланджело змогли лише в 1990 році.

**Мета:** встановити тісний зв'язок анатомії та мистецтва.

**Матеріали та методи:** проведено збір науково-дослідницького матеріалу, проаналізовано наукову роботу вчених США по даному питанню. Використано методи аналізу, синтезу і порівняння.

**Результат:** п'ятивікову загадку, яка терпляче очікувала на розкриття, змогли пояснити Ян Сук і Рафаель Тамарго, американські нейробіологи з медичної школи імені Дж. Хопкінса (Балтімор). Саме вони помітили неточності в анатомії шиї та грудей Бога, що розділяє світло та темряву. Більшість науковців вважали, що ця «неточність» зумовлена певною неосвіченістю художника. Проте, лише Ян та Рафаель звернули увагу на відсутність цієї «помилки» у інших героїв фресок. Саме тоді вони збагнули, що це є закодоване послання, яке майстерно зашифрував художник від служителів церкви. Адже така зухвалість могла коштувати життя Мікеланджело. В обрисах шиї Бога зображено фрагмент людського мозку — мозковий стовбур, який продовжується у спинний мозок. При накладанні фото людського мозку на ділянку шиї та грудей було виявлено 100 % відповідність цих структур. Результати дослідження Яна і Тамарго опублікували в науковому журналі Neurosurgery. Цьому відкриттю передувала знахідка американського терапевта Френка Мешбергера, який у фресці «Створення Адама» виявив також будову

головного мозку із точним зображенням звивин, борозн, а також доль. У 2000 році Гарабед Енкоян – нефролог з американського Університету Бейлора, вгледів на фресці Мікеланджело «Відділення суші від води» зображення нирки.

**Висновки:** Мікеланджело – це обдарована людина. Він зміг поєднати абсолютно протилежні напрямки: анатомію та релігію. В ньому боролися дві течії, які зіткнулися та втілилися у прекрасний витвір мистецтва. Парадокс, але те, з чим так завзято боролася Церква, знаходилося прямо в її серці. Художник відстоював анатомію, як науку, не зважаючи на релігійні погляди, вкладаючи глибокий символічний зміст, про що свідчить «лист» із минулого.

Е.В. Товмасян

## ПЛАНТАРНИЙ ФАСЦИЇТ. ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ «П'ЯТКОВОЇ ШПОРИ»

Кафедра анатомії людини

В.О. Коваленко (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Плантарний фасциїт – це стан хронічного больового синдрому в області п'ятки, розвиток якого пов'язаний з постійною травматизацією плантарної фасції в місці її прикріплення до п'яtkового виросту п'яtkової кістки та хронічного запалення з прискоренням проліферації (відновлення) в зоні пошкодження. Серед усіх захворювань склепіння стопи, плантарний фасциїт займає близько 11-15% (R. Buchbinder «Plantarfasciitis»), тому вивчення цього питання є доволі актуальним. Для визначення виникнення даного захворювання розглядаємо анатомічну будову стопи (будова склепіння стопи, іннервація, васкуляризація). Найчастіше плантарний фасциїт зустрічається у людей віком від 35 до 60 років. (Taunton JE, Ryan MB, Clement DB, McKenzie DC, Lloyd-Smith DR, Zumbo BD «A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries», Br S. Sports Med 002). Даним питанням (лікування плантарного фасциїту) вчені займаються доволі довго. З розвитком ортопедії виникають нові методи лікування (терапія рентгенівським випроміненням, введення нестероїдних протизапальних препаратів, ведення гормонів та хондропротекторів, ударно-хвильова терапія, електрофорез, ультразвукова терапія, фізичні вправи, ортопедичні устілки). Причинами виникнення плантарного фасциїту є різні фактори: носіння взуття з жорсткою підошвою, підборами та без супінатора; зайва вага; тривала ходьба по нерівній поверхні; збільшена висота склепіння стопи; плоскостопість; робота на вібраційних поверхнях; спадковість. Сучасні методи лікування не є радикальними при вирішенні цього захворювання. Це свідчить про необхідність подальшої розробки питань оперативного лікування хворих з запаленнями плантарної фасції в місці її прикріплення до п'яtkової кістки.

**Мета :** Покращити результати лікування хворих із запаленням плантарної фасції у місці її прикріплення до п'яtkової кістки (плантарний фасциїт), шляхом розробки нових тактичних підходів до лікування, вдосконалення існуючих методів оперативного лікування.

**Методи та матеріали:** Аналіз джерел наукової літератури, наукові матеріали розміщені на WEB-ресурсах, матеріали власних досліджень.

**Результати:** Протягом 6 місяців новим методом лікування було прооперовано 10 пацієнтів. З них 7 жінок (70%) та 3 чоловіка (30%). Віком 35-45 років було 2 (20%), віком 45-55 було 4 (40%), віком більше 55 років - 4 (40%).

За даний період по анамнестичним даним у сімох повністю зник біль; у 2-х незначна гематома, яка боліла протягом 3-х місяців та через 6 місяців після оперативного втручання відзначають повністю зникнення болю, лише можливий невеликий дискомфорт при довгому стоянні або ходьбі. У 1 пацієнта залишився незначний біль, через що він звернувся у медичний центр на повторне втручання «Фібротомія» для повного відсічення волокон підошовного апоневрозу п'яtkової шпори, які залишилися. Всім пацієнтам бажано носити взуття з супінаторами для зменшення болю в післяопераційному періоді.

**Висновки:** Отже, плантарний фасциїт є доволі розповсюдженою хворобою серед людей віком від 35 до 60 років. Завдяки новому методу лікування, біль в області п'ятки не буде турбувати чоловіків та жінок. Це позитивно проявиться на здоров'ї людей, адже це збільшить їх працездатність та вони зможуть довше ходити.

А.Є. Фещенко

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГРУП КРОВІ Й ХАРАКТЕРУ**

Кафедра нормальної фізіології

Т.П. Рисинець (к.психол.н., доц.)

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

**Актуальність:** Останнім часом все частіше можна почути про те, що характер людини певною мірою зумовлюється її групою крові. На думку вчених, кров більшою мірою визначає характер та індивідуальні особливості людини, ніж астрологічні прогнози. Проведення аналізів та облік груп крові в Японії називають "кецу-екі-гата" і сприймають його дуже серйозно. Справа дійшла до того, що в ряді компаній в анкетах для вступників на роботу є спеціальна графа про групу крові; на телебаченні жодне ток-шоу зі спортсменами, артистами та іншими знаменитостями не обходиться без обговорень і пов'язування їх рис характеру з групою крові; біографії і дані відомих політичних діячів обов'язково супроводжується вказівкою групи крові. Інколи питання про групу крові розглядають на романтичних побаченнях.

**Мета:** Виявлення взаємозв'язку груп крові й характеру.

**Матеріали та методи:** Використання даних з науково-медичних статей, мережі Інтернет, проведення анкетування серед студентів.

**Результати:** На основі опитувань та, посилаючись на літературу, можна зробити висновки, що притаманні кожній групі певні особливості характеру, які існують в сучасному соціальному суспільстві, майже повністю відповідають твердженням Номі:

1-ша група (або "O") це сильні, цілеспрямовані особи, в душі лідери, ентузіасти, оптимісти, успішні люди;

2-га група (або "A") для осіб цієї групи крові характерна любов до порядку, організованість, працелюбність, акуратність, багато в чому ідеальність;

3-тя група (або "B") у осіб цієї групи виявляються творчість, висока здатність до уваги, неординарне мислення, гнучкість;

4-та група (або "AB") особи з такою групою крові-лідери і хороші організатори, дипломатичні у відносинах, раціональні у вчинках, їм властива багата уява.

**Висновки:** Характер за групою крові-це реальність. Властивостями крові, а вірніше приналежністю до тієї чи іншої групи за системою АВО, можна пояснити не тільки склад особистості, але також сімейне щастя, інтелектуальний потенціал, стресостійкість, кар'єрний ріст. У світі найбільш часто зустрічається 1-а група, хоча відмінності характеру у представників всіх груп досить позитивні, тим не менше першу групу дещо вирізняють у кращу сторону.

Д.-М. М. Фоамборн, А.Ю. Глушко

## **ОЦІНКА МІКРОБНОЇ ЯКОСТІ ВУЛИЧНОЇ ЇЖИ В МІСТІ ЛЬВОВІ**

Кафедра мікробіології

Т. М. Руминська (асистент)

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

**Актуальність.** Харчові продукти тваринного походження та свіжі продукти з рослин (салати), відіграють вирішальну роль у поширенні резистентних до антибіотиків бактерій. Від 10 до 20% аліментарних хвороб

пов'язані з інфекційними захворюваннями або недостатньою особистою гігієною кухарів, неправильною обробкою харчових продуктів. Недотримання елементарних правил спричиняє швидке розмноження бактерій і розвиток їхньої стійкості. Харчові захворювання є дуже серйозним громадським питанням, якому не вистачає наукового обґрунтування. Рівень розповсюдження вуличної їжі серед громадськості прямо пропорційний ризикам для здоров'я, пов'язаних з вуличною їжею.

**Мета.** Виявити фактори розвитку аліментарних захворювань внаслідок споживання вуличної їжі. Дослідити мікробне обсеменіння продуктів харчування, які найчастіше споживають громадяни.

**Матеріали і методи.** Матеріалами для дослідження були картопля фрі (100 г), гамбургер (220 г), хот-дог (250 г), пиріжок з м'ясною начинкою (170 г), салат (100 г). Визначення кількості мезофільних аеробних та факультативно-анаеробних мікроорганізмів у зразках кулінарних виробів проводили за допомогою підрахунку колоній, що вирости на твердому поживному середовищі після інкубації за температури 30 ° згідно з ДСТУ ISO 4833:2006. Виявлення бактерій групи кишкової палички в харчових продуктах проводили згідно з ГОСТом 30518-97 (на основі біохімічних властивостей цих бактерій).

**Результати:** Всі зразки були позитивними щодо наявності мікроорганізмів і перевищували допустимі норми. І грамозитивні, і грамнегативні бактерії були виділені з проб харчових продуктів. У м'ясних стравах були виділені *E. coli*, *S. aureus*, у салаті - *Bacillus spp*, *E. coli*, у хот-дози - *E. coli*, *S. epidermidis*, у пиріжку з м'ясною начинкою - *E. coli*, *Bacillus spp*, у картоплі фрі - *E. coli*, *S. aureus*, у гамбургері - *Bacillus spp*, *S. fonticola*, *S. epidermidis*.

**Висновок:** Виділені *E. coli* викликають харчові отруєння, діарею. З проб харчових продуктів було виділено й умовно-патогенні *S. fonticola*. Результати, отримані в цьому дослідженні, показали, що вулична їжа, що продається в місті Львові, становить потенційну небезпеку для здоров'я людини. Результати показали наявність потенційно загрозливих штамів у вуличних продуктах харчування, які могли б служити критичним засобом для щоденної передачі стійких організмів споживачам. Наявність високої кількості бактерій у досліджуваних зразках пояснюється поведінкою кухаря (готування голими руками та повторне використання немитого посуду). Відповідно, доступ до чистої води та поінформованість продавців про чистоту, харчову безпеку та правильну утилізацію відходів підвищуватимуть якість продуктів харчування та зменшуватимуть харчові наслідки в майбутньому.

Ю. Ю. Хіміч

## ЗВ'ЯЗОК УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ ТА ТИПОМ ТЕМПЕРАМЕНТУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Кафедра нормальної фізіології

Г. П. Рисинець (к. психол. н., доц.)

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

**Актуальність:** Успішність навчання студента залежить від багатьох факторів. І чималу роль в цьому відіграє така природна особливість, як темперамент. Він закладається генетично, і саме на його основі формуються багато звичок, особливостей поведінки, стиль діяльності та інше. Ідеї й вчення про темперамент в своїх витоках сягають робіт давньогрецького лікаря Гіппократа. Проблема вивчення впливу темпераменту на успішність не втрачає своєї актуальності і до сьогодні.

**Мета:** дослідити, чи існує зв'язок успішності навчання та типом темпераменту у студентів медичного університету.

**Матеріали та методи:** У дослідженні брали участь 50 студентів 2 курсу (20 чоловіків та 30 жінок) медичного факультету ВНМУ ім. М. І. Пирогова. Для дослідження типу темпераменту нами була використана методика вивчення темпераменту (опитувальник Г. Айзенка), також враховувався рівень успішності у навчанні.

**Результати:** Серед усіх чоловіків виявилось 42% інтровертів із 100%-им психотизмом й 80%-вою успішністю (середній бал поточної успішності  $\geq 4$ ). Екстравертів 58% (із них: 33% з нейротизмом, 67% з

психотизмом), успішних 42%. Серед усіх представників жіночої статі виявилось 40% інтровертів (із них: 98% з нейротизмом, 2% з психотизмом), успішних 42%. Екстравертів 60% (із них: 83% з нейротизмом, 17% з психотизмом), успішних 72%.

**Висновки:** на основі вивченого й дослідженого матеріалу ми можемо зробити висновок, що серед студентів чоловічої статі більшість успішних є інтровертами, а серед жіночої статі, навпаки, більшість успішних виявилися екстравертами. Отже, зв'язок між типом темпераменту та успішністю не значний. Особи з високим розумовим розвитком можуть володіти різними темпераментами, а особи, які мають однаковий темперамент, можуть характеризуватися різним рівнем розумових здібностей.

М.О.Черненко, А.Ю. Осадчук

## МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕЧІНКИ ТА ЇЇ РОЛЬ У ПРОЦЕСАХ ТРАВЛЕННЯ

Кафедра нормальної анатомії

В.О. Коваленко (доц., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Печінка – життєво важливий орган людини, який разом з жовчовивідними шляхами забезпечує виділення в кишечник секрету гепатоцитів – жовчі. Хвороби печінки зараз є дуже поширеними та актуальними для сучасної медицини, тому більш глибоке вивчення її будови та властивостей є доцільним для подальших академічних та професійних успіхів.

**Мета:** Поглибити знання про морфологічні особливості, з'ясувати роль печінки в травленні.

**Методи та матеріали:** Аналіз наукової літератури для отримання структурованих знань.

**Результати:** У людини печінка розташується під діафрагмою в правій підреберній та надчеревній ділянках, частково в лівому підребер'ї. Маса печінки складає приблизно 2-3% (1,5-2 кг) від загальної маси тіла. У нормі цей орган має дві частки – праву та ліву (права більша за ліву), у деяких випадках аномального розвитку одна з часток може піддаватись гіпоплазії (частіше ліва) або навпаки - з'являється додаткова частка печінки (ДЧП). Одна із особливих топографічних характеристик печінки – віддільний та сегментарний поділ (5 відділів, 8 сегментів). Це має практичне значення у клініці під час визначення вогнища патологічних змін та під час операційних втручань, бо границі відділів та сегментів обмежені малосудинними проміжками. При резекції проведеної по цих ділянках менша вірогідність появи сильної кровотечі та подальшого розвитку некрозів країв органу.

Одна з найважливіших функцій печінки – утворення жовчі з подальшим жовчовиділення в дванадцятипалу кишку. Ця речовина має подвійну природу – секреторну та екскреторну. Її перша функціональна сторона проявляється за рахунок вироблення клітинами печінки первинних жовчних кислот, які в подальшому перетворюються на вторинні у кишечнику, а також вмісту травних ферментів. З іншого боку, разом із жовчю з організму здатні виводитись сторонні речовини, наприклад, антибіотики та інші лікарські засоби. Біологічно активні речовини, що входять до складу жовчі, мають низку властивостей: попереджають процеси гниття в кишечнику, емульгують жири, стимулюють секреторні властивості підшлункової залози та шлунку, створюють умови для активності ферментів.

Після утворення основних компонентів жовчі в печінці вона надходить до жовчного міхура, де набуває більш густої консистенції та змінює колір зі світло-жовтого до темно-коричневого, а також накопичується доки травлення відсутнє. Разом з підшлунковим соком жовч виділяється у великий сосочок дванадцятипалої кишки, цей процес регулюється сфінктером печінково-підшлункової ампули. При порушенні роботи сфінктера жовч може пошкоджувати слизову оболонку кишки, виділяючись туди за відсутності харчових грудок.

**Висновок:** Печінка – орган черевної порожнини, що розташовується переважно в правому підребер'ї, має певні особливості поділу, що активно використовуються в клінічній та хірургічній практиці. Секреторні властивості печінки, а саме її здатність виробляти первинні жовчні кислоти, обумовлюють її важливу роль в процесах травлення та підтримки гомеостазу кишечнику.

М.В.Черноконь

## ОСОБЛИВОСТІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ПРИ ПОСТРІЛІ З БЛИЗЬКОЇ І НЕБЛИЗЬКОЇ ДИСТАНЦІЙ ІЗ ПІСТОЛЕТА «ФОРТ-17Р» ОСНАЩЕНОГО КУЛЯМИ «ВІЙ» КАЛІБРУ 9 ММ Р.А.

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Д.В. Мусієнко (ас.)

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

**Актуальність:** Розвиток буремних подій в країні каталізує зростання кількості зброї серед цивільного населення, що спричиняє поширенню її використання. Тому судово-медичне дослідження вогнепальних пошкоджень, насамперед заподіяних пострілами з травматичної вогнепальної зброї, є актуальним науковим завданням сьогодення. Пістолет «ФОРТ-17Р» є найбільш розповсюдженим вітчизняним травматичним пістолетом, вивчення особливостей спричинених ним вогнепальних пошкоджень є надзвичайно актуальними.

**Мета:** виявити особливості вогнепальних пошкоджень при пострілі з близької і неблизької дистанцій із пістолета «ФОРТ-17Р», оснащеного кулями «Вій» калібру 9 мм Р.А.

**Матеріали та методи:** Пістолет «Форт-17Р» та боєприпаси «Вій» калібру 9 мм Р.А. Мішені-шматочки шкірозамінника (на синтетичній тканинній основі). Постріли здійснювались під прямим кутом, з відстаней: 5 см, 10 см, 15 см, 20 см, 30 см, 50 см, 75 см, 100 см, 125 см, 150 см. Для виявлення додаткових факторів пострілу використано: реакції Владімірського, Ейдліна та мікроскопію стереомікроскопом МБС-10 під збільшенням від 4,8х до 56х; для металізації пошкоджень - контактно-дифузійний метод. Пошкодження досліджувалися фотографічно та мікроскопічно, хімічними і фізичними реакціями.

**Результати:** При пострілі з 5 см утворились пошкодження у вигляді дефекту округлої форми розмірами 1,0х1,0 см, з пояском обтирання; 2 см від центру дефекту, виявлено додаткові фактори пострілу - сліди мастила темно-сірого кольору та часточки сріблясто-білого металу, до 9 см – відкладення кіптяви. Постріли з 10 см утворювали дефект розмірами від 0,7х0,8 см. До 2 см від центру дефекту виявлено сліди мастила темно-сірого кольору та часточки сріблясто-білого металу та кіптяви – до 9 см. Постріли з 15 см утворили дефект розмірами - від 0,7х0,8 см, з поодинокими слідами мастила темно-сірого кольору та поодинокі часточки сріблясто-білого металу до 5 см і до 2см сліди кіптяви від центру дефекту до 9 см. Аналогічні результати на відстані 20 см, 30 см, 75 см - діаметр дефекту мав 0,7-0,8 см з поодинокими слідами мастила темно-сірого кольору та поодинокими часточками сріблясто-білого металу на відстані до 2 см від центру дефекту і до 8 см, від центру дефекту, сліди кіптяви. На 100 см діаметр дефекту мав 0,7-0,8 см, під стереомікроскопом виявлялись поодинокі часточки кіптяви, без порошинок і слідів мастила. При пострілах з 125 см та 150 см діаметр дефекту був 0,7-0,8 см, додаткові фактори пострілу не виявлялися.

**Висновки:** Встановлено, що межа близької дистанції пострілу для пістолету «ФОРТ-17Р», оснащеного кулями «Вій» калібру 9 мм Р.А., складає 100 см. За особливостями слідоутворення (розміри дефекту тканини, наявність компонентів додаткових факторів та радіус їх відкладання), можна встановити дистанцію пострілу.

Я.Д. Чумаченко, О.С. Колногуз, А.Д. Волкогон  
АСОЦІАЦІЯ rs3200401-ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА *MAZATI* ІЗ РОЗВИТКОМ  
АДЕНОКАРЦИНОМИ ПРОСТАТИ

Кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології

О.В. Атаман (д. мед. н., проф.)  
Сумський державний університет  
м. Суми

**Актуальність:** Однією із найвідоміших довгих некодуючих РНК є MALAT1 (metastasis associated lung adenocarcinoma transcript 1). Численними дослідженнями показано, що посилена експресія MALAT1 призводить до індукції клітинної проліферації через активацію сигнальних шляхів ERK/MAPK, p53, Wnt/в-катенін, Вах та може бути причетна до апоптозу пухлинних клітин, їх міграції та інвазії. На сьогодні MALAT1 вважається біомаркером підвищеного ризику розвитку раку простати (РП), а високий рівень її продукції корелює із гіршим показником виживання у пацієнтів із РП та раком сечового міхура. Поряд із цим зв'язок генетичного поліморфізму *MALAT1* із різними варіантами злоякісних пухлин сечостатевого тракту є менш дослідженим, а роботи стосовно асоціації поліморфних варіантів гена *MALAT1* із ризиком настання РП взагалі відсутні.

**Мета:** вивчення можливого зв'язку поліморфного сайту rs3200401 гена *MALAT1* із розвитком аденокарциноми передміхурової залози (АПЗ) в українській популяції.

**Матеріали та методи:** У роботі було використано венозну кров 184 пацієнтів із АПЗ та 66 осіб чоловічої статі без онкологічних захворювань. Визначення розподілу алелів за rs3200401-поліморфізмом гена *MALAT1* було реалізоване за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі (Real-time PCR) із використанням 7500 Fast Real-time PCR System (Applied Biosystems, Foster City, США) і Taq-Man Assays (TaqMan®SNP Assay C\_3246069\_10). Статистичний аналіз отриманих даних проводили із використанням програми SPSS 17.0. Значення  $P < 0,05$  були прийняті як значущі.

**Результати:** Порівняльний аналіз розподілу генотипів за локусом rs3200401 гена *MALAT1* між хворими із АПЗ та особами контролю показав статистично значущу відмінність ( $P = 0,005$ ). Методом логістичної регресії було встановлено, що у гомозигот за мінорним Т-алелем ризик настання АПЗ був значущо менший, порівняно з носіями основного С-алеля ( $OR = 0,161$ ; 95% CI = 0,047-0,555;  $P = 0,004$ ) та гомозиготами за С-алелем ( $OR = 0,168$ ; 95% CI = 0,048-0,589;  $P = 0,005$ ). Після поправки на вік пацієнтів, наявність у них звички палити та вживати алкоголь загальна картина результатів практично не змінилась.

**Висновки:** Локус rs3200401 асоційований із розвитком АПЗ серед чоловіків української популяції. Особи із ТТ-генотипом мають менший ризик настання даного захворювання, якщо порівнювати із чоловіками, які є носіями С-алеля.

Т.В.Шевчук

## ЗНАЧЕННЯ ВУГЛЕВОДІВ В ОРГАНІЗМІ ЛЮДИНИ

Кафедра медичної біології

С.М. Горбатюк (доцент, кандидат біологічних наук)

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

**Актуальність:** На даний момент, все більше людей мають надмірну вагу і саме через це дотримуються суворої дієти, які виключають вуглеводи з денного харчування, проте вуглеводи є досить важливою складовою організму для нормального функціонування органів і систем. Ця проблема досить актуальна, адже сучасні тенденції краси змушують молодих хлопців та дівчат руйнувати своє здоров'я через нераціональне харчування.

**Мета:** Визначити основні властивості та функції вуглеводів, їх різноманітність та значення для людини.

**Матеріали та методи:** Вивчення та систематизація наукової літератури, аналіз статистичних даних.

**Результати:** Вуглеводи використовують найчастіше як джерело енергії та «будівельний матеріал» в організмі людини, вони виконують трофічну та рецепторну функцію. Вуглеводи поділяються на три групи : моно-, оліго-, та полісахариди.



Моносахариди – це найпростіші вуглеводи, які не здатні до гідролізу. Серед них найбільше виділяють пентози (рибоза, дезоксирибоза) та гексози (глюкоза та фруктоза). Пентози входять до складу рибонуклеїнової кислоти (РНК) та дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК), що є важливою складовою в генетиці людини, а саме в побудові нуклеотидів. Глюкоза, або виноградний цукор є найважливішим субстратом окиснення, попередником глікогену в організмі. Вона може перетравлюватись на тригліцерини, а при надлишку моносахариду цей процес поширюється. Глюкоза є досить важливим елементом для функціонування кори головного мозку. При розщепленні 1г вуглеводу вивільняється 17,6 кДж енергії. При недостатньому рівні глюкози в крові можуть виникати втома, запаморочення, головний біль, слабкість. Проте людям, які страждають на цукровий діабет, глюкоза протипоказана. За даними МОЗ, станом на 2018 рік у світі більше 425 мільйонів осіб хворіють на цукровий діабет, серед них в Україні майже 1,3 мільйони. У 50% ця хвороба навіть не діагностована. На відміну від глюкози, фруктоза є більш безпечною для таких людей, адже не піддається дії інсуліну і має меншу швидкість засвоєння в організмі.

Олігосахариди представлені сахарозою (буряковий цукор), лактозою (молочний цукор), мальтозою (солодовий цукор) та іншими. Вони мають досить приємний солодкий смак, малорозчинні у воді. Якщо організм не має ферментів для перетравлення цих цукрів, тоді у людини не засвоюються такі сахариди. Серед полісахаридів можна виділити рослинний крохмаль, який перетворюється під дією ферментів на мальтозу, та глікоген, який запасується в організмі людини та при нестачі глюкози в крові здатний розщеплюватись на неї.

**Висновок:** Отже, слід визнати, що вуглеводи мають досить великий спектр функцій в організмі людини, тому споживання вуглеводів в певній кількості є обов'язковим.

С.С. Шендрик  
**ПАТОФІЗІОЛОГІЯ ОСНОВНИХ ОЗНАК СТАРІННЯ**  
Кафедра патологічної фізіології  
Береговенко Ю.М (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними Міністерства соціальної політики Україна входить в 30 «найстаріших» країн світу за часткою осіб віком 60 років і більше. В 2015 році частка цих осіб становила 21,8%, а частка людей віком 65 років і більше – 15,5% від загальної чисельності населення. Проте знаючи механізми старіння організму, можна значно збільшити тривалість життя.

**Мета:** Проаналізувати та систематизувати чинники, які впливають на процеси старіння людей

**Матеріали та методи:** Був проведений огляд медичної літератури та медичних статей з англійських джерел випущених в 2017-2018 роках.

**Результати:** Вчені на даному етапі пропонують дев'ять ключових ознак старіння які, як вони вважають, вносять вклад в цей процес і визначають його фенотип. Кожна ключова ознака повинен відповідати таким критеріям: 1) вона повинна спостерігатися при нормальному старінні; 2) її експериментальне посилення повинно приводити до прискореного старіння; 3) його експериментальне ослаблення повинно уповільнювати розвиток нормального старіння і тим самим збільшувати здорову тривалість життя. Всі ці дев'ять ознаки можна поділити на три категорії: основні ознаки ( найбільш імовірні причини пошкодження клітин) нестабільність геному, вкорочення теломер, епігенетичні альтерації та порушення протеостазу; антагоністичні ознаки (спочатку ці реакції направлені на зменшення пошкоджень, але все рівно при тривалому або інтенсивному впливі призводять до пошкоджень) порушення розпізнавання поживних речовин, мітохондріальна дисфункція, клітинне старіння; інтегративні ознаки (є результатом попередніх двох груп і, в кінцевому рахунку, відповідальні за зниження функцій пов'язаних зі старінням) виснаження пулу стовбурових клітин, зміни міжклітинної взаємодії.

Виходячи з цих ознак запропоновані можливі стратегії лікування, які пройшли експериментальне підтвердження на мишах: терапія на основі стовбурових клітин, протизапальні препарати, елімінація пошкоджених клітин, реактивація теломераз, епігенетичні препарати, активація шаперонів та протеолітичних систем, обмеження в харчуванні, мітогomezis та мітофагія, очищення від старих клітин

**Висновки:** Визначення ключових ознак старіння може допомогти побудувати основні принципи майбутніх досліджень молекулярних механізмів старіння і створити терапевтичні методики, які дозволять збільшити тривалість здорового життя людини. Крім того, щоб зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки між процесами, які супроводжують старіння, і процесами, які до нього призводять, необхідний опис характеру індивідуальних ключових ознак з використанням підходів системної біології. Я сподіваюсь, що в майбутньому вдасться детально зрозуміти механізми, які лежать в основі ключових ознак старіння і розробити основні принципи терапії, направленої на збільшення тривалості здорового життя і довголіття людини

В. Шереметьєв, Бурдейний О. О.

## ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ДЕФІЦИТОМ ВІТАМІНУ D

Кафедра патологічної фізіології

А.О. Іваниця (к.мед.н., доцент)

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

**Актуальність:** Порушення обміну вітаміну D є досить поширеним явищем в Україні та світі. За даними багаточисельних досліджень показано, що переважна частина населення України (більше 80%) мають дефіцит чи недостатність цього вітаміну в сироватці крові. Низька забезпеченість організму вітаміном D є важливим фактором порушення кальцієво-фосфорного обміну та розвитку остеопорозу. Останнім часом з'ясувалось, що вітамін D крім класичного впливу на метаболізм кальцію та фосфору також залучений до регуляції функціонування серцево-судинної системи. Зокрема показано, що дефіцит вітаміну D асоціюється з розвитком артеріальної гіпертензії. Застосування препаратів цього вітаміну у осіб з гіпертензією супроводжується вірогідним зниженням систолічного та діастолічного тиску.

**Мета роботи:** Проаналізувати дані літератури щодо патогенетичних механізмів розвитку артеріальної гіпертензії за умов недостатньої забезпеченості організму вітаміном D.

**Матеріали та методи:** пошук та аналіз літературних даних в мережі Інтернет за допомогою пошукових сервісів Google та PubMed.

**Результати:** Відомо, що важливу роль в регуляції артеріального тиску відіграє ренін-ангіотензин-альдостеронова система (РААС). В багатьох дослідженнях показано, що дефіцит вітаміну D та недостатня кількість рецепторів до нього супроводжується індукцією експресії реніну та гіперактивацією РААС, що і є одним із можливих патогенетичних механізмів артеріальної гіпертензії за цих умов.

Дефіцит вітаміну D має депримууючий вплив на синтез важливого регулятора судинного тонуусу - нітроген монооксиду (NO). Недостатність цього вітаміну в сироватці крові супроводжується зменшенням активності ендотеліальної NO-синтази та зниженням продукції NO, що веде до розвитку ендотеліальної дисфункції, підвищення жорсткості судинної стінки та розвитку артеріальної гіпертензії. Останнім часом увагу науковців привернула ще одна сигнальна молекула - гідроген сульфід (H<sub>2</sub>S), яка через активацію K<sup>+</sup><sub>ATP</sub>-каналів викликає розслаблення гладеньких м'язів судин та зниження артеріального тиску. Дефіцит вітаміну D спричиняє зниження ферментативної продукції H<sub>2</sub>S в стінці судин, що може бути ще одним важливим молекулярним механізмом підвищення артеріального тиску за цих умов.

**Висновки:** Таким чином, недостатня забезпеченість організму вітаміном D є одним із важливих патогенетичних чинників розвитку артеріальної гіпертензії. Подальші дослідження в цьому напрямку дозволять окреслити нові молекулярні мішені через вплив на які можна досягнути ефективної

фармакологічної корекції артеріального тиску.

Шереметьєв В. О., Бурдейний О. О.  
**ІДІОПАТИЧНИЙ ФІБРОЗ ЛЕГЕНЬ**

Кафедра патологічної фізіології  
М.А.Березняк (доц., к. мед. н.)

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

**Актуальність.** Ідіопатичний фіброз легень (ІФЛ) є важким та потенційно смертельним захворюванням. ІФЛ характеризується рентгенографічною та гістопатологічною картиною звичайної інтерстиційної пневмонії (ЗІП) без жодних відомих причин розвитку. ІФЛ - це серйозне захворювання, яке зазвичай вражає людей середнього та старшого віку. У деяких людей фіброз відбувається швидко. В інших - процес набагато повільніше. У деяких людей хвороба залишається такою ж протягом багатьох років. Проти ІФЛ ще не має ліків. Багато людей живуть лише від 3 до 5 років після встановлення діагнозу. Ознаки і симптоми ідіопатичного фіброзу легень (ІФЛ) розвиваються з плином часу. Вони можуть навіть не почати з'являтися, поки хвороба не завдасть серйозної шкоди легеням. Як тільки вони виникнуть, вони з часом можуть погіршитись.

**Мета роботи.** Проаналізувати дані літератури щодо проблеми захворювання ідіопатичного фіброзу легень, його ускладнення та наслідки.

**Матеріали та методи.** Пошук та аналіз літературних даних в мережі Інтернет за допомогою пошукових сервісів Google та PubMed.

**Результати.** Було виявлено, що у більшості пацієнтів захворювання повільно, але неухильно прогресує, деякі пацієнти залишаються стабільними, тоді як у інших спостерігається стрімке погіршення. Менша частина пацієнтів може відчувати непередбачуване гостре погіршення їх хвороби (блискавичне) або внаслідок вторинних ускладнень, таких як пневмонія, або з невідомих причин. Це може вести до смерті або істотно погіршити стан пацієнтів. Відносна частота таких варіантів захворювання невідома. Варіант перебігу захворювання у конкретного пацієнта в момент постановки діагнозу непередбачуваний. У більшості хворих спостерігається повільне поступове прогресування протягом декількох років. Деякі пацієнти залишаються стабільними, тоді як у інших спостерігається швидке прогресування. У частини хворих відзначаються епізоди гострого респіраторного погіршення. Участь різних фенотипів ІЛФ, географічних, етнічних, культурних, расових та інших факторів у формуванні варіанту перебігу хвороби до теперішнього часу не встановлена.

**Висновки.** Таким чином, можна свідчити про те, що легеневий фіброз дуже важке захворювання, яке часто призводить до раку легень, що становить 10-15% від всіх зареєстрованих випадків. Середня тривалість життя з моменту виявлення хвороби становить 3-5 років.

А. Д. Шкодїна

## **РОЛЬ АКТИВАЦІЇ ТРАНСКРИПЦІЙНОГО ФАКТОРА NF-KB У ПРОДУКЦІЇ ВІЛЬНИХ РАДИКАЛІВ В СЕРЦІ ЩУРІВ ЗА УМОВ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ**

Кафедра патофізіології  
Акімов О.Є. (викладач)

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

**Актуальність:** Надмірна продукція активних форм кисню відіграє важливу роль в патогенезі багатьох захворювань, оскільки активує процеси перекисного окислення ліпідів. Концепція синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) описує складні патофізіологічні механізми відповіді організму на такі подразники як інфекція, травма, опіки та ін. У науковій літературі існують дані про те, що розвиток

ССЗВ супроводжується оксидативним стресом, однак недостатньо вивченим залишається питання щодо ролі активації транскрипційних факторів в розвитку гіперпродукції вільних радикалів в тканинах серця за умов ССЗВ.

**Мета:** дослідити вплив інгібітора транскрипційного фактора NF-κB на продукцію супероксидного аніон-радикалу ( $\cdot\text{O}_2^-$ ) в серці щурів за умови моделювання ССЗВ.

**Матеріали та методи:** Експеримент проведений на 24 щурах-самцях лінії «Вістар», які були розподілено на 3 групи (по 8 тварин): інтактні тварини, група з ССЗВ і група, якій на фоні ССЗВ вводили амоній піролідіндітіокабомат (ПДТК). ССЗВ моделювали за методом Єлінської А. М. та Костенко В. О. (2018) шляхом внутрішньоочеревинного введення «Пірогеналу» у дозі 8 мінімальних пірогенних доз/кг 3 рази на тиждень в перший тиждень, далі 1 раз на тиждень упродовж наступних 2 місяців. Третя група на фоні моделювання ССЗВ отримувала ін'єкцію водного розчину ПДТК із розрахунку 76 мг/кг 3 рази на тиждень протягом усього експерименту. Продукцію  $\cdot\text{O}_2^-$  визначали за методом Цебржинського О.І. (2004). Результати статистично обробляли з використанням U-критерію Мана-Уїтні, різницю між показниками вважали статистично значущою при  $p < 0,05$ .

**Результати:** Базова продукція  $\cdot\text{O}_2^-$  за умов ССЗВ зростає на 54,59% в порівнянні з контрольною групою. Продукція  $\cdot\text{O}_2^-$  від мітохондріального електронно-транспортного ланцюга (ЕТЛ) зростає на 52,87%, а від мікросомального ЕТЛ – на 38,86%. При використанні ПДТК встановлено достовірне зниження базової продукції  $\cdot\text{O}_2^-$  на 38,94% та від усіх його джерел, а саме від мітохондріального ЕТЛ – на 41,05% та від мікросомального – на 22,16%. Зниження при використанні ПДТК продукції  $\cdot\text{O}_2^-$  в умовах моделювання ССЗВ свідчить про наявність причинно-наслідкового зв'язку між активацією ядерного транскрипційного фактора NF-κB та гіперпродукцією  $\cdot\text{O}_2^-$ . Дослідження молекулярних механізмів, що лежать в основі розвитку гіперпродукції  $\cdot\text{O}_2^-$  в умовах активації NF-κB при експериментальному ССЗВ, є перспективним напрямком подальших досліджень.

**Висновки:** Активація ядерного транскрипційного фактора NF-κB в умовах ССЗВ в серці щурів призводить до збільшення продукції  $\cdot\text{O}_2^-$  та загрожує розвитком оксидативного стресу в тканинах серця.

Л.В. Юрченко

## АДАПТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПІДЛІТКІВ РІЗНИХ ХРОНОБІОЛОГІЧНИХ ТИПІВ

Кафедра анатомії людини

Коваленко В.О. (канд. мед. наук, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Пошук нових доступних та надійних методів визначення рівня здоров'я великих груп населення з метою діагностики соматичного здоров'я та подальшого проведення ефективних оздоровчих заходів.

**Мета:** Оцінити адаптаційний потенціал системи кровообігу школярів, провести порівняльну характеристику їхніх адаптаційних можливостей, проаналізувати отримані результати та сформулювати відповідні рекомендації щодо покращення рівня здоров'я та адаптаційних можливостей учнівської молоді.

**Матеріали і методи:** Обстежено дві вікові групи по 32 учня пубертатного періоду: 10 – 11 та 14 – 15 років.

Для з'ясування індивідуального рівня здоров'я школярів був використаний метод Баєвського. Для визначення рівня адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи (ССС) реєструвалися показники: вік, частота пульсу, систолічний і діастолічний артеріальний тиск за методом Н.С. Короткова, маса тіла та зріст. Для визначення *біоритмологічного типу* використана класифікація Остберга.

**Результати:** Проведене дослідження показало, що задовільну адаптацію мають 91,4% школярів

ранкового типу і 86,4% осіб аритмічного типу. Напруження механізмів адаптації мають 8,6% осіб ранкового та 13,6% – аритмічного типу. 85,7% учнів вечірнього типу мають задовільну адаптацію та 14,3% – напруження адаптації.

Слід відзначити наявність нерівномірного розподілу біоритмологічних типів з віком та відповідно нерівномірний розподіл їх адаптаційних можливостей.

Виявлено мобілізацію адаптаційних можливостей ССС до умов життєдіяльності у осіб із вечірнім біоритмологічним типом. Вторинна адаптація системи кровообігу до дії умов життєдіяльності зумовлена зміною природного ранкового біоритму працездатності на аритмічний вечірній.

**Висновки:** В ході дослідження ми з'ясували, що адаптивні можливості людського організму зумовлені віковими і статевими факторами, біоритмологічними характеристиками і залежать від способу життя, умов навчання та виховання.

Проведені дослідження показали, що метод Р.М. Баєвського доступний, має високий показник надійності, тому його можна використовувати для оцінки і прогнозування рівня здоров'я в ході масових профілактичних обстежень різних груп населення. Ступінь адаптації можна застосовувати як додатковий маркер рівня здоров'я з метою профілактики ряду захворювань.

1. Хлопці мають достовірно вищий рівень адаптації ССС, ніж дівчата. Так, серед досліджуваних школярів 10 – 11 років задовільну адаптацію мають 93,3% хлопців, а серед дівчат – 88,2%. Серед досліджених юнаків 14 – 15 років 88,9% мають задовільну адаптацію ССС, тоді як серед дівчат – 85,7%.

2. Рівень адаптаційних можливостей формується у тісному взаємозв'язку з індивідуальними функціонально-резервними можливостями, характерними для певного біоритмологічного типу. Найкраща адаптація ССС у ранкового біоритмологічного типу, найгірша – у вечірнього, також ранковий хронотип переважає у дівчат, а вечірній – у хлопців.

3. В ході проведеного дослідження виявлено 11% підлітків з напруженням механізмів адаптації, котрі перебувають у граничній зоні між здоров'ям і хворобою. Гомеостаз підтримується завдяки певному напруженню регуляторних систем. Ці підлітки перебувають у групі ризику й потребують корекції стану здоров'я та способу життя.

Н. І. Ющук

## **ІНТЕНСИВНІСТЬ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СПРОМОЖНОСТІ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ**

Кафедра нормальної фізіології

Н.М. Бандурка (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В Україні офіційно зареєстровано більше ніж 500 000 хворих на ОА. У 20% хворих основним клінічним симптомом є біль, рідше ранкова скутість та хруст у суглобах, що приводить до зниження не лише працездатності але і до погіршення якості життя у даної кагорти пацієнтів.

**Мета дослідження:** Оцінити больовий синдром та функціональну спроможність суглобів у пацієнтів на ОА. Продемонструвати дані кореляційно-регресійного аналізу.

**Матеріали та методи:** Для виконання поставленої мети були обстежені 22 хворих на ОА. Пацієнтів поділено на дві групи в залежності від гендерних особливостей. Оцінка больового синдрому проводилась за допомогою візуально аналоговою шкалою (ВАШ) та визначення больового (БІ) та суглобового індексу (СІ) Річі. Оцінка функціональної спроможності суглобів визначалась методом гоніометрії.

**Результати:** При обстеженні встановили, що больові відчуття у суглобі за ВАШ сягали 5,5 см, БІ в стані спокою 1,27 бали, БІ при активних рухах 2,09 бали, БІ при пасивних рухах 1,63 бали, СІ – 1,63 бали. Також відмічалось суттєве порушення амплітуди рухів у суглобах, як активних сумарно на 1,54, так і пасивних на – 1,18 та обмеженням об'єму рухів у суглобах хворих на остеоартроз.

В результаті проведення статистичних досліджень виявили прямі помірні кореляційні зв'язки між обмеженням об'єму активних рухів та больовим індексом за ВАШ ( $R= 0,348, p<0,05$ ), Бі при пасивних рухах ( $R= 0,336, p<0,05$ ) та значний кореляційний зв'язок із Бі в спокої ( $R= 0,542, p<0,01$ ). Також спостерігався статистично значимий прямий кореляційний зв'язок помірної сили між обмеженням пасивних рухів та Бі при активних рухах ( $R= 0,469, p<0,05$ ) та значні прямі статистично достовірні зв'язки з Бі в стані спокої, при пасивних рухах та СІ ( $R= 0,529, p<0,01$ ;  $R= 0,560, p<0,01$ ;  $R= 0,671, p<0,001$ ;) відповідно.

**Висновки:** Враховуючи вище наведені дані, встановлено, що больовий синдром є предиктором поглиблення функціональної недостатності суглобів а також відповідно зниження якості життя у пацієнтів, що страждають на ОА.

В.О.Ярова, М.О.Куровська

## ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

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:** Підлітковий вік – це найбільш важкий і складний з усіх дитячих вікових груп, що представляє собою період становлення особистості. Цей вік характеризується наявністю самих різноманітних психологічних проблем і труднощів, які найчастіше витісняються у зв'язку зі страхом усвідомлення. Доцільність дослідження питання про девіантну поведінку неповнолітніх зумовлена цілою низкою чинників. Серед яких слід виділити, як найважливішими, збільшення і зростання підліткової злочинності, агресивності та жорстокості, деструктивні і аутодеструктивні дії, відсутність інтересу до навчання, адиктивні тенденції, що останнім часом достатньо часто спостерігаються в Україні.

**Мета:** Вивчити психологічні особливості виникнення девіантної поведінки у підлітків та їх прояви.

**Матеріали та методи:** Теоретичний аналіз літературних джерел з проблеми девіантної поведінки, спостереження, бесіди, анкетування, методика САН, методика визначення схильності до девіантної поведінки А.Н.Орел. За даними методиками було обстежено 49 юнаків та 38 дівчат – учнів 9-11 класів.

**Результати:** При аналізі функціонального стану досліджуваних за методикою САН були виявлені такі показники стану: самопочуття: 4,8 – середня оцінка – сприятливий показник; активність: 3,8 – середня оцінка – сприятливий показник; настрої: 5,5 – висока оцінка – сприятливий показник. За методикою для визначення схильності до девіантної поведінки А.Н.Орел, були отримані наступні дані: Шкала №1 (дівчата/хлопці) – у 71/100% виявлено помірну тенденцію давати при заповненні опитувальника соціально – бажані відповіді; у 29/0% - висока настороженість по відношенню до психодіагностичної ситуації. Шкала №2 – 86/75% конформні установки, схильність слідувати стереотипам і загальноприйнятим нормам; 14/25% - нонконформістські установки, схильність протиставляти особистісні цінності і норми груповим, тенденція «порушувати спокій». Шкала №3 – 86/75% – гарний соціальний контроль поведінкових реакцій; у 14/25% - схильність до уходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, схильність до ілюзорно – компенсаторного способу вирішення особистісних проблем. Шкала №4 – 57/100% не готові до саморуйнівної поведінки; 43/0% мають низьку цінність особистого життя, виражену потребу в гострих відчуттях та схильні до ризику. Шкала №5 – 79/75% не виражені агресивні тенденції; у 21/25% досліджуваних – наявні агресивні тенденції. Шкала №6 – 86/100% сильний самоконтроль будь – яких поведінкових проявів емоційних реакцій; у 14/0% слабкий вольовий контроль емоційної сфери. №7 Шкала – 71/100% досліджуваних не виражені деліквентні тенденції, присутній високий рівень самоконтролю; у 29/0% досліджуваних є схильність до деліквентної поведінки.

**Висновок:** Відхилення від соціальних норм, не дивлячись на велику різноманітність, мають деякі загальні причини, що підтримують їх існування, а часом що ведуть до їх зростання і поширеності. Основними причинами, що визначають схильність підлітків до девіантної поведінки, є спадково – біологічні фактори та найближче соціальне оточення підлітка.

О.О. Ярославська, О.В. Грищенко

## **ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОГО ЗРОСТАННЯ СТУДЕНТІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ВНЗ**

Кафедра нормальної фізіології

Л. В. Бабич (к. мед. н, доц.)

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

**Актуальність:** Актуальним є дослідження проблеми особистісного зростання молоді, адже людині з високим рівнем самореалізації значно легше обрати свій подальший життєвий шлях, вона впевненіша у собі, відповідальна за власні вчинки, здатна до швидкого прийняття рішень у незвичайних життєвих ситуаціях, тобто вона більш творча і оригінальна. Саме у період навчання у ВНЗ процес особистісного зростання набуває особливої інтенсивності. У студентські роки відбувається остаточне формування поглядів та ціннісних орієнтацій, визначаються головні напрями життєдіяльності, розвитку, самореалізації. Політичні уподобання та погляди, стиль поведінки, манера спілкування тощо закладаються саме під час навчання у ВНЗ.

**Мета дослідження:** Виявити особливості особистісного зростання студентів різних спеціальностей в процесі професійного навчання.

**Матеріали та методи дослідження:** Для розв'язання поставлених завдань використовувалися такі методи- прагнення до самоактуалізації – «Самоактуалізаційний тест» Л. Гозмана і М. Кроза, для визначення рівня домагань - «Моторна проба Шварцландера». Для перевірки достовірності отриманих результатів використано кореляційний аналіз за критерієм Пірсона. Вибірку становили студенти різних факультетів і спеціальностей: медичного факультету №1 (спеціальність «Медицина») і медичного факультету №2 (спеціальність «Медична психологія» та «Педіатрія») у кількості 50 осіб.

**Результати:** Дослідження загальних тенденцій у виявленні самооцінки майбутніх фахівців наприкінці експерименту показав, що майже половина з них (40% студентів-медичних психологів, 44% студентів-педіатрів та 48% студентів-лікувальників) оцінюють себе раціонально, правильно визначають свої здібності і можливості, надають великого значення самоконтролю над своїми діями і вчинками, керуючись досвідом минулого і почуттям відповідальності за доручену справу. Студенти спеціальності «психологія» мають дещо вищий рівень самоактуалізації особистості, ніж студенти інших спеціальностей, що можна пояснити вивченням дисциплін психологічного циклу. Всі студенти проявляють велике бажання до саморозвитку. Великої різниці в усвідомленні значення, сутності та особливостей процесу самоактуалізації у навчальній та професійній діяльності у студентів різного фаху не виявлено.

**Висновки:** Експериментальне дослідження особистісного зростання показало, що в студентські роки у молоді відбувається остаточне формування характеру і таких його складових, як самостійність, серйозніше ставлення до життя, відповідальність за власні вчинки, прагнення до самореалізації і встановлення стійких стосунків з іншими людьми, а також творчий підхід у вирішенні поставлених задач.

# СУСПІЛЬНІ НАУКИ



# SOCIAL SCIENCE



K.M. Ahafonov, V.I. Bokoch, A.O. Suschenko

**RELATIONSHIP BETWEEN STRESS AND THE EMERGENCE OF BAD HABITS IN STUDENTS  
OF VINNYTSIA NATIONAL PIROGOV MEMORIAL MEDICAL UNIVERSITY**

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

O. A. Tsikhotska (Ph.D., assoc. prof.)

Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University

**Actuality:** Stress affects the work of many body systems. During long-term stress an excessive amount of glucocorticoids, which destroy synaptic connections in the brain, is released. Students, especially at the medical university, are constantly confronting stress through adaptation to the learning process, a large amount of educational material, acclimatization to environmental conditions, etc. Based on the above, the study of the features of the relationship between stress and the emergence of harmful habits among students of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University is a topical issue and has great practical importance.

**Purpose:** To monitor the impact of stress on the lives of students and assess their role in the emergence of bad habits in 1-3<sup>rd</sup> year students of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University.

**Materials and methods:** Students' questionnaire (using google forms), analysis of questionnaires, statistical processing of received digital data.

**Results:** Having analyzed the questionnaires from 269 participants of the survey, among which 61 - first year students, 118 - second year students, 90 - third year of study the following results were obtained. 201 (74.7%) were female respondents and 68 (25.3%) males. The age of respondents is in the range of 15 - 28 years old. We found out that the highest level of stress is in students of the 3rd year - 82%; in the second year the stress level was determined at the level of 78%, and in the first course - 62%. The study also showed that after entering Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University bad habits appeared in 62.5% of students (61% of them were affected by chronic stress). Smoking and drinking are among them. A small percentage of students pointed out that they used drugs such as sedatives, corvulants, valerian, bifend, glyciside, magnesium B6, digrept, adaptol, seperalin, sedasen to fight stress. Unswearing the question "Do you think that alcohol is the best remedy for stress?" 47.2% of respondents answered that "Alcohol doesn't help, but sometimes it allows you to relax"; 42% that "Stress can not be treated with alcohol" and 9% answered that "Sometimes it is possible to drink, sometimes it is even useful". While struggling with stress, most students try to cope with it (53.1%), some listen to music (24.4%), use soothing medicines (12.8%), 9.7% don't feel stressed at all. Interestingly, students who go in for sports, do not experience such a stressload as students, who aren't engaged. They do not have bad habits or experience conflicts with teachers, do not use any drugs.

**Conclusion:** Bad habits appeared in a large number of students after entering the university. They all explain that this is one of the methods of combating stress, although they understand all the harm they cause to their health. According to our statistic data sport, proper nutrition and healthy sleep help students to adapt quickly to new conditions and adverse factors.

A.A. Balyan, O.V. Holub

**BECKWITH-WIEDEMANN SYNDROME –INSIGHT INTO A GENETIC DISORDER**

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

O.P. Gorpinyuk (senior lecturer)

Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnytsia, Ukraine

**Background.** Genetic diseases with a non-classical type of inheritance occupy the special place of other congenital anomalies. Beckwith–Wiedemann syndrome (BWS) is the commonest genetic overgrowth condition, with a prevalence approximating 1 in 10 000 live births. BWS has a wide clinical spectrum including several variably associated anomalies.

**Objective** is to study the molecular basis, clinical overview, BWS treatment and survival in Europe.

**Materials:** We have reviewed literature sources like Med Genes, European Journal of Human Genetics,

American Journal of Human Genetics and the Internet sources such as PubMed, Scopus.

**Results:** BWS is caused by various genetic defects leading to the abnormalities of the regulation of gene transcription in two imprinted domains on chromosome 11p15.5.

Individuals with BWS may grow at an increased rate during the latter half of pregnancy and in the first few years of life. Abnormal growth may also manifest as hemihyperplasia and macroglossia; the latter can lead to difficulties in feeding, speech, and sleep apnea. A recognizable facial form is common and may include prominent eyes with infraorbital creases, facial nevus flammeus, full lower face with a prominent mandible, anterior earlobe creases and posterior helical pits. Individuals with BWS have an increased frequency of abdominal wall defects (omphalocele and umbilical hernia); visceromegaly involving any single or combination of organs: liver, spleen, pancreas, kidneys, and adrenals. Fetal adrenocortical cytomegaly is a BWS pathognomonic feature. Cardiac malformations are found in ~20% of children with BWS. Of major concern in children with BWS is the predisposition to embryonal malignancies. Most of the tumors associated with BWS occur in the first 8–10 years of life, with very few being reported beyond this age. The most common are Wilms tumor and hepatoblastoma. The management of BWS patients typically involves standard supportive medical and surgical strategies. Additionally, anticipatory medical management for certain findings should be invoked if the diagnosis of BWS is established or even suspected.

We studied epidemiological and clinical aspects of patients with BWS diagnosed prenatally or in the early years of life, using data from EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies) registries. The study population consisted of 371 cases identified between January 1990 and December 2015 in 34 registries from 16 European countries. There were 15 (4.0%) terminations of pregnancy after prenatal detection of severe anomalies, 10 fetal deaths (2.7%), and 346 (93.3%) live births. Twelve (3.6%) of the 330 live births with available information on survival died in the first week of life, of those eleven (91.6%) were preterm. First-year survival rate was 90.9%.

**Conclusion:** The doctors need to know how to recognize BWS symptoms. It will help them to find new steps in treatment and to improve patients' quality of life.

В.І. Булашенко, О.Г. Басінських

### **HOW STRESS AFFECTS THE BODY OF A WOMAN**

Кафедра іноземних мов

Л.В.Дудікова (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Background:** Stress is how body reacts to certain situations, such as sudden danger or long-lasting challenge. During stressful events, body releases chemicals called hormones, such as adrenaline. Adrenaline gives a burst of energy that helps cope and respond to stress. Stress can range from mild and short-term to more extreme and long-lasting. Chronic stress can affect mental and physical health.

**Purpose:** To evaluate how stress affects the body of a woman, to analyze the consequences of it, and to describe methods of prevention and control of stressful situations.

**Materials and methods:** Analyze the material about this problem, as well as the processing of data that was found on the Internet using Google search services.

**Results:** Women are more likely than men to report that their stress levels are high. Women say their physical and emotional symptoms associated with stress frequently — like having a headache or wanting to cry. At the same time, we are also better than men at getting on all right with others, an important tool in coping with stress. Stress is a reaction to a change or a challenge. In the short term, stress can be helpful. It makes more alert and gives energy to get things done. But long-term stress can lead to serious illnesses. Women are more likely than men to report symptoms of stress, including headaches and upset stomach. Women are also more likely to have mental health conditions that are gotten worse by stress, such as depression or anxiety. Because of stresses, the body releases hormones such as cortisol, which causes a temporary rise in energy production, sometimes at the cost of other bodily process not required for immediate survival, such as digestion and immune system function.

In women, these hormone changes impact bodily processes in unique ways, which can lead to short- and long-term health problems. Stress may affect menstruation among adolescent girls and women in several ways. Stress can have significant impact on a woman's reproductive plans. Stress can badly impact a woman's ability to conceive, the health of her pregnancy, and her postpartum adjustment. Stress during pregnancy can make normal pregnancy discomforts, like trouble sleeping and body aches, even worse. It can also lead to more serious problems, such as: depression, problems eating, high blood pressure.

**Conclusion:** Stress is a natural part of life and a natural part of our body. We need a little of this cortisol to take us through the day, but too much or too little can have serious side effects. The way we cope with stress affects the negative impact it can have on us.

What can we do to help manage our stress?

- Take deep breaths.
- Stretch.
- Take time for yourself.
- Meditate.
- Get enough sleep.
- Eat right. Get moving. Try not to deal with stress in unhealthy ways.
- Talk to friends or family members.
- Get help from a professional if you need it.
- Get organized.
- Help others.

O. O. Burdeyniy, V. O. Sheremetiev

## **PATHOGENETIC MECHANISMS OF ARTERIAL HYPERTENSION ASSOCIATED WITH VITAMIN DEFICIENCY D**

Department of Pathophysiology

A. O. Ivanitsa (PhD, Assoc. Prof.)

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

V. V. Mikaielian (senior lecturer)

Vinnitsya National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

**Urgency of research:** Violation of the metabolism of vitamin D is fairly prevalent in Ukraine and in the world. According to the numerous studies, it has been shown that the majority of Ukrainians (over 80%) have deficiency or insufficiency of this vitamin in blood serum. Low vitamin D levels are a major factor in the disturbance of calcium-phosphorous metabolism and osteoporosis. Recently, it turned out that Vitamin D in addition to the classical influence on the metabolism of calcium and phosphorus also involved in the regulation of the functioning of the cardiovascular system. In particular, it has been shown that vitamin D deficiency is associated with the development of arterial hypertension. The use of this vitamin drug in people with hypertension is accompanied by a possible reduction in systolic and diastolic pressure.

**Purpose:** To analyze the literature data concerning the pathogenetic mechanisms of development of arterial hypertension in conditions of insufficient supply of vitamin D.

**Materials and methods:** search and analysis of literary data to the Internet through Google search services and PubMed.

**Results:** It is known that the renin-angiotensin-aldosterone system (RAAS) plays an important role in the regulation of arterial pressure. Many studies have shown that vitamin D deficiency and inadequate number of receptors are accompanied by induction of renin expression and hyperactivation of RAAS, which is one of the possibilities of pathogenetic mechanisms of arterial hypertension in these ways.

Vitamin D deficiency has a depriving effect on the synthesis of an essential vascular tone regulator - nitrogen mono oxide (NO). The inadequacy of this vitamin in the blood serum is accompanied by a decrease in the activity of endothelial NO synthase and lower NO production, which leads to the development of endothelial dysfunction, increased stiffness of the vascular wall and development of arterial hypertension.

More recently, Ramus has locked up another signal molecule - hydrogen sulfide (H<sub>2</sub>S), which, due to the activation of K<sup>+</sup> + ATP channels, causes the relaxation of smooth muscles of the vessel and lowering of arterial pressure. Vitamin D deficiency causes lowering of fermentative H<sub>2</sub>S products in the wall of the Sardinia, which may be another important molecular mechanism of increasing blood pressure in these minds.

**Conclusions:** Thus, insufficient supply of vitamin D to the body is one of the important pathogenetic factors in the development of arterial hypertension. Further research in this direction will allow to outline New molecular targets through the Effect on which effective pharmacological correction of arterial pressure can be achieved

O. O. Burdeyniy, V. O. Sheremetiev

## **THE USAGE OF IHC-MARKERS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF CANCER AND BENIGN HYPERPLASIA OF THE PROSTATE GLAND**

Department of Pathological Anatomy, Forensic Medicine and Law

D. S. Sukhan (assistant)

V. I. Panasuk (assistant)

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

V. V. Mikaielian (senior lecturer)

Vinnitsya National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

**Urgency of research:** Cancer and benign prostatic hyperplasia worldwide are one of the main medical, psychological and social problems of men. Currently, in the field of practical oncology, an analysis of the expression of immunohistochemical markers is of great significance, since this significantly increases the quality of information about tumor tissue and which can not be obtained in a traditional histological study. Due to the use of prognostic markers it is possible to select patients with an increased risk of developing cancer, which significantly reduces the cost of further treatment.

**The purpose of study:** introduction of new advanced diagnostic methods into the practical work of a doctor-pathologist.

**Materials and methods:** materials of biopsy of the prostate gland, performed on the basis of PKCOL in the urological department in patients with prostate cancer and benign hyperplasia. A general histological method was performed (coloring with hematoxylin and eosin), IHC method (KI 67, P53, PSA, Cyclin D1, PanCK).

**Results:** A clear difference in the expression of markers used. In malignant epithelial tumors (adenocarcinomas), expressed expression on cyclin D1 (50-80%), p53 (75%), and a greater percentage expression of Ki 67 (60%) was detected. On the contrary, in the material of prostate biopsy with BPH, less expression of Kji67 (15%), cyclin D1 (15-20%) and p53 (20%). Expression of PSA was not significantly different.

**Conclusions:** Based on the results of the study, it may be recommended to use the indicated markers for diagnosis and differential diagnosis of adenocarcinoma of the prostate and BPH. In the future it is possible to

study the predictive value of the indicated IHC markers.

I.T. Kulchitskiy

**TRANSPLANTATION OF BODIES AND TISSUES. ACHIEVEMENTS, PROBLEMS, PERSPECTIVES.**

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

Z.S.Vykhovanets (PhD)

Vinnytsya National Pyrogov Memorial Medical University

Vinnytsya, Ukraine

**Actuality:** Transplantation has always been and still is the most progressive area in medicine whose ultimate goal is to continue the life of a person with a lost function of a vital organ - the most severe pathology with which one had ever had to fight. World's transplant surgery in the world develops so fast that the number of different organs and tissues transplants has reached 40,000 per year, and in the nearest decades it will account about 50% of all operations.

**The aim of the study:** Organize the study and organ transplantation as much as possible, explore current tissues, prospect and achievements. Prove that transplantology is one of the most important branches of medicine.

**Materials and methods:** Scientifically based and reliable facts from medical articles: "Ukrainian Medical Bulletin", "Ukrainian Journal of Nephrology and Dialysis", "Ukrainian Cardiology Magazine", periodicals, repository of VNMU, books by Shumakov and Gauthier, statistical anonymous students' questioning in transplantology issues.

**Results:** At hospitals, people are most often transplanted with bone marrow, skin, kidneys, liver and heart. At the beginning of the 21st century, the small intestine, feces and segment soft heliver, lungs, bones, pancreas, cells of pancreatic islet were added to this list. Corpses and organs as well as tissues derived from living donors are used to the transplantation. The transplantation of the kidneys and heart, which is about 50-60% and 13-18% of all transplants of organs, are the most developed today. Now a day is the preservation of the transplant takes an important place. In 2018, Ukraine carried out 139 transplant operations, of them 22 used the bodies of dead people. Currently, the components of the standard immunosuppression protocol in clinical practice are nonspecific preparations of several types such as corticosteroids, cytostatics, calcineurin inhibitors and others.

Due to the introduction of the protocol of immunosuppression, the patient's and transplant survival rates were significantly improved. However, the question of the nephrotoxicity of cyclosporin A. is still open. The question of Ukrainian legalisation in the field of transplantation has not been resolved yet.

**Conclusions:** However, the transplantology develops, scientists invent more and more new methods to reduce invasive interference and to improve the course of treatment and also to increase the chances of patients living. It should be mentioned that transplantation is of ten indispensable in the final stages of cardiac and renal failure, so it is necessary to pay attention to the development of the prevention of the heart and kidney diseases. It is also necessary to regulate the law in Ukraine to our mind, it is necessary to ease the bureaucratic part of the transplantation, because the time is very important during such operations.

V.S. Orlenko

**WHAT IS IHC? HOW WE CAN USE IT IN THE EARLY STAGES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS?**

Department of Pathomorphology, Forensic Medicine and Law

D.S. Sukhan (assistant), V.I. Panasyuk (assistant)

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

V.V. Mikaelian (senior lecturer)

Vinnytsya National Medical University

Vinnytsya, Ukraine

**Relevance :** Leiomyosarcoma is a form of malignant tumors of the uterus (1-2%). The mortality rate is 35-41%. The new direction of research, immunohistochemistry, allows to determine the presence of receptors with the help of specific markers.

Leiomyosarcoma, leiomyoma, immunohistochemistry, markers.

**Objective:** To determine the IHC-reactivity of cells of leiomyomas and leiomyosarcomas, to compare the results and recommend the introduction of the practice panels of IHC markers in practice.

**Materials and methods:** archival histological material of 20 patients treated tumors of myometrium.

Methods: general histological - coloration with hematoxylinum and eosin; Immunohistochemical (IHC) - ER, PR, WT-1, P53, Ki-67, SMA; statistical.

**Results:** 10 leiomyoma (L) with typical histological structure and 10 new cases leiomyosarcomas (L S) were investigated. The proliferative activity of leiomyocytes in patients with LS was assessed for the level of Ki-67 expression, and was significantly higher compared to L. The rate of expression of p53 was significantly higher in patients with LS than L (LS  $0.930 \pm 0.009$ ; L  $0.025 \pm 0.003$ ). The data indicate a violation of the coordination between the processes of proliferation and apoptosis.

Significant difference in sensitivity of SMA is not revealed, but was +++ in both cases. Moderate sometimes strong immunoreactivity to ER, PR was determined in patients with L, while in the majority of cases of LS were weak and made a significant difference, respectively (LS  $0.179 \pm 0.022$ , L  $0.752 \pm 0.062$ ), which suggests a decrease in receptor sensitivity to hormones in LS.

The nuclear and focal cytoplasmic sensitivity of WT-1 prevails in L in relation to LS, indicating a reduction and loss of differentiation of tumor cells.

**Conclusions:**The significant difference in the expression of IHC markers was proved in cases of leiomyomas and leiomyosarcomas of the uterus. It can be recommended for differential morphological diagnostics.

O. V. Silkina

### **AUTOSUGGESTION. THE PLACEBO EFFECT**

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

**Urgency of research.** Since ancient time people have used autosuggestion to improve the feeling of well-being. At present this method is still rather important. Such self-hypnosis, as the placebo effect, is widely used in medicine (especially in psychiatry) to treat drug and alcohol addiction, insomnia, depression, psychosomatic diseases, and exerts an analgesic effect. Before the release of a new drug pharmaceutical companies carry out research in order to test if it has real therapeutic effect, or only the placebo effect. Even in the age of modern technology and the latest medical devices, the power of human thoughts is used for treatment.

**Objective.** To review information on the influence of autosuggestion, especially the placebo effect, on the human body.

**Results.** Many researchers believe that any suggestion becomes self-hypnosis. A famous French psychotherapist Emile Coue and his followers argued more categorically: there is no suggestion, only autosuggestion. Self-hypnosis is a heightened state of focused concentration. Self-suggestion or hypnotherapy can be a successful way of reducing stress and opening the mind to new ideas or thought processes, especially when dealing with problem behavior such as certain addictions. The essence of autosuggestion, according to I. P. Pavlov, is concentrated irritation of certain area of the cerebral cortex, which is accompanied by strong inhibition of remaining parts of the cortex representing the functions of the whole body, its integrity and existence. Self-hypnosis and suggestion can cause changes in organs, which is registered with medical devices. So, if the idea of the sense of hunger or satiety is suggested to a person, his blood chemistry changes. Decrease or increase in the amount of leukocytes is found. Suggestion of cold sensation can cause the appearance of "goose skin" and improvement of gas exchange. It is according to the principle of autosuggestion that placebo

effect works. Though placebo doesn't always work, as in treatment of cancer or bacterial infection, in some cases it can produce good results. If scientists can figure out how the placebo effect arise, they will be able to identify the reserve potential of the body, which makes the brain produce opiates, and the body activates the immune system. In addition, this is a direct way to new effective drugs, using no external stimuli, but the potential of the body itself.

**Conclusion.** The use of autosuggestion and placebo effect in medical practice is a controversial question. But a number of studies prove the effectiveness of self-hypnosis in treatment of some mental illnesses. Besides, this therapy method can help relieve symptoms of sleep disorders, Parkinson's disease, depression, chronic fatigue.

О.-М.І. Абрамець

## ЛАТИНСЬКА МОВА В СИСТЕМІ АБРЕВІАЦІЙ СУЧАСНОЇ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ НОМІНАЦІЇ

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:** сьогодні значно збільшився об'єм інформації в періодичних виданнях, з метою передачі максимум інформації при мінімальних мовних затратах спостерігається скорочене написання слів, саме тому дослідження аббревіації та її термінотворчого потенціалу є актуальною проблемою галузевого термінознавства.

**Мета:** дослідження впливу латинської мови на походження, структуру та класифікацію аббревіатур у кардіологічній термінології англійської мови.

**Матеріали та методи:** фахові медичні тексти (підручники, наукові статті).

**Результати:** В кардіологічній терміносистемі англійської мови аббревіація виступає одним з досить поширених способів творення нових термінів. Вивчаючи структуру аббревіацій англійської кардіологічної терміносистеми (АКТ), можемо чітко простежити присутність латинської мови. Існують одно-, дво-, три-, чотири- та п'ятикомпонентні аббревіації. Наприклад: V 1. valve (від лат. valva) – клапан, 2. vein (від лат. vena) – вена; AS aortic stenosis (від лат. aorta – аорта, stenosis – стеноз) стеноз устя аорти, аортальний стеноз; MCH medium cell hemoglobin (від лат. medius – середній, cella – комірка, haemoglobinum – гемоглобін) середній вміст гемоглобіну; CVS cardiovascular system (від лат. cardiovascularis – кардіоваскулярний, серцево-судинний та systema – система) – серцево-судинна система. Аббревіатури англійської кардіологічної термінології поділяються на три групи: лексичні, графічні та синтаксичні. Лексичні скорочення – це самостійні звукові комплекси. У процесі творення лексичних скорочень від терміна чи сполучення термінів шляхом опущення деяких елементів створюється нова одиниця, наприклад: AF atrial fibrillation (від лат. atrium – передсердя, fibrillatio – фібриляція) – передсердна фібриляція; CA coronary artery (від лат. coronarius – коронарний, arteria – артерія) – коронарна артерія. Графічне скорочення – це скорочення, яке використовується лише у письмовій формі і немає своєї особливої звукової форми. Оскільки алфавіт англійської мови співпадає з латинським, іноді може виникати плутанина у розшифруванні графічних аббревіатур, прототипом яких є латинські слова та словосполучення. Деякі англійські медичні аббревіатури, які використовуються у спеціалізованій літературі зберігають своє латинське написання, наприклад, tid (tertio indie/threetimes a day/тричі на день), p.o. (per os/by mouth/перорально) a.s. (antecibus/before meals/перед їжею), u.d. (ut dictum/as directed/як вказано). Синтаксичні скорочення характеризуються усиченням одного з компонентів словосполучення, залишений компонент не зазнає суттєвих змін в своїй морфемній структурі, наприклад: infarction (myocardial infarction, від лат. myocardium та infarctus) – інфаркт міокарду.

**Висновки:** У науковій літературі скорочення відіграють важливу роль. Відмова від аббревіатур призвела б до непомірного розростання текстів. Більшість скорочень – це еквіваленти повних форм термінів, що

номінують функціональні порушення та методи діагностики функціональних порушень серцево-судинної системи.

І.С. Баюрко  
**НЕОНОМІНАЦІЇ ОСОБИ В СУЧАСНІЙ УКРАЇНСЬКІЙ МОВІ (НА МАТЕРІАЛІ  
ЕЛЕКТРОННИХ І ДРУКАРСЬКИХ ЗМІ)**

Кафедра українознавства  
Я.С. Білик (к. філол. н., доц.)

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

**Актуальність:** Особливе місце серед неонімацій особи в сучасній українській мові займають неологізми-композиції. У ряді тенденцій, які визначають розвиток сучасної лінгвістики, яскраво виділяється антропоцентризм, який властивий також і сучасній дериватології. Питання антропоцентричного характеру мови, що виділяє людину як об'єкт дослідження найменувань особи у виробництві, є актуальним, оскільки цей матеріал мало вивчений і досліджений.

**Мета:** розглянути й охарактеризувати структурно-семантичні й функціональні параметри неозапозичень – неонімацій особи за професією або посадою, зафіксовані в сучасній українській мові.

**Матеріали та методи:** для дослідження послужили тексти рекламних оголошень, сайтів Інтернету, матеріали електронних і друкарських ЗМІ. Для розкриття поставленої мети використовувались **методи:** описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Тематична група «Людина» і неонімація особи є яскравою «неогенною ділянкою» мовної системи українця. Неологічні пошуки та зібраний й систематизований нами матеріал, дає підстави для осмислення мовної системи й мовленнєвої практики. Неонімації особи за професіями, спеціальностями, посадами (*аквабайкер, акваспортсмен, б'юті-блогер, інтернет-серфер, PR-агент, кіногурман*) можна умовно поділити на три найбільші групи відносно запозиченого характеру основи та / або афікса:

I. Запозичені неонімації особи: *авіаменеджер, аджастер, андерайтер, барист/бариста, блогер, брейдер, джокер, маклер, копірайтер, ріелтор, рекрутер, рерайтер, сомельє, флайт-менеджер, франчайзер, Web-редактор, контент-редактор, Content-менеджер, LG-спеціаліст, SEO-спеціаліст, шоколат'є* тощо.

II. Неонімації особи, утворені на базі запозиченого слова, часто за допомогою російських афіксів: *аукціоніст, аерографіст, багажист, бек-вокаліст(-ка), верстальник, візажист, вітражист, епіляторша, кальящик(-иця), колажист, колорист, кондиціонерник, манікюрист, макетчик, мангальщик, маркувальник(-иця), неонік, перфоманіст, пірсингіст, попкорнік, сертифікатчик, стікероцик(-иця), сушист, сеошник, тестувальник, тонувальник, хамащик, цивіліст* тощо. Часто ця група має також і деривати-гібриди – *автомійник, ювелір-ексклюзивник, вантажник-мерчендайзер*.

III. Неонімації особи, утворені за допомогою семантичної деривації на базі вже відомих мові слів, словосполучень: *замірник, заправник(-иця), забудовник, ліпник(-иця), пакувальник(-иця)*. До цієї групи можна зарахувати неонімації, які є результатом семантичної деривації, тобто переосмислення вже відомих мові одиниць. Напр.: *калькулятор* – бухгалтер, що визначає собівартість або ціну виробленої одиниці продукції; *колектор* – спеціаліст, що стягує заборгованість, розшукує неплатників кредитного займу.

**Висновки:** Отже, неонімації особи за професією, спеціальністю чи посадою, перш за все ілюструють твердження про те, що динаміка цієї лексики найперше визначається станом і розвитком конкретних сфер суспільства. Зокрема, поповнення розглядуваних номінацій пояснюється такою екстралінгвальною причиною, як спеціалізація в сфері професійної діяльності.



Ф.-Ш. А. Беялова, Т. С. Філіпчук  
**ПРОБЛЕМА СТАНОВЛЕННЯ ДЕРЖАВНОСТІ В КОНТЕКСТІ СУЧАСНИХ МІГРАЦІЙНИХ  
ТРАНСФОРМАЦІЙ В УКРАЇНІ**

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (доц., к.ф.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність** теми дослідження визначається тим, що в сучасному світі в умовах постійних соціальних змін, посилення процесів глобалізації та європеїзації явище міграції набуло величезних масштабів і торкнулося з різним рівнем інтенсивності усіх сучасних суспільств, соціальних спільнот і груп. Наразі, в контексті міграційних практик головною проблемою, на превеликий жаль, є те, що у більшості випадків окремі представники українського суспільства виїжджають за кордон з метою налагодити своє фінансове становище. А якщо мета задуманого досягається, то наші побратими намагаються виїхати з України разом зі своєю родиною у сусідні держави з вищим рівнем життя та які приваблюють своїми соціально-економічними умовами.

**Мета:** визначити особливості участі українського соціуму у міжнародних міграційних процесах. Проаналізувати концептуальні теоретичні підходи до міграції в межах соціологічного вивчення.

**Методи дослідження:** Багатоаспектність явищ і різноманітних факторів, які аналізуються у роботі, зумовила необхідність взаємопов'язаного застосування в дослідженні системного підходу, статистично-демографічного, монографічного, абстрактно-логічного, картографічного, історико-географічного методів дослідження, аналіз літературних джерел та Інтернету. Також ми провели анкетування серед студентів ВНМУ та представників населення Херсонської, Вінницької, Черкаської, Чернігівської, Київської, Хмельницької області та АР Крим і з'ясували, чи є серед них, такі, що мають бажання мігрувати з України у сусідні європейські держави з метою працевлаштування та подальшої життєдіяльності.

**Результати:** Досліджуючи літературні матеріали, ми з'ясували, що згідно з останньою інформацією від Держстату за 2015-2017 роки, кількість трудових мігрантів досягла 1,303 млн. чоловік. У порівнянні з 2010-2012 роками цей показник збільшився майже на 10%. Вивчаючи причини міграції в Україні ми виявили, що окрім низької заробітної плати, рівня життя, неякісної освіти, корупції, відсутності стабільності, перспективи та впевненості, чи буде робота за спеціальністю, також є війна на Донбасі та незаконна анексія АР Криму.

**Висновок:** Розглядаючи причини міграції серед студентів ВНМУ та представників населення Херсонської, Вінницької, Черкаської, Чернігівської, Київської, Хмельницької областей, ми пропонуємо деякі методи вирішення такої глобальної проблеми:

по-перше, зробити освіту доступною не тільки людям с високим фінансовим забезпеченням, а з достатнім рівнем інтелекту та прагненням змінити українське суспільство і підняти життя в Україні до міжнародних стандартів;

по-друге, дати можливість розвиватись молоді, приваблюючи школярів та студентів до громадської діяльності.

О.О. Білоус

**ПОНЯТТЯ «ФЕЙК» У ВІРТУАЛЬНІЙ КОМУНІКАЦІЇ СУЧАСНИХ МЕДІА**

Кафедра українознавства

Я.С. Білик (к. філол. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Розбір специфіки створення й ведення фейків у мережі Інтернет є актуальним, оскільки під цим словом мається на увазі (в широкому значенні) будь-яка підробка, що видається за справжню

річ (предмет). Наприклад, фото НЛО, або одяг, зшитий під якийсь дорогий бренд, нерідко називають фейком, тому й причин до створення фейків дуже багато.

**Мета:** визначити поняття «фейк», з'ясувати причини підробки фактажу (перекручування значення / змісту інформації, що надається), створення абсолютно інших новин (повідомлень) й активне їх просування все тими ж фейковими акаунтами.

**Матеріали та методи:** для дослідження послужили веб-сайти, акаунти, тролінгові повідомлення тощо. Для розкриття поставленої мети використовувались **методи:** описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Слово «фейк» з англ. fake – «підробка». В інтернет-просторі – це підроблений (фальшивий) акаунт будь-якої віртуальної соціальної теми. Фейкові новини, повідомлення навмисно вигадують з конкретною метою. Викривлення, змінення змісту наданої інформації, підробка фактажу може здійснюватися в рамках інформаційної війни й пропаганди. Більше того, дія такої інформації буває навіть ефективнішою від офіційно підтверджених джерел. Аудиторія, як правило, не заглиблюється в достовірності даних, а просто механічно поширює інформацію за допомогою чуток, інколи самостійно прикрашаючи неправду «новими» подробицями. Фейк може стати настільки вигаданим і популярним, що з'являється ризик самому повірити в нього. Частіше подібного роду фейки зустрічаються в форматі малюнка (ілюстрації), фото певної події, до якого прикріплюється текст з потрібним для маніпулятора посиланням (людина краще сприймає візуальний ряд). Останнім часом є деяка складність у створенні фейкової новини, тому що люди частіше починають проявляти більше недовіри, тому до оформлення фальшивої інформації важливо бути особливо уважним, враховуючи всі факти й можливі питання. Що ж до тролінга, то складання неправдивої новини чи повідомлення має на меті дезінформувати або пропагандувати будь-що, тому створення фейка для тролінга, більшою мірою, зумовлена бажанням посміятися з користувачів або викликати у них негативну реакцію. На окремих тематичних форумах, звичайно ефект може бути більшим, хоча все залежить від аудиторії, оскільки є люди, які самі інколи практикують «фейковість».

Найбільш популярними видами фейкових акаунтів є анонімні й авторизовані. Анонімні за своєю семантикою – прозорі. А от авторизовані – мають підвиди: а) видання себе за іноземного громадянина; б) психологи; в) успішна людина. Під час ведення фейкового акаунта важливо залишатися впевненим і ні на крок не відходити від обраної тактики, і обов'язково хтось повірить у фейк. Інакше може розкритися брехня.

**Висновки:** Отже, користувач сам генерує фейк у своїй свідомості, вірить в нього й поширює вже в мережі Інтернет. Точну назву цьому явищу дати складно, це схоже на фейкофобію або на «випадковий фейк». А маючи сучасні технології, які дозволяють якісно обробити відео чи фото, простому користувачеві складно відрізнити реальність від вигадки.

О. І. Білошицька

## ПРОГАЛИНИ ЗАХИСТУ ПРАВ І ОБОВ'ЯЗКІВ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р. Г. Жарлінська (канд. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м.Вінниця

**Актуальність:** Сьогодні регулювання прав і обов'язків медичних працівників є далеко недосконалим. Адже в Україні немає єдиного документу, опираючись на який можна було б в житті захищати права лікарів і медичних сестер. В більшості випадків лікар залишається сам-на-сам зі скаргами пацієнтів. У результаті, кількість позовів пацієнтів постійно збільшується.

**Мета:** Проаналізувати джерела регулювання прав і обов'язків медичних працівників; виявити їх недоліки; зробити висновки та подальші необхідні дії.

**Матеріали і методи:** Головним методом є опрацювання літератури, співставлення з реальним життям.

**Результати:** Помітити прогалини захисту лікарів можна починаючи з аналізу прав медичних

працівників. Наприклад, ст. 34 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» (далі «Основи...») передбачено, що лікар має право відмовитись від пацієнта, якщо це не становить прямої небезпеки життю хворого. Однак, очевидно, що загроза раптового погіршення самопочуття пацієнта існує постійно і хто відповідає за недбале ставлення пацієнта до свого здоров'я? Кому передавати пацієнта в реальному житті? Наступним варто згадати про право на допомогу медпрацівнику внаслідок каліцтва чи хвороби, що пов'язані з роботою. На практиці виходить так, що важко довести провину пацієнта, зважаючи на загальне епідооточення, добру захищеність перед законом пацієнтів, згідно із законом пацієнт може не повідомляти про своє ВІЛ-захворювання чи гепатит.

Щодо обов'язків медичних працівників. Ст. 43 «Основ...» говорить, що у випадку не надання пацієнтом згоди на лікування, лікар повинен отримати письмову відмову від хворого або згідно із законом лікар має скласти акт за участю свідків. Звідси, по-перше, суди часто не беруть до уваги показання медичних працівників, вважаючи їх зацікавленими особами; по-друге, позов через розголошення лікарської таємниці. Наступна ст. 6 «Основ..» повідомляє, що лікарі зобов'язані інформувати пацієнта про мету досліджень і методи лікування, про наявність ризику смерті. В зарубіжних державах є окремо адаптовані частини протоколу для хворого, в Україні ні. В розвинутих країнах і рівень медичної обізнаності більший, ніж в українців. Інформована згода ні від чого не захищає. Насправді, хворі або їх родичі підписують згоду просто на прохання медичної сестри, не читаючи і не усвідомлюючи її. Коли приходить час відповідати перед судом - закон на їхньому боці.

**Висновки:** Закон захищає пацієнта. Щоб виправити ситуацію, необхідно реформування правових відносин лікар-пацієнт; підвищити рівень юридичної освіти медперсоналу; підняти проблематику беззахисності лікаря перед пацієнтом; донести до пацієнтів про недостовірність медичних знань з Інтернету і підвищити їх медичну обізнаність.

А. В. Бохенко, Л.О. Мосійчук

## САМОТНІСТЬ ЯК ОДНА З ПРИЧИН САМОГУБСТВА: ФІЛОСОФСЬКЕ ОСМИСЛЕННЯ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (доц., к.ф.н)

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

**Актуальність:** В наш час дуже гостро постала проблема самогубства. За даними ВООЗ, кожні 40 секунд у світі хтось добровільно прощається з життям. Щорічно жертвами суїциду стає близько 800 тисяч осіб, причому найчастіше це жителі розвинених і заможних країн. Відповідно до рейтингу ВООЗ, Україна належить до країн з високим рівнем самогубств. В 2000 році в Україні на 100 тис. населення припадало 29,6 самогубств. Через 10 років їх кількість знизилася до 18-19, але за останні кілька років знову зросла і перевищила 20 самогубств на 100 тис. осіб. До того ж їх кількість зросла ще і за рахунок колишніх військових. Найбільш поширеними мотивами суїцидальної поведінки серед молоді є: самотність, конфлікти з батьками, відсутність розуміння з однолітками.

**Мета:** Проаналізувати та узагальнити інформацію з літературних джерел та статистичних матеріалів.

**Матеріали та методи:** використання та аналіз даних з літератури.

**Результати:** Самотність — один з факторів, який призводить до депресії і самогубств. Юко Льюнквіст, керівник вивчення проблеми самогубства у Фінляндії, вважає: «Чимало з тих, хто вчинив самогубство, почували себе самотніми. У них була сила-силенна часу, але зовсім мало знайомих, з якими вони підтримували б контакти». Як зазначив з цього приводу психіатр Кеншіро Охара, хвиля самогубств серед японців середнього віку була зумовлена «ізолюваністю». Незважаючи на грандіозний технічний прогрес, люди, на жаль, стали спілкуватись ще менше. Вони втрачають спільні інтереси та теми для розмов, і в ролі єдиного порадики знаходять різноманітні телепрограми. Цим пояснюється так званий «ефект Вертера»- масова хвиля послідовних самогубств, які відбуваються після самогубства широко висвітленого телебаченням, іншими ЗМІ чи описаного в популярному творі літератури чи кінематографі. Загалом, побутує думка, що всі самогубці - люди з психічними відхиленнями. Проте таке

твердження є помилковим. Серед них чимало вельми інтелектуальних молодих людей. Американський психолог Джеффри Янг називає самотність молодшою сестрою депресії. Не кожен самотній чоловік страждає депресіями, але кожен, кого вони мучать, - самотній. А від депресії до самогубства шлях деколи буває коротшим, ніж з передпокою до кімнати. У багатьох країнах сьогодні існують суспільства, бригади, групи по запобіганню самогубствам. За їх даними, у більшості нещасних клієнтів думки про самогубство виникали саме через самотність. Проблеми молодих людей, як юнаків так і дівчат, пов'язані в першу чергу з тим, що вони не можуть знайти собі партнера або ж не в змозі налагодити з ним такі відносини, які задовольняли б обох. Серед людей старшого віку це в основному жінки, у яких раптом спорожнів будинок, коли подорослішали діти або яких залишив чоловік.

**Висновок:** Отже, самотність є справді вагомою проблемою, яка, на жаль, дуже важко вирішується. У багатьох випадках вона призводить, до того, що люди потрапляють у психологічну безвихідь і їм надто важко перебувати в цьому світі, що і є причиною самогубства.

К. С. Бурдейна  
**ПРОБЛЕМА ЖИТТЄВОГО ВИБОРУ  
В РОМАНІ «МІСТО» ВАЛЕР'ЯНА ПІДМОГИЛЬНОГО**

Кафедра українознавства  
Л. І. Дмитрук (кандид.філол. наук, доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність роботи** визначається її новизною та тим доробком, який вона привносить в загальнонауковий інтелектуальний дискурс.

**Мета роботи:** дослідити проблему життєвого вибору головного героя роману «Місто» – Степана Радченка, крізь призму філософської системи екзистенціалізму.

**Матеріали та методи роботи:** аналіз твору здійснюється на основі роману «Місто» В. Підмогильного. У дослідженні були використанні загальнонаукові методи критичного аналізу і синтезу та комплексне залучення філософії екзистенціалізму Жан Поль Сартра.

Для розвідки основоположними та якнайважливішими були поняття «суб'єктивності» та «свободи», які розкривають свою сутність у наступних моментах: *«Людина просто існує, і вона є не тільки такою, якою себе уявляє, але такою, якою вона хоче стати.* І оскільки вона представляє себе уже після того, як починає існувати, і проявляє волю уже після того, як починає існувати, і після цього пориву до існування, то вона є лише те, що сама із себе робить, «...людина приречена бути вільною».

Одразу варто чітко задекларувати суто фаховий, важливий контекстуальний момент. В. Підмогильний притримувався теїстичної позиції сприйняття світу, коли в свою чергу Жан Поль Сартр – атеїстичної. Але, протягом наукової розвідки було важливо розглянути дії центральної постаті роману не в безпосередньому зв'язку з рефлексіями та роздумами навколо Бога, а крізь призму таких класичних понять філософії екзистенціалізму Сартра як: «свобода», «відчуження», «суб'єктивність», «буття для себе».

Застосовуючи ці філософські принципи Жан Поль Сартра по відношенню до С. Радченка можна зафіксувати те, що протягом сюжету роману головний герой постійно робить низку виборів, які переростають у вчинки: *вибір* поїхати в Київ, щоб отримати фахові знання, які б були використані заради блага рідного села; *вибір* стати письменником; *вибір* бути новим Стефаном, а не Степаном минулого, ба більше, оглядаючи сюжет роману ми здатні простежити те, як ці вчинки формували самого С. Радченка (від наївного, «чистого» юнака, до затятого підкорювача міста) – це яскрава демонстрація того, що маніфестує Сартр, а саме: свобода вибору та вчинки – це передумова для оформлення сутності постаті. Саме на підставі цих постійних екзистенційних виборів ми можемо чітко побачити те, як філософські категорії екзистенціалізму Сартра вдало накладаються на контекст роману.

**Висновки.** Отже, на підставі результатів дослідження можна висувати те, що філософська система та

ідеї Жан Поль Сартра дуже гарно накладаються на тло сюжету роману, але, незважаючи на таку відповідність, були зроблені суб'єктивні дослідницькі припущення та інтерпретації, які полягають в тому, що незважаючи на повну свободу, герой був залежним від власних бажань та підвищення власної значущості.

М.О. Волкотруб

## ЕТИМОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ НАЙМЕНУВАНЬ ХІМІЧНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ЛАТИНСЬКОЮ МОВОЮ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Г.Т. Михайлюк (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми.** Впродовж століть за латинською мовою зберігається статус міжнародної мови медико - біологічних дисциплін. Без знання основ фармацевтичної термінології, значиму частину якої складають терміни з хімічними компонентом, неможливе глибоке осмислення навчальної та наукової медичної літератури і вмиле оперування складними поняттями.

**Мета:** системний етимологічний і морфологічний аналіз особливостей утворення і функціонування назв хімічних елементів латинською мовою.

**Матеріали.** ДСТУ 2439-94, матеріали ДФУ, тритомний енциклопедичний словник медичних термінів, матеріал підручників, статей з відповідних проблем.

**Методи:** описовий, теоретичний аналіз, систематизація.

**Результати.** Відповідно з проведеним системним аналізом назви хімічних елементів утворюються за наступними принципами:

1) за характерними ознаками, властивостями: *Nitrogenium* – нежиттєвий, *Barium* – важкий, *Bromum* – смердючий, *Iodum* – фіолетовий. Вперше за цим принципом був названий фосфор (*Phosphorus* – той, що світиться);

2) за етимологією (джерелом походження): *Aluminium* – від латинської назви галуни *Alumen*, *Kalium* і *Calcium* – від арабської назви золи, *Arsenicum* від грецького *arsen áρσην* – сильний;

3) за власними іменами: терміни – епоніми, названі на честь видатних учених: *Curium* (П'єр і Марія Склодовська-Кюрі), *Einsteinium*, *Mendelevium*; епоніми – міфологізми, іменовані на честь античних богів і міфічних героїв: *Neptunium*, *Palladium*, *Plutonium*, *Selenium*, *Titanium*;

4) за назвами географічних об'єктів (топоніми): *Americium* – Америка, *Europium* – Європа, *Germanium* – Німеччина, *Rhenium* – річка Рейн).

У МФ, ЄФ окремі хімічні елементи зустрічаються під іншими латинськими назвами (Натрій – *Sodium*; Калій – *Potassium*) або мають взаємозамінні назви (Магній – *Magnium* або *Magnesium*; Фтор - *Fluorum* або *Phthorum*).

**Висновки.** З 1994 року в Україні діє нова хімічна номенклатура, розроблена УНК з хімічної термінології і номенклатури на основі українських традицій та з урахуванням рекомендацій Міжнародного союзу з чистої і практичної хімії (IUPAC). Її положення затверджені Державним стандартом України (ДСТУ 2439-94). Згідно цих вимог, важливим новим аспектом є розмежування назви хімічного елемента і назви простої речовини. Систематичні назви хімічних елементів узгоджені з їх символами і назвами сполук (Au – Аурум, Ag – Аргентум), українські назви простих речовин залишаються без змін (срібло, золото).

Грецько-латинські ТЕ збагачують і поповнюють медичну термінологію, чим значно посилюють професійний міжкультурний зв'язок і значущість науки вище мовних бар'єрів і географічних кордонів.

## IN VINO VERITAS: ПОШУК ІСТИНИ ЧИ ВИПРАВДАННЯ САМОГО СЕБЕ?

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (к. філос. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** У всі часи тема вживання алкоголю була однією з найбільш актуальних та дискусійних. Деякі філософи стверджують, що вживання винного напою налагоджує спілкування, розвиває і підтримує бесіду, допомагає розуму зняти певні межі, але при цьому і закликають до поміркованості. Ця точка зору превалює абсолютно або є і відмінна від неї?

**Мета:** дослідження походження та значення виразу; вивчення вина, як обов'язкового атрибуту бесіди у Стародавньому світі; дослідження ролі вина в різних релігійних культурах; підтвердження чи спростування вислову «In vino veritas».

**Методи та матеріали:** дослідження та обробка інформації, наукових статей, публікацій.

**Результати.** «In vino veritas» – це латинський вислів, авторство якого приписують Плінію Старшому в його праці «Природнича історія» в I столітті нашої ери. Значення вислову є «істина у вині», проте не всі знають, що цей вираз має декілька варіацій. Менш поширеною формою вислову є «In vino veritas in aqua sanitas» — «істина у вині, здоров'я у воді». Також існує вислів «In vino veritas multum mirgitum» — «істина у вині не раз тонула».

У Стародавній Греції на симпозіумах філософів вино було обов'язковим атрибутом бесіди. У філософії і культурі вино завжди балансує між двома крайнощами - не пити взагалі не радить навіть Біблія, адже в християнстві багато ритуалів пов'язано з вином, і саме церква, монастирі містили багато виноградників, а пити багато - значить погубити здоров'я та молодість і втратити все найдорожче. Тому Сократ закликає не піддаватися напою, а контролювати його, золота середина - наше все. Вино знімає напругу і контроль над раціо, значить, людина думає серцем, думає несвідомим, може виходити на інші горизонти, що дуже важливо в творчості. У стародавній культурі вино - подарунок богів людям. І тому ставлення до нього не примітивно-споживче, воно завжди пов'язане з культурами. У язичницькій культурі важливу роль відігравали Вакх і Діоніс, покровителі виноробства, що відповідають за вітальність, родючість, веселощі. Але вино не втратило свого значення і з приходом християнства: нам добре знайомі образи Христос Виноградар або Христос Виноградна Лоза, що символізують перетворення крові Христа у вино.

**Висновок.** Кожен сам має обрати для себе ту варіацію відомого виразу, яка підходить саме йому. Ми, в свою чергу, надаємо перевагу вислову «In vino veritas multum mirgitum». Випадкові пробіски натхнення, правдиві визнання і інші «плюси» алкогольного сп'яніння - все це не варте тої шкоди, яку приносить пияцтво. І розмови «про високе» в міру збільшення кількості випитого змінюються незрозумілими п'яними балачками, а справжні почуття забуваються заради пристрасті до «зеленого змія». Так що істину у вині шукати все ж не варто.

Я.В. Гнатенко

### ЛЕОНАРДО ДА ВІНЧІ –УНІВЕРСАЛЬНИЙ МИСЛИТЕЛЬ ТА ГЕНІАЛЬНИЙ НАУКОВЕЦЬ

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М. Вергелес (доц., канд. філософ. наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Видатний митець Леонардо да Вінчі був не лише витонченим художником та філософом, а ще й геніальним науковцем. Він зробив неоціненний внесок в розвиток анатомії людини, адже був одним із перших, хто використовував прийом тривимірного зображення органів і систем людини, та створив цілу систему зображень органів і частин тіла в поперечному перерізі. Цей прийом став широко використовувати видатний хірург М. І. Пирогов при вивченні топографічної анатомії.

**Мета:** Ознайомити людей з видатними працями Леонардо да Вінчі в галузі анатомії людини.

**Матеріали та методи:** Дослідження анатомічних зарисовок та рукописних праць Леонардо да Вінчі, що збереглися до наших днів.

**Результат:** Виняткова обдарованість майбутнього великого майстра проявилася дуже рано, а вже в дитинстві настільки досяг успіху в арифметиці, що своїми питаннями ставив у скрутне становище викладачів. Його одним з перших вчителів став Антоніо дель Поллайоло, який належав до числа перших художників Відродження. Антоніо займався в анатомічному театрі, вивчаючи м'язову систему людини, що дуже зацікавило Леонардо да Вінчі. Та вже через деякий час у цього допитливого юнака заняття анатомією охоплюють все його життя. Леонардо да Вінчі досконало вивчав м'язову та кісткову системи людини і вже незабаром почали з'являтися одні з перших схематичних анатомічних зарисовок поперечного зрізу ноги. Також Леонардо довгий час намагався відтворити ефект тривимірного простору, за допомогою якого був створений його найзнаменитіший ескіз – Вітрувіанська людина, для визначення правильних пропорцій людського (чоловічого) тіла.

Та на цьому Леонардо да Вінчі не зупинився, адже його не задовольняли лише зовнішні обриси черепа, він зображав перетин черепа в трьох площинах - сагітальній, фронтальній і горизонтальній - представляючи об'ємне зображення кісток, його складових. Також Леонардо да Вінчі є одним із перших, хто намагався зрозуміти і уявити, що ж це за органи, які дозволяють людині сприймати навколишній світ. Він вказує на наявність 5 відчуттів: зір, смак, нюх, слух, дотик. Леонардо перший визначив точне число хребців і перший найбільш точно відтворив форму хребетного стовпа.

**Висновок:** Великий італійський митець та філософ Леонардо да Вінчі у своєму житті, науковій та художній творчості втілював гуманістичний ідеал «всебічно розвиненої особистості» (homo universale). Він був філософом, цікавився живописом, скульптурою, військовою та цивільною інженерією, математичними та природничими науками, медициною. А один із записів у його щоденнику можна вважати напуттям нащадкам: «І може бути терпіння не вистачить у тебе, і ти не будеш старанний. Володів я цим всім чи ні - про це дадуть відповідь 120 мною складених книг та написаних малюнків. Прощай».

А.В. Голубець

## МАРКЕТИНГОВІ ТЕХНОЛОГІЇ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А. Марчук (старший викладач)

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

**Актуальність:** використання маркетингових технологій в медицині є запорукою прогресивного розвитку медичної галузі

**Мета:** дослідити вплив маркетингових інструментів в медицині в умовах сучасного світу

**Матеріали:** тематичні статті, підручники.

**Методи:** описовий, зіставлення, елементарно-теоретичний аналіз

**Результати:** медичні професії, як правило, знаходяться на рівень вище комерційного життя через специфіку своєї роботи. У дійсності, медики вимушені заробляти на життя, а щоб заробити достатньо, вони мають боротися за клієнтів так само, як і будь-хто інший. Уявити маркетинг та медицину поруч дуже важко, проте нинішній світ, котрий орієнтований на гроші, все більше заохочує до цього. Конкуренція у цій сфері є досить розповсюдженою річчю, адже лікарі постійно змагаються за першість. Розвиток інтернету, а саме соціальних мереж, дозволив медичним працівникам інформувати громадськість інтенсивніше, дешевше і майже відразу. Старі методи, зважаючи на те, що вони донедавна були єдиними в маркетинговому арсеналі, залишаються надзвичайно важливими, проте розвитку нових спектрів інструментів ніщо не заважає. Достатньої популярності набули веб-сайти, котрі здатні чітко та лаконічно передати основну інформацію, що є дуже важливим на етапі просування.

«Продаж» медичних послуг, керується споживчими перевагами. Зважаючи на те, що товар, котрий пропонують медики, є досить особливим, то основним критерієм його якості являється «довіра». Це пов'язано з тим, що, придбавши неякісну медичну допомогу, ви навряд зможете так легко повернути цей товар. Щоб залишатися конкурентоспроможними, лікарняні групи активізують свої маркетингові зусилля. Ця битва тільки починається, але, ймовірно, вона стане важливим питанням у наступні роки. Більш перспективні клініки починають будувати рекламні стратегії в своїх планах розвитку. Також не дивно, що постійно конкурують приватні та державні заклади, котрі, головним чином, надають подібні пакети послуг. Тому, щоб мати успіх на цьому ринку варто постійно розвивати власну базу знань, вкладати кошти в новітні технології та розумітися в сучасних основах маркетингу. Маркетингові технології на ринку медичних послуг будуть мати сенс, якщо ці послуги будуть максимально якісними. Адже репутація медичного закладу має неабиякий вплив на споживачів. Водночас сучасна медицина сьогодні має бути орієнтована на створення зручних та комфортних умов для пацієнтів. Тому не слід забувати про супутні послуги, такі як комфортабельні палати, організація потоку відвідувачів, тощо. Не менш важливими є співпраця зі страховими та банківськими установами. Такі рішення вимагають витрат, але в перспективі дадуть змогу надійно закріпитися на ринку медичних послуг.

**Висновки:** грамотне використання маркетингових прийомів дозволить залучити висококваліфікованих спеціалістів, забезпечить гідний рівень оплати праці медичного персоналу, сприятиме покращенню технічного забезпечення закладів та розвитку медичної галузі в цілому.

А.С. Гриценко, Д.О. Денисенко  
**ОЦІНКА СПІЛКУВАННЯ В СУЧАСНОМУ СВІТІ**  
Кафедра суспільних наук  
О.В. Троценко (ст. викладач)  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність:** спілкування є одним з важливих навиків суспільства. Саме в процесі спілкування ми презентуємо, формуємо та вдосконалюємо себе. На сьогодні існує безліч способів спілкування.

**Мета:** проаналізувати тенденції та види сучасного спілкування в соціумі.

**Матеріали та методи:** нами було проведено анонімне опитування 62 людей віком від 15 до 45 років, які ведуть активну професійну та соціальну діяльність.

**Результати:** в ході дослідження було виявлено, що 61,3% віддають перевагу спілкуванню за допомогою соціальних мереж (СМ). Цей відсоток склали люди віком 15-27 років, також в анкеті вони вказали, що їм простіше почати спілкування в переписці, вподобати фото, ніж почати розмову в реальному житті (РЖ), бо в СМ можна створити собі образ який не завжди відповідає дійсності, але в якому комфортно. 29% опитаних обрали спілкування віч-на-віч - це були люди переважно віком від 33 до 45 років. Вони не заперечували, що використовують СМ для спілкування, однак відзначили, що віддають перевагу спілкуванню в РЖ, спираючись на те, що саме такий вид розмови є найбільш ефективним через можливість бачити перед собою реальну людину, а не створений образ з СМ, аналізувати її поведінку та емоції під час спілкування, що дозволяє максимально зрозуміти співрозмовника. Також, опитування показало, що 9,7% обирають спілкування за допомогою телефонних дзвінків, тому що можна чути голос людини та зрозуміти її емоційний стан під час розмови, уникаючи прямого контакту, що дозволяє невпевненим в собі відчувати себе в зоні комфорту. Ще ми оцінили як учасники опитування почувують себе в колективних обговореннях. 64,5% відчують себе комфортно та активно приймають участь в діалозі в СМ, натомість 35,5% намагаються уникати висловлювання власної думки в чатах СМ. 48,4% вільно підтримують бесіду в РЖ, з них 40,3% не уникають участі в ролі доповідача на різноманітних заходах, а 8,1% - уникають публічної доповіді, хоча активно спілкуються в колективі.

**Висновки:** отже, молодь переважно спілкується в СМ, а старше покоління віддає перевагу живому спілкуванню.



Я. Р. Грунтківська, Д.С. Гонтар  
**ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ ФІЛОСОФСЬКО-ЕТИЧНИЙ ПОГЛЯД**  
Кафедра філософії та суспільних наук  
Д. М. Калач (викладач, к.філос.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** трансплантація органів - це складна, багатогранна проблема, що охоплює велику кількість запитань, які потребують медичного, правового, етичного, релігійного, філософського обґрунтування.

**Мета:** полягає у виявленні та аналізі філософських аспектів теоретичних і практичних проблем, способах їх вирішення, можливих наслідків реалізації тих чи інших підходів, що виникають у трансплантології як науці та практиці.

**Матеріали та методи:** аналіз літературних джерел, мережі Інтернет та соціологічного опитування.

**Результати:** трансплантологія – це теорія та практика пересаджування органів та тканин людського організму. Це питання є однією з проблемних сфер для сучасного суспільства, що потребує ретельного аналізу. Трансплантологічна практика розглядається, як дуже перспективна і дуже потрібна для сучасної людини, але при реалізації існує велика імовірність нівелювання благих намірів. Трапляються випадки, коли намагання врятувати людське життя призводить до нанесення шкоди іншій людині, живому донору, формуються хибні уявлення про пацієнтів з діагнозом «смерть мозку», як активи запасних донорських органів. Усі ці аспекти говорять про те, що навіть такі цілі, як рятування людського життя потребують урахування безлічі умов. Серед них важливо виділити основне – принцип добровільності. Навіть, церква схвалює трансплантацію органів від померлої людини, однак донорство не можна вважати обов'язком людини, тому лікарям необхідно в'яснити волю помираючої чи померлої людини звернувшись при необхідності до її родичів. Представники ісламу, католицизму і буддизму також не мають заперечень проти трансплантації.

**Висновки:** у суспільстві трансплантація органів займає неоднозначне місце. Спектр її оцінювання знаходиться в межах від незаперечного позитивного оцінювання до категоричного неприйняття. Це є свідченням того, що трансплантація органів максимально концентрує моральне, правове, етичне, соціальне напруження, оскільки трансплантологія вимагає врахування інтересів двох сторін : донора та реципієнта. Це завжди складний вибір – допомогти важко хворому пацієнту, не завдаючи непоправної шкоди для здоров'я живої людини, або зберегти повагу до свідомого рішення померлого.

А. П. Гунько

**ПРАВОВІ ТА МЕДИКО - СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПІДЛІТКОВОГО НАРКОТИЗМУ В УКРАЇНІ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права  
Науковий керівник О. О. Верлан  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми.** Наркотична залежність – є провідним фактором руйнування суспільної та національної безпеки, що призводить до глобальних негативних наслідків. Чинне законодавство України лише частково спрямоване на протидію розвитку підліткової наркоманії в державі і не впливає на зниження рівня наркозалежності в цілому.

Незважаючи на активну позицію вчених в дослідженні наркотичної залежності у неповнолітніх, результати свідчать, що наркологічна ситуація в Україні погіршується. Проблема не ефективності боротьби з наркоманією, ускладнюється у зв'язку з підлітковим негативізмом стосовно необхідності

лікування. Сучасний стан цієї проблеми має негативну динаміку, вона становить мережу теоретико-правових, медико-психологічних, педагогічних і організаційних проблем. Правові підгрунтя проблеми запобігання наркотичної залежності серед підлітків висвітлювались у численних наукових працях, але нажалі окремі питання залежності, зокрема відсутність єдиної медико-правової тактики спрямованої на лікування неповнолітніх наркозалежних, зумовлює актуальність даної теми.

**Мета дослідження.** Провести аналіз діючих в Україні заходів медико - правового та організаційного характеру, спрямованих на протидію розвитку та лікування підліткової наркозалежності, з метою подальшого покращення юридичного супроводу даної категорії пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Матеріали: основні нормативні, дерективні, правові документи України усфері надання медичної допомоги наркологічним хворим, наказ МОЗ України № 681 від 21.09.2009р. Закон України № 2801- XII від 19.11.1992 р. Закон України № 2341-III від 05.04.2001р. Кримінальний кодекс України. Закон України №1489-II від 22.02.2000р. Інтернет ресурс. Методи: порівняльно-правовий, аналітичний.

**Результати дослідження.** Наукова новизна дослідження продиктована оригінальністю висновків стосовно покращення діяльності, спрямованої на протидію розповсюдження підліткової наркотичної залежності та примусового лікування даної категорії пацієнтів.

Сьогодні проблему підліткової наркоманії у правовому полі розглядають з позиції національних та міжнародних прав дитини, що в свою чергу обмежує кримінологічні аспекти протидії розповсюдження наркотичної залежності. Така постановка питання дозволяє зробити висновок про необхідність співдружнього правового регулювання профілактичної роботи направленої на запобігання розповсюдження наркоманії, а також удосконалення підготовки працівників поліції до цієї роботи, шляхом запровадження підготовчих курсів.

Відсутність мотивації у підлітків стосовно раннього звернення по наркологічну допомогу, диктує необхідність створення лояльної системи соціальних і юридичних заходів, що стимулюватимуть наркозалежних до більш раннього звернення по наркологічну допомогу.

Направлення наркозалежних підлітків на примусове лікування в судовому порядку є не лише правовим але й соціально-профілактичним заходом. Водночас виникає логічне питання про відповідальність батьків чи опікунів, за неналежне виконання батьківських обов'язків.

Домінування кримінальної відповідальності над альтернативними методами впливу, а саме лікування та реабілітації наркозалежних вимагає створення єдиного правового поля із збалансованими заходами спрямованими на набуття наркозалежними суспільно – корисних якостей.

**Висновок.** Проблема підліткової наркоманії потребує реформування як кримінально-правової так і медико – соціальної політики України.

В.О. Давидюк

## **СУРЖИК ЯК ФЕНОМЕН: МОВНИЙ ЧИ ГЕОПОЛІТИЧНИЙ ВИБІР УКРАЇНИ**

Кафедра українознавства

Я.С. Білик (к. філол. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Таке мовне явище, що внаслідок змішування мов одержало назву «суржик», належить до специфічної форми побутування мови в Україні. Відхилення від норми й системи однієї мови під впливом іншої (інтерференція) й зумовлює актуальність вивчення проблеми змішування декількох мов, виникнення суржика.

**Мета:** дослідити й виявити причини порушення форм української мови, проаналізувати суржик як соціолінгвістичний феномен; з'ясувати сильні та слабкі сторони.

**Матеріали та методи:** для дослідження послужили жива мова українців, а також тексти рекламних афіш та оголошень. Для розкриття поставленої мети використовувались *методи*: описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Не секрет, що українська мова, навіть там, де вона активно функціонувала, зазнала такого негативного впливу російської, що перетворилася на суржик, на мішанину українських та російських слів, кальок, які утворилися на базі цих двох великих мов. До суржику як до гри охоче звертається освічена молодь, коли хоче ввійти в інший мовний образ, розширити діапазон мовних варіацій. Але, на жаль, більшість з них у зв'язку з великою популяризацією російських соціальних мереж звертають увагу на сучасні тренди, що призводить до активного вживання суржику в повсякденному житті, не помічаючи навіть, як толерантне ставлення до поєднання російської та української мов глобалізує це явище й негативно впливає на чистоту їхнього мовлення. Загальноживаними давно вже стали вислови: «Ну, конєшно», «Ясно / понятно», «Єщо», «Зачем», «Спасібо», «Зделать» тощо. Свідоме використання суржику несе в собі також комунікативно-прагматичні настанови. Проте освічену україномовну людину цей суржик дратує через той маргінальний мовний гумор, що постає як основний засіб плекання сміхової культури.

Мовне явище, що дістало назву суржик, належить до специфічної форми побутування мови в Україні. Можна розглядати історію суржику як своєрідне, так би мовити, непряме, чи зворотне, віддзеркалення процесів мовної політики останніх часів, оскільки русифікація, у певному сенсі, триває й донині, змінивши, щоправда, форми й модернізувавши засоби. А заяви, ніби українська та російська мови мирно співіснують в інформаційному просторі сучасної України є або наївним виданням бажаного за дійсне, або свідомою маніпуляцією масами. Насправді, існує велика конфліктна напруга між українською та російською мовами.

Суржик – не лише мова, це й сфальсифікована історія, переповнена штампами. Це феномен не тільки мовної, а й, що незмірно важливіше й глобальніше – геополітичної стратегії.

Сучасна влада в державі принципово уникає відповідей на кардинальні геополітичні питання, зокрема щодо орієнтації на Росію чи Захід. А оскільки російську експансію Україна відчуває на порядок сильніше, ніж американсько-європейську, то й реагує на неї відповідно.

**Висновки:** Отже, наша молодь повинна розвивати й популяризувати літературну українську мову, як самодостатню окрему мову, починаючи, найперше, з себе, свого найближчого оточення. Саме тоді вдасться покращити мовне спілкування нашого народу, громадянську самосвідомість, здатність протистояти російському впливу.

К.О. Дем'янова

## ІСТОРИКО-СЕМАНТИЧНИЙ АСПЕКТ ПРИРОДНИЧОЇ ЛЕКСИКИ СТАРОДАВНІХ МОВ

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:** у парадигмі сучасних лінгвістичних досліджень однією з актуальних тем є вивчення шляхів та способів сприйняття, розуміння та збереження за допомогою мовних засобів інформації про навколишній світ. Природне середовище відіграє важливу роль у виникненні образних еталонних стереотипів сприйняття та осмислення дійсності, крізь які людина “бачить” світ.

**Мета:** історико-семантичний аналіз природничої лексики грецькою, латинською мовами і переклад їх українською.

**Матеріали:** фахові медичні тексти (підручники, наукові статті, словники).

**Методи:** описовий, теоретичний аналіз, зіставлення.

**Результати:** споконвіку флора відіграла велику роль у житті різних народів, тому назви рослин вирізняються великою інформативністю. Процес формування природничої лексики в стародавніх мовах

був досить тривалим, у ньому простежується цілий ряд хронологічних пластів. Переказами про оливу багатий давньогрецький епос, в якому вічнозелена рослина служить уособленням невичерпної життєдайної сили природи, а її широке розповсюдження та культивування спричинило виникнення різноманітної за своїм складом мікрогрупи лексем. Латинське слово *oliva* має той же корінь – *ol*, що і слово *oleum* “олія”. У свою чергу *oleum* походить від грецького *έλαι-φον* “оливкова олія” (звідки також грецьке *έλαια* “олива”). Похідні з суфіксом – *arius* мають значення певного роду занять або ремесла: *olearius* “олійник, продавець маслинової олії”, а також *-ifer* утворює: *olivifer* “той, хто приносить маслини”. Подібну семантичну функцію виконував суфікс *-tor*: *olivitor* “той, хто доглядає за маслиновим садом”. Похідні, що мають суфікс – *etum* означають місця скупчення оливкових насаджень: *olivetum* “оливковий гай”. На позначення продуктів, виготовлених з оливи, використовувався суфікс – *mentum*: *oleamentum* “мазь на оливковій олії”. Іменник *oleitas* означає “пора збирання урожаю маслин або сам процес збирання”. Схоже значення має похідний з суфіксом – *are*: *olivare* “проводити збір урожаю маслин”. Прикметники, що мають суфікс – *arius*, означають якість, подібності за кольором до плодів оливи: *olivarius* “оливковий”; *olearius* “олійний”.

Можна виділити ще одну мікрогрупу лексем утворених від іменника *rosa*. Назва *rosa* походить від грецького *ρόδον rhodon* “шипшина, троянда”. У стародавньому світі троянда була символом небесної досконалості, мовчання і таємниці, земного кохання, яким залишається дотепер. Похідними лексемами є: *rosaceum* “трояндова олія”, *rosaceus* “зроблений з троянд”, *rosans* “рожевого кольору, рожевий” *rosarium* “місце, засаджене трояновими кущами; розарій”, *rosarius* “виготовлений з троянд”, *rosatum* “трояндове вино”.

**Висновки:** у мові, в лексиці відбивається не тільки зовнішній, матеріальний світ, у ній конденсується і продовжує жити думка людини античного світу, її уявлення, світосприйняття. Вивчений матеріал дозволяє пильніше поглянути на семантичний потенціал природничої лексики стародавніх мов.

К.О. Дем’янова

## ОСНОВИ МАРКЕТИНГУ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ УКРАЇНИ

Кафедра філософії та суспільних наук

І.А. Марчук (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** маркетинг та його технології є досить вживаними у сфері реабілітаційних центрів. Адже проблема розвитку є нагальною через велику кількість пацієнтів, потребуючих фізкультурно-оздоровчої та психологічної реабілітації.

**Мета:** визначення мети, елементів та специфіки маркетингу реабілітаційних центрів України.

**Матеріали:** фахові медичні та економічні тексти (підручники, наукові статті).

**Методи:** описовий, теоретичний аналіз, зіставлення.

**Результати:** Маркетинг сьогодні – це одна із рушійних сил сучасної світової економіки. Ця галузь науки, яка знаходиться у стані постійного розвитку. Зі зміною ринкової кон’юнктури чи споживачьких запитів змінюються й концепції маркетингу. Маркетинг реабілітаційних центрів має за мету: збільшення прибутку реабілітаційної установи, первинні та повторні записи до закладу, збільшення спектра та задоволення попиту споживачів реабілітаційними послугами, максимальна комунікативність серед певних елементів маркетингу. Основними елементами є: персоналії, громадські заходи та ідеї, фізкультурно-оздоровчі послуги (або центри надання первинної психологічної консультації). В загальному вигляді сутність маркетингових досліджень зводиться до таких складових: виявлення споживчих потреб; розробка відповідних послуг; установлення відповідної ціни; налагодження системи збуту; ефективне стимулювання споживання. Для поширення інформації про медичну установу зазвичай використовують рекламу, сайти, засоби ЗМІ, громадські рухи, благодійні акції та інші джерела. Специфіка полягає в: нерозривному взаємозв’язку економічних, соціальних, правових та соціально-

психологічних аспектів; форми надання послуг. Порушення або невідповідність наданої допомоги, може призвести до відсутності вдоволення потреб, що веде за собою зниження кількості клієнтів, погану оцінку, відсутність рекомендацій. Маркетинг реабілітаційних послуг відрізняється тим, що під час їх отримання особистість може одержувати додаткові знання щодо свого захворювання чи травми, а також щодо нових, невідомих їй раніше реабілітаційних послуг. Маркетинг виступає фактором контролю, оцінювання і є, безсумнівно, гарантом доброякісної роботи реабілітаційних центрів.

**Висновок:** Маркетинг реабілітаційних центрів спрямований на підвищення якості надання послуг, заохочення більшої аудиторії реальних та потенційних клієнтів (державі й суспільству в цілому). Крім того, маркетинг дозволяє виявити неякісне надання реабілітаційних послуг, допомагає клієнтам - неспеціалістам зробити правильний вибір в умовах численних пропозицій таких послуг, допомагає сформуванню в пацієнтах додаткові мотиви та стимули до вчасного отримання реабілітаційних послуг і водночас інтеграції їх у суспільство.

Н.О. Дмитренко

### СКЛАДНІ КЛІНІЧНІ ТЕРМІНИ З ХІМІЧНИМ КОМПОНЕНТОМ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Михайлюк Г.Т. (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми.** В системі засвоєння сучасних знань термінологічна база відображає професійний досвід, а цілісне осмислене розуміння уніфікованих та стандартизованих медичних номенклатур, нозологічної зокрема, забезпечує комунікативні потреби наукової спільноти.

**Мета:** проаналізувати особливості утворення та функціонування складних латинських клінічних термінів з хімічним компонентом.

**Матеріали.** Фактичний матеріал було отримано методом суцільної вибірки з МКХ 10, тритомного енциклопедичного словника медичних термінів, чотиритомного українсько-латинсько-англійського медичного енциклопедичного словника (УЛАМЕС) і двотомного ілюстрованого медичного словника Дорланда.

**Результати.** На підставі проведеного структурно-семантичного аналізу встановлено, що переважну більшість клінічних термінів з хімічним компонентом складають найменування професійних захворювань, набутих в результаті впливу шкідливих чинників виробничого середовища: *manganismus*, *phosphorismus*, *arsenismus*, *plumbismus* etc. Вони складаються з 2-3 твірних основ та клінічного суфікса. Зазвичай кореневі терміноелементи утворюються від основи родового відмінка повної та усіченої форми іменників: від Iodum: основа Iod- + суфікс -ismus = *iodismus* (хронічне отруєння йодом і сполуками йоду); від Aluminium: основа Alumin- (усічена форма від Alumin-) + суфікс -osis = *aluminosis* (професійна хвороба з розвитком фіброзу легень при тривалому вдиханні пилу алюмінію та його оксиду). Терміни *hydrargyrismus* та *mercurialismus* є рівноцінними синонімами. При утворенні клінічних номенів, пов'язаних із залізом (лат. Ferrum), використовується терміноелемент sider- (від грецьк. σίδηρος залізо): *siderismus* (накладання металів на ділянки шкіри з лікувальною метою); *siderosis* (професійна хвороба з розвитком фіброзу легень при тривалому вдиханні пилу заліза чи його сполук). Для позначення глибини ураження та важкості захворювання використовуються префікси hyper- (надмірність) або hypo- (недостатність): hypo-iod (від Iodum) + ismus = *hypoidismus* (захворювання, спричинене недостатністю йоду в організмі).

**Висновки.** Сучасній клінічній терміносистемі властива гетерогенність походження, лаконічність та ємкість семантичного навантаження. Найпоширенішою словотворчою моделлю є твірна основа - назва хімічного елемента + суфікси -ismus або -osis. Термінів, утворених суфіксами -itis, -oma, -ema не виявлено. Має місце явище синонімії.

Клінічна термінологія як система відкритого типу постійно оновлюється через появу нових назв хвороб, симптомів, синдромів, методів досліджень.

В. А. Доманський  
**РОЛЬ ЦЕРКВИ У ФОРМУВАННІ НАЦІОНАЛЬНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ**

Кафедра філософії та суспільних наук  
К. М. Вергелес (к.філос.н. доцент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Церква в усі часи свого та суспільно – історичного розвитку посідала одне із головних місць у розбудові держави та державності, репрезентувала традиції, норми моралі, особливі для кожного народу. Вона поставала основою для формування релігійної свідомості етносу українського народу та формує здорову націю. Церква об'єднує людей в єдину групу зі спільними моральними цінностями та відіграє вагомую роль у формуванні культурно-історичних процесів у об'єднанні людей в один народ.

**Мета:** З'ясувати роль церкви та її важливість у формуванні національної самосвідомості.

**Матеріали та методи:** порівняльно-історичний, аналітичний, були опрацьовані та проаналізовані статті: Д. Калача, А. Бабко, І. Ломаки.

**Результати:** Найінтенсивніший процес формування етносів, а згодом і націй, тривав у період Середньовіччя, особливо після краху Західної Римської імперії, де релігія відіграла значущу роль. Численні війни, боротьба за владу занурили Європу у хаос і лише церква виявилась своєрідним місцем порядку та стабільності і швидко здобула прихильність людей, а згодом і сприяла формуванню етносів і одночасно поширювала свою владу практично на всі держави тогочасної Європи. В Україні ж процес становлення власної самоідентичності почав відбуватися у XV-XVI столітті у час панування польської шляхти та масового окатоличення, де вагомую роль відіграли православні братства (школи, що мали релігійний характер). Вони займалися друком різноманітних літургійних книжок та підручників і водночас підносили у своїх вченнях українську культуру, а їх праці широко розповсюдились серед інших народів: румунів, сербів, болгар. Саме братства укріпили становище української православної церкви, яка також стала на захист збереження власної самобутності.

**Висновок:** Церква є одним з ключових аспектів у становленні національної ідентичності, що стоїть поряд із мовою, традиціями. Вона має великий вплив на суспільство, адже може як підсилювати процеси становлення власної самобутності певного народу, так і навпаки, протидіяти цьому, що було, наприклад, характерно для періоду царської Росії. На сьогоднішній день церква дедалі більше стає об'єктом політичних дискусій та чинить великий вплив на політичну свідомість людей, хоча її вплив також є обмеженим.

В. О. Дудар  
**РІЗНОМАНІТТЯ СВІТОВИХ МОВ ПІД ЗАГРОЗОЮ ЗНИКНЕННЯ**

Кафедра українознавства  
М. І. Лісовий (доц., к.пед.н.)  
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Згідно з "Атласом мов світу, які перебувають у небезпеці", укладеним ЮНЕСКО, 576 мов - "у критичному стані" і ще багато тисяч – "у групі ризику", що викликає збентеження з боку як простого народу, так і безлічі науковців та дослідників мовної культури.

**Мета:** Привернути увагу до мов, що зникають. Зацікавити молодь у підтриманні належного рівня знання своєї рідної мови та заохотити вивчати нові мови.

**Матеріали та методи:** Український мовно-інформаційний фонд НАН України, наукові статті Global Watchtower. Аналіз наукових джерел.

**Результати:** Вчені схвилювані тим, що кожні 2 тижні вмирає одна з багатьох мов світу. Можна очікувати, що вже через століття майже половина зі 7000 мов світу отримають новий статус – статус вимерлих.

Мови, що вмирають, – це мови, які знаходяться на межі остаточного зникнення. Згідно з поясненням ЮНЕСКО, ризик вимирання мови настає тоді, коли батьки припиняють навчати цієї мови власних дітей та коли вона зникає з ужитку в повсякденному житті.

Якщо лише кілька носіїв похилого віку розмовляють мовою, вона вважається майже вимерлою.

Процес мовного вимирання не є спонтанним. Все це відбувається поступово. Певний народ, який, до прикладу, проживає на чужій території, починає переймати інші традиції, релігійні переконання, а згодом і вивчає мову чужоземців, задля кращого порозуміння. Також багато людей поступово переходять на мови більш економічно стабільних і політично сильних країн. Не останню роль у мовних змінах відіграли й процеси колонізації та глобалізації.

Отже, це не є рішенням певного народу чи окремого носія мови. Багато чого залежить від ходу історії. Мови вмирають через те, що немає жодних документів, звукових записів, а усні пам'ятки забуваються, не передаються з покоління в покоління.

Та не все втрачено! 21 червня 2012 року компанія Google створила особливий проект, суть якого полягає в зборі інформації про зникаючі мови та результатів останніх досліджень у мовній сфері.

Успіх усіх цих намагань значною мірою залежить від розвитку новітніх технологій, адже все взаємопов'язане. Наприклад, мовою черокі вже переклали операційну систему Windows 8, а спеціальний мобільний додаток дозволяє набирати текстові повідомлення 85-ма символами цієї мови. Є безліч веб-сайтів, присвячених певним мовам чи мовам окремих регіонів; вони об'єднують носіїв різних мов і надають їм освітні мультимедійні ресурси. Серед них – проекти Digital Himalayas, Diyari blog, Arctic Languages Vitality, Enduring Voices.

Один із засновників Інституту живих мов, він же – голова лінгвістичного факультету Swarthmore College, вперто йде до своєї мети – запобігти вимиранню світових мов, адже вони несуть у собі неповторну історію, кожнісінька мова – це джерело спогадів, минулого, яке не можна просто вирвати з контексту життя.

**Висновки:** Будь-яка мова важлива для людської спільноти, яка нею користується, а мовне різноманіття важливе для людства в цілому, адже від цього залежить термін існування цивілізації.

М.М. Желізна, Т.С. Смага

## **ПРАВО НА НАЛЕЖНИЙ ОБСЯГ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ГІДНЕ ЗАВЕРШЕННЯ ЖИТТЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.О. Верлан (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Відповідно до ст. 3 та 49 Конституції України людина, її життя і здоров'я визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, а право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування гарантовані державою. Однак реалії сьогодення свідчать про існування проблем у реалізації права на медичну допомогу, зокрема паліативну. Насамперед, це відсутність гарантованого

державою обсягу паліативної допомоги, стягнення плати за надання медичної допомоги та недостатній обсяг фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я. Особливо актуальним є реалізація права на гідне завершення життя. Однією з причин виникнення цих проблем є недосконалість юридичного забезпечення цього права.

**Мета:** Провести ґрунтовний та змістовний аналіз базових законодавчих актів, порівняти їх, обґрунтувати необхідність внесення змін у вітчизняне законодавство з метою підвищення ефективності юридичного забезпечення обсягу паліативної допомоги.

**Матеріали та методи:** Матеріали: Конституція України, Цивільний кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», наказ МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28 вересня 2012 р. № 752.

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

**Результати:** Проблема чинного законодавства у сфері охорони здоров'я відображена в порушенні права людини на забезпечення гідного завершення життя, у зв'язку з чим пріоритетним є закріплення паліативної допомоги не тільки як виду медичної допомоги, а і як права людини.

Кожний невиліковний хворий має право на кваліфіковану, повноцінну і безперервну медичну допомогу при болю та інших фізичних і психологічних симптомах, що заподіюють страждання. Однак законодавчо не вирішеними залишаються питання розробки детальних критеріїв переведення пацієнта на паліативне лікування та відсутність у державному класифікаторі професій спеціальності «паліативна допомога»

Крім того, відповідно до ст. 78 Цивільного кодексу України кожна дієздатна фізична особа, яка за станом здоров'я не може самостійно здійснювати свої права та виконувати обов'язки, має право обрати собі помічника, який на підставі договору з паліативним хворим має право на одержання пенсії, аліментів, заробітної плати, що належать фізичній особі, яка потребує допомоги; вчиняти дрібні побутові правочини в інтересах цієї особи; представляти її в органах державної влади. Проте, внаслідок недосконалість юридичного забезпечення цього права більшість паліативних хворих навіть не знають про передбачену законом можливість обирати помічника.

**Висновки:** Проаналізувавши базові законодавчі акти, які регламентують право на паліативну допомогу, відмічаємо необхідність конституціоналізації та європеїзації вітчизняного законодавства у сфері охорони здоров'я з метою підвищення ефективності юридичного забезпечення права на гідне завершення життя паліативних хворих та належний обсяг медичної допомоги в Україні.

Д.О. Жупанова

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИХОВАННЯ, ПРАВИЛЬНОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ПРОФІЛАКТИКИ НАРКОМАНІЇ

Кафедра філософії та суспільних наук

Л.М. Пономарьова (ст. викладач)

Вінницький фінансово-економічний університет

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За офіційними даними, в Україні зареєстровано 500-550 тисяч наркоманів, з них понад 170 тисяч вживають наркотики регулярно, хоча реальне їх число значно, в десятки разів може бути більшими. З них п'ята частина – школярі, 60% у віці 16-30 років. У сім'ях наркоманів діти починають знайомитися з наркотиками в 6-8 річному віці. Щорічний приріст числа наркоманів збільшується на 5-10%, особливо за останні 5 років спостерігається небачене його зростання. Ця тривожна ситуація вимагає більш глибокого осмислення і реального впливу на спосіб життя молодих поколінь.

**Мета:** Акцентувати увагу молоді на проблемах наркоманії в медичному, соціальному і юридичному аспектах в Україні.



**Матеріали та методи:** Проведено аналіз міжнародних наукових джерел, статистики та інформації з проблеми наркоманії в світі та в Україні.

**Результати:** Наркоманія – прогресуюче захворювання, що руйнує волю, почуття, емоції і функції всіх регуляторних і детоксикаційних систем організму. Медичний аспект включає вплив на нервову систему, соціальні критерії – масштабні впливу на деградацію особистості, юридичні критерії регламентують наркотичні речовини. Відомо декілька груп наркотичних речовин, тому в класифікацію наркотиків входять: опіюідні анальгетики, стимулятори, алкоголь, нікотин, транквілізатори і снодійні. При передозуванні настає кома зі смертельним результатом – від паралічу дихального центру, зупинки серцевої діяльності. Ринок нових психоактивних речовин в Україні швидко розвивається: найбільш поширений, як і в Європі, канабіс, опіати, макова соломка та їх аналоги, амфетаміни, психотропні речовини. До «елітних» наркотиків відноситься кокаїн, але в умовах європейського достатку краще застосовують героїн. Промислові райони України, з капіталом і фінансами – сприятливе підґрунтя для наркобізнесу і наркотрафіку (Одеса, Дніпро, Харків, Запоріжжя, Донецьк, Київ, в західних регіонах – Львів, Закарпаття, Волинь, Рівне). Особистості наркоманів, як «наркоманські типажі», надзвичайно різноманітні – від кримінальних до обдарованих інтелектуальних людей, але з «виворотом» поведінки в сім'ї, де вони приносять горе або навіть смерть. Наркоманом може стати будь-хто, якщо він навіть один раз «пробував» наркотик. Придбання наркотиків можливо через інтернет, «закладки», мобільний зв'язок, з рук в руки. В українському законодавстві відповідальності за вживання наркотиків відсутня, однак вона поширюється на виготовлення, придбання, зберігання або їх перевезення (Ст. 309 КК). Добровільне звернення за медичною допомогою і лікуванням звільняє наркомана від кримінальної відповідальності, також як і допомогу юристам при «здачі» препарату.

**Висновки:** Багатогранні аспекти наркоманії вимагають активної реалізації різноманітних спектрів впливу на молоді покоління, з метою обмеження поширення цих людських трагедій.

Б. В. Козяр

## 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, Україна

**Актуальність:** ПАР (наркотичні засоби, психотропні речовини, їх аналоги та прекурсори) впливають на роботу головного мозку людини: прискорюють передачу сенсорних сигналів або перешкоджають нервовим центрам виконувати свої функції залежно від прийнятої дози та рівня небезпечності речовини. Зловживання може спричинити наркоманію, токсикоманію, алкогольну та ніотинову залежність, фармакоманію; обережне застосування, контрольоване медичним працівником, навпаки створює сприятливі умови для лікування таких хвороб, як епілепсія, глаукома, деякі види раку, анорексія, хвороба Альцгеймера, Паркінсона, Крона, деменція. У даній роботі аналізується зв'язок назв наркотичних речовин з їх властивостями і ефектами на організм людини.

**Мета:** з'ясувати походження назв психоактивних речовин, їх семантику та відповідний вплив на психічне та фізичне здоров'я.

**Матеріали та методи:** аналіз публікацій наукових досліджень, статистична обробка даних, аналогія.

**Результати:** наркоманія (з грец. *narkoticos* — той, що одурманює і *mania* — безумство) – термін, що передбачає виникнення змін у стані людини при тривалому вживанні у наростаючій кількості речовин з психотропними властивостями. У 1964 році ВООЗ запропонувала альтернативний термін «залежність від психоактивних речовин» (з грец. *psyche* — душа). Семантичний аспект назв наркотичних речовин пояснюється хімічним складом, походженням та особливостями застосування. Наприклад, ефедрин (лат. *Ephedrinum* — від назви основної складової рослини лат. *Ephedra*) – прекурсор, є заміником

адреналіну. Ацетон(з лат. acetum — оцет – отримували при нейтралізації вапном деревного оцту) – отрута, відноситься до малонебезпечних речовин. Морфін( від імені давньогрецького бога сновидінь Морфея — Morpheus або Morpheas) — наркотична речовина, міститься в маку снодійному (Papaver somniferum); це наркотичний анальгетик, заспокійливий та снодійний засіб, обіг якого обмежений і контролюється. Має похідні, серед яких апоморфін, кодеїн (метилморфін) і героїн (лат. heroicus – сильнодієвий) — диетилморфін — є менш небезпечним як знеболювальний засіб. Дані речовини – опіати. Опій (з лат. opium, грец. opos – рослинний сік) — наркотик, що отримується з висушеного на сонці молочного соку. Лауданум (лат. laudare — «хвалити») – опіумна настоянка на спирту. Конопля (лат. Cannabis) — має кілька назв: астеріон (зіркоподібна(з лат. astra – зірка)), схенострофон(та, що крутить канати) — містить канабіоїди, ПАР, є сировиною для виготовлення марихуани та гашишу. Екстазі (з грец. ekstasis) – сленгова назва метилендиоксиметамфетаміну) – заборонена до обігу наркотична речовина, негативно впливає на психіку та загальний фізичний стан людини. Назва наркотику характеризує ефект після вживання – ейфорія, задоволення.

**Висновки:** у психіатрії та наркології терміни здебільшого мають латинське або грецьке походження, переклад відповідає шляху отримання речовин, будові або впливу на функціонування організму як в цілому, так і окремих його складових.

А.В. Комарницька  
**РИНОК ТУРИСТИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ:  
СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**

І.А. Марчук (ст. викладач)  
кафедра філософії та суспільних наук  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Одним з ключових для економіки розвинутих країн світу є ринок туристичних послуг. Статистика Всесвітньої ради туризму й подорожей повідомляє, що 2017 року внесок туристичної галузі у світовій ВВП наблизився до 8000 млрд. дол., що еквівалентно 10% від його абсолютних цифр. При цьому на туризм припадає 4,3% від загального обсягу світових інвестицій, що забезпечує 105 млн. прямих і 276 млн. непрямих робочих місць у суміжних галузях.

В Україні існують всі передумови для розвитку туристичної сфери. Зручне географічне розташування, сприятливий клімат, різноманітний рельєф, культурно-історична спадщина, розгалуження санаторно-курортних баз – всі ці фактори зумовлюють конкурентні переваги України у пропонуванні туристичного продукту. Туристичний потенціал України сьогодні розкрито не повною мірою, про що свідчить частка туристичної галузі у структурі ВВП країни, 1,5 – 2,5%. Тому ця проблема є актуальною і потребує подальшого дослідження.

**Мета робити:** дослідити сучасні тенденції та перспективи розвитку туризму в Україні. Для досягнення зазначеної мети необхідно виконати завдання: з'ясувати сутність поняття «туризм», «туристична політика»; проаналізувати сучасні тенденції розвитку ринку туристичних послуг в Україні; визначити перспективи розвитку туристичної індустрії в Україні та окреслити заходи щодо удосконалення механізму регулювання ринку туризму в Україні.

**Матеріали та методи:** Д.Прейгер, І.Малярчук “Розвиток іноземного туризму в Україні в контексті розбудови міжнародних транспортних коридорів”; В. Цибух. "Конкурентоспроможність української економіки: орієнтири макрополітики в кризових умовах"; А.П. Голіков. Український туризм “Галицькі контракти”; аналіз та узагальнення.

**Результати:** У результаті дослідження з'ясовано, що із загальної кількості реалізованих путівок населенню 2017 року 26,4% припадає на внутрішній туризм, 72,2% – виїзд за кордон і лише 1,34% – іноземним громадянам для подорожі в межах України. Аналіз структури туристичних в'їзних потоків за країнами показує, що сьогодні наш туристичний продукт популярний лише серед туристів країн СНД та

країн ближнього зарубіжжя. Варто врахувати, що громадяни сусідніх країн використовують територію України як транзитну для своїх подальших подорожей.

Для того, щоб туризм став однією із найбільш розвинених галузей України потрібно популяризувати внутрішній туризм, систематично проводити активні рекламні кампанії як в Україні, так і за кордоном, розробляти програми залучення іноземних туристів, розвивати туристичну інфраструктуру тощо. Тому основним завданням кожного структурного регіону України має стати визначення туризму як одного з пріоритетних напрямів розвитку.

**Висновок:** проведений аналіз розвитку туристичної сфери України дозволив зробити висновок про неефективне використання туристичного потенціалу і переваг країни в пропонуванні туристичного продукту. Низький внесок туристичної сфери у ВВП країни, незначна частка експортних надходжень від туризму, скорочення потоку іноземних туристів – лише частина проблем туристичної сфери України. Значну конкуренцію з європейськими компаніями на туристичному ринку можна виграти тільки шляхом пропонування якісного туристичного продукту.

М.С. Крижановський

## ПРОБЛЕМИ СВОБОДИ У ФІЛОСОФСЬКИХ ПОГЛЯДАХ ФРІДРІХА НІЦШЕ

Кафедра філософії та суспільних наук

К. М. Вергелес (к.філос.н. доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Проблема свободи людини поставала у всі часи історії філософії, починаючи з Античності і закінчуючи теперішнім часом, де демонструє свою актуальність. Творчість Ф. Ніцше є яскравим прикладом того, що він сам ставився до цієї проблеми з особливою увагою. Він акцентує свою увагу саме не на фізичній свободі, політичній чи соціальній, а об'єктом свободи у нього є духовна, внутрішня, самоусвідомлена свобода. В сучасних проявах суспільного буття не кожна людина може бути вільною і не має бути вільною, оскільки не кожній людині дозволено бути вільною. Свобода – це привілей окремих індивідумів.

**Мета.** Дослідити основні положення Свободи у філософії Ф. Ніцше та звернути увагу сучасного суспільства й на те коло питань, які безпосередньо або опосередковано впливають саме з проблеми Свободи при її розгляданні.

**Матеріали та методи.** В роботі проаналізовано праці Ф. Ніцше «Воля к власти», «Так говорив Заратустра», Э. Фромма, Садовникова В. Н. «Чему учил и не учил Заратустра», Аристотель «Политика». Використано аналітичний метод порівняльного аналізу.

**Результати.** Досліджуючи дану проблему нам потрібно звернутися до витоків філософії, тобто до праці Аристотеля «Політика», в якій він стверджував, що одні люди народжуються господарями, панами, хазяїнами, інші – рабами по свому внутрішньому, духовному стану. У сучасному суспільстві абсолютно всі люди апріорі не можуть бути вільними. Завжди будуть ті, хто керує і ті, хто підкорюється, бо за таких обставин краще буде і тим, і іншим. Це називається, за Ф. Ніцше, пірамідою культури. Необхідно розпочати з себе. Сократ казав: «Nosce te ipsum». Ніцше стверджує, що не кожен може гідно пронести свій тягар свободи через своє життя. Цей стан потребує від людини великих зусиль, оскільки така людина повинна розпочати шлях до свободи з очищення свого духу і розуму. Потрібно здійснити повне очищення духу, що є довготривалою та важкою працею над собою. Людина працює над вдосконаленням себе самої для того, щоб стати вільною. Самовдосконалення людини не є вродженою

характерністю, це не є «дар Божий». Постає вічне питання: що робити людям, які є у полоні неволі. На це питання Ф. Ніцше дає особливе пояснення, що такій людині необхідне «диво», тобто чийсь авторитет, а саме на кого і на що вона може сподіватися, присвятити життя. Цим авторитетом є саме віра, християнство, релігія, Бог... За Ніцше, весь тягар сучасної європейської культури, освіти і цінностей лягає на людину, адже трапилася втрата віри в абсолютні моральні закони, тобто віри в Бога як ідеї зовнішньої причини. В усіх проблемах, негараздах сучасного світу винна саме людина. Було б більш комфортно, якби Бог давав людині право обирати між шляхом спасіння душі і шляхом гріха, але Ніцше не бачить в християнському Бозі того, щоб він наділяв людину вільною волею. Філософ відразу стверджує: «Бога немає, Бог помер» – вся відповідальність покладається тільки на людину. Саме така відповідальність – доля вільної особистості.

**Висновки.** Свобода може бути дарована лише благородній людині, яка наділена моральними якостями справедливості, помірності і духовної рівноваги. Така людина ніколи не потребуватиме ніякого примусу зовні. Свобода за Ніцше – це воля до власної відповідальності. Ставши на цей шлях, доведеться нехтувати багатьма речами: комфортом, щастям і, навіть, життям.

М.В. Кудря, К.М. Вергелес  
**АНТРОПОЛОГІЧНІ БАЗИСИ В САМОПІЗНАННІ ТА УСВІДОМЛЕННІ ІСТИНИ:  
ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ**

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М. Вергелес

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сучасний темп життя все менше залишає часу людині для себе, для самопізнання, для усвідомлення свого буття. І для того, аби не втратити у вирі подій себе, людина повинна приділяти час для того, щоб здійснити філософський аналіз своїх вчинків та слів.

**Мета:** Висвітлення актуальності питання самопізнання та усвідомлення істини.

**Матеріали та методи:** Гносеологічний; методологічний метод; В.Г. Кремень «Філософія: мислителі, ідеї, концепції»; М.І. Горлач «Філософія».

**Результат:** «Пізнай себе, і ти пізнаєш світ» – даний вислів був, є і залишається актуальним у всі часи і тепер. Виникає питання яке турбувало всіх філософів та у всі часи: у чому ж полягає вічна таємниця самопізнання. Шлях самопізнання є непростим, оскільки є довготривалим та має надзвичайні труднощі у процесі прийняття себе такого, яким я є насправді. Пізнати себе досить не просто, оскільки це означає, що кожному потрібно чесно та справедливо усвідомити себе в контексті своїх справ, розділивши їх на моральні та аморальні. Досить короткий шлях розмежувань добра та зла визначається у тривалості життя кожного з нас. На нашу думку, потрібно розпочинати цей шлях з добродісного та щирого аналізу своїх дій у відповідності до загальноприйнятих моральних норм суспільства. Філософський підхід до даного питання потрібно розпочинати з традиційного питання, наприклад, скільки разів на день ми обмірковуємо сказане чи зроблене нами. Даючи чесну відповідь, напевне, не досить багато, десь один, два рази, а інколи навіть і менше, а можливо і зовсім не зупиняємось над зробленим. Слова та вчинки є дзеркалом нашого «Я». Лише перед собою ми можемо бути чесними, без «акторської гри». Аналіз наших вчинків через самопізнання допоможе зрозуміти свою місію та призначення у житті. Всі питання до самого себе ототожнюються з відомими питаннями І.Канта: 1) що я можу знати, 2) що я повинен робити, 3) на що я можу сподіватись; саме вони дають можливість дати відповідь на питання, які турбують кожного з нас: «Хто Я»; «Яка моя місія»; «Який слід залишу по собі»; «Ким я хочу стати і бути»; «Що я прагну отримати та досягти» та безліч інших. Самопізнання розпочинається з осмислення

свого розуму, світогляду та усвідомлення буття. Осягнення самого себе та гармонія між тілом та душею відкриває шлях до щастя, успіху, самоствердження та удосконалення. Шлях до внутрішньої гармонії є довгим та тернистим, гарним прикладом для нас можуть бути тибетські монахи із своїм вмінням пошуку балансу. Для кращого та швидшого знаходження цього балансу ми звернемося до праць відомих філософів. Одним із наставників на цьому шляху може стати Григорій Савович Сковорода.

«Головна мета життя людини, голова вчинків людини є дух його, думки, серце. Кожен має мету в житті, але не кожен цікавиться головою життя, інший – черевом життя, тобто всі свої справи робить так, щоб дати життя череву, інший очам, інший ногам та іншим членам тіла, інший ще вбранню та бездушним речам; філософія або любомудріє прагне всіма вчинками своїми до того кінця, щоб дати життя духу нашому, благородство серцю, ясність думкам, яко голові всього. Коли дух у людині веселий, думки спокійні, серце мирне, то все світле, щасливе, блаженне – це і є філософія», саме так пропонує пошук істини український філософ та подорожуючий мислитель. «Український Сократ» ототожнював людину з найвищим та найпрекраснішим створінням Божим і закликав осягати себе та свою душу. Він пропонує себе розглядати через такі почуття як, віра, надія та любов, та з повною їм протилежністю: сум, жаль, туга, страх. На думку Г.С. Сковороди, світ складається з трьох світів 1) макрокосм (Всесвіт великий світ); 2) мікрокосм (світ земний, сама людина); 3) світ символів (Бог, Біблія).

Саме на основі цього вчення він створив трьохступеневу ідею самопізнання: 1) пізнання себе як самовласного буття, тобто самоідентифікація особистості, 2) пізнання себе як суспільної істоти, 3) пізнання себе як буття, що відбувається за прообразом і подобою Божою. Сковорода присвятив досить багато часу для того, щоб осягнути та пізнати людину у всіх аспектах її буття. На основі своїх досліджень він написав праці, які є безцінними для кожного, хто хоче розпочати свій шлях до самопізнання. Так, наприклад, це: трактат «Наркіс», твір «Розмова п'яти подорожніх про істинне щастя у житті». В цих працях він зазначав те, що «Щастя твоє в тобі самому: пізнавши себе, пізнаєш усе, а не пізнаєш себе – ходитимеш у темряві і боятимешся там, де страху не було. Пізнати себе вповні, пізнати і здружитися з собою – се невід'ємний світ, справдешнє щастя і досконала мудрість».

**Висновок:** Отже, філософія є невід'ємною частиною нашого буття, особливо для медиків, бо вона є певним орієнтиром та своєрідним ключем до відкриття таємничих дверей самопізнання та істинності нашої місії. Для логічного та несуперечливого підтвердження вище викладеного наведемо слова великого та величного мислителя античності Сократа: «Неосмислене життя не варте того, щоб його прожити».

Н.В.Лепак

«ПОЕЗІЯ – ЦЕ ЗАВЖДИ НЕПОВТОРНІСТЬ...»

Кафедра українознавства

Л.І.Дмитрук ( канд. філол. наук, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність роботи:** вивчення творчості Ліни Костенко – одіозної і геніальної поетеси – питання вкрай цікаве і неоднозначне, оскільки вона залишила великий слід у житті цілого покоління людей.

**Мета роботи:** полягає у поглибленому аналізі мислення Ліни Костенко у контексті духовних осягнень поетесою людського буття.

**Матеріали та методи роботи:** аналіз творчості Ліни Костенко здійснюється за допомогою біографічного, формального, стилістичного методів та мікроаналізу на основі життєвого і творчого шляху поетеси.

Поезія – це мова серця, стан душі, біль тіла та найголовніше – цілющий ковток для зцілення людського життя.

Серед кращих винаходів людства поезія займає почесне місце. Скільки століть люди намагаються розумом пояснити чудо поезії! Чому вірші здатні чарувати, підбадьорювати, надихати на подальшу

боротьбу? Або, навпаки, заспокоювати, зцілювати душу. Як вдається поетам так глибоко проникати в людські почуття? Так ніжно розповідати про кохання...

Ліна Костенко... Ніжна й водночас сильна, принципова жінка з чоловічим характером, сталеними принципами та поглядами на життя, яскрава й самобутня представниця незабутньої когорти «шістдесятників», лауреат Шевченківської премії. Її біографію обов'язково потрібно прочитати кожному свідомому українцю. Своїм життям та творчістю геніальна письменниця заслужила титул сумління нашої нації. Але для неї це не є важливим, адже відмовилася від премії «Золотий письменник України», не пояснивши нічого жодним словом, і від звання Героя України, яке хотів їй вручити В.Ющенко, а фраза «Політичної біжутерії не ношу» стала мало не афоризмом. Ліна Костенко одна з тих, хто не втратив людської гідності в часи випробувань, і її шістнадцятирічне мовчання не виглядало як слабкість чи компроміс з владою, бо свою позицію поетеса завжди виражала прямо і відкрито: її принциповість і прямота настільки лякали й дратували представників влади, що вони з величезним задоволенням у будь-який спосіб примусили б її мовчати. Але Ліна Костенко мала таку велику популярність і любов читачів, що чиновники просто боялись її чіпати. Останнім часом мріє писати вірші не з політичним забарвленням, а «малювати птиць срібним олівцем на лляному полотні». Творчість Ліни Костенко стала небуденним явищем сучасної української літератури, явищем, котре помітно вплинуло на весь її подальший розвиток.

Ліна Костенко – наша сучасниця, її твори актуальні і живі, вони нікого не можуть залишити байдужими. Її творчість – приклад вірного служіння народу і людству. Тому не слід відвертатися від того, що створювалося віками, адже Ліна Костенко говорить щиро, всією душею.

**Висновки:** Творчість Ліни Костенко – явище неповторне. За своєю популярністю її можна порівняти із Т.Г.Шевченком. Та все ж творчість Ліни Костенко вивчена ще недостатньо і потребує детального і глибинного аналізу в перспективі.

А.В.Лисенко

## СУЧАСНА УКРАЇНСЬКА ЛІТЕРАТУРА ВІННИЧЧИНИ

Кафедра українознавства

Л.І.Дмитрук ( канд. філол. наук, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність роботи:** Питання сучасної української літератури Вінниччини – на даний час актуальне і маловивчене.

**Мета роботи:** проаналізувати творчість вінницької письменниці Юлії Гук.

**Матеріали та методи роботи:** аналіз твору здійснюється на основі роману Юлії Гук «Німа» за допомогою формального, стилістичного методів та мікроаналізу.

Література – це те, що складно описати навіть словами. Адже вона сповнена всього, що людство пережило за всю історію існування: історію, легенди і міфи, почуття і переживання.

Щодо української художньої літератури, то на мою думку, її історія варта того, аби нею пишались. На сучасному етапі розвитку вона не поступається рівнем якості світовій. Однією з яскравих її представниць є українська письменниця Юлія Гук, що родом з Вінниці. Гідним уваги читачів і критиків є її роман «Німа». Історія дівчини, що переживає не найкращі моменти свого життя є настільки правдивою, що кожен, хто візьме до рук цю книгу, знайде там частинку себе. Написано простою мовою, без ідеалізованих героїв, а розвиток подій захоплює з перших сторінок. Головна героїня на ім'я Тасіта, здається, знаходиться на самому дні соціуму: художниця, без освіти, роботи, з купою проблем в сім'ї і шкідливими звичками. Можна подумати, що будь-яка надія на світле, щасливе майбутнє покинула її, і все, що її очікує – деградація і розпад особистості. Але за допомогою батьків, вона знаходить роботу і намагається підлаштуватись під звичний усім світ. В нашому житті ми часто задаємось питаннями: хто ми, звідки і навіщо. Це підштовхує нас до пошуків сенсу життя, становлення себе, чим і займається

Тася. Але вона вибрала інший шлях. Через помилки і падіння, невдачі і марні спроби вона не полишає своєї мрії стати відомою художницею і досягти визнання у всьому світі.

Так часто і трапляється, ми пливемо, як риба в мутній річці і не знаємо, чи то правильно і як треба. Але в житті немає чорного та білого, зла і добра, все залежить від того, як ми до цього ставимось. Можливо те, що здається, вбиває нас, заважає жити, робить насправді міцніше і сильніше, допомагає стати тими, ким ми маємо бути, аби життя склалось так, як того хотілось би. Доля постійно нас випробовує і перевіряє, як на цей раз ми засвоїли її урок. Не варто думати, що світ жорстокий і темний, немає щастя і немає ніде «твоеї людини». Просто всьому свій час і місце.

Це проста і стара як світ мораль закладена в романі. Прочитавши його, можна знайти сили рухатись далі і подивитись на життєві труднощі з іншого боку, прийняти це, як шанс прокинутись завтра кращим, ніж був учора.

**Висновки:** на сучасному етапі розвитку українська література має яскравих представників, серед яких чільне місце займає Ю.Гук. Творчість письменниці є цікавою для молоді і її варто почати вивчати на уроках української літератури при вивченні тем з літератури рідного краю.

О.М. Лопушанський

### НАЗВИ СИНДРОМІВ ЛАТИНСЬКОЮ МОВОЮ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Г.Т. Михайлюк (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність.** Завдання клінічної термінології – лаконічно, однозначно та максимально коректно дати тлумачення кожному конкретному предмету медичного дискурсу, назвам синдромів зокрема, сформувані єдину систему патологічних понять як засіб професійної комунікації.

**Мета.** Відбір та дослідження структурно-семантичних особливостей функціонування найменувань синдромів латинською мовою та їх переклад українською.

**Матеріали:** тритомний енциклопедичний словник медичних термінів, чотиритомний українсько - латинсько - англійський медичний енциклопедичний словник (УЛАМЕС), двотомний ілюстрований медичний словник Дорланда.

**Методи:** описовий, теоретичний аналіз, систематизація.

**Результати.** Синдром – *syndrōnum* (від грецьк. σύνδρομη – збіг) – це: «сукупність ознак, об'єднаних спільним патогенезом». Синтаксис таких термінів формується за принципом неузгодженого означення або означення – приклади (*SNS + SNS: syndromum Duane*; *SNS + SNS + SNS: syndromum Rendu-Osler-Weberi*; *SNS + SGS: syndromum Goodmani*). В окремих термінах синонімом до іменника *syndromum* виступають іменники *anomalía (anomalía Uhli)*, *deformitas (deformitas Sprengeli)*, *deformatio (deformatio Madelung)*, *malformatio (malformatio Chiari)*, *vitium (vitium Uilky)*.

Навколо термінів з епонімічним компонентом постійно ведуться дискусії. Цим пояснюється їх синонімічна варіативність. Наприклад, *syndromum Meniere* має три синоніми (*morbus Meniere*, *hydrops endolymphaticus*, *vertigo labyrinthica*), *syndromum Ota* - чотирнадцять. На нашу думку, наявність кваліфікаційного синоніма (*syndromum Leineri* або *dermatitis desquamativa Leineri*) є більш інформативним і краще розкриває суть номінації.

Варіативні найменування зі зміною порядку розміщення прізвищ називають абсолютними синонімами (*syndromum Furst - Ostrumi* або *syndromum Ostrum - Fursti*).

Прізвище вченого розглядається як запозичення і графічно оформлюється згідно правил нових мов (*syndromum de Lange*, *syndromum Rendu - Osler - Weberi*).

**Висновки.** Назви синдромів – це терміни - епоніми. Використання цих найменувань пройшло випробування століттями та кваліфікаційні еквіваленти (складні ті багатослівні номени, сконструйовані

на базі грецько – латинських терміноелементів) не змогли витіснити їх з вжитку і в своїй більшості сьогодні залишаються засобом комунікації медичних фахівців.

О.М. Лопушанський  
**ОСОБЛИВОСТІ СІТЬОВОГО МАРКЕТИНГУ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ ДОБАВОК**

І.А. Марчук (ст. викладач)  
кафедра філософії та суспільних наук  
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** З метою зниження матеріальних витрат деякі компанії реалізують лікарські засоби сумнівної якості, до того ж зареєстровані не як лікарські препарати, а як біологічно активні добавки шляхом сітьового маркетингу. У зв'язку з цим ряд біологічно активних добавок (БАД) має істотний, ніяк не контрольований вплив на здоров'я людини, а їх виробництво стало одним з найвигідніших видів бізнесу.

**Мета:** дослідити маркетингові ходи, за допомогою яких певні виробники БАД вводять в оману споживачів.

**Матеріали:** У ході наукової роботи були використані дані досліджень NCBI (National Center for Biotechnology Information)

**Методи:** описовий, теоретичний аналіз, систематизація

**Результати:** Виробництво і збут БАД регулюються наказом МОЗ України № 222 «Про затвердження Санітарних правил і норм по застосуванню харчових добавок» від 23.07.1996. Із цього випливає, що БАД – не ліки. Але більшість дистриб'юторів намагаються запевнити споживача у протилежному. Реалізація БАД здійснюється за рахунок багаторівневого («сітьового») маркетингу. Ця система мотивує споживача поширювати куплений товар, отримуючи додатковий прибуток. Отже, сітьовий маркетинг представляє собою єдину систему виробництва і збуту товарів шляхом прямого їх пропонування споживачам, створюючи спеціальні мережі, де практично відсутні класичні ланки оптово-роздрібної торгівлі. Кожен вищий рівень залучає до процесу нижчий, а кількість залучених осіб зростає в геометричній прогресії. Завдяки такому рівню мережі отримується суттєвий відсоток товарообігу. Таким чином різко скорочуються витрати на рекламу товару, скорочується шлях руху до покупця. Сьогодні у усьому світі налічується близько 600 компаній, що працюють з використанням стратегії багаторівневого маркетингу. Подібні компанії зацікавлені у дезінформації споживача. Це виявляється у навмисному замовчуванні та викривленні інформації (маніпуляції даними). Найбільш небезпечним засобом маніпуляції інформацією про БАД є її навмисне спотворення. Маємо на увазі кількісне і якісне спотворення інформації, перебільшення властивостей та применшення шкоди. Дуже часто дистриб'юторами використовується прийом психологічного програмування (маніпуляція свідомістю). Для цього створюються умови, в яких реакція суб'єкта повністю залежить від дій його партнера. Багаторівневий маркетинг побудований на збільшенні товарообігу, тому дохід представників цієї сфери бізнесу безпосередньо залежить від обсягу реалізованої продукції.

**Висновки:** Бізнес, що пов'язаний з БАД, наразі є одним з найприбутковіших. В його основі лежить метод сітьового маркетингу, що дозволяє одразу ж збільшити кількість потенційних покупців та дистриб'юторів. Типовими ходами шахраїв є замовчування та викривлення дійсної інформації, що дуже часто призводить до каліцтва та навіть летальних випадків.

І.С. Магдич  
**ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ: СТАН ЗАКОНОДАВЧОГО ЗАКРІПЛЕННЯ І ПРАКТИКА ЗАСТОСУВАННЯ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права



**Актуальність:** Охорона здоров'я є одним з найголовніших чинників забезпечення добробуту населення, а також формування передумов для відтворення та розвитку людського потенціалу країни. Водночас, однією із головних проблем даної галузі є недостатність фінансових ресурсів та низька якість медичного забезпечення. В сучасних умовах, підвищення ефективності системи охорони здоров'я в Україні потребує проведення змістовних реформ та трансформацій галузі, в тому числі шляхом створення діючого механізму медичного страхування.

**Метою** публікації є аналіз теоретичних та нормативно-правових аспектів впровадження системи добровільного медичного страхування громадян.

**Матеріали та методи:** Добровільне медичне страхування являє собою різновид особистого страхування призначене для захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Нормативно-правовою базою для добровільного страхування в Україні є норми статті 6 Закону України «Про страхування» від 7 березня 1996 року № 85/96-ВР. Конкретні умови медичного страхування визначаються шляхом укладання відповідного договору між страхувальниками – окремими громадянами, або підприємствами, що представляють інтереси громадян та страховиками – страховими компаніями, що мають відповідні ліцензії на здійснення цього виду страхування. Органом державної влади, що здійснює ліцензування вказаних видів діяльності є Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. Договір медичного страхування укладається відповідно до вимог Цивільного кодексу України в письмовій формі або шляхом отримання страхувальником страхового свідоцтва (поліса, сертифіката).

Об'єктом добровільного медичного страхування є майнові інтереси страхувальника (застрахованих осіб), що пов'язані з витратами на отримання медичної допомоги, потрібної фізичній особі.

На ринку добровільного медичного страхування України працює понад 90 страхових компаній. Разом з тим, ринок добровільного медичного страхування є малорозвиненим та покриває незначний відсоток від дієздатного населення.

**Результати:** У ході аналізу нормативно-правового забезпечення діяльності медичного страхування виявлено застарілість існуючої правової бази. Діючий галузевий закон прийнятий у 1996 році не враховує сучасних вимог до сфери медичного страхування. Окрім того, в Україні відсутнє окреме законодавство як по загальнообов'язковому так і по добровільному медичному страхуванню.

**Висновок:** Перевагами добровільного медичного страхування є гнучкість та індивідуальний підхід до страхувальника. Такі програми страхування можуть бути як доповненням так і ефективною альтернативою загальнодержавному страхуванню. Однак, для повноцінного запровадження добровільного страхування в Україні необхідно здійснити реформи медичної галузі, зокрема актуалізувати законодавчу базу, забезпечити фінансову стабільність та прозорість роботи у страховій сфері та, як результат, підвищити довіру у населення до страхових компаній.

С. П. Мальчик

### РЕКЛАМА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

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:** Фармацевтичний ринок вважається одним з найприбутковіших, тому реклама лікарських засобів на території нашої держави є досить розповсюдженою, адже це спосіб донесення інформації до населення про легкий та доступний метод лікування різних захворювань.

**Мета:** Дослідити правовий аспект рекламування безрецептурних лікарських засобів та вплив інформації на населення.

**Матеріали та методи:** Нині фармацевтична реклама - це найбільший сегмент рекламного ринку на телебаченні України. Нормативно-правовою базою для реклами лікарських засобів в Україні є норми статті 21 Закон України від 11 липня 2003 р. № 1121-IV. Згідно цієї статті дозволяється реклама лише визначених лікарських препаратів, що видаються без рецепту лікаря, вона не повинна містити посилань на терапевтичний ефект щодо захворювань, які важковиліковні.

Перелік лікарських засобів, заборонених до рекламування, та критерії, що застосовуються під час визначення таких лікарських засобів затверджуються МОЗ України. Вимоги до реклами таких препаратів встановлюються Законом України «Про рекламу».

Проблема реклами ЛЗ є важливою, тому що це може призвести до небажаних і неконтрольованих ускладнень, впливає на статичні дані про працездатність і скорочення тривалості життя.

**Результати:** У ході аналізу нормативно-правового врегулювання реклами лікарських засобів можна зробити припущення щодо недоліків та застарілості існуючої правової бази. Діючий закон прийнятий у 2003 р. не враховує різноманіття фармацевтичного ринку та наслідки вживання ліків. Окрім цього, в Україні варто було гармонізувати чинне законодавство з нормами ЄС та встановити чіткий контроль за змістом реклами.

**Висновок:** Виходячи з вище вказаних тез, можна зазначити, що реклама лікарських засобів потребує правового вдосконалення, що врегулює проблему випадків самолікування серед населення.

Г.Г. Мамедова

## ЕПІСТОЛЯРНИЙ ЖАНР ЯК РІЗНОВИД МІЖОСОБИСТІСНОЇ КОМУНІКАЦІЇ

Кафедра українознавства

Я.С. Білик (к. філол. н., доц.)

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

**Актуальність:** В останні десятиліття процеси, які відбуваються в житті соціуму з розвитком комп'ютерної мережі Інтернет, призвели до зміни комунікативної парадигми, якісним і кількісним змінам у мові. Д. Ліхачов відзначав, що листи вже в 1988 році практично витіснені телефонними дзвінками. Суспільство відчуває постійну потребу у спілкуванні. І в минуле канули ті часи, коли процвітав епістолярний стиль, а листи берегли й передавали з покоління до покоління як духовну цінність.

**Мета:** з'ясувати основні зміни традиційних форм листування, а також визначити форми епістолярного стилю.

**Матеріали та методи:** для дослідження послужили праці таких учених як Л.В. Нижникова (приватні листи), І.П.Лисакова (історичний та соціолінгвістичний аспекти). Для реалізації визначеної мети за основу бралися **методи:** описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Стиль епістолярію від берестяних грамот і до листів, як правило, представляють не лише феномен писемної ментальності певної доби, але й писемної індивідуальності особистості. Тому саме зараз епістолярна спадщина має якнайбільшу цінність, в якій розкривається писемне спілкування людей між собою (відчуття певних емоцій від близької людини тощо).

Також практично не використовують епістолярій і сучасні письменники, оскільки в реальному житті він дуже рідко використовується. А комп'ютеризація й Інтернет призвели до появи нових видів літератури, які базуються на електронному листуванні й новітніх технологіях. Адже тепер можна вести розмову на відстані (спілкуючись по телефону), або навіть бачити співрозмовника через скайп. Необхідність писати листи наразі максимально зникає. Проте це не означає, що даний стиль пішов з нашого життя. Він і досі популярний, але завдяки набутим іншим формам. На сьогодні листування переходить в електронну форму (смс-повідомлення, або через Інтернет: соціальні мережі). Хоча важко назвати листом у

традиційному сприйнятті «повідомлення» через Інтернет, оскільки такого роду обмін новинами передбачає швидку передачу інформації. Особливості подібних повідомлень в соціальних мережах актуальні для більшості молоді. Електронний лист, як відзначає М. Кронгауз, – це демократичний і різноманітний стиль (жанр), основною особливістю якого є поєднання компонентів усного й писемного етикету. В інтернет-комунікації є свої закономірності (листи коротші, важливі мовленнєві й етикетні елементи опускаються, мовна різноманітність біднішає, інтернет-сленг переходить до загальноповиваної лексики). Все це змінює свідомість особистості, образ життя й мислення, що в свою чергу, впливає й на мовну ситуацію. З'являється новий жанр – інтернет-спілкування з новим формуванням нового стилю в мові.

**Висновки:** Таким чином, роль епістолярних стилів в сучасному світі значно змінилась. Листи стали скорочуватися, але зберегли за собою трансляційно-кумулятивну, фактичну, емоційно-оцінювальну й експресивну функції. Сформувався також інший інвентар комунікативних стратегій в епістолярному дискурсі.

В. В. Матвеев

## НОВИЙ ПРОЕКТ УКРАЇНСЬКОГО ПРАВОПИСУ: ПОГЛЯД У МАЙБУТНЄ

Кафедра українознавства

М. І. Лісовий (доц., к.пед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Міністерство науки та освіти України презентувало новий проект Українського правопису. Це викликало широкий резонанс у суспільстві та потребує глибокого вивчення.

**Мета:** доступно й на прикладах висвітлити суть проекту змін. Провести аналіз сприйняття нового українського правопису серед студентів першого курсу. Проаналізувати доречність таких нововведень.

**Матеріали та методи:** наукові статті з бази досліджень Google Scholar, спеціальна література. Проведення й аналіз анкетування. Аналіз наукових джерел.

**Результати:** Міністерство науки і освіти презентувало новий український правопис. Його розробила Українська національна комісія з правопису. Правописна комісія повернула до життя низку особливостей «харківського» правопису, який затвердили в 1928 році. На переконання членів комісії, їхнє поновлення має наукове підґрунтя. Ідея змінити правопис виникла через те, що українська мова, як і будь-яка інша, розвивається й неодмінно народжує нові явища. Основною ознакою данного правопису є наявність певної варіативності у спірних випадках. Новий український правопис дозволяє варіативність використання відповідних літер у чотирьох випадках. Проект рекомендує писати «и» та «і» на початку слова перед приголосними «н» та «р». Тобто, обидва слова – *індик* та *индик* – згідно з новим правописом, будуть правильними. Окремі слова й похідні від них, серед яких вигуки і частки пропонують писати з літери «и». Скажімо, *икавка*. В узвичаєних в українській мові словах грецького походження з літерою «φ» новий правопис допускає варіантне написання літери «т». Те ж саме стосуватиметься і певних загальних і власних назв іншомовного походження, згідно з їх вимовою в мовах походження. Наприклад, *Кім Чен Ир*. Так само дозволяється на власний розсуд обирати, до прикладу, *аудиторія* чи *авдиторія*, *аудієнція* та *авдієнція*. В офіційних документах подібної варіативності, згідно нововведень, не передбачено. Згідно з новими правилами, в художніх текстах іменники третьої відміни на *-ть*, а також такі слова, як *кров*, *любов*, *осінь*, *сінь*, *Русь*, *Білорусь* у родовому й давальному відмінках вільно, в залежності від вибору автора, можуть набувати новий варіант закінчення *-и*. До прикладу: *гідности*, *крови* чи *незалежности*.

Для забезпечення мети роботи було проведено опитування серед 23 студенти першого курсу. Під час анкетування у респондентів запитували їх ставлення щодо нововведень в український правопис. Ці заходи продемонстрували, 14 із 23 опитаних не підтримують вищезгаданий проект, а 9 респондентів вважають потенційні зміни цікавими та потрібними.

**Висновки:** Анкетування показало, що сучасна молодь здебільшого не є прибічником ідеї зміни українського правопису, проте чималий відсоток із загальної кількості опитаних усе ж вважає представлені зміни принаймні частково актуальними та необхідними для оновлення й осучаснення нової української мови.

В. В. Матвеев

## ОСОБЛИВОСТІ МАРКЕТИНГУ В МЕДИЦИНІ

Кафедра філософії та суспільних наук

І. А. Марчук (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ринок медичних послуг в Україні стрімко розширюється. З'являється необхідність проаналізувати особливості підходу до маркетингу в медицині.

**Мета:** Доступно висвітлити сучасні характерні відмінності маркетингу саме в медичній галузі.

**Матеріали та методи:** Наукові статті з бази досліджень Google Scholar, спеціальна література. Аналіз наукових джерел.

**Результати:** В сучасних умовах важливу роль відіграє просування медцентрів, медичних послуг, про що свідчить величезна кількість тематичних запитів, пов'язаних з лікуванням, обстеженням і т.д. в пошукових системах. Приватний сегмент медичних послуг набув характеру ринкових відносин, що прямо зумовлює конкурентну боротьбу, вільне ціноутворення тощо, а відповідно керується стратегіями маркетингу. До позитивів використання маркетингу відносять модернізацію сервісу, використання сучасних технологій, покращення рівня надання послуг. Серед центральних мінусів виділяють те, що якість рекламування далеко не завжди відповідає реальній якості надання послуг, що доступні лише обмеженому колу пацієнтів на фоні процесу ціноутворення, який контролюється суб'єктами діяльності, а не державою.

По-перше, маркетинг в сфері медичних послуг перш за все має бути орієнтованим на пацієнта і пропонувати йому те, що йому дійсно необхідно. Для цього типу маркетингу характерна особлива соціальна концепція, згідно якої медичний заклад повинен не лише максимально повно і результативно задовольняти потреби пацієнтів, але й підтримувати і покращувати їх здоров'я та благополуччя суспільства в цілому. По-друге, в проведенні соціального маркетингу в медицині одна із основних проблем полягає в нерозривному взаємозв'язку економічних, соціальних, правових аспектів. Тому виникає необхідність аналізувати проблеми комплексно, що стосуються системи управління, мотивації діяльності, нормативів та їх загальної результативності. По-третє, що стосується безпосередньо рекламування, то останнім часом реклама в друкованих ЗМІ та на телебаченні поступово втрачає значну актуальність, що можна пояснити високою собівартістю і зниженням показників ефективності. Необхідно враховувати цільову аудиторію пацієнтів конкретного закладу. Якщо заклад орієнтований переважно на осіб зрілого та похилого віку, то непоганий результат цілком може принести реклама за допомогою радіо. По-четверте, найбільш перспективним та популярним напрямком в рекламі медичних установ та послуг на сьогоднішній день є інтернет-мережа. Клієнт, залучений за допомогою реклами у всесвітній павутині, вартує закладу набагато менше порівняно з рекламою в традиційних ЗМІ.

**Висновки:** Маркетинг в медицині має ряд власних особливостей. Під час рекламування варто орієнтуватися на особливості вікової групи майбутніх пацієнтів, актуальність інформації та доцільність проведеної роботи за допомогою певного джерела інформування.

М.А. Матюх, К.М. Вергелес

## РЕЛІГІЯ, ЯК ЗБРОЯ НА ПОЛІ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М. Вергелес

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

Сучасний історичний етап становлення та розвитку України зумовлений тими швидкоплинними процесами, які відбуваються останнім часом. Саме зараз є той час, коли наша держава переживає досить важкі часи бо знаходиться у важкому становищі, - стані гібридної війни. Релігія сьогодні використовується як засіб маніпуляції суспільством, а інколи її використовують як «зброю». Більшість релігієзнавців вважали, що таке напруження зміниться в позитивний бік тоді, коли Україна отримає свою незалежну, автокефальну православну церкву, а її визнання, вручення Томосу, налагодить та згладить міжконфесійний конфлікт в середині православних нашої держави. Але очікування єднання українського суспільства не сталось, а навпаки, дана ситуація набрала більших обертів та ускладнень. Постає питання, чи дійсно Томос є «не лише церковною, а й національною необхідністю», чи це лише брудні ігри перед черговими президентськими виборами.

Для більш детального та достовірного вивчення даної проблеми потрібно звернутися до історичних довідок виникнення та розвитку православ'я в цілому. Слід зазначити, що першими християнами в Київській Русі були Аскольд та Дір, княгиня Ольга, Володимир Великий, який і запровадив християнство на Русі. Москви в той час ще не існувало, а Київська Русь розвивалась з християнським віровченням. В 1448 році Московські митрополити, без згоди Константинопольського Патріарха обрали собі митрополитом Іону, який став предстоятелем Російської церкви. А в 1589 році митрополит Московський стає Патріархом Московським і всієї Русі. З цього моменту відбувались постійні спроби РПЦ підпорядкувати собі Київську митрополію і в 1686 році відбулось остаточне підпорядкування РПЦ Київської Митрополії. Перша спроба відновити УПЦ відбулась під час революції 1919-1937 років, де гостро постало питання автокефалії православної церкви в Україні, яке не дійшло до логічного завершення через більшовицьку агресію. УАПЦ, яка відродилась у жовтні 1921 року не проіснувала довгий час через тиск і терор радянської влади. Другою спробою відродження УАПЦ стали повоєнні часи з 1942–1944 рр. але і в цьому випадку відчувалася роль східного «брата». Третім завершальним етапом відродження УАПЦ став 1990 рік, коли Україна отримала незалежність від Радянського Союзу. З вище викладеного зрозуміло, що проблема власної помісної церкви хвилювала народ України ще за довго до її незалежності. Але чому ж Москва і досі не може змиритися з нашою релігійною самостійністю. Існує загальноприйнята позиція ідентифікації національної ідентичності суспільства, незалежна держава повинна мати свою мову, свою армію та свою церкву. Церква відіграє ключову роль у формуванні незалежної державності та саме вона стала для українського народу центром духовного розвитку. Саме цим і користувалася Росія, коли навіювала вигідні для себе думки простому люду і керувала державою зсередини. Так Вселенський Патріарх Константинопольський Варфоломій зазначив, що «Москва впродовж багатьох століть розпоряджалася Київською митрополією, православною церквою в Україні, без відома Константинополя», таким чином вона мала вагомий не лише релігійний, а й політичний вплив на Україну.

Маємо яскраві приклади впливу Москви на політику та народ України, а саме в 1708 році, коли за наказом царя Петра I було накладено анафему на Гетьмана Війська Запорізького Івана Мазепу. Схожа ситуація відбулась у 1997 році, коли на Філарета було накладено анафему, лише через боротьбу за автокефалію. За допомогою релігії Москва карала за непокору та таким чином залякувала увесь народ. Крім того УПЦ МП за допомогою навіювання думок втручалась у такі справи, як вакцинація, біометричні паспорти, ідентифікаційні коди, євроінтеграція, чим не давала Україні виховувати здорове покоління та йти вперед. Також УПЦ МП мала своє трактування щодо Голодомору («Мы получили то, что заслужили») та війни на Сході України («Это братоубийственная война»).

У 2019 році Україна отримала свою власну помісну церкву. Таким чином 5-та колона у вигляді УПЦ МП втрачає свою силу на території нашої держави, що дає надію швидше отримати довгоочікуваний

мир не лише на Сході України, а й по всій території. Хочеться щоби Томос став для нас не лише частиною передвиборчої агітації, а зумів об'єднати наш народ у думках, справах та перемогах.

Д.С. Мельник, О.О. Панасенко  
**ФІЛОСОФСЬКИЙ АСПЕКТ ЯВИЩА ЕВТАНАЗІЇ**

Д. М. Калач (доц.)  
Кафедра філософії та суспільних наук  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** В Україні 34% усіх смертей хворих людей наступає в результаті прийняття медиками рішень про припинення життя або шляхом відмови від лікування, або за допомогою ліків, що прискорюють її настання. Отже, в країнах, де евтаназія заборонена, де немає законного захисту від неправомірного застосування евтаназії, ситуація є досить невтішною, що слугує приводом для розгляду даної теми.

**Мета:** Системний аналіз суперечливих проблем евтаназії в сучасних медичних практиках.

**Матеріали та методи:** Використання інформації з всесвітньої мережі, медичних статей. Аналіз статистичних даних.

**Результати:** Евтаназія – серйозна проблема сучасності, для розгляду якої потрібне врахування багатьох «за» і «проти». 51% українців вважають, що людина має право скористатися допомогою лікарів з метою добровільної смерті. Дискусії щодо моральності і законності добровільної евтаназії – феномен другої половини ХХ і початку ХХІ століття. Застосування евтаназії відповідає одному із визначальних принципів існування права – принципу гуманізму. Незастосування евтаназії призводить до порушення таких прав і свобод невиліковно хворої людини, як право на свободу та право на повагу гідності.

Проблему евтаназії важко розв'язати через відсутність певних наукових критеріїв, на підставі яких можна було б розрізнити, що є корисним, бажаним для людини, а що ні. Багато хто вважає, що не існує єдиної, об'єктивно правильної відповіді на питання, коли, якщо взагалі, життя людини стає тягарем і, отже, небажаним. Тому єдиним критерієм, на підставі якого маємо дійти висновку, про те, що є благом для людини, є право, тобто її власний вибір. В такому випадку важливо, щоб люди могли самостійно і об'єктивно вирішувати, чи збереже їх власне життя достатню якість і гідність, щоб зробити життя вартим життя.

Виділяють медичні, юридичні та релігійні аспекти евтаназії. Релігійний аспект полягає в тому, що життя людині дано вищими силами, і вона не має право штучно його переривати. Юридичний аспект полягає в розробці правової процедури, в тому випадку, якщо евтаназію буде дозволено законом. Медична проблема полягає у встановленні категорії пацієнтів, щодо яких може розглядатися можливість застосування евтаназії. З етичної та юридичної точки зору, право на життя – це невід'ємне право людини; відповідно, людина може ним користуватися і розпоряджатися, хоча, на думку деяких вчених, і не зобов'язана цього робити, адже це право - не обов'язок. Вирішення питання евтаназії особливо важливо для безнадійно хворих людей, які мають біль, який не можна подолати, і прагнуть позбутися від страждань відносно швидким і безболісним шляхом замість повільної і болісної смерті.

**Висновок:** Єдиного, універсального рішення з цього питання бути не може, тому що пошук сенсу життя та смерті – довгий і суто особистий для кожної людини шлях. На нашу думку, так як людина визначається найвищою цінністю, то і її реальне благополуччя, потреби і право на самовизначення, право на життя, так само, як і на гідну смерть, мають бути гарантовані й забезпечені повною мірою.

В. В. Метельський  
**ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ У ОСБ ПІСЛЯ 60 РОКІВ**

**Актуальність:** Рівень фізичної активності в осіб після 60 років є одним з об'єктивних показників стану здоров'я. Фізична активність є чутливим показником, який легко змінюється під впливом різноманітних несприятливих факторів, особливо умов навколишнього середовища

**Мета:** вивчити фізичну активність осіб після 60 років.

**Матеріали та методи:** Було обстежено 65 осіб віком після 60 років: I група – особи після 60 років працюючих в навчальних шкільних закладах (17 осіб); II група - особи після 60 років працюючих на різних посадах і професій (23 осіб) та III група – особи, які не працюють (25 осіб). Дослідження проводилось методом анкетування.

**Результати:** В результаті проведеного дослідження встановлено, що один раз на три місяці хворіють простудними захворюваннями 68% обстежених, не мають змоги прогулюватись на свіжому повітрі 71%. Важливою складовою, що свідчить про фізичну активність, є відвідування спортивних залів, секцій.

Нами встановлено, що відвідують фітнес всього лиш 15%, не займаються своїм фізичним розвитком 48%.

Обстежені усвідомлено і критично ставляться до наявної у них фізичної активності і вважають, що потрібно займатись фізичним розвитком 66% обстежених.

**Висновок:** Особи після 60 років недостатньо займаються собою та мають переважно низьку фізичну активність

С.Т. Месяцева, В.І. Верлан

## **КЕК ЯК ФОРМА ЗОВНІШНЬОГО КОНТРОЛЮ В СИСТЕМІ ПРОФЕСІЙНОГО ЛІЦЕНЗУВАННЯ ЛІКАРІВ: ДО ПОСТАНОВКИ ПРОБЛЕМИ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.Ф. Адамчук(доц.), О.О. Верлан-Кульшенко(доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Система охорони здоров'я в Україні перебуває на етапі реформування. Відносини між суб'єктами системи охорони здоров'я набувають нового наповнення, змінюються обсяг і зміст надання медичної допомоги. А тому актуальними стають питання статусу медичних працівників і пацієнтів, як основних гравців на полі медицини, та формування системи контролю якості допомоги, як прояву захисту їх прав. Однією із форм зовнішнього контролю являється КЕК, разом з тим його правовий статус залишається дискусійним.

**Мета:** Проаналізувати роль і функції КЕК, як консультативно-дорадчого органу контролю якості медичної допомоги, визначити перспективи його функціонування в системі професійного ліцензування лікарів.

**Матеріали і методи:** Європейська хартія прав пацієнтів, ст. 284 Цивільного кодексу України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Положення про клініко-експертну комісію Міністерства охорони здоров'я», затверджене Наказом МОЗ 05.02.2016 №69, Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. «752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 р., затверджена Наказом МОЗ України від 01.08.2011 р. №454, Проект Концепції професійного ліцензування лікарів.

Методи: порівняльний, статистичний, системний, функціональний, інституціональний.

**Результати:**

1. Відсутній моніторинг виконання рішень КЕК – визначення статусу КЕК.
2. Заходи реагування КЕК – позачергова атестація.

3. Співвідношення рішень КЕК з трудовим правом – фактично КЕК приймає рішення про догану або ініціює звільнення, на рішення КЕК спирається керівник ЗОЗ.
4. Атестація лікаря є вибірковою та не гарантує припинення практики некомпетентного лікаря – ліцензування професійної діяльності.
5. Термін дії складу КЕК та можливості подання кандидатур від громадських організацій, хоча така участь передбачена в Положенні – алгоритм відсутній.
6. До складу КЕК варто включати юристів та правознавців.
7. Визначити розмежування КЕК і Ліцензійної комісії, яка пропонується відповідно до Концепції

**Висновки:** Порівняльний аналіз результатів роботи КЕК та судової практики на 2015-2018 років дозволяє стверджувати, що КЕК не являється достатнім способом реагування на порушення, пов'язані з якістю медичної допомоги, наданої лікарями. Узагальнюючи проблеми КЕК, як форми здійснення зовнішнього контролю якості надання медичної допомоги, хочемо зазначити, що більшість з них залишаються без відповіді. Але вони можуть бути вирішені в процесі поточної реформи системи охорони здоров'я.

А.В. Мисан

## **ЕТИКО-ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ ЛЮДСЬКОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЇЇ ВПЛИВУ НА НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ**

Кафедра філософії та суспільних наук

Д.М. Калач (доцент, к. філос. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Марсіліо Фічіно стверджував, що будь-яка річ у природі є або причиною, спрямованою на нас, або наслідком, що йде від нас. З огляду на споживацьке ставлення людей до природи, неможливо з ним не погодитися. Коли хтось йде на пікнік і залишає не прибраним сміття, використовує аерозолі та побутову хімію, курить сигарети, ніхто не замислюється про фатальні наслідки для природи. Ми живемо теперішнім днем, не зважаючи на майбутнє та світ, у якому житимуть наші нащадки. Більшість людей турбуються про власний комфорт, адже потім вже житимуть не вони. Тобто проблема забруднення навколишнього середовища постає однією з найважливіших у сучасному світі, адже від цього залежить наше виживання як виду.

**Мета:** На основі теоретичних даних та за результатами екологічних досліджень надати оцінку змінам у природі, спричинених людиною, а також розглянути шляхи їх подолання.

**Матеріали та методи:** Логіко-аналітичні та графічні методи аналізу наукових досліджень у сфері екології за останні чотири роки.

**Результати:** В Україні кожного року в атмосферу виділяється 17 млн тонн шкідливих речовин. До забруднення повітря причетні підприємства чорної металургії, енергетики, вугільної, хімічної та нафтохімічної промисловості. У повсякденному житті – побутова хімія, дезодоранти, спреї, що містять фреони. Їх молекули у верхніх шарах атмосфери під дією сонячної радіації виділяють хлор, що розщеплює озон до кисню. Так над Антарктидою щороку з'являється діра в озоновому шарі, що дорівнює площі США. Зменшення озону на 1% викликає збільшення проникності ультрафіолетових променів на 2%, що робить людей більш сприйнятливими до інфекційних захворювань, раку шкіри. Не менш небезпечним є сміття. Офіційні звалища в Україні займають 7% території і накопичення відходів зростає на 5-7% на рік. Термін розкладання деяких відходів становить: недокурок – 3 роки, поліетиленовий пакет – 15 років, консервна банка – 50 років, гумова підошва – 65 років, батарейки – 100 років, одноразові підгузники та пластикові пляшки – 450 років. Погіршується також ситуація із водними ресурсами: у 50% сільських колодязів вода не відповідає санітарним нормам. Водні ресурси Дніпра, що забезпечують понад 30 млн населення, є найбільш забрудненими. Тобто в Україні найнижчий в Європі



річний запас води на людину – 1,8 м<sup>3</sup>.

**Висновки:** Сучасна людина вважає, що, досягнувши технічного прогресу, змогла підкорити природу. Проте це не так: ми лише руйнуємо її. Вчені розходяться у думках, коли людство перейде Рубікон у своїх діях щодо планети, однак всі погоджуються, що такий момент настане. Задля збереження життя на Землі нам потрібно змінити своє споживацьке ставлення до природи на гармонійні відносини. Для цього можна користуватися екологічно чистими джерелами енергії та транспортними засобами, зменшити вживання м'яса та міжнародні перевезення товарів. У будь-якому випадку, щоб змінити світ та ставлення людей до природи, починати необхідно із себе.

В. В. Михайловська

## СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВДО ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра «Сестринська справа»

В. О. Заболотнов (д.мед.н., проф.)

КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР

**Актуальність:** В старості, як і в будь-якому віці, життя людини не усвідомлюється без суспільних відносин. Зміст існування в цьому суспільстві зводиться до того, щоб бути йому корисним. Бездіяльність в старості сприймається як відмова від індивідуальності, від повноцінного життя.

**Мета:** вивчити та науково обґрунтувати ставлення студентів, які навчаються, до осіб похилого віку.

**Матеріали та методи:** Було опитано 65 осіб. Опитані були розділені на 2 групи: I групу склали 40 осіб студентів Житомирського медичного інституту, II групу склали 25 медичних сестер. Дослідження проводилось методом анкетування.

**Результати:** В результаті проведеного дослідження встановлено, що вважають доречним існування соціальних служб 80% обстежених.

Лише фізичну допомогу надати сторонній старій людині готові 63%, а моральну допомогу надати сторонній старій людині готові 63%.

Результати дослідження показали що 90% студентів добре відносяться до осіб похилого віку. Не звертають увагу на критику з боку старих людей 74%.

Завжди поступаються місцем людям похилого віку в громадському транспорті (автобус, тролейбус) 55%.

Переважна більшість (80%) згодні з тим що, було б краще, якщо б більшість літніх людей жили в житлових будинках, де також перебували молоді люди.

В той же час, 65% обстежених не згодні, вважаючи, що більшість літніх людей витрачають занадто багато часу, зазираючи в життя інших людей і даючи недоброчесні поради.

**Висновок:** Студенти по відношенню до осіб похилого віку мають різні думки та ставляться до них по різному.

В. С. Молодовська, Я. В. Слесарчук

## ЛЕГАЛІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО КАНАБІСУ ЯК ВИКЛИК УКРАЇНСЬКОМУ СУСПУЛЬСТВУ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (к.ф.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема легалізації канабісу в Україні є досить складною для нашого суспільства, оскільки більшість людей сприймає це як наркотичний засіб, а не як лікувальний. Є велика кількість хвороб, які можнавилікувати за його допомогою. Він є дуже ефективним для лікування хвороб

Паркінсона, Альцгеймера, раку, посттравматичного синдрому, а також результативним антидепресантом для людей, смерть яких неминуча.

**Мета:** визначити та дослідити позитивні та негативні наслідки легалізації канабіс на території України, і прослідкувати як це вплине на культуру, медицину та економіку в цілому.

**Методи:** аналіз літератури та інтернет джерел, опитування населення.

**Результати:** Медичний канабіс має низку доведених лікувальних та паліативних ефектів, а канабіоїди, які він містить, мають знеболювальну та розслаблюючу дію. Застосування таких препаратів допомогло б майже двом мільйонам українських громадян, які страждають від хронічного болю чи інших розладів. У 2017 році Всесвітня організація охорони здоров'я визнала, що канабідіол має терапевтичну цінність та в чистому вигляді не має потенціалу до зловживання. З огляду на лікувальну дію канабісу та гуманне ставлення до важкохворих (полегшення їх страждань) було висунуто петицію про його легалізацію. За два дні петицію підписали понад 4 000 людей. Проте багато людей прагнуть використовувати це у злісних цілях, тобто – не за призначенням. Окрім того ціна буде досить високою. І можливе збільшення обігу канабісу на «Чорному ринку». Щорічно у зв'язку з продажем лікувальних наркотичних речовин у тіньовий ринок виходить понад мільярд доларів США, які не оподатковуються. Якщо ж зробити канабіс доступним, то приріст бюджету буде колосальним.

**Висновки:** Аналіз літератури та інтернет джерел показали, що легалізація канабісу призведе до покращення медицини в цілому, можливості лікування важких хвороб. При цьому і на економіку країни це буде мати позитивний вплив, оскільки бізнес зв'язаний з купівлею-продажем медичних наркотиків вийде з-під прикриття та буде приносити дохід у бюджет у вигляді податків. Але при цьому легалізація канабісу може призвести до збільшення кількості інших наркотичних та психотропних засобів, адже те, що недоступне, є найбільш бажаним. А це може негативно відобразитись в культурі українського населення.

О.П. Некрашук

## ВІДОБРАЖЕННЯ БУДДИЗМУ В ПРАЦЯХ ЗИГМУНДА ФРЕЙДА НА ПРИКЛАДІ СІДПА БАРДО ТА КОМПЛЕКСУ ЕДИПА

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М. Вергелес (доц., к.філос.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** у час високого соціального та інтелектуального розвитку суспільства потрібно вміти оперувати великою кількістю знань та порівнювати їх. Це можуть бути відкриття вчених, філософія різних народів світу, яка відображається в релігії.

**Мета:** порівняти і побачити взаємозв'язок між одним з періодів Бардо і відкриттями Зигмунда Фрейда на прикладі комплексу Едипа.

**Матеріали та методи:** ознайомилася з Тибетською книгою мертвих та коментарями Карла Юнга до даної книги. Було використано гносеологічний метод та метод порівняльного аналізу.

**Результати:** Бардо - це період, який настає після смерті, де людина проходить три етапи: Чікхай, Чьоньд та Сідпа Бардо. Карл Юнг, який був знайомий з великою кількістю манускриптів, вважав, що релігія буддизму найкраще відображає, з психологічної точки зору, що може траплятися з людською психікою до народження. Вчений був переконаний у тому, що Бардо Тхьодол пояснює всі можливі мотивації людської свідомості. Це відіграє велику роль у діагностиці та лікуванні великої кількості психологічних та психічних патологій. Карл Юнг був переконаний у тому, що Фрейд довів перебування людської душі в Сідпа Бардо, де вона стає залежною від сексуальних бажань. Саме на цьому етапі вона

бачить чоловіків та жінок, що з'єднуються між собою, зокрема власних батьків. Це може викликати почуття хтивості, які будуть переслідувати людину протягом всього життя. Причиною є те, що душа не розуміє свого перебування в Бардо і не може досягнути і зрозуміти вчень Чікхай та Чьоньїд Бардо. Людина не може повернутися у вищі стани, бо вона йде все нижче, у сферу панування інстинктів, після чого знову народжується. Зигмунд Фрейд у своїх працях притримувався думки, що основним мотиватором людських вчинків є саме інстинкт, від якого людина може позбутися. Бардо звертає велику увагу на період, коли душа бачить своїх батьків у момент власного зачаття. Саме тоді, якщо душа в майбутньому стане хлопчиком, він може відчувати любов та сексуальний потяг до матері та відразу до батька. Як відомо це є повною характеристикою визначення комплексу Едіпа. Багато вчених вважає, що саме він є основою робіт Фрейда.

**Висновок:** я вважаю, що взаємозв'язок між періодом Бардо і вченнями Фрейда, доводить те, що Зигмунд Фрейд за рахунок психоаналізу зміг пояснити так званий невроз Сідпа, який напругу відображається у його працях.

О. М. Плавков, І. Ю. Зубович

## СУЧАСНА МЕДИЧНА ТА КЛІНІЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ. ЕПОНІМИ – ЕТИМОЛОГІЯ ЧИ ДЕРИВАЦІЯ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О. Б. Наливайко (доц., к.педаг.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У зв'язку з розвитком когнітивного напрямку в мовознавстві велика увага направлена епонімічним термінам. Важко уявити галузь медицини, у якій у тій чи іншій мірі не використовувались епонімічні назви. Більшість класичних епонімів, які увійшли у вжиток у XVI-XIX століттях, активно використовуються й тепер, не зважаючи на пропозицію обмежити їх вживання. З'являються й нові терміни, які відображають етапи розвитку медицини, пріоритет того чи іншого вченого чи країни у відкритті нових фактів, але не відображають окремих ознак об'єктів номінації. Дедалі частіше з'являються дискусії щодо походження епонімів.

**Мета:** проаналізувати шляхи походження епонімів, а саме роль у цьому процесі явища деривації.

**Матеріали та методи:** аналіз наукових статей у базі Google Scholar

**Результати:** Іншомовні (а саме латинські та грецькі) морфеми, які також функціонують в українській мові, не раз ставали предметом вивчення. Увагу дослідників приваблював їх дериваційний потенціал, морфемний статус, структура семантики в порівнянні з мовою-джерелом. Ґрунтовна література присвячена вивченню ролі греко-латинського компоненту в терміносистемах різних наук. Але не можна сказати, що в лінгвістиці вироблена стійка, загальноприйнята точка зору зі згаданих питань. Проаналізувавши походження термінів-епонімів, можна впевнено сказати, що більшість з них мають дериваційне походження. Доказом цього може служити термінотворення, яке у більшості випадків відбувається афіксальним способом (вельми часто застосовуються префіксальний та суфіксальний способи творення). Таким чином для кожного терміну можна дослідити та створити дериваційну історію, яка пояснює поступове утворення мовної одиниці.

**Висновки:** деривація посідає дуже важливе місце у сучасній медичній та клінічній термінології, адже дозволяє лікарям усього світу (зокрема, й українським) швидко розуміти значення певного терміну, що усуває непорозуміння та неточності.

А.Р. Плюта  
**ДИФУЗНІ РЕАЛІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЗМІ: СУРЖИК І ПІДЖИН**  
Кафедра українознавства  
Я.С. Білик (к. філол. н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Як типовий наслідок співіснування мов є піджинізація мови, яка зазнає тривалого спланованого тиску як мова колонізованого народу. Дослідження суржику й українського піджину, що мають свої специфічні ознаки є актуальним, оскільки виявляють загрозу для існування національної мови.

**Мета:** з'ясувати поняття суржику й суржикізації (піджину) в українських ЗМІ, визначити їх роль у текстах.

**Матеріали та методи:** для дослідження послужили тексти газетно-журнальної періодики. Для розкриття поставленої мети використовувались **методи:** описовий, зіставний та компонентного аналізу.

**Результати:** Якщо виникають у мові явища, що можуть загрожувати її існуванню, то одним з проявів захисту мав би стати бар'єр щодо поширення піджину-суржику. Натомість спостерігаємо використання його для дискредитації української нації як деградованого носія цієї псевдомови. В результаті маємо парадокс: з одного боку, через естраду, кіно, літературу, ЗМІ суржикомовці демонструють незаперечний наслідок денационалізації – *деморалізацію*, а з іншого, – трагічну ситуацію приховану під фарс, розвагу, покликану де-факто колонізувати «мовну» територію. Дезорієнтація читача в тому, що піджиномовний матеріал позбавлений будь-якого натяку на авторську позицію, що допомагав би дистанціюватися від патогенного тексту. Головна його ознака – шкідливий, руйнівний для людської особистості, психіки вплив, наприклад, через україномовні ремарки, коментарі, зрештою, через авторську мову.

*Суржик* – це різновид української загальнонародної мови, який виник унаслідок вживання мовцями слів української та російської мов; створений поза будь-якими нормами. Використання суржику в мові періодики – постійне явище, яке теж становить загрозу для національної мови й не так легко викоринити. Наша періодика рясніє суржиковими покручами (російські слова, вимовлені на український лад, або українські слова, оформлені «по-російськи»). Якщо суржик – це мовна стихія в устах продукту масового білінгвізму, то *суржикізми (піджини)* – це штучний виплід (їх беруть у лапки), навмисне використання суржику авторами, щоб надати тексту саркастичного, іронічного відтінку, або посилити негативну оцінку. Так, замість лексеми *співвітчизники*, використовується – *соотєчєственніки*. Пор.: *Гадає, що, потопивши в крові своїх співвітчизників..., і далі царюватиме в «оболваненій», надуреній Росії* (з газ.). Використання власне української лексеми *надурена*, а також суржику *оболванена* в одному реченні створює явний парадокс, що є не випадковим. Автор робить його навмисно, маючи на меті підкреслити абсурдність ситуації. Таким чином, виникає логічне питання: для чого людина, яка добре знає й володіє російською мовою, без видимої прагматичної мотивації суржикує її в комунікативних актах?

**Висновки:** Отже, журналісти часто використовують піджин навмисно задля досягнення різних цілей, вірячи, що штучний інтелектуалізований суржик буде більш зрозумілим натяком для обізнаного адресата.

Ю.Л. Прищенко, А.І. Манюта  
**«ПРЕЗУМПЦІЯ НЕЗГОДИ» В НОВОМУ ЗАКОНІ ПРО ТРАНСПЛАНТАЦІЮ АНАТОМІЧНИХ  
МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права  
А.П. Гель (к.юр.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** З метою розвитку системи трансплантології в Україні та виведення її на світовий рівень, був розроблений та прийнятий Закон України від 17.05. 2018р. №2427-VIII «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині». І одним з найбільш дискусійних питань під час роботи над законом стало питання про вибір презумпції – згоди чи незгоди на посмертне донорство.

**Мета:** аналіз переваг та недоліків презумпції незгоди на посмертне донорство

**Матеріали та методи:** наукові медичні та юридичні статті, метод аналізу та порівняння

**Результати:** Трансплантація органів стосується проблем життя та здоров'я, а також прав та обов'язків учасників цивільно-правових відносин у сфері охорони здоров'я – насамперед донора та реципієнта. «Презумпція незгоди» була закріплена і в попередньому законі про трансплантацію органів, ухваленому ще у 1999 році. На сьогодні, відповідно до ст. 16 Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», законодавець стоїть на позиції «презумпції незгоди», тобто в разі, якщо особа за життя не висловила своєї згоди чи незгоди на посмертне донорство, таку згоду після її смерті має право надати лише нормативно визначене коло осіб (інший з подружжя, близькі родичі, представник тощо). Закон також передбачає, що кожна повнолітня дієздатна особа має право за життя надати письмову згоду або незгоду на вилучення анатомічних матеріалів з її тіла для трансплантації після її смерті. Сьогодні презумпція незгоди діє у 64% держав, в яких здійснюються трансплантаційні втручання і зокрема – у США, Франції, Канаді та інших країнах. Відповідно у 36% держав, таких як Білорусія, Іспанія, РФ діє презумпція згоди. Доречі у США, де діє принцип презумпції незгоди (як і в Україні), щороку виконується близько 23 тис. пересадок органів, з яких близько 18 тис.— трупних і близько 5тис. – від родинних донорів. Вважаємо, що основними перевагами презумпції незгоди є те, що вона захищає фундаментальне право людини на розпорядження своїм тілом, а також зменшує ризик та повністю захищає громадян після їх смерті від незаконного вилучення органів. Жоден орган без письмової згоди не може бути вилучено. Це чітко прописано в законі. Прихильники ж запровадження презумпції згоди вважають, що лише такий принцип дозволить в умовах сьогодення більш швидко та ефективно вирішити питання дефіциту донорського матеріалу в Україні і зазначають, що необхідно враховувати ментальні особливості нашої держави, незадовільний стан розвитку трансплантології в Україні, недостатньо високу обізнаність наших громадян про діяльність у сфері трансплантації, значний рівень корупції тощо.

**Висновки:** Отже, вітчизняний законодавець надав перевагу презумпції незгоди, що на нашу думку видається цілком справедливим: і з огляду на етично-релігійний аспект, і з урахуванням світової практики, яка підтверджує, що стан вирішеності проблеми дефіциту органів залежить не стільки від вибору презумпції, скільки від ефективності системи надання трансплантологічної допомоги.

Я.В.Стойка

## КОНФУЦІЙ ТА ЙОГО ВНЕСОК У ФІЛОСОФІЮ ДАВНЬОГО КИТАЮ

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М. Вергелес (к.філос.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** філософія – вчення, що аналізує людські знання про проблеми та реально-існуючі речі, має місце як у сучасному світі новітніх технологій, так і в давнину. Особливого розвитку наука здобула в Давньому Китаї. Однією з найдавніших китайських філософських шкіл було конфуціанство, засновником якого був Конфуцій (551-479 рр. до н.е.).

**Мета:** розглянути та проаналізувати постать Конфуція у філософії Давнього Китаю, його вчення – конфуціанство та основні напрямки даної школи.

**Матеріали та методи:** ознайомився з книгою «Бесіди та судження» та енциклопедією ім. М.П. Бажана. Було використано гносеологічний, діалектичний методи та метод порівняльного аналізу.

**Результати:** конфуціанство – національне філософське вчення, яке розглядає людину перш за все, як члена громадського життя. Конфуцій – проповідник (а згодом і вчений) та фундатор даного вчення, пройшов складний життєвий шлях, походив із знатної сім'ї. У певний період свого життя познайомився з авторитетним літнім філософом Лао-цзи, постать якого справила велике враження на самого Конфуція. Конфуцій згодом створив соціально – філософську систему, звичайно, за загальними ідеологічними принципами сприймання життя своєї епохи. Про першу дізнаємося з книги «Бесіди та судження», що була складена послідовниками самого філософа на основі його розмірковувань і переконань. Основним поняттям конфуціанства є «жень» - джерело моральних якостей людини, принцип культури взаємодії між людьми. Також важливими є «сяо» - повага до старших та «лі» - виконання ритуалів. Дані життєві принципи є внутрішніми факторами лише для «шляхетної» людини, *цзяо-цзи*, тобто такої, у душі якої діє добродійність. Отже, Конфуцій поділяв людей на 2 класи: «шляхетні» - ті, що слухаються голосу Неба та «низькі» - такі, що діють залежно від своїх життєвих потреб. Люди повинні жити за основними принципами даної школи, що включають у себе крім вище згаданих: а) жити в соціумі й для нього; б) поступатися одне одному; в) стримувати себе у всьому; г) підкорятися імператору тощо. Конфуціанське **золоте правило** говорить: не роби іншим того, чого ніколи не бажаєш собі. Також конфуціанство розглядало ще одне питання: як керувати людьми? Представники даної філософської школи виступають за м'яке, гуманне керування суспільством. Головною вимогою Конфуціанства є відношення підлеглих до начальника, як синів до батька, а начальника до підлеглих – як батька до синів.

**Висновки:** вчення Конфуція зіграло велику роль у об'єднанні китайської нації. Деякі люди вірять, що порушення загальних правил конфуціанства веде до хаосу, безладдя. Саме вчення, яке виникло дуже давно, збереглося і дотепер. У II столітті до нашої ери воно було канонізоване і донині справляє вплив на духовний розквіт Китаю. Отже, на мою думку, конфуціанство можна вважати більше суспільно-етичним, ніж релігійним вченням (як більшість філософських вчень Давнього Сходу, що так і не відокремились від релігії), адже першочергово тут – проблеми людських стосунків та етичних норм у суспільстві.

Сущенко А.О., Бокоч В.І., Агафонов К.М.

## **ДІАЛЕКТИКА НОРМИ І ПАТОЛОГІЇ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ: ДЕТЕРМІНАЦІЯ СТАНІВ**

Кафедра філософських та суспільних наук

С.В. Черкасов (д.ф.н., проф.)

ВНМУ ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Діалектизм норми і патології медичної науки вивчався протягом всієї її історії, є предметом боротьби матеріалістичного і ідеалістичних світоглядів. Основу сучасних ідеалістичних відображень про норму виступає релятивізм. До уваги можна взяти слова А.В. Кнайкер в статті "Філософське обґрунтування норми в медицині", який писав: "Патологія така ж функція для розуміння, як і норма. Між нормою і патологією немає ніякої принципової різниці". Діалектизм норми і патології – є центральним у клінічній психології і через це вивчення цієї теми є актуальним.

**Мета:** Проаналізувати сучасні статті і узагальнити знання про діалектику норми і патології в клінічній практиці і розширити знання про детермінізм і детермінацію станів.

**Методи і матеріали:** Аналіз джерел зарубіжної та вітчизняної наукової літератури; в роботі використовувався порівняльно – описовий метод.

**Результати:** Проведений аналіз літературних джерел показав, що згідно об'єктивно-ідеалістичних поглядів норма- це сукупність певних проявів, властивостей організму, які відображають лише «ідею

цього організму». Біологічне значення норми взаємопов'язане із філософською категорією міри. В термін «норма» вкладаються два основних змісти. Перший – статистичний зміст: це типовий, найчастіше зустрічається рівень функціонування організму або особистості, властивий людям. Другий – оцінний зміст: нормою вважається деякий ідеальний зразок стану людини. В поняття норми може бути включений оцінний (що приписує) компонент: людина має бути такою, а не іншою. Термін «патологія» має оцінний компонент, що надає можливість вішати ярлик «хворого» на ту людину, яка не відповідає статистичним нормам. Важливим в теоретичній медицині є питання про розмежування норми і патології, здоров'я і хвороби, а межі ці є мінливими. Детермінізм – філософське вчення про загальний універсальний взаємозв'язок і причину природних суспільних і психологічних процесів. Думка про те, що все виникає і вмирає закономірно, за рахунок деяких факторів. Детермінізм включає в себе причинність, але не зводиться до неї.

**Висновок:** Проведений нами аналіз показав, що більшість лікарів приділяють належну увагу даній проблемі. Вона дає змогу зрозуміти психологію та відчуття хворого, встановити інформаційний контакт з ним. Згідно наукових даних останніх років, близько 55% лікарів оволоділи цією інформацією та, як наслідок, встановлювали кращий взаємозв'язок з пацієнтом, що сприяло більш ефективному лікуванню.

М.О.Черненко

## ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ НАГОЛОСУ В ЛАТИНСЬКІЙ МОВІ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

М.Т.Денека (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Просодія будь-якої мови знаходиться в тісній взаємодії з іншими її рівнями, пов'язуючи їх між собою. Тому глибокі знання з цієї теми стануть в нагоді студентам, які зацікавлені у вивченні латини на високому рівні.

**Мета:** Заглибитись в історію для кращого розуміння сучасних просодичних особливостей латинської мови.

**Матеріали та методи:** Аналіз різноманітних інформаційних джерел вітчизняного та іноземного походження.

**Результати:** Історія розвитку наголосів в латинській та древньогрецькій мовах є дуже дискусійною. Найчастіше обговорюється питання характеру наголосу – його музикальна або динамічна природа. Різниця між цими типами полягає в тому, що в одному випадку об'єм наголосу відповідає довжині всього складу – це динамічний наголос, в іншому випадку він зачіпає лише частину складу, що називається морою. Але згідно проведених досліджень не можна поділяти наголоси на суто складовий або морний, бо за будь-якого різновиду наголосу використовуються інтенсивність видихання, висота тону та довжина.

Часи активного розвитку латинського наголосу можна умовно поділити на періоди: до появи перших пам'ятників (до VI-V століття до н.е.), після появи перших пам'ятників (V-II століття до н.е.), період класичної латини (I століття до н.е. – II століття н.е.) та пізньої латини (III – VII століття н.е.). Пам'ятники – епіграфічні та літературні джерела.

До появи перших письмових пам'ятників в фонетиці могли зберігатись сліди вільного індоєвропейського наголосу, а наголоси поділялись на два основних типи: наголос на основі (тип *barytona*) та наголос на закінченні (тип *oxytona*).

Після появи перших пам'ятників виникає явище початкової інтенсивності. Прикладами її дії є переважно дієслова з префіксами та редуліканти. У грецьких запозиченнях також відбувалось звуження коротких голосних серединних складів. Наслідком дії початкового наголосу стало

формування декількох систем коротких голосних, що залежать від місця складу в слові. Також в цей час відбувалось пересування наголосу до середини слова у багатоскладових словах, бо перший склад завжди мав чітку та повільну вимову.

Наприкінці III століття до н.е. – початку II століття до н.е. відбувалось спрощення в групах приголосних, випадання кінцевого *d* після довгих голосних та інші зміни в кінцевій частині слів, що призвело до делімітації (визначенню меж) слів.

В період від появи перших пам'ятників і до класичної епохи з'явилась тенденція до парної кількості мор в слові.

За часів пізньої латини наголос, внаслідок втрати двоморності довгими голосними, став складовим, а не морним. Також з'являється тенденція до постановки наголосу на передостанній склад, подовження голосних у відкритих наголошених складах та скорочення в ненаголошених у живій розмовній мові.

**Висновки:** Навіть з урахуванням певної кількості запозичень та впливів різних мовних родин латинська мова має унікальну історію походження просодичної системи, вивчення якої дозволяє в повній мірі оцінити багатогранність латинської фонетики

В.О. Шахун, А.С. Фещенко

## СУРОГАТНЕ МАТЕРИНСТВО ТА ШТУЧНЕ ЗАПЛІДНЕННЯ (ЕКЗ): ЕТИЧНИЙ АСПЕКТ

Кафедра філософії та суспільних наук

Д. М. Калач (к.філ.н., доц)

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

**Актуальність:** Нині все частіше постає питання безпліддя в Україні та взагалі у світі. Екологія, неправильне харчування, малорухливий спосіб життя, безладні статеві стосунки, що призводять до частих абортів, всі ці фактори є причиною безпліддя у всьому світі. Тому в даний час збільшується попит на такі процедури: Екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ) та Сурогатне материнство. Бажання мати дитину генетично відповідну до батьків, спонукає громадян нашої країни та іноземців до використання послуг сурогатних матерів.

**Мета:** вивчити суспільні, релігійні, наукові та філософські погляди щодо сурогатного материнства та екстракорпорального запліднення.

**Методи:** аналіз літературних джерел та Інтернету, опитування населення міста Вінниці та інших міст України, взяття інформації від лікарів репродуктологів.

**Результат:** Аналіз літератури та опитування показали, що на даний час попит на сурогатне материнство в українців приблизно всього 10%, інші 90% припадає на іноземців, а саме громадян країн ЄС. Попит на ЕКЗ набагато більший - приблизно 80% від загальної кількості безплідних пар. Погляди суспільства щодо сурогатного материнства приблизно на 80 % є негативним через переконання схожості цієї процедури до проституції, але в іншому контексті, приблизно 15% опитаних відзивалися позитивно щодо даного способу стати батьками і тільки 5% опитаного населення відповідала в контексті прислів'я «моя хата з краю...». Що до ЕКЗ, то з цією процедурою все позитивніше. Приблизно 90% опитаних висловились позитивно щодо даного способу стати батьками, вважаючи що це шанс для безплідних пар на щасливе батьківство, 5% категорично проти даних маніпуляцій спираючись на релігію та на те, що краще взяти дитину у дитячому будинку і 5% як і з попередньою процедурою .

**Висновок:** Отже, зібравши всю інформацію і проаналізувавши її, можна стверджувати, що ставлення до сурогатного материнства в нашій країні можна вважати негативним, але попит на даний спосіб батьківства буде зростати до тих пір поки дана процедура дозволена в Україні. Що стосовно екстракорпорального материнства (ЕКЗ) то можна сказати, що населення майже повністю підтримує даний спосіб стати батьками безплідним парам. Зростання попиту на дану процедуру можна спостерігати при доступності її кожному громадянину України.



М.О. Шемета

## ПРАВОВИЙ СТАТУС НОВОНАРОДЖЕНОГО

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.О. Верлан-Кульшенко (викл.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Законодавство України, що повинно регулювати сферу репродуктивного права особи, знаходиться на стадії формування та розвитку. У чинному Законодавстві не зазначено того моменту, коли плід (ембріон) людини може набути прав на захист життя та усіх конституційних і цивільних прав. Після народження дитина отримує усі права, які передбачені для неї чиним Законодавством та міжнародними актами. Відповідно до статті 1 Конвенції ООН про права дитини, прийнятої Резолюцією 44/25 Генеральної Асамблеї ООН від 20 листопада 1989 року, дитиною є кожна людська істота до досягнення нею 18-річного віку, якщо за законом, застосованим до даної особи, вона не досягла повноліття раніше. Права дитини підлягають спеціальному захисту на підставі положень Конвенції про права дитини.

**Мета:** Дослідити та порівняти правовий статус новонароджених в Україні та країнах Європи.

**Матеріали та методи:** Обробка статистичних даних та дослідження літератури відповідно теми.

**Результати:** У ст.6 розділу Загальних прав та свобод людини Конституції Чеської Республіки вказано, що кожен має право на життя. Людське життя гідно охорони ще до народження. У таких країнах, як Франція, Німеччина, Великобританія, Ірландія Законодавством охороняється право ембріона на життя від моменту зачаття у материнському організмі. Новонароджений у нашій країні набуває прав дитини передбачених Всесвітньою декларацією прав людини. На даний момент у чинному законодавстві України та серед постанов МОЗ немає законів та наказів, які б забезпечували саме захист прав ембріонів та новонароджених, що є великою проблемою у розвитку здорової нації, адже особи, які завдали шкоди плоду ще до його народження, не будуть нести відповідальності.

**Висновки:** На сьогодні в Україні немає єдиного законодавчого акта, який би висвітлював державну охорону репродуктивного здоров'я, забезпечував права ембріонів та новонароджених, відокремлюючи їх від прав дитини. Оскільки Україна не висловила свою позицію щодо тлумачення змісту Конвенції про права дитини, питання щодо правового статусу зиготи, ембріона, плоду є вкрай актуальним в наш час, адже відсоток народжених з певними патологіями, спричиненими тератогенними чинниками або передчасно народжених через материнську недбалість з кожним роком стає вищим. Плід має набути прав ще до свого народження, адже життя починається від злиття батьківських клітин.

А.В. Шкарупа, К.М. Вергелес

## ЗНАЧЕННЯ FILIOQUE У ФІЛОСОФІЇ О.Ф. ЛОСЄВА

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М. Вергелес (доцент, кандидат філософських наук)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність** теми зумовлена тими сучасними швидкоплинними процесами які відбуваються в сьогоденній практиці більшості християнських конфесій світу. Filioque – вчення про сходження Святого

Духа не тільки від Отця, але й від Сина, є головним у вченні католицтва і є однією з основних догматичних причин поділу, в 1054 р., християнської церкви.

Мета: Здійснити комплексний філософсько – релігієзнавчий аналіз богословських, філософських та соціально-культурних аспектів проблеми Filioque у філософії А.Ф. Лосева.

Матеріали і методи: В основі даного дослідження лежать праці О.Ф. Лосева, зокрема «Нариси античного символізму і міфології», 1993. Були використані методи порівняльний, антиномізму та діалектичний.

Результати. О.Ф. Лосев не приділяє особливої уваги історичному аналізу виникнення догмату Filioque, натомість він надає перевагу чисто змістовній та логічній проблематиці католицького догмату. Протестантизм як один із напрямків християнства, він намагається дослідити як єдино логічний та закономірний наслідок введення Filioque. Всі конфесії християнства мають так звану дуалістичність, тобто межу між Божественним світом і мирським, але сам «дуалізм» кожен раз набуває різних видозмін відповідно до залежності та точки відліку. Так, наприклад, православ'я стверджує, що дуалізм з своєю граничністю постійно прослідковується між Святою Трійцею в цілому, всі іпостасі є рівнозначними і не мають прямих відносин із створеним світом. А католицизм через Filioque стверджує дуалізм між першими двома іпостасями Пресвятої трійці, першою є Бог-Отець і другою Бог-Син, з третьою іпостасю Бог-Святий Дух. Таким тлумаченням, на думку православних, наприклад, відбувається «приниження» Святого Духа в підпорядкованості двом першим іпостасям і таким чином послаблює дуалістичну межу між Трійцею і створеним світом в цілому. Протестантизм, щодо цього питання, висловлює кардинально інше бачення та стверджує, що третя іпостась є ідентичною до створеного світу.

Таким чином, католицизм близький до монізму бо послаблює субстанціальну межу між Богом і створеним світом, протестантизм – до дуалізму через шлях внесення категоричного протиставлення в середині Трійці.

Кожна із релігій ставить собі за головну мету богопізнання. Так, наприклад, католицьке богослів'я в процесі пізнання Святої Трійці має виходити не з духовного досвіду, а з такого поняття, як Божественна природа. Таке тлумачення призводить до того, що сприйняття догмату про трискладовість Бога має здійснюватись тільки через раціональне мислення. Тому Бог сприймається за аналогією подібності природному світу. В протестантизмі Богопізнання або зовсім неможливе, або можливе через наближення до «вищої реальності» лише на рівні людських емоцій і через дотримання моральних доктрин.

Спрямованість особистого католицького життя полягає у подвижництві та самовідреченні від усього мирського та прийняття целібату. Замість життя в Христі та у Святий Трійці (в православному розумінні) – католицьке „наслідування Христу”, в якому за дію Благодаті Святого Духу приймається результат тільки власних, суб'єктивних людських зусиль (як результат послаблення субстанціональної межі між Богом і створеним світом). В протестантизмі спасіння досягається винятково через віру, розглядається лише виключно як Божа благодать та милість визначені Богом і не залежить від людини та її справ.

У католицькому вченні про церкву ми знаходимо «приниження» Святого Духа, що позначається у правах Церкви – єдність, святість, соборність, які здійснюються у православ'ї Святим Духом, доручаються Папі Римському, який вважається здійснювачем цих властивостей. В протестантизмі Христос (Син Божий) є єдиним посередником між Богом і людиною, відкидається вся церковна ієрархія та відбувається спрощення таїнств і обрядів.

Якщо розглядати дану проблематику Filioque у сфері соціальних відносин то в її основі лежить формально-логічний метод, який дає початок таким течіям, як позитивізм, емпіризм, агностицизм, що обумовить подальший розвиток індивідуалізму, який є антиподом соборності в православ'ї. В протестантизмі, індивідуалістичний підхід в тлумаченні Біблії є одним з елементів у становленні поняття істини та її умовності, на противагу онтологічності істини в православ'ї. Умовність істини в своєму логічному розвитку призводить не тільки до розмивання системи традиційних християнських цінностей, але й призводить до формування феномена «нешадної толерантності» в сфері соціальних відносин суспільства.

Висновки: Незважаючи на свою уявну абстрактність і частковість, Filioque є, з точки зору О.Ф. Лосева, центральним пунктом розбіжності католицизму і протестантизму з православ'ям, пунктом, в якому в згорнутому вигляді присутні всі інші – містичні, культурні, гносеологічні, естетичні, соціальні, політичні відмінності.

# МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМ



**PUBLIC HEALTH**

О.О. Андронік  
**ХІМІЧНІ ГЕМОСТАТИЧНІ ЗАСОБИ УКРАЇНСЬКОГО ВИРОБНИЦТВА**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини.

В.С. Тарасюк

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Причиною 75% летальних випадків серед військовослужбовців та цивільного населення під час збройного конфлікту на Сході нашої країни стали крововтрати. В умовах воєнних дій необхідно знати найкращі українські гемостатичні препарати для своєчасного та ефективного надання допомоги. Адже вітчизняні продукти не менш дієві, ніж іноземні аналоги, а їхня вартість у декілька разів нижча.

**Мета дослідження:** Робота спрямована на вивчення українських гемостатиків, їх видів, структур і складів; з'ясування механізмів їх дії та оцінення переваг в порівнянні з іноземними аналогами.

**Методи і матеріали:** Дані виробників та науково-дослідних центрів для розробки гемостатичних препаратів, аналіз відгуків військових та цивільних лікарів.

**Результати:** Хімічними гемостатичними засобами українського виробництва є «Кровоспас» (ТОВ «Виробниче об'єднання «Тетерів», смт. Іванків), «Ревул» (Корпорації «ЮРІЯ-ФАРМ», м.Київ), «ЕМІХ» (ТОВ НП "МІКРОХІМ", м. Рубіжне), «Кровоспинний засіб z-складений» (ПрАТ "АВ-ФАРМА", м.Київ). КРОВОСПАС – це кровоспинні медичні вироби різноманітної форми, до складу яких входить унікальна гемостатична композиція, яку створено на основі хімічно модифікованого алюмосилікату, і якою просочений нетканий матеріал. Завдяки властивостям компонентів композиції, гемостатичні засоби «Кровоспас» призначені для зупинки інтенсивних кровотеч, включаючи кровотечі з магістральних судин (артерій), в тому числі в «польових» умовах на етапі першої домедичної або медичної допомоги природнього походження. Revul призначено для зупинки зовнішньої кровотечі різної інтенсивності, в тому числі при пошкодженні великих венозних і артеріальних судин, переважно на догоспітальному етапі. Гемостатичний ефект обумовлено зв'язуванням позитивно заряджених елементів перев'язувального матеріалу з негативно зарядженими еритроцитами. При контакті з кров'ю Revul (Ревул) матеріал перев'язувальний гемостатичний сприяє поглинанню рідкої фракції крові та утворює єдину геле-желеподібну масу, що призводить до зменшення кровотечі. ЕМІКС - препарат представлений у вигляді порошку гемостатичного стерильного на основі хітозану. Він значно знижує втрату крові, високоефективний при наявності в крові антиакоагулянтів, не виділяє тепло в місці його застосування і не обпікає, гіпоалергенний. Кровоспинний засіб (Z-складений) – це засіб зупинки кровотечі, який має форму стрічки із щільного нетканого полотна, просоченого розчином гемостатичного порошку хітозану і складену по принципу «гармошки»(Z-складений). Завдяки такій формі, бинт не вимагає розмотування (тому що відсутній намотаний рулон, як у Quikclot Combat Gauze або Celox Roll Gauze), і постійно готовий до використання. Така форма дуже зручна, і крім швидкого накладення на рану, вона дозволяє економити місце.

**Висновок:** Отже, завдяки використанню інноваційних технологій для забезпечення гемостазу хімічні кровозупинні засоби мають значні переваги над гемостатичним засобом «CELOX» і за деякими характеристиками переважають навіть найкращий польовий бинт третього покоління QuikClot Combat. А ціна за вітчизняні препарати в рази нижча, ніж вартість іноземних гемостатиків.

А.А.Байда

**ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СИНКОПАЛЬНИХ СТАНАХ У  
ВАГІТНИХ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.І.Гуменюк (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вагітність-це особливий фізіологічний стан жінки, який вимагає кропіткого догляду та лікування будь-яких порушень організму. За статистикою, вегето-судинна дистонія (ВСД) є одним з найпоширеніших патологічних станів у вагітних. Понад 70% жінок страждають цим функціональним розладом вегетативної нервової системи. Наслідком цього недугу є синкопальні стани. Необхідно знати особливості надання домедичної допомоги вагітним жінкам. Некоректне та неправильне надання допомоги може призвести до фатальних та незворотних наслідків як для матері, так і для плоду.

**Мета:** Дослідити методи домедичної допомоги при синкопальних станах у вагітних за даними літературних джерел.

**Матеріали і методи:** Аналіз сучасної наукової літератури за досліджуваною проблемою.

**Результати:** За даними проведеного аналізу встановлено, що найчастіше при синкопальних станах використовують розчин аміаку. Його дія полягає у рефлекторному збудженні дихального центру через рецептори верхніх дихальних шляхів. При цьому його дія може становити високий рівень виникнення ускладнень. Найнебезпечніше-рефлекторна зупинка дихання. Аміак починає взаємодіяти відразу після контакту з вологою на шкірі, слизової очей, роту, дихальних шляхів і формує дуже їдкий гідроксид амонію, який спричиняє некроз тканин порушення клітинних мембран з подальшим руйнуванням клітин. Різка та тривала зупинка дихання знижує рівень кисню крові, збільшуючи ризик підвищення кров'яного тиску. Внаслідок перепадів тиску та ангіоспазму виникає зниження притоку крові до матки, зменшення кількості функціонуючих матково-плацентарних судин, локальна ішемія, активація коагуляційних механізмів, локальне тромбоутворення, розвиток мікроінфарктів у плаценті. Недостатнє поступлення крові до трофобласта призводить до зниження перфузії кисню до плода. В свою чергу виникає гостра гіпоксія плода що викликає загрозу переривання вагітності, передчасних пологів та стрімких пологів. Також можуть виникати порушення розвитку ЦНС у плода, з ризиком виникнення вроджених вад і інших патологій. Як альтернативну допомогу при втраті свідомості у вагітних доречніше та безпечніше використовувати інші речовини з різким запахом, такі як: спирт, оцет, різкі парфуми та інші речовини. Потрібно забезпечити доступ свіжого повітря і зняти стискаючий одяг, щоб уникнути порушення нормального дихання, яке є дуже важливим при виношуванні вагітності і в непритомному стані забезпечить нормальне функціонування газообміну у плода.

**Висновки:** Таким чином, проведений аналіз літературних джерел з надання домедичної допомоги при синкопальних станах у вагітних доводить, що потрібно уникати застосування розчину аміаку. Доцільним є використання альтернативних речовин з подразнюючою дією.

Т.В.Бартко, Н.В. Плющик, Б.І. Кохан

## **АНАЛІЗ ТРАВМАТИЗМУ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ М. ВІННИЦЯ, УКРАЇНА (2016-2018 рр)**

Кафедра травматології та ортопедії

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В.Чорна (к.м.н., доц.), О.В.Боцул (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Протягом останнього десятиліття спостерігається високий рівень каліцтва населення внаслідок пошкоджень. Враховуючи, що зазнають травм особи соціально активного віку, економічні збитки стають значними. Встановити такі витрати в Україні важко внаслідок відсутності чіткої статистики та розподілу постраждалих.

**Мета:** Проаналізувати 600 історій хвороб пацієнтів в МКЛ ШМД м. Вінниця, Україна протягом 2016-2018 рр та систематизувати дані, розподіливши їх за такими категоріями: характер травми; час виникнення травматизму; місце травматизації; домінуючий сезон.

**Матеріали та методи:** Аналіз історій хвороб (300) на базі МКЛ ШМД.

**Результати:** У 2018 році закриті переломи складали-47,5%(стегна-34,2%; гомілки-18,4%; передпліччя-

13,15%); рани–37,5%(гомілки–33,3%; кисті–23,3%; передпліччя–13,3%); відкриті переломи–15% (кисті–37,5; стегна–37,5; передпліччя–25%). У 2017 році закриті переломи склали–39,4% (стегна–43,6%; гомілки–25,6%; передпліччя–10,25%); рани–40,4% (гомілки–17,5%; кисті–35%; передпліччя–27,5%); вірив нігтьової фаланги–9,1%. У 2016 році закриті переломи склали–51,4% (стегна–45,5%; гомілки–23,6%; передпліччя–7,3%; плеча–7,3%); рани–32,7%(гомілки–11,4%; кисті–60%; стегна–14,3%); вірив нігтьової фаланги–4,7%.

Проаналізовано динаміку змін за часом виникнення травм. Добу поділено на 4 рівних проміжки: 00:00–6:00; 6:00–12:00; 12:00–18:00; 18:00–24:00. Динаміка змін у 2018 році: 00:00–6:00(6,6%); 6:00–12:00(35,5%); 12:00–18:00(31,5%); 18:00–24:00(26,4%). У 2017 році: 00:00–6:00(2%); 6:00–12:00(49,5%); 12:00–18:00(33,3%); 18:00–24:00(15,2%). У 2016 році: 00:00–6:00(6,2%); 6:00–12:00(48,9%); 12:00–18:00(26,5%); 18:00–24:00(18,4%).

За місцем виникнення травм результати 2018 року розподілено: побутова травма–72%; травма, що сталася на вулиці–25,3%; травма, що виникла на виробництві–2,7%. У 2017 році: побутова травма–67,4%; на вулиці–25,5%; на виробництві–7,1%. У 2016 році: побутова травма–70,4%; на вулиці–22,4%; на виробництві–7,2%.

Підраховано динаміку виникнення травм за сезонами: 2018 рік: зима–300 випадків, весна–481 в., літо–480 в., осінь–402 в. 2017 рік: зима–400 в., весна–423 в., літо–431 в., осінь–412 в. 2016 рік: зима–429 в., весна–391 в., літо–467 в., осінь–441 в.

**Висновки:** Найбільше постраждали звертаються за допомогою у зв'язку з наявністю закритих переломів; найчастіше травмують стегно та кисть; 2 місце за поширеністю травм посідають рани; найчастіше пацієнти зазнають травмувань у проміжку 6:00-12:00, адже це найвищий пік людської активності; найбільша кількість випадків – побутові травми, що свідчить про незнання правил користування знаряддями праці. Переважання побутових травм над виробничими пояснюється активним контролем дотримання правил безпеки на виробництвах або спробами приховати виникнення травм у нелегально працевлаштованих робітників. Серед усіх сезонів переважає літній період, що пояснюється більшою кількістю вільного часу, подорожами, заняттям активними видами спорту.

О.Г. Басінських, В.І. Булашенко

## **ВПЛИВ СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЙ НА НАШ ОРГАНІЗМ. ПРОФІЛАКТИКА СТРЕСУ**

Кафедра гігієни

Т.І. Гончарук

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Усі біологічні організми мають життєво важливий уроджений механізм, який допомагає підтримувати внутрішню рівновагу і баланс. Можливий вплив сильних зовнішніх і внутрішніх подразників, що призводить до порушення рівноваги. Кожен організм реагує на це захисно-приспосовальною реакцією, що викликає зміни у функціонуванні організму. Це неспецифічне для організму порушення і є станом стресу.

**Мета:** На основі літературних даних оцінити, як стрес впливає на організм людини, проаналізувати, до яких наслідків це призводить і які захворювання спричиняє, а також засвоїти методи профілактики і боротьби із стресовими ситуаціями.

**Матеріали та методи:** Пошук та аналіз літературних даних за даною проблемою в мережі Інтернет за допомогою пошукових сервісів Google та PubMed.

**Результати та обговорення:** Стрес — це стан напруження, він виникає, коли діє сильний подразник. На фізіологічному рівні організм відразу реагує на потенційну небезпеку. Це інстинктивне бажання усунути причину стресу або уникнути зіткнення з нею. На психологічному рівні стрес викликає у людини неприємні відчуття – занепокоєння, страх, гнів, агресію, дратівливість, втрату почуття гумору.

Стрес допомагає пристосуватися до різних умов, впливає на працездатність, творчість, навчає нас долати перешкоди на життєвому шляху, мобілізувати власні сили й ставати впевненими в собі, тому стрес потрібен у житті людини.

Характер реакції на стреси тісно пов'язаний з хворобами, що виникають в людей, а саме: гіпертонічна хвороба, виразка шлунка, деякі форми судинної патології з загальними чи локальними проявами. Для життя людини, її психічного та фізичного здоров'я, важливим є вміння долати стреси. Подолання – це психічні та поведінкові зусилля, що допомагають людині відповідати на стрес. Люди долають стрес по-різному. Ефективна відповідь на стрес, яка приводить до адаптації, це використання такої стратегії взаємодії зі стресором, яка знизить переживання стресу.

**Висновки:** Стрес вимагає мобілізації захисних сил, використання внутрішніх ресурсів організму, щоб забезпечити можливість енергетично розв'язувати нові завдання. Напруження може виникати при позитивних, але різких неочікуваних змінах. Стрес може бути позитивним і негативним, але якщо він діє тривало, може стати руйнівним для організму, що призведе до пошкодження внутрішніх органів. Окрім того, між стресом і його наслідками важливою ланкою є те, як індивід справляється зі стресом.

Найкращі способи подолання стресу

- активна взаємодія зі стресором або вплив на саму проблему;
- зміна погляду на проблему, зміна ставлення до неї, інша інтерпретація проблеми;
- необхідно приймати проблеми і зменшити фізичний ефект;
- комплексні способи, що поєднують в собі все перераховане вище.

А.О. Беганська

## ПОШИРЕНІСТЬ СУЇЦИДАЛЬНИХ ДІЙ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.Ю. Ангельська (викладач), С.М. Пашковський (викладач)

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

**Актуальність:** Наразі ми живемо у час соціальних реконструкцій, потужного політичного та інформативного тиску, котрий залишає відбиток на наш психологічний стан, ми відчуваємо постійне емоційне напруження, котре стає для нас нормою. Ми настільки звикли до постійних стресів та емоційних навантажень, що на проблеми внутрішнього стану не звертаємо уваги та не усвідомлюємо, що вони можуть призвести до кризи, яка часто може закінчитись трагічним випадком- самогубством.

**Мета:** Визначити причини та поширення суїцидальних дій серед студентів 1-6 курсів медичних університетів України.

**Матеріали та методи:** В обстеженні прийняли участь 512 студентів 1-6 курсів медичних вузів України, за допомогою розробленої анкети, яка включала у себе наступні запитання: вікова приналежність; відношення до самогубства; чи людина намагалась скоїти самогубство; хто може допомогти людині, яка намагалась скоїти суїцид.

**Результати:** Перебіг навчального процесу у медичному з його типовими стресами та випробуваннями загострює існуючі особистісні проблеми, котрі призводять до кризи. Виділяють найбільш типові кризи, які пов'язані з циклом навчання у вищому навчальному закладі, а саме: криза адаптації до умов навчання у вузі (1 курс); криза "середини" навчання (2-4 курси); криза завершення навчання (5- 6 курс); криза відрахування з вузу. Крім того, трапляються й такі типові студентські психологічні проблеми, як неприйняття свого міжособистісного статусу в групі; конфліктні стосунки з викладачем чи адміністрацією; проблеми самореалізації творчо обдарованих студентів. Будь-яка з цих проблем (або їх комплекс) при загостренні може перерости в критичний стан, спровокувати замах на життя. Виходячи з даних опитування 60% людей ставляться до суїциду негативно, 30% - вважають це особистою справою кожного, 3% вважають нормою в критичних ситуаціях і 7% - людей не змогли відповісти. В загальному кількість відсотків схильності до самогубств, за результатами опитування, складає приблизно - 50%, 6%



- людей з усіх опитаних намагались скоїти самогубство, 15% часто думають про це, 33% - людей з усіх опитуваних знають людей, що намагались вчинити самогубство, 28% не знають таких, але від деяких чули про бажання вбити себе, 30% - не знайомі з такими людьми. Найбільш актуальною причиною до схильності самогубств є проблеми в особистому житті, цей відсоток складає 19%, на другому місці проблеми з батьками – 11,3%, інші причини – 12,7%, і стрес - 6%. За думкою опитувальників, найкращу допомогу можуть надати людям, що знаходяться на межі суїциду психолог/психіатр – 36,8%, батьки - 24,2%, друзі - 21,7% і 17,3% людей вважають, що ніхто окрім самої людини не можуть допомогти їй.

**Висновки:** З перерахованих у анкеті причин для суїциду ні одна не лідирує зі значним відривом. Це свідчить про те, що усі вони є найбільш розповсюдженими серед студентів. Різниця полягає лише у особистому сприйнятті окремих проблем окремими особами. Більшість людей є проти суїциду і ніколи навіть не думали про це.

А.Е. Беляєва

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

П.В. Яремчук (викладач)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Стан психологічної готовності до діяльності багато в чому визначає її успішність: це яскраво проявляється в екстремальній діяльності, до якої належить і спортивна. Однак питання про психологічних компонентах готовності до діяльності є дискусійним, але саме психологічні складові готовності до неї є її показниками.

**Мета:** Розробка рекомендацій з індивідуального підбору завдань психологічної підготовки і з відбору засобів їх вирішення з використанням індивідуального підходу до спортсменів перед виступом на змаганнях.

**Матеріали та методи:** У якості піддослідних були вибрані спортсмени 20-26 років, які спеціалізуються в веслуванні на байдарках та каное, які мають спортивну кваліфікацію від 1-го розряду до майстра спорту, 42 людини (23 чоловіки та 19 жінок). Вибірка репрезентативна, дослідження проводилося в період передсезонних зборів. Проведення дослідження зажадало вимірювання рівня загальної та спеціальної психологічної готовності веслярів до змагань і виявлення внутрішніх чинників такої готовності. Показники як загальної, так і спеціальної психологічної готовності відбиралися за допомогою методу експертних оцінок. Кореляційний аналіз проводили за методом Спірмена.

**Результати:** Були отримані наступні статистично достовірні взаємозв'язки: не розглядалися внутрішні взаємозв'язки, враховувався лише 99-відсотковий рівень достовірності (при  $N = 42$ ,  $r \geq 0,41$ ): сила нервової системи — мотивація результату спортивної діяльності ( $R = 0,46$ ); сила нервової системи — мотивація її процесу ( $r = 0,44$ ); активність — наполегливість ( $R = 0,51$ ); активність — позитивне ставлення до фізичних навантажень ( $r = 0,43$ ); ригідність — мотивація результату ( $r = 0,44$ ); ригідність — мотивація самовдосконалення ( $R = 0,44$ ); ригідність — позитивне ставлення до фізичних навантажень ( $r = 0,44$ ); ригідність — вміння саморегуляції стану ( $r = -0,44$ ). Основним фактором загальної психологічної готовності є ригідність. У число факторів цієї готовності не увійшов лише показник рухової чутливості.

**Висновки:** До числа найбільш впливових на успішність виступів спортсменів відносяться наступні компоненти загальної психологічної підготовки спортсменів: мотивація результату виступів; мотивація процесу діяльності; мотивація самовдосконалення; наполегливість; позитивне ставлення до фізичних навантажень; вміння саморегуляції передстартового стану. До числа чинників успішності виступів відносяться наступні компоненти спеціальної готовності: самопочуття, активність, настрої, впевненість, напруга, тривожність та емоційне збудження. Внутрішніми факторами загальної

психологічної підготовки спортсменів є: сила нервової системи, активність як якість особистості, ригідність. факторами спеціальної психологічної готовності є сила нервової системи та активність (якість).

Ф.-Ш. А. Белялова

## **ВЛИЯНИЕ МАКСИМАЛЬНЫХ НАГРУЗОК НА ОРГАНИЗМ СПОРТСМЕНА**

Кафедра физического воспитания и ЛФК

С.А. Кулибаба (преподаватель)

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

г. Винница, Украина

**Актуальность темы:** Если заглянуть в словарь, то слово спорт –это «организованная по определённым правилам деятельность людей, состоящая в сопоставлении их физических или интеллектуальных способностей, а также подготовка к этой деятельности и межличностные отношения, возникающие в её процессе. В сочетании с отдыхом, стремлением постепенного улучшения физического здоровья, повышения уровня интеллекта, получения морального удовлетворения, стремления к совершенству, улучшению личных, групповых и абсолютных рекордов, славе, улучшения собственных физических возможностей и навыков, спорт предназначен для совершенствования физико-психических характеристик человека». Из этого определения я делаю вывод, что спорт формирует не только тело, но и дух. Но, а как влияет на организм человека профессиональный спорт?

**Цель моего исследования:** Провести беседу с преподавателями физической культуры Винницкого национального медицинского университета и выявить причины травматизма спортсменов разных видов спорта.

**Метод исследования:** Анкетирование преподавателей ВНМУ и их отношение к профессиональному спорту.

**Результаты:** Опросивши преподавателей ВНМУ, которые являются мастерами спорта Украины с легкой атлетики, волейбола и гребли, я узнала, что спортсмены подвергаются травматизации со стороны опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы и что немало важно, страдает психика. Я выяснила, что наши преподаватели, которые профессионально занимались легкой атлетикой, часто получали травмы колена, голеностопа, вывихи и растяжения. Якушева Юлия Ивановна сообщила мне, что в детстве из-за быстрого роста страдала ревматизмом, а в зрелом возрасте получила серьезную травму колена. Яремчук Павел Владимирович, занимаясь греблей, часто жаловался на растяжения мышц спины. Все травмы, полученные спортсменами во время занятия профессиональным спортом, несказанно повлияли на их дальнейшую жизнь.

**Вывод:** Беседа с преподавателями физической культуры Винницкого национального медицинского университета подтвердили то, чтобы достичь высот в профессиональном спорте, человек должен положить всего себя на этот алтарь. Также наши преподаватели в период перед ответственными соревнованиями и во время спортивных сборов посвящали все свое время работе, не высыпались и даже недоедали. В свою очередь, где спорт и огромные нагрузки, там и травмы. Благодаря нашим преподавателям я обнаружила, какие бывают травмы у спортсменов определенного вида спорта и сколько им нужно времени для полной реабилитации, но, а главное я узнала, полезен ли профессиональный спорт для здоровья.

С.В. Бурлакова

## **НЕБЕЗПЕКА «КОСМІЧНОГО СМІТТЯ» НА ЗЕМЛІ**

Кафедра медицины катастроф та військової медицини

В.С. Тарасюк (професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** Нагальне питання «космічного сміття» розвинулося і поширилося по світу з 60-х років. 1978 році на півночі Канади впали уламки «Космосу-594», 1979 році частини американської космічної станції «SkyLab» впали на пустельні райони Австралії.

У липні 1983 року частинка фарби, розміром проіблиз міліметр була помічена в ілюмінатор американського космічного «човника» «Challenger» .

У 1994 році сміття набуло міжнародного значення.

У 1998 році створення міжнародної комісії з питань безпеки космічного простору Землі, які займаються також і контролюванням рівня засміченості Землі.

**Мета:** Розкрити спроби вирішення та суть проблеми «космічного сміття» для планети і передбачити наслідки подальшого накопичення його навколо земної орбіти . Визначити, яким чином здійснюються спроби різних країн світу подолати дану проблему.

**Матеріали та методи:** Дані статистики про засміченість земної орбіти станом на 2019 рік, аналіз та узагальнення висунутої проблеми у дослідженні.

**Результати:** Проблема космічного сміття стала нагальною причиною багатьом країнам розробляти нові методи і шляхи вирішення цього питання, а саме:

- створення моделі «космічного сміттевозу»;
- створення міцних супутників, які б були обладнанні системами гарпунів і сіток для захвату сміття;
- використання вольфрамового пилу , для зменшення опору і подрібнення уламків на менші шматочки з подальшим їх розсіюванням.

В даний час представлено багато розробок, які можуть допомогти впоратись з даною проблемою. Космічне сміття – це штучні об'єкти, які знаходяться навколо земної орбіти і можуть складати велику проблему та загрозу в подальшому для навколишнього середовища Землі.

Ми можемо ідентифікувати як проблеми, так і можливі шляхи подолання даного питання у світі, завдяки новітнім розробкам та підвищити рівень обізнаності з даного питання.

**Висновки:** На даний час немає остаточного вирішення даної проблеми. Хоча багато країн намагаються подолати засміченість навколо Землі, проте з кожним роком проблема набуває нових масштабів ,і якщо не вирішити це в найближчому майбутньому, то наслідки будуть невтішними . Космічні випробування можуть стати не можливими в подальшому, адже через засміченість космічного простору нашої планети, створюється небезпека для їх проведення.

О.В. Бур'ян

## **ОХОПЛЕНІСТЬ ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ, ПЕРВИННОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

О.М. Очередько (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Україна досі залишається країною з високим рівнем поширеності ВІЛ серед населення, а стигма і дискримінація щодо ЛЖВ (люди, що живуть з ВІЛ) є основним лімітуючим фактором в отриманні ними медичної допомоги. Ця проблема має особливе значення в умовах медичної реформи, а особливо первинної ланки медичної допомоги, оскільки саме сімейний лікар є лікарем первинного контакту та саме він забезпечує доступ до подальшої, більш спеціалізованої допомоги, необхідність у якій часто з'являється у ВІЛ-позитивних пацієнтів.

**Мета:** Встановити відсоток ЛЖВ у Вінницькій області, що заключили декларацію із сімейним лікарем, та кількість з них, що повідомили про свій статус лікарю. Виявити можливі причини, через які ЛЖВ

уникають звернення за медичною допомогою на первинному рівні.

**Матеріали та методи:** Було досліджено аналітичні звіти за результатами досліджень індексу стигми серед ЛЖВ та ступеню «дружності» до цієї групи в медичній сфері. Для проведення даного дослідження було розроблено анкету, за допомогою якої передбачалось дослідження лімітуючих факторів у доступності до первинного медичного обслуговування та прихильності ЛЖВ до заключення декларацій із сімейними лікарями. Цільовою групою для дослідження мали стати пацієнти Вінницького обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом.

**Результати:** Нам було відмовлено керівництвом закладу у співпраці та сприянні проведенню дослідження, а інші організації, через які можна отримати доступ до цільової групи, яка б охоплювала всі соціальні прошарки ЛЖВ, у регіоні відсутні. За даними з інших джерел відомо, що переважна більшість пацієнтів з ВІЛ уникають звернення до сімейних лікарів або розкриття їм свого статусу головно через страх порушення конфіденційності, особливо це стосується тих, хто живе в малих містах або селах, а також внаслідок страху негативного ставлення та дискримінації з боку медичних працівників. Проте дані аналітичних звітів результатів досліджень серед ЛЖВ свідчать про позитивні тенденції у змінах в сприйнятті та ставленні до цієї групи як соціуму в загальному, так і медичних працівників.

**Висновки:** Проблема залученості ЛЖВ до каскаду медичних послуг є надзвичайно актуальною на сьогодні. Основним фактором, який обмежує доступ до первинної медичної допомоги, є страх порушення конфіденційності та бажання уникнути дискримінації та стигматизації з боку медичних працівників. Для вирішення даної проблеми необхідні подальші дослідження, проведення тренінгів з питань конфіденційності, запобігання та зменшення стигми та дискримінації серед медичних працівників, а також налагодження зв'язків між ЛЖВ та лікарями первинної ланки.

Н.С. Гончарова, Я.П. Лісков, О.В. Долинна

## **ВПЛИВ ДИНАМІЧНИХ ВПРАВ З ДОЗОВАНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ НА ПОКАЗНИКИ КРОВОТОКУ У ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМУ БАСЕЙНІ ТА ПОСТУРАЛЬНОГО БАЛАНСУ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРИФЕРИЧНИМ ГОЛОВОКРУЖІННЯМ**

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

П.Ф. Колісник (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університету ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Поширеність порушень балансу становить 5-10% в загальній популяції, досягає 40% у пацієнтів віком понад 40 років, що призводить до підвищення ризику падінь (Hesham M. Samy, 2017). Статистичних даних щодо поширеності периферичного головокружіння (ПГ) під час огляду літератури не знайдено. Однією з причин, які ведуть до розвитку ПГ, є хронічне порушення кровотоку у вертеб्रो-базиллярному басейні (ВББ). Терапевтичні вправи ефективно використовуються в програмах фізичної реабілітації, проте їх вплив на показники реоенцефалографії (РЕГ) та стабілометричного аналізу (СМА) вивчений недостатньо. Дослідження особливостей постурального балансу та кровотоку у ВББ дозволить розробити методи ефективної профілактики, лікування та реабілітації пацієнтів з ПГ.

**Мета:** Вивчити зміни показників кровотоку у ВББ та постурального балансу у пацієнтів з ПГ після виконання динамічних вправ з дозованим навантаженням (ДВДН).

**Матеріали та методи:** Обстежено 30 пацієнтів з ПГ (11 чоловіків та 19 жінок) віком від 24 до 71 років ( $43,3 \pm 14,2$ ) на базі Центру медичної реабілітації та спортивної медицини, м. Вінниця, Україна. Зміни кровотоку у ВББ реєстрували в п'яти положеннях голови (прямо, нахил вперед, назад, вправо, вліво) за допомогою РЕГ в окципіто-мастоїдальному відведенні, різниця базового імпедансу не перевищувала 10 Ом. СМА проведено в положенні стоячи, в позі Ромберга з відкритими та заплющеними очима, з нахилом голови вперед, назад, вправо, вліво. Після виконання ДВДН проведено повторне дослідження. Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми «Microsoft Excel»

2013».

**Результати:** До виконання ДВДН спостерігалось достовірне зменшення ДІ при нахилах голови в порівнянні з початковим положенням: при повороті голови вправо ( $p=0,0098$ ), вліво ( $p=0,005$ ), нахилах вперед ( $p=0,008$ ) та назад ( $p=0,1$ ). Після виконання вправ достовірних змін показників РЕГ при нахилах голови не відмічалось ( $p>0,05$ ). Період стрімкого наповнення до ДВДН при поворотах голови зменшувався ( $p<0,05$ ), а після зміни положення голови перестали впливати показники РЕГ ( $p>0,05$ ). Достовірних змін показників СМ після виконання ДВДН виявлено не було ( $p>0,05$ ). У 21 пацієнта (70%) спостерігалось зникнення або значне зменшення головокружіння одразу після ДВДН.

**Висновки:** ДВДН достовірно зменшують вплив положення голови на показники мозкового кровотоку у ВББ та клінічні прояви ПГ. Одноразове виконання ДВДН не веде до достовірних змін показників СМ у пацієнтів з периферичним головокружінням, що, очевидно, пов'язано з впливом інших факторів на дані показники, зокрема звичного патерну ходьби, змін постави, психологічних факторів тощо. Зв'язок між кровотоком у ВББ та постуральним балансом потребує подальшого вивчення, особливо в динаміці проведення реабілітаційних програм.

Ю.О. Гончарук

## **ВИЗНАЧЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНОЮ КУЛЬТУРОЮ**

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

І.В. Лисак (ст.викл., к.н. з фіз. вих. та сп.), С.О. Кулібаба (ст.викл.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В сучасному світі необхідно покращувати рівень фізичної підготовленості майбутніх лікарів, адже відомо, що здоров'я – основа будь-якої професії. Система навчання у медичних закладах освіти є важчою ніж в школах, а саме: збільшення обсягу інформації, психологічна насиченість занять, високі вимоги до якості знань, зменшення кількості рухової активності і, як наслідок, поганий рівень фізичної підготовленості. Дослідження, які були проведені українськими дослідниками, констатують велику кількість студентів з невисоким рівнем здоров'я. У більшості студентів немає бажання займатись спортом. Для контролю на заняттях фізичним вихованням у ЗВО створено систему тестів, що дають змогу контролювати рівень фізичної підготовленості.

**Мета:** Дослідити і визначити рівень фізичної підготовленості студентів-другокурсників за вимогами тестів фізичної підготовленості ВНМУ та за експрес-системою індексів Круцевич Т. Ю.

**Матеріали та методи:** Аналіз та узагальнення наукових літературних джерел, антропометричні вимірювання, рухові тести, методи математичної статистики. У тестуванні взяли участь студенти (20 хлопців та 20 дівчат), які входять до основної медичної групи.

**Результати:** Отримані результати дослідження свідчать про значну кількість другокурсників (55,0%), які мають вище середнього, і 7,5% – нижче середнього рівень фізичної працездатності. Це свідчить про розвиток таких рухових здібностей як швидкість, спритність та швидко-силова витривалість. Після аналізу та порівняння значень всіх досліджуваних індексів можна стверджувати, що показники індивідуального соматичного здоров'я за індексами студентів є нормальними.

**Висновки:** Отже, можна констатувати, що впровадження індивідуальної системи оцінювання до кожного студента дозволяє підвищити рівень мотивації до практичних занять та отримання більш високої оцінки при складанні рухових тестів.

О.П.Дем'янюк

## **МЕДИЧНА СЕСТРА В СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Актуальність:** Однією з сучасних тенденцій розвитку охорони здоров'я в провідних країнах світу і в Україні є реформування медичної галузі шляхом пріоритетного розвитку сімейної медицини.

**Мета:** Проаналізувати значення профілактичної діяльності сімейних медичних сестер в закладах загальної практики – сімейної медицини.

**Матеріали та методи:** В ході виконання роботи використано наступні методи дослідження: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, узагальнення.

**Результати:** Профілактика є однією зі складових частин медицини. Створення системи попередження захворювань і усунення факторів ризику є найважливішою соціально-економічною і медичною задачею держави.

Після наукової обробки отриманих даних соціологічного опитування, яке ми проводили на базі амбулаторій сімейної медицини міста Житомира, можемо підвести такі висновки. Більшість пацієнтів не задоволені профілактичною роботою сімейної медичної сестри. Але оскільки вагомий відсоток пацієнтів не мають бажання виконувати, або навіть слухати поради, щодо профілактичної діяльності, ми не можемо звинувачувати лише сімейних медичних сестер.

Також, ми можемо сказати, що сімейні медичні сестри приділяють мало часу оглядовій інформації стосовно профілактики. Оглядова інформація безперечно допомагає у роботі, адже зменшує час медичного працівника при поясненні профілактичних дій і можна було б витратити час на основну проблему пацієнта.

Також можемо відмітити, що велику роль в виборі відповіді відіграє особиста неприязнь, тому можливо потрібно проводити бесіди з сімейними медичними сестрами на тему етики та деонтології. Також ми бачимо, що пацієнти вважають наче медичні сестри не мають достатніх знань. Тому сімейні медичні сестри мають примножувати свої знання, саморозвиватися, проходити курси підвищення кваліфікації та відвідувати тренінги.

**Висновки:** Ми з впевненістю можемо побачити, що профілактична робота на первинній ланці проводиться, але для поліпшення якості потрібно врахувати всі недоліки і прислухатися до пацієнта. Адже основною метою профілактичної роботи є формування у населення правильного відношення до свого здоров'я та формування здорового способу життя, зміцнення здоров'я, зниження захворюваності, інвалідності та смертності.

Д. Дорофеев, А.А. Балян

## ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.І. Гуменюк (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У сучасному суспільстві проблема адаптації та стресостійкості виступає однією з ключових проблем адекватної реакції на стрес. Вплив стресових факторів не зводиться лише до емоційного феномену, а розповсюджується і на мотиваційну, когнітивну, волевову, характерологічну компоненти особистості. Низький рівень стресостійкості, нездатність людини протидіяти стресам призводить до негативних наслідків у психічній, соціальній, професійній і поведінковій сферах, різноманітних проявів посттравматичних стресових розладів, професійної деформації, психосоматичних

захворювань. Студенти-медики, окрім навчального процесу, залучені у тривале спілкування з пацієнтами різних клінічних кафедр, що вимагає не тільки застосування відповідних умінь, знань і навичок, а чималої емоційної самовіддачі. Актуальність проведення психофізіологічного аналізу гендерних відмінностей стресостійкості та адаптаційних можливостей студентів-медиків зумовлена необхідністю подальшого розроблення алгоритму формування стресостійкості особистості з метою збереження професійного довголіття.

**Мета:** Дослідити гендерні відмінності рівня стресостійкості та адаптаційного потенціалу студентів-медиків.

**Матеріали та методи:** Вивчення та систематизація матеріалів монографій, наукової літератури, статей у наукових фахових виданнях з даної теми. Опитування студентів 2 курсу В потоку у кількості 30 осіб (15 жіночої статі і 15 – чоловічої) за допомогою методик: визначення рівня стресостійкості (за І.А. Усатовим) та визначення індексу функціональних змін (за Р.М. Баєвським). Статистична обробка даних в програмному продукті STATISTICA 13.3.

**Результати:** Проведене дослідження показало, що середнє значення індексу функціональних змін у жінок становить  $1,92 \pm 0,06$ ,  $p > 0,05$ , а у чоловіків  $-1,89 \pm 0,08$ ,  $p > 0,05$  (норма  $< 2,1$ ). При цьому серед жінок 73,3% мають задовільну адаптацію і у 26,7% спостерігається напруга механізмів адаптації. Серед чоловіків 80% з нормальною адаптацією, 20% мають напругу механізмів адаптації. Середнє значення показника рівня стресостійкості жінок становить  $28,53 \pm 2,07$ ,  $p > 0,05$ , в той час у чоловіків  $-26,67 \pm 1,43$ ,  $p > 0,05$ . У 60% жінок відмічається середній рівень стресостійкості, у решти 40% – вище середнього рівень. 80% чоловіків характеризуються середнім рівнем стресостійкості, а решта 20% мають показник вище середнього. Коефіцієнт кореляції адаптаційного потенціалу та рівня стресостійкості у жінок  $-0,42$ , а в чоловіків  $-0,2$ .

**Висновки:** В результаті досліджень маємо можливість простежити гендерні особливості стресостійкості та адаптаційних можливостей у студентів-медиків. Таким чином, представники чоловічої статі мають кращі середні показники адаптаційного потенціалу. Задовільна адаптація у чоловіків пов'язана із заняттями спортом та меншою академічною відповідальністю. Майбутні лікарі жіночої статі у відсотковому співвідношенні мають вищий рівень стресостійкості, що можна пояснити вмінням поєднувати навчання та дозвілля.

П.М. Душенюк

## МЕТОДИ ЗАНЯТЬ І ВПРАВИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ ЗВ'ЯЗКОВО-М'ЯЗОВОГО АПАРАТУ ВІЛЬНОЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ ПІСЛЯ ТРАВМИ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

О.І Романенко (ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Швидке та ефективне відновлення кінцівки після терапевтичного лікування травми будь-якої частини тіла, займає на сьогодні вагоме місце. Існує чимало методів застосування техніки реабілітації, проте досягнути бажаного результату можна лише при використанні правильних та довготривалих маніпуляцій. Аналіз відповідної літератури дає змогу встановити, що існує багато методик повної реабілітації.

**Мета:** Визначити ефективність реабілітації травмованої кінцівки студентів за допомогою впливу на них чинників фізичної взаємодії.

**Матеріали і методи:** У ході спостереження було обстежено 22 студента, з них 11 осіб-дівчата, 11 осіб – дівчата, у яких раніше було діагностовано травми вільної нижньої кінцівки різного ступеня важкості. Проведено педагогічне спостереження (визначено станову динамометрію та збудження нижніх кінцівок на подразнення).

**Результати:** Аналіз історії амбулаторних карток пацієнтів м. Вінниці дозволив встановити, що травми

вільної нижньої кінцівки становлять 46% серед усіх видів пошкоджень опорно-рухового апарату студентів 18-19 років. У системі занять запропоновано застосовувати наступні рекомендації :- вправи для укріплення та розвитку опорно-рухового та м'язового апарату (вправи біля 'Швецької' стінки ,вправи із джгутом, скакалкою, залежно від фізичного стану спортсмена); - стабілізація фізичного стану спортсмена; - щотижневе збільшення навантаження (збільшення кількості вправ опорно-рухового апарату); - залежно від фізичного стану спортсмена, корегувати (збільшувати чи зменшувати) додаткову вагу на кінцівки кожні 1-2 місяці. На підставі проведеного педагогічного експерименту встановлено, що приріст показників динамометрії правої ноги у дівчат становив 32% , лівої ноги – 38%. У хлопців динамометрія правої кінцівки зросла на 22%, а лівої – на 19%. Студенти відзначили зменшення больового синдрому при виконанні вправ і суттєве збільшення об'єму рухів порівняно з перед реабілітаційним періодом.

**Висновок:** Комплекс вправ, запропонованих підготовці спортсменів є ефективним у реабілітації травм вільної нижньої кінцівки. Встановлено позитивну динаміку у показниках фізичного розвитку студентів. Середній показник покращення фізичної підготовки у хлопців становив 12.8%, а в дівчат – 17,9%.

М.М. Желізна

## **ВПЛИВ ЗАНЯТЬ СПОРТИВНОЮ ГІМНАСТИКОЮ НА СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ХЛОПЧИКІВ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

О.В. Лежньова (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність:** Відомо, що рухова активність вдосконалює функціональний стан систем організму, створюючи передумови для гармонійного фізичного розвитку, інтенсивного дозрівання, формування психофізіологічних функцій та підвищення функціональних резервів. Але основна увага науковців приділяється, як правило, спортсменам високої кваліфікації юнацького або підліткового віку, а гімнастики 7-9 років, як правило залишаються поза увагою. Однак, наукові дані показують, що молодший шкільний вік є базовим у плані формування усіх систем організму, під час якого необхідно активно впливати на його розвиток.

**Мета:** Дослідити вплив занять спортивною гімнастикою на стан фізичного здоров'я хлопчиків молодшого шкільного віку.

**Матеріали та методи:** В дослідженні взяло участь 89 хлопчиків віком 7-9 років, що займаються спортивною гімнастикою, які були поділені на три вікові групи. У дослідженні було використано методику «Експрес-оцінки рівня фізичного здоров'я» Г. Л. Апанасенка. Для визначення рівня фізичного здоров'я розраховували індекси маси тіла, силовий, життєвий, Робінсона та Руф'є на основі вимірних антропометричних показників та проведених функціональних проб. Для визначення стану фізичної підготовленості юних гімнастів використовувались критерії оцінки рівнів фізичної підготовленості гімнастів різних розрядних груп і математичні моделі, розроблені М. О. Носком, В. І. Синіговцем і В. М. Масловим.

**Результати:** Більшість гімнастів усіх груп мають середній рівень фізичного здоров'я (в групі дітей віком 9 років – 93%, у групі 8 років – 87,1%, серед хлопчиків 7 років спостерігалось всього 57,1%) та задовільну адаптацію організму до умов оточуючого середовища при збереженні високих функціональних можливостей організму, найвищі показники цього рівня у 76,7% гімнастів 9 років, 67,9% – 7 років і 48,4% – 8 років. 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 з 12), силова витривалість (8 балів з 12) і сила м'язів рук (8 балів з 12).

**Висновки:**

1. За результатами проведеного дослідження можна стверджувати, що заняття спортивною



гімнастикою в молодшому шкільному віці значно впливають на розвиток опорно-рухового апарату і відновлення серцево-судинної системи після навантаження та працездатність серця, але разом з цим спостерігається недостатній розвиток дихальної системи.

2. За сумарними показниками у більшості дітей усіх груп спостерігається середній рівень фізичного здоров'я та задовільний адаптаційний потенціал серцево-судинної системи. Частка дітей, що демонструють середній та вище середнього рівні фізичного 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.

Р.В. Коріненко

## ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА У СТУДЕНТІВ, ЯКІ НАДАВАЛИ ЕМД ПІД ЧАС НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ

Кафедра медицина катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (к.м.н.,ст.викл.)

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

**Актуальність теми:** Невміння контролювати свої емоції, керувати своїми діями та ще недостатньо сформована адаптаційна система особи, що вперше надавала екстрену медичну допомогу в осередку надзвичайної ситуації безумовно несе за собою виникнення психологічної травми.

**Мета дослідження:** Дослідити емоційний та психологічний стан студентів після надання екстреної медичної допомоги під час надзвичайної ситуації, виявити психологічну травму, проаналізувати її ускладнення та рівень впливу на організм.

**Матеріали та методи:** Для виконання поставлених завдань було проведено опитування студентів 1 та 5 курсів Вінницького медичного національного університету (ВНМУ) ім. М.І. Пирогова та Вінницького національного технічного університету (ВНТУ).

**Результати дослідження та їх обговорення:** В процесі добровільного анонімного анкетування студентів першого та п'ятого курсів ВНМУ ім.М.І. Пирогова та ВНТУ взяли участь 207 студентів, з яких 38 % - представниці жіночої статті, а 62 % чоловічої. Середній вік респондентів склав 21 рік. Аналіз анкет дав змогу поділити студентів на дві групи: перша (контрольна) група – 67 % студентів, що не надавали ЕМД; друга (експериментальна) група 8 % студентів 1 курсу ВНМУ ім.М.І.Пирогова, 2 % студентів 1 курсу ВНТУ, 18 % студентів 5 курсу ВНМУ та 5 % студентів 5 курсу ВНТУ.

Учасники експериментальної групи вказали, що у момент надання ЕМД вони відчували: тривогу – 91%, прискорене серцебиття – 73%, тремтіння кінцівок або всього тіла – 73%, порушення концентрації – 71%. Майже кожен із них особливо відмітив відчуття невпевненості у своїх діях та страх заподіяти додаткову шкоду потерпілим.

27 % студентів мали такі зміни психологічного стану впродовж першої доби, решта 73% - стверджували, що окрім цих симптомів, додалися ще безсоння – 40 %, нічні кошмари – 12% та порушення концентрації уваги – 11%, що тривали більше місяця.

Кожен третій студент вказав у анкеті, що усе ж таки першою думкою під час проведення ЕМД є виклик ШМД. Лише 25 % стверджують, що при наступних подібних випадках, вони одразу кинуться виконувати необхідні дії.

6 % студентів ВНМУ ім.М.І.Пирогова зазначили, що їх перший досвід ЕМД був у дитинстві, кожна із них погано пам'ятає події та причини НС, але вони впевнені, що саме в цей момент вони визначилися з майбутньою професією.

**Висновки:** Таким чином, кількість осіб, які отримують сильний вплив на психологічне здоров'я стресорів пов'язаних із НС лише зростає. Тому на базах університетів проводять навчальні курси, щодо надання ЕМД. Також виявлено ефективність даних програм: зріс показник студентів, що уміють накладати джгут та іммобілізувати кінцівку, із 29 % до 80 % (1 та 5 курс), та студентів, що вміють

виконувати СЛР, із 11 % до 71 % відповідно. Це не лише позитивно відобразиться на якості та ефективності ЕМД, а й на психологічному здоров'ї особи, що її виконує, внаслідок готовності та впевненості їх в своїх діях.

К.О. Кошова, А.В. Мисан

## **БІОМЕХАНІКА ГОМІЛКОВО-НАДП'ЯТКОВОГО СУГЛОБА**

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Г.В. Лісчишин (викладач)

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

**Актуальність:** Кожен день ми починаємо і закінчуємо з активного чи пасивного руху. Коли ми дихаємо, готуємо сніданок, біжимо на зупинку, щоб встигнути на автобус, танцюємо, сміємось – наші м'язи скорочуються і рухають частини нашого тіла. Ця неймовірна робота забезпечує нам активне життя.

Основну роль в цих повсякденних рухах відіграє гомілково-надп'ятковий суглоб. У багатьох наукових джерелах, експериментальних і модельних дослідженнях не повністю описано зчеплення руху суглобів, положення і орієнтації суглобової осі обертання, напруги в зв'язках і їх направляюча і стабілізуюча роль у русі суглобів, конгруентність суглобових поверхонь, закономірності ковзання на суглобових поверхнях і довжина м'язів.

Рухливість і стабільність гомілково-надп'яткового суглоба були широко досліджені вченими, але багато важливих питань все ще потребують з'ясування.

**Мета:** На основі теоретичного аналізу та за результатами вивчених медичних даних надати комплексну оцінку методів лікування та вдосконалення знань фізіологічної механіки гомілково-надп'яткового комплексу.

**Матеріали та методи:** Аналіз науково-медичної літератури, спостереження, тестування функціональних здібностей гомілково-надп'яткового суглоба, статистичні методи.

**Результати:** Багато висновків з літератури підтримують думку про тісну взаємодію між геометричним розташуванням зв'язок і формами суглобових поверхонь у напрямлених і стабілізуючих рухах у гомілково-надп'ятковому суглобі. Тому будь-які вправи з залученням гомілково-надп'яткового суглобу мають включати ці знання, щоб уникнути травматизації під час тренувань

**Висновки:** Порівнюючи результати досліджень ми визначили, що гомілково-надп'ятковий механізм є єдиним механізмом, в якому пасивна рухливість створюється обертаннями, а також ковзанням суглобових поверхонь та ізометричним обертанням двох зв'язкових волокон щодо їх початку і прикріплення. Інакше кажучи, за відсутності деформації тканин пасивний рух не може здійснюватись. Ефективність профілактичної роботи знаходиться в прямій залежності від знання факторів ризику, здатних призвести до захворювань і травматизму.

А.В. Кравченко, О.О. Співак

## **ВПЛИВ АДАПТОГЕНУ НА ФІЗИЧНУ АКТИВНІСТЬ СТУДЕНТІВ ВНМУ**

І.В. Лисак (ст.викл., к.н. з фіз.вих. та сп.) А.В. Соколовський (ст.викл.)

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

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

**Актуальність:** В сучасному світі багато факторів, які завдають шкоду здоров'ю людини і одним із них є відсутність фізичної активності. Основні причини гіподинамії – втома, лень, надмірна зайнятість. Хоча доведено, що хоча б 30 - 40 хв. 3 – 4 рази на тиждень є у кожного, щоб присвятити їх заняттям

фізичними вправами. Для боротьби з вище вказаними факторами рекомендовано приймати адаптогени – речовини природного чи штучного походження, які здатні підвищувати неспецифічну стійкість організму до широкого спектру шкідливих впливів навколишнього середовища.

**Мета:** Дослідити вплив адаптогену «Настойки Женьшеня» на фізичну активність студентів ВНМУ.

**Матеріали та методи:** «Настойки Женьшеня», анкетування, проба Руф'є, Гарвардський степ-тест, комплекс вправ для виконання. Досліджувана група - 20 студентів 1 курсу (10 хлопців та 10 дівчат).

**Результати:** Дані отримані до початку прийому адаптогену: проба Руф'є – 10% незадовільна, 40% слабка, 30% задовільна, 20% хороша; Гарвардський степ-тест – 15% погана оцінка, 25% нижче середнього, 50% середня, 10% добра. Дані отримані після 30-ти денного курсу прийому адаптогену: проба Руф'є – 0% незадовільна, 30% слабка, 45% задовільна, 25% хороша; Гарвардський степ-тест – 5% погана оцінка, 15% нижче середнього, 55% середня, 20% добра, відмінна 5%.

**Висновки:** При порівнянні результатів проведених досліджень можна побачити, що показники після курсу прийому адаптогену «Настойки Женьшеня» та виконання рекомендованого комплексу вправ значно підвищились. Студенти відчували «довготривалий ефект підвищення активності як від кави», що стимулювало їх на виконання фізичних вправ. Тому для безпечної стимуляції організму доцільним є прийом профілактичних доз адаптогенів: 10 – 15 крапель двічі на день в першій половині дня за 30 хв до прийому їжі впродовж 30 днів, через 3 – 4 тижні можна повторити курс.

М.В. Кудря, В.В. Косякова

## АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ВЖИВАННЯ JUNKFOOD СУЧАСНОЮ МОЛОДДЮ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Поляруш (ст.викладач) Н.І. Гуменюк (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сучасний темп життя зумовлює тотальні зміни у нашому харчуванні, зокрема, фаст-фуд введено та швидко з'явився у ньому та став невід'ємною частиною побуту. Ера швидкого харчування розпочалася 2 березня 1955 року, коли підприємець Рей Крок зареєстрував компанію «McDonald'sSystem, Inc». І вже в 1963 році об'єм реалізації гамбургерів виріс до мільйона на день. Підсилювачі смаку, консерванти та інші хімічні домішки зумовлюють високу калорійність їжі, що полягає у збільшеній кількості вуглеводів та жирів, котрі залишаються у «жировому депо». Серед наслідків вживання швидкої їжі є порушення моторики кишечника, гастрит, холецистит, коліт. Фанати кебабів, шаурми, бургерів та інших представників junkfood (шкідлива їжа) також піддаються ризику серцево-судинних захворювань та майже приречені на онкологічні хвороби.

**Мета:** Дослідити особливості харчування сучасної молоді в умовах браку часу та швидкого темпу життя на основі опитування студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова та ЧНУ ім. Богдана Хмельницького.

**Матеріали та методи:** Вивчення та систематизація матеріалів наукової літератури, статей у наукових виданнях за досліджуваною проблемою. Аналіз анкетних даних 133 студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова та ЧНУ ім. Богдана Хмельницького.

**Результати:** Проведене дослідження показало, що серед 133 опитаних студентів відповіді розділилися наступним чином: 49,6% (66 осіб) люблять фаст-фуд, решта 50,4% (67 осіб) поділилося на 2 групи: 45,1% (60 осіб) – не люблять, але іноді куштують, решта 5,3% (7 осіб) - не люблять та не харчуються junkfood. По частоті вживання: 57,2% (76 людини) споживають лише 1 раз на місяць, 15% (20 осіб) - 1 раз на тиждень, 12,8% (17 осіб) - декілька разів на тиждень, 15% (20 осіб) дуже рідко (1 раз на декілька місяців). На питання кількості спожитої нездорової їжі респонденти відповіли, що 74,2% (95 осіб) ласують лише 1 одиницею (1 середня картопля фрі чи 1 гамбургер), 18% (23 осіб) - 2 одиниці, решта 7,8% (15 осіб) - 3 і більше. Як заміна повноцінного прийому їжі: 46,9% (61 осіб) стверджують, що споживають шкідливу їжу у вихідні, під час прогулянки, 25,4% (36 осіб) - під час обіду, 27,7% (36 осіб)

– як перекус між парами. За часом вживання: 60,5% (78 осіб) опитуваних витрачають 10-20 хвилин на споживання, 22,5% (29 осіб) - 5-10 хвилин, 17% (26 осіб) – 30 і більше хвилин.

**Висновок:** Таким чином, в результаті дослідження можемо стверджувати, що частота вживання junkfood сучасною молоддю займає суттєве місце в формуванні гастрономічних звичок. Прогнозований негативний вплив на здоров'я респодентів, які вживають фаст-фуд, викликає занепокоєння та потребує подальшого детального дослідження в майбутньому.

О.В. Кулеша, Я.В. Гнатенко

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВИПАДКАХ ТРАВМАТИЧНОГО ТОКСИКОЗУ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

М.В. Матвійчук (доц., зав.каф.), Н.І. Гуменюк (викладач), В.В. Чорна (к.мед.н.,ст. викладач), В.В. Фіщук (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Кількість випадків з синдром тривалого здавлювання (СТЗ, синдром тривалого стиснення, Краш-синдром, синдром Байуотерса, травматичний токсикоз) у світі з кожним роком збільшується внаслідок постійно зростаючого числа стихійних лих, технологічних катастроф, терористичних актів. Під час воїн СТЗ зустрічається з частотою від 3 до 5 %; під час землетрусів від 3,5–5,0 % усіх постраждалих.

**Мета:** Вивчити інноваційні розробки домедичної та екстреної медичної допомоги у постраждалих з ознаками травматичного токсикозу, аналізуючи сучасну наукову літературу за досліджуваною проблемою.

**Матеріали та методи:** Аналіз сучасної наукової літератури за досліджуваною проблемою.

**Результати:** За даними проведеного аналізу встановлено, що тяжкість захворювання (СТС) залежить від обширності роздавлювання тканин, тривалості здавлювання, ступеня ішемії та скомбінованості травми.

Чим більше тривалість здавлювання, тим тяжче СТЗ. Поєднання СТЗ із ураженням внутрішніх органів, кісток і суглобів, магістральних судин і нервів значно обтяжує перебіг захворювання через частий розвиток шоку. За періодами розвитку травми виділяють період компресії та посткомпресійний період. Виділяють три етапи посткомпресійного періоду: ранній (1–3 доби); проміжний (4–18 діб); пізній (понад 18 діб).

Суттєвий вплив на перебіг і наслідок травми має гостра ниркова недостатність (ГНН). Ознаки з'являються на 4–5-й день після травми, що відмічається у 70–92 % випадків СТЗ. Летальність при СТЗ, ускладненому ГНН складає 50–90 %.

Синдром позиційного стиснення виникає в наслідок притиснення кінцівок чи їх частин власною вагою. Виникає найчастіше у постраждалих без свідомості (алкогольне та наркотичне сп'яніння, отруєння медикаментами). Як ятрогенне ускладнення можливе у постраждалих, що знаходяться в стабільному боковому положенні більше 30хв.

Сьогодні у системі заходів догоспітальної допомоги при СТЗ особливий акцент полягає в накладанні джгута вище місця стиснення, обкладання кінцівки льодом, туге бинтування. Екстренна допомога полягає в ранній масивній інфузійній терапії 0,9% розчином NaCl з додаванням бікарбонату натрію та осмотичних діуретиків. При позиційному стисненні - накладають еластичний бинт, холод, новокаїнові блокади. В умовах ЛПЗ виконують широку фасціотомію. Для запобігання виникнення післятравматичного синдрому у поранених важлива рання своєчасна евакуація на етап спеціалізованої допомоги, що в даний час в зоні проведення ООС виконується на 100%.

**Висновки:** Таким чином, ефективність домедичної та екстреної медичної допомоги, що супроводжуються травматичним токсикозом залежить від швидкості рятувальних робіт, ранньому звільненні постраждалих від здавлення, іммобілізації, масивній інфузійній терапії.

І.Т. Кульчицький Б.В. Касянюк

## **ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ХАРЧУВАННЯ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ.**

Кафедра загальної гігієни та екології

О.В.Дякова (к.мед.н., доц.)

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

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Однією з найбільш актуальних проблем сімейної медицини, педіатрії та дерматології є акне, або вугрова хвороба (ВХ), що являє захворювання сальних залоз і волосяних фолікулів, функціонування яких пов'язане з впливом багатьох чинників, зокрема важливу роль відіграє неправильне харчування. ВХ посідає третє місце у структурі дерматологічних захворювань. Приблизно 75-80% людей протягом життя мають прояви цього захворювання.

**Мета:** Дослідити вплив продуктів із високим глікемічним індексом (ГІ) на перебіг вугрової хвороби. Оцінка тривожності та невротизації у осіб із акне. Систематизувати інформацію про корисні та шкідливі продукти харчування, які впливають на розвиток ВХ.

**Матеріали та методи:** Обстежено 27 хворих на акне віком від 17-35 років : 16 чоловіків та 11 жінок. У дослідження включали осіб з комедональної та папуло-пустульозною формами акне. З метою об'єктивної оцінки тяжкості перебігу ВХ застосовували бальну оцінку за G.Michaelsson у модифікації В.П.Сергеева і В.М.Рокицької та шкалу оцінки елементів акне за Куком. Клінічне обстеження стану шкіри у пацієнтів з ВХ було проведено до лікування та після його початку через (14±1), (28±2) та (56±3). Тривожність вивчалася за шкалою самооцінки Спілберга-Ханіна. Рівень невротизації оцінювався за методикою діагностики

Л.І. Вассермана. Хворих на ВХ було розподілено на дві групи :

- 1) Основна група – 16 осіб, які отримували антибактеріальну терапію, і відносно повністю дотримувалися дієти (а саме, відмовилися від вживання продуктів із високим ГІ) та приймали вітамінно-мінеральні комплекси: «Цинк активний» та «Аевіт».
- 2) Група порівняння – 11 осіб, які отримували стандартне антибактеріальне лікування без дотримання або з частковим дотримання дієти.

**Результати:** У процесі лікування хворих із основної групи швидко зменшилася кількість запальних акне – через 8 тижнів не залишилося жодної пустули, окрім деяких осіб. У цієї ж самої групи індекс вираженості акне (ІВА) за G.Michaelsson знизився у 6,8 разів та був в 1,6 разів нижчим, ніж у групи порівняння. За цей самий період часу в основній групі бал за шкалою ІВА Кука зменшився у 3,3 рази та був у 1,5 рази нижчим, ніж в осіб групи порівняння. Після 8 тижнів лікування хворі основної групи, мали статистично достовірно нижчі рівні ситуативної тривожності та невротизації в порівнянні не лише з групою пацієнтів до початку лікування, а й з особами із групи контролю.

**Висновки:** Для досягнення максимального терапевтичного ефекту хворим із ВХ необхідного дотримуватися комплексного підходу з обов'язковим обмеженням продуктів із високим ГІ та застосуванням препаратів зовнішньої дії, а у разі потреби – і системних засобів.

І.І.Ліщук

## **АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНОГО ПІДХОДУ В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОСВІТИ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

кафедра «Сестринська справа»  
С.В.Гордійчук  
(канд.біол.наук, проректор з навчальної частини)  
КВНЗ «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради  
м. Житомир

**Актуальність:** Підвищення якості професійної підготовки майбутніх медичних фахівців відповідно до світових стандартів підсилюють конкурентоспроможність вищої медичної освіти, сприяють оптимізації умов розширенню можливостей українських медичних фахівців на вітчизняному та міжнародному ринках праці. Це також зумовлено проголошенням Україною курсу на євроінтеграцію, що вимагає нових підходів до організації навчального процесу у медичних ЗВО (закладів вищої освіти) та є необхідною передумовою подальшого розвитку та удосконалення важливої складової освітнього процесу – впровадження інноваційних технологій, а зокрема застосуванням ефективною системи управління якістю, яка базується на інформаційно-комунікаційному підході.

**Мета:** Проаналізувати та обґрунтувати систему використання інформаційно-комунікаційних технологій в освітньому процесі ЖМІ, застосування яких буде спрямоване на підвищення ефективності управлінської діяльності інституту.

**Матеріали та методи:** Аналіз, систематизація, узагальнення, спостереження, анкетування, а також статистичні та математичні методи. У Житомирському медичному інституті (ЖМІ) був здійснений моніторинг умов, форм та методів, що створені для забезпечення якісної успішності студентів з точки зору отримувачів цих освітніх послуг, тобто, самими студентами. Результати анкетування засвідчують, що 80% опитаних студентів надали перевагу інформаційно-комунікаційним технологіям і, на їх думку, саме на цьому аспекті потрібно акцентувати увагу при плануванні навчального процесу у закладі. Зокрема, 23% опитаних студентів підтримує у навчанні поєднання викладачами традиційних та інноваційних форм та методів. Переважна більшість студентів обрала головним та важливим фактором успішності їх навчання мотивацію. Тому викладач має усвідомити всю повноту відповідальності своєї ролі при мотивуванні студентів зі своїх дисциплін, що є важливим чинником при формуванні майбутнього фахівця. Певну увагу в анкетуванні було приділено системі контролю знань студентів. На думку студентів, система оцінювання в ЖМІ загалом є адекватною і вони задоволені справедливістю та об'єктивністю викладачів при оцінці їх знань.

**Висновок:** Проведений аналіз дає змогу акцентувати увагу на рівні досягнень використання інформаційно-комунікаційного підходу, а в більшій мірі інформаційно-комп'ютерних технологій, що дасть можливість розробки відповідного програмно-методичного забезпечення інформаційних технологій, що дозволить інтенсифікувати навчальний процес, активізувати творчу діяльність студентів, значно підвищити якість освіти. Успішна інформатизація навчального закладу сприяє створенню автоматизованої системи управління цим закладом, об'єднуючи всі підструктури і ланки його діяльності та забезпечує створення єдиного інформаційно-освітнього простору в ЗВО України.

А.В. Луканова  
**НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЕД ДІТЕЙ, ЩО МАЮТЬ НАДЛИШКОВУ МАСУ ТІЛА**  
Кафедра загальної гігієни та екології  
Н.М. Фещук (старший викладач)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У ХХІ столітті надлишкова маса тіла (НМТ) стала однією з найбільш серйозних проблем громадського здоров'я. Попередження НМТ у дітей визнано одним із основних напрямів первинної профілактики неінфекційних захворювань. На сьогодні статистика дітей з НМТ в Україні невідома, тому

й залишається невідомим стан їх здоров'я. Однак, окремі публікації інформують, що НМТ постійно зростає серед дітей в Україні і зокрема станом на 1 січня 2017 року найбільша поширеність спостерігалась серед дітей у Вінницькій області.

**Мета:** Виявити у дітей із надлишковою масою тіла неінфекційні захворювання та надати відповідні рекомендації.

**Матеріали та методи:** Об'єктом наших досліджень стали учні однієї із сільських шкіл Тростянецького району Вінницької області. Всього було проаналізовано біля 80 амбулаторних карт учнів середніх та старших класів. Оптимальну масу тіла ми визначили за індексом маси тіла (ІМТ).

**Результати:** Виявлено, що НМТ була у 7,69% сільських учнів, і цей показник не виходив за показники із окремих наукових публікацій. Нами не виявлено суттєвих залежностей НМТ від віку чи статі школярів. Разом із цим серед обстежених хлопців – 14,0% мають недостатню масу тіла.

**Висновки:** Необхідно вивчити фізичний розвиток дітей за сучасним комплексним методом, адже ІМТ не сповна відтінює реальний стан здоров'я дітей. Батькам учнів, що мають надлишкову масу тіла надати рекомендації щодо консультації у дитячого ендокринолога, також забезпечити оптимальний режим дня, раціональне, збалансоване харчування тощо

С.С. Малеш

## **ВПЛИВ СПАЗМУ НИЖНЬОГО КОСОГО М'ЯЗА ГОЛОВИ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙНИХ СЕГМЕНТІВ НА РОЗВИТОК АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Кафедра внутрішньої медицини №2

Р.А. Кравець (к.мед.н., доц.), Ю.К. Откаленко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Артеріальна гіпертензія – одне з найбільш поширених хронічних захворювань серцево-судинної системи. Захворюваність за даними МОЗ складає 30-45% населення України і має тенденцію до збільшення. В той же час суттєво поширена вертебральна патологія шийних сегментів. На сьогоднішній день вертеброгенна артеріальна гіпертензія не виділена як симптоматична і лікується за стандартними схемами як гіпертонічна хвороба. Відповідно відсутній достатній лікувальний вплив на етіопатогенетичні чинники хвороби.

**Мета:** Обстежити хворих з артеріальною гіпертензією та патологією шийного відділу хребта, оцінити можливий зв'язок між ними та оцінити стан пацієнтів після проведеної вертебологічної реабілітації.

**Матеріали та методи:** У дослідженні взяли участь 35 хворих, які мали артеріальну гіпертензію та патологію шийного відділу хребта. Опрацьовано дані рентгенологічного та МРТ дослідження хворих, щоденників артеріального тиску.

**Результати:** У дослідженні взяли участь 35 пацієнтів зі змінами в шийних сегментах хребта та артеріальною гіпертензією. Всім хворим проводилось рентгенологічне і/або МРТ дослідження шийного відділу хребта та знайдені відповідні травмуючі елементи. У всіх хворих шляхом мануальної діагностики були виявлені спазми нижніх косих та драбинчастих м'язів. Пацієнтам було проведено від 3 до 8 сеансів вертебологічного лікування, яке включало: постізометричну релаксацію м'язів, мануальну корекцію шийних сегментів, гідрокортизон-новокаїнові інфільтрації тригерних пунктів та тоннельних синдромів, використання комірця Шанца та призначення ЛФК в тракційно-тренувальному режимі. У 26 хворих (74,28%) спостерігалось покращення загального стану та зменшення вираженості больового синдрому по ВАШ в середньому з 7,6 до 4,1 бали. У 23 пацієнтів (65,71%) спостерігалась тенденція до зниження середнього АТ (за даними індивідуального щоденника вимірювання АТ) САТ з 165 до 144 мм.рт.ст., ДАТ з 106 до 94 мм.рт.ст. У 9 хворих (25,71%) вдалося зменшити дозу антигіпертензивних препаратів.

**Висновки:** Обстеження хворих з патологією шийного відділу хребта та артеріальною гіпертензією показало наявність в них первинних травмуючих елементів, а також вторинних травмуючих елементів у вигляді тригерних пунктів та спазму нижнього косого м'яза голови. Призначення вертебрологічного лікування покращувало загальний стан пацієнтів, та інколи призводило до зменшення потреби у антигіпертензивних засобах. Таким чином, ми можемо припустити, що наявність тонельного синдрому нижнього косого м'яза голови та зміни в шийних сегментах можуть призводити до виникнення артеріальної гіпертензії.

Ю. Я. Мизинюк О. М. Довгалюк

## **ПРАВИЛА БЕЗПЕКИ ПІД ЧАС ГРОЗИ ТА ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ УРАЖЕННЯХ БЛИСКАВКОЮ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Т.М. Сидорчук ( викладач ), Н.І. Гуменюк ( викладач )

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна, Україна

**Актуальність:** Зміна клімату на планеті, глобальне потепління, різке підвищення температури повітря призводить до сильних засух, повеней, штормів, ураганів та гроз. Кількість гроз, що супроводжуються блискавкою в Україні зростає з кожним роком. Якщо станом на 2006 рік від удару блискавкою померло 7 осіб, то станом на 2015 рік було зареєстровано 27 таких випадків. Загалом у період з 2006-2015 зафіксовано 312 смертельних уражень людини блискавкою на території України. Дана проблема є небезпечною та смертельною загрозою для людей у всьому світі. Так, щороку в США від удару блискавкою гине в середньому біля 49 осіб. Дотримання правил безпеки, своєчасність і якість надання першої медичної допомоги в подібних ситуаціях потребує певних знань і вмінь.

**Мета:** Дослідити правила поведінки в умовах грози та особливості надання першої медичної допомоги при ураженнях блискавкою.

**Матеріали та методи:** Аналіз сучасної наукової літератури за досліджуваною темою, інтернетресурс.

**Результати:** Проведене дослідження показало, що ураження блискавкою відноситься до електротравм, що викликає функціональні розлади центральної та периферичної нервової системи, дихальної та серцево-судинної системи, а також місцеві ушкодження. Вражаючими факторами є: короткочасність (0,0001-0,003 с), велика сила струму (100-200 тис. ампер) і висока напруга (3-200 млн. вольт) постійного струму. Виникають тяжкі опіки до IV ступеня, потерпілий непритомніє, можуть розвиватись галюцинації, парези кінцівок, бульбарні порушення. Постраждалі скаржаться на порушення слуху, за грудний біль, кровохаркання. Характерними симптомами ураження блискавкою є наявність на тілі своєрідних деревоподібних знаків («знаків блискавки») багряно-бурого кольору по ходу судин, що виникають внаслідок коагуляції білків плазми крові. Основною причиною летальності при ураженні блискавкою є зупинка серцевої діяльності внаслідок фібриляції шлуночків. У потерпілих з ознаками ураження блискавкою потрібно надавати першу медичну допомогу відповідно до стандартів BLS.

Правила поведінки в умовах грози: на відкритій території потрібно знайти заглиблення на поверхні та присісти, обхопивши коліна руками та позбутися всіх металевих предметів та електронних пристроїв, особливо мобільних телефонів, ні в якому разі не можна лягати на землю - це збільшує небезпеку потрапляння блискавки поруч; біля водойми потрібно негайно дістатись суші та відійти якнайдалі. Людям на відкритих транспортних засобах слід припинити рух та відійти від них не менше як на три метри., не рекомендується використовувати парасольки з металевими конструкціями. Якщо під грозу попала група людей, потрібно відійти один від одного не менш, як 3 м.

**Висновки:** Таким чином, особливостями надання першої медичної допомоги при ураженнях блискавкою у постраждалих є чітке виконання і дотримання протоколів, і стандартів базових реанімаційних заходів. Правила поведінки під час грози є життєвонеобхідним навиком, що рятує життя.



А.В. Морква, М.Л. Чернобока  
**ВИЯВЛЕННЯ ВМІСТУ ПРИХОВАНОГО ГЛЮТЕНУ В ХАРЧОВИХ ПРОДУКТАХ**  
Кафедра загальної гігієни та екології  
Т.В. Шевчук (доц., к.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогодні людство все частіше почало зустрічатися із захворюванням, яке пов'язано з непереносимістю глютену (це особлива фракція рослинних білків, які виявлені в ендоспермі зернових культур). У хворих на целиацію глютен індукує патологічний аутоімунний процес, який запускає синтез антитіл до певних компонентів слизової оболонки тонкого кишечника. Внаслідок цього процесу даний відділ травного тракту більше не може належним чином виконувати свою основну функцію – забезпечувати всмоктування необхідних для організму речовин. За оцінками вчених, на один верифікований діагноз целиації припадає 50 недіагностованих випадків цього захворювання, що спонукає до глибокого переосмислення цієї актуальної медико-соціальної проблеми.

**Мета:** Провести статистичний аналіз обізнаності людей щодо глютензалежних захворювань. Дослідити наявність прихованого глютену або підтвердити його відсутність в продуктах повсякденного харчування пересічного українця. Визначити ряд фармакологічних препаратів, до складу яких входить глютен.

**Матеріали та методи:** Ознайомлення з науковою літературою по даному питанню та статистичний аналіз даних стосовно захворювань, пов'язаних з непереносимістю глютенівмісних продуктів. Проведено опитування пересічних вінничан та студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова за спеціально розробленою схемою. Аналіз безглютенних продуктів харчування та виробів з прихованим вмістом фракцій білка гліадину. Розгляд сучасних алгоритмів та специфіки лікування глютенної ентеропатії. Аналіз інструкцій фармакологічних препаратів на вміст глютену.

**Результати:** Проведено опитування 100 вінничан різних вікових категорій, з них 87% не мають уявлення, що таке глютен; 4% здогадуються; 9% знають (з них 3% перебувають на безглютенній дієті за власними переконаннями). Проведено анкетування 328 студентів 1-6 курсу лікувального, стоматологічного, психологічного факультетів та інтернів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. 63,7% студентів не знають, що таке целиація і з чим вона пов'язана; 16,1% знають причини та симптоми даного захворювання; 11,56% чули про глютен із засобів масової інформації; 5,36% знають про наявність глютену в лікарських засобах; 2,11% студентів мають явні симптоми глютензалежних захворювань. Зі всіх опитаних 1,5% перебувають на безглютенній дієті і 3,23% хочуть спробувати дану дієту. Виробники відносно малої кількості харчових продуктів вказують на кількісний вміст або відсутність глютену в партіях товару. Інструкції ліків не містять розділу про вміст глютену в препаратах.

**Висновки:** Статистичний аналіз підтвердив наявність медико-соціальної проблеми малоінформованості населення щодо можливої негативної реакції організму на вживання глютенівмісних продуктів. Виявлено ряд харчових продуктів з «прихованим глютенном», про що виробники або не інформують, або зловживають поняттям «сліди глютену» чи маскують під виглядом харчових добавок. Також білок може входити до складу покривної плівки твердих форм лікарських засобів як допоміжна речовина.

М. С. Музика  
**ВПЛИВ ФІЗКУЛЬТУРНИХ ПАУЗ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ  
СТАН СТУДЕНТІВ**

Кафедра фізичного виховання  
І.В. Лисак (ст. викладач, к. н. з фіз.вих. та сп.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Актуальність:** Підвищення рівня здоров'я і розвиток необхідних фізичних якостей прямо пов'язані з руховою активністю студентів. За оцінками фахівців, в організації фізкультурно-оздоровчої роботи зі студентами, наразі існує низка суттєвих недоліків, серед яких малий обсяг навчального часу відведеного на обов'язкові заняття фізичною культурою, незадовільне фінансове та матеріально-технічне забезпечення організації фізкультурно-оздоровчої роботи зі студентською молоддю та, насамперед, низька мотивація студентів до занять. Аналіз літературних даних свідчить про те, що традиційна форма фізкультурних занять сприяє зниженню зацікавленості студентів до процесу фізичного виховання та призводить до «відбування» навчальних занять з цього предмету

**Мета:** Дослідити вплив фізкультурної паузи на процес адаптації першокурсників до навчання у вузі, а також психофізичний стан студентів.

**Матеріали та методи:** Аналіз науково-методичної літератури, педагогічний експеримент, контрольне тестування (дослідження психічного стану студентів за шкалою Ч. Д. Спілберга- Ю.Л. Ханіна; рівень розумової працездатності за таблицею Шульте; концентрацію уваги за методикою Мюнстерберга та методикою «10 слів»; дослідження працездатності нервової системи за допомогою «теппінг-тесту»), методи математичної статистики.

На базі ВНМУ було проведено дослідження в якому взяли участь 90 студентів 1-го курсу, по 45 в кожній групі. На протязі 16 тижнів, 5 днів на тиждень однією групою студентів проводились фізкульт паузи під час навчального процесу, а інша не проводила фізкульт перерву. Комплекс фізичних пауз складався з 4-6 вправ, які виконувались на навчальному місці тривалістю 5-7 хв.

**Результати:** В експериментальній групі зафіксована позитивна динаміка результатів контрольних тестів: тест на самооцінку емоційного стану за шкалою Спілберга-Ханіна (знизилися рівні реактивної і особистісної тривожності - на 14 балів до 30 і на 3 бали до 28 відповідно), методика Мюнстерберга (збільшилася концентрація уваги, студенти, які виконували ФП на 3,9 слів знайшли більше), тест по таблиці Шульте (покращилася розумова працездатність, для пошуку 25 розкиданих цифр студентам експериментальної групи знадобилося 33,5 секунди, на відміну від контрольної 40,2с.), «Теппінг-тест» збільшення кількості студентів із сильним типом нервової системи вдвічі.

**Висновки:** Теоретичний аналіз спеціальної науково-методичної літератури і власні дослідження свідчать, що для першокурсників потрібно вводити фізкультурну паузу в вузах як засіб додаткової рухової активності студентів, щоб поліпшити їх фізичний і психічний стан. Стає очевидним те, щоб зацікавити студентську молодь в щоденному виконанні фізкультурної паузи, потрібні нові методики складання та проведення фізкультурних пауз. Таким чином, включення в режим дня додаткової рухової активності, яка спрямована на удосконалення і тренування механізмів адаптації, поліпшення фізичного і психічного станів, дозволяє першокурсникам швидше адаптуватися до навчання у вузі.

А.О. Орлова, І.В. Литовченко

## **ОЦІНКА ЯКОСТІ ПРОТОЧНОЇ ВОДИ У М. ВІННИЦЯ, УКРАЇНА ТА ЇЇ ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я ВІННИЧАН ТА ПРИЇЗДЖИХ СТУДЕНТІВ**

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.В.Шевчук (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Для питного водопостачання в Україні використовуються поверхневі і підземні прісні води. Централізоване водопостачання на 80% забезпечується за рахунок поверхневих вод, що мають антропогенне забруднення. Основним джерелом водопостачання м.Вінниці є річка Південний Буг, зростаюче забруднення вод якої, посилене неефективною роботою водопровідних очисних споруд, створює серйозну проблему отримання якісної питної води, що має небезпечний вплив на здоров'я.

**Мета:** Оцінка якості питної води централізованої системи водопостачання КП ВІННИЦЯОБЛВОДОКАНАЛ та її вплив на здоров'я приїжджих студентів.

**Матеріали та методи:** В якості матеріалів було проведено опитування 386 студентів вінницьких вузів різних курсів, серед яких було 73,8% приїжджих віком від 18 до 24 років, обох статей. Для оцінки якості було взято інформацію, щодо якості питної води на січень 2019 року, з офіційного сайту ВІННИЦЯОБЛВОДОКАНАЛ.

**Результати:** При ознайомленні з показниками було встановлено, що загальна жорсткість (ЗГ) (6,7-7,6 при нормі не більше 7,0), Амоній (1,6-2,58 при нормі не більше 0,5) та Фториди (0,19 при нормі 0,7-1,2) не відповідають нормам водопровідної питної води, згідно ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною». Згідно з опитуванням, вода також не відповідає органолептичним показникам: 90,6% студентів відмічають поганий запах від води, 76,6% - зміну кольору водопровідної води, а 93,7% не подобається смак проточної води. Студенти відмічають погіршення стану шкірних покривів при використанні проточної води (80,9%), неприємні відчуття в очах, відчуття «піску» після вранішнього вмивання (21,6%), болі в епігастрії, закрепи, діарею (19,6%), порушення функції нирок (12,2%), появу карієсу (8,2%). Більшість студентів (53,6%) пов'язують ці симптоми з якістю питної води. У 68,4% наведені симптоми зникають при тривалому перебуванні вдома (канікули, тривалі державні вихідні, практика) чи виїзді у інші регіони країни (відпустка).

**Висновки:** Таким чином, вода, яка подається населенню від КП ВІННИЦЯОБЛВОДОКАНАЛ, не відповідає санітарним нормам за показниками ЗЖ, складом амонію та фторидів. Збільшення ЗЖ, яка залежить від мінерального складу води, може призводити до проблем з нирками. При взаємодії з милом утворюються «мильні шлаки», які не змиваються з шкіри, руйнують природну жирову плівку, що захищає від старіння і несприятливих кліматичних факторів, забивають пори, утворюють на волоссі мікроскопічну кірку, тим самим викликаючи висип, свербіж, сухість та лупу. Солі кальцію і магнію, з'єднуючись з тваринними білками, які ми отримуємо з їжі, осідають на стінках стравоходу, шлунка, кишечника, ускладнюють їх перистальтику, викликають дисбактеріоз та порушують роботу ферментів. Постійне вживання води з підвищеною жорсткістю призводить до зниження моторики шлунка і накопичення солей в організмі. Підвищений рівень амонію свідчить про потрапляння у воду фекальних стоків чи органічних добрив. Знижений рівень фтору у воді викликає появу карієсу.

О.А. Пахолук, О.К. Крохмалюк

## **ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ ЖИТЛОВО-ПОБУТОВИХ УМОВ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ НА ЇХ УСПІШНІСТЬ, САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНІСТЬ ТА НАСТРІЙ**

Кафедра загальної гігієни та екології

Т. В. Шевчук (к. мед. н., доц.)

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

**Актуальність:** Одним із комплексних індикаторів якості життя населення є рівень житлово-побутових умов, від якого залежить можливість успішного навчання, самореалізації та забезпечення інших потреб людей. Особливий вплив умови проживання, соціальне середовище та створений ним емоційний фон чинять на осіб, які перебувають на етапі фізіологічного, соціального та духовного становлення. Це, в першу чергу, стосується молоді, зокрема, студентів, від фізичного й соціального здоров'я яких залежить майбутнє країни.

**Мета:** Вивчення житлово-побутових умов та дослідження їх впливу на успішність навчання, самопочуття, активність і настрої студентів 3 курсу Вінницького національного медичного університету для встановлення факторів ризику та розробки практичних рекомендацій щодо можливих шляхів покращення якості життя студентів.

**Матеріали та методи:** Розробка анкет, сформованих на основі тесту САН (І блок) і опитувальника стосовно рівня житлово-побутових умов студентів, які проживають у гуртожитку, винаймають квартиру

або живуть із батьками у Вінниці. Проведення анкетування, аналіз отриманих даних, ретроспективний огляд наукової літератури, вітчизняних та іноземних видань, синтез теоретично-обґрунтованих міжгалузевих знань.

**Результати:** Дослідження встановило, що найкращі показники навчання спостерігаються серед студентів, які проживають із батьками у Вінниці, натомість найнижчі – серед студентів, які винаймають квартиру з хазяйкою. Ті, хто проживають у гуртожитку або винаймають квартиру без хазяйки переважно мають середні показники успішності навчання. Найкраще оцінюють своє самопочуття студенти, які проживають у квартирі без хазяйки, найгірше – ті, які живуть на квартирі з хазяйкою. Найвища активність спостерігається серед студентів, які винаймають квартиру без хазяйки, найнижча – серед тих, які винаймають квартиру з хазяйкою. Найкращі показники настрою визначаються у студентів із Вінниці, найгірші – у тих, які живуть у квартирі з хазяйкою.

**Висновки:** Аналіз отриманих даних дозволяє стверджувати, що умови проживання, взаємовідносини між співмешканцями, належне забезпечення матеріалами для навчання та створення необхідної атмосфери для продуктивної підготовки до занять чинять вплив на рівень навчання, загальне самопочуття, активність та настрої студентів. Необхідна розробка заходів щодо покращення житлово-побутових умов молоді з метою збільшення показників успішності й соціального здоров'я.

М.В. Писарцова, Р.Л. Любевич

## **ОТРУЙНІ РОСЛИНИ, ЩО СПРИЧИНЯЮТЬ ОПІКИ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (к.мед.н., ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** З кожним роком зростає кількість людей, які отримують опіки отруйними рослинами. Але не кожен володіє знаннями і навичками надання невідкладної допомоги і здатен відрізнити шкідника від безпечної рослини. Враховуючи факт, що не всі отруйні рослини, які спричиняють не лише опіки, а й більш глибокі ускладнення, занесені до переліку карантинних.

**Мета роботи:** Визначити обізнаність населення щодо питання отруєння і опіків отруйними рослинами, проаналізувати патогенез виникнення опіків та їх ускладнень, скласти універсальний алгоритм надання невідкладної допомоги, розробити ефективні заходи профілактики.

**Матеріали та методи:** Аналіз і порівняння інформації, представлені в сучасних вітчизняних та іноземних джерелах, а саме протоколах, наукових публікаціях. Проведено анкетування 106 студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

**Результати обговорення:** Вивчаючи дані літератури, ми визначили, що найчастіше викликають опіки наступні рослини – борщовик Сосновського, рута запашна, ясинець білий, чистотіл звичайний, пастернак дикий. За даними проведеного анкетування встановлено, що 32,7% студентів можуть правильно відрізнити отруйні рослини від безпечних. При тому, що 70,8% мали контакт з отруйними рослинами в своєму житті. Лише 20,0% студентів знають алгоритм надання першої домедичної допомоги при опіках від отруйних рослин, решта 80,0% не мають навиків, але бажають знати. При контакту з отруйними рослинами 28,6% студентів почнуть промивати проточною водою місця ураження, 16,3% оброблять пантенолом, 12,2% з антисептиком, 14,3% накладуть холод і 12,2% нічого не будуть робити до звернення у лікарню.

**Висновки:** Враховуючи результати проведеного опитування, 68,3% не зможуть відрізнити отруйні рослини і 80 не зможуть надати першу домедичну допомогу. Ситуацію поглиблює те, що в Україні борщівник не занесений до переліку карантинних рослин, він вважається силосною культурою. Тому, з точки зору законодавства, виглядає так, що боротьба йде з кормовою рослиною. З обласного бюджету на боротьбу з борщівником кошти не виділяються. Проблема вирішується лише на рівні місцевих бюджетів. А у всіх країнах Євросоюзу борщівник Мантегацці і Сосновського офіційно віднесені до так

званої карантинної групи рослин, діє національна програма боротьби з борщівниками і знищенням рослини займаються спеціально навчені бригади.

К.Ю.Рудюк

## ГЛЮТЕНЗАЛЕЖНІ ЗАХВОРЮВАННЯ : ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ У ТРЬОХРІЧНІЙ ДИНАМІЦІ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (асистент)

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

**Актуальність:** Частка поширення целиакії серед населення сягає 1%. Для України характерне співвідношення 1/185. Діагноз складно верифікувати, так як симптоми неспецифічні і характерні для різних патологій шлунково-кишкового тракту.

**Мета:** Проаналізувати:

а) поширеність непереносимості глютену серед студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова;

б) наявність безглютенових продуктів харчування на торговельних прилавках магазинів.

**Матеріали та методи:** Тричі проведено анкетування студентів за спеціально розробленими анкетами (березень 2017, лютий 2018, лютий 2019). Аналіз безглютенових продуктів харчування та товарів з прихованим вмістом фракцій білка.

**Результати:** Тричі проводились анкетування 290 студентів 1-3 курсів лікувального, стоматологічного факультетів ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Частки студентів, що не знають, що таке целиакія змінювалась по рокам: 50,7% / 85,6% / 89,6% відповідно. Частки студентів, які мають явні симптоми глютензалежних захворювань становлять відповідно: 2,76% / 3,1% / 3,45%. Частки студентів, що мають однозначну симптоматику і прямі фактори розвитку хвороб становлять: 2,41% / 2,76% / 3,1%. Встановлений прямий взаємозв'язок симптомів захворювань і факторів ризику. Щорічна кількість зареєстрованих верифікованих діагнозів з групи глютенопатій у Вінницькій області дорівнює 20. Виробники відносно малої кількості харчових продуктів вказують на кількісний вміст або відсутність глютену в партіях товару.

**Висновки:** У досліджуваних вибірках за 2017, 2018, 2019 роки частка студентів, у яких можна підозрювати непереносимість глютену, становить відповідно 5,17% / 5,86% / 6,55%. Висхідна динаміка підтверджує актуальність проблеми. Студентам необхідно звернути на це питання свою увагу. Важлива подальша детальна діагностика

Ю.О.Скрипник

## ЕКСТРЕННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ ОЧЕЙ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Чорна (к.мед.н.,ст. викл.), В.В. Фіщук (викл.), Гуменюк Н.І. (викл.)

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

**Актуальність:** Травми очей та пов'язані з ними захворювання органу зору є однією з найважливіших медико-соціальних проблем у всіх країнах світу. Близько 5% випадків непрацездатності працюючого населення припадає на професійні захворювання та травми ока. Відсоток інвалідів по зору серед людей працездатного віку внаслідок травми зростає з кожним роком.

**Мета:** Дослідити структуру травматизму органу зору на базі травматологічного центру обласного відділення мікрохірургії ока ВОКЛ ім. М.І.Пирогова

**Матеріали та методи:** проведено аналіз статистичних даних травмцентру обласного відділення мікрохірургії ВОКЛ ім. М.І.Пирогова за 2017-2018 роки.

**Результати:** Травми органу зору є надзвичайно важливою проблемою сьогодення, з якою ми зустрічаємося щодня, тому необхідно розуміти основні методи першої допомоги. Проаналізувавши статистичні дані визначили, що у 2017 році загальний травматизм склав 6439 осіб, у 2018 – 6933. Травми, що найчастіше зустрічаються: сторонні тіла рогівки – 53,3% (2017), 55,3% (2018); сторонні тіла повіки та кон'юнктиви – 13,1% (2017) та 12% (2018); травматичні ерозії рогівки – 9,9% (2017), 9,3% (2018); післятравматичний кон'юнктивіт – 7,4% (2017), 6,8% (2018); контузії – 4% (2017) та 3,4% (2018); хімічні опіки – 2,9% (2017) та 4,4% (2018); рани повіки – 1,3% і 0,6% – (2017 і 2018 роки). Статистичні дані свідчать, що більшість із травм можуть призвести до зниження чи втрати зору і як наслідок, збільшення випадків непрацездатності та інвалідності .

Саме тому важливою складовою є вміння надання ранньої, своєчасної та адекватної домедичної та екстреної медичної допомоги при різних видах травми і збереження працездатності та максимально швидке повернення до роботи постраждалих.

Перша допомога при непроникаючих травмах (сторонні тіла рогівки і кон'юнктиви, контузії 1-2ст без гіфеми) на догоспітальному етапі потребують лише застосування антисептичних крапель: розчину сульфацил-натрію 30%, розчину левоміцетину 0,25%, розчину декаметоксину 0,2%.

При наскрізних пораненнях повік рану промивають розчином фурациліну 1:5000 та накладають асептичну пов'язку. Всі без виключення травматичні пошкодження органу зору є показом до ургентної госпіталізації де проводять первинну мікрохірургічну обробку рани. При всіх проникаючих пораненнях органу зору необхідне введення протиправцевої сироватки (1500 од).

**Висновки:** Таким чином, травми очей, які пов'язані із захворюваннями органу зору зростають, а особливо сторонні тіла рогівки – 55.3%, що є наслідком непрацездатності працюючого населення. Саме тому необхідно готувати висококваліфікований медичний персонал для забезпечення адекватної екстреної допомоги та швидкої реабілітації постраждалих.

І.А. Столяр

## **ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ ШРОТ-ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІДІОПАТИЧНОГО СКОЛІОЗУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ**

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

А. М. Ціхомський (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сколіоз – це загальний термін, який включає гетерогенну групу станів, які супроводжуються змінами форми хребта в сагітальній площині. Ідіопатичний сколіоз (ІС) починає розвиватись в дитинстві, а у разі швидкого прогресування, він може призводити не лише до косметичних дефектів, але і до розвитку інвалідизуючих наслідків, в тому числі, з боку дихальної та серцево-судинної систем. Одним з ефективних методів консервативного лікування сколіозу вважається Шрот-терапія (ШТ), яка полягає у використанні спеціальних, асиметричних дихальних вправ для ізольованого впливу на патологічно змінені сегменти хребта в різних площинах.

**Мета:** Дослідити ефективність ШТ при лікуванні сколіозу.

**Матеріали та методи:** Нами було проведено аналіз сучасної наукової літератури з питань діагностики, лікування та реабілітації ІС. На клінічній базі кафедри медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова та Центру медичної реабілітації та спортивної медицини, м. Вінниця, Україна нами було проведено 36 сеансів ШТ за індивідуальною програмою десятьом хворим на ІС 2-3 ст віком від 12 до 52 (23,6±12,7) років. Функціональний стан дихальної та серцево-судинної систем контролювався за допомогою спірографії, об'єктивна динаміка змін форми хребта та грудної клітки – за допомогою соматографії.

**Результати:** За даними літературних джерел за 2008-2018 роки одним з ефективних методів лікування

ІС вважаються ШТ (С. Lehnert-Schroth, P. Auner-Gröbl, 2014.; Н.-R. Weiss, 2011). Доведено також високу ефективність носіння корсетів, особливо у поєднанні з ШТ (Н. Berdishevsky et al., 2016). Хірургічні методи лікування рекомендуються використовувати у разі прогресуючої деформації хребта при якій кут викривлення перевищує 50° і вище градусів (Т. Maruyama and K. Takeshita, 2008)

Найбільш доведеним методом консервативного лікування є ШТ, яка була розроблена Катаріною Шрот ще у 1921 році та продовжує вдосконалюватись, підтверджуючи свою ефективність. Основними принципами ШТ є: пасивна корекція, аутоелонгація (розтягування тулуба) і корегуюче дихання. Практичне застосування принципів ШТ протягом 3 міс. дозволяє досягти позитивної динаміки у лікуванні ІС.

Нами було проведено 36 сеансів ШТ за індивідуальною програмою десятьом хворим на ІС 2-3 ст. Зменшення деформації спостерігалось у 8 хворих за 3 міс. регулярних занять вдома по 60 хв. щодня. Крім того, відмічалось покращення функціонального стану дихальної та серцево-судинної систем за даними спірографії та соматографії.

**Висновки:** Шрот-терапія є науково обґрунтованою та ефективною методикою, яку можна тривало використовувати для лікування сколіозу різного ступеню у пацієнтів всіх вікових груп. Її використання має індивідуальний, системний і багатоетапний підхід, сутність якого полягає в обов'язковому усвідомленні локалізації проблемних зон, наданні правильного положення тіла з метою корекції асиметрії, осмисленні навичок правильного дихання.

О.І. Сушицька

## ЦУКРОЗАМІННИКИ ЯК КРОК НА ШЛЯХУ ДО ЗДОРОВОГО ХАРЧУВАННЯ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Турбота про здоров'я людини повинна покладатися не тільки на медичних працівників, а також на самого пацієнта. Тенденція правильного харчування та профілактики здоров'я почала набирати популярність ще у минулому столітті та надалі поступово зростає. Населення проявляє активну зацікавленість питаннями, які стосуються здоров'я, а особливо теми правильного харчування. Досить важливою частиною здорового раціону є відмова від солодкого, і тут на допомогу приходять різні замітники цукру.

**Мета:** Дізнатися про різні види природних та синтетичних заміників цукру та їх вплив на організм людини

**Матеріали і методи:** Аналіз літературних джерел та наукових статей Web of science, Scopus за 2012-2018 роки.

**Результати:** Альтернативною заміною цукру є речовини природного та синтетичного походження, що мають солодкий смак, цукрозамінники та підсолоджувачі. Принциповою їх розбіжністю є наявність енергетичної цінності у перших та її відсутність або значна обмеженість у других. До цукрозамінників відносяться: фруктоза, лактоза, маноза, сорбіт, ксиліт, лактитол, ізомальт, еритрт, галактоза. Підсолоджувачі в свою чергу поділяються на природні (стевія, корінь солодки, гліцеризин та ін.) та штучні, що є досить шкідливими для нашого організму та здатні викликати різні захворювання (сахарин, аспартам, цикламат натрію, цукралаза). Також цукрозамінники та підсолоджувачі різняться за показниками цукрового еквіваленту. Цю величину розраховують із кількості солодкої речовини, яка забезпечує в розчині рівень солодкості ідентичний солодкості розчину цукрози. Визначається він за допомогою сенсорного аналізу. Підсолоджувачі мають цукровий еквівалент, що значно перевищує цукрозу. Тому застосовуються вони в кількостях, значно менших аніж рецептурна закладка цукру, що дозволяє виробникам солодощів економити на власних виробках.

**Висновки:** Нам потрібно враховувати, що натуральні замітники цукру в основному не шкідливі для

здоров'я та навіть мають позитивний вплив на наш організм, а синтетичні потребують ретельного та правильного дозування і не рекомендовані для систематичного вживання. Для прикладу, Японія, країна, де середня тривалість життя близько 90-а років, законом переслідує використання синтетичних замінників цукру у виробництві харчових продуктів.

В.Р. Тагеев, М.Б. Федорович, Т.Л. Ковальчук

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХАРЧОВИХ ДОБАВОК ТА ЇХ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Кафедра загальної гігієни та екології

С.О. Латанюк (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Правильне харчування є цілком необхідним чинником задля забезпечення нормального фізичного й психічного здоров'я організму. Однак, останнім часом у всіх країнах світу різко поширилось використання хімічних речовин та природних сполук, які запобігають псуванню харчових продуктів та напоїв або покращують їхню якість та подовжують термін зберігання. Ці речовини переважно не мають поживної цінності, сторонні для організму людини, їх прийнято називати харчовими добавками.

**Мета:** Проаналізувати харчові добавки; виявити ставлення студентів медичного університету до харчових добавок; виявити вплив добавок на організм людини.

**Матеріали та методи:** Соціометричне дослідження, в основі якого було використання анонімної анкети.

**Результати:** В ході нашого дослідження було виявлено, що харчові добавки представлені барвниками і стабілізаторами, консервантами і підсилювачами смаку продуктів харчування. Харчові добавки здатні змінювати консистенцію продуктів, надавати їм необхідного смаку.

Найчастіше в продукти харчування додають консерванти, щоб продовжити термін їх зберігання, не дати розмножуватися вірусам, бактеріям та грибкам. Уявити собі сьогодні масове виробництво харчових продуктів без консервантів просто неможливо. Наприклад, нітрит натрію (E250) попри те, що додає продуктам привабливий зовнішній вигляд, щей оберігає від розмноження в них бактерій, що виробляють ботулізм - смертельна отрута. Проте в процесі травлення нітриту можуть утворювати в нашому організмі канцерогени - отруйні речовини, що руйнують печінку і нирки.

Соціометричне дослідження полягало в тому, що кожному студенту пропонували відповісти на запитання, наприклад: «Як часто Ви купуєте перероблені або законсервовані м'ясні продукти (ковбаса, сосиски, тушонка)?», «Як часто Ви споживаєте підфарбовану воду?» тощо. Опитування допомогло виявити рівень проінформованості споживачів щодо впливу харчових добавок на організм, зміни самопочуття при вживанні їжі, що містить харчові добавки. Результати одержаних виборів занотували у соціометричну матрицю й аналізували шляхом підрахунку кількості виборів, зроблених щодо кожного члена групи. Інформацію математично обробляли і виражали графічно у вигляді соціограм. Анкетуванню підлягали студенти ВНМУ в кількості 100 осіб. Результати показали, що лише 18% респондентів дотримуються правил здорового харчування, 52% - лише інколи, а 30% - не дотримуються; 36% опитаних звертають увагу на склад харчового продукту, 54% - інколи, 10% - ніколи. Цікавляться наявністю харчових добавок в продукті 38%, решта (62%) не вбачають в цьому сенс. Таким чином, ми зрозуміли, що склад та якість продукту, а отже і його вплив на організм, не береться до уваги серед студентів.

**Висновки:** Проаналізувавши харчові добавки у продуктах харчування ми помітили, що велика кількість харчових добавок розглядаються, як такі, що завдають шкоди здоров'ю людини, а інші вважаються відносно нешкідливими. Анкетування показало, що люди не звертають належної уваги на етикетку під час вибору продукту.



Д.В. Ткачук, О.М. Миколайчук  
**ВИВЧЕННЯ АКТУАЛЬНОСТІ БУЛІНГУ У ВІННИЦЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ  
МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ІМ. М.І. ПИРОГОВА ТА ДНЗ «ЦЕНТР СФЕРИ ТА  
ОБСЛУГОВУВАННЯ М. ЖИТОМИР»**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
В.В. Чорна (ст.викл., к.мед.н), В.Ю. Ангельська (викл.-стажер)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У сучасному суспільстві надзвичайно гостро постає проблема надмірної агресії у спілкуванні молодих людей, оскільки насильницька модель поведінки набуває своєї популярності. Явище булінгу досить поширене як в Україні, так і в усьому світі.

**Мета:** Вивчити поширеність булінгу серед студентів ВНМУ ім. М.І Пирогова та ДНЗ «ЦСО м. Житомир». Визначити рівень агресивності серед студентів цих навчальних закладів.

**Матеріали та методи:** Аналітичний, системний, описовий, порівняльний, опитування шляхом власної розробленої анкети та опитувальника Басса-Дарки.

**Результати:** Проведено анкетування 400 студентів ВНМУ ім. М.І.Пирогова (із них 77,8% жінки та 22,3% чоловіки) та 146 студентів Державного навчального закладу «Центр сфери та обслуговування м. Житомир» (із них 85,6% жінки та 14,4% чоловіки). За результатами анкетування у студентів ДНЗ 15-16 років серед осіб жіночої статі 38,1% були свідками булінгу і у них переважала вербальна агресія. А серед учнів чоловічої статі 30,7% були жертвами булінгу, переважав негативізм. Серед дівчат 17-18 років 34,7% були свідками цькування і у них переважав негативізм, а серед хлопців 37,5% становили свідки, при цьому вони відмічали переважання непрямої агресії. Серед студентів ВНМУ ім. М.І. Пирогова 17-18 років жіночої статі 41% були жертвами цих подій і вони відмічали негативізм. Респонденти чоловічої статі – 32% були свідками, нападниками і жертвами у яких переважала вербальна агресія. З дівчат 19-20 років 31,3% були свідками і за опитувальником Басса-Дарки переважала роздратованість. Відповідно серед хлопців 36% склали жертви, свідки та нападники, у них переважав негативізм. Серед студенток 21-22 років 36% склали свідки, з переважним негативізмом, а 72% студентів цієї вікової групи були як свідками, так і жертвами та нападниками з перевагою вербальної агресії.

**Висновки:** 86% опитаних студентів вважають проблему булінгу актуальною, у зв'язку з тим, що 86,5% потерпали від нього у шкільні роки, а 31,5% зіткнулися з ним в університеті. З них 82,5% не отримали необхідної психологічної допомоги, якої вони потребували.

Д.М. Фльорко  
**ПРОБЛЕМИ СТАТЕВОЇ ОСВІЧЕНОСТІ СЕРЕД СТУДЕНТІВ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
В.С. Тарасюк  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сексуальна освіченість є важливою умовою особистого життя людини, збереження її репродуктивного здоров'я, правильного статевого виховання дітей. Але в реальному житті статеve виховання, сексуальна освіта опиняються поза межами суспільних інтересів. Питання статевого виховання сьогодні стало актуальним ще й тому, що значно збільшується кількість небажаних вагітностей та абортів, інфікованих на венеричні захворювання і СНІД.

**Мета дослідження:** Визначити середній вік початку статевого життя студентів, їх обізнаність у методах

контрацепції та можливих інфекціях, які можуть бути спричиненими незахищеним статевим контактом. Отримати дані про особливості статевого виховання вдома та школі.

**Методи і матеріали:** Для виконання даної мети проводилось опитування серед студентів І курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова. За їх участі було проведено добровільне анонімне анкетування.

**Результати:** Участь в опитуванні взяло 102 студенти, з яких 76,5% - представниці жіночої статі, а 23,5% - чоловічої. Середній вік склав 19 років. За результатами, більшість опитаних отримали свій перший сексуальний досвід у віці 17-19 років 57,5%, 15,7% у 14-16 років, і на момент опитування 32,4% сексуального контакту не мали. На питання «Чи був Ваш перший сексуальний досвід добровільним?» більшість опитуваних вказали позитивно 93,3% і 6,7% відповіли негативно. Ми вияснили, що студентам відомі всі методи контрацепції (76,5%) але перевагу вони надають презервативам- 30 осіб (29,4%), та протизаплідним таблеткам- 26 осіб (25,5%). Показник застосування контрацептивів достатньо високий, що свідчить про зацікавленість молоді у власному здоров'ї. Також, ми вияснили, що студенти є достатньо обізнаними про можливі інфекції спричинені незахищеним статевим контактом-81 (79,4%). Такі інфекції як ВІЛ, гепатит В, гонорея, трихомоніаз їм відомі. Про ВІЛ інфекцію знали 26 (25,5%) студентів, гепатит В-11 (10,8%), гонорея-19 (18,6%), трихомоніаз - 18 (17,6%). На запитання «Як часто Ви відвідуєте гінеколога чи уролога?» 33,3% студентів відповіли раз в рік, 14,7% кожні півроку, 33,3% дуже рідко і 18,6% відповіли, що ніколи не відвідують названих лікарів. Також, студентам були задані питання звідки вони дізналися про секс і чи займалися у їхніх сім'ях та школах статевим вихованням. Про секс найчастіше дізнавались від друзів(42,2%), інтернет(36,3%) і лише (16,7%) від батьків. 57,8% студентів відповіли, що у їхніх сім'ях не займалися статевим вихованням і 42,2% підтвердили статеve виховання у сім'ї. Ми вияснили, що про секс студенти найчастіше спілкувалися з друзями(74,5%), і (21,6%) з мамами. 48% студентів підтвердили наявність статевого виховання у школі, і нажалі, 52% відповіли ні. На питання «Як Ви ставитесь до аборту і чи доводилось Вам робити аборт?», ми отримали такі відповіді, 58,8% до аборту ставляться негативно і 41,2%-позитивно. 95,7% студентів не доводилось робити аборт і 4,3% робили аборт.

**Висновки:** Середній вік початку статевого життя складає 17-19 років(57,5%). Студенти І курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова обізнані в основних методах контрацепції та можливих інфекціях спричинених незахищеним статевим контактом. Головною проблемою залишається відсутність статевого виховання у сім'ях, яке є необхідним для формування свідомості молодого покоління і покращення репродуктивного здоров'я суспільства.

Д.О.Харченко

## ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ТА ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЖИМУ ТА ЯКОСТІ ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТІВ

ВНМУ ІМ. М.І. ПИРОГОВА ТА ДОННУ ІМ. В.С. СТУСА

Кафедра загальної гігієни та екології

Н.Ю. Лукіна (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Повноцінне харчування студентів вищих навчальних закладів – одна з найважливіших проблем сьогодення, яка формує здоров'я і добробут нації в цілому. Розумова напруга й активність студентів під час навчання супроводжується підвищеними енерговитратами, які відновлюються за рахунок достатнього за обсягом і збалансованого за якістю харчування.

**Мета:** Гігієнічна оцінка та порівняльна характеристика режиму та якості харчування, можливе виявлення захворювань, пов'язаних з порушенням харчування серед студентів ВНМУ ім. М.І.Пирогова та ДОННУ ім. В.С.Стуса. Порівняння збалансованості та якості харчування серед хлопців і дівчат у даних університетах. Пошуки оптимальних умов для покращення харчування студентів.

**Матеріали та методи:** Інформаційно-пошуковий, анкетно-опитувальний.

**Результати:** Проаналізовано харчування 30-ти студентів ( по 15 хлопців і дівчат) з кожного університету. Було виявлено, що 53,3% хлопців з ВНМУ харчуються 1-2 рази в день, а 40% їдять 3-4 рази на день, в той час як серед дівчат ВНМУ 1-2 рази в день харчується 60%, а 3-4 – 26,6%, 60% хлопців ДОННУ 1-2 рази, а дівчат - 40%. Також, 40% дівчат з ВНМУ не снідають взагалі, а серед опитаних дівчат з ДОННУ таких немає. У 46,6% хлопців ВНМУ в харчуванні переважає фаст-фуд. 46,6% хлопців з ДОННУ не знають, що відноситься до здорової їжі, в той час як в ВНМУ 100% опитаних студентів добре проінформовані щодо збалансованого та правильного харчування. 53,3% хлопців з ВНМУ кожного дня їдять солодощі у великій кількості. Зрештою, хлопці з обох університетів не вказали симптомів, пов'язаних з ураженням шлунково-кишкового тракту. 86,6% дівчат ВНМУ відчувають нудоту, печію, біль в ділянці живота, метеоризм та проблеми зі стулом, а серед дівчат з ДОННУ 46,6% опитаних мають ті ж проблеми.

**Висновок:** Проблеми з харчуванням є серед студентів обох університетів, але в критичному стані харчування дівчат ВНМУ та хлопців ДОННУ, які не дотримуються режиму харчування, їхнє харчування недостатньо збалансоване та низької якості. Харчування дівчат з ДОННУ та хлопців з ВНМУ більш збалансоване та якісне, але далеке від раціонального. Для того, щоб покращити режим та якість харчування студентів в обох університетах, потрібно проводити більше санітарно-просвітницьких бесід зі студентами, заохочення студентів до харчування в студентських їдальнях, включення до меню збалансованих за кількістю поживних елементів страв та оптимізація цін в їдальнях.

Ю.Ю. Хіміч

### КІБЕРТЕРОРИЗМ – ГОЛОВНА НЕБЕЗПЕКА XXI СТ.

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Т. М. Сидорчук

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Останніми роками тривожна тенденція до зростання кібератак зробила кібербезпеку серйозною проблемою для країн світу. Головною метою кібертероризму є отримання переваг у вирішенні політичних, соціальних і економічних питань. Рівень загрози кібертероризму ніколи не був таким високим, як сьогодні.

**Мета роботи:** визначити природу кібертероризму, його вплив на міжнародну безпеку, з'ясувати місце кібертероризму серед інших загроз XXI ст.

**Матеріали та методи:** була опрацьована велика кількість різноманітної літератури, наукових статей із даної теми, зокрема :

1. Кібертероризм у складі сучасних проблем національної безпеки
2. Cyber Attacks and Terrorism: A Twenty-First Century Conundrum, тощо.

**Результати:** Якщо взяти за основу поняття тероризму і поєднати його з віртуальним простором, то можна вивести таке визначення: кібертероризм – це комплексна модель, що виражається в навмисній, політично вмотивованій атаці на інформацію, яка опрацьовується комп'ютером і комп'ютерними системами, що створює небезпеку для життя чи здоров'я людей або настання інших тяжких наслідків, якщо такі дії були вчинені з метою порушення громадської безпеки, залякування населення, провокації військового конфлікту. Законодавство України визначає: «Кібертероризм- терористична діяльність, що здійснюється у кіберпросторі або з його використанням». Що стосується природи кібертероризму, то він істотно відрізняється від загальноприйнятого поняття тероризму, зберігаючи лише мету цього явища, а ознаки індивідуалізуються. Однак є приклади кібератак, що знаходяться на межі з реальним тероризмом, вони, реалізовані через інформаційну систему і інформаційними засобами, нанесли шкоди як людським життям, так і матеріальним цінностям.

**Висновки:** Отже, кібертероризм лише набирає обертів і буде поширюватись у світі інформаційних технологій. На думку світових експертів, кібертероризм – є реальною загрозою для інфраструктур авіації,

енергетики, фінансової діяльності, наукових досліджень, державної інформації, телекомунікацій, а також для дистанційного управління військовою зброєю нового покоління.

Ю. В. Хріненко

## ПРОБЛЕМА ЗАБРУДНЕННЯ МІКРОПЛАСТИКОМ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩАТА ЖИВИХ ОРГАНІЗМІВ

Кафедра загальної гігієни та екології

О.В. Дякова (доц., к.мед.н.)

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

**Актуальність:** Наслідки людської діяльності можуть призвести до дестабілізації функціонування Землі. До таких загроз відносяться: зміна клімату, підкислення океану, руйнування озонового шару. Новою загрозою є пластикове забруднення не лише світового океану, з розпадом та утворенням мікропластику, а й живих організмів, в тому числі людського.

**Мета:** Розглянути глобалізацію проблеми забруднення навколишнього середовища мікропластиком, потрапляння його в людський організм та вплив мікропластику на людину.

**Матеріали та методи:** аналіз науково-дослідних публікацій, опрацювання іноземних джерел, наукової літератури (статей).

**Результати:** У сучасному світі проблема забруднення мікропластиком стоїть на першому місці. На сьогодні пластик дуже користується популярністю в побутових умовах. Але погана утилізація позначається на екології. Людина через свою байдужість до природи щорічно викидає близько 300 тон сміття на рік, більшість цих пластикових відходів потрапляє у водоймища. У воді за участі гідролізу, фотолізу і мікробіологічних окислювально-відновних реакцій руйнується полімерна основа пластику, він більш активно піддається вивітрюванню та деформації, що призводить до утворення мікропластику. Мікропластик це мікроскопічні пластикові волокна (від 5 мм до 100 нм), які утворюються при розпаді більших шматків пластику та забруднюють навколишнє середовище. Вчені Норвезького Інституту Навколишнього середовища довели, що найбільшим джерелом мікропластику є транспорт. Під час їзди частинки стираються з покриття доріг та автомобільних шин, потрапляючи через каналізаційні системи в водопровід. Також є ще декілька побутових постачальників мікропластику, з якими людина контактує майже кожен день: це пральні машини, які продукують більше сто тисяч волокон за одне прання, а також косметичні засоби, такі як: зубні пасти, шампуні, косметика для догляду за шкірою. В людський організм мікропластик може потрапляти через харчові продукти. Небезпечними в цьому плані є морепродукти, а саме: різні види молюсків, ракоподібних, риба та морська сіль. Доведено, що порція мідій може містити близько 90 частинок мікропластику. Фанати морепродуктів можуть споживати близько 11 тис. частинок за рік. Також постачальниками мікрочастинок є: вода в пляшках, будь-яка їжа, яка знаходилась в пластиковому посуді. Накопичення мікропластику в людському організмі може спричинити певні зміни в здоров'ї населення тому, що він вбирає токсичні хімічні речовини, які вводяться у людське тіло, також ці частинки можуть стати причиною розмноження хвороботворних бактерій.

**Висновок:** В лабораторних умовах експеримент внаслідок потрапляння мікропластику показав ряд змін та наслідків у живому організмі. Це можуть бути: закупорка кишківника і механічні травми, окислювальний стрес, зміна поведінки при годуванні (диспепсичні розлади) і зниження розподілу енергії з порушенням росту і розмноження. Тому ця непомітна для ока проблема має привернути більшу увагу людського суспільства та посилити заходи щодо ліквідування забруднення та профілактики майбутніх негативних наслідків для здоров'я людства.

А.В. Черевко, Ю.В. Слюсаренко

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

## СТАН ТЮТЮНОПАЛІННЯ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ, ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Н.Д. Корольова (к.психол.н., доцент)

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Тютюнопаління є найпоширенішою і надзвичайно небезпечною звичкою кожного п'ятого жителя планети та залишається однією з найважливіших проблем, яка має медичний, соціальний, психологічний та економічний аспекти.

**Мета:** Аналіз розповсюдження тютюнопаління серед школярів, його вплив на здоров'я і заходи по скороченню та припиненню споживання тютюну.

**Матеріали та методи:** Було обстежено 164 учні (80 хлопців і 84 дівчини) 7-11 класів на базі КЗ «Навчально-виховний комплекс: загальноосвітня школа I-II ступенів-лицей № 7 Вінницької Міської Ради». За допомогою анкет, сформованих на основі анкети ВООЗ, та інших опитувальних тестів вивчено розповсюдженість та інтенсивність тютюнопаління в статеві-віковому аспекті.

**Результати:** Поширення тютюнопаління в Україні є однією з істотних загроз здоров'ю населення, причиною інвалідності та передчасної смерті. Курці швидко стомлюються, дратуються, у них порушений сон, вони в два рази частіше потрапляють в автомобільні аварії, ніж некурящі. Особливу тривогу викликає тенденція до розповсюдження паління серед підлітків. Кожна третя дитина 12-14 років і кожна друга дитина старша за 15 років палить цигарки. Адаже більшість з них не знають про те, що бажання «бути як всі» дуже швидко трансформується в підступну і шкідливу звичку, яка згубно впливає на молодий зростаючий організм. За даними дослідження був встановлений зв'язок куріння з наявністю психологічних проблем. Цьому можуть сприяти певні умови: стрес (призводить до психологічних травм), неврози (призводять до нав'язливих дій), виховання в сім'ї, особливості фізіологічного і психологічного елементів розвитку. Ставлення до тютюнопаління в учнів однозначно негативне, але більшість з них вже пробували курити або курять. За даними анкетування встановлено, що палять 71 учень, з них 36 хлопців і 35 дівчат. Починають палити школярі у досить ранньому віці. Середній вік початку паління, за даними опитування, становить 13,2 роки у хлопчиків та 13,5 років у дівчаток. Однією з причин куріння школярів є поганий приклад батьків-курців. Серед опитаних учнів домінуючими причинами «чому курять учні», 36% зазначили - «Щоб здаватися дорослими і незалежними», 35% - «Щоб підтримати компанію» і 29% - «Щоб випробувати задоволення». Значна частина учнів знаходиться під впливом оточуючих, що ускладнює формування в них розуміння здорового способу життя. Крім впливу оточуючих, є особисте прагнення «поспішного дорослішання», що притаманно багатьом сучасним дітям. Водночас це також наслідок відсутності в суспільстві пріоритету здорового способу життя.

**Висновки:** Тютюнова залежність серед українських підлітків набуває масового розповсюдження. Адаже тютюнопаління послаблює здоров'я нації, а також наносить державі величезних збитків через людські втрати та видатки на лікування хвороб, спричинених курінням.

А.В. Шанигін, М.С. Бабіч, Б.О. Яценко

## АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПОШИРЕННЯ АЛІМЕНТАРНОГО ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ Д СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ

Кафедра гігієни та медичної екології

В.В. Бабієнко (д.м.н., професор)

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

**Актуальність:** На сьогодні навчальний процес у медичному університеті характеризується різноманітністю форм і методів навчання, високою інтенсивністю праці, емоційними стресами. Вище перераховані фактори, що супроводжують навчання, висувають підвищені вимоги до стану здоров'я студентів медиків. На здоров'я студентської молоді значний вплив має його харчування, що повинно

бути раціональним та збалансованим. У таких умовах дотримуватися принципів раціонального та збалансованого харчування є складним завданням для студентів, що у свою чергу є причиною зниження працездатності, когнітивних процесів, порушення емоційної стабільності, розвитку численних захворювань. Встановлено, що значна кількість студентів мають недостатність або дефіцит певних вітамінів, що пов'язано з підвищеними витратами, недостатнім надходженням з продуктами харчування та порушенням їх засвоєння організмом. Актуальним є визначення поширеності аліментарного дефіциту вітаміну Д та його вплив на здоров'я студентів.

**Мета:** Визначення поширеності дефіциту вітаміну Д серед студентів медиків, оцінка ефективності його аліментарної корекції. Розробка на основі результатів дослідження рекомендацій щодо харчування студентів.

**Матеріали і методи:** У дослідженні брали участь 40 студентів медиків у віці 18-23 роки, які мали дефіцит або недостатність вітаміну Д. Усі студенти були поділені на дві групи: основну (n=25) і контрольну (n=15). Пацієнтам основної групи для корекції вітаміну Д було розроблено індивідуальний раціон харчування, який включав продукти з високим вмістом вітаміну Д. Пацієнти контрольної групи не отримували аліментарної корекції. Контроль лабораторних показників рівня вітаміну Д проводився до корекції раціону та через 3 місяці. Також проводилось анкетування студентів з метою визначення суб'єктивного стану здоров'я.

**Результати:** До аліментарної корекції Д-дефіцитних станів у пацієнтів основної групи дефіцит вітаміну Д спостерігався у – 45,3%, недостатність – 54,7%. У пацієнтів контрольної групи дефіцит спостерігався у 30,2%, недостатність – 69,8%. Після аліментарної корекції протягом 3 місяців в основній групі дефіцит вітаміну Д мали 25,3% досліджуваних, недостатність – 50,2%, норма – 24,5%. У контрольній групі дефіцит мали 35,7% пацієнтів, недостатність - 64,3%. З початком змін у раціоні харчування студенти відмічали поступові зміни у загальному стані здоров'я - підвищення працездатності, концентрації уваги, якості запам'ятовування матеріалу, стресостійкості, поліпшення настрою.

**Висновки:** Проблема дефіциту вітаміну Д серед студентів медиків є поширеною та актуальною. Підтверджено ефективність аліментарної корекції дефіциту вітаміну Д на основі лабораторних показників та суб'єктивної оцінки стану здоров'я студентів, на який значний вплив має саме вітамін Д.

Т.В.Шевчук

## **ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ ПЕРШОГО КУРСУ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМ. М.І. ПИРОГОВА**

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Л.А. Сарафинюк ( зав.кафедри , д.б.н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На даний момент, рівень захворюваності молоді значно зростає. Хвороби, які були виключно недугами літніх людей, тепер вражають юне населення України. Ця проблема є досить актуальною, адже через різноманітні екологічні проблеми, недостатнє фізичне навантаження, неправильне харчування, порушення режиму дня рівень життя юнацького населення погіршується, що й спричиняє захворювання. Відповідно, кількість студентів, які за станом здоров'я змушені займатися на заняттях з фізичного виховання у спеціальних медичних групах зростає з кожним роком.

**Мета:** Метою нашого дослідження було виявлення характеру захворювань, які були причиною перебування студентів 1 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова у спеціальних медичних групах та провести оцінку їх функціонального стану.

**Матеріали та методи:** Аналіз літератури та лікарсько-медичних карт студентів, статистична обробка отриманих цифрових даних.

**Результати:** Нами було виявлено, що 29 студентів 1 курсу, що складає 4,2 % стосовно усіх студентів, за

станом здоров'я навчаються в спеціальній медичній групі (СМГ). Нами було виявлено, що основною причиною призначення СМГ були захворювання серцево-судинної системи (44,8%), нервової системи та аналізаторів (24,1%), органів дихання (10,3%). А 21,7% студентів були віднесені до СМГ за захворюваннями інших органів і систем.

Проаналізувавши дані комплексного лікарського обстеження, яке проводилося на кафедрі фізичного виховання та ЛФК на початку навчального року, було виявлено, що фізіометричні параметри фізичного розвитку, зокрема показники спірометрії, кистьової та станової динамометрії у студентів, які займаються в СМГ були статистично значно меншими, ніж у студентів основної групи здоров'я.

Щоб покращити стан осіб, які займаються в СМГ, використовують програми фізичної реабілітації, що є достатньо актуально. Проведений нами аналіз наукових досліджень виявив, що більшість програм з фізичної реабілітації для студентів спеціальних медичних груп спрямовані на вплив на окремий контингент залежно від виду нозології, а це, у свою чергу, ускладнює роботу викладача з фізичного виховання та зменшує ефективність занять інших студентів, які знаходяться у даній групі.

**Висновок:** Тому необхідно створити програми реабілітації, які були б корисні для студентів з різними захворюваннями.

С.С. Шендрик

## ПОРІВНЯННЯ ШКІДЛИВОСТІ ТЮТЮНОПАЛІННЯ, ВЕЙПУ ТА IQOS

Кафедра загальної гігієни та екології

Шевчук Т.В. (к. м. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними МОЗ України (2018 р.), в Україні щоденними курцями є 35,9% чоловіків і 7% жінок, загалом щоденно курить 7,2 мільйона дорослих українців. Число людей, що користуються вейпами та системами для нагрівання тютюну IQOS продовжує зростати, оскільки для більшості людей це спосіб кинути палити (38% за даними Ernst&Young).

**Мета:** Проаналізувати та порівняти шкоду, яку завдають або можуть завдати тютюнопаління, вейп та IQOS

**Матеріали та методи:** Був проведений огляд медичної літератури та медичних статей з англійських джерел випущених в 2017-2018 роках.

**Результати:** Сигарета - одна з найбільш небезпечних речей, яка вбиває 7 мільйонів людей щороку. Але це мало кого зупиняє: в світі курить приблизно 1 млрд чоловік, в Україні – 7 млн. Вміст смол 17,2- 30,0 мг/сиг, а нікотину 0,7-1,5 мг/сиг. У сигареті тютюн горить при температурі понад 600 ° С. При горінні виділяється 250 речовин шкідливих, з них 69 доведених канцерогенів. Найбільше від сигарет страждають органи дихання і серцево-судинна система, але тютюн завдає шкоди всьому організму. 35 млн в 2018 людей курять вейпи. Вейп - це по суті інгалятор, де нагрівається і випаровується рідина. Смол в рідині для вейпу немає, а вміст нікотину від 3-6 мг/мл для «легких» до 20-24 мг/мл для дуже міцних рідин. За пар відповідає гліколь, гліцерин і пропіленгліколь. За приємні відчуття - харчові ароматизатори і нікотин. Гліколь, гліцерин, пропіленгліколь і харчові ароматизатори довели свою безпеку при прийомі всередину, але при вдиханні – ні. Рідини для вейпів також містять токсичні речовини, кожна з яких небезпечна по-своєму. Наприклад, феноли подразнюють очі, шкіру і слизові. Формальдегід викликає рак, а свинець негативно впливає на нервову і серцево-судинні системи. Станом на 2017 рік 5 млн людей курять IQOS. Системи нагрівання тютюну (IQOS) нагрівають стіки з пропіленгліколем і тютюн до 240-350 ° С. Дим є, але тютюн при цьому не горить. Однак при нагріванні тютюну вчені все одно зафіксували виділення потенційно канцерогенних речовин. Та й нікотин нікуди не дівається: хоча в димі від системи нагрівання тютюну його було на 16% менше, ніж в димі від звичайної сигарети (0,6-1,26 мг/сиг). Шкідливим є і матеріал самої системи, при 90° С він виділяє формальдегід та ціаногідрин, який вкрай токсичний навіть в малих дозах. В одному з досліджень вчені з'ясували, що при

нагріванні тютюну в IQOS виділяє в 100 разів менше канцерогенних речовин нітрозамінів, ніж при горінні. А чадного газу - в 5 разів менше. Також скорочувався рівні формальдегіду і акролеїну. Інше дослідження показало, що якщо тютюн не горить, а тільки гріється, то в організм потрапляє на 80-99% менше токсинів. Щодо пасивного куріння є дані, що після роботи системи нагрівання тютюну в приміщенні концентрації нікотину і ацетальдегіду підвищилася незначно.

**Висновки:** Люди, намагаються кинути палити використовуючи вейп та системи нагрівання IQOS, вважаючи ці способи "меншим злом" ніж звичайні сигарети. Звичайно, так і є, але ризик виникнення захворювань серцево-судинної та дихальної систем знизився, проте нікуди не дівся. ВООЗ підкреслює, що абсолютно всі форми куріння шкідливі для здоров'я. Єдиний варіант, коли воно не завдає шкоди - це якщо людина не курить сам і не зустрічається з тими, хто курить.

А.В. Шкарупа, В.О. Михайлова

## **ПОТЕНЦІЙНО НЕБЕЗПЕЧНІ ОБ'ЄКТИ ЯК ДЖЕРЕЛА ЕКОЛОГІЧНОЇ НЕБЕЗПЕКИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Поляруш (ст. викладач), Н.І. Гуменюк (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За насиченістю території промисловими об'єктами Україну можна порівняти із розвиненими європейськими державами. Велику увагу із цих промислових об'єктів привертають потенційно небезпечні підприємства, які пов'язані з зберіганням, виробництвом та переробкою вибухонебезпечних, пожежонебезпечних та отруйних речовин.

**Мета:** Проаналізувати структуру потенційно небезпечних об'єктів за видами діяльності та взаємозв'язок місце розташування підприємств із впливом їх функціонування на екологічну систему регіону.

**Матеріали та методи:** Аналіз статистичних даних Департаменту агропромислового розвитку, екології та природних ресурсів Вінницької обласної державної адміністрації та Державного реєстру потенційно небезпечних об'єктів.

**Результати:** За даними проведеного аналізу обсяг викидів у Вінницькій області за 2017 рік збільшився на 30,0% порівняно із 2016 роком. Протягом 2017 року в довкілля від стаціонарних джерел забруднення потрапило майже 156 тис. т забруднюючих речовин. Найбільшими підприємства-забруднювачі атмосферного повітря станом на 2017 рік були: ВП "Ладизинська ТЕС" (м. Ладизин) 94,15 тис. т (60,4% до загального обсягу викидів стаціонарних джерел), ПАТ по газопостачанню та газифікації "Вінницязгаз" (м. Вінниця, Україна) - 10,75 тис. т (6,9%) та його філії в містах Тульчин (5,72 тис. т - 3,7%), Хмільник (5,09 тис. т - 3,3%), Гайсин (4,90 тис. т (3,1%) Жмеринка (4,87 тис. т -3,1%), філія "Птахокомплекс" ТОВ "Вінницька птахофабрика" (м. Вінниця, Україна) - 6,38 тис. т (4,1%). Комунальні господарства є основним джерелом забруднення стічних вод (на них припадає 86 % від загального обсягу скидів). Скид забруднених стічних вод у 2017 році збільшився на 0,787 млн.м<sup>3</sup> за рахунок ДП «Іллінціводоканал» м. Іллінці, Тульчинського ДП КП «Вінницяоблводоканал» м. Тульчин, КП «Немирівський ККП» м. Немирів, Крижопільська філія «Фуд девелопмент» смт. Крижопіль. На об'єктах Вінницької області зберігається понад 402 тонни небезпечних хімічних речовин. З наявних 402 тонн хімічних речовин - 112 тонн хлору і 290 тонн аміаку. Під час виробничої діяльності на ВАТ «Завод «Термінал» (м. Вінниця, Україна) було накопичено 120,365 тонн небезпечних відходів I-III класів небезпеки гальванічного виробництва. Найбільша кількість відходів I-IV класів небезпеки утворилося у містах Ладизин – 24,4%, Вінниця – 21,5% до загальної кількості, а також Гайсинському – 22,5% та Крижопільському – 20,4 % районах. Найбільш проблемними об'єктами Вінницької області в поводженні з відходами є полігон твердих побутових відходів м. Вінниці, що знаходиться в селі Стадниця Вінницького району, золівідвал Ладизинської ТЕС у с. Заозерному Тульчинського району, відходи фосфогіпсу на виробничому об'єднанні «Хімром» у м. Вінниці, могильник непридатних та



невизначених отрутохімікатів біля с. Джурин Шаргородського району.

**Висновки:** Таким чином, проведений аналіз показав, що кожному регіону Вінницької області притаманні свої рівні техногенної загрози, яким слід приділяти підвищену увагу при загрозі виникнення надзвичайних ситуацій.

Н.І. Ющук

## ОЦІНКА СТАТЕВОЇ ОСВІЧЕНОСТІ СЕРЕД ШКОЛЯРІВ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.С. Тарасюк

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Серед сучасних суспільних проблем однією з важливих є зниження віку початку неповнолітніми статевим життям, що супроводжується зростанням кількості штучного переривання вагітності, розширенням діапазону венеричних захворювань, появою серед школярів та студенток матерів-одиначок. Ці явища свідчать про недостатню ефективність роботи, яка здійснюється педагогічними працівниками зі школярами у напрямі статевого виховання, про недостатню теоретичну й методичну підготовку вчителів, про низький рівень педагогічної культури батьків.

**Мета дослідження:** Визначити обізнаність школярів у методах контрацепції та можливих інфекціях, які можуть бути спричинені незахищеними статевими контактами. Отримати дані про особливості статевого виховання вдома та в школі.

**Матеріали та методи:** Для виконання поставленої мети були опитані 100 школярів Вінницької фізико-математичної гімназії №17. Оцінка статевої освіченості та їхній початок статевого життя проводилася за допомогою анкетування.

**Результати:** При опитуванні було встановлено, що 60% школярів не вступали в статевий зв'язок, 29% почали жити статевим життям у 16-17 років, 5% школярів-у 15 років, лише 6%- у 13-14 років. Серед тих, які вступали у статевий зв'язок, у 14% секс був у стані алкогольного сп'яніння і лише у 2%- в стані наркотичного. Серед 40% школярів, у яких був інтимний зв'язок, тільки 13% з них користувались презервативом, 6%- гормональними комбінованими оральними контрацептивами, а 21%- взагалі не користувались контрацепцією, вважають за краще переривати статевий акт. З 73% учнями зі 100 опитаних батьки не проводили бесіду про секс, контрацепцію, небезпеку венеричних захворювань, небажану ранню вагітність. Лише 14% школярів зверталися до лікаря на огляд після того як почали жити статевим життям і 3% з них мали венеричні захворювання. Вперше про секс, контрацепцію, венеричні захворювання 31% школярів дізналися у школі, 15%- від батьків, 40%- від друзів на вулиці і лише 14% із ЗМІ. Серед опитаних учнів 8% вважає, що ВІЛ найлегше передається пероральним та контактним шляхом, 75% - статевим шляхом, 17%- парантеральним та трансфузійним шляхом. Лише 60% школярів погодилися з тим, що похід до нічних клубів підвищує ризик інфікування статевим шляхом. На питання, якщо СНІД виявлений у Вашого друга, яка Ваша реакція, 26% осіб обрали варіант «перестану спілкуватися» ще 22% нейтрально віднесуться, і лише 52% будуть допомагати та підтримувати друга.

**Висновок:** Встановлено, що загальнодержавне неучтвo батьків, педагогів щодо сексуальної освіти дітей приводить до швидкого зменшення віку початку статевого життя. Це, в свою чергу, збільшує число поширення венеричних захворювань, кримінальних злочинів на сексуальному ґрунті, позашлюбних народжень в підлітковому віці, абортів. За анкетуванням було доведено, що поширеність венеричних захворювань зростає, оскільки школярі після сексуальних зв'язків не звертаються до лікарів і відповідно не знають про можливі захворювання, що передаються статевим шляхом. Більшість молодого покоління не користуються презервативами, і це призводить до поширення венеричних захворювань, а також ВІЛу, що становить небезпеку для інших. Тому зараз в Україні постала гостра проблема – народження здорової дитини у молодих сімей. І основою цього стали безладні статеві стосунки в молодості.

О.О. Ярославська  
**СУЇЦИДИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВИХ, ЇХ ЗВ'ЯЗОК З УМОВАМИ ПЕРЕБУВАННЯ В ЗОНІ АТО**  
Кафедра медицини катастроф та військової медицини  
В.С.Тарасюк (проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Наша держава для забезпечення територіальної цілісності України проводить бойові дії у вигляді антитерористичної операції (АТО) на Сході країни. Вона вимушена пропускати через себе багатотисячні маси молодих людей і після демобілізації повертати їх назад у громадянське суспільство, вносячи в нього при цьому всі особливості мілітаризованої свідомості й роблячи істотний вплив на подальший розвиток соціуму. Учасники бойових дій, часто навіть не усвідомлюючи цього, несуть у собі тягар болю довгі роки. Проблема адаптації воїнів АТО до мирного життя – це виклик перед українським громадянським суспільством та державою, які виявилися у значній мірі неготовими належним чином забезпечити успішну соціальну інтеграцію бійців АТО.

**Мета:** Дослідити поширеність посттравматичних психічних порушень і суїцидів серед військовослужбовців і учасників бойових дій, їх зв'язок з умовами перебування в зоні АТО.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводили за даними державних та галузевих статистичних закладів охорони здоров'я України і Міністерства оборони серед українських військовослужбовців і учасників бойових дій. На основі отриманих даних провели метааналіз з використанням репрезентативної вибірки та повної діагностичної оцінки

**Результати:** Під час досліджень психічного стану осіб, що пережили конфлікт, у 15,4% обстежених було виявлено посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а у 17,3% – депресію. Щодо захворюваності на ПТСР в 2018 році то серед військовослужбовців ця патологія була виявлена у 70,9% від усіх учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації. Найбільші показники ПТСР виявлені серед військовослужбовців Волинської (286), Київської (267), Львівської (241) та Житомирської (234) областей. За даними військового прокурора України, військовослужбовці в зоні проведення антитерористичної операції здійснюють в середньому від 2 до 3 самогубств на тиждень.

**Висновок:** Таким чином, п'ятирічна війна на Сході лягла важким тягарем на нашу державу. Показники захворюваності та поширеності посттравматичних психічних порушень серед українських військовослужбовців, учасників бойових дій за 2015-2018 роки зростають. Із ростом витрат фінансів на війну вирости самогубства серед військових. Висновок один: покінчити війну. А як? Ми відповіді не маємо.

# ФІЗИКО-ХІМІЧНИЙ НАПРЯМ



**PHYSICS AND CHEMISTRY**

Adeoye Mabel Ayoyimika, Omale Serah Ojoadale  
**PORPHYRIA OR THE DEATH OF ONE LEGEND**

Department of biological and general chemistry  
O.I. Shtathko (Ph.D., ass. prof.), M.M. Cher'vjak (Ph.D., ass. prof.)  
Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnitsa, Ukrain

**Background:** The porphyria diseases are a group of metabolic disorders caused by abnormal functioning of heme biosynthesis enzymes and characterized by the excessive accumulation and excretion of porphyrins and their precursors. The current porphyria literature is very exhaustive but a brief overview of porphyria diseases is essential in order to better appreciate the relevance of this area of research.

**Aims:** To analyze modern views on the problem of porphyria diseases based on published data for the past 5 years.

**Materials and methods:** We used 18 electronic bibliographic database dedicated to CFPS. Among them, 3 manuals, 8 reviews and 7 original articles, including the results of original researches.

**Results:** Porphyrias are rare diseases and occur with a frequency of 0.5–10 cases per 100,000 population, but due to the variety of clinical manifestations and similarity with other, more widespread diseases, there are frequent cases of incorrect or late diagnosis of porphyria. Porphyria is not a single disease but a group of nine disorders: acute intermittent porphyria (AIP), hereditary coproporphyria (HCP), variegate porphyria (VP), delta-aminolevulinic acid dehydratase deficiency porphyria (ADP), porphyria cutanea tarda (PCT), hepatoerythropoetic porphyria (HEP), congenital erythropoetic porphyria (CEP), erythropoetic protoporphyria (EPP), and X-linked protoporphyria (XLP). The most common manifestations of an attack of porphyria: acute abdominal pain without peritoneal symptoms; tachycardia; red or pink urine; CNS disorders; photosensitivity. Porphyrias are inherited in an autosomal dominant manner, about 80% of carriers of the mutant gene are not even aware of their disease, attacks of porphyria occur at the age of 30–35 years, and 4-5 times more often in women than in men. Attacks of porphyria develop under the influence of provoking factors: stress, starvation, hormonal surges (in women), taking certain medications, exposure to harmful substances, prolonged exposure to the sun, alcohol abuse. Porphyrins also damage the nervous system, causing hallucinations, convulsive seizures as in epilepsy, and outbreaks of aggression. Laboratory diagnosis of the porphyria itself is simple, but often late. The simplest test for porphyria is to place a glass with the patient's urine in the sunlight. In the presence of porphyrins, after some time, the liquid will acquire a color from pinkish to dark red.

**Conclusions:** A cure for porphyria has not been found, but early diagnosis may slow its progression and prevent exacerbations. The use of drugs that correct hematopoiesis (for example, Normosang) helps to stop acute attacks and to save the patient's life and his ability to work.

Ali Rahimi, Reza Shejaeian

**LASER IN DENTISTRY**

Department of biophysics, informatics and medical equipment  
N.F. Serpak (assistant)  
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

**Relevance.** Great growth of research studies in application of laser in dentistry last decades is quite understandable. Hard tissue is treated by laser for caries prevention, restorative removal, bleaching, cavity preparation, growth modulation, dentinal hypersensitivity and for diagnostic purposes. For soft tissues it can be wound healing, hyper-plastic tissue removal for uncovering of impacted or partially erupted tooth, photodynamic therapy for malignancies, and photo stimulation of herpetic lesion. Use of the laser proved to be an effective tool which increases efficiency, specificity, ease, cost and comfort of the dental treatment.

**The idea of report.** There are two possibilities, on the one hand there are hard lasers, such as, Carbon dioxide, Neodymium Yttrium Aluminum Garnet and Er:YAG, which offer both hard tissue and soft tissue applications,

but have limitations due to high costs and a potential thermal injury to tooth pulp, whereas, on the other hand in cold or soft lasers, based on the semiconductor diode devices, which are compact, low-cost devices used predominantly for applications, which are broadly termed as low-level laser therapy or 'bio-stimulation'.

**Results.** On account of the ease, efficiency, specificity, comfort, and cost over the conventional modalities, lasers are indicated for a wide variety of procedures in dental practice.

Lasers used in dental practice can be classified by various methods. By lasing medium used, there are gas laser and solid laser; according to tissue applicability, hard tissue and soft tissue lasers; according to the range of wavelength, and of course the risk associated with laser application.

**Conclusion.** The field of laser-based photochemical reactions holds great promise for additional applications, particularly for targeting specific cells, pathogens, or molecules. A further area of future growth is expected to be a combination of diagnostic and therapeutic laser techniques. Looking to the future, it is obvious that specific laser technologies will become essential components of contemporary dental practice over the next decade.

Mohammad Teymouri, Ali Nazeri

### **MODERN RESEARCHING METHODS FOR DENTISTRY**

Department of Biophysics, Medical Informatics and Medical Apparatus

R.V. Seleznova (PhD, docent)

Vinnytsia National Medical University

Vinnytsia, Ukraine

**Relevance.** Technological development in 3D printing has opened a new era. Currently, digital dentistry goes beyond the simple sending of patient scanning results to laboratory manufacturing, and the ease of use offered by 3D printers makes CNC milling machines a hopeless relic of the past.

The idea of the report. Doctors can now print many jaw insertions in the office during working hours, which gives them freedom to repeat and offer the best treatment, while significantly reducing costs.

A prominent player in the highly specialized dental segment is Prodways. The manufacturer has developed a range of high-resolution 3D printers, high-performance 3D printing materials and services for tooth production.

The experience and benefits of Prodways in the dental segment can be estimated by taking into account partnerships with the largest dental professionals, including Dreve, Deltamed and DentoSmile, as well as renowned dentists and leading international suppliers.

In the era of digital technology, the dental world has modernized production to meet the needs of ever-increasing innovation and productivity.

**Results.** Industrial centers and unified industrial organizations are looking for production tools that are most suited to their work needs to meet both quality and profitability requirements.

Prodways has quite extensive experience in this sector. 3D printers, optimal materials and services for additive production with unprecedented quality can be used for: prosthetic dental models for crowns and bridges; orthodontic models for aligners thermoforming; individual impression trays; removable partial dentures; surgical guides; patterns for fixed prosthetics (metal and pressed ceramics)

**Conclusion.** With 3D printing, dentists can manufacture dental items quickly and accurately to meet the growing needs of patients. Print the basics of a denture in the morning, surgical guides in the afternoon, and nightly protection in the evening. The flexibility and individuality that it offers to clinicians are unmatched and can revitalize any dental practice.

К.М. Агафонов, В.І. Бокоч, А.О.Сущенко

### **ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ ПРИ ГІПЕР- ТА ГІПОТИРЕОЗІ В МОЗКУ ЩУРІВ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.М. Нечипорук (к.б.н., доцент)

**Актуальність:** регуляція метаболізму сульфурвмісних амінокислот здійснюється на багатьох рівнях, в тому числі і ендокринною системою. Відомо, що патології щитоподібної залози як гіпо- та гіпертиреоз є поширеними серед населення України. Одними з ключових гормонів, що регулюють всі види метаболізму в організмі, є тиреоїдні гормони. Останні впливають на десульфування сульфурвмісної амінокислоти цистеїну, що призводить до утворення важливої регуляторної газової молекули гідроген сульфід ( $H_2S$ ). На сьогодні відомо, що в організмі людини  $H_2S$  виконує роль сигнальної молекули, газотрансмітера. До тепер остаточно не встановлено взаємозв'язок між обміном гормонів щитоподібної залози та регуляцією синтезу  $H_2S$  в ЦНС тому дана тема є актуальною для медичної біохімії.

**Мета:** дослідити активність ферментів цистатіонін- $\beta$ -синтази (ЦБС) і цистеїнамінотрансферази (ЦАТ) у мозку. Визначити рівень  $H_2S$  та цистеїну у плазмі крові щурів за умов гіпо- та гіпертиреозу.

**Матеріали та методи:** в роботі використано 40 щурів-самців масою 150-180 г. Для моделювання гіпер- і гіпотиреоїдизму щурам щоденно ентерально вводили розчин L-тироксину (200 мкг/добу на 1 кг маси) та мерказолілу (10 мг/добу на 1 кг маси) протягом 21-го дня. В мозку тварин визначали десульфуразну активність ферментів ЦБС і ЦАТ, в крові – вміст  $H_2S$  та цистеїну.

**Результати:** нами встановлено, що при гіпотиреозі, достовірні зміни відбувалися лише на 21-й день дослідження: активності ЦБС зменшилась на 34%, при цьому активність ЦАТ залишилась без змін. В свою чергу рівень  $H_2S$  в сироватці крові знизився на 24%, а концентрація цистеїну зросла на 40%. Гіпертиреоз спричиняв зростання активності ЦАТ на 119 %, а вміст  $H_2S$  в сироватці крові достовірно збільшився на 39%, при цьому рівень цистеїну залишався без змін.

**Висновки:** тиреоїдні гормони залучені до регуляції обміну  $H_2S$  в мозку. При гіпотиреозі спостерігається пригнічення активності ферментів ЦБС та ЦАТ, що відповідають за десульфування цистеїну у мозку.

Г. Алієва

## РОЛЬ ГЕНЕТИЧНОГО ФАКТОРА В РОЗВИТКУ ФАРМАКОЛОГІЧНОГО ЕФЕКТОРУ БЛОКАТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко (к.мед.н., ст. викл.)

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

**Актуальність:** Блокатори (інгібітори) протонної помпи використовуються для лікування кислотозалежних захворювань (КЗЗ). В гастроентерології ІПП мають велику поширеність через свою ефективність та безпечність, але деякі пацієнти демонструють ненормальну реакцію під час лікування цим препаратом. Було доведено, що ця незвичайна відповідь серед пацієнтів частково обумовлена непостійністю генотипу CYP2C19 (CY — цитохром, P— пігмент, 450 — хвиля поглинання, 2 — родина, C — підродина, 19 — конкретний ізофермент, який кодується окремим геном) і в меншій мірі CYP3A4 (3 — родина, A — підгрупа, 4 — конкретний ізофермент, який кодується окремим геном) гена, який кодує ізофермент CYP450, що відповідає за обмін речовин ІПП.

**Мета:** Проаналізувати та узагальнити інформацію з наукових джерел щодо ролі генетичного фактора в розвитку фармакологічного ефектору інгібіторів протонної помпи (ІПП).

**Матеріали і методи:** Опрацювання останніх статистичних даних вітчизняних та зарубіжних статей, медичних журналів, доповідей у цьому спрямуванні.

**Результати:** ІПП — це препарати для лікування КЗЗ, які блокують протонний насос ( $H^+/K^+$  - АТФазу) в парієтальних клітинах слизової шлунку, тим самим знижують вироблення соляної кислоти. Лікарі рекомендують приймати його за 30-60 хвилин перед сніданком, щоб підвищити адсорбцію та

забезпечити максимальну концентрацію препарату в крові. Тому що період піврозпаду воднево-калієвої аденілтрифосфатази приблизно складає 2-2,5 доби і зранку в активному стані знаходиться ~70% синтезованих помп. Доведено, що ступінь пригнічення кислоти і ступінь метаболізму препаратів за допомогою CYP2C19 (хромосома 10, локус 10q24.1-24.3) тісно пов'язаний з варіабельністю фармакогенетичних параметрів (ФП). Механізм такої мінливості є багатофакторним. До них належать як генетичні (обумовлена генотипом CYP2C19, CYP3A4), так і негенетичні фактори (термін застосування ІПП щодо прийому їжі, спільне введення з іншими антисекреторними агентами). Фармакогенетика є серцевиною прецизійної медицини і обіцяє ідентифікувати та використовувати інформацію про генотипи, щоб керувати рішеннями щодо лікування та персоналізувати плани лікування. Результати досліджень показали, що CYP2C19 відповідає за ~80% метаболізму лансопразолу, омепразолу та пантопразолу. Дексланзопразол, R-енантіомер лансопразолу, метаболізується гідроксилування через CYP2C19 і окислення метаболіту сульфону через CYP3A4. Це свідчить про подібний метаболічний шлях до лансопразолу. CYP2C19 відповідає за приблизно 70% і 90%. Тому логічно, що зміни метаболічної активності CYP2C19, для яких генетична мінливість є головним фактором, в кінцевому рахунку вплине на терапевтичну активність ІПП.

**Висновки:** На жаль, наразі діагностика ізоформ ферментів не є доступною для лікарів всього світу. Але в майбутньому з широким використанням цього методу лікарі зможуть передбачити ризики при терапії КЗЗ, підбирати дозування препаратів індивідуально для кожного хворого, аби зменшити побічні ефекти, пов'язані з ІПП.

А.А. Балян

## ПОРУШЕННЯ ЕКСПРЕСІЇ ГЕНА UBE3A ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ СИНДРОМУ АНГЕЛЬМАНА

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.О. Качула (к.мед.наук, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Синдром Ангельмана (СА), або синдром «щасливої ляльки», – це генетичне захворювання, в основі якого лежать морфологічні або функціональні порушення локуса q11-q13 копії материнської хромосоми 15, що супроводжуються втратою експресії гена UBE3A (ubiquitin protein ligase E3A) в нейронах головного мозку. Виявляється грубою затримкою психомоторного розвитку, олігофренією з недорозвиненням мови, судомними нападами і нападами насильницького сміху. Хворі пізно починають ходити, і їх хода нагадує рухи ляльки. Частота захворювання у світі: 1:12000 – 1:20000.

**Мета:** На основі літературних джерел з'ясувати біохімічні механізми та етіологічну роль порушення експресії гена UBE3A у розвитку СА.

**Матеріали та методи:** Вивчення та систематизація матеріалів монографій, статей у наукових фахових виданнях з даної теми, синтез теоретично обґрунтованих міжгалузевих знань.

**Результати:** Ген UBE3A кодує фермент убіквітин-лігазу E3A – E6AP/UBE3A, основною функцією якого є участь в процесі деградації протеїнів через убіквітин-протеасомний шлях. Протеасома відбирає для деградації тільки ті протеїни, які кон'юговані з поліубіквітином. Убіквітинування протеїнів – ковалентне приєднання убіквітину до білкового субстрату – виконують специфічні убіквітин-лігази. Зниження функціональної активності ферменту UBE3A за рахунок дефіциту його представництва або наявності неактивних форм через порушення убіквітинування призводить до зниження рівня деградації і надмірного накопичення його цільових субстратів: цитоскелет-асоційованого протеїну (cytoskeleton-associated protein – ARC), ефехсину-5 (ephexin-5) і саксину (sacsin). Michel Baudry і колеги вважають, що надлишок представництва цих речовин призводить до зміни організації цитоскелету дендритних шипів нейронів, що знижує синаптичну пластичність і проявляється когнітивними та

поведінковими розладами. Shu-qun Shi і співавтори встановили, що дефіцит UBE3A може призводити до порушення циркадного ритму, який обумовлений збільшенням представництва протеїнів BMAL1 (brain-muscle-arnt-like protein-1)/ARNTL (aryl hydrocarbon receptor nuclear translocator-like 1). Нестача протеїну UBE3A також призводить до збільшення репресорного фактора REST (RE1-silencing transcription factor), що відповідає за стримування транскрипції гена GABRB3, в результаті якої виникає дисфункція рецептора А гамма-аміномасляної кислоти GABR (gamma-aminobutyric acid (GABA) A receptor), що фенотипово виявляється судомним синдромом.

**Висновки:** Таким чином, з'ясовані етіологічна роль та біохімічні механізми порушення експресії гена UBE3A при СА. Нестача ферменту UBE3A призводить до надмірного вмісту його цільових протеїнів. Надлишок протеїнів ARC, ефексіну-5 та саксину обумовлює порушення цитоскелета дендритних шипів, що в клініці проявляється розладами інтелекту. REST-асоційована дисфункція рецепторів гамма-аміномасляної кислоти обумовлює підвищену судомну готовність, а надлишковий вміст протеїну BMAL1 призводить до порушення сну.

А.О. Білик

## **ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ У МЕЖАХ М.ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ ТА ЇХ ТОКСИЧНИЙ ВПЛИВ НА НАВКОЛИШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ ТА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

Т.В. Марчак (к.х.н., доцент)

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

**Актуальність:** В останні десятиліття в процесі міграції важких металів інтенсивно втручається людина. Кількість цих елементів, що надходить в навколишнє середовище урбоекосистеми, значно перевищує природну. Важкі метали включаються в природні цикли міграції, потрапляють у повітря, ґрунти, рослинний покрив, а через них – в організми тварини та людини, де викликають різні патології

**Мета:** Визначити вміст йонів  $Pb^{2+}$  та йонів Феруму у пробах ґрунту та рослинному матеріалі. Вивчити індикативну роль рослинності як показника вмісту важких металів у ґрунті. Вивчити токсичну дію важких металів на організм людини.

**Матеріали та методи:** Опрацьована навчальна література, а також електронні версії наукових статей в пошуковій системі Google за 2010 –2018 р.р. з неорганічної, аналітичної та медичної хімії, екології, токсикології щодо методів якісного і кількісного визначення важких металів, їх впливу на довкілля та стан здоров'я людини. Для визначення вмісту важких металів були вибрані ділянки з різним автомобільним навантаженням в межах м. Хмельницький та відібрані і проаналізовані проби ґрунту та рослин (хвойні, липа серцелиста, кульбаба лікарська) на різній відстані від автошляху. Для визначення вмісту йонів  $Pb^{2+}$  застосовували реакції з  $Na_2S$  та з  $NaI$ , для визначення йонів  $Fe^{2+}$  і  $Fe^{3+}$  – реакції з  $K_3[Fe(CN)_6]$  та  $K_4[Fe(CN)_6]$  відповідно.

**Результати:** Метали, густина яких більша  $5 \text{ г/см}^3$ , називають важкими металами. Важкі метали потрапляють у ґрунт і мають здатність мігрувати і накопичуватись в листі, гілках, корі, квітах, плодах рослин. За даними Хмельницького обласного управління статистики у 2014 році в атмосферне повітря м. Хмельницького надійшло 72,2 тис. тонн забруднюючих речовин (щільність викидів  $3,8 \text{ тонн на км}^2$ ). Коефіцієнт концентрації забруднення ґрунтів становив: Ферум – 50,2 мг/кг, Купрум – 22,1 мг/кг, Цинк – 18,4 мг/кг, Плюмбум – 12,0 мг/кг. Основним забруднювачем повітря і ґрунтів виступає автомобільний транспорт.

Проведені хімічні аналізи зразків ґрунту та рослин, відібраних уздовж доріг, показали зв'язок між вмістом важких металів у рослинах та ґрунті.

Рослинна продукція є незамінною у раціоні харчування людини, разом з нею важкі метали потрапляють до організму. Це провокує гострі та хронічні отруєння, іноді з летальними наслідками. Важкі метали



мають здатність накопичуватись у різних органах, дуже повільно виводяться з організму. Вони спричиняють патологічні зміни в нервовій системі, кровотворних органах, системі травлення, нирках, впливають на статеві органи.

**Висновки:** Важкі метали – політропні отрути, які накопичуються в різних органах і тканинах. Забруднення ґрунтів солями важких металів та їх накопичення у рослинах залежить від автомобільного навантаження доріг та відстані від них. Не варто використовувати ділянки, розташовані вздовж доріг, для вирощування овочів та зелені через накопичення у них важких металів.

О.В.Біляченко

## ОПТИЧНА ІЗОМЕРІЯ В МЕДИЦИНІ

Т.В. Марчак (к.х.н., доцент)

Кафедра біологічної та загальної хімії

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Фармакологічні характеристики лікарського препарату значною мірою визначаються стереоспецифічністю його дії. Створення енантіомерично чистих фарма-цевтичних продуктів з оптимальним співвідношенням терапевтичної ефективності безпеки – перспективний науковий напрямок .

**Мета дослідження:** На основі літературних джерел проаналізувати інформацію щодо впливу оптичної ізомерії на фармацевтичну активність, ефективність та безпечність лікарських препаратів та застосування хіральних чистих препаратів у лікуванні хвороб.

**Матеріали та методи дослідження:** Була опрацьована навчальна література, а також електронні версії наукових статей в пошуковій системі Google за 2010–2018 р.р. з органічної хімії, фармацевтичної хімії, медицини. Метод роботи – опрацювання навчальної та наукової літератури.

**Результати досліджень:** Стереοізомерія (хіральність) – характерна особливість природних органічних речовин, яка передбачає існування двох структурно ідентичних форм молекули з протилежною просторовою орієнтацією (стереοізомерів або енантіомерів). Оптичні ізомери виявляють відмінності щодо участі у біохімічних процесах та фармакологічних властиво-стях. Стереоспецифічність лежить в основі прояву біологічної дії одним енантіомером, у той час як інший може бути неактивним, або навіть виявляти протилежну дію.

Приклади стереоселективності: *S*-тироксин – природний гормон щитоподібної залози, а *R*-тироксин знижує вміст холестерину в крові. Антиаритмічний засіб *S*-анаприлін діє сто разів сильніше, ніж *R*-форма. Препарат пеніциламін, який застосовують у випадках отруєнь важкими металами, використовують лише у *S*-формі, *R*-ізомер токсичний та може спричинити сліпоту. У інсуліну фізіологічну активність виявляє лише лівообертаючий ізомер. З двох енантіомерів адреналіну гормональну активність виявляє лівообертаючий (*S*)-адреналін, правообертаючий (*R*)-адреналін малоактивний. Відомі випадки використання рацемічних препаратів, коли один з хіральних ізомерів спричиняв потужну токсичну дію на організм (талідомід).

Накопичення даних про різну роль енантіомерів призвело до того, що багатоліків почали одержувати і застосовувати у вигляді певного оптичного ізомеру, зокрема, в кардіології. В Україні були проведені дослідження таких хіральних чистих препаратів як *S*-метопролол сукцинат та *S*-амлодипін для лікування артеріальної гіпертензії та хронічної серцевої недостатності, які виявили більшу ефективність і менший ризик побічних реакцій порівняно з рацемічними препаратами.

**Висновки:** Оптичні ізомери відрізняються за біологічними та фармакологічними властивостями. Створення та впровадження у клінічну практику хіральних чистих ліків дозволить використовувати менші дози препаратів без втрати ефективності, підвищити безпечність та зменшити ризик побічних реакцій при проведенні терапії.

А. В. Бохенко, Л. О. Мосійчук

## **БЕНЗОПІРЕН**

Кафедра біологічної та загальної хімії

С. В. Ладутько (доц., к.м.н.)

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

**Актуальність:** Токсичні властивості бензопірену стали широко вивчатись в експериментах після 1933 року, коли він був вперше виділений із кам'яновугільної смоли, а потім синтезований з пірену. Забруднення бензопіреном навколишнього середовища, яке обумовлене розвитком промисловості, неякісні технології виготовлення харчових продуктів, паління та ін., провокує розвиток токсичних станів та онкологічних захворювань.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science, Scopus, репозитарію ВНМУ ім. М.І. Пирогова по вивченню біологічного ефекту бензопірену.

**Результати:** Бензопірен  $C_{20}H_{12}$ , п'ятикільцевий поліциклічний ароматичний вуглеводень. За нормальних умов має вигляд світло-жовтих кристалів, із температурою плавлення 179С. Міститься в кам'яновугільній смолі, тютюновому димі, забрудненому повітрі великих міст, особливо на великих магістралях і поблизу заправних станцій, в ґрунті, сирій нафті. Утворюється при піролізі ацетилену, стиrolу, тетраліну. Дуже сильний мутаген і канцероген, є одним з найнебезпечніших вуглеводнів. Бензопірен є загрозою для здоров'я в будь-якій кількості. В Україні діючою ГДК (згідно з ГН МОЗ СРСР від 19.11.1991 № 6229-91) концентрація його обмежена для ґрунту - 0,02 мг/кг. Має сильно виражені ароматичні властивості. Особливо легко вступає в реакції електрофільного заміщення, навіть у азосполучення, що може вести до ушкоджувати ДНК. По даним дослідників при підшкірному введенні мишам по 1-2 мг бензопірену у вигляді олії, саркоми виникають через 4-5 місяців, при змащуванні їм шкіри (0,5% розчин в бензолі) через 2-3 місяці з'являються папіломи, а через 4-5 місяців – рак майже у 100% тварин. Введення бензопірену безпосередньо в тканини різних органів тварин також викликає злякисні пухлини.

**Висновок:** Бензопірен є токсичною сполукою з властивостями мутагену та канцерогену, має властивість до накопичення.

Т.А. Васянович, Л.А. Паєвська, Р.Ю. Козак, Н.А. Гарбуз, В.В. Медвідь

## **ГОРМОНИ ЯК БІОРЕГУЛЯТОРИ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІ ПРЕПАРАТИ**

кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З.Личик (к. біол. н. доц.)

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

**Актуальність:** Фармацевтичні препарати відносно організму людини поділяють на дві групи: біогенні і чужорідні. Біогенні засоби – це природні, властиві людському організму речовини, які беруть участь в процесах метаболізму. До них відносяться лікарські препарати на основі вуглеводів, ліпідів, нуклеотидів, гормонів, білків тощо. Такі речовини є субстратами нормального проміжного обміну. Потрапивши в організм як ліки, вони забезпечують життєдіяльність організму. Важливе місце серед біогенних фармацевтичних засобів відводиться гормонам.

**Мета:** Розглянути гормони як біорегулятори та фармацевтичні препарати. Обґрунтувати їх застосування в медицині. Систематизувати отримані результати і викласти їх у вигляді навчального посібника (буклету).

**Матеріали та методи:** аналіз наукової літератури, фармацевтичних довідників, інформації з джерел інтернету (Internet Web Science, GoogleAcademyPubMed 2012-2019) про використання гормонів як

фармацевтичних препаратів.

**Результати:** Гормони є надзвичайно важливими БАС, що продукуються залозами внутрішньої секреції або іншими спеціалізованими клітинами і діють як сигнальні молекули, що регулюють метаболічні процеси в організмі. За хімічною будовою гормони можуть належати до різних органічних речовин— білків (інсулін), похідних амінокислот (гормони щитоподібної залози), ліпідів (статеві гормони) і т.д. Для медичного працівника дуже важливо знати про використання гормонів, адже вони підтримують гомеостаз, впливають на ріст, розвиток, метаболізм, статевий потяг, емоційну активність та інше. Гормональні препарати застосовують при порушеннях статевого дозрівання, цукровому та нецукровому діабеті, як контрацептиви, протизапальні та імунодепресивні засоби ( для пригнічення відторгнення пересаженого органу) і т.д.

**Висновок:** Результати проведеного аналізу систематизовані і оформлені у вигляді навчального буклету «Гормони як біорегулятори та фармацевтичні препарати», застосування якого дозволить підвищити наочність і ефективність навчального процесу у студентів, що навчаються за напрямком підготовки «Фармація» і «Медицина».

В.І. Войстрик

## РОЛЬ СИСТЕМИ ГЛУТАТІОНУ В МЕТАБОЛІЗМІ КСЕНОБІОТИКІВ. ПОЛІМОРФІЗМ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗИ

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:** Кількість ксенобіотиків в навколишньому середовищі зростає швидкими темпами, що визначає потребу вивчення систем їх знешкодження. Значний вклад в процес метаболізму ксенобіотиків вносять ферменти глутатіонової системи. Генетичний поліморфізм цих ферментів зумовлює існування їх в кількох ізоформах. Глутатіон-S-трансфераза це складний фермент біотрансформації ксенобіотиків має широкий субстратний спектр: токсичні речовини, канцерогени, мутагени, ліки, пестециди. Тому вивчення особливостей її функціонування є актуальною проблемою медицини.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Web of science, Scopus, репозитарію ВНМУ по вивченню ролі системи глутатіону при знешкодженні ксенобіотиків та її ролі в їх катаболізмі.

**Результати:** Глутатіон являється потужним антиоксидантом, що виступає відновником у реакції взаємодії з активними формами кисню. Біологічний ефект здійснюється за участю ферментів – глутатіонпероксидази (ГПО), глутатіон-S-трансферази (GST) та глутатіонредуктази. Ці ферменти приймають безпосередню участь в захисті клітин організму від токсичних речовин (ксенобіотики, АФК). Глутатіонпероксидаза захищає клітини від токсичної дії пероксиду водню, а глутатіонредуктаза забезпечує відновлення глутатіону, що необхідно для підтримання осмотичної рівноваги та активації ПОЛ. Особливе значення має глутатіон-S-трансфераза, яка приймає участь в катаболізмі ксенобіотиків. Саме GST приймає участь в другій фазі детоксикації. Він каталізує реакції кон'югації: ковалентне приєднання глутатіону до реакційноздатних метаболітів та особливо токсичних ксенобіотиків, що переводить їх у полярні, водорозчинні нетоксичні сполуки. Генетичний поліморфізм GST зумовлює існування цього ферменту в декількох ізоформах (GST-M1, GST-P, GST-T1). GST-M1 має три варіантних алелі (GST-M1\*0, GST-M1\*A та GST-M1\*B). Нульовий варіант алеля збільшує ризик раку легень, схильність до професійних ушкоджень (внаслідок порушення II етапу біотрансформації токсикантів). Даний алель є найбільш важливим, адже при його відсутності чи мутації послаблюється знешкодження канцерогенів, що веде до розвитку пухлин. Наступний варіант поліморфізму – GST-P, має 4 алелі (GST-P\*A, GST-P\*B, GST-P\*C, GST-P\*D). При наявності цих алелів збільшується каталітична активність глутатіону з ароматичними та поліциклічними сполуками, через що зростає ризик ракових захворювань. При комбінації варіантів GST-P\*A та GST-M\*0 зростає ризик розвитку

раку молочної залози. Ще один варіант - GST-T1, який має два алелі активний - GST-T1\*1 та неактивний - GST-T1\*0. Наявність делеції (нульового гена) збільшує ризик розвитку раку товстої кишки.

**Висновки:** Глутатіон-S-трансфераза є потужним ферментом метаболізму ксенобіотиків II фази (кон'югації) та приймає участь в інактивації багатьох токсикантів. Поліморфні форми можуть значно змінювати її активність та створювати ризики розвитку багатьох патологій. Дослідження генетичного поліморфізму гену ферменту GST має важливе клінічне та діагностичне значення.

А. Гаразаде, К. Гаврилюк .

## **РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ В РОЗВИТКУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО ПРЕПАРАТІВ ПЛАТИНИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.**

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:** На сьогодні в Україні показники захворюваності та смертності від раку молочної залози вищі, порівняно з іншими країнами світу на 45% та 56% відповідно. Ця онкологія лідирує серед онкологічних захворювань. По даним МОЗ України тільки в 2016 році внаслідок раку молочної залози в Україні померла 5851 жінка. Незважаючи на сучасну наукову інформацію, та досягнення значного прогресу в розумінні механізмів виникнення та розвитку раку молочної залози залишається багато актуальних проблем в своєчасній діагностиці та адекватному лікуванню цих хворих. Проблема резистентності до хіміотерапії пухлин завжди актуальна в онкології. Враховуючи те, що в лікуванні хворих на рак молочної залози часто використовуються препарати платини розуміння механізмів виникнення резистентності до них на молекулярному рівні залишається важливою проблемою медицини.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури по вивченню ролі генетичних факторів в розвитку резистентності до цисплатину при лікуванні рака молочної залози.

**Результати:** Цисплатин відноситься до фармакологічної групи алкілюючі цитостатики та реалізує свій ефект на ДНК з якою препарат утворює координаційні зв'язки у вигляді комплексів атома платини з гуаніновими та аденіновими основами. Біфункціональні продукти взаємодії цисплатину з ДНК, що називаються цисплатин- ДНК- адукти (GG- Pt та GA- Pt), блокують реплікацію, транскрипцію і клітинну проліферацію, викликають експресію гена P53, каспази-3, Fas- системи та ін. Чутливі до дії цисплатину клітинні лінії раку молочної залози відрізняються зниженою здатністю ліквідувати основні адукти ДНК та цисплатину (GG- Pt та GA- Pt) за рахунок низької активності та/ або наявності дефектів генів білків системи репарації. Основну роль в відновленні пошкоджених ділянок ДНК відіграють білки системи репарації генів BRCA1 та ERCC1. Ген BRCA1 (BreastCancer 1, earlyonset) належить до класу пухлинних супресорів та репаративів. Процес репарації двох-ланцюгових розривів в молекулі ДНК за участю BRCA1 відбувається шляхом гомологічної рекомбінації, але можливий також і при негомологічному з'єднанні кінців пошкодженої ДНК. Білок гену ERCC1 (ExcisionRepairCross- ComplementationGroup 1) здійснює ексцизійну репарацію одне-ланцюгових розривів в молекулі ДНК. Висока активність та відсутність дефектів в генах цих білків забезпечує швидке відновлення ДНК клітин пухлини та формування резистентності їх до цисплатину.

**Висновок:** Виникнення резистентності клітин раку молочної залози до цисплатину залежить від активності експресії та відсутності пошкоджень генів BRCA1 та ERCC1. Дані багатьох дослідників демонструють важливість визначення генетичних чинників виникнення резистентності до хіміотерапії при виборі препаратів лікування раку молочної залози.

В.В.Герасимова, П.Р.Романюк

## ГЕНИ МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ PPAR $\gamma$ , FABP2, ADRB2, ADRB3 ФАКТОРИ ОЖИРІННЯ

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О.Юрченко (к.мед.н, ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця

**Актуальність:** На сьогоднішній день серед патологій ліпідного обміну ожиріння є одним з найпоширеніших захворювань економічно розвинених країн, де чверть населення має масу тіла, що більш ніж на 15% перевищує норму. За прогнозами експертів ВООЗ, при збереженні існуючих темпів зростання захворюваності у 2025 року в світі буде налічуватиме понад 300 млн осіб з патологією ліпідного обміну у вигляді ожиріння. Провідне значення в схильності до цього захворювання відіграють мінливість генів метаболізму ліпідів, що веде до змін кодування білків і ферментів ліпідного обміну. На наш час доведено, що саме зміни генів PPAR $\gamma$ , FABP2, ADRB2, ADRB3 провокують розвиток ожиріння, тому вивчення їх ролі в метаболізмі ліпідів є актуальною проблемою.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Webofscience, Scopus, репозитарію ВНМУ ім. М.І. Пирогова по вивченню ролі генів метаболізму ліпідів зміни яких впливають на виникнення ожиріння.

**Результати:** На підставі дослідженої літератури виявлені гени білків, зміни структури яких впливають на розвиток ожиріння. Ген гамма-рецептора PPAR $\gamma$  (Peroxisomeproliferatoractivatedreceptorgamma) кодує гамма-рецептор, який в основному продукується в жировій тканині і індукує проліферацію пероксисом, що відповідають за окислення жирних кислот. Також даний рецептор регулює диференціювання адипоцитів і гомеостаз глюкози (визначає потребу м'язової тканини в глюкозі і її чутливість до інсуліну), стимулює синтез і викид печінкою параоксонази, пов'язує гіполіпідемічні препарати і жирні кислоти, бере участь в регуляції кісткового метаболізму. Ген переносника жирних кислот FABP2 (Fattyacidbindingprotein 2) який кодує білок, що зв'язує жирні кислоти в тонкому кишечнику. Даний білок володіє високою спорідненістю до насичених жирів і забезпечує захоплення, внутрішньоклітинний транспорт і метаболізм довголанцюгових жирних кислот; Бета-2-адренергічний рецептор ADRB2 (Beta-2 adrenergicreceptor) який бере участь в контролі гомеостазу глюкози, пригнічує викид гістаміну тучними клітинами, підсилює викид інсуліну в кров і активує глікогеноліз. Ген бета-3-адренорецептори ADRB3 (Beta-3 adrenergicreceptor), який взаємодіючи з G-білками, опосередковує катехоламін-індуковану активацію аденілатциклази, локалізується в основному в жировій тканині і залучений в регуляції ліполізу і термогенезу.

**Висновок:** Досліджено по джерелам наукової літератури роль генів метаболізму ліпідного обміну PPAR $\gamma$ , FABP2, ADRB2, ADRB3 зміни яких стимулюють патологію ліпідного обміну у вигляді ожиріння.

Я.В.Гнатенко

## ГЕННА ІНЖЕНЕРІЯ ТА КЛОНУВАННЯ, ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ЛЮДСТВА

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.Б.Струтинська(асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Генна інженерія– це метод біотехнології, який займається дослідженням перебудови генотипів. Цей метод дозволяє шляхом проведення реакцій в пробірці переносити генетичну інформацію з одного організму в інший. Провідним завданням генної інженерії є можливість позбавлення всього людства деяких хвороб, винайдення нових способів лікування важких захворювань. Одним із найперспективніших напрямків генної інженерії є клонування. Клонування дає можливість отримати

стовбурові клітини, які цінні для медицини, бо завдяки їм лікують багато важких недугів, наприклад, хворобу Паркінсона чи діабет.

**Мета:** Ознайомити людей з таким напрямком прикладної генетики, як генна інженерія та донести важливість її розвитку у подоланні спадкових хвороб людини. Вияснити доцільність використання клонування та його подальшого розвитку в науці.

**Матеріали та методи:** Наукові праці дослідників у галузі генної інженерії, експериментальні докази клонування ембріона людини та вилучення стовбурових клітин.

**Результат:** Питання застосування біотехнологій для людей довгий час залишалось дуже гострим, адже визначення гуманності та етичності не давало дозволу легко впровадити метод генної інженерії та клонування. Технології генної інженерії дозволяють редагувати ДНК ембріону для запобігання виникнення небезпечних генетичних захворювань. Крім того, за допомогою генної інженерії можливе створення методів лікування за допомогою генотерапії. Цей метод біотехнології дає можливість позбутись таких жакливих хвороб як ВІЛ, гепатит та ін. За допомогою генної інженерії стало можливим створення бактерій, здатних очищати поверхню водоймищ від нафтового забруднення, адже наразі проводяться успішні випробування створених штучно бактерій, що руйнують вуглеводні сполуки нафти. Найперспективнішим напрямком майбутнього генної інженерії є клонування. Клонування - одержання копій гена лише з одного його зразка. Цей метод генної інженерії може дозволяти дослідникам клонувати тварин з великою вигодою для галузей медицини і сільського господарства. Наприклад, дослідники з Шотландії змогли клонувати генетично модифіковану вівцю, щоб вона давала молоко, яке містить основу людського білка для покращення стану крові.

**Висновок:** Звичайно, такі методи біотехнології як генна інженерія та клонування мають свої перспективи в майбутньому. Адже ці галузі розвиваються і можливо скоро вчені зможуть звести розвиток генетичних захворювань до мінімуму. Більшість країн Європи забороняють клонування, навіть вимираючих видів, через проблему етичності. Але, наприклад, в США дозволено клонування організмів за добрих намірів.

Проте, всі розробки і дослідження вчені у всьому світі проводять дуже обережно, щоб не порушити етичні норми суспільства.

Ю.О. Гончарук

## **БРОДІННЯ ЯК БІОХІМІЧНИЙ ПРОЦЕС. ЙОГО ВИДИ ТА ВИКОРИСТАННЯ.**

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.М. Колошко (к.м.н., доц.)

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

**Актуальність:** Бродіння не відбувається в клітинах людського організму. Проте спиртове бродіння можливе в просвіті кишечника завдяки ферментам сапрофітної мікрофлори. Продукт цього процесу є ендогенним етанолом та приймає участь в регуляції емоційної сфери людини. Існує в зв'язку з цим гіпотеза, що ті особи, в кого низька активність цих процесів, мають схильність до депресії та алкоголізму. Але в природі існує багато інших видів бродіння, які використовуються в різноманітних сферах промисловості, для виготовлення продуктів, необхідних для життєдіяльності людини. При цьому деякі виробництва пов'язані патогенними грибковими організмами та професійними патологіями (напр., виробництво лимонної кислоти).

**Мета:** На основі різних наукових літературних джерел дослідити значення видів бродіння для життєдіяльності людини.

**Матеріали та методи:** Використовувались такі методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення наукових літературних джерел з мережі PubMed.

**Результати:** Бродіння – анаеробний ферментативний окислювально-відновний процес перетворення

органічних речовин. За його допомогою безліч живих організмів отримують енергію для життєдіяльності. Також за умов нестачі кисню бродіння може відбуватись в клітинах рослин і деяких тварин. Так як і дихання, бродіння включає окислювально-відновлювальні перетворення субстрату, пов'язані з виділенням енергії. Але, на відміну від дихання, кінцевими продуктами цього ферментативного процесу є не вода та вуглекислий газ, а недоокислені продукти (спирт, молочна кислота, масляна кислота, оцтова кислота, лимонна кислота, пропіонова кислота). Під бродінням зазвичай розуміють анаеробний процес, однак до цієї ж групи хімічних перетворень відносять також оцтовокисле і лимоннокисле бродіння, які також призводять до накопичення органічних кислот, але обов'язковою умовою їх перебігу є наявність кисню. Здатність мікроорганізмів до різних видів бродіння з накопиченням специфічних для них продуктів використовують у промисловості для масового отримання цих речовин. Можливість зброджування патогенними мікроорганізмами різних класів вуглеводів дала змогу вирощувати бактеріальні культури та ідентифікувати їх.

**Висновки:** Було встановлено значення різних видів бродіння на життєдіяльність людини, досліджено вплив бродіння та його продуктів на організм людини. Бродіння є необхідним процесом для нормальної життєдіяльності людини, адже за допомогою нього люди отримують безліч речей без яких важко уявити життя. Воно використовується в хлібопекарстві (спричиняє «сходження» дріжджового тіста), фармацевтичній (вироблення етанолу, гліцерину, вітаміну В<sub>12</sub>), парфумерній, кондитерській (харчова добавка Е330) промисловостях. З точки зору медичної біохімії, бродіння є позитивним процесом, адже існує ряд препаратів на основі *Saccharomyces boulardii*, що підтримують і поновлюють флору шлунково-кишкового тракту (пробіотики).

М.В. Данилевич

## РОЛЬ GALC-ГЕНА У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ХВОРОБА КРАББЕ

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.О. Качула (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Серед спадкових хвороб захворювання пов'язані з порушенням обміну ліпідів посідають одне з провідних місць. Галактозилцерамідний ліпідоз (Хвороба Краббе, глободно-клітинна лейкоцистозія) є рідкісним (частота народження 1:100000 живих новонароджених) гетерогенним захворюванням з аутосомно-рецесивним типом успадкування, що може проявлятися різноманітними клінічними варіантами. Клінічні прояви залежать від дефіциту певних ензимів. Хвороба Краббе пов'язана з генетичним дефектом гену (GALC-гена) ферменту галактозилцерамід-галактозидази, який розташований в 14 хромосомі (14q31).

**Мета:** Вивчити вплив пошкодження GALC-гена на мієлінізацію оболонки нервової системи в процесі розвитку демієлінізуючих захворювань, встановити способи його виявлення з метою ранньої діагностики патології.

**Матеріали та методи:** Проведення ретроспективного аналізу наукової літератури Google Scholar, Web of Science та Scopus, іноземних видань.

**Результати:** Галактоцереброзидаза приймає участь в гідролізі термінальної галактози від галактоцереброзида, галактозилсфінгозина (психозина), моногалактозилдигліцериду і лактозилцераміда. При недостатності цього ферменту або білка сапозіна А, який допомагає ферменту «розпізнавати» субстрат, відбувається накопичення цих негідролізованих субстратів в молекулярних шарах мієлінових волокон нервової системи. Психозин викликає загибель олігодендроцитів, розпад мієлінового волокна та утворення «глободних клітин». Число і діаметра лізосом в білій речовині різко збільшується, приводить до загибелі клітин. Недостатність галактозилцерамід-галактозидази призводить до астроцитарного гліозу. Загибель нервових клітин, внаслідок порушення функції олігодендроцитів, порушення мієлінізації і демієлінізація нервових волокон викликає необоротні зміни ЦНСі як наслідок

діти помирають у віці від 7 місяців до 3 років.

**Висновки:** Незважаючи на те, що основний патогенетичний механізм хвороби Краббе добре вивчений, очевидною є також роль імунних і запальних процесів, точний механізм яких ще не визначений. Галактозилпсихозин і глюкозилпсихозин в рівній мірі здатні генерувати багатоядерні клітини, але ніколи не викликають появу таких клітин *in vivo* при імплантації в мозок. Психозиновий рецептор має подібні константи з галактозил психозином і глюкозилпсихозином. Висока константа зв'язування рецептора може вказувати на те, що природними лігандами чи лігандом для цього рецептора може бути не лише психозин. Зважаючи на ці суперечності, дослідження ролі GALC-гена у розвитку демієлінізуючих захворювань повинні бути продовжені.

Н.М.Довган

## **ВИКОРИСТАННЯ РОБОТІВ У МЕДИЦИНІ: АКТУАЛЬНІСТЬ, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

О.І.Тарчинець(асистент)

Ю.В.Тарчинець(асистент)

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

**Актуальність:** в епоху розвитку ІТ технологій всі галузі суспільного життя, зокрема і медицина, зазнає суттєвих змін. За допомогою сучасних технічних приладів можна вирішити одну із найбільш суттєвих проблем сучасності – проблему якості медичного обслуговування. Існує ціла низка причин зниження якості надання медичних послуг, ось декілька із них: надмірне навантаження на лікаря; причини людського фактору, а саме напружений ритм життя, втомлюваність, дратівливість, виснаження; виконання монотонної роботи, що згодом стає причиною виникнення випадкових помилок серед медичного персоналу; великий потік нової медичної інформації, що підлягає опрацюванню, цим самим знижуючи ефективність інтелектуальної праці.

**Мета:** Дослідити можливість розв'язання даних проблем, шляхом поєднання медичної та технічної галузей.

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

**Результати:** сучасний стан розвитку технічної галузі дозволяє уникнути труднощів, а інколи навіть і помилок, у галузі медицини. Серед медичних апаратно-комп'ютерних систем окремої уваги заслуговують робототехніка. На сьогоднішній день існує безліч роботів, що мають різні призначення і використовують у медичному обслуговуванні: від роботів-пацієнтів (робот-манекен, що призначається для навчання майбутніх лікарів) до роботів-хірургів, за допомогою яких людина-хірург здатен проводити складні операції із неймовірною точністю, чи роботів-онкологів, що можуть швидко і правильно діагностувати ракові захворювання. Принцип чіткого та безпомилкового функціонування даних роботів – наявність штучного інтелекту, що надає можливість працювати на одному рівні із людиною та успішно конкурувати із нею. Основними перевагами «механічних» лікарів є висока точність дій, можливість довготривалого виконання функцій без погіршення якості результату роботи, вони не потребують відпустки, їм не потрібно платити заробітну плату, а також під час їх функціонування можна виключити вплив людського фактору, що дозволяє об'єктивно оцінювати стан та параметри пацієнта, і відповідно до них визначати подальше лікування.

**Висновки:** дану проблему сучасної медицини можна вирішити способом постачання в клініки високоспеціалізованих роботів-лікарів. Окрім їх бездоганних характеристик існують певні недоліки, а саме труднощі в обслуговуванні як механічної так й інтелектуальної частини конструкції. Однією із вагомих проблем є те, що дані роботи не виготовляються українськими підприємствами, тому через імпортерне постачання мають дуже високу вартість.



С.В. Завгородній, З.М. Салій  
**РОЛЬ МОНООКСИДУ АЗОТУ В ЗАПАЛЬНИХ ТА ІМУННИХ ПРОЦЕСАХ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

Юрченко П.О. (ст. викладач)

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

**Актуальність:** Одними з найскладніших багаторівневих процесів нашого організму є процеси запалення, що виникають у васкуляризованих тканинах внаслідок руйнівної дії на них флогогенних факторів зовнішнього або внутрішнього походження. Розуміння молекулярних механізмів запалення при різних патологічних станах дає поштовх для пошуку нових способів їх лікування, діагностики та профілактики. Важливим фактором запалення є монооксид азоту.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури Webofscience, Scopus, репозитарію ВНМУ ім. М.І. Пирогова по вивченню ролі монооксиду азоту в запальних процесах та імунних реакціях.

**Результати:** Роль монооксиду азоту (NO) в процесах запалення і в імунній відповіді є неоднозначною. Багато досліджень показують, що NO функціонує в кожній ланці запального процесу. Про це свідчить поява і значна концентрація індуцибельної NO-синтази в макрофагах, що опинилися в ділянці запального процесу. Вважається, що на початку запалення роль монооксиду азоту є прозапальною і здійснюється в основному за рахунок утворення пероксинітриту при взаємодії NO з кисневими радикалами. Пероксинітрит є високоактивним радикалом, що має високотоксичний ефект і здатний пошкоджувати клітини потенційно небезпечних мікроорганізмів, що проникають в ушкоджену ділянку, а також власні клітини організму. Останнє має визначну роль в розвитку запалення. Пероксинітрит інактивує ферменти, що вийшли в міжклітинний простір з зруйнованих клітин, пошкоджує клітини судинної стінки, сприяючи подальшій ексудації та еміграції, роз'єднує ланцюги електронів сприяючи утворенню більшої кількості вільних радикалів кисню. Окрім утворення пероксинітриту NO здатний безпосередньо впливати на біохімічні процеси шляхом взаємодії з факторами транскрипції, молекулами апоптозу тощо. Так спостерігається вплив на баланс Th1/Th2 клітин в організмі. При чому рівновага зміщена в бік Th2 клітин, що зумовлено зниженням експресії селективів P та E, інгібуванням синтезу IL-12 макрофагами тощо. Вважається, що NO в більшій мірі синтезується при імунній відповіді зумовленій Th1 клітинами, що необхідно для обмеження потенційно небезпечної надмірною клітинної імунної відповіді. Таким чином NO виступає як протизапальний агент. В більшій мірі роль монооксиду азоту в запальних реакціях залежить від його концентрації, від локалізації процесу запалення, від характеру флогогенного чинника, від стану редокс-потенціалу клітин.

**Висновок:** Дані дослідників демонструють, що монооксид азоту може проявляти мультивекторну активність. На прояви його в процесі запалення впливають багато факторів, таких як редокс-потенціал, наявність кисневих радикалів, баланс Th1/Th2 та взаємодія з про- та протизапальними речовинами. Роль NO в процесах запалення маловивчена і багато молекулярних механізмів потребують подальших досліджень.

А.Ю. Заводяк

**ДОСЛІДЖЕННЯ ВМІСТУ ЙОДУ У ВОДІ ТА ПРОДУКТАХ ХАРЧУВАННЯ У ГІРСЬКИХ І  
НИЗИННИХ РАЙОНАХ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

Т. М. Зелінська (старший викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Актуальність теми:** В останні роки йододефіцитна патологія визнана актуальною медико-соціальною проблемою як така, що має значний вплив на загальний стан здоров'я населення та інтелектуальний рівень суспільства та може спричинити серйозні негативні соціально-економічні наслідки.

**Мета дослідження:** Визначити вміст йоду у продуктах харчування, колодязній та річковій воді.

**Матеріали та методи:** Вміст йоду у воді, ґрунті та продуктах харчування визначали титриметричним методом, а саме кислотно-основним титруванням, оскільки він відрізняється доступністю і простотою, а також високою чутливістю. Метод ґрунтується на утворенні забарвленої комплексної сполуки йоду у кислому середовищі.

**Результати:** Вміст йоду у окремих продуктах харчування досить сильно відрізняється. Так, якщо у гірських районах у молоці його рівень становить  $1,98 \pm 0,17$  мкг/л, картоплі -  $4,47 \pm 0,66$  мкг/100 г, квасолі -  $2,52 \pm 0,11$  мкг/100 г, капусти -  $5,10 \pm 1,09$  мкг/100 г, м'ясі свиней -  $3,17 \pm 0,18$  мкг/100 г, то у низинних районах ці показники вірогідно більші на 40-80% і відповідно становлять -  $3,59 \pm 0,09$  мкг/л,  $6,8 \pm 0,87$  мкг/100 г,  $3,55 \pm 0,14$  мкг/100 г,  $8,65 \pm 0,81$  мкг/100 г,  $4,66 \pm 0,31$  мкг/100 г ( $p < 0,05$ ). Також спостерігаються відмінності рівня йоду у колодязній і річковій воді в гірських та низинних районах. Вміст йоду у колодязній воді в гірських районах -  $1,00 \pm 0,08$  мкг/л, а у низинних -  $4,08 \pm 0,64$  мкг/л. У річковій воді в обох регіонах вміст йоду вищий на 9-40% і відповідно становить -  $1,40 \pm 0,1$  і  $4,47 \pm 0,6$  мкг/л.

**Висновки:** В природних умовах Закарпаття спостерігається значний дефіцит йоду, як у воді, так і в продуктах харчування. У водах колодязів гірських та низинних районів спостерігається вірогідно менше йоду, ніж у відкритих водоймищах. Вміст йоду в продуктах харчування переважає у низинних районах порівняно з гірськими.

Ю.О. Здебняк

## КІЛЬКІСНЕ ВИЗНАЧЕННЯ НІТРАТІВ І НІТРИТІВ В РОСЛИНАХ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЖИВИЙ ОРГАНІЗМ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Смірнова (к.х.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна.

**Актуальність:** хімізація сільського господарства передбачає внесення добрив у ґрунт, хімічну обробку посівного матеріалу, хімічний захист рослин від численних шкідників у всі періоди вегетації, у зв'язку з чим виникла потреба вивчення впливу хімічних засобів на врожайність рослин та здоров'я людини.

**Мета:** визначення вмісту іонів  $NO_2^-$  і  $NO_3^-$  у листках рослин, вирощених із використанням різних видів і норм добрив.

**Матеріали та методи:** для проведення дослідів використовували екстракти вирощених рослин із використанням різних видів та норм добрив. Якісне визначення  $NO_3^-$  проводили з ДФА та кількісне визначення  $NO_2^-$  з реактивом Грісса на ФЕК.

**Результати:** у даній роботі експериментально перевірено вплив різних видів і норм добрив на ріст і розвиток рослин у мікрокосмах, а також проаналізовано рівень накопичення ними нітратів у листках. Визначено, що овочеві культури (огірки) порівняно із зерновими (пшениця), накопичують більше  $NO_3^-$  у зеленій масі. Апробовано методики якісного і кількісного визначення нітратів і нітритів у екстрактах рослин.

**Висновки:** експериментально перевірено доцільність використання методів якісного та кількісного аналізів визначення нітрат- і нітрит-іонів: оскільки, за допомогою ДФА визначення проводилось за індикаторною шкалою, визначена кількість нітратів є приблизною, - цей метод не є точним, але простим і ефективним; використовуючи реактив Грісса і оптичну густину забарвлених досліджуваних розчинів, можна визначити точну концентрацію нітрит-іонів. Враховуючи, що відновлення  $NO_3^-$  до  $NO_2^-$

проходить у співвідношенні  $\nu(NO_3^-) = \nu(NO_2^-)$ , можна зробити висновки і про початковий вміст нітратів у досліджуваних рослинах (за умови повного відновлення). Тому для зниження отруйної дії нітратів на організм людини рекомендуємо: дотримуватись правил агротехніки, вживати сезонні овочі та пам'ятати, що кулінарна обробка продуктів знижує вміст нітратів.

Кедик В.М., Шевня М.Б.

## ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СКТ ТА МРТ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ОНКОЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

В.М.Дідич (доцент, к.т.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У світі багато людей діагностують онкологічні захворювання і Україна не є винятком. Причому в нашій державі досить високим є рівень смертності, тому що діагностика проводиться не достатньо ефективно. Ракові захворювання виявляють на стадіях, коли шанси на одужання є мінімальними.

**Мета:** Існує ряд методів, які дозволяють виявити зміни в структурі організму. Кожен з них має свої переваги та недоліки і особливості використання. Тому для порівняння їх ефективності потрібно систематизувати інформацію про доцільність застосування у різних клінічних ситуаціях.

**Матеріали та методи:** Опрацювання та обробка науково-обгрутованих джерел, аналіз наукових публікацій з ресурсів [irbis-nbuv.gov.ua](http://irbis-nbuv.gov.ua), PubMed, репозиторій бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** В роботі клінік та клінічно-діагностичних центрів України досить часто використовуються томографи. Вони дають можливість отримати знімки пошарових розрізів різних ділянок тіла та діагностувати зміни у анатомічній будові органів та тканин. Для обслідування пацієнтів використовують магнітно-резонансну томографію (МРТ) та спіральну комп'ютерну томографію (СКТ), яка є покращеним варіантом звичайної комп'ютерної томографії (КТ). В СКТ діючим фактором є рентгенівські промені, а в МРТ – змінне магнітне поле. Основною перевагою СКТ є відносно велика швидкість проведення обстеження, що зменшує променеве навантаження на пацієнта, порівняно з КТ. При проведенні МРТ зображення створюється за допомогою сканування магнітним полем. Атоми водню з організму людини, перебуваючи в потужному електромагнітному полі томографа надсилають невеликий електромагнітний імпульс, що реєструється чутливою апаратурою. Інформація формується за рахунок обробки сигналу, отриманого внаслідок явища магнітного резонансу ядер клітин тіла.

При МРТ на отриманих знімках краще диференціюються м'які тканини, а кісток не видно, тому що відсутній резонанс від ядер атомів кальцію. МРТ є більш інформативною при окремих видах пухлин головного мозку. Цей вид томографії створює достатньо повну картину пухлинного процесу і часто використовується як контрольний в процесі лікування.

СКТ використовують для діагностики пухлин легень, для уточнення складних рентгенограм органів грудної порожнини, при діагностиці фіброзних змін легеневої тканини, а також для виявлення периферичного раку легень на ранній, доклінічній стадії.

Питання про призначення того чи іншого виду обслідування вирішує лікар залежно від результатів попередньої діагностики.

**Висновок:** Розглянуті методи мають свої особливості застосування, переваги і недоліки та протипоказання. Однак, вони за досить невеликий проміжок часу дають максимально можливу кількість інформації про стан органів і систем.

В. М. Кедик, Павлюк О. Ю.

## ПОРІВНЯННЯ ВМІСТУ НІТРАТІВ У КАРТОПЛІ, ОГІРКАХ ТА ЯБЛУКАХ МІСТ ВИНОГРАДОВА, ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ І ВІННИЦІ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О. Я. Сливка (к.б.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** нітрати – частина кругообігу Нітрогену. Вони знаходяться в повітрі, у ґрунті, у воді та харчових продуктах різного походження, особливо рослинного. В організмі людини нітрати можуть відновлюватись до нітритів, які послаблюють захисну функцію організму. Це сприяє виникненню різних хвороб, існує навіть ризик захворювання на рак.

**Мета:** ознайомитись з впливом нітратів на організм людини. Оволодіти методикою визначення нітратів у овочах і фруктах. Порівняти вміст нітратів в огірках, картоплі та яблуках «Голден» міст Виноградова, Закарпатської області та Вінниці.

**Матеріалита методи:** сировина (картопля, огірки, яблука «Голден»), реактиви, гальванометр з йоноселективним електродом, рН-метр. Йонометричний метод визначення нітратів у продукції рослинництва, оснований на вимірюванні концентрації нітрат-йонів. Збір, обробка та аналіз результатів отриманих після проведення експерименту, аналіз вітчизняної літератури.

**Результати:** для людини безпечною добовою дозою є до 200 мг. нітратів, граничною до 500мг. Існує медичний показник – допустима кількість нітратів, яка може потрапити в організм – 5 мг/кг. Проведений нами аналіз показав, що в досліджуваних зразках, придбаних у супермаркетах м. Виноградова, містилось нітратів: огірках – 80+/-1,2 мг/кг, картопля – 73 +/- 1,5 мг/кг, яблука «Голден» - 53 +/-1,4 мг/кг. Відповідно в зразках м. Вінниці: огірки– 184 +/- 2,6 мг/кг, картопля 192 +/- 3,2 мг/кг яблука «Голден» - 69 +/- 1,5 мг/кг. Показники в продуктах куплених у м. Вінниця, Україна значно вищі, особливо в огірках (на 43,5%) і картоплі (на 38,0%), проте знаходяться в межах допустимих норм. Це можна пояснити тим, що Вінниця велике місто, куди овочі і фрукти завозяться із спеціальних сільськогосподарських угідь, де інтенсивно використовуються азотні добрива.

**Висновки:** в досліджуваних зразках нами не виявлено значних відхилень вмісту нітратів від виявлених вимог державних стандартів якості. Проте не можна бути впевненими, що овочі та фрукти завжди безпечні. Причина полягає в тому, що виробники інтенсивно використовують азотні добрива з метою пришвидшення росту та покращення зовнішнього вигляду плодів. Потрібно використовувати експрес-методи для визначення нітратів у домашніх умовах. Перед вживанням овочі та фрукти повинні пройти первинну обробку: замочування у воді 1%-му розчинні аскорбінової кислоти і 1%-му розчині столової солі. При тривалому зберіганні овочів вміст нітратів також знижується.

Д.С.Коренчук, Д.О.Шевченко, М.М.Кирилук

### ХІМІЧНІ ОСНОВИ НООТРОПНОЇ ДІЇ «ФЕНОТРОПІЛУ»

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В. Смірнова (к.хім.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Захворювання нервової системи посідають одне з провідних місць у структурі захворюваності в усьому світі. За даними ВООЗ, понад 30% людей регулярно вживають препарати цієї фармакотерапевтичної групи, серед людей літнього віку їх відсоток складає 50%. Вище вказані дані вказують на доцільність та актуальність розвитку ноотропів як лікарських засобів.

**Мета роботи:** Проаналізувати механізм ноотропної дії «Фенотропілу».

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури та публікацій у системі пошукових сервісів Google, PubMed.

**Результати:** Шляхом аналізу ряду експериментів-нейропротекторна та ноотропна дія даних препаратів була яскраво виражена лише по відношенню до людей з захворюваннями нервової системи. При застосуванні ноотропних засобів людьми без функціональних порушень нервової системи спостерігалось покращення інтегративної діяльності головного мозку, «спрощення» процесу навчання, консолідація пам'яті. Як приклад такої речовини можна навести Фенотропіл, що крім вище перерахованих виявляє наступні дії: підвищує стійкість тканин мозку до гіпоксії і токсичного впливу, виявляє протисудомну дію, збільшує енергетичний потенціал організму за рахунок утилізації глюкози. Стимулююча дія фенотропілу виявляється у його здатності підвищення рівня АТФ, активації адинілатациклази та інгібування нуклеотидфосфатази, що приводить до нормалізації співвідношення АТФ і АДФ, зниження активності Na, К-АТФази, пригнічення кортикальної секреції L-проліну. Підвищення рівня дофаміну, серотоніну, ГАМК. Покращення міжнейронної передачі та передачі між півкулями головного мозку.

**Висновки:** Різна література дає можливість сформулювати думку про неоднозначний вплив ноотропних препаратів на організм людини. Аналіз результатів не дозволяє зробити чіткі і остаточні висновки про вплив цієї фармотерапевтичної групи на організм людини. Кількість експериментів проведених для дослідження ноотропів та їхнього впливу недостатня. Доказової бази досліджень із якісною вибіркою і багаторічними спостереженнями за людьми, які приймають ноотропи, практично немає.

В.В. Косякова, Д.В. Свінкова

## **БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**

Кафедра біологічної і загальної хімії

Г.З Личик (к.б.н., доц.)

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

**Актуальність:** В сучасному світі алкоголізм є дуже поширеною проблемою серед різних верств населення, в тому числі, і молоді. Не існує єдиної думки стосовно формування алкогольної залежності. Виділяють декілька теорій, що пояснюють її виникнення: генетичну, біохімічну, психологічну та ін. Суть біохімічної теорії полягає у надмірному утворенні біогенних амінів дофаміну, серотоніну і ГАМК. Ці системи згодом виснажують себе і не можуть нормально функціонувати. Продукт метаболізму етанолу ацетальдегід зв'язується з амінами (серотоніном, дофаміном) з утворенням речовин, що мають ейфоризуючу та анксиолітичну (знімає страх) дію – сальсолінолу та β-карболіну.

**Мета:** Ознайомитися з постулатами біохімічної теорії формування алкогольної залежності. Провести анкетування серед студентів-медиків ВНМУ ім. М.І.Пирогова. Отриманні результати тестування порівняти з положеннями біохімічної теорії.

**Методи і матеріали:** Оцінка стану проблеми згідно наукової літератури, інформації з джерел Інтернету (InternetWebScience, GoogleAcademyPubMed 2012-2019). Проведення анкетування серед 150 студентів-медиків 2 курсу Г потоку ВНМУ ім. М.І. Пирогова, з яких 96 осіб жіночої та 57 - чоловічої статі. Вік студентів коливається від 18 до 22 років. Аналіз отриманих результатів.

**Результати:** За результатами опитування встановлено, що з 150 осіб, лише 20 (13,33%) не вживають алкоголь, 76 (50,67%) вживають рідко, 41 (27,33%) часто та 13 (8,67%) регулярно. З тих осіб, які вживають алкогольні напої, 67 (58%) стверджують, що за допомогою алкоголю їм вдається подолати відчуття депресії, тривоги, страху, апатії. Такі явища пояснюються подразненням дофамінових рецепторів, надмірним утворенням дофаміну (нейромедіатор «задоволення») і, відповідно, β-карболіну. 98 осіб (75%) підтверджують зменшення больового відчуття під час алкогольного сп'яніння, що пояснюється надлишковим виділенням серотоніну (біогенний амін, який контролює негативні емоції) і утворенням сальсолінолу (морфіноподібна дія). 105 (81%) опитаних констатують відчуття гарного настрою та ейфорію

під час споживання алкоголю, що зумовлено сумісною дією серотоніну та дофаміну. Це проявляється при вживанні малої дози алкоголю (10 - 20мл). 70 респондентів (54%) вживають алкоголь в середніх дозах (20 - 80мл), що супроводжується антистресовою дією. В данному випадку починає реагувати система ГАМК і, відповідно, включається його гальмівна дія на мозок.

**Висновок:** Як показали результати опитування, на жаль, досить великий відсоток студентів вживає алкоголь. Він, в свою чергу, допомагає одним респондентам подолати стан депресії, тривоги, страху. Інша частина студентів відчуває позитивні сторони прийому спиртного. Вони відмічають гарний настрій, ейфорію, задоволення тощо. Всі ці ознаки є результатом надмірного утворення дофаміну, серотоніну, ГАМК,  $\beta$ -карболіну тасальсалінолу, які згідно біохімічної теорії впливають на формування алкогольної залежності.

Л.С. Кривешко, А.С.Кривешко

## ПОШИРЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІХС, КОМОРБІДНОЇ З НАЖХП ТА ОЖИРІННЯМ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Паламарчук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – це найбільш часта патологія печінки у високорозвинених країнах та країнах що розвиваються (2010, Gradenigo Hospital, Turin, Italy). За даними деяких авторів, поширеність НАЖХП становить від 10 до 24% від загальної чисельності населення в різних країнах. В той час на підставі гістологічної діагностики поширеність НАЖХП становить 12–18% в Європі та 27–38% у США. Окрім того НАЖХП може поєднуватись з серцево-судинними патологіями, наприклад з ішемічною хворобою серця (ІХС) та обтяжувати їх перебіг, тому вивчення клініко-лабораторних досліджень хворих з ІХС та НАЖХП, є досить актуальним.

**Мета:** визначити поширеність та особливості дисліпідемії у хворих на ІХС, коморбідної з НАЖХП та ожирінням.

**Матеріали і методи:** проаналізовано дані результатів клініко-лабораторного дослідження історій хвороб 107 пацієнтів з ІХС, які знаходились на лікуванні в клініці кардіології НВМКЦ «ГВКГ». В залежності від наявності НАЖХП, всіх пацієнтів було поділено на 2 групи, до 1-ої увійшли 41 пацієнт (38,3%) з ІХС і без НАЖХП, до 2-ої - 66 пацієнтів (61,7%) з ІХС та НАЖХП. Було враховано основний та супутні діагнози, дані анамнезу, результати ліпідограми (вміст в сироватці крові холестерину, тригліцеридів, ЛПНЩ, ЛПВЩ), рівень глюкози та коефіцієнт атерогенності (КА), а також показники ІМТ, відповідно до яких було діагностовано ступені ожиріння.

**Результати:** поширеність НАЖХП серед пацієнтів з ІХС становить 61,7%. Проаналізувавши поширеність ожиріння серед пацієнтів 1-ї та 2-ї груп визначено, що надмірну вагу мали 20 (48,78%) та 30 (45,45%) осіб відповідно, а ожиріння I ступеню у 2-ї групи – 24(36,36%), що у 1,8 раз частіше зустрічається ніж у 1-ї - 2(4,88%) ( $p<0,05$ ). В 2 групі ожиріння II ступеню було діагностовано у 9 пацієнтів (13,65%), натомість серед осіб 1 групи ожиріння II ступеню діагностовано не було. У осіб 2-ої групи вміст ЛПВЩ був нижчий ніж у 1-ої групи на 15%, а рівень глюкози, тригліцеридів, а також КА були вищими на 10%, 48%, 28% відповідно. Також достовірно частіше зустрічається діагноз цукровий діабет 2 типу серед осіб 2-ої групи, ніж 1-ої, що становить 24,3% і 2,4% відповідно ( $p<0,05$ ).

**Висновок:** таким чином у пацієнтів з ІХС та НАЖХП достовірно частота виявлення ЦД 2 типу у 10 рази більше ніж у пацієнтів, що не мають супутньої НАЖХП ( $p<0,05$ ). Також у пацієнтів із ІХС коморбідною з НАЖХП, у порівнянні з пацієнтами без супутньої НАЖХП, дисліпідемія характеризується наступним чином: більшим значенням рівня тригліцеридів, зниженням ЛПВЩ та підвищенням рівнем КА, в той час як суттєвих змін за ЛПНЩ та ХС не виявлено.

І.Т. Кульчицький  
**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ СКЕЙЛЕРІВ У  
СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

В.М.Дідич (доцент, к.т.н.)

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

**Актуальність:** Сьогодні ультразвук (УЗ) широко використовується у багатьох підрозділах медицини з лікувальною та діагностичною метою. Успішним є його застосування в стоматологічній практиці лікаря для зняття зубного каменю, обробки зубоясенних кишень, ендодонтичної обробки кореневих каналів зуба, асептики і антисептики стоматологічного обладнання.

**Мета:** Якомога більше систематизувати інформацію про доцільність використання ультразвукового скейлера у стоматологічній практиці, дослідити сучасні проблеми та перспективи даного методу лікування.

**Матеріали та методи:** Обробка, опрацювання достовірних та науковообгрутованих джерел, аналіз наукових публікацій з ресурсів [irbis-nbuv.gov.ua](http://irbis-nbuv.gov.ua), PubMed, репозиторій бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** УЗ чистка зубів увійшла до одних із найнеобхідніших гігієнічних процедур. Дана маніпуляція є одночасно, як профілактичною так і лікувальною. Сучасна чистка зубів УЗ - це найбільш ефективний та безболісний метод очищення порожнини рота від відкладень на зубах. Внаслідок дії УЗ у водному середовищі утворюються кавітаційні процеси, які руйнують зубні відкладення не завдаючи шкоди емалі зуба та м'яким тканинам, які до нього прилягають. Камінь, який відкладається важко піддається видаленню механічними способами, при цьому травмується пародонт. Видалення зубних нальотів хімічними речовинами призводить до травматизації емалі. Вищезгадані недоліки відсутні в ультразвуковому скейлері. В апараті регулюються, як і частота, так і амплітуда хвильових коливань, спеціаліст налаштовує їх під кожний індивідуальний випадок та певного пацієнта. Скейлери в залежності від фізичного процесу, який лежить в основі роботи, поділяються на магнітострикційні (із частотою 18-30 кГц) та п'єзокерамічні (частота 35-55 кГц). Особливо широке застосування має скалер із повітряним приводом для проведення складних стоматологічних втручань. Сучасні скейлери мають багато різноманітних насадок, що дає можливість краще знімати відкладення з усіх поверхонь зуба, в тому числі в глибоких пародонтальних кишнях.

**Висновок:** На теперішній час УЗ скейлери є досить високоефективними та сучасними апаратами для профілактики та лікування захворювань м'яких тканин зуба. Вони є найбільш безпечними та незамінними для зняття зубних відкладень в сучасній стоматологічній практиці.

В.В. Лубковська, Ю.Ю. Хіміч

**ВПЛИВ H<sub>2</sub>S-АСПІРИНУ (АТВ-340) НА АКТИВНІСТЬ H<sub>2</sub>S-СИНТЕЗУЮЧИХ ЕНЗИМІВ В  
НИРКАХ ЩУРІВ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.В. Блажченко (ас.) Р.С. Остренюк (ас.)

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

**Актуальність:** Одним із напрямків пошуку нових нестероїдних протизапальних засобів (НПЗП) є створення засобів, спроможних одночасно інгібувати циклооксигеназу та ліпооксигеназу. Найперспективнішим є створення НПЗП зі зв'язаним гідроген сульфідом (H<sub>2</sub>S). Найкраще описаним із існуючих нині H<sub>2</sub>S-зв'язаних НПЗП є H<sub>2</sub>S-аспірин (АТВ-340), що у попередньо проведених дослідженнях на тваринах виявив протизапальні властивості, притаманні аспірину й не чинив побічних

ефектів, які мають НПЗП. А саме, з боку сечовидільної системи повідомлялось про порушення функції нирок та розвитку гострої ниркової недостатності.

H<sub>2</sub>S у нирках регулює функцію каналців і ниркову гемодинаміку, включаючи зміни ниркового кровотоку, натрійурезу, калійурезу, швидкості клубочкової фільтрації та сечовиділення.

**Мета роботи:** вивчити вплив H<sub>2</sub>S-аспірин (АТВ-340) на активність H<sub>2</sub>S- синтезуючих ензимів в нирках щурів.

**Матеріали та методи:** Досліди проведені на 30 білих лабораторних щурах-самцях з початковою масою 170-240 г. Контрольна група щурів (n=10) отримувала одноразово 0,9 % розчин NaCl per os. Дослідна група №1 щурів (n=10) отримувала одноразово аспірин у дозі 10 мг/кг/добу, per os. Дослідна група №2 щурів (n=10) отримувала одноразово H<sub>2</sub>S-аспірин (АТВ-340) у дозі 17,5 мг/кг/добу, per os.

Через добу тварин піддавали евтаназії під тіопенталовим наркозом (тіопентал натрію 100 мг/кг в/оч) і відбирали нирки.

Наважку нирок гомогенізували протягом 1-2 хв. в охоложеному середовищі 1,15 % розчині KCl у співвідношенні 1:5 (маса/об'єм) при 3000 об/хв. В постядерному супернатанті нирок визначали активність цистатіонін-γ-ліази (ЦГЛ), цистатіонін-β-синтази (ЦБС) 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 одноразове застосування аспірину та H<sub>2</sub>S-аспірину (АТВ-340) викликало зниження активності H<sub>2</sub>S-синтезуючих ензимів в нирках: ЦГЛ (в реакції десульфування L-цистеїну до пірувату) у 2,04 і 1,56 рази відповідно, p<0,05, ЦБС (в реакції конденсації D,L-гомоцистеїну з L-цистеїном) у 1,55 і 1,28 рази відповідно, p<0,05.

**Висновки:** Таким чином, одноразове застосування аспірину та H<sub>2</sub>S-аспірину (АТВ-340) зменшує в нирках активність H<sub>2</sub>S-синтезуючих ензимів (ЦГЛ, ЦБС). Однак у H<sub>2</sub>S-аспірину (АТВ-340) менш виражений ефект на систему H<sub>2</sub>S-синтезуючих ензимів, що може зумовити його меншу нефротоксичну дію.

Д.С. Мельник, О.О. Панасенко  
**ЗАСТОСУВАННЯ ІМУННОЇ КОНТРОЛЬНОЇ ТОПОТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ  
ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

С. В. Ладутько (доцент, к.м.н.)

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

**Актуальність:** Україна знаходиться на другому місці в Європі за темпами поширення раку. Дана проблема є надзвичайно актуальною у нашій державі, оскільки щорічно в Україні більше 160 тис. людей дізнаються про те, що вони онкохворі. Злоякісні новоутворення вражають в Україні кожного четвертого чоловіка і кожну шосту жінку. За останні п'ять років питома вага основних нозологічних форм злоякісних новоутворень в структурі смертності практично не змінилась. Побічно це свідчить про відсутність ефективних профілактичних та лікувальних заходів, що спонукає до пошуку нових революційних методів лікування.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз наукової літератури AmericanJournalofClinicalOncology і ClinicalandTranslationalMedicine для виявлення принципів імунної контрольної топотерапії у лікуванні онкологічних захворювань.

**Результати:** Білки CTLA-4 (Cytotoxic T-Lymphocyte-Associated Antigen 4) та PD-1 (Programmed Death 1) є негативними регуляторами імунної функції Т-клітин. Інгібування цих клітин, що зумовлює підвищену активацію імунної системи, призвело до впровадження нових методів імунотерапії меланоми,



недрібноклітинного раку легень та інших видів раку.

Білки CTLA-4 і PD-1 знижують активацію Т-клітин для підтримки периферичної толерантності і можуть бути використані пухлинами для індукції імуносупресивного стану, що дозволяє пухлинам рости і розвиватися замість того, аби бути усуненими імунною системою. Диференціальні моделі експресії лігандів CTLA-4 і PD-1, знайдені, головним чином, у лімфоїдній тканині та периферичних тканинах, є центральними для гіпотези, що CTLA-4 діє на початку індукції толерантності, а PD-1 діє пізніше, щоб підтримувати тривалу толерантність. Інгібітори CTLA-4 і PD-1 або його ліганд PD-L1 можуть відновлювати протипухлинні імунні відповіді, що призводить до довгострокових позитивних зрушень у значної частини пацієнтів. Попередні дані дозволяють припустити, що одночасна блокада обох шляхів CTLA-4 і PD-1 призводить до підвищення ефективності над CTLA-4 або PD-1 інгібуванням самостійно або в послідовності, забезпечуючи додаткове підтвердження окремих ролей цих речовин у регулюванні протипухлинних імунних відповідей. Необхідні подальші випробування для підтвердження даних і стратегії комбінації.

**Висновки:** Дане дослідження було проведено для пошуку нових та ефективних методів лікування онкологічних захворювань, а саме застосування імунної контрольної топотерапії. Завдяки здатності до відновлення протипухлинної імунної відповіді, інгібітори CTLA-4, PD-1 і PD-L1 знаходяться в активному клінічному розвитку для множинних показань і мають потенціал революціонізувати майбутні варіанти лікування для багатьох пацієнтів з прогресуючим раком.

А.В. Мисан, М.О.Ніколаєнко

## МОЛЕКУЛЯРНІ МЕХАНІЗМИ НЕЙРОТРАНСМІСІЇ ТА ВПЛИВ НА НЕЇ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.М. Колошко (доцент, к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Нервова система регулює роботу усіх внутрішніх органів та забезпечує зв'язок із зовнішнім середовищем і пристосування до змін оточення. Передача нервового імпульсу можлива за нормального функціонування синапсу, який забезпечує контакт нейронів між собою, або нейрона із м'язами, залозами. Він складається з трьох частин: пресинаптичної, постсинаптичної та синаптичної щілини між ними. Така структура забезпечує якісно кращу роботу синапсів, а відповідно і нервової системи. Оскільки процеси передачі нервового імпульсу в організмі відбуваються на молекулярному рівні, то розуміння цього механізму є надзвичайно важливим для практичної діяльності лікарів, що дозволить їм на основі медичних знань якісно лікувати пацієнтів з розладами передачі нервових імпульсів.

**Мета:** На основі теоретичного аналізу, а також за результатами вивчення наукових даних та досліджень встановити достовірний механізм нейротрансмісії.

**Матеріали та методи:** Аналіз науково-медичної літератури з мережі PubMed та підручників з нейробіології Європейських країн та Америки за останні 5 років.

**Результати:** Було виявлено, що процес синаптичної передачі є циклічним. На початку циклу протейн синаптин оборотно з'єднаний з везикулою і утримує її на місці за допомогою актинових елементів. Рух везикули відбувається після фосфорилування синаптину протейніназою, яка роз'єднує синаптин і везикулу. Після цього везикула наближається до плазматичної мембрани. Велика кількість протейнів задіяна в екзоцитозі синаптичної везикули. Весь комплекс цих білків називається SNARE. Головну роль в екзоцитозі грає синаптобrevін і синаптотагмін, приєднаний до везикули і SNAP 25, і синтаксин на боці плазматичної мембрани. Синтаксин, SNAP 25, синаптобrevін приєднуються, в наслідок чого везикула і плазматична мембрана тісно з'єднуються між собою. Синаптотагмін в свою чергу під впливом кальцію сприяє реалізації везикули. В результаті медіатор потрапляє в синаптичну щілину, а синаптичний пухирець заново утворюється під впливом білка клатрину. Ботулотоксин - порушує нормальний процес

виведення нейромедіатора ацетилхоліну, розщеплюючи одну з молекул, необхідних для зв'язку везикул з пресинаптичною мембраною. У результаті нервово-м'язова передача блокується і розвиваються м'язові паралічі.

**Висновки:** Дослідивши наукову літературу та підручники з нейробиології, ми встановили достовірний механізм нейротрансмісії. Важливу роль у ній відіграють комплекс білків SNARE, синаптобrevін, синаптотагмін та SNAP 25, який блокується при наявності в організмі ботулотоксину.

Р.І.Плюшко

### **ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ЛЮДИНОЮ ЕЛЕКТРОМАГНІТНИХ ХВИЛЬ ВИДИМОГО ДІАПАЗОНУ**

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

В.М.Дідич (доцент, к.т.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Більш ніж 90% інформації про навколишній світ людина сприймає органами зору – очима. Зорова система реагує на електромагнітне випромінювання видимого діапазону та за рахунок спільного функціонування з нервовою системою створює образ зображення. Процес створення кольорового зображення є достатньо складним і від особливостей його перебігу залежить те на скільки кольоровим ми бачимо світ.

**Мета:** З'ясувати особливості механізму кольорового зору та фактори, які впливають на якість перетворення сигналу зоровою системою людини.

**Матеріали та методи:** Опрацювання та обробка науково-обґрутованих джерел, аналіз наукових публікацій з ресурсів [irbis-nbuv.gov.ua](http://irbis-nbuv.gov.ua), PubMed, репозиторій бібліотеки ВНМУ.

**Результати:** Сітківка ока є сенсором, який сприймає подразнення електромагнітними хвилями, а нервова система – перетворює сигнали, забезпечує розпізнавання образів. Разом вони працюють як швидкодіючий процесор.

Сітківка є своєрідною мозаїкою з рецепторів чотирьох типів: паличок і трьох типів колбочок. Саме колбочки забезпечують диференціацію світла на кольори та відтінки. Пігменти колбочок різних типів мають максимум поглинання хвиль довжиною 560 нм (червоний колір), 530 нм (зелений колір) та 430 нм (синій колір). Важливим є той факт, що кожна окрема колбочка реагує на хвилі всього діапазону, але на хвилі певної довжини реакція є максимально вираженою. Відповідність типів колбочок трьом основним кольорам забезпечує розпізнавання тисяч відтінків кольорів. Рівномірне подразнення всіх трьох видів колбочок викликає відчуття білого кольору.

Мозок аналізує комбіновану інформацію від рецепторів – завдяки цьому сприймаються електромагнітні хвилі різної довжини. За кольоровий зір людини відповідають гени, які кодують світлочутливі білки – опсини. Необхідність трьох типів опсинів доведена дослідним шляхом.

**Висновок:** На основі сучасних праць відомих вчених в області біофізики можна зробити висновок, що кольоровий зір виникає за рахунок роботи екстерорецепторів сітківки ока колбочок та зорових відділів кори головного мозку.

К.М. Пономарчук

### **ШТУЧНЕ СПРЯМУВАННЯ ЕВОЛЮЦІЇ - СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО СТВОРЕННЯ НОВИХ ФЕРМЕНТІВ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В.Тертишна (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** Новим інструментом сучасних ДНК-технологій є спрямована еволюція, яка дозволяє переписати генетичний код життя. А саме, змінити структуру, наприклад, вже давно відомих ферментів і тим самим надати їм нових, нетипових біологічних властивостей, або збільшити в рази активність у проведенні звичайної біохімічної реакції в нестандартних умовах. Спрямована еволюція починається з ферменту, властивості якого схожі з бажаним.

Одна з лауреатів Нобелівської премії 2018 р. Френсіс Арнольд взяла під свій контроль еволюцію та використала ті ж принципи - генетичні зміни та відбір – для вивчення ферментів, які спрацьовували в еволюції людини.

**Мета:** Вивчити, описати та проаналізувати фундаментальне наукове відкриття в галузі ДНК-технологій та генної інженерії – спрямовану еволюцію ферментів.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури GoogleScholar, WebofScience, Scopus, презентації Nobilet та інших наукових та вітчизняних наукових видань з питань направленої еволюції ферментів.

**Результати:** Удосконалений сучасний метод генної інженерії - генерування випадкової різноманітності був з успіхом використаний для синтезу штучних ферментів, із задалегідь необхідними властивостями. Американка Ф.Арнольд є першопрохідцем і видатним вченим у питаннях спрямованій еволюції – генетичному методі, що займається створенням корисних білків. Ф.Арнольд першою досліджувала синтез білка для збільшення його активності – це поєднання фундаментальної науки й практичного застосування вже сьогодні. Вона взяла відомій науці модельний організм *Esherichiacoli* й змусувала її кодувати ферменти. Першою ластівкою стала зміна властивостей ферменту субтилізину, який руйнує білок молока казеїн. В процесі дослідів до геному бактерії вносили мутації, які дозволяли отримати ферменти, що працюють в сотні раз швидше, ніж їхній попередник, а саме генетичний субтилізин збільшив активність у 256 разів, ніж початковий. Спочатку мутації, а потім селекція готового продукту – для виживання найбільш пристосованих зразків ферменту.

Протягом своїх досліджень Ф.Арнольд назбирала величезну бібліотеку структур, які зараз використовують у промислових масштабах. Такі ферменти здатні працювати при високих або низьких температурах, точніше, стабільніше та швидше і взагалі робити нові реакції, які їхні «природні родичі» в своєму біологічному житті ніколи не виконували. Створені нею речовини стали важливим інструментом у виробництві новітніх фармпрепаратів. Вони допомагають прискорювати хімічні реакції, зменшують кількість побічних продуктів і в деяких випадках дозволяють виключати важкі метали, необхідні у традиційній хімії, що значно знижує вплив на навколишнє середовище.

**Висновки:** Еволюція – найпотужніший біологічний процес, який може використовуватися для інновацій в реальному часі: розробки екологічно чистої промисловості, виробництва новітніх безпечних матеріалів, біопалив, полегшення хвороб.

У.В. Проць

## ФАГОВИЙ ДИСПЛЕЙ – ГЕНЕТИЧНО КЕРОВАНИЙ СИНТЕЗ НОВИХ ПЕПТИДІВ ТА АНТИТІЛ

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В.Тертишна (к. біол. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Фаговий дисплей – бактеріофаг – приручений вірус, який заражає бактерії, маркує антитіла та може бути використаний для керованого на генетичному рівні синтезу нових білків, зокрема, моноклональних антитіл. Молекули моноклональних антитіл мають можливість змінюватись та набувати форму будь-яких рецепторних структур. Завдяки такій властивості проти

одного антигену може продукуватися бактеріальною клітиною багато відносно різних антитіл на той випадок, якщо антиген частково змінює свою структуру. Лауреати Нобелівської премії з біохімії 2018 р. Джордж Сміт та Грегорі Вінтер «привчили» вірус бактеріофагу швидко впливати на геном бактерій та примушувати її продукувати потрібні антитіла та пептиди.

**Мета:** На основі літературних джерел з'ясувати генетичні та біохімічні механізми сучасних ДНК-технологій, а саме методу фагового дисплея, для створення цілеспрямованих білкових препаратів з метою боротьби, з прогресуючими аутоімунними захворюваннями, нейтралізацією токсинів, створенням нових фармпрепаратів.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури GoogleScholar, WebofScience, Scopus та інших іноземних та вітчизняних наукових видань

**Результати** Речовин білкової природи слугують найважливішою основою для живого організму, формують клітини, є біокатализаторами - ферментами, біорегуляторами - гормонами, захисними речовинами - антитілами, тощо. Як було презентовано на доповіді від Nobilitet, саме цього річчя наукові досягнення Нобелівських лауреатів Д.Сміта (США) та Г.Вінтера (Велика Британія) в галузі молекулярної біології та біохімії стосувались розробки методу «фагового дисплея» для синтезу речовин білкової природи з новими властивостями. Цей метод сучасних ДНК-технологій може бути застосований у медицині для цілеспрямованої розробки необхідних, із заздалегідь запрограмованими, керованими властивостями речовин білкової природи, а саме вакцин, антитоксинів, протипухлинних антитіл та антитіл для придушення аутоімунних реакцій, тощо. Використовуючи власний метод, вчені навчилися «змушувати» віруси поміщати певні гени в бактерії. Бактерії, в свою чергу, починали масово виробляти білок для досліджень. В такий спосіб продукувались необхідні білкові структури, відсортовувались зайві і синтез білків та ферментів направлявся у вигідне людині русло для подальшого практичного застосування.

**Висновки** Таким чином, можемо констатувати, що ДНК-технологія фагових дисплеїв - сучасна молекулярна методика 21 сторіччя та недалекого майбутнього медицини та біології. Бактеріофаг – це сполучна ланка між білком і його невідомим геном. На сьогодні – це керований людиною, передбачуваний вірус, що стимулює продукцію нових білків у бактерій, наприклад, антитіл, які здатні нейтралізувати токсини, протидіяти аутоімунним реакціям в організмі людини, протипухлинних антитіл, які можуть виліковувати рак з метастазами, нових фармацевтичних препаратів через спрямовану еволюцію, тощо.

Я.В. Слесарчук

## **ОНКОМАРКЕРИ В ДІАГНОСТИЦІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

О. М. Колошко (к.м.н. доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогодні однією з найбільш актуальних проблем клінічної онкології залишається рання діагностика злоякісних новоутворень. Основним напрямком досліджень є пошук онкомаркерів, які б з високою достовірністю дозволяли діагностувати виникнення пухлинного процесу задовго до появи клінічних симптомів.

**Мета:** дізнатись про сучасні інформативні та специфічні онкомаркери при злоякісних новоутвореннях різних органів та їх вміст в крові здорової людини.

**Матеріали та методи:** аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових літературних джерел з мережі Інтернет (PubMed, Cyberleninka).

**Результати:** Відомо близько 200 онкомаркерів проте «універсального маркера» ще досі не виявлено. Ідеальний пухлинний маркер повинен задовольняти наступним критеріям: а) продукуватися тільки злоякісними клітинами; б) бути органоспецифічним; в) з'являтися у високих концентраціях у біологічних рідинах організму; г) його концентрація повинна корелювати із розміром пухлини, зі стадією

захворювання, прогнозом та ефективністю лікування. За своїм походженням більшість онкомаркерів є білками та визначаються як антигенні детермінанти для діагностики онкопатологій. При карциномі молочної залози найбільш цінним є маркер CA15-3 (Carcinoma Antigen) в поєднанні з СЕА (Cancer Embryonic Antigen). Для встановлення наявності злоякісних пухлин ШКТ використовують СА242, який має високу специфічність для визначення раку підшлункової залози, товстого кишечника, зокрема прямої кишки. Підвищення концентрації СА19-9 в крові хворого вказує на пухлини підшлункової, печінки та жовчних шляхів. Збільшення кількості СА 72-4 вказує на ураження шлунку. Особливо цінним в діагностиці раку печінки є наявність АФР (alfa-fetoprotein), що в нормі може з'являтися тільки при вагітності. Наявність АФР також може вказувати на онкологію статевої системи – карциному яєчка (яєчника). Проте найбільш доцільним для виявлення раку яєчника чи матки є вміст СА125 та HE4 (Human Epididymus protein 4). У чоловіків при підозрі на рак простати перевіряють вміст PSA (Prostatic Specific Antigen). Виникнення злоякісних новоутворень лімфатичної системи значно підвищують рівень ВМГ (Beta-2 Microglobulin). В діагностиці раку легень використовують різні поєднання онкомаркерів, серед яких найбільш показовими є CYFRA21-1 (CYtokeratin FRAGMENT) та СЕА. Зокрема, при підозрі на плоскоклітинну карциному додатково визначають вміст SCCA (Squamous Cell Carcinoma Antigen). При скринінгу онкопатологій також можуть перевіряти вміст певних ферментів. Наприклад, значно підвищений вміст NSE (Neuron-Specific Enolase) може вказувати на розвиток нейробластоми чи дрібноклітинного раку легень.

**Висновки:** Аналіз літератури показав, що в крові здорової людини онкомаркери відсутні або ж присутні в невеликій концентрації. Оскільки не всі маркери є високоспецифічними, то і підвищений вміст не завжди свідчить про розвиток онкології. Їх вміст в крові може незначно зрости при розвитку інфекційних захворювань чи запальних процесів, утворенні кіст чи доброякісних пухлин.

Ю. В. Слюсаренко, І. Р. Юзьвяк  
**НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ ВІДНОВЛЕННЯ ЕНДОГЕННОЇ ПРОДУКЦІЇ  
ІНСУЛІНУ В ОРГАНІЗМІ ЛЮДИНИ**

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:** За результатами дослідження, що були опубліковані в журналі «The Lancet Diabetes and Endocrinology» до 2030 цукровий діабет стане провідною причиною смертності. Ця «неінфекційна епідемія XXI століття» займає третє місце у світі по смертності. Сучасна медицина пропонує безліч різновидів лікування, зокрема, трансплантацію острівців підшлункової залози і т. д. Останні відкриття вчених пролили світло на розуміння механізму діабету і дали можливість виходу на новий шлях регенерації бета-клітин. Як відомо, бета-клітини у хворих на цукровий діабет I типу після секреції інсуліну руйнуються і не відновлюються. Тому відкриття нових шляхів отримання гормону для лікування цієї хвороби є досить актуальним.

**Мета роботи:** Ознайомити студентів-медиків з результатами досліджень каліфорнійських вчених про відкриття нової популяції бета-клітин у людей і мишей та з'ясувати її вплив на організм хворих на діабет.

**Матеріали та методи:** Наукова медична платформа – UAMED, фармацевтичні та медичні довідники, аналіз наукових статей, InternetWebScience.

**Результати:** Відкриття дослідниками з Каліфорнійського університету в Дейвісі та аналіз їхньої роботи показали наявність в нашому організмі маловідомих бета-клітини, які знаходяться по краях острівців Лангерганса. Єдиною відмінністю від їх попередників є те, що ці бета-клітини не містять рецепторів для виявлення глюкози, тому не можуть повністю функціонувати як зрілі попередники. Але, як виявилось,

вони здатні стимулювати перетворення альфа-клітин в незрілі бета-клітини з подальшим їх дозріванням. Ідея полягає ще й в тому, що нововідкриті бета-клітини є основою у використанні стовбурових клітин для лікування діабету. Подальше перетворення цих стовбурових клітин у бета-клітини та імплантація їх підшкірно дає можливість імплантованим клітинам дозрівати в ендокринні клітини підшлункової залози, контролювати секрецію інсуліну та підтримувати нормального рівня глюкози в крові. Дослідження цього процесу знаходяться у стадії розробки, проте компанія ViaCyte, що базується в Сан-Дієго, уже забезпечила ексклюзивні права на ці ще не запатентовані технології.

**Висновок:** Звичайно, наука досягла прогресу у вирощенні зрілих бета-клітин зі стовбурових, проте ці зусилля поки що не мали можливості розкрити свій потенціал, адже багато спроб зупинилися на незрілій стадії клітин. Саме тому використання механізмів роботи нововідкритих клітин в острівцях Лангерганса, допоможуть у лікуванні діабету. Це відкриття може стати провісником лікування хвороби за рахунок власних можливостей людського організму.

Я.В.Стойка, В.А. Доманський, В.В. Вавілова

## МЕХАНІЗМ АНАЕРОБНОГО ГЛІКОЛІЗУ ТА ЙОГО РОЛЬ У РОСТІ ПУХЛИН

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик(к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогодні смертність від онкологічних захворювань посідає 2-ге місце в Україні та світі. Навіть за умов досить високого розвитку медицини ще й досі не винайдено ефективного лікування раку. Можливою причиною цього є недостатня дослідженість біохімічного підґрунтя процесу розвитку пухлин. Особливе місце в біохімії пухлин посідає обмін вуглеводів, як джерела енергії. Одним з основних процесів їх катаболізму є гліколіз, що відбувається як в аеробних до утворення пірувату (всі клітини та тканини організму, що добре кровопостачаються), так і в анаеробних умовах - лактату (еритроцити, сітківка, сім'яники, злоякісні пухлини).

**Мета:** Проаналізувати наукову літературу щодо ролі гліколізу у пухлинному рості.

**Матеріали та методи:** Обробка наукової літератури, інформації з джерел Інтернету (InternetWebScience, GoogleAcademyPubMed 2012-2019).

**Результати:** Інтенсивний гліколіз не є специфічною особливістю пухлин. Проте при порівнянні ферментів гліколізу в пухлині і здоровій тканині можна виявити збільшення активності гексокінази, фосфофруктокінази, піруваткінази. Німецький біохімік О. Варбург сформулював гіпотезу про те, що причиною злоякісної трансформації клітин є фактори, які перешкоджають одержанню енергії від аеробного окиснення, тому в пухлинах відмічається різке зростання інтенсивності анаеробного гліколізу. У пухлинах також змінюється тканинне дихання. Спостерігається ефект Кребтрі: зниження активності процесів ЦТК Кребса у разі збільшення надходження глюкози, «боротьби» гліколітичної системи ферментів пухлини з її окисними ферментами за необхідні субстрати. Пухлина інтенсивно захоплює глюкозу з крові. Навіть у разі підвищення вмісту глюкози у крові до 16,7 мМоль/л, кров, що відтікає від пухлини, не містить глюкозу. Цю властивість патологічно змінених клітин пов'язують зі зниженням активності глюкокінази і різкою активністю гексокінази. Отже, пухлина з часом перетворюється на своєрідний насос, що викачує глюкозу з організму та перетворює її в лактат, внаслідок чого розвивається лактоацидоз. Але навіть за умов підвищення кислотності міжклітинної рідини, що є токсичним для нормальних клітин, природа самої пухлини залишається лужною. Енергія анаеробного гліколізу використовується раковими клітинами для проліферації та вторгнення у інші нормальні популяції завдяки деградації їх позаклітинного матриксу.

**Висновок:** Роль гліколізу, безперечно, є важливою, адже це одна з основних причин розвитку ракової кахексії (загального виснаження організму). Енергія, яку одержують пухлини, достатня для синтезу

нуклеїнових кислот та проліферації клітин. Лактоацидоз є однією з основних діагностичних біохімічних ознак росту та метастазування пухлин. Зараз є всі докази того, що ракові клітини, використовуючи анаеробний, тобто спиртовий гліколіз, відносяться до малодиференційованих клітин з великим ступенем росту, як і ембріональні. В ХХІ столітті вчені широко вивчають цю галузь і намагаються знайти якомога найефективніші і безпечні засоби лікування раку.

М.О. Черненко

### ЛАЗЕРИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИКОРИСТАННЯ В МЕДИЦИНІ

Кафедра біологічної фізики, інформатики та медичної апаратури

О.І. Тарчинець (асистент), Ю.В. Тарчинець(асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У наш час відбувається активне впровадження використання лазерного обладнання в різних сферах медицини. Це пов'язано з тим, що ця технологія дозволяє уникнути кровотеч, забезпечує економію робочого часу на 40% та є більш антибактеріальною, знижує ризик потрапляння перехресної інфекції в організм.

**Мета:** З'ясувати принципи роботи лазерів та сфери їх застосування.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукової літератури, огляд вітчизняних та іноземних джерел.

**Результати:** Слово «лазер» (laser) є акронімом слів «light amplification by stimulated emission of radiation» (посилення світла шляхом примушеного випромінювання).

Світло лазера має певні особливості, які відрізняють його від звичайного світла: монохроматичність ; спрямованість; однофазність; висока інтенсивність. Як наслідок, лазерне світло є дуже потужним та може націлюватись на об'єкт з великою точністю.

В основі дії лазерного випромінювання лежить поглинання світлової енергії атомами та молекулами сполук з перетворенням її в теплову, акустичну, механічну, електрохімічну енергію фотохімічних процесів. Це впливає на біофізичні властивості тканин та віддзеркалюється на функціональному стані організму в цілому.

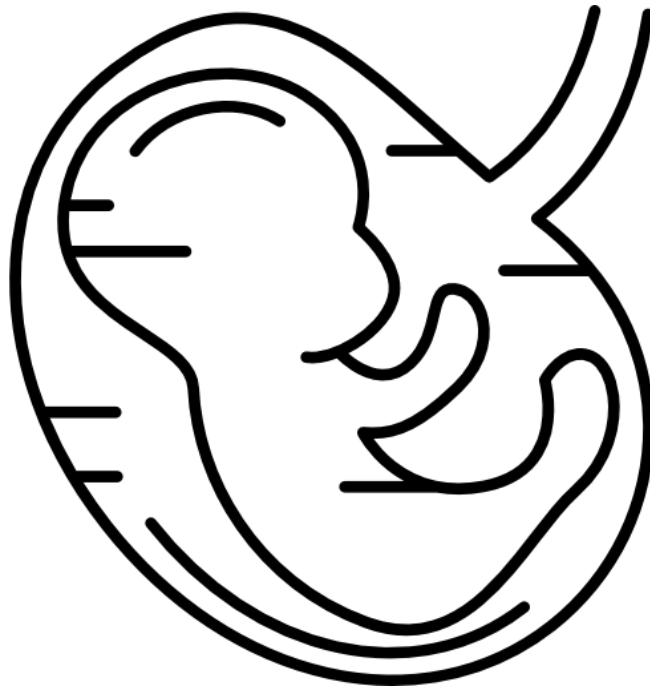
Дія лазерної терапії (вплив лазерним випромінюванням низької інтенсивності на акупунктурні точки, ділянки Захар'їна-Геда, ділянки стопи, долоні та хребтового стовпа) не є досконало дослідженою, проте відомо про її оздоровчий та протизапальний вплив, роль у підвищенні імунітету, а також про відсутність негативних впливів на організм.

За допомогою лазерного обладнання проводиться фотодинамічна терапія. Деякі злоякісні утворення здатні концентрувати в собі молекули фоточутливих сполук(фотосенсибілізаторів), які попередньо вводяться крізь кровоносні судини. У результаті розкладу фотосенсибілізатору та масивному виділенню токсичних продуктів клітини злоякісних пухлин вмирають, а оточуючі їх здорові клітини залишаються живими, бо на них речовина сенсibilізатора майже не адсорбується.

При застосуванні фотодинамічної терапії та лазерної терапії використовують лазерне випромінювання відносно низької потужності, воно не пошкоджує тканини та клітини живого організму. У лазерній хірургії руйнування тканини відбувається безпосередньо в процесі впливу, бо використовуються достатньо потужні лазери, які здатні призводити до термічного некрозу клітин, тканин та інших об'єктів, що треба видалити. Такі особливості, як одноманітна швидкість руху лазера по тканині, контроль над подачею енергії , потребують від хірурга певних відпрацьованих навичок. Тренування проводяться на піддослідних тваринах та фантомах.

**Висновок:** Лазери можуть бути надзвичайно корисними та придатними до використання майже в усіх областях медицини, але для того, щоб їх вплив на організм мав позитивні наслідки, необхідне повне розуміння принципів дії, протипоказань та умов безпечного застосування з боку лікаря, що практикує використання даного обладнання.

# АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ



# OBSTETRICS AND GYNECOLOGY



Т.В.Бартко  
**АКТУАЛЬНІСТЬ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ В ПЛАНІ ВИЯВЛЕННЯ ПАТОЛОГІЙ  
ПЛІДНОГО ЯЙЦЯ ТА РОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ У ВАГІТНИХ**

Кафедра акушерства та гінекології №2

В.О. Рудь (д.мед.н., доц.)

Вінницький медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Попередження народження дітей зі спадковою та вродженою патологією являється головним завданням пренатальної діагностики. Щороку в Україні народжується майже 12 тис. дітей із вадами розвитку. Частота їх в державі за 5 років дорівнювала 260 випадків на 10000 новонароджених. Щорічно в Україні серед 5% народжених дітей із вродженими вадами розвитку та спадковою патологією 1-2% випадків несумісні з життям. В майбутньому спадковими та вродженими вадами страждатиме близько 10% населення, а 20% населення необхідно медико-генетичне консультування.

**Мета дослідження:** Провести аналіз кількості виявлення вад розвитку в результаті проведення пренатальних скринінгів у I та II триместрі у вагітних проживаючих у Вінницькій області.

**Матеріали та методи:** Проведено статистичну обробку даних, отриманих при вивченні обліково-звітної документації на базі обласного Центру планування сім'ї ВОКЛ ім. М.І.Пирогова, м.Вінниця за 2018р.

**Результати:** В результаті проведеного аналізу за 2018 рік 15502 вагітним було проведено скринінг. В результаті чого було відібрано 264 жінки з підвищеним ризиком народження хворої дитини в I триместрі. Їм було проведено розрахунок ризику по програмі Life Cycle, було виявлено 5 відхилень, що вимагали проведення уточнюючої інвазивної пренатальної діагностики та виявлено 1 патологічний каріотип. В другому триместрі було виявлено 444 вагітних із підвищеним ризиком, з них 58 жінкам було проведено інвазивну діагностику, патологічний каріотип з них мало 15 осіб. В результаті чого у 708 пацієнток із групи ризику було виявлено у 16 вагітних патологічний каріотип, що у відсотковому співвідношенні складає 2,2%. В структурі перерваних вагітностей 13 в терміні 11-22 тижні. В структурі новонароджених дітей, хромосомна патологія займає 2 місце після внутрішніх вад розвитку серцево-судинної системи(ВВРС). Із 9 випадків:8 - синдром Дауна,1- синдром Едвардса (плід із двійні).В цих 9 випадках:3 жінки відмовились від проведення інвазивної діагностики,був встановлений ризик трисомії ,в 2 випадках скринінг не проводився,3-мали норму в скринінгу,але розрахунок ризику не проводився, що має низьку достовірність, в 1 випадку пренатальної діагностики вада в 33 тижні. В структурі перерваних 5 із синдромом Дауна+ВВРС,1 із синдромом Едвардса , 3 із синдромом Патау.

**Висновки:** Пренатальна діагностика, це попередження спадкової патології, можливість внутрішньоутробного лікування та переривання вагітності,за бажанням жінки згідно наказів МОЗ, рання діагностика хромосомних патологій, дозволяє спостереження за першими тижнями життя плода, , застосування різних методів діагностики дають можливість з великою імовірністю попередити виникнення репродуктивних втрат та пренатальна патології. Пренатальна діагностика – це одна із сучасних знахідок медицини, впровадження якої запобігає пренатальну захворюваність і попереджує народження хворої дитини.

Н.В. Гайдуков

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПАТОМОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ ЕНДОМЕТРІЮ**

Кафедра гінекології №2

О. О. Мазченко (асистент), Д. С. Сухань (асистент).

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проліферативні захворювання ендометрію вважаються найбільш поширеною патологією слизової тіла матки. Ці захворювання складають гетерогенну групу патологічних процесів,

що включають в себе зміни від доброякісних естрогензалежних проліферацій залоз до розростань генетично зміненої тканини. Залозиста гіперплазія ендометрію серед жінок у віці до 45 років виявляється у 6,1%, а аденоматозна гіперплазія - у 6,6% пацієнток. При відсутності своєчасної діагностики на ранніх етапах та відповідного лікування, патологія стає фактором ризику онкологічних захворювань матки.

**Мета:** Дослідити сучасні методи патоморфологічної діагностики патології ендометрію.

**Матеріали та методи:** Гістологічне та цитологічне дослідження біоптату ендометрію, отриманого шляхом діагностичного вишкрібання у жінок з порушеним менструальним циклом в анамнезі (20 жінок в період з 10 по 21 день циклу), що були зафарбовані гематоксилином та еозином. Оцінка стану проблеми згідно сучасних літературних джерел, мета-аналіз літературних даних.

**Результати:** Вирішальним методом діагностики гіперпластичних процесів ендометрію є гістологічне дослідження. Всі інші методи діагностики є попередніми, що дозволяють в тій чи іншій мірі визначити показання до патоморфологічного дослідження і забезпечити адекватний матеріал для його проведення. При дослідженні ми звертали увагу на стан залоз (їх звивистість, форму та діаметр просвітів, розподіл їх у тканині), наявність патологічних мітозів у клітинах залоз, форму клітин стромы, стан судин (зокрема наявність чи відсутність спіральних артерій), наявність чи відсутність клітинних інфільтратів. Наявність у досліджуваному матеріалі складок всередині залоз, брунькоподібних виростів у стромі, виражених галуджень проток залоз, поодиноких чи множинних кістозно розширених залоз є основними патоморфологічними ознаками гіперплазії ендометрію. Грунтовний підхід дозволив чітко диференціювати зразки без атипії від зразків з атиповою гіперплазією.

**Висновки:** Патоморфологічне дослідження матеріалу, отриманого у різні фази менструального циклу, а також застосування новітніх гайдлайнів щодо оцінки результатів цих досліджень дало змогу чітко визначити вид патології ендометрію малоінвазивним методом. Зручна класифікація дозволяє проводити превентивне лікування ще до переродження клітин у пухлину.

І.О. Гайчєня, Т.О. Зайцева, О.В. Юрій

## **ПОСТРАНСФУЗІЙНІ УШКОДЖЕННЯ В АКУШЕРСТВІ: ЩО ТАКЕ TRALI-СИНДРОМ І ЧИ ВАРТО ЙОГО БОЯТИСЯ**

Кафедра акушерства та гінекології №2

Т.В. Супрунова (к.м.н., доцент), О.В. Сергійчук (к.м.н., доцент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** в сучасній практичній медицині під час масивних акушерських кровотеч дуже часто використовують замінні трансфузії крові донорів та її компонентів. Найпоширенішим є використання свіжозамороженої плазми. Та чи є даний препарат еталонним замінником втраченого ОЦК і чи є такою безпечною речовиною? Посттрансфузійне ускладнення, яке виникає протягом перших 6 годин після інфузії цільної крові чи її компонентів отримало назву TRALI-синдрому (Transfusion Related Acute Lung Injury). TRALI як синдром до 1983 р. вважався одним із видів гострого респіраторного дистрес синдрому (ГРДС). Клінічно даний синдром не відрізняється від ГРДС, проте відмічено, що розвиток цього ускладнення завжди пов'язаний із трансфузією крові та її компонентів, особливо при переливанні свіжозамороженої плазми. В патогенезі захворювання лежать реакції реципієнта на антитіла до лейкоцитів, які містяться в препаратах крові. Специфічне лікування TRALI-синдрому відсутнє. Перевага надається попередженню синдрому шляхом обґрунтованого і раціонального використання свіжозамороженої плазми. На жаль, публікації, що стосуються розвитку даного ускладнення, зустрічаються лише в профільних (гематологічних, імунологічних, трансфузіологічних) журналах, в той час, коли трансфузії свіжозамороженою плазмою частіше зустрічаються в акушерстві. В сучасній медицині наявність TRALI-синдрому як самостійної нозологічної одиниці дискутується.

**Мета:** ретроспективно проаналізувати частоту виникнення та клінічні прояви TRALI-синдрому; виявити залежність між виникненням гострої дихальної недостатності у жінок, які мали в анамнезі нещодавню трансфузію свіжозамороженої плазми; визначити у крові донора наявність тригерних чинників TRALI – антитіл до лейкоцитів.

**Матеріали і методи:** аналіз даних 80 історій вагітностей і пологів віком пацієнток від 18-35 років за 2018 р., що перебували на лікуванні у ВРІТ ВОКЛ ім. М.І. Пирогова та ВРІТ МПБ №2 м. Вінниця, Україна, під час лікування яких були використані гемотрансфузії свіжозамороженою плазмою у об'ємі не більше 20 мл/кг; лабораторне дослідження гемоконів.

**Результати:** в ході дослідження виявлено 26 пацієнток з посттрансфузійними реакціями такими як підвищена температура тіла, головний біль. Зареєстровано 6 пацієнток з проявами ГРДС, які виникли в межах 6 годин після гемотрансфузії, проте у ході дослідження компонентів крові, які були використані у даних пацієнток, тригерів TRALI не було виявлено.

**Висновки:** враховуючи результати даних досліджень, беручи до уваги ідентичність клінічних проявів ГРДС та TRALI, відсутність специфічного лікування останнього можна зробити висновок, що TRALI – вид посттрансфузійного ГРДС, патогенез якого залишається дискусійним.

С.В. Демянюк

## ЗАКОНОМІРНОСТІ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ У ДІВЧАТ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ДИСМЕНОРЕЮ

Кафедра акушерства та гінекології №1

Г.В. Чайка (д.мед.н., завідувач кафедри), Б.О. Маркевич (асистент)

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

**Актуальність:** Більшість проблем жіночої статевої системи у фертильному віці є прямим наслідком тих патологій, що виникли у пубертатному віці, в період становлення її функцій. Тому від формування нормального фізичного та статевого розвитку дівчат юнацького віку залежить становлення репродуктивного потенціалу, покращення демографічної ситуації та стан здоров'я майбутніх поколінь. Дисменорея - одна із найпоширеніших в структурі гінекологічних патологій, поширеність якої, за даними різних авторів, становить від 30 % до 92 % жінок репродуктивного віку, при цьому у 10 % з них інтенсивність болю настільки висока, що призводить до щомісячної втрати працездатності протягом 1-5 днів. Формування нормального фізичного та статевого розвитку дівчат пубертатного віку є одним із актуальних напрямків сучасної медицини, що впливає на становлення репродуктивного потенціалу держави, оскільки від них багато в чому буде залежати не лише покращення демографічної ситуації в країні, але й стан здоров'я майбутніх поколінь, їхні фізичні й інтелектуальні можливості.

**Мета:** Виявлення взаємозв'язків між особливостями статевого розвитку у практично здорових та дівчат з первинною дисменореєю пубертатного віку.

**Матеріали та методи:** Проведено комплексне обстеження дівчаток пубертатного віку з первинною дисменореєю. В основну групу увійшли 76 дівчат з первинною дисменореєю та контрольна група, що становить 230 практично здорових дівчат пубертатного віку. Анкетування, антропосоматометрія, клінічно-лабораторні та інструментальні дослідження були проведені на базі НДЦ ВНМУ ім.М.І.Пирогова.

**Результати:** Результати проведених нами досліджень свідчать про те, що існує зв'язок між віковою динамікою статевого розвитку: телархе (Ma), аксілярхе (Ax), становлення менструальної функції у дівчат пубертатного віку, що страждають на первинну дисменорею у порівнянні з практично здоровими дівчатами.

**Висновки:** Виявлено, що у дівчат хворих на первинну дисменорею пубертатного віку достовірно більші значення розвитку молочних залоз (Ma) нульового, першого та другого ступеню в порівнянні зі здоровими дівчатами, проте у дівчат з первинною дисменореєю показник Ma3 менший ніж у практично

здорових дівчат. Ступінь розвитку Ax0 та Ax1 у дівчат з первинною дисменореєю достовірно більший, а Ax2 та Ax3 достовірно менший у порівнянні з групою практично здорових дівчат пубертатного віку. Встановлено достовірно більш ранній вік менархе у дівчат хворих на первинну дисменорею у порівнянні з практично здоровими дівчатами пубертатного віку без розподілу на соматотипи.

С.С. Дерій, Ю.Р.Кузьменко.

## **PREIMPLANTATION GENETIC TESTING FOR ANEUPLOIDIES (PGT-A) СУЧАСНА ТА ПЕРСПЕКТИВНА ТЕХНОЛОГІЯ ПІДВИЩЕННЯ УСПІХУ ЛІКУВАННЯ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.Л. Льовкіна (к.м.н., асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Світова тенденція останніх десятиліть до зростання у жінок середнього віку народження першої дитини (30-35 і >), пізнього вступу до шлюбу (30-35 років), росту чоловічого та жіночого безпліддя призвела до збільшення частоти звернення сімейних пар до застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Цей факт потребує пошуку та вдосконалення технологій, що підвищують успіх та якість проведення ДРТ.

**Мета:** Дослідити сучасний стан технології, визначити покази до використання, позитивні сторони та недоліки, з'ясувати чи всім парам що звертаються до використання ДРТ потрібно використовувати дану технологію

**Матеріали та методи:** Використано наукові публікації останніх років авторитетних видань (Human Reproduction, Fertility and Sterility, Human fertility, Assisted reproduction, Journal of Assisted Reproduction and Genetics, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology та ін.). Використано аналітико-прогностичний огляд наукових джерел.

**Результати дослідження:** PGT - це процедура, за допомогою якої передімплантаційний ембріон проходить біопсію або бластомера на стадії розщеплення (3 день), або клітин трофктодерми (TE) на стадії бластоцисти (5-7 день). Надалі біоптовані зразки проходять дослідження за допомогою різних платформ секвенування (NGS (next-generation sequencing), FISH (fluorescence in situ hybridisation), aCGH (array comparative genomic hybridization), qPCR (quantitative PCR)). Існують різні види даної технології: PGT-M(Monogenic), PGT-SR(Structural Rearrangements) та PGT-A яка і використовується найчастіше. Показами до використання даної технології є: вік жінки >35 років, звичне переривання вагітності, повторні імплантаційні невдачі, імплантація одного ембріона (SET), обтяжений генетичний анамнез. Позитивні сторони використання PGT-A: трансфер одного ембріона і уникнення ризиків пов'язаних із вагітністю двома чи трьома плодами, вищий рівень імплантації, зниження частоти викиднів, коротший час до настання вагітності, виявлення мозаїцизмів.

До негативних сторін відносять: вартість, можливість виникнення хибно позитивних результатів тесту і як наслідок зменшення кількості ембріонів для імплантації, подовження часу очікування процедури імплантації.

Використання PGT-A при проведенні ДРТ забезпечує ймовірність імплантації 80-85%, ймовірність настання клінічної вагітності 65-70%, ймовірність живо народження 50-55%, а також знижує ризик викиднів до 3-10%.

**Висновки:** Отримані результати вказують, що ДРТ з використанням PGT-A і подальшого перенесення еуплоїдних ембріонів призводить до високого рівня імплантації, клінічної вагітності і живонародження, а також низької частоти викиднів, насамперед з SET. Тому на нашу думку, PGT-A можна рекомендувати всім парам що звертаються до використання ДРТ. Ми сподіваємося, що ці результати сприятимуть обговоренню та вдосконаленню найкращих практик ДРТ, включаючи ДРТ на основі PGT-A та SET.

О.К. Дернова  
**ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ**  
Кафедра акушерства та гінекології №1  
А.П. Дністрянська (к.м.н., доцент)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця.

**Актуальність:** Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2016-2021 роки МОЗ України приділяє значну увагу профілактиці вродженого туберкульозу та охороні здоров'я вагітних жінок хворих на туберкульоз. Перебіг туберкульозу, що виникає під час чи в післяпологовому періоді значно тяжчий, ніж виявлений до вагітності. Це пояснюється ендокринною перебудовою організму жінки, обмеженим застосуванням протитуберкульозних препаратів та меншими можливостями у діагностиці. Тому вибір правильної тактики ведення вагітності та пологів може забезпечити профілактику передачі туберкульозу новонародженому та зберегти здоров'я жінці.

**Мета:** Виявити наявність ускладнень вагітності та пологів у вагітних з туберкульозом та оцінити ефективність запроваджених методів профілактики передачі туберкульозу новонародженим та профілактику розвитку ускладнень під час вагітності та пологів. **Матеріали і методи:** Для оцінки перебігу вагітності та пологів у жінок хворих на туберкульоз ретроспективно проаналізували 9 історій І пологового будинку за 15 років. Діагноз туберкульозу був виставлений згідно наказу МОЗ України на підставі анамнезу, аналізу харкотиння на МБТ, загально-клінічних досліджень (ЗАК, ЗАС). Лікування включало проводилося за загальними принципами, які передбачені DOTS-стратегією. З урахуванням клінічної категорії обліку хворого на туберкульоз використовувались певні стандартні режими протягом основного курсу хіміотерапії, до складу якого входить інтенсивна та підтримуюча фази лікування. Стандартний курс лікування проводили із використанням ПТП І ряду: ізоніазиду (H), рифампіцину (R), стрептоміцину, піразинаміду (Z), етамбутолу (E).

**Результати:** Свідчать про незначну кількість вагітних на туберкульоз після прийняття Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2016-2021 роки МОЗ України. Так за останні 2 роки в І пологовому будинку м. Вінниці на обліку по вагітності спостерігалось та народжувало 2 жінки. Виявлено прояви загрози переривання у цих жінок, післяпологові септичні ускладнення у 1 з них. Застосування DOTS-стратегії в лікуванні сприяло тому, що діти народилися без проявів туберкульозу.

**Висновки:** Захворювання на туберкульоз у вагітних супроводжується розвитком ускладнень, однак при ефективному лікуванні дає можливість профілактувати туберкульоз у новонароджених. Запровадження принципів профілактики туберкульозу згідно Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2016-2021 роки МОЗ України допоможе ефективній протидії розповсюдженню захворювання.

Ю.О.Каліновська  
**ВИЯВЛЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ З ІНШИМИ  
ПАТОЛОГІЧНИМИ ЗМІНАМИ В ОРГАНІЗМІ ЖІНКИ**  
Кафедра акушерства та гінекології №2  
О.В. Фурман (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Передменструальний синдром (ПМС) - патологічний симптомокомплекс, що виникає в лютеїнову фазу менструального циклу чи в дні, що безпосередньо передують менструації (за 2—10 днів

до неї), і характеризується вегето-судинними, нервово-психічними і ендокринно-обмінними розладами. За даними різних авторів поширення патології становить від 25 % до 90 % . Частота передменструального синдрому залежить від віку: чим він вищий - тим частіший ПМС. У віці від 19 до 29 років ПМС спостерігається у 20 % жінок, після 30 років синдром зустрічається приблизно у кожній другій. Після 40 років частота сягає 55 %. Дане захворювання має не тільки медичний аспект проблеми, але й соціальний, тому що проявляється змінами поведінки особи. Це може призводити до зниження її щоденної активності, погіршення звичного ритму життя та стосунків з оточуючими.

**Мета:** Встановити зв'язок передменструального синдрому з іншими патологічними станами в організмі жінки.

**Матеріали та методи:** Нами було проведено анкетування та статистична обробка даних 40 пацієнток на базі гінекологічного відділення ВМКПБ № 2, Ватутінської міської лікарні та студенток ВНМУ.

**Результати:** Вік опитуваних коливається від 19 до 45 років. Перша менструація обстежуваних розпочалась з 11 до 15 років, причому переважно у 13 років (40%) та у 12 років (30%). Регулярність місячних у більшості встановилась у 14 років (30%), 15 років (23%) та у 12 років (15%). Тривалість кровотечі в опитуваних коливається від 3 до 7 днів, у більшості 5 днів (43%), 4 дні (25%) та 6 днів (18%). Серед симптомів ПМС нервово-психічні розлади відмічають у себе 65% опитуваних, ендокринно-обмінні – 67 %, а вегето-судинні – 46% жінок. У 58 % опитуваних симптоми наявні кожен менструальний цикл, у 43% - не кожен, а з'являються вони у більшості за 7 днів до початку менструації (28%), за 4 дні (23%) та за 5 днів (18%). Тривалість проявів коливається від 3 днів (у 20%) до 11 днів (у 8%), у 45% - місячні є болючими. Серед 40 проанкетованих нами жінок 15% страждають ожирінням, у 28% в минулому були кісти яєчників, 20% мали запальні захворювання жіночих статевих органів, що свідчить про гормональний дисбаланс. 28% робили аборт у віці від 16 до 22 років, а 8% перенесли викидень, це може бути причиною гормональних зрушень на фоні нервово-психічних впливів. Також 55% жінок повідомили що зловживають кавою, 15% - алкоголем та тютюнопалінням, що також негативно впливає на функціонування жіночих статевих органів. Крім цього зі слів опитуваних ми дізналися, що у 65% мам та/або бабусі страждали(-ють) ПМС, у 25% - ожирінням.

**Висновки:** Найбільш частими патологічними станами у жінок з ПМС виявлено кісти яєчників (28%), запальні захворювання жіночих статевих органів (20%) та ожиріння (15%). Із сімейного анамнезу встановлено спадковий характер проявів. Враховуючи отримані нами результати, слід більш пильно вивчати анамнез захворювання та життя пацієнток, для комплексного лікування жінки та попередження у наступних поколіннях.

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

## ГІПЕРАКТИВНИЙ СЕЧОВИЙ МІХУР В МЕНОПАУЗІ

Кафедра акушерства та гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Сьогодні дана проблема посідає чільне місце в сучасній гінекології. Це обумовлено значним негативним впливом урогенітальних розладів на якість життя жінок в клімактерії та очікуваним подвоєнням у найближчі роки популяції жінок, що страждають на них. Розвиток розладів акту сечовипускання і нетримання сечі в літньому віці зустрічається з високою частотою. Доведена роль естрогенного дефіциту в розвитку урогенітальних розладів в менопаузі. Виникнення "подразнювальних" симптомів розладів сечовипускання пояснюють підвищеною чутливістю атрофічної слизової органів сечостатевої системи. Хоча клінічний перебіг не загрожує життю, але істотно знижує якість життя жінки.

**Мета:** дослідити фактори ризику та клінічні прояви, що мають вплив на розвиток гіперактивного сечового міхура в клімактеричному періоді.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз літературних джерел, в яких висвітлені дослідження причин розвитку гіперактивного сечового міхура. Вибрано ті, що мають вплив на розвиток даної патології в менопаузі. Розроблено анкету, що включає в себе щоденники сечовипускання на основі наявних стандартів. Проведено анкетування 68 жінок віком 47-55 років із скаргами з боку сечовидільної системи та порівняли дані симптоми зі шкалою Barlow.

**Результати дослідження.** Клінічний перебіг гіперергічного сечового міхура може виявлятися різними, подеколи парадоксальними, сполученнями симптомів: порушення накопичувальної і евакуаторної функції сечового міхура з проявами денної (77,9%) та нічної (72,1%) полакіурії, імперативних позивів (63,2%), нетримання сечі (48,5%), утрудненого сечовипускання (45,6%). Зміна гормональних факторів регуляції гомеостазу естрогенів в клімактерії є патологічною детермінантою формування атрофічного цистоуретриту. Імперативний характер сечовипускання, що обумовлений гіперактивністю та гіперсенсорністю в залежності від виразності атрофічних змін і внутрішньоміхурового тиску, призводить до нестабільності сечового міхура і нестабільності уретри та є порушенням інтегративної функції нижніх сечових шляхів в результаті естрогенної недостатності.

**Висновки.** Дослідження особливостей перебігу гіперактивного сечового міхура в жінок у менопаузі є важливим, оскільки дозволяє розробити ряд рекомендацій щодо модифікації способу життя та корекції лікувально-профілактичних заходів. Адже жінка у будь-якій ситуації залишається жінкою.

Ю.В. Коноваленко, Д.А. Тимошенко

## **ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ . ВРОДЖЕНІ ТА НАБУТІ ВАДИ СЕРЦЯ У ВАГІТНИХ (ТЕТРАДА ФАЛЛО ,ДМПШ, НАБУТІ СТЕНОЗИ АОРТАЛЬНОГО ТА МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНІВ).ЛІКУВАННЯ.**

Кафедра акушерства та гінекології №1

Н.А.Годлевська (к.мед.н.,доцент) ,С.О.Сіромаха(к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова  
Національний інститут серцево-судинної хірургії ім.М.М.Амосова

М.Вінниця

**Актуальність:** багато українських жінок, які вступають у фертильний вік (700-1000 на рік), мають вади серця або ж прооперовані.Саме тому слід розуміти як правильно вести таких жінок, оскільки, в порівнянні з Європейськими країнами за 2015-2016 роки, смертність в Україні вражає. За даними МОЗ України у 2015 році померло 120 жіноквіком від 15 до 49 років. У розрахунку на 100тис населення (за даними ООН) в Україні показник смертності становить 24,а у сусідніх Польщі-3,Чехії-4,Франції-8.Таким чиномнаша країна є лідером серед материнської смертності в Європі. Згідно інформації, наданої НІССХім.М.М. Амосова за 2017 рік, серед 29 випадків материнської смертності18 було з неакушерських причин. Крім того відомо, що під час вагітності у 26383 жінок було виявлено хвороби ССС, з яких 17917- ускладнили вагітність.У даний час існують Європейські настанови, що вперше були створені в 2011 році, та оновлені у 2018 році.В Українібула сформованамультидисциплінарна команда у 2013 р.(активнимиучасникамиякої є колективи НІССХ ім. М.М. Амосова та інституту ПАГ). Стан захворюваності на серцево-судинну патологію у Вінницькій обл.та у м. Вінниці не аналізувався належним чином та не було оцінено у повній мірі ефективність профілактичних заходів.

**Мета.** Метою роботи є оцінка поширення захворювань серцево-судинної системи у вагітних, представленняклінічних випадків , ефективність профілактичних заходів.

**Матеріали та методи.** Відомості надані НІССХ ім.М.М.Амосова,статистичні дані по Вінницькій області,історії захворювань пацієнток з патологією ССС та інструментальні методи досліджень(ЕхоКГ,УЗД плоду,ЕКГ,вимірювання АТ т.д.)

**Висновки.**1.У результаті виконаної нами роботи було проведено оцінку поширеності захворювань. На кінець 2018 року встановлено, що із загальної кількості екстраваніальної патології у вагітних 1676 випадків із захворюваннями ССС; відповідно за 2017 рік – 1699, за 2016 рік – 1925, 2015 –

1857. Найчастіше зустрічалися такі вроджені та набуті вади: ДМПШ (26), не зрощення Боталового протоку (10) і т.д. При оцінці стану вагітних встановлено, що лікування, яке вони отримували має позитивний ефект. Лікування не має негативного впливу на плід. Після проведення оперативних втручань на базі НІССХ ім. М.М. Амосова під час вагітності було попереджено розвиток ускладнень. У всіх випадках рекомендувалося проводити родорозрішення методом кесарського розтину. 3. В якості одного із методів профілактики розвитку материнських ускладнень, слід відзначити не лише планування вагітності, але і раннє (пренатальне) діагностування ВВС та корекція після народження.

В.В. Лагода, І.О. Гайченя

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ ПРИ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОМУ ЗАПЛІДНЕННІ**

Кафедра акушерства та гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к.м.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Після першого вдало проведеного екстракорпорального запліднення у 1978 році цей метод став дуже широко використовуватися. Інколи метод екстракорпорального дослідження є єдиною надією завагітніти жінці. Показами для екстракорпорального запліднення з боку жінки є безплідність (абсолютна трубна, ендокринна, обумовлена анатомічною будовою, відсутністю або функціональною яєчників, нез'ясованого генезу, ендометріоз, тощо). Оскільки успішне народження живої дитини при використанні екстракорпорального запліднення в середньому складає лише 27%, важливим є виявлення особливостей перебігу вагітності і пологів і врахування їх для покращення результатів успішного народження дитини.

**Мета:** проаналізувати історії хвороб та виявити особливості перебігу вагітності і пологів у жінок з екстракорпоральним методом запліднення та порівняти їх з такими при природному заплідненні.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз 15 індивідуальних карт вагітної та породиллі жінок, яким було проведено екстракорпоральне запліднення, що перебували на лікуванні у ВМКПБ № 2 м. Вінниця, Україна за 2016-2018 р.р.

**Результати.** В ході дослідження був проведений аналіз перебігу вагітності і пологів. Виявлено, що для вагітних з екстракорпоральним заплідненням під час вагітності додатково призначали гормональні препарати для контролю гормонального фону жінки у першому і другому триместрі. Перебіг пологів не відрізняється від пологів при природному заплідненні, але наявні ускладнення пов'язані з великим віком породиль. Найчастіше метод екстракорпорального запліднення використовувався при трубному безплідді.

**Висновки.** Перебіг вагітності і пологів при екстракорпоральному заплідненні і природному заплідненні майже не відрізняється, але при екстракорпоральному заплідненні є певні особливості, в основному пов'язані з причиною безплідності. Від початку вагітності потрібно здійснювати підтримку медикаментозною терапією і частіше використовувати лабораторні та інструментальні методи контролю за станом матері та плода.

Є. В. Логінова

## **ПРОФІЛАКТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ВАГІТНИХ ПІЗЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

Кафедра акушерства і гінекології №2

О.О. Мазченко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна



**Актуальність:** В наш час випадки народження дітей від матерів пізнього репродуктивного віку стають все частішими. У вагітних цієї групи існує ряд соматичних захворювань, при яких можуть виникати різні гестаційні ускладнення. Найчастішими з них є невиношування вагітності, істміко-цервікальна недостатність і плацентарна дисфункція (ПД).

**Мета:** Дослідити основні ланки патогенезу та способи попередження виникнення ПД у вагітних пізнього репродуктивного віку.

**Матеріали і методи:** Опрацьовано сучасні літературні джерела, що містять інформацію про етіологію, патогенез, діагностику та лікування ПД у вагітних пізнього репродуктивного віку.

**Результати:** Було проведено вивчення ефективності дії препарату шляхом порівняння частоти виникнення ускладнень ПД в 2 групах. В обстеженні взяли участь 118 вагітних 18-43 років в 22-26 тижні вагітності. Всі пацієнтки були розділені на 3 групи. У дві перші групи - основну (48 вагітних) та порівняльну (40 вагітних) - увійшли жінки пізнього репродуктивного віку (35-43 роки). Ці дві групи розрізнялися за принципом лікування ПД. Для профілактики гемореологічних порушень пацієнткам I групи призначався препарат Сулодексид по 600 ЛО (2,0) в / м 1 раз в день 10 днів з подальшим переходом на пероральний прийом по 250 ЛО двічі на добу. З тією ж метою жінки II групи отримували інфузії 5 мл Трентала через день з подальшим переходом на пероральний прийом препарату впродовж 30 днів. Третю контрольну групу склали 30 соматично здорових жінок у віці 18-34 років з неускладненим перебігом вагітності. До проведення терапії при оцінці стану кровообігу в системі «мати-плацента-плід» відзначалося порушення матково- і/або фетоплацентарного кровотоку у 35 (72,9%) вагітних I групи, у 28 (70%) II групи і тільки у 1 (3,3%) вагітної III групи. При цьому затримка внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) плода в I групі спостерігалася у 14 (29,2%) пацієнток: у 12 (25%) - ЗВУР I ступеня і у 2 (4,2%) - II ступеня. У II групі ЗВУР зареєстрована у 12 (30%) вагітних: відповідно ЗВУР I і II ступеня - у 11 (27,5%) і 1 (2,5%). У контрольній групі фетометричні показники плодів відповідали гестаційній нормі. За даними КТГ-ознаки компенсованої гіпоксії плода в I групі зареєстровані у 24 (50%) жінки, субкомпенсованої - у 2 (4,2%). У II групі ці показники склали відповідно 17 (42,5%) і 1 (2,5%). У вагітних III групи ознак гіпоксії плода не виявлено. Після лікування порушення матково-або фетоплацентарного кровотоку в I групі вагітних зареєстровано у 21 (43,8%) жінки, в II групі - у 21 (52,5%). ЗВУР I ступеня в I групі виявлена у 5 (10,4%), в II групі - у 6 (15%) пацієнток. КТГ-ознаки гіпоксії плода визначені після лікування в I групі у 8 (16,7%), в II - у 7 (17,5%).

**Висновок:** Отриманні дані дозволяють зробити висновок, що профілактика ПД у вагітних пізнього репродуктивного віку Сулодексидом виявилась ефективнішою, ніж профілактика Тренталом. Отже, застосування Сулодексида може запобігти виникненню ЗВУР плода.

М.О.Лук'яненко, Ю.Р.Кузьменко

## **ПРЕЕКЛАМПСІЯ І РИЗИК РОЗВИТКУ ДЕМЕНЦІЇ НА ПОДАЛЬШИХ ЕТЕПАХ ЖИТТЯ**

Кафедра акушерства і гінекології № 2

О.О. Мазченко (асистент)

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

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** дослідження даної теми актуальні для нас тим, що преєклампсія є досить поширеним явищем не тільки на території України, а й за її межами, але наслідки даної патології не досліджені на належному рівні.

**Мета:** метою даної роботи є вивчення взаємозв'язку між преєклампсією і розвитком деменції на подальших етапах життя, а також залежність між початком судинної деменції і терміном вагітності, при якому виникла преєклампсія.

**Методи і матеріали:** для висвітлення даного питання використовувались публікації Pubmed, Medscape, BMJ. Для оцінки залежності використовували регресійну модель Кокса(математична модель залежності

функцій від незалежних факторів).

**Результати:** у вагітних з гіпертензивними розладами в анамнезі спостерігаються ознаки когнітивних порушень та атрофії головного мозку після перенесеної прееклампсії, як через короткий час після неї, так і десятиліттями потім. Ген STOX1, наявність якого збільшує сприйнятливості до прееклампсії, надекспресується при хворобі Альцгеймера. В результаті проведеного аналізу інформації можна стверджувати, що жінки (когорта 1178005 жінок) з прееклампсією в анамнезі мали більш, ніж в три рази вищий ризик розвитку судинної деменції (відношення ризиків 3.46, 95% довірчий інтервал від 1.97 до 6.10), в більш пізньому віці, в порівнянні з жінками без прееклампсії в анамнезі. Зв'язок із судинною деменцією був сильнішим при розвитку прееклампсії в пізніх термінах вагітності (відношення ризиків 6.53, 2.82 до 15.1), ніж при ранньому початку захворювання (2.32, 1.06 до 5.06) ( $P=0,08$ ). Зв'язок між прееклампсією в анамнезі і деменцією залишався сильним і статистично значущим.

**Висновки:** отже, серцево-судинні захворювання, артеріальна гіпертензія і діабет навряд чи могли опосередковано вплинути значною мірою на розвиток деменції, при тому, що прееклампсія і судинна деменція мають спільні ланки патогенезу. Детальне вивчення історії пологів жінок з прееклампсією може допомогти лікарям визначити групи ризику вагітних, яким може бути корисний скринінг на ранні ознаки патології, щоб здійснювати превентивні заходи на ранніх термінах вагітності.

Т.І. Плазовський, О.Ю. Бабійчук, О.В. Качуровська, Л.В. Прядко  
**ВАГІТНІСТЬ ПРИ ХРОНІЧНІЙ НВВ-ІНФЕКЦІЇ З ВИСОКИМ ВІРУСНИМ  
НАВАНТАЖЕННЯМ**

Кафедра акушерства і гінекології №1

Н. А. Годлевська (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Згідно даних організації AASLD у світі налічується близько 250 мільйонів хворих з хронічним гепатитом В. Щороку внаслідок ускладнень хронічної НВВ-інфекції помирають 780 000 пацієнтів. Протягом останнього часу значно зросла кількість вагітних жінок з НВВ-інфекцією. Ризик вертикальної передачі вірусу від HBsAg та HBeAg позитивної матері до дитини під час пологів становить 70-90% і прямо пропорційний вірусному навантаженню. Кожна четверта інфікована дитина помирає передчасно від ГЦК або цирозу печінки. З них більшість - не мають клінічних проявів аж до початку цирозу або кінцевої стадії печінкової недостатності.

**Мета:** Розглянути клінічний випадок вагітної жінки з хронічною НВВ-інфекцією та високим вірусним навантаженням; оцінити ефективність рекомендованої терапії.

**Матеріали та методи:** Аналіз сучасних гайдлайнів AASLD, аналіз карти диспансерного спостереження пацієнтки А., яка перебувала на обліку у гепатологічному центрі інфекційного відділення Вінницької МКЛ №1.

**Результати:** У 2015 році після підтвердження діагнозу хронічної НВВ-інфекції пацієнтці А., 36 р., (DNA HBV  $1.4 \cdot 10^7$  МО/мл) за показами була призначена противірусна терапія пегінтерфероном тривалістю 48 тижнів. Через рік терапія була припинена, DNA HBV в крові не було виявлено. Пацієнтка повідомила про бажання мати дитину. Вона була проінформована, що в перші шість місяців після припинення інтерферотерапії вагітність протипоказана і дотримувалась даних рекомендацій. На 24 тижні вагітності в рамках скринінгу було виявлено високе вірусне навантаження –  $>1.7 \cdot 10^8$  копій ДНК вірусу. Їй була призначена противірусна терапія тенофовіром у дозі 300мг/добу per os з 28 тижня вагітності і до 3 місяців після пологів для достовірного зниження ризику перинатальної передачі. Щомісяця проводився контроль ефективності лікування. На 32 тижні DNA HBV був  $7.3 \cdot 10^4$  МО/мл, на

36 тижні –  $1.36 \cdot 10^3$  МО/мл. Через тиждень після пологів пацієнтка пройшла контрольне обстеження і DNA HBV не було виявлено. Протягом 12 годин після народження дитина отримала дозу рекомбінантної вакцини Енджерікс, що містить очищений HBs-Ag для профілактики HBV-інфекції.

**Висновки:** На основі отриманих даних, відмічаємо ефективність проведення адекватної противірусної терапії у жінок з HBV-інфекцією та високим вірусним навантаженням ( $>2 \cdot 10^5$  МО/мл) з 28 тижня вагітності для зниження ризику інфікування дитини при проходженні родових шляхів. Також, вискоефективним заходом для попередження вертикального шляху передачі є введення вакцини Енджерікс, яка містить очищений HBs-Ag, в перші 12 годин після пологів. Варто зазначити, що клініцист повинен забезпечити скринінгове дослідження DNA HBV в крові на 24 тижні у всіх HBsAg-позитивних вагітних, незалежно від результатів попередньо проведених досліджень.

В.В. Савіна

## ЧИННИКИ РОЗВИТКУ РЕТРОХОРІАЛЬНОЇ ГЕМАТОМИ У ВАГІТНИХ

Кафедра акушерства та гінекології № 1

Г.В. Чайка (д.мед.н., професор)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Одним із важливих аспектів невиношування вагітності є ретрохоріальні гематоми, а вагінальна кровотеча в I триместрі зустрічається у 25% жінок і асоційована з ранніми втратами вагітності у високому відсотку випадків. При цьому ретрохоріальна гематома є найпоширенішою причиною, пов'язаною з кровотечею в I триместрі, зустрічаючись у 3-22% випадків від усіх вагітностей. В загальній акушерській популяції частота ретрохоріальних гематом коливається від 1,3 до 3,1%, складаючи близько 18% всіх випадків кровотеч у I триместрі. Від 8,9 до 23,78% вагітностей з ретрохоріальними гематомами завершуються викиднем. У разі ж пролонгування вагітності підвищується ризик розвитку материнських і неонатальних ускладнень: передчасних пологів, затримки внутрішньоутробного розвитку плода, відшарування плаценти, прееклампсії тощо. Тому важливо мати уявлення про те, які фактори можуть зумовити розвиток ретрохоріальної гематоми та вживати за можливості відповідних заходів для попередження її утворення.

**Мета.** Дослідити анамнестичні дані вагітних з ретрохоріальними гематомами та виявити чинники, що могли стати причиною її розвитку.

**Матеріали та методи.** Проведено комплексне обстеження вагітних жінок з ретрохоріальними гематомами на базі Вінницького міського клінічного пологового будинку № 1. Обстеження вагітних та подальше спостереження за пацієнтками здійснювалося протягом 3 років (2016 – 2018 рр.).

**Результати:** Щороку на базі ВМКПБ №1 на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні перебуває близько 2000 хворих. З них 53% жінок лікуються з приводу загрози переривання вагітності. У 20% вагітних причиною розвитку загрози викидня є утворення ретрохоріальної гематоми. Нами було встановлено, що у 23,5% жінок причиною виникнення загрози викидня могло бути перенесена ГРВІ на ранніх термінах вагітності; у 23,2% - оперативні втручання в анамнезі; у 20,0% жінок було виявлено запальні захворювання жіночих статевих органів; у 17,0% - вегетосудинна дистонія; у 16,3% - хронічні гастрити та гастродуоденіти; у 14,6% - кісти яєчників; у 14,0% - міопія різних ступенів важкості та хронічний цистит; у 12,0% - хронічний пієлонефрит; у 11,8% - вроджені вади серця вагітних; у 11,6% - міома матки, хронічний бронхіт і варикоз нижніх кінцівок; у 11,0% - сечокам'яна хвороба.

**Висновки:** Нами було встановлено, що серед усіх чинників розвитку ретрохоріальних гематом найбільший відсоток складають ГРВІ під час вагітності. Поряд з цим важливу роль відіграють генітальні захворювання (міома матки та кісти яєчників) та екстрагенітальна патологія, що необхідно враховувати при плануванні вагітності. Висока частота акушерських та перинатальних ускладнень при різних формах патології хоріона на ранніх термінах диктує необхідність більш глибокого вивчення даної

проблеми.

М.О.Сміюха, І.В.Солнишкіна

## **ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ САЛЬПІНГООФОРИТУ В КРАЇНАХ: ПН.АМЕРИКА, КАНАДА, УКРАЇНА, АВСТРАЛІЯ, РОСІЯ**

Кафедра акушерства гінекології № 1

Д.Г.Коньков(,д.мед.н.,проф.)

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

**Актуальність:** Основною проблемою сальпінгофориту є те, що він може перетікати у хронічний процес, з утворенням тубооваріальних абсцесів, піосальпінгіту та піовару. Характеризуються болями в нижніх відділах живота, які можуть іррадіювати в промежину, субфебрильною температурою, ознобом та загальною слабкістю. Як наслідок сальпінгофориту є безпліддя, порушення менструального циклу та сексуальною дисфункцією.

**Мета:** оцінка ефективності та безпечності використання антибактеріальних засобів в різних країнах, таких як: Пн. Америка, Канада, Австралія, Україна, Росія.

**Матеріали та методи дослідження:** Матеріалами дослідження були 50 пацієнток віком від 18 до 45 років із гострим сальпінгофоритом, результати лікування яких порівнювали із даними закордонних досліджень. Групи були підібрані за віком, основними даними акушерського, гінекологічного і соматичного анамнезу.

**Результати:** За нашими спостереженнями клінічних даних говорить про те, що в стані легкої і середньої тяжкості до лікування перебували відповідно 25 (50,0%) і 25 (50,0%) хворих із гострим сальпінгофоритом. Основною скаргою пацієнток із сальпінгофоритом був біль, підвищення температури тіла, озноб, дифузні явища які були наявні у всіх обстежених пацієнток. З них 40 (80,0%) хворих вказували на наявність іррадіації болю в нижні кінцівки і пах. Підвищення температури тіла – у 100%; тахікардія у 30 (60,0%) хворих. Більш ніж у половини пацієнток обох груп відзначали дизурічні явища, що свідчить про мікробну колонізацію і запальний процес і в сечовидільній системі. Скарги на наявність болючих менструацій були у 70% хворих, що може бути непрямим свідченням наявності спайкового процесу в малому тазі.

**Висновки:** Ретроспективно оцінені історії хвороби 50 пацієнток віком від 18 до 45 років. Ефективність лікування яких було виявлено антибактеріальними препаратами. Критеріями виключення були захворювання, що передаються статевим шляхом. Статистично оцінювали пацієнток, що видужали і ті, що більше не звертались за допомогою.

А. А. Сотник

## **ПЕРВИННА ДИСМЕННОРЕЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА АКАДЕМІЧНУ УСПІШІСТЬ**

Кафедра акушерства і гінекології №2

О. В. Фурман (к. м. н., доц.)

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

**Актуальність:** Первинна дисменорея є найбільш поширеною скаргою серед молодих жінок і однією з соціальних проблем у світі. Симптоми дисменореї значно погіршують якість життя і є однією з ведучих причин тимчасової непрацездатності. Наприклад, у США щорічно приблизно 600 мільйонів робочих годин втрачається внаслідок первинної дисменореї. В Україні більшість дівчат і їх батьків не розглядають дисменорею як захворювання, а тому не звертаються до лікаря, навіть якщо вона значно обмежує їх.

Висока поширеність захворювання і його медико-соціальне значення є важливими аргументами ретельного вивчення цієї проблеми.

**Мета:** Висвітлити поширеність захворювання, вплив на академічну успішність і якість життя серед студенток раннього репродуктивного віку.

**Матеріали і методи:** Сформовано дві дослідницьких груп 20-річних студенток без гінекологічних і хронічних захворювань: I група — студентки ВНМУ ім. М. І. Пирогова (25 жінок) та II група — студентки ВДПУ ім. М. М. Коцюбинського (25 жінок). Були застосовані методи: анкетування, статистичний. Інтенсивність болю при дисменореї була оцінена за допомогою візуально-аналогової шкали.

**Результати:** Серед I групи наявність дисменореї відмічають 90%, з них 60% зазначають інтенсивність вище 5 за ВАШ, 30% вказують на зниження ефективності навчання на 50% і більше, 40% пропускали пари через дисменорею, 40% відмічають зниження якості життя більше ніж на 50%, інші симптоми, крім болю (головний біль, нудота, запори, діарея, прискорене сечовипускання) відмічають 50% опитуваних. Серед II групи наявність дисменореї відмічають 100%, з них 60% зазначають інтенсивність вище 5 за ВАШ, 40% вказують на зниження ефективності навчання на 50% і більше, 60% пропускали пари через дисменорею, 50% відмічають зниження якості життя більше ніж на 50%, інші симптоми, крім болю (головний біль, нудота, запори, діарея, прискорене сечовипускання) відмічають 50% опитуваних.

**Висновок:** Отже, первинна дисменорея є більш поширеною серед студенток університетів ніж у загальної популяції за літературними даними. Вона має значний негативний вплив на академічну успішність і якість життя, і тому потребує медичної уваги.

В. А. Тростенюк, Н.А. Хвещук, Л.А. Хвещук, О.В. Качуровська

### **ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПСИХОЗ**

Кафедра акушерства №2

С.А. Тарасюк (доц., к. мед. н.)

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

**Актуальність:** Післяпологовий психоз (ПП) - рідкісна, мультифакторіально обумовлена патологія, яка несе в собі потенційно великий ризик виникнення небезпечних наслідків. Разом з тим, кожен спеціаліст повинен мати базис знань для вчасної діагностики та профілактики даного стану. За даними ВООЗ та більшості науковців в популяції населення відзначається коливання в межах від 6-10 або 10-50 випадків на 10 тис. населення.

**Мета:** звернути увагу на проблематику виникнення ПП у жінок фертильного віку та підвищити обізнаність лікарів акушер-гінекологів та спеціалістів інших ланок, для створення необхідного запасу знань в їхній повсякденній практичній діяльності.

**Матеріали та методи:** проведено аналіз новітніх джерел відповідно тематиці, використано базу протоколів, статей вітчизняних та закордонних авторів.

**Результати:** ПП - важкий психічний розлад, що виникає в породіллі внаслідок порушення регуляції нервової системи її когнітивних функцій, гормональної перебудови організму жінки, ускладнення після або під час настання пологів. Найбільш схильною когортою до розвитку ПП - жінки, в анамнезі яких відмічалися психічні розлади, а також молоді мами з діагнозом шизофренія, та ті породіллі, що вживали наркотичні речовини. На противагу тому, психоз може з'явитись у абсолютно здорових матусь, які зазнали емоційного стресу після народження дитини.

ПП зазвичай передбачає відсутність адекватної оцінки жінкою свого стану, а тому перші хто помічає зміни - близькі люди, родичі. Синдромологічно проявляється абулією, маніакальним, або на противагу йому, депресивним синдром. В переважній більшості психози проявляються галюцинаціями, сповільненням мислення, наявністю нав'язливих ідей і уявлень, що не мають реальних підстав. Епопейним станом, на жаль, являються суїцидальні спроби самої матері і, до того ж, альтруїстичні

вбивства, або надтурбота за своїм чадом чи повна байдужість до нього та оточуючих. Повна відстороненість, острах оточуючих, перевернуті бажання, заподіяння шкоди та отримання задоволення від цього.

**Висновки:** підсумовуючи весь накопичений досвід десятилітньої наукової практики, а також на базі власних обґрунтувань та переконань акцентуємо увагу на потенційній настороженості лікарів, для вчасного розпізнавання та купування розладу, убезпечення життя новонародженого, самої породиллі та її близьких.

О.В. Чемеринська, В.М. Кравчук

## СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПАТОЛОГІЮ ЦНС ВВР. СПИННОМОЗКОВА КИЛА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.О. Мазченко (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Спинальні дизрафії (Spinabifida) — група вроджених вад розвитку, що виникають у результаті дефекту формування нервової трубки і призводять до порушення розвитку спинного мозку та хребта. Для дітей з даною патологією характерна клініка, що проявляється неврологічними розладами різного ступеня тяжкості та призводить до порушення функцій опорно-рухового апарату та поліорганноїдисфункції.

**Мета робити:** Узагальнити літературні дані про етіологію, патогенез, клініку, діагностику, лікування та профілактику даної вродженої вади розвитку. Розбір клінічного випадку.

**Матеріали:** Вивчення матеріалів монографій, статей у наукових фахових журналах за останні 10 років та електронних бібліотеках, наведено клінічний випадок з практики.

**Результати:** Спинальний дизрафізм – одна з поширених вроджених аномалій розвитку, що виникає внаслідок порушення процесу закриття нервової трубки. За структурою виділяють відкриті та приховані форми спинального дизрафізму. У свою чергу, у разі відкритого розщеплення хребта виділяють: менінгоцеле та мієломенінгоцеле. Менінгоцеле – розщеплення хребта з випинанням дефект твердої мозкової оболонки, але без залученнянервових структур.

Менінгомієлоцеле – розщеплення хребта іззалученням в кильовий мішок оболонок, спинного мозку і йогокорінців. Клінічні симптоми спинномозкових гриж залежать від їх виду. Так, перебіг менінгоцеле нерідко безсимптомний або без вираженої неврологічної симптоматики. Менінгомієлоцеле проявляється нижнім парапарезом чи паралегією, тазовими розладами, деформацією нижніх кінцівок. У 80 % випадків spinabifida поєднується з мальформацією Кири. Spinabifida має генетичну схильність, були виділені певні мутації в гені VANGL1 в родинах із дефектами нервової трубки. У разі обстеження жінки слід звернути увагу на наявність в анамнезі завмерлої вагітності, викиднів, передчасних пологів, прийом фолієвої кислоти. З основних методів діагностики використовують: ультразвукове дослідження, магнітно-резонансну томографію, визначення альфа-фетопротеїну у вагітної.

Лікування передбачає хірургічну корекцію дефекту хребта та супутніх уражень центральної нервової системи, лікування неврологічних, урологічних, ортопедичних ускладнень. З метою профілактики рекомендують всім жінкам, здатним завагітніти, вживати 400 мкг фолієвої кислоти щоденно. Для детального розбору даної теми було розглянуто клінічний випадок ВВРЦНС.

**Висновок:** Оскільки спинальний дізрафізм виникає з частотою в середньому від 1:300 до 1:2000 новонароджених і призводить до значних інвалідизуючих наслідків, то важливою є оптимізація пренатальної та постнатальної діагностики, лікування та профілактики зазначеної вади.

## АНАЛІЗ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Кафедра акушерства та гінекології № 1

О.А. Таран (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Депресія під час вагітності – це стан, при якому на тлі нормального розвитку плода у жінки з'являється постійний поганий настрій, все бачиться в похмурих фарбах, абсолютно втрачається радість життя. Вагітна жінка стає дратівливою, її перестає цікавити навколишнє життя, вона постійно про щось тривожиться і турбується. Емоційні, гормональні та фізичні зміни в організмі, які відбуваються в цей період, можуть викликати смуток, розгубленість, страх і, можливо, навіть озлобленість і агресивність. Більшість жінок з часом справляються з цими емоційними проблемами, але у деяких вони не тільки не проходять, а й посилюються, набуваючи форми материнської депресії. Численні дослідження показують, що депресія є одним з найпоширеніших ускладнень, як під час вагітності (так звана пренатальна депресія), так і протягом одного року після неї (або післяродова депресія). Депресивні розлади у вагітних мають негативний вплив на стан здоров'я майбутньої матері і внутрішньоутробний розвиток плода, що може призвести до появи ускладнень під час вагітності. Внаслідок різноманітних причин появи депресії можливі такі наслідки впливу на плід, як схильність до депресії і неврозів, синдром дефіциту уваги і гіперактивності, знижена самооцінка і образливість, агресія.

**Мета.** Провести аналіз депресивних розладів у вагітних за «Шкалою депресії».

**Матеріали та методи.** Було проведено анкетування 43-х пацієток, які спостерігалися з приводу вагітності у жіночій консультації ВМКПБ № 1 за «Шкалою депресії». Враховувалися наступні відчуття вагітної: страждання від безсоння, відчуття суму, відчуття, що все виконується через силу, відчуття зниження енергії, переживання почуття самотності, сприйняття майбутнього безнадійним, не отримування задоволення від життя, відчуття, що в житті немає сенсу, відчуття, що все радісне зникло з життя, відчуття себе пригніченою, навіть знаходячись із сім'єю та друзями. Анкетування проводилося у період з грудня 2018 по лютий 2019 за 10 критеріями депресії і проаналізовано відповіді, обрані від 1-го до 3-ох балів в залежності від інтенсивності вираженості певних симптомів.

**Результати.** Вік опитаних вагітних становив від 23 до 38 років. Перша вагітність була у 17 жінок, друга- у 13, третя- у 10, четверта-у 3 жінок. У всіх пацієток була вагітність одним плодом з терміном вагітності 6 - 41 тиждень. При аналізі анкетних даних встановлено, що найчастіше на депресивні розлади страждають вагітні з терміном вагітності 32-38 тижнів, віком 25-30 років, з 2-3 вагітністю, що перетікає з ускладненнями.

**Висновок.** Депресивні розлади зустрічаються частіше у жінок старшого віку, з повторними ускладненими вагітностями. Це може мати негативний вплив не лише на здоров'я вагітної, але й на стан розвитку плода, порушення у формуванні особистості в майбутньому.

О.В. Юрій, Т.О. Зайцева, М.В. Писарцова, І.О. Гайченя

## ПЕРЕВАГИ МЕТОДУ ПОСТАНОВКИ ПЕСАРІО У ВАГІТНИХ ЗІ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ

Кафедра акушерства і гінекології №2

О.О. Мазченко (асист.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Незважаючи на підвищення якості надання акушерської допомоги, частота невиношування вагітності не має тенденції до зниження. Передчасні пологи (ПП) можуть бути спонтанні або в результаті раннього стимулювання пологової діяльності, проведення кесаревого

розтину. Причинами ПП: вік матері <18 років або >35 років, паління, психологічні стреси, високий або низький показник індексу маси тіла, неадекватність антенатального нагляду. Серед клінічних чинників: вкорочення шийки матки, передчасні пологи в анамнезі, короткий інтервал між вагітностями, бактеріальний вагіноз, операції на жіночих статевих органах, аномалії матки, багатоплідна вагітність, хронічні захворювання, невідкладні акушерські стани, генетичні дефекти, тромбофілії та антифосфоліпідний синдром.

**Мета:** Дослідити особливості перебігу та лікування загрози передчасних пологів у вагітних зі звичним невиношуванням.

**Матеріали і методи:** Аналіз даних 60 карт стаціонарних вагітних за період 2018-2019 рр. віком від 18-43 років, яких було госпіталізовано до ВОКЛ ім. М.І. Пирогова до гінекологічного відділення та відділення патології вагітності. Проведено статистичну оцінку отриманих результатів дослідження..

**Результати:** По результатах проведеного дослідження виявлено, що у 27 (45%,  $45 \pm 0,96$   $p < 0,05$ ) жінок вагітність була першою, друга вагітність була у 11 (18%,  $18 \pm 1,17$   $p < 0,05$ ) жінок, та для 22 (37%,  $37 \pm 1,03$ ,  $p < 0,05$ ) пацієнток вагітність була третьою і більше. Відповідно акушерському анамнезу у 14 (23%,  $23 \pm 1,14$   $p < 0,05$ ) жінок був один штучний аборт, 5 (8%,  $8 \pm 1,24$   $p < 0,05$ ) жінок перенесли мимовільні викидні, 4 (7%,  $7 \pm 1,25$   $p < 0,05$ ) жінки – позаматкові вагітності, 9 (15%,  $15 \pm 1,2$   $p < 0,05$ ) жінок мали в анамнезі передчасні пологи. Під час вагітності 8 (13%,  $13 \pm 1,47$   $p < 0,05$ ) жінок отримували токолітики, 7 (12%,  $12 \pm 1,22$   $p < 0,05$ ) – препарати заліза, 5 (11%,  $11 \pm 1,22$   $p < 0,05$ ) – антибіотики, уроантисептики, 3 (5%,  $5 \pm 1,26$   $p < 0,05$ ) – гіпотензивні, 2 (3%,  $3 \pm 1,28$   $p < 0,05$ ) – низькомолекулярні гепарини та дезагреганти та 1 (1,6%,  $1,6 \pm 1,29$   $p < 0,05$ ) жінка використовувала вагінальні антисептики. 13 (22%,  $22 \pm 1,14$   $p < 0,05$ ) жінок впродовж гестації отримували гормональну терапію: гестагени, глюкокортикоїди, інсулін та препарати щитоподібної залози. 60 вагітних було розділено на 2 групи. Терміни гестації від 18 до 33 тижнів вкороченням шийки матки ( $\leq 25$  мм). У групі №1 (n=42) (контрольній) застосовувалась вичікувальна тактика, використовувались утрожестан в таблетках та вібурколові свічі ректально, у групі №2 додатково застосували інсталяцію песарію (n=18). Спонтанні передчасні пологи в терміні до 34 тижнів гестації відбулися у 7 (12%,  $12 \pm 1,22$   $p < 0,05$ ) жінок з контрольної вичікувальної тактики, та у групі з песарієм передчасних пологів не було.

**Висновок:** Отже, у вагітних жінок при довжині шийки матки 25 мм або менше 18-33 тижні вагітності додаткове встановлення песарію попереджує передчасні пологи на 100%, порівняно з використанням вичікувальної тактики із застосуванням гормональних препаратів.

З.В. Яцишина

## Етіопатогенетичне лікування гіпертензивного синдрому у жінок з прееклампсією

Кафедра акушерства та гінекології №1

А.П. Дністрянська (доц. к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Прееклампсія яка ускладнює перебіг вагітності є однією із причин загибелі новонароджених та може бути причиною смерті вагітних. Тому ефективне етіопатогенетичне лікування прееклампсії під час вагітності та пологів запобігає розвитку ускладнень

**Мета:** порівняти принципи дії гіпотензивних препаратів та обґрунтованість їх застосування в акушерстві при прееклампсії.

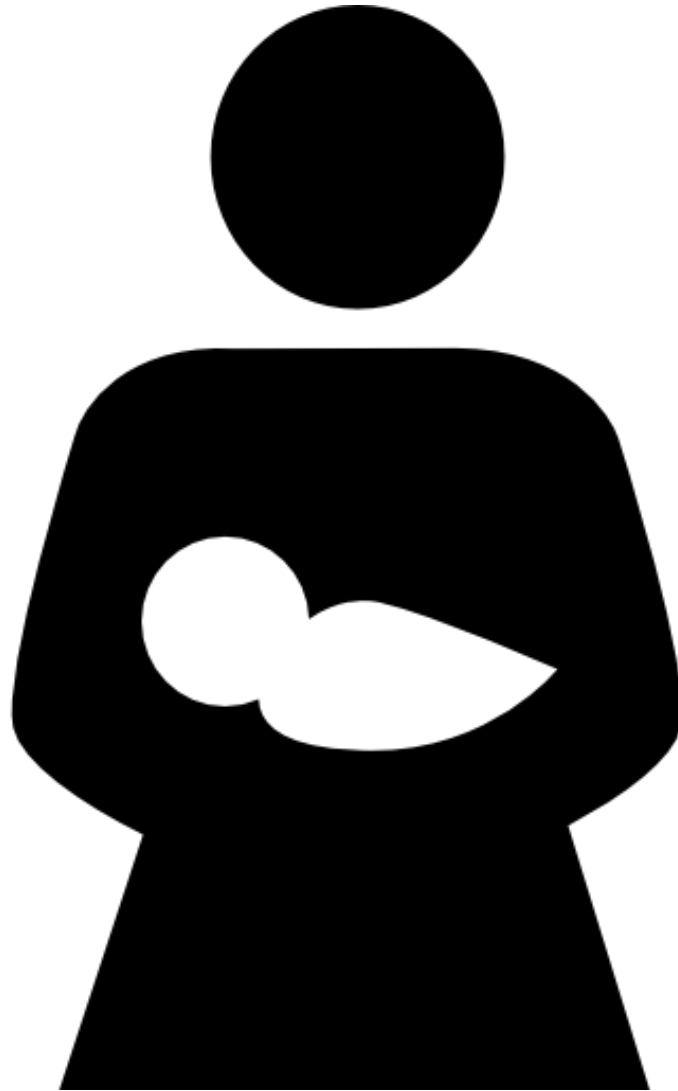
**Матеріали і методи:** Для оцінки стану жінок з прееклампсією під час вагітності та для визначення ефективності та безпечності застосованих гіпотензивних препаратів використовували метод вимірювання АТ ( за Коротковим), дані добової протеїнурії активності печінкових ферментів: АЛТ, АСТ, показники рівня креатиніну та сечовини.



**Результати:** Застосування Метил Допа в дозі 250 мг призводить до зниження АТ. Це зумовлено впливом препарату на судинно-рухові (регулюючі тонус судин) центри головного мозку, що знижує периферичний опір судин. У вагітних з епітеліальною дисфункцією це призводить до зниження діастолічного АТ. Застосування ніфедипіну знижує тиск за рахунок селективної блокади кальцієвих каналів на рівні клітин, внаслідок чого скоротливість м'язів судин зменшується, знижується тонус судин, зменшується периферичний судинний опір, знижується АТ.

**Висновки :** Препарати гіпотензивної дії : Метил Допа та ніфедипін, має виражену гіпотензивну дію. Через вплив на судинно-руховий центр та блокаду кальцієвих каналів.

# ПЕДІАТРІЯ



# PEDIATRICS

Т. П. Березівська  
ЛІКУВАННЯ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ: ОПТИМІЗАЦІЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ  
Кафедра педіатрії №2  
В.М.Дудник (д.мед.н., проф.) Н.І. Сінчук (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
Вінниця, Україна

**Актуальність:** Позагоспітальна пневмонія є однією з найпоширеніших інфекцій у дітей з щорічною захворюваністю від 34 до 40 випадків на 1000 дітей у Європі та Північній Америці. Так, від пневмонії щорічно помирає близько 1,8 млн. дітей. За статистикою Міністерства охорони здоров'я України на позалікарняні пневмонії в Україні щорічно хворіє біля 80 000 дітей. Найбільша частота виникнення пневмонії - у наймолодших пацієнтів, з поступовим зменшенням захворюваності із зростанням віку. Вивчення ефективності лікування пневмоній є вельми важливим для розуміння раціонального призначення протимікробних засобів та профілактики антибіотикорезистентності.

**Мета:** Удосконалення лікування пневмонії у дітей 3-6 років шляхом оцінки ефективності лікування антибіотиками першої лінії.

**Матеріали та методи:** ретроспективно проаналізовані данні 100 історій хвороб дітей віком 3-9 років хворих на позагоспітальну сегментарну/полісегментарну пневмонію, що перебували на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні ВОДКЛ з січня 2017 р. по грудень 2018 р.

**Результати:** 1. В більшості випадків лікарі на дільниці (53%) та чергові лікарі (76%) приймального відділення ВОДКЛ призначали антибіотики групи цефалоспоринів. 2. При стартовій антибіотикотерапії пеніцилінами, симптоми пневмонії зменшувались вже на 2-гу добу в  $16\% \pm 3,67\%$  в групі дітей віком 3-6 років та у  $18\% \pm 3,84\%$  дітей 7-9 років. В той час, як в групі, де стартова терапія починалась з цефалоспоринів – на 4-у добу (3-6 років) та 5 добу (7-9 років). Середній час перебування в стаціонарі становив  $7.7 \pm 0.65$  днів пацієнтів 3-6 років та  $7.32 \pm 0.94$  днів дітей 7-9 років, які отримували пеніциліни. В групі пацієнтів, які лікувалися цефалоспоринами, середня тривалість перебування в стаціонарі становила  $9.74 \pm 0.76$  днів у дітей віком 3-6 років та  $10.6 \pm 1.33$  днів у пацієнтів віком 7-9 років.

**Висновки:** з метою оптимізації лікування пневмонії у дітей 3-9 років надавати перевагу групі пеніцилінів в якості стартової антибіотикотерапії.

Т.П. Березівська, Я.С. Скоробогач, М.Р. Тарасова  
**МІСЦЕ ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**  
Кафедра педіатрії №2  
Н.І. Сінчук (к.мед.наук, доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Орфанні захворювання – це рідкісні хвороби, що загрожують життю людини та постійно прогресують, ведуть до інвалідизації пацієнта та скорочення тривалості його життя, поширеність яких у віті в середньому складає 1:2000. Поширеність орфанних хвороб відрізняється в різних країнах: в США цей показник становить 1 : 1 500, в Європі - 1 : 2 000, в Україні - 1 : 2 000, в Японії - 1 : 50 000. Востанні роки в світі спостерігається збільшення кількості орфанних захворювань (близько 8 тисяч), в той час як ці захворювання мають значні труднощі в діагностиці, а саме в тому, що від перших проявів захворювання до постановки діагнозу проходять роки. Водночас, вони потребують своєчасного високоякісного лікування, за відсутності якого, професійна активність та порушується їхня соціальна адаптація. За даними EURORDIS, більше половини рідкісних захворювань починають проявлятися у ранньому дитячому віці, в 65% випадків мають важкий перебіг з подальшою інвалідизацією, в 50% – несприятливий прогноз для життя, в 35% випадках призводять до смерті протягом 1-го року життя, в 10% – у дітей 1-5 років, в 12% – в 5-15 років.

**Мета:** покращити діагностику пацієнтів з орфаними захворюваннями.

**Матеріали та методи:** ретроспективно проаналізовані дані історій хвороб пацієнтів з орфаними захворюваннями, що супроводжуються гепатолієнальним синдромом, а саме: мукополісахаридоз 2-го типу, синдром Німана–Піка та хвороба Гоше.

**Результати:** пацієнт з МПС 2 типу спостерігається у ВОДКЛ з 5 місяців (перший огляд педіатра, потім – ортопеда, вертебролога, торакального хірурга). У віці 9 років був направлений на консультацію до генетика, де при первинному огляді було виявлено кіфоз, ураження клапанів серця, «когтиста лапа», синдром зап'ястного каналу, гепатоспленомегалія. Затримка в постановці діагнозу від перших симптомів склала 9 років. У пацієнта з синдромом Німана-Піка у віці 1 року була виявлена гепатомегалія (+3 см), спленомегалія (+5 см), у віці 1,5 років - затримка фізичного і нервово-психічного розвитку і прогресування гепатомегалії (+7 см). Затримка в розумінні симптомів призвела до постановки діагнозу лише через 1 рік після перших проявів захворювання. У пацієнта з хворобою Гоше на першому році життя спостерігалась гепатомегалія (+3 см). Після 1 року були виявлені анемія, тромбоцитопенія, гепатоспленомегалія (+4 см). В 1,4 роки був виставлений діагноз хвороба Гоше.

**Висновки:** Рання своєчасна постановка діагнозу попереджає інвалідизацію пацієнта, дає змогу якомога раніше розпочати лікування та контроль прогресування симптомів, а також дає шанс на якісне та повноцінне життя.

Беца І.М., Поперечний В.О.

## **ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З БРОНХО-ЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

(О.В. Лисунець к.мед.н. доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Здоров'я дітей є важливим показником загального благополуччя суспільства, а також соціального добробуту та екологічних проблем. Стан здоров'я майбутніх поколінь цілком залежить від створення належних умов для них на рівні сім'ї, дитячого соціуму та суспільства в цілому. У структурі загальної захворюваності дітей патологія органів дихання займає перше місце. Також має місце формування хронічної патології трахео-бронхіального дерева, щонеминуче визначає якість життя маленьких пацієнтів та їх родин, та вимагає інтенсивної терапії в умовах стаціонару. Зокрема, майже половина з усіх дітей, направлених на стаціонарне лікування, мають патологію органів дихання.

**Мета:** оцінити якість життя дітей з бронхо-легеневою патологією за шкалою SF-36.

**Матеріали та методи:** було анкетовано 50 дітей та підлітків із бронхо-легеневою патологією, що знаходились на стаціонарному лікуванні в МЛ «Центрі матері та дитини» м. Вінниця, Україна або були на прийомі чергового лікаря. Для анкетування було використано «Анкету оцінки якості життя SF-36». Після опитування статистичними методами було підраховано достовірність різниці вибірок.

**Результати:** У нашому анкетуванні взяло участь 50 осіб, 30 з них є хлопці (60%), 20 – дівчата (40%). З опитаних - 20 мають хронічну патологію органів дихання і 30 - гостру. Найстаршому - 16 років, наймолодшому – 9 років. Середній вік склав 10,4 роки. Найчастіше пацієнти відзначали такі скарги: кашель, задишка, озноб. 27 дітей оцінили загальний стан свого здоров'я як хороше – 54%; 10 дітей – дуже хороше (20%), 11 як середній – 22% і 2 як важкий – 4%. Упитанні про те, як діти порівнюють стан свого здоров'я з минулим роком з тих дітей, які мають хронічну форму захворювання 8 відмітили, що стан їхнього здоров'я значно покращився (40%), 10 мають такий же стан здоров'я, як і рік тому (50%) і 2 відмічають погіршення стану здоров'я (10%). 28 дітям їхній фізичний і емоційний стани досить заважали проводити час в колах сім'ї, колективу, друзів (56%); 15 дітям взагалі не заважало (30%) і 7 дітям їхні стани заважали проводити час дозвілля (14%). Більшості з опитаних емоційний стан не заважав активно спілкуватись з людьми, що їх оточують.

**Висновки:** Отже, на підставі аналізу даних анкетування за шкалою SF-36, у дітей із бронхо-

легеневою патологією відмічається зниження якості життя, особливо в емоційному плані. На фізичну активність хворих найбільший вплив має ступінь бронхіальної обструкції; на соціальну активність і психічне здоров'я - вираженість основних клінічних проявів захворювань; на показник загального здоров'я - тривалість захворювання, виявлення або динаміка захворювання та рівень матеріального забезпечення. Встановлено, що зниження фізичного і загального здоров'я хворих дітей веде за собою соціальну і психологічну дезадаптацію.

Ю.Ю. Бисага, О.В. Поліщук

## **ВРОДЖЕНІ ВАДИ НИРОК І СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ. ВЧОРА І СЬОГОДНІ.**

Кафедра педіатрії №2

О.О. Добрик (к.м.н., доцент кафедри педіатрії №2)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
м. Львів

**Актуальність:** Навантаження ксенобіотиками в наш час призводить до збільшення частоти вроджених вад в тому числі вад розвитку органів сечової системи.

**Мета:** Дослідити частоту вроджених вад органів сечової системи на даний час та порівняти з даними десятирічної давності.

**Матеріали і методи:** Історії хворіб дітей III педіатричного та урологічного відділень КНП «Львівська дитяча клінічна лікарня м. Львова» за 2018-2019 рр. Застосовувались методи медичної статистики

**Результати:** Зроблено аналіз 375 історій хворіб III педіатричного та урологічного відділень в період з 2018 – 2019р. Серед них виявлено 171 випадків вроджених патологій нирок, в тому числі гідронефроз – 25.7% ( з них 8.7% - уретерогідронефроз), міхурово-мисковий рефлюкс – 15.7 %; гіпоспадія – 9.3%; фімоз - 14.6%; крипторхізм – 9.9%; ; 8.1%- пієлоектазія; 4%- агенезія нирки; 2.7% - гіпоплазія нирок; 2.7% - гідрофуніколоцеле; 2.3%- подвоєння нирок; 2.3%- дистопія нирок; 1.1%- підковоподібна нирка; 1.1% - прихований статевий член; 0.5%- дивертикул сечового міхура. У 87% дітей вади нирок були асоційовані з пієлонефритом. З-поміж усіх випадків лише 7 були ускладнені хронічною нирковою недостатністю.

**Висновки:** Таким чином, вроджені вади зустрічаються в 45.6% дітей. Перше місце серед всіх вад посідає гідронефротична трансформація нирок. Ухлопчиків вади сечової системи зустрічаються в 2 рази частіше, ніж у дівчат. Найчастіше вади сечової системи виявляються у віці 6-12 років.

В.І. Булавенко, О.Г. Басінських

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

О.В. Ониськова (к.мед.н., доц.), Л.О. Ющенко (к.мед.н., доц.)

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

**Вступ:** Ротавірусна інфекція займає велику частину серед інфекційних гастроентеритів у дітей раннього віку. Найчастіше спостерігаються спалахи інфекції в зимово-весняний період. Залежно від рівня розвитку держави існує відмінність між віком інфікування: у країнах з низьким рівнем розвитку переважно хворіють діти до 1 року, тоді як у країнах першого світу — від 2 до 5 років.

Особливістю клінічних змін є важкий перебіг захворювання, що проявляється вираженою інтоксикацією, діарейним синдромом, блюванням, катаральними явищами та ознаками дегідратації.

Для захисту дітей від даного інфекційного агенту розроблені живі оральні атенувані вакцини: Rotarix і RotaTeq. Було доведено, що вони мають тривалу статистично значиму ефективність та добру переносимість. Саме тому, ВОЗ рекомендує вакцинацію для профілактики та контролю ротавірусних інфекцій, а також включення її в усі імунізаційні програми національного рівня.

**Мета:** Вивчення клінічних особливостей перебігу ротавірусної інфекції, принципів діагностики та профілактики даного захворювання.

**Матеріали та методи:** Проведено обстеження 58 дітей із ротавірусним гастроентеритом, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційно-боксованому відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Серед них було 36 хлопчиків (62,06 %) та 22 дівчинки (37,94 %) віком від 7 місяців до 8 років. Усім пацієнтам були проведені загальноклінічні лабораторні та інструментальні методи дослідження. Для верифікації діагнозу ротавірусної інфекції застосовували СІТОТЕСТРОТА. Крім того, аналізували дані карти обліку профілактичних імунізацій і реакцій на щеплення.

**Результати:** Розподіл обстежених дітей з ротавірусною інфекцією за віком: до 1 року — 5 (8,63 %), від 1 до 3 років — 41 (70,69 %), від 4 до 6 років — 6 (10,34 %) та старше 7 років — 6 (10,34 %). Усі діти поступали у стаціонар за терміновими показами у важкому (79,31% дітей) або середнього ступеню важкості стані (20,69%). Оцінка важкості була проведена за Класичною шкалою Васікарі, де середній ступінь важкості ставили при наявності 9-10 балів, важкий – при нарахуванні більше 11 балів. Провідні симптоми ротавірусної інфекції у дітей проявлялися розладами шлунково-кишкового тракту. Діарейний синдром з кратністю випорожнень від 3 до 8 р/добу, тривалістю від 3 до 7 діб, відмічали у 96,55 % хворих. Двох- та чотирьохразове блювання, що тривало від 1 до 2 діб мали 58,62 % дітей. Третина дітей (34,48 %) скаржились на спазмуючий біль у животі, який виникав періодично без чіткої локалізації. Практично в усіх пацієнтів спостерігали фебрильну температуру, відмову від їжі та пиття, млявість, сонливість, неспокій. У 41,37 % пацієнтів відмічали катаральні прояви: закладеність носу, утруднення носового дихання, слизові виділення з носу та помірну гіперемію задньої стінки глотки. Діти в стаціонарі в середньому перебували  $6,31 \pm 2,14$  днів.

За даними карти обліку профілактичних імунізацій і реакцій на щеплення нами було встановлено, що жодна дитина не отримувала профілактичних щеплень від ротавірусної інфекції.

#### **Висновки:**

1. Ротавірусна інфекція у дітей характеризується важкими клінічними проявами з ознаками дегідратації.
2. Найбільшу частку госпіталізованих пацієнтів з ротавірусною інфекцією склали діти до 4 років.
3. Встановлено, що жоден із госпіталізованих пацієнтів не був вакцинований проти даної інфекції, тоді як найбільш ефективним та безпечним методом профілактики є вакцинація.

О. В. Бур'ян

## **МІКРОАЛЬБУМІНУРІЯ ЯК МАРКЕР УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ПЕРВИННІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Кафедра педіатрії №2

О. О. Зборовська (ас., к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Поширеність артеріальної гіпертензії серед підлітків становить від 2,4 до 18 % та у 33 – 42% з них вона зберігається надалі в дорослому віці. Ураження нирок при даному захворюванні розвивається протягом тривалого часу, проте клінічно значимі ознаки цього процесу з'являються при загибелі приблизно половини нефронів. Недосконалість методу дослідження швидкості клубочкової фільтрації для раннього виявлення порушення фільтраційної функції нирок у дітей з первинною артеріальною гіпертензією породжує потребу в пошуку маркерів, для ранньої оцінки функціонального стану ендотелію клубочкового апарату нирок.

**Мета:** Підвищення ефективності діагностики порушення функції ендотелію клубочкового апарату нирок у дітей з первинною артеріальною гіпертензією.

**Матеріали та методи:** Було обстежено 41 підлітка з артеріальною гіпертензією віком від 13 до 17 років (середній вік дітей  $14,88 \pm 1,25$  років.). У контрольну групу увійшли 30 практично здорових дітей віком

від 13 до 17 років (середній вік  $14,67 \pm 1,43$  р.). Для діагностики стану ендотелію клубочкового апарату нирок проводилось визначення рівня мікроальбумінурії у добовій сечі.

**Результати:** При порівнянні показників мікроальбумінурії було виявлено, що у дітей з первинною артеріальною гіпертензією він був на рівні  $22,92 \pm 1,96$  мг/л, що у 2,24 рази вище порівняно з дітьми з контрольної групи ( $p=0,0001$ ). При порівнянні значень мікроальбумінурії між ступенями та клінічними формами артеріальної гіпертензії було встановлено, що у дітей з артеріальною гіпертензією I ступеню цей параметр був  $20,14 \pm 2,0$  мг/л, а при II ступені  $28,27 \pm 3,13$  мг/л, що у 1,4 рази вище ( $p=0,034$ ). Підлітки з лабільною клінічною формою мали рівень мікроальбумінурії лише  $19,84 \pm 1,75$  мг/л, а при стабільній артеріальній гіпертензії цей показник був на рівні  $31,32 \pm 4,84$  мг/л, що у 1,6 разів вище ( $p=0,031$ ). Нами встановлено, що ризик розвитку мікроальбумінурії достовірно підвищувався з прогресуванням ступеня виразності гіпертензії, а саме: при стабільній – майже у 5 разів (OR=4,813; 95% CI 1,105 – 20,952) та артеріальній гіпертензії II ступеню у 3,5 рази (OR=3,5; 95% CI 1,875 – 13,995). Особливо значиме підвищення ризиків було виявлено при стабільній артеріальній гіпертензії II ступеня - в 15 разів (OR=15,000; 95% CI 1,031 – 218,300).

**Висновки:** Визначення рівня мікроальбумінурії в добовій сечі у дітей з первинною артеріальною гіпертензією є раннім маркером ураження ендотелію клубочкового апарату нирок та сприятиме проведенню своєчасної нефропротекції.

В. О. Велічко

## **КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІМУННИХ ТРОМБОЦИТОПЕНІЙ У ДІТЕЙ, СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ**

Кафедра педіатрії №2

В. М. Дудник (д.мед.н., проф.), В. Г. Фурман (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Тромбоцитопенії — група захворювань з геморагічними проявами в результаті зниженої кількості тромбоцитів або їх якісною неповноцінністю з частотою 1:10 000 дитячого населення. Тромбоцитопенію як лабораторний феномен спостерігають з частотою 10-130 випадків на 1000 аналізів крові.

**Мета:** Вивчити клініко-епідеміологічні особливості тромбоцитопеній у дітей та сучасні аспекти лікування.

**Матеріали та методи:** Для досягнення поставленої мети проведено ретроспективний аналіз 55 історій хвороб дітей, хворих на тромбоцитопенічну пурпуру за період 2016-2018 рр., які знаходились на стаціонарному лікуванні в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні.

**Результат:** Вивчення гендерної і вікової структури дітей, хворих на тромбоцитопенічну пурпуру, показало, що здебільшого хворіють дівчатка 33 (60%) молодшого шкільного віку 18 (32,7%). Дослідження показало, що середній вік дитини  $6,5 \pm 0,6$  років. Аналіз клінічного перебігу захворювання у дітей показав, що переважали діти, які мають лише геморагічні прояви на шкірі 31 (56,4%). Волога форма 24 (43,6%) супроводжувалась носовими кровотечами 18 (32,7%), кровотечею з ясен 4 (7,2%), зі статевих органів 1 (1,8%) та шлунково-кишковою кровотечею 1 (1,8%). Аналіз полімеразних ланцюгових реакцій та титру антигенів Ig M та G до герпес-вірусів встановив, що 41 дитина (74,6%) має хронічну герпетичну інфекцію. У 8 дітей (14,6%) виявили CMV, 5 (9,1%) — HSV 6 типу, 5 (9,1%) — CMV та HSV 6 типу, 4 (7,3%) — CMV, EBV, HSV 1/2 та 6 типу, 3 (5,5%) — CMV, EBV, HSV 6 типу, 3 (5,5%) — EBV та HSV 6 типу, 3 (5,5%) — CMV та EBV, 3 (5,5%) — EBV, 2 (3,6%) — CMV, EBV, HSV 1/2 типу, 2 (3,6%) — CMV, HSV 6 та 7 типу, 1 дитина (1,8%) з HSV 1/2 та 6 типу, 1 (1,8%) з HSV 7 типу, 1 (1,8%) з HSV 1/2 та 7 типу. Вивчення лабораторних показників дітей з тромбоцитопенічною пурпурою показало, що тяжких форм тромбоцитопеній 16 (29,1%), вкрай тяжких 27 (49,1%). Позакінченню лікування 41

дитина (74,6%) була виписана з нормальними показниками тромбоцитів. Дослідження показало, що 34 дитини (61,8%) отримували монотерапію ГКС, 20 (36,4%) приймали ГКС з високодозовими імуноглобулінами, 1 дитина (1,8%) отримувала терапію ГКС з препаратом «Револад».

**Висновок:** Проведене ретроспективне дослідження показало, що тромбоцитопенічною пурпурою хворіють здебільшого дівчатка 33 (60%) молодшого шкільного віку 18 (32,7%). Середній вік дітей, хворих на ІТП, становив  $6,5 \pm 0,6$  років. Вивчення клінічного перебігу тромбоцитопенічної пурпури показало, що переважають діти з проявами геморагічного синдрому на шкірі 31 (56,4%). Волога форма 24 (43,6%) найчастіше супроводжувалась носовими кровотечами 18 (32,7%). Аналіз ПЛР та титру антитіл Ig M та G до герпес-вірусів встановив, що 41 дитина (74,6%) має хронічну герпетичну інфекцію. Аналіз схем лікування показав, що 34 (61,8%) дитини отримували монотерапію ГКС, 20 (36,4%) ГКС з введенням високодозових імуноглобулінів та 1 дитина (1,8%) отримала комбіновану терапію ГКС з «Револад» (1,8%).

І.А. Волков, О.В. Рибчич

## **ВПЛИВ СТРЕСУ НА ПЕРЕБІГ ВИРАЗКИ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇКИШКИ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії №2

Н.О. Буглова (к.мед.н., ас.)

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

**Актуальність теми:** Проблема виразки дванадцятипалої кишки (ВДПК) у дітей відноситься до актуальних проблем сучасної гастроентерології, оскільки після підтвердження ролі інфікування *H.pylori*, як основної причини виразки, вважається, що роль психологічних факторів не є важливими компонентами ланки патогенезу. Проте статистичні дані свідчать, що стрес може сприяти виникненню виразки навіть за відсутності інфекції *H.pylori*, це підтверджує поліетіологічну модель захворювання. Вважається, що психологічний стрес відіграє роль кофактора з інфекцією *H.pylori*, підсилюючи інфікування колонізацію *H.pylori*. Досить часто в практиці лікаря-педіатра, сімейного лікаря не надається належна увага впливу стресових чинників на розвиток ВДПК, що призводить до збільшення кількості випадків захворювань і вказує на відсутність профілактики даної хвороби.

**Мета:** дослідити вплив стресу на перебіг виразки дванадцятипалої кишки на основі визначення рівня тривожності, синдромального завершення соматизованих захворювань, та впливу дитячо-батьківських стосунків на соматизацію хвороби у дітей.

**Матеріали та методи:** В дослідженні взяли участь 20 пацієнтів відділення педіатрії №2 ВОДКЛ, віком років від 13-17 років. Було використано наступні опитувальники: тест-опитувальник батьківського ставлення (А.Я.Варга, В.В.Столін), тест оцінки тривожності юнаків та підлітків (Ч.Д.Спілбергер, адаптація А.Д.Андреева), тест для оцінки підліткової репресивності (CDI Maria Kovacs), оцінка здоров'я пацієнта (PHQ-SADS), опитувальник соматизованих розладів SOMS-2). Також проведено ретроспективний аналіз архівних матеріалів.

**Результати:** Результати опитувальників продемонстрували, що у всіх дітей були наявні порушення адаптації у вигляді стресу, що проявлявся депресією та тривогою. Після проведення опитування за тестом батьківського ставлення (А.Я.Варга, В.В.Столін) у більшості обстежених дітей серед типів виховання батьків переважає «Відвернення» та «Контроль», що є достовірною ознакою соматизації захворювання та в подальшому при відсутності змін в батьківсько-дитячих відносинах прогностично несприятливо впливатиме на перебіг захворювання.

**Висновки:** Таким чином, своєчасна звернена увага на дану проблему, консультація медичного психолога, психіатра, кваліфікованого педагога, лікаря-педіатра та робота над батьківсько-дитячими відносинами і власними позитивним установками в майбутньому знизить ризик рецидивів виразки, або навіть приведе до повного одужання.



## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРИПУ У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2016-2019 РОКІВ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Л.І. Левицька (асистент)

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

**Актуальність:** показник захворюваності на грип станом на 29.02.19 становить 463,9 на 100 тис. населення, що на 10,6 % менше рівня епід. порогу по Україні. Госпіталізовано 3,1 % осіб, із них 73,9 % становлять діти віком до 17 років. Зареєстровано 45 летальних випадків, із них 7 – діти до 17 років. Методом ПЛР досліджено 2 373 зразки матеріалів, із них 32,6 % позитивних результатів із домінуванням вірусів грипу типу А(Н3).

**Мета роботи:** з'ясувати клініко-лабораторні особливості перебігу грипу у дітей, які перебували на лікуванні у Вінницькій обласній клінічній дитячій інфекційній лікарні за період 2016-2019 рр.

**Матеріали та методи дослідження.** Ретроспективно проаналізовані дані медичної документації 48 хворих на грип (форма №003/о «Медична карта стаціонарного хворого»), віком від 8 місяців до 17 років, що знаходились на лікуванні у Вінницькій обласній клінічній дитячій інфекційній лікарні з грудня 2016 по березень 2019 року.

**Результати та їх обговорення.** У віковій структурі переважали пацієнти дошкільного віку. У 100% дітей інтоксикаційний синдром переважав над проявами катарального.

Респіраторний синдром мав місце у 100% (48 хворих), інтоксикаційний – 87,5% (42 хворих), абдомінальний- 18,7% (9 хворих), геморагічний- 4,2% (2 хворих). У 91,3% пацієнтів перебіг захворювання відповідав середньому ступеню важкості, у 8,7% - тяжкому. Випадків госпіталізації з легким перебігом не було. Тривалість лихоманки максимально становила 9 діб, в середньому  $3,6 \pm 0,38$  доби. Середній термін перебування хворого в стаціонарі становив  $5,53 \pm 0,67$  дня. З моменту призначення інгібіторів нейрамінідази, тривалість лихоманки скоротилась на 2,1 день. Респіраторний синдром з проявами сухого кашлю спостерігався у 78,1% випадків. Міалгії, арталгії, осалгії спостерігалися у 28 хворих ( 58,3%). Абдомінальний синдром (біль в животі, розріджений стілець (до 5 разів/добу) та блюванням (до 3 разів) мали 14 хворих (29,2%). Геморагічний синдром (капіляротоксикоз) спостерігався у 2 хворих. Ускладнений перебіг спостерігався у 23 хворих: пневмонія у 6,2% пацієнтів, бронхіт - 10,2%. Летальних випадків серед хворих на грип не було. При специфічному обстеженні методом ІХА етіологічний діагноз був підтверджений у 36 хворих ( 75%). Методом ПЛР 15 випадках. Слід відмітити, що в епідсезоні 2018-2019 року методом ІХА обстежено 97% хворих. Грип А діагностовано у 29 хворих (60,4%), грип В у 7 хворих (14,6%). Відповідаючи загальній тенденції по Україні, грип А мав місце в епідсезоні 2016-2017р. та 2018-2019р., грип В - 2017-2018р. Лікування всіх пацієнтів проводилось інгібітором нейрамінідази- озельтамевір у вікових дозах. Жодного випадку призначення ремантадину не було. Антибіотикотерапія проводилась у випадку наявності бактеріального ускладнення (що підтверджено ЗАК, рентенографія ОГК).

**Висновки.** В віковій структурі переважають діти дошкільного віку. Грипозна інфекція характеризувалась вираженим респіраторним та інтоксикаційним синдромом. Ускладнений перебіг спостерігався у 49,7% хворих у вигляді пневмонії та бронхіту. При специфічному дослідженні визначено, що грип А мав місце у 60,4% хворих, грип В- 14,6%. Грип А - епідсезон 2016-2017р. та 2018-2019р., грип В - 2017-2018р. Вчасне призначення озельтамевіру зменшує період основних клінічних проявів та виникнення ускладнень.

**Актуальність.** Муковісцидоз (МВ) – спадкове аутосомно-рецесивне захворювання, що розвивається внаслідок виділення екзокриними залозами секрету підвищеної в'язкості з ураженням органів дихальної та травної системи. Дане захворювання зберігає свою високу медико-соціальну значущість, що пов'язано із низькою тривалістю життя хворих, раннім формуванням ускладнень, ранньою інвалідизацією та високим рівнем смертності. Легені являються органом, який страждає найбільше внаслідок надмірного накопичення в'язкого мокротиння та розвитком хронічного запального процесу. Так, пацієнти страждають від наростаючої дихальної недостатності. Сучасні методи лікування легеневої хвороби при МВ спрямовані на розрідження густого мокротиння та боротьбу із інфекційним процесом у легенях, але без регулярного очищення бронхів від мокротиння, ефективність лікування значно знижується. Тому, фізіотерапія має вирішальне значення у терапії МВ.

**Мета.** Знайти та проаналізувати існуючі літературні дані та виділити основні напрями фізіотерапії у дітей з муковісцидозом.

**Методи.** Для пошуку та аналізу матеріалів були використані реферативні бази даних PUBMED, MEDLINE, Cochranelibrary, сучасні клінічні настанови Cystic Fibrosis Foundation (CFF), European Cystic Fibrosis Society (ECFS).

**Результати.** До основних принципів фізіотерапії при МВ у дітей належать: коливання діаметра бронхів синхронно з диханням, позитивний постійний тиск на видиху (PEP), осциляція із постійним тиском на видиху (OPEP), зміна положення тіла, мобілізація (лікувальна фізкультура). До методів, що базуються на принципі коливання діаметра бронхів синхронно з диханням належать: активний цикл дихальних технік (АЦДТ), аутогенний дренаж, асистований аутогенний дренаж - застосовується для мобілізації та виведення надлишкового бронхіального секрету. PEP техніки основані на тимчасовому збільшенні функціонального залишкового об'єму та дихального об'єму для відкриття заблокованих або закритих дихальних шляхів. До них належать PEP-маска, PARI PEP S, Threshold PEP, TheraPEP, Bottle PEP. OPEP - комбінація позитивного тиску на видиху з високочастотними осциляціями (вібраціями), трахеобронхіальне дерево піддається внутрішнім коливанням і повторюваним вібраціям повітря, що видихається з опором, а також коливанням ендобронхіального тиску, внаслідок чого мокротиння відшаровується від стінок бронхів. На цьому принципі розроблені такі пристрої як PARIО-PEP, TurboForte, Shaker, Flutter, Ascapella. Напрями лікувальної фізкультури: дихальні вправи, вправи на м'ячі, стрибки на міні-батуті, клопфмасаж, дренажні положення, дихальні ігри.

**Висновки.** Фізіотерапія являється невід'ємною частиною лікування дітей з муковісцидозом. Існує кілька і напрямів тавсі вони мають доведену ефективність та використовуються у поєднанні із базисною терапією захворювання. Кожен метод має свої переваги та недоліки, тому має застосовуватись у комбінації з іншими методиками для підвищення ефективності евакуації мокротиння.

А.Ю. Годованюк

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ РІЗНИХ ОБЛАСТЕЙ УКРАЇНИ**

Кафедра педіатрії №1

О. В. Мазулов (доцент, к. мед. н.)

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

**Актуальність:** Сучасна пульмонологія в нашій країні проживає період трансформації стереотипів в діагностиці та лікуванні більшості нозологій, в тому числі і пневмоній. За останнє десятиліття досягнуто значних успіхів в лікуванні даного захворювання, знизилась смертність, зменшилась частота

ускладнень, досягнуто хороших результатів в дослідженні патогенезу інфекційного процесу та ефективності антибіотикотерапії. В структурі дитячої смертності в країнах з низьким рівнем економічного розвитку пневмонії займають провідне місце. В нашій країні спостерігається тенденція до гіпердіагностики пневмоній, особливо в амбулаторних умовах. Відповідно це призводить до необґрунтованого призначення антибіотикотерапії, що в свою чергу обумовлює ріст антибіотикорезистентності. Разом з тим, існують чіткі рекомендації по емпіричній антибактеріальній терапії, знання яких попереджає надмірному використанню антибіотиків.

**Мета:** Провести аналіз антибактеріальної терапії при пневмоніях у дітей, які були госпіталізовані у відділення Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні (ВОДКЛ) та Хмельницької обласної дитячої клінічної лікарні (ХОДКЛ).

**Матеріали та методи:** Нами було проведено ретроспективне дослідження 166 історій хвороб пацієнтів, які мали підтверджений діагноз негоспітальної пневмонії та знаходились на стаціонарному лікуванні протягом року у вказаних лікарнях. Була проведена оцінка анамнезу хвороби та даних об'єктивного обстеження, стартова антибактеріальна терапія, тривалість антибіотикотерапії та загальна кількість антибіотиків, яка була використана для лікування кожного пацієнта.

**Результати:** Розподіл дітей за віком та статтю був приблизно однаковим в обох групах. Монотерапія серед дітей які знаходились на базі ВОДКЛ складала 57%, у порівнянні з 37% у дітей з ХОДКЛ. Середня тривалість антибіотикотерапії для лікування пневмонії на базі ВОДКЛ складала 9,6 днів, тоді як у ХОДКЛ – 10,5 днів. Препаратами першого ряду, які були використані у ВОДКЛ були пеніциліни у 54,4% випадків. У ХОДКЛ препаратом стартової терапії були цефалоспорины 3 покоління (38,7%) та аміноглікозиди (18,3%).

**Висновки:** стартова емпірична терапія негоспітальної пневмонії у дітей повинна розпочинатись з пеніцилінів, тому адекватність її була вище у дітей, які лікувались у ВОДКЛ. Разом з тим, тривалість антибіотикотерапії також була меншою у дітей з ВОДКЛ. Постає також питання раціональної зміни антибактеріальних препаратів та ступеневої терапії, що відображає зменшення навантаження на пацієнтів, медичний персонал та знижує вартість лікування.

Н. М. Гринів, М.-А. В. Середюк

## **ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ В ПІДЛІТКІВ**

Кафедра педіатрії

О.В. Лазуркевич (асист.)

Івано-Франківський національний медичний університет

м.Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність.** Відомо, що запальні захворювання сполучної тканини посідають одне з провідних місць серед причин захворюваності та інвалідності. За даними ВООЗ, кількість дітей із ураженням опорно-рухового апарату щороку зростає. Гострою проблемою є діагностика суглобового синдрому, оскільки він є складовою багатьох патологій.

**Мета.** Виявити найпоширеніші причини та особливості клінічної картини суглобового синдрому, вивчити епідеміологічні характеристики захворювань, що супроводжуються артрозом та артралгією у підлітковому віці.

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 405 студентів Івано-Франківського національного медичного університету та коледжу, серед яких 301-а особа жіночої (74,3%) та 104 (25,7%) – чоловічої статі, з яких 287 (70,9%) мають 17 років, 109 (26,9%) – 16 р., 9 (2,2%) – 15 р. Електронне опитування розроблене на основі анкети багатофакторного оцінювання стану ювенільного артриту (JAMAR), візуальної аналогової шкали оцінки болю (ВАШ), а також питань, які стосувалися наявності тонзиліту, кору та частих вірусних захворювань в опитаних студентів. Нами оглянуто 15 пацієнтів приймального відділення Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні (ІФОДКЛ) із суглобовим синдромом.

**Результати.** Серед 405 досліджуваних 43 (10,6%) студенти зазначають, що спостерігали в дитинстві ураження суглобового апарату, з яких 24 (55,8%) виникли в результаті травми, 10 (23,3%) – переохолодження; внаслідок псоріазу та порушення обміну речовин по 1 (2,3%); у 7 (16,3%) дітей захворювання мало інфекційно-алергічну етіологію. Спадковий характер захворювання вказували 11 (25,6%) дітей, а 6 (14%) – вплив стресу. У 26 серед 43 (60,4%) студентів спостерігався суглобовий синдром у віці 13-18 років, а в 10 (23,3%) – у 7-13 років, у 7 (16,3%) – у віці 1-6 років. Виявлено 17 (39,5%) опитаних із встановленим діагнозом посттравматичний артрит, 6 (14%) – із ювенільним ревматоїдним артритом (ЮРА), 3 (7%) – із синдромом Рейно, 1 (2,3%) – із псоріатичним артритом, 1 (2,3%) – із синовітом та наявною кистою Бейкера, 1 (2,3%) – з інфекційно-алергічним артритом. 14 (32,6%) осіб відмічають проблеми з суглобах, але не можуть вказати назву захворювання. Об'єктивно: у 7 (46,6%) дітей серед 15 оглянутих наявний ЮРА, який у 2 (13,3%) підлітків супроводжувався поліартритом з позитивним ревматоїдним фактором, у 5 (33,3%) – з персистуючим олігоартритом. У 8 з 15 (53,4%) осіб зареєстровано посттравматичне ураження опорно-рухового апарату.

**Висновки.** Різноманітність форм суглобового синдрому сприяє помилковій діагностиці та призначенню неефективного лікування основного захворювання. Виявлені особи з ураженням опорно-рухового апарату мають в обов'язковому порядку скеровуватися на консультації до кардіоревматологів.

Р.О. Гуменюк, К.М. Сидорук

### **КІР НА МЕЖІ ЕПІДЕМІЇ: ЩО ВАРТО ЗНАТИ**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Л.О. Ющенко (к.мед.н., доцент), О.В. Ониськова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В 2017-2018 роках Україну сколихнув спалах кору – одного з найбільш заразних захворювань, відомих у світі. За інформацією Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України з початку 2018 року на кір захворіли 36 455 людей – 14 111 дорослих і 22 344 дитини. В період із 28 грудня 2018 року до 8 березня 2019 року на кір в Україні захворіло 28 686 людей. Відомо, що при контакті із хворим 9 з 10 нещеплених людей захворюють. Єдиний надійний метод профілактики захворювання – вакцинація. Нажаль, у нашій країні рівень охоплення вакцинацією тривалий час залишався вкрай низьким.

**Мета:** оцінити обізнаність студентів-медиків з приводу особливостей вакцини КПК, проаналізувати їх ставлення до вакцинації, визначити основні питання які турбують студентів стосовно вакцинації проти кору.

**Матеріали та методи:** проведено анонімне он-лайн анкетування 350 студентів-медиків (81,4% - жіночої статі та 18,6% - чоловічої) за допомогою Google Forms. В більшості це були міські жителі (82,9%) віком від 18 до 20 років (57,1%), які відповідали на питання, що стосувалися календарного плану щеплень, показів та протипоказів до вакцинації, особливостей зберігання та складу вакцини, шляху та місця введення, тривалості імунітету та можливих реакцій після щеплення. Також студенти мали можливість задати питання, стосовно щеплення вакциною КПК.

**Результати:** Згідно з національним календарем щеплень, 80% учасників отримали дві дози вакцини КПК, 2,9% - одну, 12,9% - три, 1,4% виявилися не щепленими та 2,9% не володіли точною інформацією щодо вакцинального статусу. Основні причини, які завадили імунізації були наступні: часті захворювання в дитинстві, наявність хронічних хвороб, відсутність вакцини, сумніви в якості вакцини, думки про те, що «плюсів менше, ніж мінусів». Напруженість протикорового імунітету визначали 16,7% студентів, які в 32,6% випадків отримали негативний результат, що і стало причиною введення 3 дози вакцини КПК. Під час спалаху студенти вакцинувалися за вимогою навчального закладу (31%), власною ініціативою (50%), порадою батьків (17,2%) та лікарів (9,5%). Серед можливих джерел інформації студенти обирали поради лікарів (73,9%), дані інтернет-ресурсів (36,9%) та спеціальної медичної

літератури (34.2%). Набагато рідше звертали увагу на поради родичів, фармацевтів, рекламу у науково-популярних журналах та телебаченні. Майже усі студенти (95%) знали схему введення вакцини КПК. Більша частина з них (66,6%) була обізнаною про умови зберігання, пріоритетне місце та шлях введення вакцини, але не володіла інформацією щодо допоміжних складників, які входять до складу вакцини, та тривалості імунітету після імунізації. Серед сумнівів, які виникали під час проведення вакцинації, називали якість вакцини, умови перевезення, зберігання, термін придатності, готовність медичного персоналу надати допомогу у разі анафілактичного шоку, можливість виникнення несприятливих реакцій, невіра у користь. Вакцинацію, як профілактичний захід підтримали 53,3% студентів.

**Висновки:** більшість студентів, що заповнили анкету, обізнані у питаннях проведення вакцинації, умов зберігання та шляхів введення, але мають поверхневі знання щодо складу вакцин, протипоказів та можливих несприятливих реакцій після вакцинації. Існуючі сумніви, які виникали під час проведення вакцинації, вказують на необхідність підвищення обізнаності медиків у питаннях вакцинопрофілактики.

О.А. Гусак, М.-Ю. І. Петришина, В.Ю. Коноваленко, О.С. Мотузенко  
**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ КАНДИДОЗНОЇ  
ІНФЕКЦІЇ В ІМУНОКОМПРОМЕНТОВАНИХ ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.В. Нікульченко (ас.)

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

**Актуальність:** Однією з важливих проблем у сучасній світовій та вітчизняній інфектології є кандидозна інфекція в дітей з імунодефіцитами. В світі щороку реєструється більше 800 тис. випадків захворюваності на грибкові інфекції в імунокомпроментованих дітей, при яких, летальність сягає більше 50%, не зважаючи на проведене лікування.

**Мета:** Порівняти, проаналізувати особливості перебігу кандидозу в імунокомпроментованих та імунокомпетентних дітей та оцінити резистентність до антифунгальних препаратів на фоні лікування основного захворювання.

**Матеріали та методи:** В ході дослідження проаналізовано 139 історій хвороб дітей з гострим лімфобластним лейкозом (ГЛЛ) (28), з R.75 (14) та карток амбулаторних хворих пацієнтів з ізолюваною кандидозною інфекцією за період 2017-2018 року на базах онкогематологічного відділення ВОДКЛ, КЗ «Вінницький обласний Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» та ВОШВД. У дослідження включались діти віком від 2 міс. до 12 років обох статей. Контрольна група включала в себе 30 пацієнтів за період 2017-2018 року з приводу ізолюваної кандидозної інфекції. Критеріями виключення були: вік пацієнтів, відсутність захворювань що супроводжуються імунодефіцитом, наявне лабораторне підтвердження *Candida spp.* в досліджуваному матеріалі.

**Результати:** У процесі дослідження було встановлено, що у 82% пацієнтів з ГЛЛ були наявні грибкові інфекції. У 68% пацієнтів з ГЛЛ діагностовано кандидозну інфекцію що складає 83% від усіх випадків грибкових уражень у дітей з ГЛЛ. Частота виникнення грибкових інфекцій на фоні R.75 становила 93%. Кандидозна інфекція була наявна у 79% пацієнтів з R.75, що складає 85% від усіх випадків грибкових уражень у даних хворих. У 55% ВІЛ-інфікованих дітей кандидоз діагностовано в III ст. захворювання в 36% - у II ст., а у 9% - у 4 ст. Локалізація залежала від стадії розвитку ВІЛ: в II ст. розвивався кандидоз шкіри та придатків (75%) та кандидоз слизової оболонки ротової порожнини (25%); в III ст. – у 67% змішана форма кандидозу (кандидозний хейліт та глосит), а у 33% ізолюваний кандидозний стоматит; IV ст. – безсимптомний кандидозний езофагіт. У 77% дітей з ГЛЛ кандидозна інфекція розвивалася в I фазу індукції ремісії, у 23% - в 2 фазу. Найчастішими формами прояву були ураження слизової оболонки рота (82%), шкіри і придатків (14%) та кандидозний езофагіт (4%). Було виявлено, що частота випадків резистентності кандидозної інфекції до лікування достовірно збільшується зі збільшенням тривалості лікування. Крім того, ми визначили, що кількість випадків резистентності в порівнянні з

контрольною групою є більшою, особливо при лікуванні препаратами Флюконазолу - 25%, при використанні Ністатиту та Амфотеріцину В – 18,75% та 15,625% відповідно.

**Висновки:** За даними наших досліджень кандидозна інфекція часто зустрічається у імуноскомпроментованих дітей. Особливості клінічного перебігу кандидозу у дітей з імунодефіцитом відіграють значну роль у ранній діагностиці основного захворювання та призначення адекватного лікування.

Н.А.Дацишин

## ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОЇ ГІПЕРТРИГЛЦЕРИДЕМІЇ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії

О.О. Цицюра (к.мед.н., доц.)

Івано-Франківський національний медичний університет

Івано-Франківськ, Україна

**Актуальність:** Сімейна гіпертригліцеридемія зустрічається з частотою 1: 500 Це захворювання характеризується помірним підвищенням рівня тригліцеридів в плазмі. Сімейна гіпертригліцеридемія успадковується по аутосомно-домінантним типом, алеле завжди проявляється в дитячому віці. Метаболічні дефекти, мабуть, гетерогенні, але, цілком ймовірно, пов'язані з порушенням катаболізму багатих тригліцеридами ліпопротеїдів. У близьких родичів може бути лише легка форма захворювання з помірною гіпертригліцеридемією без гіперхіломікронемії, гіперхолестеринемії.

**Мета:** Дослідити клінічні особливості перебігу сімейної гіпертригліцеридемії у дітей.

**Матеріали та методи:** На стаціонарному лікуванні в ОДКП м. Івано-Франківська перебуває дитина із хворобою сімейна гупертригліцеридемія (V типу). Здійснено оцінку клінічного перебігу даної хвороби та ускладнень. Діагноз був встановлений на основі клінічних, біохімічних, серологічних даних.

**Результати:** Встановлено, що клінічно цей тип виявляється ксантоматозом, панкреатитом, збільшенням печінки та селезінки, зниженням толерантності до глюкози. Ліпідограма характеризується: збільшенням пре-бета-ліпопротеїдів, тригліцеридів, наявністю хіломікронів. Коефіцієнт атерогенності незначно збільшений. Сироватка крові після забору має молокоподібний характер, різко хильозна.

**Висновки:** Для ефективної терапії важливе поєднання медикаментозних засобів та дієти, а також вчасне виявлення даного захворювання. Сімейна гіпертригліцеридемія V типу є фактором ризику розвитку атеросклерозу за рахунок накопичення ліпопротеїдів дуже низької щільності.

Т.Л. Домбровська

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ГЕМОЛІТИЧНОЇ ХВОРОБИ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра педіатрії №1

М.М. Пугач (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність.** Гемолітична хвороба новонароджених (ГХН) – це пренатальне захворювання, що викликане ізоімунізацією в результаті несумісності крові матері та плода. За даними ВООЗ на гемолітичну жовтяницю припадає 20% усіх випадків жовтяниць новонароджених, а ізоантигенна несумісність відбувається 10% усіх вагітностей. На сьогоднішній день проводиться активна популяризація проблеми несумісності, а також застосовуються ряд профілактичних заходів для зменшення ризиків під час вагітності, пологів і в післяпологовому періоді.

**Мета.** Метою дослідження стало вивчення клініко-анамнестичних особливостей перебігу гемолітичної хвороби новонароджених на сучасному етапі.

**Матеріали і методи.** Було проведено ретроспективний клініко-анамнестичний аналіз 44 історій хвороб дітей, які з'являлися на лікуванні у відділенні патології новонароджених «ВМКЛ «ЦМтаД» у 2017-2018 рр. з діагнозом ГХН.

**Результати.** Встановлено, що середній вік дітей, на момент появи жовтяниці  $3,95 \pm 2,81$  дні. Серед них передчасно народжені 13 дітей ( $30\% \pm 7,02$ ). Обтяжений акушерський анамнез зареєстровано в 11 випадках ( $25\% \pm 7,11$ ). За етіологічним чинником ГХН за АВО- несумісністю достовірно зустрічалася в 26 випадках ( $59\% \pm 8,1$ ), тоді як за резус- несумісністю – 18 випадків ( $31\% \pm 8,1$ )  $p \leq 0,05$ . У всіх дітей діагностовано жовтяничну форму ГХН, без ускладнень. Постнатальна ГХН (39 випадків ( $89,64\% \pm 5,81$ )) спостерігалася в 9 разів частіше від вродженої (5 випадків ( $11,36\% \pm 5,81$ ))  $p \leq 0,05$ . Переважна більшість дітей мала легкий перебіг захворювання – 37 випадків ( $84,09\% \pm 6,18$ ), перебіг середнього ступеню важкості відмічено у 5 випадках ( $11,36\% \pm 5,6$ ), важкий перебіг виявлено у 2 випадках ( $4,55\% \pm 3,27$ )  $p \leq 0,05$ .

**Висновки.** Підвівши підсумки дослідження, виявлено, що за етіологічним чинником переважає АВО-несумісність. Відмічається достовірне переважання постнатальної ГХН і за перебігом переважало легка форма, що може свідчити про позитивні результати проведення профілактичних заходів у антенатальному періоді.

І.П. Дяченко

## НЕКОМПАКТНИЙ МІОКАРД ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ВМІОКАРДІ

Кафедра педіатрії №1

О.В. Герасимова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна.

**Актуальність.** Некомпактний міокард лівого шлуночка (НМЛШ) належить до рідкісних і маловивчених первинних форм кардіоміопатій. Для нього характерний надмірний розвиток трабекул з формуванням глибоких ніш, які сполучені з порожниною лівого шлуночка (ЛШ). Це генетично обумовлене ураження міокарда, яке маніфестує проявами серцевої недостатності (СН), порушеннями ритму, тромбоемболії та супроводжується високим ризиком раптової серцевої смерті. Поширеність його складає  $0,014\% - 0,14\%$  в рік.

**Мета:** удосконалити діагностику НМЛШ у дітей на основі вивчення клінічного перебігу та структурно-функціональних змін в міокарді.

**Матеріали та методи:** проведено ретроспективний аналіз 22 історій хвороб дітей з НМЛШ, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні, за період 2014-2018 рр. Основні методи дослідження: загальноклінічні, лабораторні, інструментальні (ЕКГ, ЕхоКГ, доплер-ЕхоКГ, МРТ серця), статистичні. Залежно від локалізації патологічного процесу за даними ЕхоКГ в роботі виділені три форми захворювання - поширена, бічна, верхівкова.

**Результати:** клінічна картина характеризувалася порушеннями ритму і провідності (у 100% хворих), СН (у 87%), синкопальними станами (у 20%) і тромбоемболічними ускладненнями (у 10% хворих). Серед обстежених хворих з НМЛШ поширена форма була діагностована у 47%, бічна - 40% і верхівкова - 13% хворих. У жодному разі міжшлуночкова перегородка не залучалася до патологічного процесу. У хворих з НМЛШ виявлено зниження систолічної функції ЛШ (ФВ ЛШ  $52,5 \pm 13,1\%$ ). При цьому величина ФВ ЛШ перебувала в зворотній залежності від кількості сегментів з некомпактним міокардом. Найбільше зниження ФВ ЛШ було у хворих з поширеною формою НМЛШ, що клінічно проявлялось вираженими

ознаками СН. Серед хворих з НМЛШ та синусовим ритмом у 10 пацієнтів виявлена діастолічна дисфункція, в тому числі у 4 - рестриктивного типу, у 4 - гіпертрофічного і у двох хворих - псевдонормального. У двох хворих НМЛШ діастолічна функція ЛШ не була порушена. У хворих з

НМЛШ при використанні методів візуалізації ЕхоКГ і МРТ частота виявлення сегментів з некомпактним міокардом і величина співвідношення некомпактного шару до компактного шару (N/C) достовірно не відрізнялися.

**Висновки:** в діагностиці НМЛШ основною ознакою є двошарова структура потовщеної стінки ЛШ, яка виявляється методами ЕхоКГ і МРТ. При встановленні діагнозу НМЛШ необхідно визначати основні форми захворювання по локалізації патологічного процесу, з яких найбільш важкою є поширена форма. Ехокардіографія має високу інформативність у виявленні НМЛШ і проведенні диференціальної діагностики з іншими кардіоміопатіями, що дозволяє використовувати її в якості основного найбільш доступного методу.

Ю.О. Журавська, Н.Г. Дерипапа

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

### **КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МЕНІНГОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ**

А.М.Гончарук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Менінгокок у дітей є одним з найпоширеніших бактеріальних інфекційних агентів. Хворіють частіше діти до 1 року, у яких інфікування характеризується важким перебігом, проблемою диференційної діагностики, важкими ускладненнями та високою летальністю.

**Мета:** Вивчення реакції загального аналізу крові та ліквору на інфікування *N.meningitis* дітей ВОКДІЛ за 2017-2018 роки. Порівняти клінічну картину захворювання, проаналізувати форми перебігу менінгокової інфекції залежно від віку.

**Матеріали та методи:** Використання літературних та наукових джерел, архівів, аналіз історій хвороб, консультації лікарів Вінницької обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні.

**Результати:** Серед 16 дітей, що лікувалися у Вінницькій обласній дитячій інфекційній лікарні протягом 2017-2018 з приводу нейроінфекції, спричиненої менінгококом, не виявлено гендерної розбіжності - 50% хлопчики та 50% дівчатка. Залежно від вікової категорії захворілих переважають діти до 1 року - 56,25% (9 дітей), меншу кількість складають досліджувані старше 3-х років - 25% (4 дитини) та 18,75% діти до 3-х років (3 дитини). У всіх інфікованих захворювання почалося гостро, клініка хвороби на догоспітальному етапі нагадувала ГРВІ. Протягом 24 годин стан досліджуваних різко погіршився швидким розвитком генералізованих форм: менінгококемія - 9 дітей (56,25%), змішана форма (менінгіт, менінгококемія) у 7 дітей (43,75%). Серед всіх захворілих 11 мешкають у сільській місцевості (68,75%) і 5 у місті (31,25%). Дослідивши загальний аналіз крові за весь період перебування пацієнтів у стаціонарі, було виявлено позитивну відповідь імунної системи на наявність інфекційного агента у 14 дітей - 87,5% та депресію відповіді у 2-х (12,5%), що є негативною прогностичною ознакою. У 25% всіх інфікованих *N.meningitis* (усі діти до 1 року) є супутня патологія: муковісцидоз, носійство стрептококу, двобічна вірусно-бактеріальна пневмонія та обструктивний бронхіт, яка сприяла погіршенню клінічної картини. Діагноз 15 пацієнтам - 93,75% був поставлений на основі наявної клініки, так як всіма відомими методами діагностики виявити причинного збудника не вдалося, через адекватну проведену антибактеріальну терапію на догоспітальному етапі або нездатність методів діагностики виявити збудника.

**Висновок:** Таким чином, найчастіше менінгокова інфекція вражає дітей першого року життя, причому вона у них перебігає у вигляді генералізованої форми, а саме менінгококемії або менінгокового менінгіту з менінгококемією, більш тяжко з вираженими симптомами інтоксикації, високою летальністю.



Казмірчук О.М., Поніна С.І.

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КИШКОВОГО ІЕРСИНІОЗУ У ДІТЕЙ:

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.М. Науменко (к.мед.н., ас.), А.А. Асауленко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність** даного питання зумовлена неспецифічністю та поліморфністю клінічних проявів, труднощами діагностики, а також можливістю розвитку генералізованих форм інфекції, які закінчуються летально, особливо у дітей раннього віку. За офіційними даними МОЗ України (2017 рік) захворюваність на кишковий іерсиніоз становить 0,24–0,56 на 100 тис. і має тенденцію до зростання.

**Мета:** з'ясувати клінічні особливості перебігу кишкового іерсиніозу у дітей.

**Методи дослідження:** епідеміологічні, загальноклінічні (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічні дослідження крові), інструментальні (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини), бактеріологічний, серологічні: імунохроматографічний (ІХА), імуноферментний (ІФА), реакція непрямой гемаглютинації (РНГА), молекулярно-генетичні: полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), статистичні.

**Результати:** Кишковим іерсиніозом з повним клініко-лабораторним видужанням частіше хворіли діти віком від 3 до 7 років (36,8 %). Особливістю перебігу кишкового іерсиніозу на сучасному етапі був переважно гострий початок хвороби у 78,9 % дітей ( $p < 0,05$ ), з розвитком середнього ступеня важкості інфекції у 73,7 % хворих. Серед клінічних форм з однаковою частотою зустрічались абдомінальна, екзантемна та комбінована форми захворювання (по 31,6 %) із залученням в патологічний процес печінки, нирок, серця. Лабораторні дані характеризувались нейтрофільним лейкоцитозом та прискороною ШОЕ, що типово для бактеріальної інфекції. Летальні випадки кишкового іерсиніозу зустрічались у дітей раннього віку на тлі обтяженого преморбідного фону та супутньої патології, перебігали у вигляді генералізованої форми інфекції (100 %) з розвитком ускладнень та викликалися 0:3 та 0:9 серотипами *Y. enterocolitica*.

**Висновки:** Кишковий іерсиніоз – доволі поширене гостре інфекційне захворювання, спричинене бактеріями роду *Yersinia*. Труднощі діагностики даної патології пов'язані з відсутністю типових ознак захворювання, низькою імуногенністю збудника, маскуванням клінічної картини під такі захворювання, як ГРВІ, вірусні гепатити, скарлатину, харчові токсикоінфекції, апендицит. Проаналізувавши особливості клінічної симптоматики, можна виділити фактори ризику розвитку несприятливого перебігу кишкового іерсиніозу: ранній вік дитини (до 3 років); чоловіча стать; пізні звернення за медичною допомогою; незадовільні матеріально-побутові умови проживання дітей; обтяжений преморбідний фон; супутня патологія; імунодефіцитний стан; зараження найбільш патогенними серотипами *Y. enterocolitica* (0:3, 0:9).

А.М. Карамазіна-Гриненко

## РЕСПРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ: АКТУАЛЬНІ ПІДХОДИ В ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

М.О. Шаламай (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогоднішній день поняття «фітотерапії» досить поширене як метод лікування хвороб, при якому головним є застосування засобів рослинного походження. Основною перевагою фітотерапії можна назвати полівалентну дію рослин, які мають біологічне споріднення з людським організмом – полісахариди, фітогормони. Фітотерапія це цілісний комплекс, який включає в себе активно діючі речовини та вторинні метаболіти, ефірні масла, протеїни, мікроелементи, хлорофіл,

вітаміни, неорганічні солі. В сучасній медицині 60% лікарських препаратів виготовляються з лікарських рослин.

**Мета:** Вивчити ефективність застосування сиропу «Гедерин Плющ» при вірусних респіраторних інфекціях у дітей з симптомом кашлю.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні інфекційно-діагностично боксованого відділення дітей старшого віку. Загальна група склала 40 дітей з проявами кашлю при вірусних респіраторних інфекціях. Пацієнти були поділені на основну групу (20 дітей), які отримували сироп «Гедерин Плющ» у вікових дозах та групу контролю (20 дітей), що приймали стандартну терапію. Вікова група від 3 до 10 років. Препарат «Гедерин Плющ» рослинного походження, основними активними речовинами є сапонінові глікозиди, які посилюють секрецію бронхіальних залоз та виявляють секретолітичні, відхаркувальні властивості. Завдяки вмісту пектинів, дубильних речовин чинить протизапальну дію.

**Результати:** При аналізі отриманих даних було встановлено, що у 96% дітей спостерігався кашель, який є одним із основних симптомів вірусної респіраторної інфекції. Кашель - найбільш тривалий симптом вірусної інфекції, може тривати більше 3 тижнів, в той час як інші симптоми зникають протягом 1 тижня (нежить, явища інтоксикації, лихоманка). У 100% дітей обох груп кашель значно погіршив якість життя. Застосування сиропу «Гедерин Плющ», який має у складі більше 30 активних речовин, впливає на різні ланки патогенезу. В основній групі у 82% пацієнтів препарат сприяв скороченню тривалості кашлю на 3 дні, в порівнянні з групою контролю (0,05), достовірно швидше полегшив денний кашель (0,05).

**Висновки:** Призначення сиропу «Гедерин Плющ» у комплексному лікуванні вірусної респіраторної інфекції достовірно зменшує тривалість кашлю та таким чином поліпшує якість життя пацієнтів.

О.В.Качуровська, Л.В.Прядко, Т.І.Плазовський, О.Ю.Бабійчук, В.А.Тростенюк

## **АЛЬГІНАТНІ КАПСУЛИ, ЯК НОВА АЛЬТЕРНАТИВА ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 ТИПУ**

Кафедра педіатрії №2

К.В.Хромих (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Цукровий діабет 1 типу є однією з центральних проблем дитячої ендокринології. Це захворювання розвивається внаслідок аутоімунного прогресуючого руйнування бета-клітин підшлункової залози, що призводить до розвитку абсолютного дефіциту інсуліну і проявляється порушенням усіх видів метаболізму та швидким розвитком ускладнень на фоні декомпенсації вуглеводного обміну. Маніфестація основних симптомів відбувається в дитячому чи підлітковому віці. Наразі в Україні зареєстровано більше 5000 дітей з даним захворюванням, відмічається тенденція до зростання кількості хворих. Основним методом лікування є систематичне ін'єкційне введення інсуліну, тому, для покращення якості життя даних пацієнтів, вчені намагаються знайти більш оптимальний варіант лікування.

**Мета:** Проаналізувати та оцінити ефективність лікування цукрового діабету 1 типу альгінатними капсулами.

**Матеріали та методи:** опрацювання літературних джерел, сучасних наукових статей та результатів досліджень (імплантація альгінатних капсул з ланцюгом TRAFFIC в організм 20 пацієнтів, хворих на ЦД 1 типу), опублікованих у журналі «ProceedingoftheNational AcademyofSciences»

**Результати:** методом лапароскопії в організм було імплантовано TRAFFIC – нанопористий полімерний ланцюг із іонізованого кальцію, на який розміщуються бета-клітини, рівномірно покриті альгінатним гідрогелем. Рівень глюкози в крові досліджуваних повернувся до нормальних показників вже через 2 дні після операції і залишався таким протягом 6-24 місяців, надалі функціонування такого ланцюга

припинялося і потребувало заміни. При цьому при видаленні відмічалася або відсутність адгезії, або мінімальна адгезія імплантованого ланцюга до навколишньої тканини.

**Висновки:** Лікування методом імплантації альгінатних капсул з ланцюгом TRAFFIC є доволі ефективним. В перспективі, після остаточних досліджень, він може здійснити революцію в контролюванні рівня глюкоземії при цукровому діабеті, що значно полегшить та покращить спосіб життя людей, хворих на цукровий діабет 1 тип.

В.Ю. Коноваленко, Т.О. Луцюк

## **ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ВРАЖЕННЯ ОРГАНІВ-МІШЕНЕЙ У ДІТЕЙ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

Кафедра педіатрії №2

Н.О. Буглова (к.м.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Артеріальна гіпертензія у дітей – це доволі поширена проблема в світі та Україні, адже майже в 60% таких пацієнтів існує тенденція до зростання показників артеріального тиску та формування гіпертонічної хвороби після досягнення повноліття. Вміння передбачити та виявити враження органів-мішеней дозволить своєчасно уповільнити прогресування артеріальної гіпертензії у дітей.

**Мета:** Дослідити взаємозв'язок між варіабельністю артеріального тиску (ВАТ) і пошкодженням органів-мішеней у дітей з первинною артеріальною гіпертензією (АГ).

**Матеріали та методи:** Нами було проведено ретроспективне дослідження 144 історій хвороб дітей (91 хлопчик (63,2%) та 53 дівчини (36,8%) з встановленим діагнозом первинна АГ, що лікувалися на базі ВОДКЛ в період 2013-2018 рр..Середній вік дітей становив  $12,34 \pm 9,15$  місяці. Здійснено аналіз анамнестичних, клінічних даних, результатів додаткових методів обстеження та аналізів, які б підтверджували враження органів-мішеней: добовий моніторинг АТ, обстеження очного дна, електрокардіограми, ехокардіографія, результати аналізу сечі на добову протеїнурію, загального аналізу сечі. Групи дітей були співставлені за віком та статтю. Статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою програми STATISTICA 12.0 та кореляційних онлайн-калькуляторів.

**Результати:** Пацієнти з враженням органів-мішеней ( $n = 86, 59,7\%$ ) мали більш високу середньодобову варіабельність діастолічного артеріального тиску (варДАТдб) ( $14,5\% \pm 3,2\%$  проти  $13,2\% \pm 2,5\%$ ,  $t = 2,553$ ,  $P = 0,012$ ), більш високу варіабельність середньоденного систолічного АТ(варСАТд) ( $8,2\% \pm 2,1\%$  проти  $7,4\% \pm 2,0\%$ ,  $t = 2,253$ ,  $P = 0,026$ ) і більш високу варіабельність середньоденного діастолічного АТ(варДАТд) ( $12,8\% \pm 3,4\%$  проти  $11,1\% \pm 2,4\%$ ,  $t = 3,188$ ,  $P = 0,002$ ), порівняно з пацієнтами в групі без пошкодження органів-мішеней ( $n = 58, 40,3\%$ ). Коефіцієнти (варСАТд) та (варДАТд) безпосередньо пов'язані з враженням серця ( $r = 0,190$ ,  $P = 0,023$ ;  $r = 0,366$ ,  $P < 0,01$ ) і пошкодженням нирок ( $r = 0,167$ ,  $P = 0,046$ ;  $r = 0,045$ ). Коефіцієнт (варДАТд) позитивно корелює з індексом маси міокарду лівого шлуночка ( $r = 0,366$ ,  $P < 0,01$ ).

**Висновки:** Існує кореляція між варіабельністю артеріального тиску та ураженням органів-мішеней у дітей з АГ. Середньоденна варіабельність АТ сильно пов'язана з ушкодженням серця та нирок, а варДАТд може прогнозувати ранню гіпертрофію міокарда. Як неінвазивний метод, визначення середньоденної варіабельності АТ може слугувати інструментом для ранньої ідентифікації враження органів-мішеней у дітей з первинною АГ.

Л.А.Корінчак

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСУ У ГЛИБОКОНЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ**

**Актуальність:** Неонатальний сепсис є однією з провідних причин смертності та наближених несприятливих наслідків у новонароджених. У недоношених дітей ризик розвитку захворювання підвищений внаслідок не досконало сформованої імунної відповіді, тривалого перебування в лікарні та потреби у високо інвазивних втручаннях [A.L. Shane, P. J. Sánchez, B. J. Stoll et al., 2017]. Структура та особливості перебігу неонатального сепсису у глибоко недоношених дітей з дуже та надзвичайно малою масою тіла в Україні залишаються мало вивченими.

**Мета:** Дослідити поширеність та структуру, особливості діагностики, клінічного перебігу та наближених наслідків неонатального сепсису серед глибоко недоношених дітей у Вінницькій області.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось на базі відділення інтенсивної терапії і реанімації новонароджених та у відділенні для недоношених дітей Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. В ретроспективне дослідження увійшло 25 недоношених дітей з дуже та екстремально малою масою тіла, що народилися в період з 2015 по 2018 роки та перебували на лікуванні з приводу неонатального сепсису.

**Результат:** В результаті дослідження було встановлено, що в структурі неонатальної захворюваності недоношених дітей сепсис становив 1,7% у 2015 році, 0,8% у 2016 році, 0,8% у 2017 році та 0,5% у 2018 році. Дві третини дітей з сепсисом мали ранню форму захворювання. Середня маса тіла новонароджених з сепсисом склала  $1285,7 \pm 27,4$  грам, середній термін гестації  $28,9 \pm 1,8$  тижні. Екстремально малу масу тіла ( $<1000$  грам) мали 42,8%, решта 57,2% були народжені з дуже малою масою тіла. 71,4% дітей народилися в термін до 28 тижнів гестації. Середній термін перебування в неонатологічному стаціонарі склав понад 2 місяці -  $64,57 \pm 5,8$  днів. Однаково розподілилась частота захворювання за статтю та місцем проживання місто/село. Аналіз особливостей клінічного перебігу сепсису виявив наявність синдрому системної запальної відповіді (SIRS) та синдрому поліорганної недостатності (СПОН) у 100% дітей, септичний шок розвивався у 7,1% дітей. Ураження легень з розвитком пневмонії та синдромами витоку повітря, а також ушкодження ЦНС у вигляді енцефалітів, вентрикулітів, менінгітів мало місце в усіх дітей групи дослідження, незалежно від маси тіла, терміну гестації та статі. В структурі СПОН переважали ураження травного тракту у вигляді некротичного ентероколіту 3-4 стадії – 64,2%, гепатиту - 35,7%, тромбоцитопенії – 64,2%, ураження нирок (нефрит) 21,4%, ушкодження м'яких тканин та кісток (флегмона, остеомієліт) – 7,1%.

**Висновки:** Впродовж останніх чотирьох років частота сепсису серед недоношених дітей у Вінницькій області має тенденцію до зниження і в середньому складає 1,2%. Вірогідно частіше захворювання розвивається у новонароджених в терміні гестації  $<28$  тижнів. Діагностика захворювання базується на клінічних проявах SIRS та СПОН з ураженням щонайменше 4 систем, найпоширенішими з яких є ЦНС, дихальна, травна та кровотворна.

Б. І. Кохан, Н.В. Плющик

## **НЕРАЦІОНАЛЬНІСТЬ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

С.В.Бобрук (к.м.н., доц.)

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

**Актуальність:** Рациональна антибіотикотерапія – тема, яка на сьогодні турбує усе людство, адже з кожним роком у арсеналі лікарів стає все менше й менше антибактеріальних засобів до яких ще чутлива

бактеріальна мікрофлора. Така ситуація виникла внаслідок деяких чинників. По-перше, за останні декілька десятиріч не було розроблено жодної нової молекули антибіотика, відповідно, не з'явилося ні одного нового препарату. По-друге, звичайний споживач може призначити собі антибіотик емпірично та на нетривалі терміни. Вагоме значення має нераціональність призначення антибіотиків лікарями тоді, коли до них немає відповідних показів.

**Мета:** Вивчити структуру захворюваності у дітей віком від 1 місяця до 18 років, які були госпіталізовані до ВОКДІЛ з січня 2018 року по грудень 2018 року. Визначити відсоток хворих, які лікувалися з приводу вірусних інфекцій. Проаналізувати покази та доцільність призначення антибіотикотерапії у цієї категорії дітей.

**Матеріали та методи:** Опрацьовано історії хвороб дітей, які знаходилися на лікуванні у ВОКДІЛ з січня 2018 року по грудень 2018 року. Детально вивчено загальноклінічні та лабораторні показники, з подальшою їх статистичною обробкою. Досліджено вітчизняні та міжнародні протоколи показів до антибактеріальної терапії.

**Результати:** Проаналізувавши 1578 історій хвороб дітей, які були госпіталізовані до ВОКДІЛ з січня 2018 року по грудень 2018 року, слід зазначити, що основну структуру хворих – 70,8% склали діти з гострим вірусним захворюванням, тоді як хворих з підтвердженим бактеріальним процесом було статистично достовірно менше – 29,2 % ( $p < 0,05$ ). Серед вірусних захворювань 48,8 % склали діти з респіраторними інфекціями, а 22% хворих мали підтвержену ІХА ротавірусну етіологію. Серед бактеріальних процесів некишкових було 14,9%, а 14,3% склали кишкові захворювання. Вірусна етіологія захворювання була підтверджена, окрім ІХА, змінами ще й з боку загального аналізу крові: у 88,82% дітей із спостерігалася лейкопенія та лімфоцитоз. Особливу увагу привертає частота та терміни призначення антибіотикотерапії у дітей з вірусними інфекціями. Так, 64% хворих дітей даної структури захворюваності отримували у лікуванні антибіотики цефалоспоринового ряду, такі як цефотаксим та цефтриаксон. Слід зауважити, що дана категорія препаратів у 92, 0% випадків призначалася з першої доби перебування у стаціонарі (1-2 доба хвороби).

**Висновки:** Проаналізувавши структуру захворюваності у ВОКДІЛ за 2018 рік, можна зробити висновок, що діти, хворі на гострі вірусні інфекції склали 70,8%, що статистично більше за структуру бактеріальних хвороб (29,2%). У загальному аналізі крові дітей з гострими вірусними захворюваннями переважали лімфоцити (88,82%). Антибактеріальна терапія була призначена у 66,66% дітей та представлена цефалоспоринами III покоління (64%).

Т.В.Крупцала, В.І.Черепанська, О.С. Мотузенко

## **КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ПАРАЛЕЛІ ПАРОТИТНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.В. Нікульченко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Незважаючи на активне проведення вакцинації, важливою світовою проблемою в сучасній інфектології має місце високий рівень захворюваності на паротитну інфекцію у дітей. Щороку в світі реєструється більше 3 млн випадків захворюваності на дану інфекцію, а у 60% яких реєструється атиповий перебіг у вигляді змішаних форм, які здатні призводити як до інвалідизації, так і до летального наслідку.

**Мета:** Проаналізувати поширеність та особливості клінічного перебігу і лікування епідемічного паротиту у дітей різних вікових груп.

**Матеріали та методи:** Були опрацьовані амбулаторні карти та історії хвороб 78-и хворих на епідемічний паротит, що лікувалися амбулаторно у кабінеті інфекційних захворювань (КІЗ) Вінницької МКЛ «Центр матері та дитини» (93% хворих) та стаціонарно ВОКДІЛ (7% хворих) за період від 2013

року по теперішній час. У проведені дослідження включались діти віком від 3-х до 17 років 11 місяців обох статей.

**Результати:** За результатами проведеного епідеміологічного аналізу в Україні та у місті Вінниця за останні 10 років, незважаючи на неповне охоплення населення вакцинацією, відмічається зниження рівня захворюваності на епідемічний паротит. Станом на 2009 рік в Україні реєструвалося 3,41 хворих на 100 тис дитячого населення, тоді як в 2015 було 1,07 на 100 тис, а в 2017 році – 0,79. Летальних наслідків від епідемічного паротиту та його ускладнень за цей проміжок часу зареєстровано не було. В місті Вінниця за останніх 5 років спостерігалася значна тенденція до зниження захворюваності на епідемічний паротит, проте незначне підвищення мало місце у 2017 році. У переважній більшості зареєстрованих випадків 70% припадають на хлопчиків віком від 6 до 15 років. З 73-х хворих, що перебували на амбулаторному лікуванні у 40% був типовий неускладнений перебіг, а у 34% хворих реєструвалася атипова змішана форма у вигляді субмаксиліту та панкреатиту і в 26% - ізольований субмаксиліт, а в 7% хворих, що лікувалися в умовах стаціонару був типовий неускладнений перебіг у вигляді комбінованих форм (паротит, орхіт та панкреатит). Всі діти отримували базисну терапію, а в амбулаторних умовах 85% дітей додатково отримували протівірусну терапію, 15% комбіновану протівірусну та антибактеріальну терапію. В стаціонарних умовах додатково призначалася дезінтоксикаційна, протівірусна та замісна терапія і двом хворим був накладений суспензорій.

**Висновки:** За даними наших досліджень захворюваність на епідемічний паротит залишається актуальною проблемою в сучасній інфектології. З впливом вакцинопрофілактики показники захворюваності підлітків перевищують рівень захворюваності у дітей дошкільного віку. При несвоєчасній діагностиці та лікуванні, особливо у хлопчиків пубертатного віку, захворювання перебігає з незворотніми змінами репродуктивної функції.

І.В. Литовченко, А.О. Орлова

## **АНТЕНАТАЛЬНИЙ ВПЛИВ АЛКОГОЛІЗМУ БАТЬКІВ НА ФІЗИЧНИЙ ТА ПСИХОМОТОРНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

О.Г.Трифяк (ас.) Т.І.Антонець (доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Антенатальне споживання алкоголю і його вплив на плід, що розвивається, є серйозною проблемою охорони здоров'я в усьому світі та особливо в Україні. Репродуктивне здоров'я чоловіка та жінки - майбутніх батьків - визначає фізичне і психічне здоров'я новонародженого. В сучасних умовах - умовах спрощеного ставлення суспільства до шкідливих звичок, алкоголізм і тютюнопаління вийшли за рамки медичної проблеми, що вимагає пильної уваги до даної проблеми не тільки лікарів, а й соціуму.

**Мета:** Дослідження впливу пренатального споживання алкоголю на плід та отримання статистичних даних щодо частоти виникнення у дітей затримки фізичного та психомоторного розвитку, вроджених деформацій кінцівок (МКХ-10 - M21), залізодефіцитної анемії (МКХ-10 - D 50.9), кардіоміопатій та інших вад розвитку.

**Матеріали та методи:** В якості матеріалів було проаналізовано 40 історій хвороб новонароджених дітей у яких батьки зловживали алкоголем на базі Вінницького обласного ДБ «Гніздечко». З історій хвороб було отримано дані щодо діагнозу дітей після первинного огляду лікарів та було створено статистику щодо частоти виникнення певних патологій.

**Результати:** При аналізі отриманих даних було визначено, що серед вибірки дітей у 70% спостерігалася затримка фізичного та психомоторного розвитку. Також спостерігалися: вроджені деформації кінцівок, такі як вальгусна деформація стопи (47,5%) та плоскостопість (37,5%). Серед розладів серцево-судинної системи кардіоміопатія спостерігалась у 20% дітей, а порушення кровотворення у вигляді залізодефіцитної анемії спостерігалось у 27,5% новонароджених. Найрідше зустрічався атопічний

дерматит (17,5%), харчова алергія (10%) та вроджена пупкова грижа (7,5%). Статистика алкоголізму серед батьків, починаючи з 1980 р. почала зростати у 2008 році, найбільше дітей з фетальним алкогольним синдромом було народжено у період з 2010 по 2012 рік.

**Висновки:** Таким чином, можна зробити висновок про вплив алкоголю на плід, та статистику частоти виникнення затримки стато-кінетичного та психомоторного розвитку та серйозних патологій систем організму, таких як кардіоміопатії чи деформації кінцівок. Статистика народження дітей з фетальним алкогольним синдромом має тенденцію до зростання, оскільки інформованість жінок репродуктивного віку та вагітних знаходиться на дуже низькому рівні.

Р.Л. Любевич, О.В. Степаненко  
**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

А.А. Асауленко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Не зважаючи на те, що кір належить до керованих інфекцій, за останні роки, у країнах Європи, зокрема в Україні, дане захворювання займає одне з провідних місць в структурі інфекційної захворюваності дитячого населення, та залишається однією з причин смерті дітей різної вікової категорії. Фахівці ВОЗ пов'язують це із зниженням загального охоплення плановою імунізацією і втратою напруженості колективного імунітету населення.

**Мета:** Проаналізувати клініко-епідеміологічні особливості перебігу кору у дітей.

**Матеріали та методи:** Був проведений огляд та проаналізовано дані 100 медичних карт дітей, які були госпіталізовані до ВОКДІЛ м. Вінниця, Україна з діагнозом «кір», за період від 25.11.18 до 02.02.19. Аналіз проводився за допомогою розроблених бланків «Карта спостереження хворого на кір», з використанням статистичної обробки абсолютних значень з врахуванням інтенсивних та екстенсивних показників за допомогою стандартних статистичних методів дослідження. Використовувались епідеміологічні, загально-клінічні, інструментальні (УЗД-дослідження органів черевної порожнини, рентгенологічне дослідження ОГК) та серологічні методи дослідження (ІФА).

**Результати:** Серед досліджуваних дітей, на кір частіше хворіли хлопчики – 52%. Більшість хворих становили діти шкільного віку - 42%, тоді як діти до року становили 22 % від загальної кількості досліджуваних. 70% дітей не мали щеплення проти кору. У переважній більшості випадків, перебіг захворювання був середньої важкості - 96%, важкий - у 4% досліджуваних. Середня тривалість перебування у стаціонарі складала  $6,54 \pm 2,59$  днів. Середня тривалість продромального періоду –  $3,77 \pm 1,36$  днів. Середня тривалість періоду висипу у дітей нашої вибірки складала  $4,78 \pm 1,77$  днів. Клінічні прояви включали переважно класичну катаральну триаду: кашель (91%), нежить (81%), склерит (77%). Також у деяких хворих був стоматит (7%) та лімфаденопатія (30%). Корова енантема спостерігалась у 71% хворих, плями Копліка у 61%, поєднання цих ознак у 52% досліджуваних. У більшості випадків лихоманка була фебрильного характеру (45%) та гектичного (35%), що тривала в середньому  $6,2 \pm 1,87$  днів. Ускладнений перебіг кору спостерігався у 28 дітей, з них: пневмонія - 64%, гепатит – 17,8%, отит – 3,6%, пневмонія та енцефаліт – 3,6%, пневмонія та гепатит – 10,7%. При лабораторних обстеженнях у 90% дітей виявлені зміни ЗАК, що проявлялись лейкопенією, зсувом лейкоцитарної формули, підвищенням ШОЕ; запальні зміни ЗАС виявлені у 24% та зміни в біохімічному дослідженні крові – у 14% (переважно за рахунок підвищення трансаміназ). У 24% дітей виявлено підвищення кетонових тіл в сечі. Премобідний фон, що характеризується супутніми захворюваннями, був обтяжений у 40% дітей.

**Висновки:** У період спалаху кору 2018-2019 року, виявлено, що велика кількість дітей були нещепленими, що значно підвищує захворюваність і ускладнює епідеміологічну ситуацію. У віковій

структурі переважають діти шкільного віку, що пояснюється особливостями факторів передачі корової інфекції.

О.Г. Мазур, Ю.І. Лобортас, В.О. Велічко  
ДІТИ З ВЕЛИКОЮ МАСОЮ ТІЛА ПРИ НАРОДЖЕННІ: ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА СТАН  
ПОСТНАТАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ

Кафедра педіатрії №1  
О.Г. Мазур (к.мед.н., ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогодні в Україні і у світі є актуальним питання народження дітей з великою масою тіла (більше 4000 г). Народження великих дітей обумовлено різними факторами, які до кінця не вивчені. Але є деякі причини, науково доведені, які безпосередньо впливають на велику масу новонароджених, найголовнішими з них є аліментарно-обмінне ожиріння, супутні захворювання у матері, переносування вагітності та генетична схильність. Велика маса при народженні тісно пов'язана з перинатальною захворюваністю та смертністю, а також є одним із факторів ризику розвитку ожиріння в наступні вікові періоди. Недостатньо вивченим залишаються особливості постнатальної адаптації дітей з великою масою при народженні.

**Мета:** Визначення факторів ризику та особливостей постнатальної адаптації дітей, народжених з великою масою.

**Матеріали та методи:** Нами ретроспективно опрацьовано 30 історій хвороб дітей з великою масою при народженні, які знаходилися на лікуванні у відділенні патології новонароджених ВОДКЛ.

**Результати:** Серед обстежених дітей достовірно більше було хлопчиків: 22 хлопчики (73,3%) та 8 дівчаток (26,7%),  $p > 0,05$ . Гестаційний вік новонароджених в середньому склав  $39,6 \pm 0,2$  тижні. Середня маса тіла при народженні  $4,280 \pm 50$  г, довжина тіла  $56 \pm 0,7$  см. Маса тіла 4000-4250 г була у 15 дітей (50%), 4251-4500 г у 9 (30%),  $> 4500$  г у 6 (20%). Середній вік матерів склав  $29,6 \pm 0,88$  років. Аналізуючи перебіг вагітності та пологів, ми встановили, що більшість дітей народилися від II вагітності—9 дітей (30%), 8 дітей (26,7%) народилися від I вагітності. Від II пологів народилися 13 дітей (43,3%) та 10 дітей (33,3%) від I пологів. У достовірної більшості матерів, а саме у 23 жінок (76,6%), вагітність протікала на фоні ускладнень, у решти 7 (23,3%) – без особливостей. Серед найбільш частих ускладнень

вагітності спостерігалися ГРВІ у 7 жінок (30,4%), анемія у 6 (26,1%), токсикоз у 3 (13,1%), загроза переривання у 2 (8,6%), ВСД у 2 (8,7%), патологія щитоподібної залози у 2 (8,7%), ожиріння у 1 жінки (4,3%). Більшість дітей 20 (80%) народилися від фізіологічних пологів, шляхом операції кесарів розтин 6 дітей (20%). У 12 дітей (52,2%) стан адаптації при народженні за шкалою Апгар розцінювався як задовільний, у 6 (26%) було порушення постнатальної адаптації, 3 (13,1%) були народжені в стані помірної асфіксії та 2 (8,7%) в стані важкої асфіксії. У переважної більшості неонатальний період протікав на фоні ГПІ ЦНС у 8 дітей (26,6%), неонатальної жовтяниці у 6 (20%), ВУІ у 5 (16,6%), пологової травми у 5 (16,6%), неонатальної пневмонії у 3 (10,1%), пілороспазму у 2 (6,7%), водянки у 1 дитини (3,4%).

**Висновки:** Велика маса тіла при народженні є клінічно значимим фактором розвитку. Частота народжених хлопчиків із великою масою тіла достовірно є вищою, ніж частота народжених дівчаток. У достовірної більшості матерів вагітність протікала на фоні ускладнень. Новонароджені з великою масою були більш схильні до ГПІ ЦНС, пологової травми, неонатальної жовтяниці, неонатальної пневмонії та ВУІ.

М.О. Мазуркевич



**АНАЛІЗ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ КВНЗ «ЖИТОМИРСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ»  
ЖОР ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ДИТЯЧОГО  
ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ, КОМУНІКАЦІЇ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ  
СПІЛКУВАННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР З ДІТЬМИ ХВОРИМИ НА ДЦП**

Кафедра «Сестринська справа»

Н.В. Шигонська (кандидат педагогічних наук)

КВНЗ «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради  
м. Житомир

**Актуальність.** Дитячий церебральний параліч (ДЦП) являє собою групу синдромів, що пов'язані із порушенням опоно-рухового апарату, проявляються найчастіше руховими, мовленевими та психічними порушеннями та виникає внаслідок недорозвиненості або пошкодження головного мозку. Проблемою церебрального паралічу займалися багато дослідників, але вона досі є однією з актуальних у неврології дитячого віку. Комунікація з пацієнтами займає одне з основних місць в професійній діяльності медичної сестри, тому досить важливими є навички правильного спілкування з хворими, а особливо з дітьми з ДЦП.

**Мета.** Проаналізувати та оцінити обізнаність студентів щодо перебігу дитячого церебрального паралічу, комунікації та особливостей спілкування медичної сестри з дітьми хворими на ДЦП.

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення мети було використано методи системного аналізу та синтезу, порівняння, систематизації та логічного узагальнення теоретичних та дослідних даних, анкетування. Методи були застосовані для визначення стану та розроблення досліджуваної проблеми. В ході дослідження було опитано 50 студентів четвертого курсу відділення «Сестринська справа» КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР.

**Результати дослідження.** Аналізуючи анкети, які включали 15 запитань, щодо особливостей перебігу дитячого церебрального паралічу, 15 питань стосовно комунікації та 10 питань щодо особливостей спілкування медичної сестри з дітьми хворими на ДЦП, визначено, що половина студентів обізнані з питань анкет. Позитивним є те що більшість студентів (70%) правильно обрали визначення поняття ДЦП та причину розвитку захворювання, а саме: ураження головного мозку або його недорозвиненість, обрало 24 студента (48%). Майже половина студентів 22 (44%) - правильно обрали форми ДЦП в залежності від локалізації рухових порушень та вірно обрали можливі ускладнення церебрального паралічу. Переважна більшість студентів (52%) обізнані щодо комунікації, комунікативного процесу та медичної комунікації. А також у 55% опитаних студентів виникли труднощі з питань особливостей спілкування медичної сестри з дітьми хворими на церебральний параліч.

**Висновки.** Ми прийшли до висновку, що трохи більше половини студентів 55% орієнтуються з питань перебігу ДЦП у дітей та понятті комунікація, медична комунікація. Оцінивши обізнаність студентів 4 курсу відділення «Сестринська справа» можна оцінити рівень знань на достатньому рівні, так як більша половина студентів Житомирського медичного інституту обізнані щодо поняття, форм, перебігу та основних порушень, що виникають при дитячому церебральному паралічі, знають, що таке комунікація та медична комунікація, а також трохи менше половини опитаних студентів (45%) мають знання щодо особливостей спілкування з дітьми з ДЦП, що пояснюється не вивченням даного захворювання, а також особливостей комунікації з дітьми з ДЦП в навчальному процесі. Тому потрібно звернути увагу на підготовку медичних сестер до роботи з такими дітьми, так як ДЦП є досить поширеним захворюванням в Україні.

С.С. Малеш

**Місце оральної регідратації в лікуванні ГКІ у дітей**

Кафедри дитячих інфекційних хвороб

С.В. Бобрук ( к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

**Актуальність:** Гострі кишкові інфекції (ГКІ) у загальній структурі інфекційної захворюваності займають друге місце після гострих респіраторних вірусних інфекцій. За даними ВООЗ, у світі щорічно хворіють на ГКІ більше 1 млрд людей, з яких 65-70 % є діти у віці до 5 років. Першою ланкою надання медичної допомоги у дітей з ГКІ є відновлення та підтримка водно-електролітного балансу, яке зазвичай проводиться за допомогою внутрішньовенної інфузійної терапії. Тож, пошук способів введення рідини більш природнім шляхом, який би забезпечив адекватну та повну регідратацію є досить актуальним питанням.

**Мета.** Підрахувати кількість хворих на ГКІ дітей, які перебували на лікуванні у ВОКДІЛ з січня по грудень 2018р. Проаналізувати ступені ексикозу у цієї категорії дітей. Оцінити роль оральної регідратації в патогенетичному лікуванні кишкових інфекцій.

**Матеріали та методи:** Опрацьовано 1306 історії хвороб дітей, які знаходилися на лікуванні у ВОКДІЛ з січня 2018 року по грудень 2018 року. Детально вивчено загальноклінічні та лабораторні показники, з подальшою їх статистичною обробкою. Досліджено вітчизняні та міжнародні протоколи показів до інфузійної терапії при ГКІ.

**Результати:** За 2018 рік в Вінницькій обласній клінічній дитячій інфекційній лікарні зареєстровано 1306 випадків ГКІ. В етіологічній структурі захворювання у 914 дітей – 70.0% переважав ротавірусний гастроентерит, тоді як гастроентероколіт бактеріальної етіології відмічався – 261 (20.0%). У 100.0% хворих дітей за клінічними та лабораторними показниками визначали наявність ексикозу: I ступеня у 65.0% дітей, II- у 22.0% та 13.0% хворих мали III ступінь зневоднення. Згідно підрахунків на інфузійній терапії перебувало 95.0% хворих на ГКІ дітей. Враховуючи те, що основну структуру склали діти з ексикозом I ступеня (втрата маси тіла до 5.0%), слід думати про те, що у 65.0% дітей можливе було використання пероральної регідратації замість проведення у них інфузійної терапії. Результати досліджень, присвячених ефективності оральної регідратації показують, що наводнення за допомогою назо-гастрального зонду рідше супроводжується розвитком ускладнень та забезпечує зниження термінів госпіталізації. Даний метод боротьби з ексикозом є більш природнім у порівнянні з внутрішньовенним введенням рідини, не викликає у дитини негативних та болісних відчуттів та може бути проведеним навіть у домашніх умовах, зменшуючи при цьому кількість госпіталізації.

**Висновки.** Серед дітей які проліковані в ВОКДІЛ протягом 2018 року переважають хворі з ГКІ. В етіологічній структурі захворювання домінував ротавірусний гастроентерит, дещо менший відсоток склали гастроентероколіти бактеріальної етіології. У 100.0% хворих дітей визначали наявність ексикозу: I ступеня у 65.0% дітей, II- у 22.0% та 13.0% хворих мали III ступінь зневоднення. Важливе місце в лікуванні хворих з кишковими інфекціями займала місце оральна регідратація.

Ю.М.Микитюк

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГРИПІ У ДІТЕЙ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ**

Кафедра педіатрії №2

Г.І.Мантак (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність.** Вірусні захворювання респіраторного тракту є важливою проблемою сучасної педіатрії в зв'язку з їх значною поширеністю, нерідко важким перебігом та частими ускладненнями. Особливе місце серед них займає грипозна інфекція, яка може супроводжуватись порушеннями з боку серцево-судинної системи та позасерцевими змінами. В патогенезі ураження міокарду при інфекційних захворюваннях мають значення в першу чергу інфекційні агенти і/або їх токсини, які діють безпосередньо або опосередковано

через симпатичний и парасимпатичний відділи вегетативної нервової системи.

**Мета роботи:** покращення ефективності надання медичної допомоги дітям, які перенесли грипозну інфекцію на основі визначення стану центральної гемодинаміки.

**Матеріал і методи дослідження:** обстежено 30 дітей з грипозною інфекцією віком від 7 до 17 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні протягом 2014-2019 років. Верифікацію діагнозу проводили за допомогою скарг, даних анамнезу, об'єктивного обстеження пацієнтів, лабораторно-інструментальних показників. Діагноз грипозної інфекції підтверджений швидким тестом для діагностики грипу.

**Результати дослідження.** Серед провідних клінічних ознак ураження ССС відмічались серцебиття, кардіалгії, головний біль, слабкість, порушення АТ у вигляді підвищення або зниження, головокружіння. Існує кореляція середньої сили між важкістю захворювання та вираженістю цих клінічних симптомів ( $r_s = 0,6 \pm 0,05$ ). У більшості дітей в гострий період захворювання відмічалось приглушення тонів серця, поява систолічного шуму на верхівці та в 5 точці, що пов'язано зі зниженням тону м'якого міокарда і виникненням відносної недостатності клапанів. На фоні грипозної інфекції підвищувалась активність симпатичної ланки вегетативної нервової системи, що в проявлялось у вигляді гіперкінетичного циркуляторного синдрому. Тривалий час відмічалася екстрасистоля, яка у дітей з ускладненим перебігом грипу утримувалась вірогідно довше ( $p < 0,05$ ). Дані центральної гемодинаміки характеризувались підвищенням кінцево-діастолічного об'єму, фракції викиду, показників ударного та хвилинного об'ємів крові, які вірогідно відрізнялись в порівнянні зі здоровими дітьми ( $p < 0,05$ ). Доплерехографічні показники у хворих на грипозну інфекцію вказують на наявність підвищення градієнтів тиску вихідного тракту лівого та правого шлуночків. На фоні лікування дані зміни мали позитивну динаміку, в більшій мірі це стосується дисфункції лівого шлуночка.

**Висновки:** важкий перебіг грипозної інфекції у дітей супроводжується гіперкінетичним циркуляторним синдромом, порушенням фази реполяризації лівого шлуночка та змінами інтервалу S-T та зубця T. Наявність підвищення градієнтів тиску вихідних трактів лівого і правого шлуночків у цих дітей обумовлює важкість стану пацієнтів. Виявлені зміни диктують необхідність контролю ЕКГ, доплер-ЕхоКГ в динаміці після перенесеного грипу (спочатку через 1 місяць, далі – за потребою) для визначення подальшої тактики ведення хворих.

В. А. Міщанін

## ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ГІПЕРАКТИВНОСТІ ПРИ СИНДРОМІ ДЕФІЦИТУ УВАГИ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

І.В. Морозова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУ) є етіологічно гетерогенною групою зміни поведінки у дітей віком старше 5 років, що супроводжуються порушенням уваги та гіперактивністю. Наявність таких станів призводить до зниження якості життя, успішності в навчанні та асоціальної поведінки. Розповсюдженість СДУ серед дітей складає від 4% до 30%, у 60% випадків прояви зберігаються до підліткового віку. У дітей серед різних вікових груп з СДУ у 35% спостерігаються різноманітні психічні порушення. Тривожні та депресивні розлади мають місце у 26% дітей. СДУ це не тільки проблема дитячого віку, але й дорослого. Рання діагностика та своєчасна профілактика СДУ дозволяє зменшити ризик розвитку асоціальної поведінки та аудитивних станів.

**Мета:** Вивчення основних клінічних проявів СДУ у дітей та ефективність застосування препарату «Анантаваті кідс» для корекції гіперактивності.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось на базі загальноосвітньої школи №7 м. Вінниця, Україна та Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Загальна кількість обстежених - 30 дітей, які були поділені на основну групу (отримували «Анантаваті кідс») та групу контролю (отримували базисну

терапію). Оцінка СДУ проводилась за допомогою тест-опитувальника невротичних порушень та визначення форм комунікативної агресивності.

Результати: Серед обстежених дітей частіше зустрічалась гіперактивна форма СДУ, яка поєднувалась з порушенням уваги. За даними опитувальника невротичних порушень встановлено, що нормальний рівень за всіма шкалами спостерігався у 72% дітей. СДУ, який проявився гіперактивністю, імпульсивністю, неспокоєм виявлений у 24% дітей. 18% дітей мали симптоми низької самооцінки, тікові та мовні розлади. При вивченні додаткових порушень навчання, моторики та спілкування, отримані наступні дані: у 18% дітей – порушення навчання (дизлексії, дизкалькулії, дизграфії), у 27% дітей – порушення моторики (загальна незграбність), у 28% - заїкання, як комунікативне порушення. На даний час протоколу та стандартів лікування СДУ немає. У 90% пацієнтів основної групи, які приймали «Анантаваті кідс», зменшився рівень неспокою, у 67% дітей зменшився рівень роздратованості, у 78% пацієнтів підвищився рівень уваги при проходженні тестів. Також відмічалось у 18% дітей збільшення швидкості реакції та здатність до запам'ятовування. «Анантаваті кідс» достовірно ( $P < 0.05$ ) знизив показники стресу та тривоги на 30 день прийому препарату на 51%, у порівнянні з контрольною групою.

**Висновки:** Регулярне використання препарату «Анантаваті кідс» сприяє позитивному впливу на симптом гіперактивності при СДУ у дітей, суттєво знижує імпульсивність, неспокій, поліпшує пам'ять, концентрацію уваги, самоконтроль

Т.М. Перебийніс

## **ВПЛИВ ХРОНІЧНОЇ ГІПОКСІЇ ПЛОДА НА РОЗВИТОК СЕРЦЕВО – СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ**

Кафедра педіатрії № 2

О.І. Ізюмець (к.мед.н., доц.)

Вінницький медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними світової літератури, у 40-70% новонароджених виявляють ураження серцево-судинної системи внаслідок дії патологічно низького рівня кисню у антенатальному періоді. Альтерація системи кровообігу під час внутрішньоутробного розвитку призводить до формування серцево-судинної патології як в антенатальному, так і у наступні періоди онтогенезу.

**Мета:** дослідити вплив хронічної гіпоксії плоду на серцево-судинну систему та виявити наслідки цього впливу.

**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 катамнез жінок з факторами ризику, які призводять до хронічної гіпоксії плоду. Опрацьована вітчизняна та зарубіжна сучасна література стосовно даної теми.

**Результати:** внаслідок проведеної роботи було виявлено, що у дітей, які перенесли хронічну гіпоксію плоду є порушення з боку серцево – судинної системи (ЕКГ: відхилення електричної вісі серця вправо, гіпертрофія правих відділів серця і блокада правої ніжки пучка Гісса – 42%, зміщення сегменту ST нижче ізолінії – 32%, поява патологічного зубця Q в грудних відведеннях – 18%, ЕхоКГ: ДМШП – 35%, тетрада Фалло – 23%, ізольований стеноз легеневої артерії – 14%, складні комбіновані вади серця – 16%).

**Висновки:** 1. При хронічній гіпоксії плоду спостерігається ураження серцево-судинної системи у 25-30% новонароджених.

2. Матково-плацентарна гіпоксія, пов'язана з патологією плаценти, збільшує ризик розвитку серцево-судинних захворювань матері і дитини в майбутньому.

3. Для діагностики раннього гіпоксичного пошкодження міокарда необхідно визначати активність кардіоспецифічних ферментів МВ-КФК і тропоніну I.

4. Діти, народжені від матерів, що не обстежувалися до пологів і не стояли на обліку вжіночій консультації, складають основну групу ризику щодо формування ранніх важких постгіпоксичних уражень міокарда.

Т.М. Перебийніс

Клінічні маски гострого лейкозу. Випадок з практики  
Кафедра педіатрії № 2

О.І. Ізюмець (к.мед.н., доц.) В.Г. Фурман (к.мед.н., доц.)  
Вінницький медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Лейкоз складає 3% усіх випадків раку в світі. Серед усіх злоякісних пухлин у дітей це захворювання складає 32–40%. Частота лейкозу в Україні - 5,8 випадків на 100 тис. дітей. Смертність – 2,9 випадки на 100 тис. дітей

**Мета:** вивчити клінічні маски гострого лейкозу у дітей та продемонструвати їх у практиці лікаря на прикладі клінічного випадку у хворого Г., 4р.

**Матеріали та методи:** ретроспективно проаналізовані дані медичної документації 30 дітей (форма 003/о “Медична карта стаціонарного хворого”), які перебували на лікуванні у відділенні онкогематології. Опрацьована вітчизняна та зарубіжна сучасна література стосовно даної теми.

**Результати:** внаслідок проведеної роботи виявлено, що до постановки вірного діагнозу в дебюті захворювання проводилося лікування ГРЗ – 20%, тонзиліту – 13%, пневмонії – 10%, артрити – 8%, мононуклеозу – 5%, гепатиту – 5%, лімфаденіту – 5%, стоматиту – 5%, отиту – 4%, апендициту – 2%. Наші спостереження узгоджуються з даними вітчизняної літератури.

**Висновки:** Скарги хворого Г., 4р. в дебюті захворювання – лихоманка, біль в кульшовому суглобі та абдомінальний біль. Об’єктивний статус: гіпертермічний та інтоксикаційний синдроми, абдомінальний біль з обмеженням активності пацієнта, закрепи, «малий» лімфопроліферативний синдром, гепатомегалія. Параклінічні методи обстеження: загальний аналіз крові - лімфоцитоз – 70%, ШОЕ – 20 мм/год., УЗД ОЧП – гепатоспленомегалія, розширення петель кишківника, TORCH-інфекції – Ig G до вірусу Епштейна – Барра, R<sub>0</sub> ОГК – осумковане утворення на рівні T<sub>IV</sub>, КТ ОГК – деструкція T<sub>IV</sub>. Від початку захворювання (03.08.18) до постановки діагнозу (26.10.18) гострий лімфобластний лейкоз були виставлені діагнози: ГРЗ, інфекційно - алергічний коксит, функціональний закреп, глистна інвазія.

Т.Ю. Повшедна, Р.Л. Любевич

## **ЗАЙКАННЯ У ДІТЕЙ: ПРОБЛЕМА, ЯКА ПОТРЕБУЄ ВИРІШЕННЯ**

Кафедра педіатрії №2

К.В. Хромих (к.мед.н., ас.)

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

**Актуальність:** логоневрози (заїкання) – поширена і складна проблема серед дітей як молодшого, так і старшого віку, що потребує своєчасної діагностики та ефективної корекції. Незважаючи на розвинену логопедичну службу у структурі медичних закладів України, частка дітей, що мають дану проблему з кожним роком росте. Виникає необхідність розробки правильного алгоритму діагностики та прогностичної моделі для сімейного лікаря.

**Мета:** виявити поширеність, основні причини логоневрозів (заїкання) серед дітей різних вікових груп та розробити алгоритми діагностики.

**Матеріали і методи:** проведено огляд та аналіз літератури у закордонних та вітчизняних фахових виданнях. Розроблено тест-систему, за допомогою якої проведено опитування 300 студентів I курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова. За допомогою стандартних статистичних методів обробки матеріалу проведено аналіз отриманих результатів.

**Результати:** виявлено значну кількість дітей старшого віку із заїканням (13%). У нашій вибірці, більшу кількість дітей, що заїкаються, складають хлопчики (3:1). Це пов’язано з тим, що розвиток моторної

координації мови у хлопців повільніший, ніж у дівчат. Також, 60% досліджуваних відмічали наявність родичів I та II лінії, які заїкаються. Майже всі досліджувані повідомляли про незвичний темп мовлення у одного з батьків чи близьких родичів (80%). Діти, які заїкаються, відмічають підсилення заїкання під час стресових ситуацій (90%), при чому у деяких дітей, що не заїкаються постійно, можуть виникати короткочасні епізоди. Більшість дітей (45%) відмічали наявність інших невротичних порушень у дитинстві, зокрема: специфічні фобії, ОКР, істеричні неврози, панічні розлади, соматоформні розлади, тіки, енурез тощо. Певна когорта досліджуваних мали травми голови різного ступеню важкості до виникнення заїкання. За даними літератури, заїкання може виникати на ґрунті соматичних патологій, зокрема органічні ураження ЦНС: епілепсія, інсульт, гіпоксично-ішемічні стани. Також певну роль мають і недоношеність, асфіксія новонароджених, гемолітична хвороба новонароджених, патологія вагітних, патологія пологової діяльності. Діти, народжені малими до гестаційного віку і/або з малою масою тіла при народженні, мають вищий ризик розвитку заїкання, через недостатню зрілість ЦНС. Багато дітей мають труднощі у навчанні та спілкуванні з однолітками. Виникає неможливість швидко і точно діяти у стресових ситуаціях, які вимагають вербальних комунікативних умінь. Виявлено такі фактори ризику: сімейний анамнез, невротичні розлади, чоловіча стать, наявність органічних уражень ЦНС, недоношеність, важкі соматичні патології у дітей раннього віку, патологія вагітності та пологів.

**Висновки:** збереження заїкання у старшому віці свідчить про недостатню діагностику і/або недооцінювання проблеми батьками. Активне ведення катamnестичного спостереження і своєчасна діагностика дозволить зменшити кількість дітей із заїканням у старшому віці.

О.С. Пуцько, В.В. Шмалій  
**БЕЗОАРИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ**  
Кафедра педіатрії №2  
Г.М. Руденко (доцент, к.м.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Безоари - це рідкісні сторонні тіла шлунково-кишкового тракту, що утворюються з нерозчинних речовин різної природи, частинок їжі та слизу. В залежності від складової частини безоари поділяються на фіто-, трихо-, себо-, гемато-, лактобезоари (складаються із лактози і казеїну в недоношених дітей). У 75% випадків переважають фітобезоари тоді, як трихобезоари можуть бути у 10 % пацієнтів. Безоари рідко зустрічаються у дитячому віці та спостерігаються у дівчаток на фоні психічних розладів, розумової відсталості та трихотиломанії. Дана патологія стає причиною тяжких та небезпечних для життя ускладнень, таких, як: виразки шлунку, пенетрації, перфорації, кровотечі, некроз стінки шлунку, непрохідність шлунково-кишкового тракту, анемія та кахексія.

**Мета:** Оцінити частоту, особливості клінічного перебігу та діагностики безоарів шлунково-кишкового тракту у дітей.

**Матеріали та методи:** Нами було опрацьовано джерела наукової літератури, виконано аналіз різних форм безоарів, причини їх утворення, методи діагностики та лікування. Також проаналізовано клінічний випадок трихобезоара шлунково-кишкового тракту дитини у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні.

**Результати:** (Клінічний випадок) Дитина П. (дівчинка), 14 років 26.01.2017 р. звернулась до Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні зі скаргами на швидке насичення та періодичні болі в епігастрії переважно після їжі, що турбували пацієнта протягом останніх двох тижнів. З анамнезу відомо, що дитина понад 6 місяців відриває власне волосся та з'їдає його. При об'єктивному обстеженні волоссяний покрив голови збережений. При пальпації живіт м'який, болючий в епігастрії, також в епігастральній ділянці зліва пальпується пухлиноподібне утворення розміром до 8 см, щільної консистенції. Фізіологічні випорожнення не порушені. При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини виявлено щільне утворення в проекції шлунку, яке не пропускає ультразвук і займає всю порожнину.

Фіброгастроуденоскопія: вхід у стравохід вільний, слизова рожевого кольору, кардіальний сфінктер змикає, прохідний; у просвіті шлунка — трихобезоар, який займає весь його об'єм і проходить у просвіт дванадцятипалої кишки. Дитині було проведено оперативне втручання та видалено трихобезоар. Дівчинка проконсультована психологом і психотерапевтом.

**Висновок:** Безоари шлунково-кишкового тракту є рідкісною патологією у дитячому віці, які можуть формуватися у дітей, що мають психічні розлади, а саме трихотиломанію. Основними діагностичними критеріями безоарів є ретельний анамнез та додаткові методи дослідження (ультразвукова діагностика, фіброгастроуденоскопія та рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту із контрастуванням).

А.О. Сорока

## **КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ШВАХМАНАДАЙМОНДА У ДІТЕЙ ( КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

Кафедра педіатрії №2

Т.Г. Король ( к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Синдром Швахмана-Даймонда – це рідкісне аутосомно рецесивне захворювання, яке характеризується наявністю панкреатичної екзокринної недостатності, скелетними аномаліями і недостатністю кісткового мозку. Близько 90% випадків даного синдрому зумовлені мутацією Shwachman-Bodian-Diamond Syndrom (SBDS) гену, який локалізується на 7q11 хромосомі. Окрім того дане захворювання часто супроводжується численними гематологічними порушеннями, такими як лейкопенія, тромбоцитопенія, макроцитарна чи нормоцитарна анемія та можливістю трансформації в гострий мієлоїдний лейкоз.

**Мета:** Описати особливості перебігу синдрому Швахмана-Даймонда на основі аналізу клінічного випадку.

**Матеріали і методи:** Було проведено огляд літератури та проаналізовано карти стаціонарного хворого пацієнта, який знаходився на стаціонарному лікуванні в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні.

**Результати:** Дитина Г., 7 років, при поступленні до стаціонару мала скарги на зниження маси тіла, погіршення апетиту, часті рясні кашкоподібні випорожнення, виражену слабкість та появу висипу на шкірі тулуба та кінцівок. В анамнезі були наявні часті герпертичні інфекції та інфекції дихальних шляхів, що мали затяжний перебіг. При об'єктивному обстеженні виявлені гепато- і спленомегалія, дефіцит маси тіла, петехії на шкірі кінцівок та тулуба. Лабораторні методи дослідження показали наявність стеатореї, мальабсорбції, дефіциту вітамінів А, Е, D, гіпопротеїнемії, недостатність панкреатичних ферментів. Окрім того, у гемограмі були нейтропенія, тромбоцитопенія та макроцитарна анемія. За результатами морфологічного дослідження кісткового мозку виявлені множинні макрофаги з вираженим гемофагоцитозом, серологічні реакції та ПЛР виявили мікст інфекцію EBV і HV6. Вищевикладені клінічні і лабораторні ознаки та позитивні результати генетичного дослідження (наявність мутації SBDS гену), дозволили встановити діагноз синдром Швахмана-Даймонда, гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз індукований мікст інфекцією EBV, HV6. Лікування захворювання включало замісну ферментну терапію, корекцію вітамінодефіциту за рахунок прийому вітамінів А, Е, К D, введення еритропоєтину, гемотрансфузії, курс хіміотерапії згідно протоколу лікування гемофагоцитарного лімфогістіоцитозу (HLH-2004), з подальшою трансплантацією гемопоетичних стовбурових клітин.

**Висновки:** Синдром Швахмана-Даймонда діагностують при підтвердженій лабораторними методами екзокринної недостатності підшлункової залози, гематологічних порушеннях, але найбільш точним методом є встановлення наявності мутації гену SBDS, локалізованого 7q11, за методом ПЛР. Найбільш

ефективним методом лікування гематологічних проявів є трансплантація кісткового мозку, також пацієнти мають отримувати постійну замісну ферментну терапію.

Струтинська А.А.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ НА ФОНІ ТЕРАПІЇ БІОЛОГІЧНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Кафедра педіатрії № 2

Ю.В. Вижга (к.мед.н., доц.), В.В. Демянишина (асист.)

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

**Актуальність.** Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – важке, хронічне, невпинно прогресуюче захворювання, що дебютує у дітей в віці до 16 років, зі складним аутоагресивним патогенезом, деструктивно-запальними змінами суглобів, що призводять до ранньої інвалідизації та зниження якості життя як пацієнтів, так і їхніх сімей.

**Мета дослідження:** оцінити вплив генно-інженерних біологічних препаратів адалімумаб, тоцилізумаб на якість життя дітей з ювенільним ідіопатичним артритом.

**Матеріали та методи:** до дослідження було включено 16 дітей з полі- та олігоартикулярними варіантами ЮІА у віці 7 (3; 17) років. Середня тривалість захворювання до старту імунно-біологічної терапії становила 2,5 (1,5; 8,2) роки. Діагноз ЮІА встановлювали на основі діагностичних критеріїв ILAR (International League of Associations for Rheumatology). Оцінку якості життя пацієнтів проводили з використанням батьківської версії спеціального опитувальника CHAQ (Childhood Health Assessment Questionnaire), опитувальника Health Utilities Index Mark 3 (HUI3). Лікар та батьки пацієнта оцінювали глобальну активність захворювання та загальне самопочуття за 10 бальною аналоговою шкалою (ВАШ). До призначення імунно-біологічної терапії всі пацієнти отримували базисну терапію метотрексатом.

**Результати дослідження:** незважаючи на тривалу базисну терапію ЮІА метотрексатом у досліджуваних дітей, порушення функції суглобів, активний артрит, виявлені у 100 %. Функціональна недостатність за результатами опитувальника CHAQ мала різний ступінь проявів – від вираженої (індекс ФН > 1,5), до помірної та мінімальної (індекс ФН < 1,5). Показники суб'єктивної оцінки загального стану по ВАШ серед всіх пацієнтів перевищували порогове значення у 5 балів. На фоні терапії імунно-біологічними препаратами у всіх пацієнтів встановлено значиму клінічну динаміку та покращення показників суб'єктивної оцінки загального самопочуття пацієнтом чи батьками, лікарем за ВАШ. За даними опитувальника HUI3 було зафіксовано покращення стану по всім атрибутам. У пацієнтів, яким проведена оцінка, не спостерігалось порушень по атрибутам «зір», «слух» та «мова». Через 3 місяці від початку терапії спостерігалась позитивна динаміка по атрибуту «емоції» - з 0,7 до 0,94; «біль» - з 0,76 – до 0,96,  $p < 0,001$ . На фоні тривалої терапії (понад 6 місяців) імунно-біологічними препаратами достовірно покращилась мультиатрибутна функція – з 0,6 до 0,88.

**Висновки:** комплексна терапія ювенільного ідіопатичного артриту з застосуванням імунно-біологічних препаратів дозволяє значно підвищити якість життя дітей, їхніх сімей, покращити фізичну активність та емоційний стан.

В.Р. Тагеев, Т.Л. Ковальчук

## ПРОБЛЕМА ТЮТЮНОПАЛІННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРОННИХ ЦИГАРОК ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Л. Д. Коцур (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова



**Актуальність:** В сучасному суспільстві особливо гостро постає проблема тютюнопаління. І популярність свою воно набирає серед молоді, особливо в підлітковому віці. Саме у цьому періоді закладаються передумови для формування в майбутньому залежності від тютюну, що в подальшому негативно впливатиме на здоров'я.

**Мета:** висвітлення проблеми поширення тютюнопаління серед дітей та підлітків шляхом активного опитування.

**Матеріали та методи:** анкетування школярів про їх ставлення до паління, а також знань про склад та шкідливість електронних цигарок.

**Результати:** Електронні пристрої, популярність яких у світі зростає, особливо серед молоді, працюють на основі нагріву ароматичної рідини, часто містять нікотин, що входить до складу пари, який вдихається курцем - зовсім як у звичайних цигарках, але без диму. Виробники електронних цигарок повідомляють, що кожен змінний картридж для електронної цигарки зазвичай містить від 6 до 24 мг нікотину.

Проведене нами анкетування показало, що підлітки схильні до використання електронних цигарок через вплив однолітків, з цікавості (55%), прагнення виглядати модним (8,5%). Серед проанкетованих 4,3% школярів палить, але 30% спробували палити електронні цигарки. Також було виявлено, що молодь не звертає увагу на склад електронної цигарки та не знає про шкідливий вплив вейпу на організм.

**Висновки:** Важливе значення у формуванні ставлення до паління підлітків належить сім'ї, одноліткам та дорослим. Підлітки-вейпери мають небезпеку та значну схильність стати звичайними курцями протягом року після спроби електронних цигарок.

І.І. Токмакова, О.В. Степаненко, Т.Ю. Повшедна

### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СИНДРОМУ ДЕФЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРРЕАКТИВНОСТІ (СДУГ) З НЕСПАДКОВИМИ ФАКТОРАМИ РИЗИКУ У ПІДЛІТКІВ**

Кафедра педіатрії №2

К.В. Хромих (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** СДУГ - це неврологічно-поведінковий розлад, що проявляється труднощами концентрації уваги, гіперактивністю та погано керованою імпульсивністю. За даними 2018 року, від 5.29% до 7,1% дітей в усьому світі страждають на це захворювання. Усі фактори ризику сучасна дитяча психіатрія поділяє на генетичні та ті, що не пов'язані зі спадковістю (вживання алкоголю під час вагітності, куріння, травми голови у дитячому віці). На даному етапі розвитку світових досліджень ще не зібрано достатньо статистичних даних щодо переважаючого фактору, хоча існують дані про превалюючий спадковий характер СДУГ. Однак вивчення неспадкових чинників є надзвичайно важливим, враховуючи загальнорозповсюджену тенденцію вважати, що наведені несприятливі фактори впливають негативно виключно на фізичний і розумовий розвиток. Діти з СДУГ не страждають ні фізичною, і розумовою затримкою розвитку, однак наявність синдрому значно погіршує їхню якість життя, а труднощі діагностики призводять до помилкових діагнозів та неправильної тактики лікування.

**Мета:** Встановити взаємозв'язок розвитку СДУГ з неспадковими факторами ризику у підлітків.

**Матеріали і методи:** Об'єктом дослідження стала 51 дитина віком 12-17 р., що перебувала на стаціонарному лікуванні у ВОДКЛ. Дослідження проводилося в добровільному порядку для зменшення суб'єктивності отриманих результатів. Для отримання необхідних даних була розроблена анкета, в основу якої покладено тест The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5<sup>th</sup> edition (DSM-5TM), створений асоціацією психіатрів Америки.

Результати: У 13 (25,5%) дітей, що знаходились на стаціонарному лікуванні було виявлено СДУГ. Серед них 8 (61,5 %) склали хлопці та 5 (38,5%) дівчата. Серед матерів 15,4% під час вагітності палили, а 7,7% вживали алкоголь. У 38,5 % матерів важко проходила вагітність, а 46,2% мали ускладнення під час пологів. Переважна кількість дітей а саме 53,8%, народилася в терміні вагітності 37-42 тижні, до 37 тижнів та після 42 тижнів – по 23,1%. Серед підлітків з СДУГ більшість при народженні мала масу понад 3500 г (53,8%), а решта (46,2%) – 2500-3499 г. У 7,7% була травма головного мозку в ранньому дитинстві.

**Висновок:** Отриманні результати анкетування дозволяють зазначити, що будь-який з цих факторів може бути причиною виникнення СДУГ, як окремо взятий, так і в комбінації даних факторів.

І. В. Цибрій, О. С. Мотузенко

## **НАСЛІДКИ ПЕРЕНЕСЕНИХ ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВИХ КРОВОВИЛИВІВ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ**

Кафедра педіатрії №1

Т.І. Саврун (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Нетравматичні внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК) залишаються актуальною медичною та соціальною проблемою, посідаючи перші місця в структурі неонатальної захворюваності. Перенесені ВШК асоціюються з високим ризиком формування неврологічних і когнітивних порушень та інвалідизації дітей в ранньому дитячому віці та в наступні вікові періоди.

**Мета:** встановити вплив перенесених внутрішньошлуночкових крововиливів на стан здоров'я дітей, що народилися з дуже малою (ДММТ) та екстремально малою масою тіла (ЕММТ), впродовж першого року життя.

**Матеріали та методи:** В дослідження було залучено 45 передчасно народжених дітей, які знаходилися на лікуванні у відділенні для недоношених новонароджених. Критеріями включення до груп дослідження були: наявність ВШК за даними клініко-інструментальних (НСГ) досліджень та маса тіла  $\leq 1500$  г. Критеріями виключення з дослідження були: вроджені вади розвитку, генетичні синдроми, пологова травма. Залежно від важкості діагностованого ВШК недоношені новонароджені основної групи були розподілені на групи: 1 група – діти, що перенесли ВШК I-II ст. (n = 15), 2 група – діти, що перенесли ВШК III-IV ст. (n = 10), у групу порівняння увійшли діти з масою тіла при народженні  $\leq 1500$  г без ВШК (n = 20). Дослідження включало ретроспективний аналіз історій хвороб новонароджених та амбулаторних карт катамнестичного центру.

**Результати:** Важкість ВШК корелювала з гестаційним віком та масою тіла при народженні, більш виразні зміни при НСГ діагностовано у дітей з ЕММТ, які увійшли в 1 та 2 групу дослідження. Діти з ВШК мали більшу частоту внутрішньоутробних інфекцій, ретинопатії недоношених (48 %). Розвиток тяжких ВШК асоціюється з формуванням перивентрикулярної лейкомаляції (36 %,  $p < 0,05$ ), з розвитком тяжкої форми бронхолегеневої дисплазії (52 %  $< 0,05$ ) та тяжким перебігом некротичного ентероколіту (16 %). Затримка фізичного розвитку у віці 3 місяців спостерігалася у 20 % (3 дитини) 1 групи, 40,0 % (4 дитини) 2 групи та в 15,0 % (3 дитини) групи порівняння. При досягненні 6 місячного віку показники маси тіла та зросту у дітей основних груп та групи порівняння відповідали віковим нормативам. Аналіз середніх показників окружності голови показав, що у дітей 2 групи з ВШК III-IV ст. прослідковується чітка тенденція збільшення розмірів голови. У 2 групі затримка психо-моторного розвитку у віці 3 місяці спостерігалась у всіх дітей, та зберігалась у 80 % дітей у віці 6 місяців. У 2 групі в 3 місяці розширення шлуночкової системи спостерігалось у 100% ( $p < 0,05$ ) дітей, в 6 місяців – у 8 дітей (80,0 %,  $p < 0,05$ ). У 36,0 % дітей ВШК ускладнилося постгеморагічною гідроцефалією, яка потребувала нейрохірургічного втручання.

**Висновки:** Аналіз отриманих даних свідчить що діти, в яких неонатальний період ускладнився ВШКШ-IV ст., складають групу ризику по розвитку постгеморагічної гідроцефалії, затримки психомоторного розвитку. Діти що перенесли ВШК I-II ст., мають кращий неврологічний прогноз, проте віддаленні наслідки потребують більш детального вивчення.

М.Б.Шандра, Г.Є.Важова, Ю.М.Микитюк

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ХРОНІЧНОГО КОПРОСТАЗУ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії №2

Г.І.Мантак (к.мед.н., доцент)

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

**Актуальність.** Порушення моторно-евакуаторної функції товстої кишки, які супроводжуються синдромом хронічного копростазу, є однією з провідних проблем дитячої гастроентерології. Проблема закрепів є досить важливим моментом у визначенні якості життя дитини. Необхідно відмітити, що майже у 2% випадків серед населення зустрічається синдром закрепу, причому діти серед усіх пацієнтів складають 15-20% випадків. Закреп самостійне захворювання, як це прийнято згідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб (МКХ 10), чи симптом, згідно до позиції Всесвітньої організації гастроентерологів та Американської гастроентерологічної асоціації, дискусії та суперечки цієї проблеми є актуальним питанням педіатрії.

**Мета роботи:** удосконалення лікувальної тактики та реабілітаційних заходів дітей з синдромом хронічного копростазу.

**Матеріал і методи дослідження:** нами обстежено 30 дітей з синдромом хронічного копростазу віком від 3 до 10 років. Верифікація діагнозу проводили за допомогою скарг, даних анамнезу, об'єктивного обстеження пацієнтів, лабораторних та інструментальних показників (УЗД ОЧП, ректороманоскопія, іригографія – рентгенологічно діагностована вроджена вада розвитку товстої кишки). Контроль ефективності терапії здійснювали на 14-й та 30-й день лікування.

**Результати дослідження.** Провідним клінічним проявом синдрому хронічного копростазу в усіх дітей є відсутність самостійного стулу. На цьому тлі, велика кількість дітей (82%) звертались за допомогою до лікаря з приводу наявності інтоксикаційного синдрому. Диспепсичний синдром спостерігали у 55% пацієнтів, за рахунок нудоти (26%) та блювання (18%). Більша половина дітей мали скарги на наявність абдоміналії ниючого характеру, переважно в лівій здухвинній ділянці та здуття живота. При пальпації низхідного відділу товстої кишки мала місце болочість у 72% дітей, збільшення в об'ємі і болочість сигми (68%). Згідно з результатами ректороманоскопії 57% пацієнтів мають катаральний проктосигмоїдит. Лікувальна тактика щодо дітей основної групи направлена на організацію дієти та режиму. Поряд з цим, дітям з синдромом хронічного копростазу проводилась симптоматична терапія та електрична стимуляція відрізків товстої кишки (електрофорез з прозерином, ампліпульстерапія, масаж передньої черевної стінки, лікувальна фізкультура).

**Висновки:** поєднання медикаментозно-дієтичних засобів та стимулюючих фізіотерапевтичних процедур у дітей з синдромом хронічного копростазу на тлі вроджених вад товстої кишки призводить до більш швидкої позитивної динаміки моторної функції товстої кишки. Хворим з синдромом хронічного копростазу показана фізіотерапевтична стимуляція кожні 3 місяці та контроль стану товстої кишки за допомогою проведення іригографії 1 раз за рік.

М.О. Швая, М.І. Тихонюк

## **ОЦІНКА ПЕРЕБІГУ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЕПІДЕМІЇ ГРИПУ 2018-2019 РР.**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

**Актуальність:** За даними ВООЗ вірус грипу набув все більшої поширеності та перевищує епідемпорігпо Україні на 17%. Серед цих хворих 57% - діти. Клінічно підтверджено, що вірус грипу А є домінуючим під час спалаху захворювання. Наявність великої кількості протиріч та нез'ясованих питань потребує подальшого їх розгляду та вирішення.

**Мета:** дослідити поширеність та вплив вірусу грипу на дитячий організм, визначити методи лікування, їх ефективність, а також заходи профілактики.

**Матеріали та методи:** бланк-анкета, опитана група людей, що складає малу вибірку (30 осіб). Аналіз та узагальнення експериментального досвіду.

**Результати:** Серед інфекційних захворювань грип був і залишається найгострішою проблемою, щопов'язано з його масовим розповсюдженням, важкими ускладненнями: пневмонія, міокардит, ниркованедостатність, загострення БА, та наявністю летальних випадків. Отож, клініка грипу вкрай важка. Сьогодні найефективнішим засобом профілактики грипу є вакцинація. 95% опитаних осіб, які вакцинувалися, хворіють не частіше, ніж 3 рази на рік. Досить часто використовуваним та найменш дієвим засобом виявилась оксолінова мазь. 70% осіб, що її використовували, відзначили, що хворіли частіше, ніж 3 рази на рік. В свою чергу, наступні препарати: ремантадин і гропрінозин не мали успіху у профілактиці вірусу грипу (тільки 40% осіб вважають їх ефективними). Крім того, дієвість народних засобів відмітили тільки 12,5% з усіх опитаних.

**Висновки:** Під час даної роботи було з'ясовано, що такі ліки, як оксолінова мазь, ремантадин, гропрінозин, не показують очікуваного ефекту при лікуванні та профілактиці грипу. Адже дані препарати повинні обиратися лікарем на основі досліджень та встановлення штаму вірусу, що є важливим критерієм лікувальної методики.

О.В.Швед, Н.В.Толочко

## **ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Кафедра педіатрії №1

Т.Л. Процюк (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність:** Останніми роками було з'ясовано, що зниження сироваткової концентрації 25(OH)D супроводжується активацією імунної відповіді Th2-направленості, тобто збільшенням популяції IL-4, IL-5, IL-13, які сприяють атопічній реактивності організму. Прогноз алергічних захворювань (АЗ) багато в чому залежить не лише від наявності обтяженої алергічної спадковості, але і від тактики ведення дітей, що страждають АЗ.

**Мета:** Оцінити ефективність лікування алергічних захворювань при застосуванні у комплексній терапії вітаміну D.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій даної проблеми за період 2012-2018 р. ресурсу PubMed, Google Scholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ, клініко-анамнестичні, алергологічні, статистично-математичні дослідження, визначення гідроксикальцеферолу за допомогою електрохемілюмінесцентного методу, оцінка важкості захворювання за шкалою SCORAD.

**Результати:** Всього було обстежено 97 пацієнтів (діти від 7 до 14 років) з розподілом на 3 цільові групи. Перша група хворих на бронхіальну астму (БА) та атопічний дерматит (АД) та які додатково отримували вітамін D, друга група хворих на БА або АД з нормальним або зниженим рівнем вітаміну D, третя група хворих була контрольна, в ній знаходилось 20 пацієнтів які хворіли на БА та АД, які не

отримували вітамін D. Розподіл дітей зі зниженими показниками вітаміну D по клініко-анамнестичним відомостям та статистично-математичними дослідженнями соматичної патології у мам під час вагітності з боку ССС (11.3%), захв.нирок (4.1%), з ШКТ (7.2%), ожиріння (10.5%), ЦД (4.7%), інтранатальні фактори ризику (кесарів розтин- 12.4%, асфіксія- 10.3%, перенатальне враження ЦНС- 23.4%, недоношеність- 2.8%), за характером вигодовування- штучне вигодовування складало 22.4%, природне до 6 міс.- 13,7%, природне до 6 міс.-15,3%. Рівень гідроксикальцеферолу у дітей з важким АД-10.8%, АД середньої важкості- 22.4%, АД легкої важкості- 29.7%, КБА- 28.8%, ЧК БА-20.5%, НК БА- 12.2%. Рівень загального Ig E у дітей залежно від показника від D складав 54 нг/мл з кількістю вітаміну більше 890 МО/мл. Відсоток позитивних шкірних тестів у дітей зі зміненим показником віт. D складав 64,9% (більше 3 алергенів) з широкого спектру алергенів. Корекція сироваткової концентрації віт. D проведено у дозі 2000 МО водорозчинного вітаміну Д3 щодня протягом 2 місяців з позитивною динамікою частоти ГРВІ, показників Ig E, клінічних проявів.

**Висновки:** Встановлено, що серед дітей з алергічними захворюваннями зустрічається значна кількість дітей з дефіцитом вітаміну D, також виявлено, що тяжкість АД і БА в значній мірі пов'язана з концентрацією вітаміну, а його застосування полегшує перебіг алергічних захворювань та покращує загальний стан дітей.

О.І. Шулякова

### **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРИПУ А У ДІТЕЙ**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

В.С. Олійник (к.мед.н.,доц.), Л.О.Ющенко (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Грип є вкрай актуальною проблемою для Всесвітньої організації охорони здоров'я. Адже, щороку вірус грипу вражає від 5 до 20% населення світу. Найбільша захворюваність спостерігається серед дитячої популяції (діти хворіють на грип в 4-5 разів частіше, ніж дорослі) та складають 35-40% у групі від 1 до 14 років.

**Мета:** визначити особливості перебігу грипу А у дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей старшого віку КНПВ МКЛ «Центр матері та дитини» за період грудень-лютий 2018-2019 років.

**Матеріали та методи:** Проведено ретроспективний аналіз 30-ти історій хвороб дітей віком 3-17 років хворих на грип А, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні для дітей старшого віку КНПВ МКЛ «Центр матері та дитини» за період грудень-лютий 2018-2019 років. Усім дітям проведені загальноклінічні лабораторні методи дослідження. Для діагностики грипу А усім дітям проведений мазок із слизової носа. Використовували імунохроматографічний метод, а саме cito-test ТОВ «Фармаско – Україна».

**Результати:** Було встановлено, що у віковому аспекті переважали діти дошкільного віку (17 осіб – 56,7%), тоді як діти шкільного віку склали 43,3%. На момент госпіталізації загальний стан в усіх дітей був середнього ступеню важкості. За медичною допомогою чверть дітей (26,6%) звернулись на першу добу хвороби, половина (56,6%) - на другу добу і на третю добу – 5 дітей – (16,6%). Переважна більшість хворих (19 дітей – 63,3%) була госпіталізована за направленням КШМД, 7 дітей (23,3%) – за самозверненням і 4 дитини (13,3%) були направленні сімейними лікарями. З анамнезу відомо, що нікому з госпіталізованих дітей не була проведена специфічна профілактика від грипу. Основні скарги: озноб, головний біль, ломота в суглобах і м'язах, але найбільше турбувала висока температура тіла, яка трималася до 3±0,8 днів. Середні цифри температури склали 39,52±0,58°C. Також у пацієнтів ( 14 дітей – 46,6%) спостерігали сухий кашель, нежить ( 12 осіб – 40%). У частини дітей ( 4 осіб – 13,3%) катаральні явища були відсутні взагалі. За даними загального аналізу крові у 17 (56,7%) дітей спостерігалось збільшення ШОЕ середне значення якого склало 20,25±8,27 мм/год. Тоді як у 13 (43,3%) дітей ШОЕ

було в межах норми ( $6,69 \pm 1,65$ ). У 2 дітей (6,6%) спостерігався лейкоцитоз з сувом лейкоцитарної формули вліво, лейкопенія була діагностовано у 7 (23,33%) пацієнтів. Дітям призначили етіологічну (озельтамівір протягом 5 діб у вікових дозах) та симптоматичну терапію.

**Висновки:** В результаті дослідження встановлено, що грип у обстежених дітей розпочинався гостро з коротким інкубаційним періодом, що тривав від декількох годин до 2 діб. Перебіг захворювання супроводжувався ознобом, гіпертермією, проявами загальної інтоксикації та катаральними явищами. В загальному аналізі крові переважали нормальна кількість лейкоцитів, при нормальній або дещо збільшеній ШОЕ. Призначене лікування виявилось успішним в усіх випадках.

Linda Abah

## **TREATMENT MODALITIES IN CHILDREN WITH NEPHROTIC SYNDROME**

Pediatric department №2

A. Zvenigorodska (ph.d, prof.as)

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

**Background:** The aim of the study was to determine a retrospective analysis of treatment modalities in children with nephrotic syndrome (NS), and adverse effects caused by the drugs.

**Material and methods:** Medical histories of 51 patients (35 boys and 16 girls) diagnosed with NS and hospitalized in the Department of Pediatric, Vinnytsya Regional Children Hospital, between 2014 and 2018 were included in the analysis. Clinical, biochemical data were obtained.

**Results:** Remission was achieved in 90.2 % of patients treated with corticosteroids due to the first episode of NS, whereas primary steroid resistance was diagnosed in 9.8 % of cases. During the treatment of subsequent disease recurrences secondary steroid resistance occurred in 3.9 % of patients. Alkylating agents due to their low cost were used as second-line therapy in 2/3 of children. Chlorambucil was the most common second-line regimen after steroids (41.18 %), while cyclophosphamide was used in 11.8 % patients. Selective immunosuppressive drug mycophenolate mofetil was used as a second-line drug in 7 patients (13.7 %). Adverse effects were observed in half of children receiving steroid therapy and 29.8 % of patients receiving alkylating agents. Adverse reactions were observed in less than 1% of patients receiving mycophenolate mofetil. Therapy with mycophenolate mofetil was not superior to alkylating agents in the frequency of relapses. Cyclosporine A was used only in 1 patient in our center and during treatment there were not any adverse events.

**Conclusions:** Alkylating agents were the most widely used and are not very safe second-line drug in the treatment of pediatric idiopathic NS in our center. Mycophenolate mofetil and Cyclosporine A (even though in a single patient) became an important therapeutic option and an effective alternative for alkylating agents in the therapy of NS with less adverse reactions.

# ТЕРАПІЯ



# INTERNALMEDICINE

E.Boscov, E.Samohvalov, M. Abras, N.Olaru

## CLINICAL FOLLOW-UP IN PATIENTS WITH UNPROTECTED LEFT MAIN CORONARY ARTERY STENOSIS

Medical Clinics nr.3, A. Grejdieru, MD, PhD., Associate professor, Cardiology Department  
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy  
Chisinau, Republic of Moldova

**Actuality:** Lesion of the left main coronary artery (LMCA) is a separate entity, being a less frequent, but important part of symptomatic coronary artery disease, defined as a stenosis greater than 50%, manifested by unstable angina symptoms and attested in 3-6% of patients undergoing coronary angiography for ischemic evaluation. It is considered an urgent fatal medical condition in case of not promptly identification and treatment. The recent studies have shown that the medical treatment of the unprotected left main coronary artery disease has high mortality. Besides this the by-pass surgery with an evident benefit in comparison with medical therapy, the percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) offers another therapeutic option.

**Materials and Methods:** We retrospectively reviewed the records of 33 patients with an angiographically confirmed diagnosis of significant LMCA stenosis, who underwent PTCA at our institution from April 2016 through January 2017. All thirty-three patients were treated with self-expanding drug eluting stent (DES), made from nitinol. Primary endpoints were a procedural success, defined as favourable technical and angiographic results, in the absence of a major adverse cardiac and cerebrovascular event (MACCE) at hospital discharge and cumulative MACCE at six months follow-up. The factors that could influence the appearance of LMCA stenosis were analyzed. We used the Medina classification for the localisation of the lesions and the SYNTAX-score to appreciate the optimal way of revascularization. Laboratory analysis were: Complete blood count test; Blood chemistry test; ECG and the most important-coronary angiography. The obtained data assessment was performed with the statistical program.

**Results:** This study was conducted on 90,9% males and 9,09% females, with an average age of 60,6 years. There was 63,6% cases with Medina 1.1.0 type of bifurcation lesion; 18,2% - Medina 1.1.1; 12,1% - Medina 1.0.0 and 6,1% - Medina 1.0.1. The SYNTAX-score was between 23 and 32. The study analysis of the group of patients shows that 32 of 33 cases were successfully managed. One case of death was registered at eight hours post-PTCA in a patient with severe three-vessel coronary disease and Medina 1.1.1, with confirmed angiographically in-stent thrombosis. One developed STEMI was recorded in a patient, caused by acute thrombosis of circumflex artery, but was followed by successfully thrombus aspiration. And one stent failure was due to extremely circumflex artery tortuosity and calcified ostium, that limited delivery system progression in the vessel. During six months after PTCA, three cases of acute coronary syndrome were identified. Therefore, the rate of cumulative MACCE at six months was 15,2 % ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** This study shows that the self-expanding drug-eluting stent can be safely used with excellent procedural success of 97% for the treatment of hemodynamically significant stenosis of unprotected left main coronary artery.

Nokuzola Nicole Mashonganyika, O.V. Dzekan

## ATRIAL INHOMOGENEITY IN PATIENTS WITH MITRAL VALVE PROLAPSE

Internal medicine department №1  
O.V. Dzekan (Ph.D., assistant of the department)  
Vinnitsya Memorial National University  
Vinnitsya city

**Background:** Rhythm disorders including atrial premature contractions (APCs) and supraventricular tachycardia are rather frequent in patients with mitral valve prolapse (MVP). Their mechanisms remain uncertain. Therefore, possible P wave changes on 12-lead electrocardiogram (ECG) are of considerable interest



in MVP patients.

**Aim:** The aim of our study was to investigate possible atrial inhomogeneity in MVP patients.

**Materials and methods:** Thirty resting 12-lead ECGs obtained from 30 patients with primary mitral valve prolapse (MVP) registered on sinus rhythm were selected for analysis in Vinnytsyaregional hospital. The P wave duration (Pd), PQ interval duration, P wave amplitude were measured automatically via computerized electrocardiograph software in lead II. The longest and shortest Pd on 12-derivation ECG were selected and the difference between them was recorded as P wave dispersion. Twenty-seven healthy controls (HCs) underwent the same examination.

**Results:** No significant difference in P wave amplitude and PQ interval duration was found between patients and HCs. Pd and P wave dispersion in MVP patients were significantly higher than those of the HCs, though P wave duration mean values were within the normal range in both groups.

**Conclusions:** Our results indicate changes in electrically active atrial tissue homogeneity in subjects with MVP. Due to our findings, atrial inhomogeneity in MVP patients is related to the increased P wave duration and P wave dispersion.

N. Olaru, E. Samohvalov, E. Boscov.

### THE IMPACT OF OBESITY ON ISCHEMIC HEART DISEASE

Medical Clinics nr.3, A. Grejdieru, MD, PhD., Associate professor, Cardiology Department

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy

Chisinau, Republic of Moldova

**Introduction:** Ischemic heart disease (IHD) is the most common cause of death all around the world. According to the World Health Organization (WHO) data, 3.8 million men and 3.4 million women annually die from the IHD. In 2015, IHD affected 110 million people and resulted in 8.9 million deaths. It occurs when the coronary arteries of the heart cannot deliver enough oxygen-rich blood to the heart. Most IHD is caused by atherosclerosis (95-98% of cases). Cholesterol-containing deposits (plaque) in the arteries and inflammation are usually to blame for it. When plaque builds up, it narrows the coronary arteries, decreasing blood flow to the heart. Eventually, the decreased blood flow may cause chest pain (angina), shortness of breath, or other IHD signs and symptoms. A complete blockage can cause a heart attack.

**The aim of the study:** The complex study of lipid profile's indices in obese patients with IHD.

**Materials and methods:** In the study were included 60 obese patients with IHD. Depending on the obesity degree, estimated by calculating the Body Mass Index (BMIs), the patients were divided in 3 groups: I group-20 patients with I<sup>st</sup> degree of obesity, II group-20 patients with II<sup>nd</sup> degree of obesity, III group-20 patients with III<sup>rd</sup> degree of obesity. All patients were measured by using anthropometrical methods- height, weight and abdominal circumference. In each group were tested the following parameters: total cholesterol (Col), high-density lipoprotein cholesterol (HDL), triglycerides (TG), low-density lipoprotein cholesterol (LDL) and calculation of very-low-density lipoprotein cholesterol (VLDL). For all patients were measured blood pressure and basal glycemia. The life quality was evaluated by using SF-36 questionnaire.

**Results:** Comparing the results obtained in each group -the higher levels of Col was obtained in III<sup>rd</sup> (7,63mmol/l) and II<sup>nd</sup> group (6,10mmol/l) compared with I<sup>st</sup> group (5,9mmol/l). This study shows that increasing obesity degree is associated with higher levels of LDL-col (I<sup>st</sup> group-3,5mmol/l, II<sup>nd</sup> group-4,38 mmol/l, III<sup>rd</sup> group -6,3 mmol/l), glucose, with higher systolic and diastolic blood pressures, and with lower levels HDL-col (I<sup>st</sup> group-1,36 mmol/l, II<sup>nd</sup> group- 1,2mmol/l, III<sup>rd</sup> group-0.8mmol/l). Quality of life is considerably affected in IHD patients with III<sup>rd</sup> degree of obesity than patients with I<sup>st</sup> degree of obesity, (p<0.05).

**Conclusions:** This study shows that there is a direct relation between increased degree of obesity, waist circumference and developing ischemic heart disease.

## СПЕЦИФІЧНА ІМУНОТЕРАПІЯ У ОСІБ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ АЛЕРГІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра внутрішньої медицини №1  
О.О. Савицька (к.м.н., доц.), Ю.Л. Шкарівський (к.м.н., ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За даними Міністерства охорони здоров'я України, станом на 2015 рік в країні зареєстровано близько 210 тис. хворих на БА. При тяжкому перебігу та без адекватного лікування БА істотно знижує якість життя хворих, є частою причиною тимчасової втрати працездатності та подальшої інвалідизації, та стає фінансовим тягарем як для держави, так і для членів їх сімей. Актуальним питанням у боротьбі з БА та впливом захворювання на якість і тривалість життя пацієнтів залишається ефективний контроль та профілактика перебігу БА.

**Мета:** Оцінка переносимості та ефективності курсів специфічної імунотерапії (СІТ) для зменшення потреби у базисній протизапальній терапії у пацієнтів з БА.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз історій хвороб пацієнтів пульмонологічного відділення ВОКЛ ім. М.І. Пирогова за 12 місяців. Оцінено переносимість проведеної терапії СІТ у хворих на БА, які мали сенсibiliзацію до побутових алергенів, та отримували СІТ класичним парентеральним методом. Було відібрано 68 історій хвороб пацієнтів на БА з інтермітуючим та персистуючим легким перебігом. Пацієнти були співставні за віком та статтю. Лікування проводилось у період ремісії захворювання, при наявності письмової згоди пацієнта. Усім хворим проводилися рутинні методи обстеження, спірометрія та визначення специфічного IgE. Дані показники надалі використовувались з метою контролю ефективності СІТ. Стартову дозу алергену у розведенні 1:10000 вводили підшкірно, збільшуючи дозу протягом 16 тижнів до 1:100. Усі побічні реакції фіксувались і при, необхідності, піддавались медикаментозній корекції.

**Результати:** За результатами клініко-лабораторного аналізу встановлено, що проведення СІТ у 72,2% пацієнтів не потребували базисної терапії фармпрепаратами на момент завершення курсу СІТ. Місцеві реакції (гіперемія, інфільтрат у місці введення алергену менший 15 мм у діаметрі, свербіж) були зареєстровані у 3 (4,5 %) хворих. Поява місцевих реакцій не викликала потреби у відміні СІТ, лише проводилася відповідна корекція наступних доз алергену. Системні реакції (у вигляді легкого загострення БА з позитивною відповіддю на бронхолітик) були зареєстровані у 1 (1,7 %) хворого. У разі виникнення системних реакцій – зупинялося введення алергену на даній дозі.

**Висновки:** Отримані данні свідчать, що підшкірна СІТ зумовлює значне зменшення вираженості симптомів БА і зменшення потреби в фармпрепаратах, як для базисної терапії, так і для загострень БА, що підтверджується даними інших авторів при аналізі літературних джерел. Гарна переносимість курсів СІТ дозволяє застосовувати їх у пацієнтів з БА інтермітуючим та персистуючим легким перебігом.

## Я.А. Бачуріна І.В. Гвоздик КОМОРБІДНІСТЬ ПОДАГРИ ТА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра внутрішньої медицини №2  
Н.П. Масік (д.мед.н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Взаємозв'язок подагри з метаболічним синдромом, нирковими захворюваннями та кардіоваскулярними захворюваннями спостерігався клініцистами починаючи вже з другої половини XIX сторіччя. Дослідження, багато з яких проводили серед пацієнтів первинної ланки, свідчать, що гіперурикемія пов'язана з компонентами метаболічного синдрому (абдомінальне ожиріння, артеріальна

гіпертензія, гіпертригліцеридемія, зниження концентрації ХС ЛПВЩ <1,0 ммоль/л, гіперглікемія). Концентрація сечової кислоти в плазмі є часто підвищеною у пацієнтів із метаболічним синдромом, а великі епідеміологічні дослідження показують, що поширеність останнього збільшується відповідно до рівнів сечової кислоти.

**Мета:** Прослідкувати зв'язок між гіперурикемією та компонентами метаболічного синдрому, спираючись на дані комплексної оцінки клінічних, лабораторних, структурних та функціональних змін на конкретному клінічному випадку.

**Матеріали і методи:** Матеріалом для дослідження є історія хвороби пацієнта на базі Вінницького НДІ реабілітації інвалідів, з використанням клінічних (загальний огляд, збір анамнезу), лабораторних, біохімічних, інструментальних методів.

**Результати:** Проаналізувавши анамнез захворювання, було виявлено, що первинно у пацієнта виникло підвищення артеріального тиску до 150/95 мм.рт.ст. Пізніше, у віці 42 років з'явилися перші припухлості в області плесново-фалангового з'єднання, з часом виникли тофуси. При загальному огляді виявлено абдомінальний тип ожиріння (окружність талії 105 см). Спадковий анамнез обтяжений (в батька наявна подагра та абдомінальний тип ожиріння). Лабораторно було виявлено: сечова кислота 600 мкмоль/л, загальний холестерин 4,4 ммоль/л, глюкоза 5,7 ммоль/л, тригліцериди 1,9 ммоль/л.

**Висновки:** В ході даної роботи, було підтверджено зв'язок гіперурикемії та компонентів метаболічного синдрому (гіпертензія, абдомінальне ожиріння, гіпертригліцеридемія та гіперхолестеринемія, підвищений рівень глюкози в крові) у конкретного пацієнта. Міжнародні дослідження у цій сфері підтверджують роль безсимптомної гіперурикемії у розвитку метаболічного синдрому, тому можна зробити висновок, що виявлення безсимптомної гіперурикемії має бути скринінговим методом у групах високого ризику розвитку метаболічного синдрому та потребує корекції на початкових етапах.

К. Б. Баширова., В. В. Ткаченко

## ПОШИРЕНІСТЬ РОЗВИТКУ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ ПРИ ПРИЙОМІ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ У ХВОРИХ З КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

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

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Кислотозалежні хвороби становлять серйозну медико-соціальну проблему. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, проведених у країнах Західної Європи, симптоми, що пов'язані з порушенням кислотного гомеостазу, виникають у 18% населення із частотою принаймні 1 раз на тиждень. Але хворі рідко звертаються до лікарів з приводу цих симптомів, не вважаючи, що вони є індикаторами серйозних захворювань. Хворі часто застосовують безрецептурні лікарські препарати, які обирають на власний розсуд. Одними із таких засобів стали ІПП, що на сьогоднішній день є основною групою лікарських препаратів, які застосовують для контролю продукції соляної кислоти.

**Мета:** Дослідити частоту побічних ефектів (анемія, ниркова недостатність, функціональні порушення ЦНС, діарея) ІПП у хворих з різною тривалістю застосування препаратів, створення рекомендацій щодо їх профілактики у групах ризику.

**Матеріал і методи:** Проаналізовано дані клініко-лабораторного обстеження 90 пацієнтів з кислотозалежними хворобами (ГЕРХ, виразки шлунку та ДПК, функціональні диспепсії, асоційовані з *Helicobacter pylori*, хронічний гастрит), з яких було відібрано 78 хворих, віком від 25 до 46 років, без супутніх патологій. Серед них: 1 група – 33 пацієнти. Термін використання препаратів більше 3-х років. 2 група – 45 пацієнтів, використання ІПП до 1 року. З усіх хворих: 40 приймали омепразол (I п.), 15 – пантопризол (III п.), 11 – рабепразол (IV п.), 8 – лансопризол (II п.), 4 – езомепразол (V п.). Вивчалися результати ЗАК (показники Hb), ЗАС (поява білка та глюкози), було проведене анкетування хворих щодо змін загального самопочуття, порушення концентрації, уваги, пам'яті, появи головного болю,

діареї(середній термін використання ІПП 18 місяців).

**Результати:** При дослідженні 1 групи виявлено зміни ЗАК (Нв: у 14 осіб (42,4%) показники 130 г/л, 9 ос. (27,3%) – 136 г/л, 10 ос. (30,3%) – 140 г/л), ЗАС («сліди» білка, глюкоза відсутня). 2 група в ЗАК (Нв: у 21 осіб (46,6%) – 145 г/л, 16 ос. (35,4%) – 151 г/л, 8 ос. (18%) – 155 г/л), ЗАС («сліди» білка, глюкоза відсутня). Дані анкетування: зміни у загальному самопочутті відмітили – 30 хворих (38%), зниження концентрації уваги та пам'яті – 16 пацієнтів (20,51%), поява головного болю – 11 (14,1%), діареї – 8 дослідних (10%).

**Висновки:** ІПП широко використовують за самопризначенням завдяки своїй доступності. Але, враховуючи виявлені дані, необхідно використовувати дані препарати лише за чіткими показами, а пацієнтам, яким призначена довготривала терапія – зменшення використання ІПП до найнижчої необхідної дози, застосування схем в режимі «за вимогою» та «терапія вихідного дня». Рекомендується, при проведенні тривалих курсів прийому ІПП, періодично переглядати дозу препарату та використовувати мінімальну можливу, застосування парентерального введення вітаміну В<sub>12</sub> та препаратів Fe. Використання ефективних та безпечних препаратів ІПП, а саме пантопразолу, який забезпечує більш тривалий контроль секреції соляної кислоти у шлунку (J. Shin, 2004).

А.С. Бедевельський

## ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ

Кафедра госпітальної терапії

Т.В. Чендей(к.мед.н., доц..)

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

м. Ужгород, Україна

**Актуальність.** Мала кількість робіт присвячена вивченню стану правого шлуночка (ПШ) у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ), що пояснюється значними труднощами в неінвазивній оцінці скоротливої функції ПШ. Але в останні роки було показано, що некротичні зміни в стінці ПШ розвиваються приблизно у 15% хворих на ГІМ. Постінфарктна дисфункція ПШ вважається одним з основних факторів несприятливого прогнозу у хворих, що перенесли ГІМ. Залучення у патологічний процес ПШ підвищує показник смертності.

**Мета роботи.** Оцінити показники ПШ та встановити клініко-інструментальні асоціації з функцією ПШ у хворих з ГІМ.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз 124 історій пацієнтів з ГІМ, які знаходилися на лікуванні у Закарпатському обласному клінічному кардіологічному диспансері. ГІМ діагностували згідно протоколу. Дисфункцію ПШ визначали за одним із критеріїв – дилатацією ПШ ( $\geq 3,0$  см) та зниженою екскурсією трикуспідального клапана (TAPSE).

Проведено дослідження типу випадок-контроль, у якому до кожного випадку ГІМ з дисфункцією ПШ (31 пацієнт) добирали контрольний випадок з аналогічними статтю та віком і нормальною функцією ПШ. Дані вносилися в табличний редактор Microsoft Excel. Проведено аналіз функції ПШ і наступних показників: креатиніну, креатинфосфокінази МВ (КФК-МВ), гематокриту (Ht), гемоглобіну (Hb), сечовини, азоту сечовини, протеїнурії, фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), розміру лівого передсердя (ЛП), відношення Е/А, часу прискорення кровотоку у легеневій артерії (Тас) і градієнту тиску у легеневій артерії (Др). Статистичне опрацювання даних проводилося за допомогою програми SPSS.

**Результати.** Серед оброблених історій хвороби дисфункція ПШ зустрічалася у 45,0 % пацієнтів. Середній вік групи з дисфункцією ПШ становив  $62,2 \pm 10,2$  роки, а контрольної –  $60,4 \pm 13,2$ . Статевий склад по групах становив 82,6 % чоловіків і 17,4 % жінок та 63,2 % чоловіків і 36,8 % жінок відповідно ( $p=0,046$ ). У групи з дисфункцією ПШ спостерігається достовірне збільшення рівня сечовини ( $p=0,0001$ ) та азоту сечовини ( $p=0,001$ ) сироватки крові, межово-достовірне збільшення рівня креатиніну ( $p=0,068$ ), а також частіша протеїнурія (93,5 % проти 54,8 % у контрольної групи,  $p=0,0001$ ). Показник Е/А також був

достовірно вищий у досліджуваній групі ( $p=0,025$ ). Частіше також зустрічався ГІМ в басейні ПКА (29% проти 9,7 % у контрольній групі,  $p=0,075$ ). За показниками КФК-МВ, Нт, Нькреатинін, ФВ ЛШ, розмір ЛП, Тасі Др достовірно значущої різниці не виявлено.

**Висновки.** Дисфункція ПШ зустрічалася у 45,0 % пацієнтів. Збільшення відношення Е/А, у хворих з дисфункцією ПШ, вказує на підвищений кінцевий діастолічний тиск (КДТ) у ЛШ, що є наслідком глибших змін систолічної функції ЛШ у цих пацієнтів. Ті ж глибші зміни у ЛШ можуть зумовлювати преренальну азотемію.

Враховуючи вищевказане, є доцільним використання показників функції ПШ у прогнозуванні перебігу ГІМ та виборі лікування, спрямованого також на профілактику та усунення порушень з боку нирок та функції ЛШ.

А.М.Бобр

## ОЦІНКА ЧАСТОТИ НАЯВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ ТА ОЖИРІННЯ 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 епідеміологічних досліджень, найпоширенішим хронічним дифузним захворюванням печінки є неалкогольна жирова хвороба (НАЖХП), частота якої досягає 27 — 30 % у європейських країнах. НАЖХП розглядається як мультисистемне захворювання, що впливає на стан серцево-судинної системи.

**Мета:** Оцінити частоту наявності супутньої НАЖХП та ожиріння у хворих на ІХС та співставити важкість перебігу захворювання в залежності від наявності даного коморбідного стану.

**Матеріали і методи:** Обстежено 50 хворих на стабільну ІХС - 38 (76%) чоловіків і 12 (24%) жінок. Середній вік -  $56,0 \pm 0,5$  років. Діагноз ІХС встановлювали відповідно до Рекомендацій Української асоціації кардіологів (2013). Всім хворим було проведено повне клініко-лабораторне обстеження. Супутня гіпертонічна хвороба (ГХ) верифікована у 41 (82,0%) хворих, з них у 35 (85,3%) пацієнтів - ГХ II ст. та у 6 (14,7%) - ГХ III ст. Артеріальна гіпертензія (АГ) 2 ступеня встановлена у 37 (90,2%) пацієнтів, АГ 3 ступеня - у 4 (9,8%). Тривалість АГ становила  $8,9 \pm 0,5$  років. Супутня НАЖХП діагностована у 34 (68%) хворих. За величиною індексу маси тіла (ІМТ) пацієнти розподілялись наступним чином: оптимальна маса тіла (ОМТ) визначена у 4 (8%), надлишкова маса тіла (НМТ) - у 12 (24%), ожиріння (Ож.) 1 ст - у 27 (54%), Ож 2 ст - у 7 (14%). Хворі з морбідним Ож. 3 ст. в дослідження не включали. Центральний (абдомінальний) тип ожиріння визначали за окружністю талії: для чоловіків-європейців  $\geq 94$  см; для жінок-європейок  $\geq 80$  см (International Diabetes Federation, 2005). В залежності від наявності супутньої НАЖХП всі хворі були розділені на 2 групи: 1-шу склали 34 хворих із супутньою НАЖХП, 2-гу - 16 пацієнтів без супутньої НАЖХП. Статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою програми Statistika for Window 12.0.

**Результати:** Встановлено, що в групі пацієнтів з наявною коморбідною НАЖХП 34 (100%) хворих мали також супутню ГХ ( $p < 0,05$ ), причому ГХ II ст. мала місце у 26 (76,4%) та III ст. - 8 (23,6%). В групі без супутньої НАЖХП коморбідна ГХ зустрічалась лише у 6 (37,5%) 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. Встановлено достовірно вищі антропометричні показники в групі НАЖХП та ІХС, насамперед за рахунок величини індексу маси тіла. Частота виявлення НАЖХП прогресивно зростала при збільшенні ІМТ, сягаючи 21 (61,75%), у хворих із Ож. 1 ст. ( $p < 0,05$ ) та 7 (20,6%) при Ож. 2 ст, з них у 13 (46,4%) хворих спостерігався абдомінальний тип ожиріння. Всі хворі з проявами ХСН I-II ФК мали коморбідність ІХС, ГХ та НАЖХП - увійшли в 1-шу групу. Про оцінюванні біохімічних досліджень у групі з НАЖХП у 11 (32,4%) хворих спостерігалось підвищення рівня АЛТ  $> 27$  ммоль/л.

**Висновки:** наявність супутньої НАЖХП у хворих на ІХС встановлена у 68% пацієнтів. У групі хворих на стабільну ІХС із супутньою НАЖХП виявлено більш важкий перебіг захворювання, а саме наявність абдомінального типу ожиріння, більш високий ступінь АГ, підвищення рівнів АЛТ.

І.Болгарська, В. Зарудня, О.Поплавська  
**АМІЛОЇДОЗ СЕРЦЯ – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ**  
Кафедра внутрішньої медицини №2  
Н.П. Масік (д. мед. н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Діагностика уражень серця при системних захворюваннях, зокрема при амілоїдозі, в більшості випадків представляє собою досить важке завдання, так само як і подальше ведення пацієнтів. Серце є типовим органом-мішенню для відкладення амілоїду, його включення можуть бути знайдені у всіх анатомічних структурах серця – передсердях, шлуночках, клапанах, провідній системі, периваскулярному просторі. За статистичними даними посмертна діагностика ізольованого амілоїдозу серця становить 83 %. Тому саме прижиттєва і рання діагностика амілоїдозу серця сприятиме правильній та своєчасній терапії, що зменшить смертність від даної патології.

**Мета:** виділити комплекс ознак, притаманних амілоїдозу серця, на основі ехокардіографії (ЕхоКГ) та МРТ- дослідження серця, що зменшить кількість помилок в діагностиці захворювання.

**Матеріали та методи:** було проаналізовано 40 результатів дослідження ЕхоКГ та 25 результатів МРТ-досліджень хворих на системний амілоїдоз з ураженням серця та хворих на ізольований амілоїдоз серця.

**Результати дослідження.** Аналіз результатів ЕхоКГ дозволив виділити типові ознаки при амілоїдозі серця, незалежно від форми амілоїдозу: 1) дилатація верхньої і нижньої порожнистих, печінкових і легеневих вен. Інспіраторний колапс нижньої порожнистої вени, що присутній в нормі, може бути різко знижений або бути відсутнім. 2) зменшення порожнини шлуночків при великому розмірі передсердь; 3) характерний «блискучий» ехо-сигнал від міжшлуночкової перегородки по типу «матового скла»; 4) збільшення кінцево-діастолічної товщини міжшлуночкової перегородки (МШП)  $\geq 12$  мм при відсутності будь-яких інших причин гіпертрофії; 5) гомогенне потовщення атріовентрикулярних клапанів, що частіше супроводжується невеликою регургітацією; 6) дифузне потовщення інших стінок серця, включаючи стінку правого шлуночка і міжпередсердної перегородки.

При МРТ- дослідженні з гадоліном встановлено, що амілоїд зв'язує і затримує введений внутрішньовенно гадоліній, і проявляється посиленням сигналу з трансмуральним або субендокардіальним контрастуванням.

**Висновок:** визначення комплексу специфічних ЕхоКГ та МРТ ознак дає змогу підвищити відсоток прижиттєвої діагностики патології та обрати правильну тактику ведення пацієнтів.

В.О.Бомбела  
**ШВИДКІСТЬ ХОДЬБИ І РИЗИК РОЗВИТКУ ДЕМЕНЦІЇ У ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ – КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК**

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Л.В.Швець (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Згідно статистичних даних близько 47 млн. осіб у світі страждають на деменцію. Деменція є вагомим причинним фактором інвалідності у людей літнього віку. Зважаючи на відсутність ефективних засобів лікування деменції виявлення потенційних факторів ризику є пріоритетним

напрямок терапевтичної галузі. Останнім часом науковий інтерес викликає вивчення взаємозв'язку між фізичним та когнітивним функціонуванням, як можливим предиктором її розвитку.

**Мета:** вивчити взаємозв'язок між показниками швидкості ходьби, важкості депресії (оскільки депресія асоціюється з початком розвитку деменції) та ризиком розвитку деменції.

**Матеріали та методи:** Обстежено 60 пацієнтів ревматологічного та нефрологічного відділень ВОКЛ ім. Пирогова впродовж 2018-2019рр. До дослідження включалися пацієнти старше 60рр., без ознак декомпенсації хронічних захворювань, гострого порушення мозкового кровообігу та гострого/загострення артриту. Всім обстеженим проведена оцінка анамнезу та супутньої патології, опитування за шкалою депресії Центру Епідеміологічних Досліджень (CES-D), оцінено швидкість ходьби методом проходження стандартної відстані в 10м в звичайному для пацієнта темпі.

**Результати:** Обстежено 33 пацієнта жіночої статі (середній вік –  $65,2 \pm 5,7$ рр.) та 27 – чоловічої статі (середній вік –  $66,2 \pm 5,9$ рр.). В обстежених нами пацієнтів були виявлені супутні захворювання: ІХС (n=8), інсульт (n=1), ЦД (n=10), АГ (n=39), рак (n=1), при цьому варто зазначити, що депресія, хвороба Альцгеймера чи деменція не була встановлена у жодного пацієнта. Опитування за шкалою CES-D виявило, що більшість обстежених не мали проявів депресії (n=43, кількість балів 0-17), втім, у 12 пацієнтів виявлено ознаки легкої депресії (кількість балів 18-26), в 3 – депресія середньої важкості (27-30 балів) та у двох пацієнтів депресія важкого ступеню (31 бал і вище). Аналіз показників шкали CES-D стосовно швидкості ходьби виявив достовірний зворотній кореляційний зв'язок (( $r = -0,44$ ). Так, у пацієнтів без деменції (n=43) середня швидкість ходьби склала 0,95м/с, з легкою депресією (n=12) – 0,8м/с, з середньою депресією (n=3) – 0,79м/с, з важкою депресією (n=2) – 0,75 м/с.

**Висновок:** Наші дані підтверджують той факт, що швидкість ходьби є предиктором ризику розвитку депресії та подальшої деменції та закладають перспективи подальшого вивчення можливостей профілактики.

В.І. Булавенко, О.Г. Басінських  
**СКТ-ДІАГНОСТИКА ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ**

Кафедра радіології

О.О. Гавриленко (к.мед.н.)

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

**Актуальність:** Виявлення цирозу на ранніх етапах розвитку є дуже важливим. Адже саме цим пояснюється актуальність вивчення перших ознак, що вказують на порушення функціонування печінки. Коли ж людина тривалий час ігнорує прояв симптомів, то хвороба за цей час встигає вразити практично всю площу залози і організм починає поводитися непередбачувано.

**Мета:** На основі обстежених пацієнтів з цирозом описати перебіг захворювання, простежити за змінами, які виникають у печінці на різних стадіях. А також простежити за ураженими органами і до яких наслідків дане захворювання призводить.

**Матеріали та методи:** Було проаналізовано результати СКТ-досліджень печінки у 33 пацієнтів. Діагностичні СКТ-матеріали отримані на клінічній базі НДЦ ВНМУ. СКТ-дослідження печінки проведено за стандартною методикою візуалізації за допомогою спірального комп'ютерного томографа «SeleCTSP» фірми «Elscint» (Ізраїль). Для візуалізації структур ОЧП та ОЗП проводили пошарове сканування печінки, з товщиною томографічних зрізів по 0,5мм та з в/в введенням контрастної речовини «Візіпак-320».

**Результати:**

1. Цироз зустрічається більше у чоловіків 72,7%(24), ніж у жінок 27,3%(9).
2. Контури печінки у більшості випадків змінюються, і частіше вони нерівні 28 (84,8 %), бугристі 25 (75,8 %).

3. Розміри печінки можуть зменшуватись у 9,1%(3), або збільшуватись у 69,7%(23) в залежності від стадії. Нормальні розміри можуть залишатись у 21,2%(7).
4. Щільність печінки в більшості випадків зменшується і це у 81.8%(27).
5. Архітектоніка незміненої печінки порушується у 43,8%(14), спостерігається «зернистість» 6,3%(2) та «мозаїчність» (7). Але найчастіше залишається нормою 56,3% (18).
6. Структура печінки у більшості змінюється 90,6%(29), що проявляється у вигляді додаткових вузлів: у 36,36%(12) - небагаточисленні, а у 63,63% - багаточисленні.
7. Локалізація утворень (вузлів): 33%(3) - ліва доля, 45%(4) – права доля, 22%(2) – вся печінка.
8. Реакція навколишніх тканин у 36,36%(12), з них у 91,7%(11) наявна периферична інфільтрація біля вузлів.
9. Накопичення контрастної речовини в додаткових утвореннях (вузлах) виявлено у 24,24%(8), з них у 50% випадків- не накопичують, а у 50%-накопичують.
10. Розміри селезінки змінюються і у 84,8%(28) виникає її гіпертрофія, лише у 15,2%(5) розміри селезінки залишаються нормою.
11. Портальна гіпертензія наявна у 78,1%(26).
12. Асцит спостерігається у 69,7%(23).

#### **Висновки:**

Цироз печінки – це патологічний процес, в ході якого гепатоцити замінюються фіброзною тканиною. У процесі цих змін вони втрачають свою функцію, ефективність роботи печінки знижується. Ми описали зміни, які відбуваються у печінці під час цирозу на різних стадіях, що дає можливість простежити його перебіг. На основі нашого дослідження ми можемо зробити наступні висновки, що цироз зустрічається в більшості у чоловіків, спостерігається гепатоспленомегалія, контури печінки нерівні і бугристі, зменшується її щільність, порушується архітектоніка і виявляються додаткові вузли, а також виникають ускладнення у вигляді портальної гіпертензії та асциту. Ці всі зміни можуть призвести до розвитку ГЦР.

І.Д. Бутиріна

### **ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЛЕЙКЕМІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ДОСЯГНЕННЯ КЛІНІКО-ГЕМАТОЛОГІЧНОЇ РЕМІСІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини №1

Г.С. Маслової (к.мед.н., доц.)

Українська медична стоматологічна академія,

м. Полтава

**Актуальність.** Проведення хіміотерапії (ХТ) гострої лейкемії (ГЛ) супроводжується зростанням ризику розвитку гепатотоксичних реакцій, причинами формування яких можуть бути фактори, пов'язані із особливостями організму хворого, із типом ГЛ та препаратами цитостатичного ряду.

**Мета** – оцінити частоту виникнення і характер гепатотоксичних реакцій у хворих на ГЛ залежно від досягнення клініко-гематологічної ремісії.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням перебувало 24 пацієнти із вперше встановленим ГЛ, які знаходились на стаціонарному лікуванні у гематологічному відділенні ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського, із них 12 (50%) чоловіків і 12(50%) жінок, віком 27-76 років. Користувались наказом МОЗ України від 12.05.2016 №439. Пацієнти були розділені на групи відповідно від досягнення клініко-гематологічної ремісії ХТ: I (n=16) – пацієнти із ГЛ, які досягли клініко-гематологічної ремісії; II (n=8) – пацієнти із ГЛ, які не досягли клініко-гематологічної ремісії. Показники біохімічної панелі оцінювали двічі: перед початком ХТ і на 28-й день. Визначали активність аланінової (АЛТ), аспарагінової амінотрансферази (АСТ), лужної фосфатази (ЛФ), загального білірубину (ЗБ) у сироватці крові. Оцінку ступеню тяжкості порушень функціонального стану печінки оцінювали за шкалою СТСАЕ.

**Результати.** Перед початком ХТ у хворих I групи активність АЛТ у сироватці крові склала  $78,6 \pm 19,4$  Од/л (за СТСАЕ ст.1 виявлено у 6 (37,5%), ст. 2 – у 2 (12,5%) пацієнтів), у хворих II групи –  $51,7 \pm 18,6$



Од/л (за СТСАЕст.1 зафіксовано у 3 (37,5%) пацієнтів). Активність АСТ у сироватці крові у I групі склала  $34,2 \pm 12,9$  Од/л (за СТСАЕст.1 виявлено у 2(12,5%) хворих) – у II групі –  $16,5 \pm 8,3$  Од/л. Концентрація ЗБ у сироватці крові хворих I і II груп склала  $13,4 \pm 9,1$  і  $16,7 \pm 10,7$  мкмоль/л відповідно. У I групі ЗБ за СТСАЕст. 2 зафіксовано у 2 (12,5%) пацієнтів, у II групі ст. 1 – у 2 (25%), ст. 2 – у 2 (25%) пацієнтів. Активність ЛФ у I і II групах склала  $396,8 \pm 98,6$  Од/л (за СТСАЕ ст.1 виявлено у 2(12,5%) хворих) і  $371,3 \pm 79,8$  Од/л відповідно (за СТСАЕ ст. 1 виявлено у 2(25%) хворих).

На 28-й день відмічалась тенденція до зменшення активності АЛТ у I групі в 2,39 рази (за СТСАЕ ст.1 зафіксовано у 4 (25%) пацієнтів). У II групі спостерігалась тенденція до зростання активності АЛТ у 2,69 рази (за СТСАЕст.4 виявлено у 2 (25%) пацієнтів). На 28-й день лікування відмічалось зростання вмісту ЗБ у сироватці крові до ст. 1 за СТСАЕ у 2 (12,5%) та 2(25%) пацієнтів I і II груп відповідно. Під час другого обстеження клінічно значимих змін показника ЛФ у групах порівняння не виявлено.

**Висновок.** Відсутність досягнення клініко-гематологічної ремісії на 28-й день ХТ супроводжується формуванням гепатотоксичних реакцій цитолітичного типу.

А.Є. Бухштаб, О.В. Рибчич, Ю.С. Семенович

## ЗАХИСТ ЗДОРОВ'Я СПОРТСМЕНІВ В АСПЕКТІ ПРОФЕСІЙНИХ ХВОРОБ («ВЕЛИКІ ТІНІ»)

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Кафедра внутрішньої медицини №2

Л.А. Сарафинюк (д.б.н., проф.), С.В. Бондарчук (ас.)

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

**Актуальність теми:** Професійна патологія в усьому світі ґрунтується на законодавчих актах. Базовим законодавчим актом в Україні є «Перелік професійних захворювань» (Постанова Кабінету Міністрів України №1662, 2000 р.). Але в даному документі абсолютно не відображено професійних захворювань спортсменів. Можливо, це пов'язано зі спадщиною радянських часів, коли спорт вважався аматорським, а не як вид професійної діяльності. Спорт вимагає чималих витрат сил і енергії, що в свою чергу може викликати фізичне і психоемоційне перенапруження організму, зокрема у вигляді тривожності.

**Мета:** Визначити рівень тривожності волейболісток команди Суперліги України «Білозгар-Медуніверситет».

**Матеріали та методи:** Нами обстежено методом анкетування за шкалою оцінки реактивної та особистісної тривожності за Спілбергом та Ханіним 12 осіб жіночої статі.

**Результати:** За даними анкетування по визначенню реактивної та особистісної тривожності (Спілберг-Ханін), 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, максимально мобілізуючи резервні можливості організму. Але одночасно з цим тривожність знаходить своє відображення на різних рівнях людської організації: на фізіологічному рівні – проявляється в посиленні серцебиття, збільшенні хвилинного об'єму крові, підвищення артеріального тиску та загального збудження, зниження порогів чутливості, слабкістю в ногах; на емоційно-когнітивному рівні – характеризується переживанням безпомічності, безсилля, незахищеності; на поведінковому рівні – безцільним блуканням по приміщенню, нав'язливими рухами; також збільшує загрозу травм і сприяє розвитку посттравматичних захворювань.

**Висновки:** Найявність певного рівня тривожності у спортсменів може бути передумовою для визначення стану перевтоми та перетренування у спорті і може сприяти формуванню неврозів, як професійної патології можливої у спортсменів. Рекомендовано дану інформацію прийняти до уваги при підготовці

наступної версії переліку професійних хвороб.

І.В. Гвоздик, Я.А. Бачуріна

## ЕПІДЕМІЧНИЙ ПРОЦЕС ТА СТАН ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ КОРУ В УКРАЇНІ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Т.В. Кириленко (ас., викладач кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Інфекційна захворюваність на кір продовжує становити серйозну проблему для практичної охорони здоров'я. Незважаючи на значні досягнення медичної науки, специфічного лікування від кору немає. Єдиний спосіб запобігти ускладненням і смерті - **вакцинація**. Наразі в Україні налагоджено постачання вакцин та забезпечення ними медичних закладів, а також затверджено календар щеплень МОЗ України. Проте, у зв'язку з високими показниками захворюваності на кір, постає питання ефективності вакцинації проти кору та існування інших причини даного спалаху.

**Мета:** Вивчення захворюваності на кір в 2012-2018рр., визначення залежності показників захворюваності від охоплення щепленнями проти цієї інфекції, проведення порівнянь отриманих даних із середньостатистичними показниками по Україні та Вінницькій області.

**Матеріали та методи:** Матеріалами для вивчення тенденцій перебігу епідемічного процесу при кору в Україні та Вінницькій області зокрема, були річні звіти статистичних форм МОЗ України: форма 1,2 "Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання" за 2012-2018рр., форма ВООЗ "Узагальненої звітності щодо випадків кору в Україні" за 2018 рр., форма 5 "Виконання плану профілактичних щеплень за рік" за 2012-2018рр..

**Результати:** З 2012р. до 2018р. захворюваність на кір в Україні коливалась в межах від 0,24 (2016р.) до 128,2 на 100 тис. населення (2018р.). За цей період спостерігалось два значних підйоми захворюваності: в 2012 - 27,9 на 100 тис. населення та в 2018р. - 128,2 на 100 тис. населення. З 2012р. до 2018р. захворюваність на кір у Вінницькій області коливалась в межах від 0 (2016р.) до 213,6 на 100 тис. населення (2018р.). З 2012р. до 2018р. Охоплення вакцинацією проти кору в Україні коливалось в межах 37,9% (2016р.) та 83,0% (2018р.). Станом на 1 грудня 2018р. У Вінницькій області проти кору вакциновано 82,9% дітей згідно календаря щеплень, тоді як найменше охоплення щепленнями - 36,2% (2016р.)

**Висновки:** В ході даної роботи було проведено оцінку показників захворюваності на кір в Україні в період 2012-2018 рр. Згідно отриманих статистичних даних, найбільші спалахи епідемії зафіксовані в 2012 та 2017-2018 рр.. Оцінивши показники охоплення щепленнями в період 2012-2018 рр., відмічається наступна тенденція: збільшення охоплення вакцинацією у 2012, 2017-2018 рр. та зниження цих рівнів у 2013-2016 рр. включно. Поясненням отриманих даних є наступні чинники: відмови батьків від щеплень, перебої в постачанні вакцин, неякісні вакцини, потужний вплив антивакцинальної кампанії та порівняно слабка робота вакцинальної програми МОЗ України. Середньостатистичні показники захворюваності на кір по Вінницькій області дещо перевищують пересічні показники по Україні, тоді як рівні охоплення вакцинацією - співставимі.

Д.В.Глухонюк, Л.В.Прядко, Т.Т.Юшинський

## ОЖИРІННЯ - КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ У РОЗВИТКУ РЕВМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра внутрішньої медицини № 1

К.О. Заїчко (ас.), В.М. Хоменко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Надмірна вага та ожиріння згідно (ВООЗ) – це надмірне накопичення жиру, що становить ризик для здоров'я. Ожиріння є достатньо поширеним захворюванням, так у світі приблизно 640 мільйонів чоловіків та жінок мають надмірну вагу, із них 266 мільйонів – це чоловіки та 375 мільйонів – жінки. Заданими на 2012 рік, надлишкову масу тіла мали 53 % жителів України, і близько 20 % з них є хворими на ожиріння.

**Мета:** Встановити клініко-патогенетичну роль ожиріння у розвитку ревматичних захворювань.

**Матеріали і методи:** Проведено оцінку науково-дослідного матеріалу з різних літературних джерел, проаналізовано статті, дисертації та іншу науково-медичну літературу.

**Результати:** Імуномодуючі властивості жирової тканини та зв'язки із запаленням та аутоімунними процесами призвели до визнання ожиріння як хронічного запального процесу низького ступеня активності. Жирова тканина в суб'єктах з нормальною вагою складається в основному з адипоцитів, тобто зрілих жирових клітин, і міждодіподібної стромальної судинної фракції, включаючи преадипоцити, фібробласти, ендотеліальні та імунні клітини. Майже повний спектр типів імунних клітин представлений серед цих ЖТ-резидентних імунних клітин. Вони відіграють важливі вітальні функції, починаючи від кліренсу апоптотичних клітин до реконструкції позаклітинного матриксу, підтримки тканини гомеостазу і ангиогенезу. Прогресуюче і надмірне накопичення жиру, що виникає при ожирінні, призводить до суттєвих змін у кількості та фенотипі імунних клітин ЖТ, що збільшуються в кількості і активності деяких з них (особливо макрофаги, тучні клітини, нейтрофіли, Т- і В-лімфоцити) при одночасному зменшенні інших, включаючи еозинофіли і кілька підмножин Т-лімфоцитів [Т-хелпери 2 (Th2), Treg і iNKT клітини]. Цей дисбаланс сприяє розвитку локального і системного запалення, пов'язаного з ожирінням, і хоча більшість типів імунних клітин вже присутні в ЖТ, їх кількість значно зростає з прогресуванням ожиріння. У ряді досліджень було встановлено, що ожиріння асоціюється зі підвищеним ризиком розвитку ревматоїдного артриту (РА), особливо серо (-) варіанту, анкілозуючого спондилоартриту (АС), псоріатичного артриту (ПсА). Також ожиріння асоціюється із зниженням вірогідності досягнення ремісії у пацієнтів на РА при лікуванні сХМПП та анти-ТНФа, низькою відповіддю при лікуванні інфліксимабом пацієнтів на АС та зниженою імовірністю досягнення мінімальної активності у пацієнтів на ПсА, які отримують сХМПП та анти-ТНФа.

**Висновок:** Лікування ожиріння та нормалізація маси тіла знижує ризик виникнення ревматичних захворювань, а у хворих РА – підвищує позитивну відповідь на лікування.

О.В.Грішаєнко

## АНЕМІЯ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Кафедра внутрішньої медицини №3

М.П.Сізова (к.мед.н., доц.)

Вінницький медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Анемія у хворих з хронічною серцевою недостатністю має свої автентичні механізми розвитку, що нерідко є причиною виникнення резистентності до лікування. Ця проблема потребує вивчення, оскільки даний стан значно погіршує якість життя хворих та негативно впливає на прогноз основного захворювання.

**Мета:** Вивчити специфічні механізми розвитку анемії у хворих з ХСН та визначити їх роль в аспекті лікування.

**Матеріали і методи:** Проведено ретроспективний аналіз 364 історій хвороб, з них вибрано 61 пацієнт з ХСН та супутньою анемією, які проходили стаціонарне лікування у геріатричному відділенні МКЛІ №3 м.Вінниця у 2017-2018 році (грудень – листопад).

**Результати:** Серед пацієнтів з анемією та ХСН (61) було виявлено: хворі з гіперволемією – 61 (покращення динаміки було незначним після проведення лікування, направлено на досягнення

еуволемії);ті ,які приймали інгібітори АПФ – 53(незначне покращення динаміки та відсутність змін результатів аналізу крові після призначення таблетованих препаратів заліза),ті ,які приймали НПЗЗ – 44(незначне покращення динаміки та відсутність змін результатів аналізу крові після призначення таблетованих препаратів заліза);ті,які отримували ін'єкційні форми препаратів заліза – 7(значне покращення динаміки у 5 пацієнтів,у інших двох – супутня ниркова патологія).

**Висновки:** Отримані результати дослідження свідчать про правдоподібність концепції анемії хронічного захворювання та видимої переваги ін'єкційних форм препаратів заліза над таблетованими.

А. П. Гунько, Л. В. Ластович

## **СТРЕС – ІНДУКОВАНА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ У ВІЙСЬКОВИХ УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНОГО ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

(науковий керівник – асистент Т. В. Степанюк)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) і пов'язані з нею ускладнення залишається однією з основних проблем сучасної медицини. Згідно з даними міжнародного багатого центрального дослідження INTERHEART стрес входить в число ведучих факторів ризику розвитку АГ. Військова служба – особливий вид діяльності людини, для якого характерні ненормований робочий день, фізичні та психологічні перевантаження, обмежені можливості в прийнятті рішень та інші стресові ситуації. Підвищення артеріального тиску (АТ) у військовослужбовців і викликані цим ускладнення давно є предметом уваги лікарів, які надають медичну допомогу у військових формуваннях. Із сказаного випливає, що проблема впливу бойового стресу на виникнення та розвиток АГ представляє значний інтерес, що обумовлює необхідність вивчення особливостей формування АГ в умовах бойових дій з метою розробки методів профілактики та лікування.

**Мета дослідження.** Виявити особливості формування артеріальної гіпертензії під впливом стресорів бойової обстановки.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 67 осіб, що склали три групи спостереження. Перша група обстежених включала 21 чоловіків, що перебували в зоні конфлікту вперше, не більше 1 міс. Друга група включала 24 чоловіки, що перебували в зоні конфлікту вперше, протягом 6-12 міс. Третя група включала 22 чоловіків, що перебували в зоні конфлікту вперше, не менше 3 років. Середній вік обстежуваних в кожній групі склав  $25,1 \pm 6,1$  років,  $29,4 \pm 6,4$  років,  $27,9 \pm 7,1$  років, відповідно. Вивчено взаємозв'язок даних психологічного тестування і показників добового моніторингу електрокардіограми та артеріального тиску, варіабельність серцевого ритму у трьох групах обстежуваних сформованих в залежності від тривалості перебування у зоні конфлікту. Для оцінки психоемоційного статусу проводилось тестування за опитувальником Спілбергера-Ханіна з визначенням показників ситуативної (СТ) і особистісної тривожності (ОТ), а також виявлення депресивного стану за опитувальником Бека (BDI).

Добовий моніторинг електрокардіограми (ДМ ЕКГ) і дослідження варіабельності ритму серця (ВРС) за 24 години проводилось з використанням кардіореєстратора апаратно-програмного комплексу ДМ ЕКГ "Міокард-Холтер-2". Добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) проводився за допомогою портативного апарату для автоматичного неінвазивного вимірювання артеріального тиску і частоти пульсу, випускається під торговою маркою VPLab.

**Результати дослідження.** Встановлено, що психоемоційний стан в перший місяць перебування в зоні бойових дій характеризується високим рівнем ситуативної та особистісної тривожності з переважанням депресивної симптоматики. Даний стан супроводжується появою патологічних порушень ритму і провідності серця. При збільшенні терміну перебування в зоні конфлікту рівень тривоги та розладів депресивного спектру достовірно знижується ( $p(I-II) < 0,001$ ;  $p(I-III) < 0,001$ ). При цьому варіабельність

ритму серця показує значне зниження вкладу LF(%) і домінування вкладу VLF (%) в структурі хвильового спектру. Показники ДМАТ виявили значне підвищення величини АТ у групах два та три тобто у групах з більш тривалим перебуванням в зоні конфлікту. Рівень АТ в світлий час доби виявляє пряму залежність з показником тривалості перебування у зоні збройного конфлікту, а у нічний час показник АТ корелює з рівнем ситуативної тривожності.

**Висновок.** В умовах тривалого стресу бойової обстановки одним з виявлених механізмів формування артеріальної гіпертензії є ослаблення симпатичної модуляції в вегетативній інервації серця та зниження барорефлекторної чутливості. Збільшення тривалості перебування в зоні збройного конфлікту та підвищення рівня ситуативної тривожності являються специфічними факторами воєнної обстановки, які здатні чинити вплив на формування АГ у молодих, клінічно здорових чоловіків.

В.О. Давидова

## ПОБІЧНІ ЯВИЩА ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЛЕВОФЛОКСАЦИНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

А.В. Демчук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** інфекції дихальних шляхів є однією з основних причин застосування антибіотиків. Левофлоксацин характеризується широким спектром дії, забезпечуючи пригнічення розвитку основних збудників інфекцій дихальних шляхів. Протягом останніх 10 років спостерігається надмірне його застосування як у монотерапії, так і комбінації з іншими антибіотиками, що не завжди відповідає рекомендаціям. Надмірна антибактеріальна терапія, крім позитивного ефекту, небезпечна виникненням побічних явищ.

**Мета:** метою дослідження стало вивчення частоти виникнення побічних явищ при застосуванні левофлоксацину для лікування інфекцій нижніх дихальних шляхів (негоспітальна пневмонія (НП) та бактеріальне загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ)).

**Методи:** у дослідження включено 16 пацієнтів: чоловіків 7 (43,75%), жінок 9 (56,25%), середній вік пацієнтів  $56,35 \pm 8,34$  роки. НП була у 13 (81,25%), ХОЗЛ – у 2 (12,5%), бронхоектатична хвороба у - 1 (6,25%). Хронічні супутні захворювання спостерігались у всіх пацієнтів - ішемічна хвороба серця 8 (50%), гіпертонічна хвороба 6 (37,5%), цукровий діабет 1 (6,25%), ожиріння 5 (31,25%), виразка шлунку 1 (6,25%), дисциркуляторна енцефалопатія 1 (6,25%), захворювання сечостатевої системи 2 (12,5%), хронічний панкреатит 1 (6,25%). Монотерапію левофлоксацином отримували 7 пацієнтів (43,75%), комбіновану 9 пацієнтів (56,25%). Середня тривалість прийому левофлоксацину  $7,2 \pm 3,5$  дні.

**Результати:** побічні явища виникли у 6 пацієнтів (37,5%). Домінували біль в серці, серцебиття або відчуття аритмії у 5 (31,25%), які виникли через 2 дні від початку прийому левофлоксацину у пацієнтів із супутніми ішемічною хворобою серця та гіпертонічною хворобою. У одного пацієнта (6,25%), що лікувався з приводу НП на тлі цукрового діабету виник біль в животі. Серцево-судинні скарги супроводжувались продовженням інтервалу QT від  $389,5 \pm 38,3$  мсек до  $418,5 \pm 50,1$  мсек (в середньому  $29,7 \pm 15,4$  мсек) через 3-5 днів від початку прийому левофлоксацину. У інших 4 (25,0%) пацієнтів з супутньою патологією серцево-судинної системи спостерігалось зменшення інтервалу від  $446,3 \pm 24,8$  мсек до  $401,3 \pm 15,4$  мсек (в середньому на  $46,6 \pm 14,3$  мсек) на тлі прийому левофлоксацину. При виписці з стаціонару у 5 (31,25%) пацієнтів спостерігались залишкові ознаки основного захворювання (кашель, хрипів та задишка), що свідчить про недостатню ефективність лікування. Контроль стану пацієнтів через 3 місяці показав, що побічні явища зберігались у всіх пацієнтів. Троє з них звертались до лікаря з приводу повторних гострих респіраторних захворювань, 2 пацієнтів - з приводу погіршення хронічних захворювань серцево-судинної системи, що супроводжувались подовженням інтервалу QT.

**Висновки:** призначення левофлоксацину для лікування інфекцій нижніх дихальних шляхів у пацієнтів з

хронічною патологією серцево-судинної системи супроводжується виникненням побічних явищ: болі в серці, аритмія та відчуття серцебиття, подовження інтервалу QT, які зберігаються протягом 3 місяців.

С.В.Должикова, Т.С.Довбиус

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗМІНИ КЛІНІЧНОГО СТАНУ ТА ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, ЩО МАЮТЬ РІЗНІ ФОРМИ ЕКСТРАСИСТОЛІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини №1

Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.), А.В. Іванкова (асп.)

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

**Актуальність:** Пошкодження нирок при гіпертонічній хворобі (ГХ) розглядається як один із типових варіантів ураження органів-мішеней. Навіть незначні ознаки порушення функції нирок означають підвищення ризику серцево-судинних ускладнень та кардіальної смерті. Велика кількість питань стосовно взаємозв'язку кардіальної та ниркової проблеми є невивченими. Одним із таких - є особливості порушення функції нирок при ГХ у поєднанні з різними аритміями.

**Мета:** оцінити особливості клінічного стану пацієнтів та функціонального стану нирок в залежності від наявності різних форм екстрасистолії у хворих на ГХ.

**Матеріали та методи:** Обстежено 90 хворих на ГХ II стадії без наявності аритмій та з частою екстрасистолією (більше 30 екстрасистол за 1 год дослідження), виділено 3 клінічні групи (1-а - хворі без аритмії; 2-а - хворі з частою суправентрикулярною (СЕ) і 3-я - хворі з частою шлуночковою екстрасистолією (ШЕ)). Усім проведено добове моніторування ЕКГ, оцінений клінічний стан за допомогою візуальних аналогових шкал самопочуття та фізичної активності (власна розробка), які відображають самостійну оцінку хворим свого суб'єктивного статусу та фізичної активності у вигляді відмітки на 100мм відрізьку, проведена оцінка функції нирок (визначення рівня креатиніну, розрахунку величини ШКФ за формулою СКД-EPI). Результати оброблені з допомогою статистичних методів пакетів прикладних програм Microsoft Exel, Statistica for Windows 6.0.

**Результати:** У проаналізованих групах хворих самостійна оцінка самопочуття за візуальною аналоговою шкалою коливалась в середньому від 55,7 до 39,5 та фізичної активності від 51,0 до 54,6 мм відповідно. Спостерігалось, що достовірні відмінності визначались лише по відношенню до середнього балу самопочуття – цей бал був достовірно вищим у пацієнтів контрольній групі в порівнянні з хворими з частою СЕ і ШЕ (55,7±1,5 проти 44,7±2,3 і 39,2±2,5 мм відповідно, p<0,001). Аналіз показників функціонального стану нирок у клінічних групах виявив вищі значення креатиніну у сироватці крові пацієнтів із частою ШЕ в порівнянні з групами без аритмій та частою СЕ (112 проти 95 і 94 мкмоль/л відповідно, p=0,001). Розрахунок ШКФ теж показав різницю між вказаними групами (59 проти 66 і 66 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>, p <0,03). Міжгруповий аналіз виявив достовірно вищу частоту реєстрації ШКФ ≤ 60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> в групі пацієнтів із ШЕ в порівнянні з групами СЕ і без аритмії (45,2% проти 20,5% і 20,9%, p=0,003).

**Висновки:** Хворі з ГХ і частою екстрасистолією згідно оцінки за аналоговою шкалою мають суттєво гірше самопочуття порівняно з пацієнтами без аритмій. Часта ШЕ у хворих із ГХ, на відміну від частої СЕ і відсутністю порушень ритму, асоційована з більш тяжким функціональними порушеннями роботи нирок і збільшенням частоти випадків ШКФ ≤ 60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>. Отримані дані можна пояснити як ранні ознаки кардіоренальних порушень, що мають місце при наявності у хворих ГХ частих ШЕ.

А.О. Домашенко

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ТА ХВОРИХ НА СНІД**

Кафедра фтизіартії з курсом клінічної імунології

А.Є. Богомолів (доц.,к.мед.н.)

**Актуальність:** Через високу розповсюдженість туберкульозу (ТБ) та зростання епідемії ВІЛ/СНІДу виникла проблема поєднаного захворювання ВІЛ/СНІДу з туберкульозом. В Україні визначаються високі темпи поширення обох захворювань і, як наслідок, зростання захворюваності на ко-інфекцію.

**Мета:** вивчити особливості перебігу туберкульозної інфекції у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

**Матеріали та методи:** проведено ретроспективний аналіз 55 історій хвороби пацієнтів із ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД та 50 ВІЛ-негативних пацієнтів, які лікувались протягом 2018 року.

**Результати:** Ми проаналізували 55 історій хвороб пацієнтів віком від 29 до 61 років (середній вік 41,0 рік [95% ДІ: 32,9; 49,1]), з них 38 (69,1%) чоловіків та 17 (30,9%) жінок. При аналізі тривалості симптомів інтоксикації на момент встановлення діагнозу туберкульозу визначено, що у ВІЛ-негативних пацієнтів у 54,2 % симптоми інтоксикації тривали до одного місяця, у 22,8 % — до трьох місяців. У хворих ВІЛ-інфікованих частіше респіраторні симптоми існували до одного місяця — у 53,5 % пацієнтів, у хворих на СНІД — до 3 місяців — у 60,3% пацієнтів.

Бактеріовиділення та розпад легеневої тканини були виявлені у 2 рази частіше відповідно із загальною структурою вперше виявлених хворих на туберкульоз, але ці дані характеризували хворих при СД 4 клітинах 200-500 в 1 мкл. При зменшенні СД4 менше 200 в 1 мкл розпад легеневої тканини зустрічався в 2 рази, а бактеріовиділення в 2,5 рази рідше, рентгенологічно інфільтрати визначались в нетипових місцях. У більшості пацієнтів наявність МБТ у харкотинні визначалася культуральним методом, тоді як за допомогою бактеріоскопії МБТ виявлено лише у 27,5%.

**Висновки:** Серед контингенту хворих на туберкульоз, який поєднаний з ВІЛ-інфекцією, переважають особи чоловічої статі у віці 30-40 років. ВІЛ-інфекція видозмінює перебіг туберкульозу, що необхідно приймати до уваги при веденні таких пацієнтів.

М.В.Донченко

## ОСОБЛИВОСТІ СИМПТОМАТИКИ З БОКУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З СИСТЕМНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Кафедра внутрішньої медицини №1

В. М. Хоменко (доц., к. м. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За поширеністю системні захворювання сполучної тканини (СЗСТ) разом з іншими ревматичними хворобами займають третє місце в загальній структурі соматичних хвороб, охоплюючи понад 4 млн (8 %) населення світу. Симптоматика з боку органів дихання (ОД) є частою складовою загальної клінічної картини ревматологічної патології. Зміни в легенях на розтині померлих хворих на системний червоний вовчак (СЧВ), системну склеродермію (ССД) і ревматоїдний артрит (РА) знаходять в 70-100% випадків.

**Мета:** Оцінити симптоматику з боку органів дихання у пацієнтів ревматологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І.Пирогова, що перебували на стаціонарному лікуванні в жовтні-листопаді 2018 р.

**Матеріали та методи:** Обстежено 60 пацієнтів ревматологічного відділення ВОКЛ ім. М.І.Пирогова. Використовувались загальноклінічні методи обстеження (лабораторні та інструментальні), опитувальники.

**Результати:** Середній вік обстежених пацієнтів склав  $45,3 \pm 9,7$  років (в т.ч. 30,0% (18) чоловіків та 70,0% (42) жінок). Серед госпіталізованих пацієнтів найбільше було осіб з анкілозивним спондилоартритом - 30,0% (середній вік  $44,2 \pm 8,1$  р.). Досить часто зустрічались хворі на РА - 26,0% (середній вік  $48,6 \pm 12,3$  р.) та СЧВ - 26,6% (середній вік  $37,1 \pm 7,7$  р.). Пацієнтів з остеоартрозом

було 6,6% (середній вік  $54,0 \pm 8,4$  р.). Ревматичну хворобу серця діагностували у 6,0% пацієнтів (середній вік  $45,2 \pm 10,4$  р.), псоріатичний артрит – 4,8% (середній вік  $42,3 \pm 9,7$  р.). Найчастіше хворі всіх аналізованих груп скаржились на задишку (73,3%), причому даний симптом діагностувався у 87,5% пацієнтів з СЧВ та 88,8% пацієнтів з анкілозивним спондилоартритом. Кашель фіксувався у 56,6% пацієнтів. Біль в грудній клітці при диханні мали 23,3% пацієнтів. Не було встановлено достовірного кореляційного зв'язку між виразністю аналізованої симптоматики та показниками активності запалення.

**Висновки:** У відповідності до проведеного дослідження більшість обстежених пацієнтів мали скарги з боку органів дихання. Максимальна поширеність задишки у даної категорії пацієнтів, на нашу думку, може бути пов'язана як з безпосереднім ураженням легень, зумовленим основним захворюванням (СЧВ, РА), так і опосередкованим впливом, зумовленим зменшенням еластичності грудної клітки (анкілозивний спондилоартрит).

М.М. Желізна, Т.В. Кучеренко

## ОЦІНКА МОЖЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИМ РИЗИКОМ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У зв'язку із щорічним збільшенням кількості хворих на цукровий діабет (ЦД) виникає потреба в удосконаленні методів профілактики даної хвороби. Найефективнішим методом є виявлення порушень толерантності до глюкози (ПТГ), що передують ЦД і є самостійним фактором ризику ССЗ. Для скринінгу ранніх розладів вуглеводного обміну використовують глюкозо-толерантний тест та різні опитувальники. Так, згідно рекомендацій Європейського товариства кардіологів та Європейської асоціації з вивчення ЦД пропонується використання опитувальника FINDRISC, що був розроблений для оцінки ризику виникнення ЦД 2-го типу впродовж наступних 10 років. Вчасна діагностика і корекція ПТГ вважається підґрунтям для первинної профілактики ЦД і ССЗ.

**Мета:** дослідити ризик виникнення ЦД 2-го типу серед чоловіків, що мають різний ризик ССЗ, встановити кореляцію між чинниками ризику ССЗ та ступенем ризику розвитку ЦД 2-го типу.

**Матеріали та методи:** Основу дослідження становлять результати анкетувань і клінічних обстежень 148 чоловіків віком від 41 до 60 років. Дане дослідження – двоетапне. На першому – проаналізовано медичні документи 148 чоловіків, розраховано серцево-судинний ризик за шкалою SCORE та розділено на групи за серцево-судинним ризиком. На другому етапі серед чоловіків, з різним рівнем серцево-судинного ризику, проводилося анкетування за допомогою опитувальника FINDRISC для оцінки ризику розвитку ЦД 2-го типу в найближчі 10 років, та відповідно до його рівня було надано практичні рекомендації.

**Результати:** У 23,6% обстежених чоловіків із різним рівнем серцево-судинного ризику виявлено низький ризик розвитку ЦД 2-го типу, у 34,1% — помірно високий ризик, а 38,9% мали дуже високий ризик розвитку ЦД 2-го типу.

До основних факторів ризику ССЗ належать: паління (серед осіб з низьким ризиком ЦД – 14%, помірним ризиком – 30,8%, високим і дуже високим ризиком – 42%), артеріальна гіпертензія (серед осіб з низьким ризиком ЦД – 20%, помірним ризиком – 32,7%, високим і дуже високим ризиком – 54%), тахікардія (серед осіб з низьким ризиком ЦД – 22%, помірним ризиком – 30,8%, високим і дуже високим ризиком – 38%), гіперхолестеринемія (серед осіб з низьким ризиком ЦД – 22%, помірним ризиком – 34,6%, високим і дуже високим ризиком – 44%).

**Висновки:** Можливість розвитку ЦД 2-го типу у найближчі 10 років збільшується при зростанні серцево-судинного ризику. У групі низького/помірного серцево-судинного ризику — кожний десятий, у групі високого серцево-судинного ризику — кожний третій та в групі дуже високого серцево-судинного ризику — кожний другий чоловік віком від 41 до 60 років має ризик розвитку ЦД 2-го типу.



За результатами нашого дослідження, найбільш вагомими факторами ризику ССЗ, що підвищують ризик розвитку ЦД є: артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія та паління.

Чоловікам із високим і дуже високим ризиком розвитку ЦД рекомендовано додаткове обстеження та були надані поради щодо зміни способу життя.

В.Л.Зарудня, І.В.Болгарська

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КОРУ, УСКЛАДНЕНИЙ ВТОРИННИМ ПОСТІНФЕКЦІЙНИМ ГОСТРИМ РОЗСІЯНИМ ЕНЦЕФАЛОМІЄЛОРАДИКУЛІТОМ**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Т.В.Кириленко (ас.)

Вінницький національний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Кір на сучасному етапі залишається надзвичайно важливою проблемою для системи охорони здоров'я, що обумовлено станом епідемічної ситуації в регіонах. За інформацією Центру громадського здоров'я Міністерство охорони здоров'я України в 2018 р. на кір захворіла 54581 людина – 20204 дорослих і 34277 дітей. У разі спалаху інфекції, приблизно в одного з тисячі хворих на кір виникає енцефаліт, який має несприятливий прогноз для життя. **Мета:** Описати клінічний випадок кору з вторинними ускладненнями.

**Матеріали і методи:** Проведено вивчення історії хвороби пацієнтки Х. Діагноз: Кір важкий перебіг. Правобічна нижньодольова пневмонія. Вторинний постінфекційний гострий розсіяний енцефаломієлорадикуліт.

**Результати:** Хвора Х., 36 років, була госпіталізована 02.02.19 р. зі скаргами на виражену загальну слабкість, ломоту в усьому тілі, головний біль, першіння в горлі, почервоніння очей, світлобоязнь, підйом температури тіла до 39,0 С, нудоту, сухий кашель, біль в грудній клітці при кашлі, наявність висипки на обличчі, шиї, тулубі, задишку при фізичному навантаженні. Захворіла гостро 28.01.19 з підвищення температури тіла до 38,0 С, першіння в горлі, сухого кашлю. Діагноз кору був встановлений на підставі епідеміологічних даних, характерних клінічних проявів захворювання і підтверджений шляхом визначення анти-IgM до вірусу кору методом ІФА у сироватці крові. 4.02.19 посилювався головний біль та світлобоязнь, відмічалось порушення свідомості (за шкалою Глазго 12-13 балів). Була переведена в неврологічне відділення. 5.02.19 з'явився біль у грудному і поперековому відділі хребта, нижній парапарез, що супроводжувався болем за ходом великих нервових сплетень, гіперестезії за типом шкарпеток. Гіперестезія в подальшому змінилась на зниження больового відчуття у дистальних відділах кінцівок. Проведено с/м пункцію і виявили ознаки запалення: питома вага 1012, рН – кисла, реакція Панді (+), глюкоза – 4,0 ммоль/л, лейкоцити – 7-10 в п/з, еритроцити свіжі 30-40 в п/з, цитоз – 20 кл в 1 мкл. Проведено МРТ поперекового і грудного відділів хребта, де виявлено інтрамедулярні зміни на рівні Th 10- L1 та кінського хвоста, що більш характерні для мієліту та МР-ознаки початкових дегенеративних змін; не можливо виключити аналогічні зміни на рівні шийного відділу хребта. На рентгенограмі ОГП ознаки правобічної нижньодольової пневмонії. Було проведено патогенетичне і симптоматичне лікування.

**Висновок:** Кір спричинює зниження імунітету, тому хворі на кір чутливі до бактеріальної інфекції, яка призводить до ускладнень. Одним з найважчих є енцефаломієлорадикуліт. Смертність сягає 40 %, або по видужанню у хворого залишаються неврологічні наслідки, що доводить необхідність вчасно проведеної діагностики та лікування.

О.В.Качуровська, Л.В.Прядко, Т.І.Плазовський, О.Ю.Бабійчук, В.А.Тростенюк

## **ВИЗНАЧЕННЯ КОРЕЛЯЦІЇ МІЖ ВІРУСАМИ ГЕРПЕСУ ТА ХВОРОБОЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

**Актуальність:** Хвороба Альцгеймера – найбільш поширена форма деменції, яка зустрічається у людей переважно після 65 років. Це нейродегенеративне захворювання, що починається з малопомітних симптомів, але швидко прогресує. На ранніх стадіях відмічається порушення короткочасної пам'яті. З розвитком хвороби відбувається втрата і довготривалої пам'яті, виникають порушення мови, когнітивних функцій, хворий втрачає здатність орієнтуватися в просторі та здатність до самообслуговування. Наразі захворюваність у світі становить 31,7 млн людей. Так як етіологія хвороби Альцгеймера була невідомою, хвороба досі залишається невиліковною, доступні методи терапії здатні лише деякою мірою вплинути на симптоми даної деменції.

**Мета:** Дослідити значення вірусу герпесу у виникненні хвороби Альцгеймера, визначити зв'язок вірусу з даним захворюванням.

**Матеріали та методи:** опрацювання літературних джерел, медичних статей, результатів досліджень тканин мозку (1000 зразків мозку померлих з трьох різних банків тканин).

**Результати:** Проаналізувавши посмертні зразки тканин головного мозку хворих, за допомогою полімеразної ланцюгової реакції у великій кількості було виявлено ВПГ-1 (HSV1) та HHV6A, тоді як в зразках головного мозку людей того ж віку, що не страждали хворобою Альцгеймера, їх практично немає. Віруси інтегруються у геноми нейронів і сприяють агрегації бета-амілоїду, що накопичується у міжклітинному просторі, змінює біохімічні властивості самих клітин і призводить до враження ділянок мозку.

**Висновки:** Дане дослідження продемонструвало кореляцію між вірусами герпесу та хворобою Альцгеймера, проте для детальних висновків про причинно-наслідковий зв'язок необхідне подальше вивчення цієї проблеми. Тим не менш, вчені вказують, що у осіб з вірусною інфекцією простого герпесу в 2,5 рази вищий ризик розвитку цієї хвороби, тому можна припустити, що лікарські препарати на основі ретровірусів можуть в майбутньому стати елементом лікування хвороби Альцгеймера.

Я.В. Костенко, Т.О. Каландей

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИНОЇ СИСТЕМИ

Кафедра внутрішньої медицини №1  
Ю.І. Монастирський (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність теми:** За визначенням ВООЗ (1999), якість життя (ЯЖ) – це оптимальний стан і ступінь сприйняття окремими людьми і населенням в цілому того, як задовольняються їх потреби – фізичні, емоційні, соціальні та ін., і надаються можливості для досягнення благополуччя та самореалізації. В останні роки покращення ЯЖ відносять до цілей лікування і використовують для всебічної оцінки перебігу та прогнозу серцево-судинних захворювань.

**Мета:** Дослідити, проаналізувати і узагальнити дані оцінки ЯЖ стаціонарних хворих з хронічною патологією серцево-судинної системи.

**Матеріали та методи:** Проведена оцінка ЯЖ 114 пацієнтів кардіологічного відділення Вінницької обласної лікарні ім. М.І. Пирогова. Опитано 55 (48%) жінок (середній вік яких становив 61) та 59 (52%) чоловіків (середній вік яких становив 55). Загалом середній вік досліджуваних склав 58 років. В дослідженні використано опитувальник ЯЖ SF-36 Health Status Survey (Ware J.E. et al., 1993), який дозволяє оцінити психічний і фізичний компоненти здоров'я. Загальний показник фізичного компонента здоров'я (PH) формують наступні шкали: фізичне функціонування (PF), інтенсивність болю (BP),

загальний стан здоров'я (GH), рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP). Психологічний компонент здоров'я (MH) включає: життєву активність (VT), соціальне функціонування (SF), психічне здоров'я (MH), рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE). Показники кожної шкали варіювали від 0 до 100 балів, де 100 характеризувало повне здоров'я.

**Результати:** У більшості обстежених осіб встановлено зменшення інтегрального показника ЯЖ, який виявився нижче на 40%, ніж в популяційній нормі. Чоловіче населення має кращі результати за всіма шкалами SF-36 в порівнянні з жіночим ( $p < 0,0001$ ). Визначається зниження показників шкали фізичного функціонування і пов'язаної з нею шкали рольового функціонування, що наростає зі збільшенням віку хворих і тривалістю захворювання, тавказує на зниження функціональних резервів у міру прогресування хронічної патології серця. У той же час вік і тривалість хвороби не мали виразного зв'язку зі шкалами, що відображають психологічний компонент здоров'я. Особливо низьким він виявився в чоловіків. Отже, частина пацієнтів в значній мірі зберігали свій психологічний статус.

**Висновки:** Таким чином, оцінка ЯЖ і її складових дозволяє оцінювати вплив хвороби на фізичне, психологічне та соціальне функціонування пацієнта, значно доповнює характеристику патологічного процесу у хворих з серцево-судинними захворюваннями, його динаміку під впливом лікувальних заходів, представляючи цінну інформацію про реакцію пацієнта на хворобу і проведену терапію, та сприяє індивідуалізації лікувального підходу і уточненню прогнозу.

Б.І.Кохан, О.М.Миколайчук

## **ОЦІНКА ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК У ЛІКАРІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В.Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Варикозне розширення вен нижніх кінцівок є доволі розповсюдженим захворюванням у світі. Виникає дане захворювання через тривалу роботу стоячи, що відповідно викликає перевантаження венозної системи нижніх кінцівок, і у подальшому - стійке розширення вен. Доволі часто варикоз вен нижніх кінцівок є причиною важких ускладнень, зокрема тромбофлебіт, флеботромбоз та ін. Актуальна ця проблема і серед лікарів, які є уразливими щодо даної патології через специфіку своєї роботи. Тому надзвичайно важливо визначити, лікарі яких спеціальностей частіше хворіють на варикоз, а також які фактори достовірно збільшують ризик захворювання.

**Мета:** Визначити рівень захворюваності на варикоз вен нижніх кінцівок лікарів різного профілю (анестезіологи, терапевти та хірурги) шляхом опитування за допомогою власної анкети та стандартизованого опитувальника CIVIQ-20. Вивчити та проаналізувати одержані результати. Порівняти отримані показники серед лікарів різних спеціальностей та співставити їх по основним характеристикам.

**Матеріали та методи:** Опрацювання закордонних джерел інформації та розробка власного опитувальника. Анкетування лікарів різного профілю у лікарнях міста Вінниця (ВОКЛ ім. М.І.Пирогова, МКЛ ШМД, НДІ РІ, ВОДКЛ) та ЦРЛ міста Гайсин. Статистична обробка отриманих даних, їх аналіз, оцінка та порівняння.

**Результати:** На варикозне розширення вен нижніх кінцівок хворіють 29,6% опитаних, із яких 45,75% склали лікарі-анестезіологи, 12,5% лікарі-терапевти і 41,75% лікарі-хірурги. Більш уразливою до даного захворювання була жіноча стать (75%), при чому всі жінки-лікарі мали вагітність та пологи в анамнезі. У цілому загальний стаж діяльності хворих – 22,5 роки, що достовірно більше ніж середній стаж лікарів, які не хворіють на варикоз – 17,8 років. Порівнюючи середній час перебування лікарів стоячи було виявлено, що у лікарів з варикозом показник у середньому становив 4,875 годин, а у лікарів без варикозу – 4,68 години. Засобами профілактики розвитку варикозу користується 34,25% опитаних.

Виникнення варикозного розширення вен нижніх кінцівок внаслідок трудової діяльності пов'язує 25% проанкетованих лікарів.

**Висновки:** Проаналізувавши одержані результати можна дійти висновку, що лікарі-анестезіологи достовірно більше хворіли на варикозне розширення вен нижніх кінцівок, ніж лікарі хірургічного та терапевтичного профілю. Захворюваність жінок-лікарів була достовірною вища, ніж чоловіків-лікарів. Стаж роботи безпосередньо впливає на виникнення даної патології, доки тривалість перебування в одному положенні на захворюваність впливає незначно. Більше третини лікарів, що страждають на варикоз, користуються засобами профілактики розвитку варикозу (зокрема еластичне бинтування ніг, ЛФК), а також 25% лікарів пов'язує виникнення патології з трудовою діяльністю.

І.В. Литовченко, А.О. Орлова

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ПРОТОЧНОЇ ВОДИ У М. ВІННИЦЯ, УКРАЇНА ТА ЇЇ ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я ВІННИЧАН ТА ПРИЇЗДЖИХ СТУДЕНТІВ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.В.Шевчук (доцент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Для питного водопостачання в Україні використовуються поверхневі і підземні прісні води. Централізоване водопостачання на 80% забезпечується за рахунок поверхневих вод, щонають антропогенне забруднення. Основним джерелом водопостачання м.Вінниці є річка Південний Буг, зростаюче забруднення вод якої, посилене ефективною роботою водопровідних очисних споруд, створює серйозну проблему отримання якісної питної води, що має небезпечний вплив на здоров'я.

**Мета:** Оцінка якості питної води КП ВІННИЦЯ ОБЛВОДОКАНАЛ та її вплив на здоров'я приїжджих студентів.

**Матеріали та методи:** В якості матеріалів було проведено опитування 386 студентів вінницьких вузів різних курсів, серед яких було 73,8% приїжджих віком від 18 до 24 років, обох статей. Для оцінки якості було взято інформацію, щодо якості питної води на січень 2019 року, з офіційного сайту ВІННИЦЯ ОБЛВОДОКАНАЛ.

**Результати:** При ознайомленні з показниками було встановлено, що загальна жорсткість (ЗГ) (6,7-7,6 при нормі не більше 7,0), Амоній (1,6-2,58 при нормі не більше 0,5) та Фториди (0,19 при нормі 0,7-1,2) не відповідають нормам водопровідної питної води, згідно ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною». Згідно з опитуванням, вода також не відповідає органолептичним показникам: 90,6% студентів відмічають поганий запах від води, 76,6% - зміну кольору водопровідної води, а 93,7% не подобається смак проточної води. Студенти відмічають погіршення стану шкірних покривів при використанні проточної води (80,9%), неприємні відчуття в очах, відчуття «піску» після вранішнього вмивання (21,6%), болі в епігастрії, закрепи, діарею (19,6%), порушення функції нірок (12,2%), появу карієсу (8,2%). Більшість студентів (53,6%) пов'язують ці симптоми з якістю питної води. У 68,4% наведені симптоми зникають при тривалому перебуванні вдома (канікули, тривалі державні вихідні, практика) чи виїзді у інші регіони країни (відпустка).

**Висновки:** Таким чином, вода, яка подається населенню від КП ВІННИЦЯ ОБЛВОДОКАНАЛ, не відповідає санітарним нормам за показниками ЗЖ, складом амонію та фторидів. Збільшення ЗЖ, яка залежить від мінерального складу води, може призводити до проблем з нирками. При взаємодії з милом утворюються «мильні шлаки», які не змиваються з шкіри, руйнують природну жирову плівку, що захищає від старіння і несприятливих кліматичних факторів, забивають пори, утворюють на волоссі мікроскопічну кірку, тим самим викликаючи висип, свербіж, сухість та лупу. Солі кальцію і магнію, з'єднуючись з тваринними білками, які ми отримуємо з їжі, осідають на стінках стравоходу, шлунка, кишечника, ускладнюють їх перистальтику, викликають дисбактеріоз та порушують роботу

ферментів. Постійне вживання води з підвищеною жорсткістю призводить до зниження моторики шлунка і накопичення солей в організмі. Підвищений рівень амонію свідчить про потрапляння у воду фекальних стоків чи органічних добрив. Знижений рівень фтору у воді викликає появу карієсу.

А. І. Лукашенко О. А. Вишневецька  
**ДОСЛІДЖЕННЯ ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ  
КОРОНАРОГРАФІЇ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини  
О. К. Откаленко (к. мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Серцево-судинні хвороби є основною причиною непрацездатності та смертності людей в сучасності. Так, у 2018 році у Вінницькій області було діагностовано 1450 випадків інфарктів міокарда (ІМ). Коронарографія залишається в Україні одним з основних інвазійних діагностичних методів для визначення тактики лікування хворих з симптомами ішемічної хвороби серця (ІХС) та прогнозу динаміки коронарного атеросклерозу, що немає протипоказань. Проте потребують дослідження можливі ускладнення після застосування даного методу.

**Мета:** Дослідити ризики виникнення ускладнень після проведення коронарографії.

**Матеріали та методи:** Проведено роботу з історіями хвороби та опитано 60 хворих (46 чол., 14 жін.), які знаходились на стаціонарному лікуванні у КНЗ “ВРЦСП”. Пацієнтам, віком від 36 до 84 років, була проведена коронарографія у січні-березні 2019 році з приводу ІХС. Проведено аналіз статистичних даних за 2013-2018 роки щодо частоти діагностики та лікування ІХС коронарографічним методом.

**Результати:** За даними Інформаційно-аналітичного центру медичної статистики Вінницької області, з 2013 по 2016 рр. спостерігалось зростання кількості випадків гострого ІМ від 1437 чол. до 1576 чол. (від 8,9 до 9,9 чол. на 10 тис.), а серед міського населення частка хворих складала від 10,2 до 11,2 чол. на 10 тис. населення, що підтверджує статус ІХС як хвороби цивілізації. У 2017-2018 рр. з'явилась тенденція до зменшення кількості випадків гострого ІМ (9,6 і 9,2 чол. на 10 тис.).

Практичним дослідженням було охоплено 60 пацієнтів. Після проведення коронарографії у них виявлені наступні симптоми: больовий синдром у місці пункції (70% хворих), біль за грудиною (10%); підвищення температури у середньому до 37,7°C (27%); оніміння, парестезії (17%), задишка (28%); миготлива аритмія (17%), блокада (5%), кашель і сухі хрипи (7%), оклюзія з тромбозом (10%), слабкість (30%), озноб (15%), десекція коронарної артерії (7%), блювота (5%), звивистість артерій (3%), креатинін у чоловіків у середньому 98 мкмоль/л, у жінок – 96,5 мкмоль/л. Найбільш розповсюдженими ускладненнями були гематоми, виявлені у 90% пацієнтів: малі (55%), середні (33%) та поодинокі великі. До важких ускладнень, які мали 5% пацієнтів, слід віднести перфорацію з крововиливом в перикард, олігоурією (чоловік 74 років); тромбаспірацію, реперфузійний синдром, дислокацію тромботичних мас (чоловік 59 років); екстрасистолію, підвищення креатиніну до 124,0, тромбаспірацію і підвищення температури тіла до 40,0°C (чоловік 83 років).

**Висновки:** Найпоширенішими ускладненнями після коронарографії є гематоми, біль і запалення у місця пункції. Однак частота важких випадків ускладнень, які є загрозливими для життя (інсульт і гостра тампонада серця), свідчить про складність даної операції.

Т.О. Луцюк, В.Ю. Коноваленко  
**СВЕРБІЖ ШКІРИ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ДІАЛІЗНИХ ХВОРИХ**

Кафедра внутрішньої медицини №2  
О.А. Коробко (доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** Наразі немає єдиного уніфікованого погляду на патогенетичні механізми виникнення уремичного свербіжжю шкіри та відповідно остаточних методів його лікування. Розглядають імунну, опіїдну та гістамінову гіпотези. Доведено, що частою причиною свербіння шкірних покривів є вторинний гіперпаратиреоз, що призводить до накопичення кальцію в клітинах, екстравасального відкладання кальцинатів, особливо за умов гіперфосфатемії. За рахунок використання замісної терапії, збільшується тривалість життя у пацієнтів з хронічною хворобою нирок, проте це урізноманітнює клінічні прояви та ускладнення основного захворювання, що впливає на якість життя такої категорії хворих та потребує правильної лікарської тактики.

**Мета дослідження:** З'ясувати частоту виникнення, клінічні характеристики шкірного свербіжжю його вплив на якість життя у хворих, які лікуються програмним гемодіалізом у зв'язку з загальною і тижневою тривалістю лікування та залишковою функцією нирок.

**Матеріали та методи:** В проспективному дослідженні взяли участь 268 пацієнтів віком 25-70 років, що проходили лікування у відділенні хронічного гемодіалізу ВОКЛ ім. М. І. Пирогова (230) та сателітного амбулаторного відділення гемодіалізу м. Немирів (38). Критеріями виключення були анемії важкого ступеня, захворювання печінки, імунодефіцитні стани. Контрольну групу склали 30 здорових осіб. Хворим пропонувалось заповнити опитувальник SF-36 для визначення фізичного, загального та психічного статусів здоров'я хворих, які лікуються програмним гемодіалізом. Свербіжжю шкіри оцінювали за опитувальником Skindex-16. Отримані показники були обчислені за допомогою програми STATISTICA 7.0 (2007 р.).

**Результати:** Отримані дані показали, що свербіжжю шкіри визначався у 171 особи (63,8%), серед яких переважали чоловіки (150 осіб (56,11 %)). Існує достовірна різниця між наявністю свербіжжю шкіри у контрольної та обстежуваної групи ( $p < 0,001$ ). Було виявлено, що частота шкірного свербіжжю збільшується зі збільшенням тривалості лікування. Крім того, кореляційний аналіз між свербіжжю шкіри та якістю життя показав, що ШС зворотно корелює з якістю життя, особливо в таких показниках: сумарний показник якості життя ( $p < 0,001$ ;  $r = -0,64$ ); симптоми захворювання нирок ( $p < 0,001$ ;  $r = -0,51$ ); вплив захворювання на повсякденне життя ( $p < 0,001$ ;  $r = -0,59$ ); фізична активність пацієнтів – фізичний сумарний компонент ( $p < 0,001$ ;  $r = -0,42$ ); психічний сумарний компонент ( $p < 0,001$ ;  $r = -0,54$ ); наявність ускладнень основного захворювання ( $p < 0,001$ ;  $r = -0,31$ ); У більшості хворих ШС негативно впливав на перебування в соціумі, на роботі, в незнайомому оточенні.

**Висновки:** Таким чином, у пацієнтів, які лікуються програмним гемодіалізом, ШС достовірно погіршує якість життя. Перспективним є розробка ефективного лікування даного симптому, що забезпечить хворим покращення повсякденного життя, умови перебування в соціумі, фізичні та психічні компоненти життя.

Т.О. Луцук, В.Ю. Коноваленко

## **ПРОФЕСІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КУХАРІВ. «ШЛЯХ ДО СЕРЦЯ»**

Кафедра внутрішньої медицини №2

С. В. Бондарчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Праця кухарів віднесена до третього класу згідно гігієнічної класифікації умов праці. Співробітники закладів громадського харчування більшу частину робочого часу проводять в положенні стоячи, в умовах підвищеної вологості, високої температури і забруднення повітряного середовища. Крім того, їхня праця пов'язана з перенесенням тягарів, з напругою м'язів, використанням механічного обладнання і теплових апаратів. При неправильній організації трудового процесу, перераховані особливості можуть надати несприятливі і навіть шкідливі впливи на працездатність і

здоров'я. Варто відзначити, що 90% працівників підприємств громадського харчування становлять жінки, анатомо-фізіологічні та компенсаторні особливості організму яких передбачають наявність певних коректив робочого процесу.

**Мета дослідження:** Вивчити вплив умов праці кухарів на виникнення хвороб внутрішніх органів.

**Матеріали та методи:** Для реалізації дослідження було створено і адаптовано опитувальник, який пропонувалося заповнити працівникам сфери громадського харчування міста Вінниці. В дослідженні взяли участь 64 особи у віковій категорії від 19 до 59 років.

**Результати:** Систематизовані нами відомості вказують, щодо основних шкідливих факторів професії повара відносяться робота в умовах високої температури, навантаження на опорно-рухових апарат, контакт з продуктами забруднення повітря, алергенами та подразнюючими речовинами, стрес, робота в нічний час. Астматичні симптоми зустрічаються у 48,8% кухарів, неінфекційний риніт – у 52,7%, біль в ділянці плеча – у 62%, біль в попереку – у 66% (причому існує пряма кореляція зі стажем роботи). Жінки-кухари мають статистично значне збільшення ризику ІМ (коефіцієнт ризику 1,34, 95% довірчий інтервал), проте серед чоловіків-кухарів не було статистично значного збільшення ризику. Ожиріння виявлено у 68% опитуваних, синдром хронічної втоми – у 79%, ІХС – у 59%, судинна патологія – у 51%. Опіки реєструвалися у 87%, травми м'яких тканин – у 96%, травми кісток і суглобів – у 45%. В той час як повністю дотримувалися правила техніки безпеки лише 28%, працювали понаднормово – 47%, займалися фізичною культурою – 19% опитаних.

**Висновки:** Таким чином, існує цілий ряд професійних шкідливостей, які впливають на організм кухарів. Зазвичай вони згубно діють у поєднанні, проте можуть бути мінімізовані або усунуті шляхом модернізації виробництва, вдосконалення існуючих методик кулінарної обробки продуктів, оснащення кухонь, зміни вимог щодо режиму праці, проведення періодичних інструктажів та перевірок робочих місць. Не менш важливою складовою профілактики професійної патології працівників громадського харчування є дотримання правил особистої гігієни та техніки безпеки. Вони полягають у ретельному догляді за чистою шкірних покривів та слизових, підборі відповідного одягу та взуття, дотриманні режиму праці, здоровому сні, активному відпочинку, загартовуванні та фізичній активності, що сприяє підвищенню неспецифічної резистентності та реактивності організму.

Р.Л. Любевич, Б.С. Броварний  
**МЕДИЧНИЙ ОДЯГ ЯК ЧИННИК ПЕРЕДАЧІ  
ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ**  
Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології  
К.Ю. Романчук (к.м.н., ас.)

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

**Актуальність:** За останні роки, проблема поширення внутрішньолікарняних інфекцій набирає обертів, зокрема в Україні кожного року фіксується близько 7-9 тис. випадків. Феномен контактної передачі інфекції через одяг медичних працівників та студентів є досить розповсюдженим явищем, проте, належної уваги цьому, за відсутності конкретних рекомендацій для уникнення цього явища, не надається.

**Мета:** виявити обізнаність у гігієні медичного одягу серед студентів; систематизувати основних збудників ВЛІ, які можуть передаватись контактним шляхом через медичний одяг; порівняти санітарні норми одягу медичного персоналу, дрес-коду студентства в Україні та Європі; розробити конкретні гігієнічні профілактичні рекомендації.

**Матеріали і методи:** огляд та аналіз літератури у закордонних та вітчизняних фахових виданнях, опитування за допомогою спеціальної тест-системи, аналіз результатів за допомогою стандартних статистичних методів.

**Результати:** Було проведено опитування 300 студентів 4-6 курсу ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Виявлено,

що переважає більшість студентів (88%) відвідують пари в халатах, коли в хірургічних костюмах - 22%. Більшість студентів (53%) мають 2 халати, коли всього 1 халат мають 33% опитуваних; 68,6% студентів мають одну медичну шапочку і носять її майже щоденно. Більше половини (63%) має один комплект змінного взуття, коли два та більше мають 47%. Переважна більшість студентів змінює медичний одяг 1 раз на 2 тижні (66%), 1 раз на тиждень змінює 14%; на жаль, лише невелика кількість студентів змінює халати 1 раз на 3 дні, або щоденно (20%). Перуть свій медичний одяг найчастіше 1 раз на місяць (62%), менше половини пере 1 раз на тиждень (30%). Велика кагорта досліджуваних використовує одноразові маски багаторазово (70%). Більшість студентів користуються антисептиками для рук дуже рідко (48%), миють руки 1 раз під час пар 53%, коли 30% миють руки 3-5 разів. Більшість студентів вважають недоцільним одягати халати в лекційних аудиторіях (83%). Виявлено, що найчастішими бактеріями-жителами медичного одягу є *Staphylococcus aureus* (45,1%), *Staphylococcus epidermidis* (26,2%), *Klebsiella pneumoniae* (22,6%), *Pseudomonas aeruginosa* (2,4%), *Enterococcus faecalis* (2,4%).

В розвинених країнах, студенти медичного ВУЗу одягають медичні халати лише на клінічних кафедрах, деякі відділення забезпечують студентів власними комплектами медичного одягу. На звичайних заняттях, включаючи лекції на базі університетів, медичні халати не є обов'язковим дрес-кодом.

**Висновки:** виявлені значні недоліки в гігієнічній обізнаності стосовно медичного одягу у студентів, білі халати часто забруднені різними бактеріями, що можуть стати причиною серйозних внутрішньолікарняних інфекцій. Тому, постає питання в доцільності правил дрес-коду для студентів та медичних працівників в Україні. Виникає потреба в корекції згідно з американськими та європейськими стандартами та в розробці профілактичних гігієнічних рекомендацій.

О.М.Миколайчук, Б.І.Кохан

## **ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ РАДІАЦІЙНОГО ЗАБРУДНЕННЯ СЕРЕДОВИЩ МІСТА ВІННИЦІ ТА ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ПРОТЯГОМ 2012-2017 РОКІВ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології  
С.В.Коляденко (к.мед.н.,ас.)

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

**Актуальність:** У зв'язку з виникненням несприятливої екологічної ситуації після вибуху на Чорнобильській АЕС надзвичайно важливо оцінювати і аналізувати рівень забруднення радіонуклідами, щоб забезпечити безпечне проживання населення, оскільки радіонукліди поширені по всіх основних середовищах. Також важливо встановити як змінюється їх вміст протягом років, як швидко він зменшується або ж збільшується за певний проміжок часу. Саме тому кожного року зокрема і у нашій області проводяться дані дослідження, де встановлюються ці показники, і включаються у відповідні документи.

**Мета:** Вивчити рівень радіаційного забруднення води, ґрунту, повітря у м.Вінниця та міст Вінницької області з 2012-2017 рік, та порівняти дані показники по населеним пунктам. Встановити особливості зміни показників радіаційного забруднення по середовищу, де вони містяться

**Матеріали та методи:** Опрацювання відповідні профільні документи по забрудненню у м. Вінниця і міст Вінницької області, статистичний аналіз і обробка отриманих даних. Порівняльна оцінка даних по населеним пунктам та середовищам.

**Результати:** Якщо проаналізувати стан радіоактивного забруднення річки Південний Буг на території Вінницької області можна зробити висновки, що по Цезію і Стронцію показники не перевищували допустимий рівень (54 пКі/дм<sup>3</sup>), до того ж показники з 2012 по 2017 рік суттєво знижувалися по Сезію-137 з 0,72 пКі/дм<sup>3</sup> (2012) до 0,53 пКі/дм<sup>3</sup> (2016), показники по Стронцію змінювались незначно. Було проведено випробування 78 проб води відкритих водойм та 168 проб криничної води у радіологічній лабораторії: «ВОЛЦ МОЗ України», перевищень допустимих рівнів не спостерігалось. З приводу ґрунтів було проведено дослідження (2016 р) на щільність забруднення Цезієм і Стронцієм, підвищена



забрудненість зареєстрована у селах Немирівського, Тульчинського та Чечельницького районів(0,31-1,09,0,19-1,83,0,3-3,22 Кі/км<sup>2</sup>), у цілому площа забруднених земель з попереднім дослідженням зменшилась на 1,2 ,4,4 та 3,4 тис. га відповідно. Потужність поглиненої у повітрі дози гамма-випромінювання не перевищувала 30 мкР/год, що відповідає НРБУ-97. По місту Вінниця найвищі показники реєструвалися у 2017 році, а саме біля аеропорту та на Пятничанах(20 і 18 мкР/год відповідно), по Вінницькій області-це м.Жмеринка(16 мкР/год).У цілому дані показники суттєво не змінилися.

**Висновки:** Проаналізувавши рівні забруднення можна дійти до висновку, що рівень забруднення атмосферного повітря та води не перевищує допустимі норми, хоча рівень забрудненості залишається стабільним(найвищий рівень у м.Вінниця -райони Пятничани і аеропорту, серед районних центрів--м.Жмеринка станом на 2017 р). Допустимі норми по забрудненості ґрунтів перевищено у селах Немирівського, Тульчинського та Чечельницького районів, хоча показники характеризуються тенденцією до зниження протягом 2012-2017 р.

Мойсеєва У.Ю, Філяк Ю.О

## **ПОКАЗНИКИ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ В ПАЦІЄНТІВ, ЩО ХВОРИТЬ НА ОНІХОМІКОЗ**

Кафедра дерматології та венерології

Кафедра біологічної та медичної хімії ім. акад. Г.О.Бабенка

Николайчук Х. Я (ас.), Парцей Х.Ю (ас.)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

м.Івано-Франківськ

**Актуальність.** Грибкові захворювання є одним з найпоширеніших у світі: кожен четвертий житель Землі страждає від грибкових уражень, в Україні — кожен третій. Постійна тенденція до збільшення числа хворих на оніхомікоз серед населення забезпечує важливість та актуальність даної проблеми. Високо ефективним вважається використання системних препаратів для лікування оніхомікозу. Тому є доцільним визначення показників прооксидантної системи та антиоксидантного захисту. Ферменти антиоксидантної системи (АОС), до яких відносять каталазу (КАТ) та супероксиддисмутази (СОД), здатні нейтралізувати високоактивні супероксидні аніони, перекис водню, гідропероксиди жирних кислот і запобігають накопиченню токсичних продуктів пероксидації ліпідів та білків.

**Метою** даного дослідження було з'ясувати стан окремих показників прооксидантної та антиоксидантної систем у хворих на оніхомікоз.

**Матеріали і методи.** Було проведено дослідження у хворих на оніхомікоз (за їхньою попередньою згодою), які перебували на денному стаціонарі. Виділено дві групи: 1-а група – умовно здорові люди (контрольна група); 2-а група –хворі на оніхомікоз. Рівень дієнових кон'югатів визначали спектрофотометрично за методом Гаврилова В.Б. Вміст ТБК-активних продуктів визначали за методикою Коробейникової Е.Н. Каталазну активність визначали за методом Баха і Зубкової, який базується на вимірюванні кількості пероксиду водню у каталазній реакції. Активність супероксиддисмутази (СОД) визначали за рівнем гальмування процесу відновлення нітросинього тетразолію у присутності НАДН і феназинметасульфату. Одержані цифрові дані статистично обраховували з використанням програми STATISTICA та урахуванням критерію t Стьюдента.

**Результати дослідження.** У результаті досліджень встановлено, що в еритроцитах крові у хворих на оніхомікоз наявні характерні ознаки розвитку оксидантного стресу. Про що свідчить зростання рівня дієнових кон'югатів в еритроцитах дослідної групи у 2,6 рази порівняно з контролем. Вивчення вмісту ТБК-активних продуктів, дало можливість встановити, що порівняно з інтактною групою вміст цих продуктів збільшується в 5 разів. Вивчення антиоксидантного захисту еритроцитів, які одними з перших реагують на різноманітні впливи, засвідчило зниження активності СОД на 1,1 рази та каталази у 1.12 разів у дослідних.

**Висновок.** Отримані результати вказують на порушення зі сторони ферментативної ланки антиоксидантного захисту в хворих на оніхомікоз. Такі дані спонукають до поглибленого вивчення про- та антиоксидантної систем за умов впливу системних антимікотичних препаратів.

Г.П. Москалик

## **ФЕНОТИПОВІ ТА ВІСЦЕРАЛЬНІ МАРКЕРИ СИНДРОМУ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ.**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини.

І. Б. Ромаш (ас.)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

м. Івано-Франківськ.

**Актуальність:** Синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) за даними різних авторів складає від 26 до 86%, йому притаманне різноманіття клініко-функціональних проявів та властивість ускладнювати перебіг основної патології.

**Мета дослідження:** Оцінити вираженість фенотипових та вісцеральних проявів синдрому (НДСТ) серед студентів Івано-Франківського Національного медичного університету (ІФНМУ).

**Матеріали та методи.** Дане дослідження проводилося в рамках планового щорічного (2018-2019 н.р.) медичного огляду студентів на базі Університетської клініки ІФНМУ. В дослідження було включено 120 студентів: 30 – медичного факультету (І група дослідження) та 90 факультету підготовки іноземних громадян, з них: 30 студентів-індійців (II), 30 студентів країн Африки (III), 30 студентів-арабів (IV). Під час об'єктивного обстеження, здійснювали ціленаправлений пошук фенотипових ознак синдрому НДСТ, використовуючи діагностичну таблицю, розроблену Т. І. Кадуріною. З метою виявлення вісцеральних ознак дисплазії застосовували додаткові інструментальні методи діагностики: УЗД органів черевної порожнини та нирок, Ехо-КГ серця, при потребі, діагностичну езофагогастродуоденоскопію.

**Результати дослідження.** Середній вік обстежених складав: І група – (20±1,2) роки; II – (22±2,1); III – (23±2,6); IV – (23±2,1). Астенічний тип тілобудови був у 20 (66,6%) обстежених I групи; 25 (83,3%) – II; 18 (60,0%) – III; 17 (56,6%) – IV. Середній показник ІМТ: I група – (19,2±1,8); II – (18,6±1,2); III – (21,5±1,4); IV – (23,5±1,9). Синдром гіпермобільності суглобів: виявлений у 33,3% обстежених I групи; 40,0% – II; 36,6% – III; 40,0% – IV. Торako-діафрагмальний синдром: деформації хребта – 33,3% vs 66,6% vs 40,0% vs 36,6%; та грудної клітки – 33,3% vs 46,6% vs 43,3% vs 26,6%, крилоподібні лопатки: 40,0% vs 66,6% vs 56,6% vs 36,6%. Синдром патології стопи: клишоногість: 6,6% vs 36,6% vs 10,0% vs 13,3%, плоскостопість: 40,0% vs 33,3% vs 26,6% vs 23,3%, сандалеподібна щілина: 6,6% vs 16,6% vs 10,0% vs 16,6%. Косметичний синдром: арахнодактилія – 16,6% vs 36,6% vs 26,6% vs 16,6%, оніходистрофія: 23,3% vs 26,6% vs 26,6% vs 16,6%, короткі та криві мізинці: 13,3% vs 20,0% vs 16,6% vs 13,3%, підвищена еластичність шкіри: 23,3% vs 37,5% vs 20% vs 16,6% та схильність до келоїдних рубців: 20% vs 36,6% vs 26,6% vs 16,6%, пігментних плям: 26,6% vs 36,6% vs 20% vs 26,6%, гіпотрофія та гіпотонія м'язів – 26,6% vs 36,6% vs 13,3% vs 16,6%, готичне піднебіння – 16,6% vs 20% vs 16,6% vs 16,6%, криві зубні ряди: 6,6% vs 16,6% vs 20% vs 16,6%, беззавиткова вушна раковина та мала мочка вуха – 16,6% vs 20% vs 16,6% vs 13,3%, недорозвинута нижня щелепа – 6,6% vs 10% vs 6,6% vs 13,3%. У 33,3% vs 46,6% vs 26,6% vs 40,0% груп обстежених був позитивним симптом Валкера-Мурдоха. Також були виявлені наступні ознаки вісцерального синдрому: нефроптоз і дистопія нирок – 10,0% vs 16,6% vs 13,3% vs 6,6%; птози та дискінезія органів шлунково-кишкового тракту, органів малого тазу – 16,6% vs 20% vs 16,6% vs 16,6%; пролапс мітрального клапану та додаткові хорди лівого шлуночка – 26,6% vs 46,6% vs 33,3% vs 40,0%; гастро-езофагальні та дуодено-гастральні рефлюкси – 33,3% vs 46,6% vs 26,6% vs 40,0%; аномалії розвитку жовчного міхура, нирок (подвоєння мисок) – 13,3% vs 16,6% vs 20,0% vs 13,3%.

**Висновки:** Отримані результати свідчать про однаково значну поширеність фенотипових та вісцеральних ознак синдрому НДСТ серед обстежених, не залежно від національностей та рас.

Мусієнко О.С.  
**ГЕСТАЦІЙНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА ЙОГО НАСЛІДКИ**

Кафедра ендокринології

Власенко М.В. (проф., д.мед.н.), Сокур С.О. (доц., к.мед.н.), Годлевська Н.А. (доц., к.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гестаційний цукровий діабет (ГЦД) – гіперглікемія, яка вперше виявляється під час вагітності. На частку ендокринної патології припадає 6 % від загальної екстрагенітальної патології, 1 % жінок дітородного віку страждають на ЦД до вагітності та у 2-17 % він розвивається під час вагітності. Прогнозується, що до 2030 р. ГЦД буде спостерігатися у 49,3 % жінок, у зв'язку з підвищенням маси тіла у породіль. Гіперглікемія під час вагітності асоційована з розвитком прееклампсії, народженням великого плода, негайним кесаревим розтином, пологовим травматизмом. ГЦД є фактором ризику розвитку ЦД 2-го типу, серцево-судинних захворювань у матері та є варіантом розвитку вад у нащадків

**Мета:** Провести статистичний аналіз кількості випадків ГЦД у Вінницькій області та порівняти акушерсько-неонатальні проблеми ГЦД зі світовими даними.

**Матеріали та методи:** Нами було проаналізовано 23 історії хвороби жінок з ГЦД, що знаходились на лікуванні у ВОКВЕЦ (вік 21 - 39 років) за 2015-2017 роки, які проживають в обласному центрі та районах області.

**Результати:** З усієї кількості хворих на ГЦД було 8 жінок (35 %) з м. Вінниця, Україна, 3 (13 %) з Вінницького району, а решта - по 1-2 хворих з різних районів (52 %). У 2 хворих ГЦД діагностовано в 2-му триместрі вагітності (9 %), у 21 вагітної (91 %) у третьому триместрі (за світовими даними переважно у 2-му триместрі - 49,2 %, у 3-му триместрі - 4,3 %). Глікемія натще 5,1 ммоль/л і вище діагностована у 15 хворих (65 %). Підвищений рівень HbA1c (5,7-6,5 %) був у 14 хворих, що склало 61 %. Гіперглікемія протягом доби (від 5,1 до 7,8 ммоль/л і вище) була у 9 хворих (39 %) (за світовими даними 30-50 %). Вагітність закінчилась самостійними пологами у 9 (39 %), у 4-х - кесаревим розтином (17 %) (за світовими даними, кесарів розтин - 28,8 - 46,6 %). Фетопатії (великий плід) діагностовано у 3-х немовлят (13 %) (за світовими даними - 5,3-35 %), фетоплацентарна недостатність - у 3-х вагітних (13 %) (за світ. даними - 50 - 76,4 %), у однієї вагітної встановлено кетоз (4 %).

**Висновки:** 1. ГЦД у м. Вінниця, Україна і Вінницькій обл. широко розповсюджений серед породіль. 2. У вагітних жінок з ГЦД встановлено, фетоплацентарна недостатність 13 % та фетопатії (великий плід) у немовлят - 13 %, що вказує на високий ризик ведення пологів у породіль з ГЦД.

О.С.Мусієнко, О.В.Швед

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПІГМЕНТАЦІЇ ШКІРИ**

Кафедра шкірно-венеричних хвороб

Г.А.Ситнік (ас.)

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

**Актуальність:** Проблема виникнення пігментних плям залишається актуальною багато років. До лікаря-дерматолога щомісячно звертаються мінімум 10 пацієнтів з гіперпігментацією шкіри. Незважаючи на те, що подібний естетичний недолік найчастіше ніяк не відбивається на здоров'ї, не впливає на працездатність і навіть не привертає увагу оточуючих, для людини він є причиною серйозного психологічного дискомфорту.

**Мета:** Вивчити та проаналізувати сучасні підходи до діагностики та лікування гіперпігментації шкіри на сучасному рівні.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій даної проблеми за період 2012-2018 р. з ресурсу PubMed, Google Scholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ, дослідження клініко-статистичних даних даної

проблеми за 2018 рік.

**Результати:** Пігментоутворення- складний біохімічний процес, що відбувається в шкірі і залежить від багатьох чинників. Якщо говорити про класифікацію гіперпігментації, то її можна поділити на первинну та вторинну, ті в свою чергу поділяються на вроджену і набуту. Ведення хворих з порушеннями пігментації проходить в декількох напрямках (у залежності від патоморфології, етіопатогенезу і побажань хворого). 1) Освітлення або усунення вогнищ дисхромії, які роблять хірургічними, фізичними і ін'єкційними методами. 2) Маскування з використанням зовнішніх засобів, вирівнюють колір шкіри, або процедура перманентного макіяжу. 3) Профілактика гіпермеланозу в першу чергу здійснюється УФ-фільтрами (SPF не менше 30), фотодесенсибілізацією (наприклад, такими властивостями володіють вітамін В, провітамін А, сорбенти, протималарійні препарати), усуненням провокуючих чинників. На даний час найбільшим ефектом володіє лазеротерапія. Метод заснований на явищі фототермоліза: здатності пігментних клітин поглинати енергію лазерного променя, що згодом призводить до їх деструкції, що забезпечує хороший відбілюючий ефект. Лазери відрізняються по довжині хвилі, чим довше хвиля, тим глибше діє лазер, тим вище ефективність процедури. Існує ще спосіб впливу на вогнище гіперпігментації - це фотоомолодження або селективний фототермоліз. Більшою мірою стимулює процеси омолодження шкіри, але в тому числі призводить до руйнування меланін вмісних структур.

**Висновки:** На даний момент в дерматовенерології використовують велику кількість сучасних методів лікування гіперпігментацій, всі вони мають свої плюси і водночас мінуси. До основного методу лікування можна віднести лазеротерапію. Саме лазеротерапія має відсутність обмежень по фототипу шкіри, можливість лікування глибоко залягаючих пігментних новоутворень, контроль параметрів імпульсу з урахуванням особливостей пігментації шкіри пацієнта, виключення ризику післяпроцедурної гіперпігментації, неможливість механічного або термічного ушкодження шкіри.

А.О. Орлова І.В. Литовченко,

## **ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА АТ1Р У ПАЦІЄНТІВ З НЕУСКЛАДНЕНОЮ ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ: РЕЗУЛЬТАТИ ВІДДАЛЕНИХ СПОСТЕРЕЖЕНЬ**

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

О.Л. Старжинська (доцент, к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Зростання захворюваності на артеріальну гіпертензію (АГ) є важливою і актуальною проблемою сучасної медицини. Більшість науковців визнають, що патогенетичну основу прогресування есенціальної гіпертензії (ЕГ), у тому числі з формуванням гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), складає структура генів, продукти експресії яких беруть участь у регуляції артеріального тиску. Особливу увагу скеровано на ген рецепторів ангіотензину II 1-го типу (АТ1Р), які визначають основні ефекти одного із центральних компонентів РААС - ангіотензину II.

**Мета.** Покращити прогнозування змін у серці у процесі перебігу неускладненої ЕГ у зв'язку з А116С поліморфізмом гена АТ1Р.

**Матеріали та методи.** Первинне обстеження хворих з неускладненою ЕГ з визначенням поліморфізму гена АТ1Р було проведено у рамках НДІ кафедри внутрішньої медицини медичного факультету №2 у 2012-2014 роках. Повторний аналіз структурно-функціональних параметрів серця у цих пацієнтів проводили ретроспективно (за базою даних результатів УЗД серця) не менше ніж через 5 років після первинного обстеження (доступні результати 103 хворих: 71 чоловік, 32 жінки; середній термін повторного аналізу  $6,38 \pm 1,16$  р.).

**Результати.** Оскільки тривале підвищення АТ чітко асоціюється з структурно-функціональними змінами ЛШ, на першому етапі встановили, що рівень контролю АГ у групах носіїв різних генотипів достовірно не відрізнявся. Виявилось, що у хворих з неускладненою ЕГ у п'ятирічній перспективі темпи

приросту маси міокарду ЛШ у носіїв генотипів АС та СС ( 7,1 г/м<sup>2</sup> та 8,9 г/м<sup>2</sup> відповідно) майже у 2,5 рази вищі, ніж у носіїв генотипу АА (3,1 г/м<sup>2</sup>). Підтверджено, що саме серед носіїв алелю С достовірно частіше виявляють нові випадки ГЛШ, а його діастолічна дисфункція формується майже у 100% хворих. Систолічна дисфункція ЛШ зі зниженням ФВ розвивається переважно у носіїв генотипів АС та СС.

**Висновки.** Таким чином, у хворих з неускладненою ЕГ у процесі п'ятирічного спостереження суттєво змінюються параметри структури та функції серця з достовірним зростанням маси міокарда ЛШ, переважним формуванням концентричної ГЛШ, достовірним погіршенням діастолічної та систолічної функції серця переважно у носіїв алелю С незалежно від контрольованості АГ.

А.О. Орлова, В. Литовченко

## ОСТЕОСЦИНТИГРАФІЯ, ЯК ОСНОВНИЙ МЕТОД ПОШУКУ МЕТАСТАЗІВ ТА ВИЗНАЧЕННЯ СТАДІЇ ПУХЛИННОГО ПРОЦЕСУ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Б. Баланюк (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В наш час основним радіонуклідним методом досліджень опорно-рухового апарату є остеосцинтиграфія з остеотропними РФП. Цей метод ґрунтується на здатності кісток накопичувати РФП, завдяки інтенсивному включенню їх у мінеральний обмін. Таким чином, за концентрацією остеотропних РФП в осередках ураження можна судити про інтенсивність остеогенезу. За допомогою остеосцинтиграфії можна розпізнати метастатичне ураження кісток і виявити додаткові осередки первинно-множинних пухлин на ранньому етапі в рентгенонегативну фазу розвитку процесу. Це дає змогу на 4-12 місяці в раніше розпочати специфічне лікування, не чекаючи рентгенологічного підтвердження наявності патології.

**Мета:** Оцінити інтенсивність деструктивно-репаративних процесів при первинних і вторинних пухлинах скелета та захворюваннях неонкологічного характеру.

**Матеріали та методи:** Огляд літературних даних про радіонуклідну діагностику. Систематизація статистичних даних відділення радіонуклідної діагностики. Також було проаналізовано 6 історій хвороб з різною локалізацією пухлинного процесу, результати остеосцинтиграфії виконаної даним пацієнтам та було переглянуто декілька остеосцинтиграфій виконаних у відділенні радіонуклідної діагностики. Відділення оснащено гама-камерою та як РФП використовує Технецій 99М.

**Результати:** У результатах переглянутих нами остеосцинтиграфій, а також тих процедур, на яких ми були присутні, проглядається загальна статистика метастатичного процесу. Серед переважної більшості первинних пухлин (рак передміхурової залози, рак молочної залози, рак легень) визначалося типове метастазування у кістки хребтового стовпа, тазу, ребра та стегнову кістку. Окрім того, у деяких хворих на фоні зниженого імунітету та ракової кахексії, визначалися вогнища вторинної інфекції у кістках.

**Висновки:** Визначення стадії пухлинного процесу в онкології має важливе значення, адже від цього залежить підхід до лікування хворого. Нажаль, недостатнє обстеження онкологічних хворих призводить до того, що хворі з невизначеними

віддаленими метастазами отримують виснажливе хірургічне лікування та неадекватну променеву терапію замість паліативного лікування. Окрім того, в онкологічній структурі України визначається тенденція до частого недообстеження хворих, неправильного студіювання пухлинного процесу та неправильне його диференціювання з клінічно схожим інфекційним.

Д.Р. Островерха, С.Ю. Шлабан

## РОЛЬ МУЛЬТИСПІРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ СУДИН

## **(МСКТ-АНГІОГРАФІЇ) У ВИЯВЛЕНІ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології. Курс радіології

Т.П. Коваленко(ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У зв'язку зі збільшенням поширеності артеріовенозних мальформацій (АВМ), неефективними лікувальними заходами, високою смертністю та інвалідизацією пацієнтів, променева діагностика захворювань судин головного мозку є важливою проблемою радіології, а саме ангіології. Згідно ВООЗ, порушення кровообігу головного мозку щороку виявляють у 20 млн. осіб, з яких 5 млн. помирають. Запровадження у клінічну практику сучасних методів виявлення судинних патологій, таких як МСКТ-ангіографія, значно покращить розпізнавання та прижиттєве виявлення цереброваскулярних захворювань.

**Мета:** Визначити можливості МСКТ-ангіографії (МСКТАГ) в оцінці стану судин при цереброваскулярних патологіях, довести доцільність його застосування у діагностиці церебральних АВМ; проаналізувати оптимальні протоколи проведення МСКТАГ пацієнтам з даними захворюваннями.

**Матеріали та методи:** Теоретичний аналіз наукових статей PubMed, WebofScience, Scopus за 2017-2019 роки.

**Результати:** В ході опрацювання підбраної літератури були досліджені особливості МСКТАГ - одного з найбільш високоінформативних, малоінвазивних різновидів комп'ютерної томографії (КТ), що включає аксіальні зображення, 2D-, 3D-проекції та проекції максимальних інтенсивностей інтра- та екстракраніальних судин. Принциповими відмінностями та, водночас, перевагами МСКТАГ є наявність у томографічному кільці по периметру датчиків прийому, за рахунок чого зменшується час, необхідний для діагностики та променевого навантаження на організм стає мінімальним, і те, що дана методика дає змогу отримати не лише анатомічну інформацію про виявлені патологічні зміни, але й дані про напрямок і швидкість церебрального кровотоку. Вона дає змогу ідентифікувати аномалії судин головного мозку, особливо церебральні АВМ. Артеріальні і венозні системи відображаються при даній ангіографії одночасно, за рахунок чого можна побачити ознаки формування артеріовенозних шунтів. Існує декілька протоколів виконання МСКТАГ, однак найбільш застосовуваними є: «Cerebral CTA» - при якому виконується спіральне сканування голови із мінімальною товщиною зрізу (1мм) та автоматичною затримкою сканування від початку внутрішньовенного введення контрастної речовини та «Cerebral CTA SureStart» – при якому проводиться моніторинг надходження контрасту в одну із внутрішніх сонних артерій у визначену зону інтересу, на одному із рівнів якої проводиться сканування у динаміці, щоб визначити час необхідний для проходження контрастної речовини. Як контрасти використовуються йодовмісні препарати: «Візіпак-320» та «Ультравіст-370». Їх вводять автоматично за допомогою ін'єктора, що безпосередньо вбудований в пристрій.

**Висновок:** Встановлено, що методика МСКТАГ на даний час є однією з найкращих в оцінці стану церебральних судин та у виявленні АВМ. Отримані дані сприяють підвищенню якості діагностики та оцінки лікування хворих з цереброваскулярною патологією, що сприяє покращенню прогнозу.

О.І. Перчик А.А. Чмир

### **ПІДТВЕРДЖЕННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

Кафедра ендокринології з дитячими інфекційними хворобами

З.О. Шаєнко (к.мед.н., ас.)

Українська медична стоматологічна академія

м.Полтава, Україна

**Актуальність:** ЦД – одна з найбільш пріоритетних медико-соціальних проблем сьогодення в усіх без винятку країнах світу. Тільки за офіційними даними сьогодні кількість хворих на ЦД в Україні досягає 1 млн.  $\approx$ 300 тис. осіб, але враховуючи результати епідеміологічних досліджень, реальна кількість хворих набагато вище. Одним з можливих напрямків оптимізації комплексної терапії хворих є одночасне застосування бігуанідів в комбінації з іншими препаратами, що можуть впливати на патогенез хвороби та її клініку.

**Мета:** Дослідити вплив комбінації тiazолідиндіонів та бігуанідів у пацієнтів з ЦД2 на динаміку інсулінорезистентності, рівня глікемії, показників ліпідограми та даних антропометрії.

**Матеріали та методи:** Робота виконувалась на базі ендокринологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського м.Полтава, у період з жовтня 2018 по січень 2019 рр. Включено в дослідження 27 пацієнтів на ЦД2. Вік від 44 до 68 років. Перед дослідженням хворі приймали монотерапію бігуанідами, середній рівень НвА1с на тлі монотерапії складав  $8,70 \pm 0,71\%$ . Пацієнти, включені у дослідження, були розділені на 2 когорти: когорта порівнювання (12 пацієнтів), які приймали бігуаніди та препарати сульфонілсечовини та когорта контролю (15 пацієнтів), яким до бігуанідів був доданий препарат тiazолідиндіонів.

**Результати клінічного спостереження:** Після 3-х місяців терапії у всіх пацієнтів досліджували показники компенсації діабету та розраховували індекс НОМА. А також досліджували показники ліпідограми, та проводили дослідження антропометричних показників.

**Висновки:** Застосування у фармакотерапії комбінації бігуанідів та тiazолідиндіонів у хворих на ЦД 2 типу призводить до значимо нижчого рівня постпрандіальної глікемії, показників ліпідограми у порівнянні з терапією бігуанідами та препаратами сульфонілсечовини, це підтверджує їх позитивний вплив на ліпідний та вуглеводний обміни. Обрана комбінація цукрознижуючих препаратів, яка направлена на корекцію інсулінорезистентності, є найбільш раціональною.

М.-Ю.І. Петришина, О.А.Гусак

## **АНАЛІЗ ПРОФЕСІЙНИХ ШКІДЛИВОСТЕЙ В РОБОТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА ТА НАСЛІДКІВ ЇХ ВПЛИВУ**

Кафедра внутрішньої медицини № 2

С.В.Бондарчук(ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:**Ефективність професійної діяльності лікарів-стоматологів визначається не лише їх кваліфікацією і матеріально-технічним забезпеченням, а й станом їхнього власного здоров'я.Практична діяльність лікаря-стоматолога супроводжуєтьсярізноманітними факторами ризику, які тягнуть за собою негативні наслідки, що призводять до погіршення здоров'я фахівця і неможливості якісно виконувати свої професійні обов'язки

**Мета:**Проаналізувати шкідливі фактори, що впливають на здоров'я лікаря-стоматолога. Встановити зв'язок між впливом професійних шкідливостей та розвитком професійної патології.

**Матеріали та методи:**Для опитування45 лікарів-стоматологів з різних областей Українибула розроблена анкета, яка включала 29 питань. Серед анкетованих - стоматологи хірургічного профілю (10%), дитячі стоматологи (30%), стоматологи загальної практики (60%). 31,1% опитуваних мали стаж роботи більше 10 років, 37,8% - 5-10 років, 31,1% - <2 років; у 40% опитуванихбув6-8-ми годинний робочий день, у 37,8% - >8 годин;середня тривалість робочого тижня – 5-6 днів. Більшість лікарів (56,6%) працювали з асистентом, без застосування мікроскопу (80%). Переважний тип робочої пози: сидячи на 9 год. (31,1%), на 12 год. (31,1%), «сидячи-стоячи» (35,6%).

**Результати:**Аналіз даних анкетування дозволив виділити 4 групи професійних шкідливостей: фізичні, хімічні, біологічні та психофізіологічні. Результати впливу вібрації: 35,5% опитуваних відмічали

оніміння в руках ( на роботі – 17,8%, на роботі та в позаробочий час – 11,1%). Травми очей внаслідок дії фізичних чинників були наявні у 55,6% опитуваних. Аналіз впливу хімічних факторів виявив: опіки очей внаслідок прямого потрапляння дезінфікуючих речовин виявлено у 37,8% опитуваних, у 89% - алергічні прояви після використання латексних рукавичок. 4,1 % анкетованих вказували на наявність в анамнезі інфекційних захворювань з парентеральним механізмом передачі, пов'язаних з професійною діяльністю. 53,3% опитуваних є щепленими від вірусного гепатиту В. Вплив тривалої однотипної пози у вигляді болю в хребті проявлявся у 84% анкетованих, 40% яких відчували біль лише у робочий час з переважною локалізацією у поперековій ділянці (51,1%). Хрускіт, скутість, болі при рухах у шийному відділі хребта відмічали 62,2% опитуваних. Головний біль турбував 73,4% лікарів, 28,9% пов'язували біль з трудовою діяльністю. 51,1% відмічали помірний рівень загальної втоми, 33,3% - виражений, 11,1% - значно виражений. У 60% працездатність відновлювалася до вихідного рівня після 8-ми годинного сну. Щодо впливу на функції зору: 15,6% опитуваних використовують окуляри лише під час роботи, 15,6% - постійно; 26,7% пов'язують зниження зору внаслідок професійної діяльності.

**Висновки:**Робота лікаря - стоматолога пов'язана з впливом ряду професійних факторів ризику, що призводять до погіршення здоров'я фахівця. Розробка профілактичних заходів щодо створення оптимальних умов робочого середовища є запорукою здоров'я та підвищення працездатності лікарів стоматологів.

М.В.Пилипчук

## **ВИЯВЛЕННЯ ВПЛИВУ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ТА НАЯВНОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ПОКАЗНИКИ ФРАКЦІЇ ВИКИДУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

Кафедра внутрішньої медицини №1

Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність:**Серцева недостатність (СН) є значною медико-соціальною проблемою.З огляду на тенденцію до зростання питомої ваги населення старших вікових груп,зокрема в Україні, питання щодо тактики медикаментозного лікування даної патології стає дедалі актуальнішим. Важливе місце у регуляції серцевої діяльності має його вегетативна іннервація, порушення якої, з великою ймовірністю, може мати вплив на перебіг захворювання, прогноз та змінювати відповідь на терапію. Заданими фракції викиду (ФВ) СН поділяється на три типи (Європейське товариство кардіологів 2016), що в свою чергу є вирішальним показником при виборі тактики медикаментозних призначень, перебігу та прогнозу.

**Мета:** Вивчити та порівняти зміну показників ФВ, стану вегетативної нервової системи (ВНС) у хворих на СН до та після стаціонарного лікування. Проаналізувати можливий взаємозв'язок між динамікою значень ФВ, наявністю вегетативної дисфункції (ВД) і варіантами медикаментозної терапії у хворих з СН.

**Матеріали та методи:**У дослідження включено 194 пацієнти кардіологічного відділення ВОКЛ ім. М.І. Пирогова. Проводився збір анамнестичних даних пацієнтів, антропометрія, інструментальні дослідження (вимірювання АТ, ЕКГ, Ехо-КГ, УЗД ОЧП та нирок), лабораторні дослідження (загальний холестерин, тригліцериди, креатинін, сечовина, цукор крові), визначення швидкості клубочкової фільтрації за формулами СКД-ЕРІга Кокрофта-Голта. Оцінювались клінічні ознаки вегетативної дисфункції (за анкетною-опитувальником А.М. Вейна 1998 р.) та їх динаміка під впливом лікування. Аналіз усіх отриманих даних та виявлення взаємозв'язків проводився за допомогою статистичних методів Statistica for Windows 13.1.

**Результати:**Усі хворі з СН середній вік яких склав  $72,8 \pm 14,2$  р. були розділені на 3 групи: 50 (25,8%) пацієнтів зі збереженою ФВ, 41 (21,2%) з середньою та 103 (53%) зі зниженою ФВ. Пацієнти із СН з середньою ФВ мали проміжні показники в порівнянні з пацієнтами зі зниженою та збереженою ФВ. При



порівнянні груп зі зниженою та середньою ФВ виявлено, що вони статистично відрізнялись за віком, статтю, тривалістю перебування в стаціонарі та наявністю гіпертонії. Приріст ФВ відбувся лише у 1/3 пацієнтів, що поступали до стаціонару із середньою ФВ та лікувалися антагоністами альдостерону. Усі пацієнти, в котрих спостерігалось подальше зниження ФВ лікувалися діуретиками. У більшості пацієнтів з середньою ФВ були ознаки ВД, проте наперекір на медикаментозній терапії навіть при покращенні показників ФВ ступінь зміни стану ВНС залишається невисоким.

**Висновки:** Виявлено взаємозв'язок між ліками проти СН та покращенням результатів у пацієнтів з середньою ФВ. Більшість пацієнтів у котрих відновилась систолічна функція у більшій мірі призначалися антагоністи альдостерону та в меншій бета-блокатори. Виявлення чіткого взаємозв'язку між змінами ФВ та ВД до та після лікування на даному етапі не вдалося та потребує подальшого аналізу.

М.В. Писарцова, Т.О. Зайцева, О.В. Юрій

## **СУЧАСНІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДОРОСЛИХ В ПЕРІОД ЕПІДЕМІЇ**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

К.Ю. Романчук (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Кір залишається однією із найважливіших проблем сучасної інфектології. За даними ЮНІСЕФ Україна знаходиться на першому місці з десяти країн, де в минулому році було зафіксовано найбільшу кількість випадків кору. Низький рівень вакцинації у минулі роки став основною причиною спалаху кору, який триває і досі. Але навіть ті особи, які були вакциновані, мають достатній ризик опинитися в числі хворих. В останні роки спостерігається тенденція до зростання частки атипичних симптомів, які утруднюють постановку клінічного діагнозу, а також визначаються певні зміни типової симптоматики, що потребують подальшого вивчення.

**Мета:** Дослідити клініко-лабораторні особливості перебігу кору дорослих осіб, враховуючи вакцинальний статус та супутню патологію. Виявити атипичні симптоми, які найбільш часто зустрічаються, визначити основні особливості класичних проявів в період епідемії.

**Матеріали та методи:** В даному дослідженні взяли участь 40 пацієнтів віком від 18 до 50 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні №1 протягом 2018-2019 рр. із діагнозом кір, підтвердженим як клініко-епідеміологічними, так і лабораторними критеріями. Опрацювання і аналіз даних, представлених в історіях хвороб. Аналіз і порівняння інформації, представленої в сучасних вітчизняних та іноземних наукових публікаціях. Узагальнення зібраних даних. Для статистичного аналізу використовували програму «STATISTICA for Windows 6.0».

**Результати:** В ході дослідження було виявлено, що в більшості пацієнтів дане захворювання перебігало із середнім ступенем важкості в типовій формі (80%). 34% випадків були підтверджені лабораторно. Серед особливостей перебігу варто відмітити збільшення терміну катарального періоду, скорочення етапності висипань, виявлення енантеми Бельського-Філатова-Копліка лише у третини пацієнтів, у 5% хворих був атипичний висип. Характерною є тенденція до частішої появи таких ускладнень, як реактивні гепатити і панкреатити (25%), гострі вірусні пневмонії (вірусно-бактеріальні), що дуже швидко прогресують, навіть на тлі лікування і часто є рентген-негативними (50%). Частка вакцинованих пацієнтів склала 30%.

**Висновки:** Враховуючи виявлення кору у 30% вакцинованих осіб, наявність задокументованих двох доз вакцини КПК не є остаточним підтвердженням протикорового імунітету. Для остаточного визначення наявності в людини імунітету необхідно лабораторно визначити IgG до вірусу кору. Попередньо вакциновані пацієнти схильні до більш легкого перебігу з переважанням типової клінічної

симптоматики, в той час як у неімунізованих осіб спостерігається тенденція до виникнення більш важких форм даного захворювання зі зростанням вірогідності ускладнень. В зв'язку з встановленням певних особливостей сучасного перебігу захворювання, при кору необхідне лабораторне підтвердження кожного сумнівного випадку хвороби.

Г.І. Плазовський, О.Ю. Бабійчук, Л.В. Прядко, О.В. Качуровська  
**ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНОЮ HBV-ІНФЕКЦІЄЮ І ВИСОКИМ  
ВІРУСНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ: КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР**

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

О.О. Войналович (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Згідно з оцінками AASLD у світі 257 мільйонів хворих з хронічним гепатитом В. Щорічно внаслідок цирозу печінки та ГЦК, що розвиваються на фоні хронічної HBV-інфекції помирають 310 000 і 340 000 пацієнтів відповідно. Протягом останніх років значно зросла кількість вагітних з HBV-інфекцією. Ризик вертикальної передачі HBV від HBsAg та HBeAg-позитивної матері до дитини під час пологів становить 70-90% і прямопропорційно корелює з вірусним навантаженням. Варто зазначити, що близько 95% дітей інфікованих при народженні мають у майбутньому хронічний перебіг інфекції. Кожна четверта ка дитина передчасно помирає від цирозу печінки або ГЦК; більшість не мають клінічних симптомів до початку цирозу або кінцевої стадії печінкової недостатності.

**Мета:** Визначити особливості курації вагітних з хронічною HBV-інфекцією на прикладі власного спостереження у пацієнтки з високим вірусним навантаженням та оцінити ефективність рекомендованої терапії.

**Матеріали та методи:** Огляд літератури по даному питанню, аналіз сучасних гайдлайнів AASLD, аналіз карти диспансерного спостереження пацієнтки А., яка перебувала на обліку у гепатологічному центрі інфекційного відділення Вінницької МКЛ №1.

**Результати:** У 2015 році після підтвердження діагнозу хронічної HBV-інфекції пацієнтці А., 36 р., (DNAHBV  $1.4 \cdot 10^7$  МО/мл) за показами була призначена протівірусна терапія пегінтерфероном тривалістю 48 тижнів. Через рік терапія була припинена, DNAHBV в крові не було виявлено і на початку 2017, через 6 місяців після припинення терапії пацієнтка завагітніла. Відповідно до діючих рекомендацій AASLD щодо лікування хронічного гепатиту В незалежно від попередніх даних про вірусне навантаження усім HBsAg-позитивним вагітним проводиться скринінгове визначення DNAHBV на 24-28 тижні вагітності. У пацієнтки А. на 24 тижні вагітності було виявлено високе вірусне навантаження –  $>1.7 \cdot 10^8$  копій ДНК вірусу. Згідно рекомендацій усім вагітним з кількістю DNAHBV  $>2 \cdot 10^5$  МО/мл призначається протівірусна терапія тенофовіром у дозі 300 мг/добу per os з 28 тижня вагітності і до 3 місяців після пологів для достовірного зниження ризику перинатальної передачі. Щомісяця проводився контроль ефективності лікування. На 32 тижні DNAHBV був  $7.3 \cdot 10^4$  МО/мл, на 36 тижні –  $1.36 \cdot 10^3$  МО/мл. Через тиждень після пологів пацієнтка пройшла контрольне обстеження і DNAHBV не було виявлено. Протягом 12 годин після народження дитина отримала дозу рекомбінантної вакцини Енджерікс, що містить очищений HBs-Ag для профілактики HBV-інфекції.

**Висновки:** Отримані дані свідчать про необхідність проведення адекватної протівірусної терапії у вагітних з хронічною HBV-інфекцією на фоні високого вірусного навантаження ( $>2 \cdot 10^5$  МО/мл) для мінімізації ризику вертикального інфікування плоду. Введення новонародженим в перші 12 годин вакцини Енджерікс, що містить очищений HBs-Ag є високоефективним заходом для зниження ризику вертикальної передачі. В свою чергу, клініцист обов'язково повинен забезпечити визначення DNAHBV на 24 тижні у всіх HBsAg-позитивних вагітних, незалежно від попередніх даних.

Т.І. Плазовський, Ю.В.Хіміч, А.Є.Важова, О.Ю. Бабійчук

## **ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА РА**

Кафедра внутрішньої медицини № 1

К.О. Заїчко (ас.), В.М. Хоменко(к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ревматоїдний артрит (РА) – аутоімунне ревматичне захворювання, яке вражає близько 2% дорослого населення та спричиняє інвалідизацію близько 30% пацієнтів упродовж перших 3 років захворювання. Майже 90% хворих втрачають працездатність протягом 20 років. Хронічний больовий синдром, обмеження повсякденної діяльності, втрата працездатності та соціальна дезадаптація, впливає на якість життя, соціальні та сімейні взаємини пацієнтів. Одним із важливих методів оцінки якості життя хворих на РА є опитувальник SF-36 (Short Form-36-Item HealthSurvey).

**Мета:** Оцінити якість життя у хворих на ревматоїдний артрит.

**Матеріали і методи:** У дослідженні прийняли участь 32 хворих на РА (75% жінки, віком 24-68 років), які перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, та 20 осіб контрольної групи, репрезентативних за віком та статтю. Діагноз РА встановлювали на основі критеріїв ACR/EULAR (2010), керуючись наказом МОЗ України (11.04.2014 р. № 263), адаптованою клінічною настановою «Ревматоїдний артрит» (ГСТ2014-263-1а). Статистичну обробку отриманих результатів проводили методами варіаційної статистики у пакеті прикладних програм «MS Excel» та SPSS22 (©SPSS Inc.). Якість життя хворих на РА визначали опитником SF-36 (Short Form-36-Item HealthSurvey), активність РА - за DAS28 (ШОЕ).

**Результати:** У включених в дослідження хворих на РА за даними анамнезу тривалість захворювання коливалась від 6 місяців до 23 років і в середньому становила ( $M \pm m$ )  $7,70 \pm 0,86$  років. Ранній РА (до 2-х років) відмічали у 2 (6,25%) хворих, РА з тривалістю від 2 до 10 років – у 22 (56,25%) хворих, понад 10 років – у 11 (37,5%) хворих. Серед обстежених хворих переважали особи з серопозитивним варіантом РА: у 78,12% хворих виявлявся ревматоїдний фактор (РФ), а у 84,37% хворих - антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду (АЦЦП), відповідно. За шкалою активності хвороби DAS28 висока активність РА ( $>5,1$ ) була зареєстрована у 71,8% хворих, помірна активність (3,2-5,1) – у 28,2% хворих. У хворих на РА реєструвалось значне погіршення фізичної та психологічної складової здоров'я SF-36: PCS та MCS відповідали ( $M \pm m$ )  $47,4 \pm 1,77$  та  $47,3 \pm 1,3$  балам відповідно. Так, пацієнти з РА мали достовірно нижчі значення показників соціального (SF) та рольового функціонування (RE), ніж особи контрольної групи, що свідчить про обмеження виконання повсякденної роботи, обумовлене погіршенням фізичного та емоційного станів.

**Висновки:** Якість життя хворих РА достовірно нижче в порівнянні з практично здоровими особами, що обумовлено, перш за все, наявністю хронічного болю. Найбільш суттєво знижена фізична мобільність.

Н.В. Плющик, А.А. Моїсеєнко

## **АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ОСТЕОХОНДРОЗУ СЕРЕД СВЯЩЕННОСЛУЖИТЕЛІВ ПРАВОСЛАВНОЇ ЦЕРКВИ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

О.С. Волинець (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Виявлення причин професійно обумовлених патологій є актуальним питанням у світі в розрізі профілактики та покращення якості життя населення. Остеохондроз – процес дегенеративно-дистрофічних змін міжхребцевих дисків, основним етіологічним чинником якого є хронічне перенавантаження за неможливості повноцінного відновлення метаболізму пульпозного ядра. Відомо,

що вага облачення священнослужителів варіює від 4 до 7 кг, а тривалість служби може сягати доби. Враховуючи патогенез захворювання та дані Інституту статистики Квебеку, можна припустити, що особливості трудової діяльності впродовж років можуть мати негативний вплив на опорно-рухову систему, викликати хронічний біль в хребті та порушення функції.

**Мета:** Проаналізувати зв'язок професійної діяльності священнослужителів з розвитком остеохондрозу.

**Матеріали та методи:** В основу дослідження покладений аналіз результатів анкетування та рентгенографії хребта у священнослужителів Вінницької та Миколаївської областей.

**Результати:** Проведено дослідження серед 23 священнослужителів. Проаналізовані дані рентгенографії та показники анкетування (вік; сан; тривалість перебування на службі; кількість парафіян; тривалість фізичної активності за добу; наявність болю у спині та шиї, інтенсивність дорсалгії за візуальною аналоговою шкалою; наявність супутніх патологій опорно-рухового апарату). За віком: 20-40 р. (21,74%); 40-60 р. (60,87%); 60-80 р. (17,39%). За саном найбільшу кількість серед опитаних склали священники-78,26%. За тривалістю перебування на службі – більшість священнослужителів працює понад 20 років (82,6%). Наявність болю у спині та шиї відзначили 73,91%. За візуальною аналоговою шкалою найбільша інтенсивність болю складала 5 балів (30%). Надмірну фізичну активність, що пов'язують з професійною діяльністю, відзначили 21,74% опитаних. Наявність супутніх патологій опорно-рухового апарату виявлено у 17,39%. Дані рентгенограм розподілено за стадіями прогресування захворювання (1-4): перша стадія – 10%; 2 ст. – 27%; 3 ст. – 45%; 4 ст. – 18%.

**Висновки:** Проведений аналіз отриманих даних встановив високу ймовірність розвитку розповсюдженого остеохондрозу хребта у священнослужителів, що обумовлено особливостями трудової діяльності.

С.І. Поніна

## **ГЕРХ: ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СЛИНОСЕКРЕЦІЇ (САЛІВА-ТЕСТ) З ПОКАЗНИКОМ PSPW ПРИ ДОБОВОМУ ЕЗОФАГО-ГАСТРО-ІМПЕДАНС-рН-МОНІТОРИНГУ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)**

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

В.М. Чернобровий (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гастро-езофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є широко розповсюдженим (10 - 40% дорослого населення) захворюванням у загальній практиці-сімейній медицині

**Мета:** На прикладі клінічного спостереження оцінити наявність зв'язку між безфоновим саліва-тестом та показником PSPW при добовому езофаго-гастро-імпеданс-рН-моніторингу.

**Матеріали та методи.** Проведено амбулаторне обстеження та аналіз отриманих даних у пацієнта Д.А.І. 57-років, який був направлений в університетську клініко-діагностичну міждисциплінарну лабораторію для імпеданс-рН-моніторингу і консультації. Профілюючий метод дообстеження - дослідження секреції змішаної слини протягом 30 хвилин перед початком добового езофаго-гастро-імпеданс-рН-моніторингу.

**Результати.** Гастроскарги пацієнта: печія до 2 разів на тиждень та більше, що виникає після вживання солодощів, гострої їжі, постійний дискомфорт, біль в епігастральній ділянці, відрижка повітрям, відчуття гіркоти в роті, у зв'язку з чим у 2012 році виконана лапароскопічна фундоплікація шлунку. ФГДС: еритематозна гастропатія, стан після лапароскопічної фундоплікації. Патогістологічне дослідження гастробіоптатів: хронічний не атрофічний неактивний гастрит, відсутність Н.р бактерія. СКТ органів грудної клітки - кила стравохідного отвору діафрагми. Опитувальник GerdQ - 12 балів. Добовий езофаго-гастро-імпеданс-рН-моніторинг: acidexposure time - 1,4%/ загальна кількість рефлюксів за добу – 68. Спостерігається патологічна величина PSPW - 39,4%. Symptom Index 66%, Symptom Association Probability 99,995%. Інтрагастральний рН-моніторинг: тіло шлунка – рН<4 протягом 94,1% часу доби; кардія - рН<4 протягом 68,9% часу доби. Саліва-тест: загальний об'єм слини –

8 мл, швидкістьслинотечі – 0,27 мл/хв., рНслини – 7,1, мінералізація – 2,8 г/л, солоність – 1,4 ppt. Таким чином, у пацієнта з лапароскопічною фундоплікацією в анамнезі, позитивним результатом є нормальне значення acidex posure time, втім за показником PSPW добового езофаго-гастро-імпеданс-рН-моніторингу, величина якого становить 39,4%, можна константувати порушення хімічного кліренсу стравоходу, у тому числі в співставленні зі зниженою швидкістю слинотечі, що становить 0,27 мл/хв. На добовій гастро-рН-грамі наявні ознаки ацидифікації тіла шлунка та його кардіальної частини. Даніскаргіпацієнта (епігастральний біль, печія) та дані добового імпеданс-рН-моніторингу, вирогідно, пов'язанізіслабокислотнимирефлюксами, кількість яких складає 52 із загальної кількості 68, що може бути пов'язано з гіперсенситивністю стравоходу. Перспективи медикаментозної терапії: у разі наявності Н.р. – ерадикація, за відсутності Н.р. – переривчаста ІПП-терапія: стандартна доза 1 місяць; седативна терапія гіперсенситивного стравоходу.

**Висновок:**показникдобовогоімпеданс-рН-моніторингу у сполученні зі швидкістю слинотечі може розглядатися як один з критеріїв діагностики ГЕРХ, віддалених наслідків лапароскопічної фундоплікації, якіпотребують ІПП-терапії.

Л.В. Прядко, Т.І. Плазовський, О.В. Качуровська, О.Ю. Бабійчук

## **АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ОНКОГІНЕКОЛОГІЇ: МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕЙОМІОМ МАТКИ ТА МАРКЕРИ ЇХ ПРОЛІФЕРАЦІЇ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

В.Г. Дроненко (доц.,к.мед.н.)

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

**Актуальність:** Лейоміома матки – доброякісна пухлина жіночої репродуктивної системи, що в структурі найбільш поширених гінекологічних захворювань займає друге місце після захворювань запального генезу. Її частота серед жінок репродуктивного віку складає 20-40%, а в пременопаузальному періоді – збільшується до 50%.Сучасні дослідження морфогенезу та маркерів проліферації різних гістологічних форм лейоміомидають можливість ранньої діагностики та профілактики даної патології у клінічній практиці.

**Мета:** вивчити морфологічні особливості різних гістологічних типів лейоміом та маркери, які маніфестують процеси проліферації.

**Матеріали та методи:** Матеріалом для морфологічного та імуногістологічногодослідження став зразок тканин з вузлів лейоміоми матки, видалених при оперативних втручаннях у жінок репродуктивного віку , а також зразки міометрію за межами вузлів, отриманих шляхомпункційно-аспіраційної біопсії.За допомогою метода світлової мікроскопії було проведене морфологічне дослідженнягістологічних препаратів, попередньо забарвлених гематоксилін-еозином. Приморфологічному дослідженні міоматозних вузлів були вивчені особливості неогенезу і проліферації пухлин. Імуногістологічні реакції проводили на основі первинних специфічних моноклональних антитіл Кі-67 маркера проліферації. Результати імуногістологічних реакцій оцінювали за кількістю судин в 1 полі зору світлового мікроскопа при збільшенні об'єктив 10 окуляр 10.

**Результати:**Різні гістологічні типи лейоміоми різняться не тільки різними клінічними проявами, а також неоангіогенезомта проліферацією ендотеліоцитів в стінках судин, що зумовлює розбіжності в механізмах їх росту та розвитку, а ступінь кровопостачання лейоміоми пов'язаний з її гістологічним типом.Впроліферуючих формах лейоміоми, на відміну від простих форм, активність експресії Кі- 67-маркера в ендотеліоцитах була досить високою, що вказувало на неоангіогенез капілярів синусоїдного типу, тоді як в простих лейоміомах чисельність капілярів та їх діаметр були значно меншими.

**Висновок:** Згідно результатів дослідження, маркер проліферації Кі-67 має різну експресію в зразках ендометрію при простій та проліферативній формілейоміоми матки, що є цінною діагностичною ознакою для раннього виявлення та лікування пухлиноподібних процесів матки.

К.Б.Романовська, С.Х.Ансарі  
**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ І ПНЕВМОНІЇ  
НА ТЛІ ІН'ЄКЦІЙНОЇ НАРКОМАНІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини  
Т.С.Бутова (к.мед.н., асистент кафедри)  
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,  
Медичний факультет, м. Харків,

**Актуальність:** Інфекційний ендокардит (ІЕ) сьогодні складає самостійну соціальну та медичну проблему, особливо серед ін'єкційних наркоманів. Це пов'язано не тільки з наркоманією, а й ростом захворюваності на ІЕ, несвоєчасною та помилковою діагностикою, високою частотою розвитку ускладнень та рецидивів, що найчастіше призводить до несприятливого або летального результату.

**Мета роботи:** На прикладі клінічного випадку хворого з інфекційним ендокардитом і пневмонією на тлі ін'єкційної наркоманії розглянуто особливості діагностики і тактики ведення пацієнта в умовах поліклініки.

**Матеріали та методи:** Дані анамнезу, клініко-лабораторного та інструментального обстеження.

**Результати:** Хворий, 37 років скаржиться на відчуття серцебиття, задишку при незначному фізичному навантаженні, постійний кашель з виділенням в'язкого мокротиння жовто-зеленого кольору, ускладнення вдиху, біль у нижній частині грудної клітини справа, що посилюється при вдиху, підвищену пітливість, періодичний озноб, виражену загальну слабкість. Вважає себе хворим більше місяця, коли після переохолодження з'явився кашель, підвищилася температура тіла до 37,8<sup>0</sup>С. Лікувався самостійно, приймав амоксицилін. Через погіршення самопочуття бригадою швидкої медичної допомоги (БШМД) госпіталізований у терапевтичне відділення, встановлено діагноз «негоспітальна пневмонія», протягом 2-х тижнів призначався левофлоксацин 500мг 2р/д в/в крапельно. Виписаний через порушення режиму. За 2 дні стало гірше. Лікувався самостійно, приймав ібупрофен 200мг 3 р/д. Звернувся до поліклініки через погіршення самопочуття. Анамнез життя: ін'єкційна наркоманія 5 років. Об'єктивно: загальний стан важкий, t тіла - 39<sup>0</sup>С, бліді та підвищеної вологості шкірні покриви. Перкуторно справа нижче 5 міжребер'я від паравертебральної до середньої пахової лінії та нижче 4 міжребер'я від середньої пахової лінії до правої парастернальної лінії визначався тупий легеневиий звук, аускультативно над даними ділянками легень дихання не проводилося; над рештою ділянок легень - жорстке дихання з подовженим видихом, поодинокими дрібнопухирчастими хрипами. Частота дихання - 20/хв. Аускультативно діяльність серця ритмічна, тони приглушені, шумів не має. ЧСС=Ps-100 уд/хв. АТ - 100/75 мм рт. ст. Клінічний аналіз крові (лейкоцити: 16,7\*10<sup>9</sup>/л, ШОЕ: 29 мм/год). Клінічний аналіз сечі: в межах норми. ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС – 100 уд. за хв., повна блокада правої ніжки пучка Гіса. ЕХО-КГ: крупні вегетації на стулках трикуспідального клапану, трикуспідальна регургітація 2 ступеню. Ro-ОГК: двобічна абсцедуюча пневмонія, яка ускладнена правобічним плевритом; множинні абсцеси легень. Діагноз основний: Інфекційний ендокардит трикуспідального клапану, активна фаза. Помірна трикуспідальна недостатність. Повна блокада правої ніжки пучка Гіса. СН ІА зі збереженою ФВ ЛШ, NYHA III. Негоспітальна двобічна абсцедуюча пневмонія, IV клінічна група. Множинні абсцеси легень. ЛН II ст. Ускладнення: правобічний ексудативний плеврит. Супутній діагноз: ін'єкційна наркоманія. Пацієнт ургентно за допомогою БШМД був госпіталізований у кардіохірургічне відділення.

**Висновки:** На прикладі клінічного випадку показано особливості перебігу інфекційного ендокардиту і пневмонії на тлі ін'єкційної наркоманії та тактику ведення даного пацієнта в умовах первинного рівня надання медичної допомоги: на прийомі сімейного лікаря.

Д.О. Рудой, Є.Ю. Рибачук

**ПОЗИТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ В СТРУКТУРІ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЙОМУ ЛІКАРЯ-**

## ТЕРАПЕВТА. ПРИЧИНИ НЕПОПУЛЯРНІСТІ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ

Кафедра внутрішньої медицини №2  
М.М. Перепилюк (к.мед.н., доцент)  
Одеський Національний Медичний Університет  
м. Одеса

**Актуальність:** Уперше згадки про позитивну психотерапію, як метод терапії, з'явилися в 1968 році у роботах іранського професора неврології Носсрата Пезешкіана. За Пезешкіаном, головна мета у житті – прояв своїх здібностей, які є трампліном для подальшого розвитку та вдосконалення себе як особистості. Його метод є універсальним підходом до вирішення усього різноманіття життєвих проблем. Він є доречним відносно всіх сфер життя людини. Наша робота присвячена питанню втілення головних ідей Пезешкіана в структуру амбулаторного прийому сучасного лікаря-терапевта. Однією з особливостей даної психотерапії є використання притч та оповідей. У розмові з пацієнтом лікар може активно їх використовувати з метою налагодження адекватного контакту чи акцентування уваги на певному аспекті або питанні. Ці пацієнти під час наступних відвідувань є більш відкритими для діалогу, а також схильні виконувати усі рекомендації терапевта. Активна участь пацієнта у власному лікуванні згідно даної концепції полягає у веденні щоденника вдячності кожному дню. Ця процедура допомагає зрозуміти, що сприяє покращенню самопочуття, що таке насправді «чудовий день» для конкретної особистості. Проаналізувавши отриману інформацію, людина починає рухатися у напрямку одужання та корекції свого способу життя взагалі. На жаль, донині метод Пезешкіана використовується вкрай рідко. Основними причинами цього є зокрема:

1. Недостатній рівень відносин між лікарем та пацієнтами;
2. Скептичність пацієнтів щодо покращення життя за допомогою метода позитивної психотерапії;
3. Пацієнти забувають або не знаходять часу для ведення «щоденника подяки»;
4. Відсутність контролю з боку лікаря.

**Висновок:** Отже, ми бачимо наступні шляхи подолання цих проблем: проведення якісних тренінгів за участю лікарів різних спеціальностей, на яких детально розповідається суть методу; популяризація в ЗМІ даного методу і особистих історій людей, які вже встигли успішно застосувати його в своєму житті; призначення повторного відвідування лікаря пацієнтом з метою ефективності методу і виявлення помилок у його застосуванні.

К.Ю.Рудюк

### КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СЕРОЗНОГО МЕНІНГІТУ. НЮАНСИ ВЕРИФІКАЦІЇ ДІАГНОЗУ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Т.В. Вжезон (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Серозний менінгіт (СМ) – це стрімке ураження оболонки головного мозку, яке характеризується серозним запальним процесом, збудниками якого є переважно віруси. Близько 85% випадків менінгітів, які викликані вірусами, минають безсимптомно, 12-14% діагностуються як легкі форми та лише 1-3% мають тяжкий перебіг. Проте, при будь-якій формі цього захворювання лікування має бути розпочате негайно і обов'язково в умовах стаціонару.

**Мета:** Проаналізувати клінічний випадок задля розуміння, яку клінічну картину не можна пропустити при постановці діагнозу.

**Матеріали та методи:** Історія хвороби пацієнтки, спостереження протягом курації. Наукова література.

**Результати:** Пацієнтка, 27 років. Звернулась в інфекційне відділення МКЛ №1 зі скаргами на загальну слабкість, головний біль в скроневих ділянках, озноб, першіння в горлі, підвищення t тіла до 39,9 С протягом останніх 7 днів. Самолікування було безрезультативним. Госпіталізована. Протягом останніх

21 днів з інфекційними хворими не контактувала. Слизова оболонка піднебінних мигдаликів, задньої стінки глотки помірно гіперемовані і зернисті. Пальпуються підщелепні, підборідні, задньошийні, аксілярні, пахові л/в з обох боків (d=1,5-2 см, рухомі, не спаяні, не болючі). Висипки на тілі немає. На основі зібраного анамнезу, результатів перших досліджень, консультації ЛОРа, встановлено попередній діагноз : «Лихоманка нез'ясованого генезу. Генералізована лімфаденопатія.» Результати подальших досліджень: незначний лейкоцитоз, підвищення ШОЕ в ЗАК. ЗАС : помутніння, лейкоцитурія та бактеріоурія. Люмбальна пункція : лімфоцитарний цитоз (90%), реакція Панді + , вміст білка – 0.66 г/л. МРТ головного мозку виключило вогнищеві зміни. Друга доба госпіталізації - з'явилися додаткові скарги: нудота, блювота, біль в очних яблуках, запаморочення. Визначається менінгеальна симптоматика: незначна ригідність потиличних м'язів, с-м Керніга слабо-позитивний S=D. Патологічна рефрактерність м'язів. Призначена етіотропна терапія разом з симптоматичною. Препаратами вибору стали Ацикловір, Ефмерин, L-лізин, Фуросемід. На 5-у добу переведена з реанімаційного відділення до інфекційного стаціонару.

**Висновки:** Особливостями СМ вірусного походження є : стрімкий початок захворювання, свідомість пацієнта порушується при цьому незначно, протікає такий менінгіт недовго і має сприятливий результат. Даний випадок характеризується тим, що в 1-у добу після госпіталізації симптоматика менінгіту ще не була виражена, що ускладнювало постановку кінцевого діагнозу. На 2-гу добу клініка стрімко розвинулась. Позитивним є те, що на сьогодні ми не маємо вогнищевої чи грубої неврологічної симптоматики. Прогноз для життя, роботи сприятливий.

У.В. Сатурська

## **ПОШИРЕНІСТЬ КЛІЩОВОГО ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ ТА ІНФІКОВАНІСТЬ КЛІЩІВ ПАТОГЕННИМИ ДЛЯ ЛЮДИНИ МІКРООРГАНІЗМАМИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними  
та венеричними хворобами  
Н.А. Ничик (к.мед.н., доц.)

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність теми:** 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. Іксодові кліщові бореліози є однією з найактуальніших проблем сучасної інфекційної патології, окрім того, хворі з віддаленими наслідками даних захворювань є пацієнтами кардіологічних, ревматологічних, неврологічних стаціонарів. У зв'язку з цим необхідно досліджувати та поширювати дані серед медичних працівників щодо збудників, якими можуть бути інфіковані кліщі, для кращої диференціальної діагностики даної нозологічної групи.

**Мета дослідження:** Проаналізувати поширеність кліщового Лайм-бореліозу та інфікованість кліщів патогенними для людини мікроорганізмами в Тернопільській області.

**Методи дослідження:** епідеміологічний, статистичний, інформаційний аналіз наукової літератури.

**Результати:** Кількість зареєстрованих хворих на Лайм-бореліоз у Тернопільській області зростала протягом досліджуваного періоду з 2007 по 2018 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 2018 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 природному середовищі. При проведенні аналізу отриманих з лабораторії результатів щодо інфікованості кліщів Тернопільської області виявлено, що у 25% (96 кліщів) знайдено ДНК *Borrelia burgdorferi* (збудника Лайм-бореліозу), у 18% (69 кліщів) – ДНК *Anaplasma phagocytophilum* (збудника анаплазмозу), 12% (46 кліщів) мали ДНК *Borrelia miyamotoi*. Також спостерігалися випадки зараження кліща декількома інфекціями одночасно. Всі три збудники було виявлено у кліщів з різних районів Тернопільської області.

**Висновки:** Епідеміологічна ситуація щодо інфікованості кліщів та захворюваності на Лайм-бореліоз в Тернопільській області обумовлює необхідність поширення знань серед населення та медичного персоналу про можливості ранньої діагностики та профілактики даної групи трансмісивних інфекцій.

Середа К.І.

## **ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ РІВНЕМ ХОЛЕСТЕРОЛУ І РИЗИКОМ РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ**

Кафедри біоорганічної та біологічної хімії

Мисник О.Ф (доц.. к.мед.н.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
м.Київ

**Актуальність:**опубліковані рішення ради експертів Американської колегії кардіологів (квітень 2016рік) про роль нестатинної терапії по зниженню рівня холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХСЛПНЩ) і зменшення ризику розвитку серцево-судинних ускладнень (ССУ) одержало широкий резонанс серед спеціалістів і працівників у сфері медичних наук. Оскільки в якості основного атерогенного чинника розвитку атеросклеротичних ускладнень і підвищення частоти ССУ атеросклеротичного генезису на сьогодні визнають ХС ЛПНЩ, ми побачили, що у наших хворих він не завжди був у якості мішені при терапії, направлений на зниження рівня концентрації ліпідів. Підвищення рівня тригліцеролів (ТГ), фактори ризику (куріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, ожиріння, нераціональне харчування, особливо з вживанням надмірної кількості вуглеводів, низький рівень холестеролу ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ), які часто не враховуються лікарями, також є причинами розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) атеросклеротичного генезу.

**Мета роботи:**ми мали за мету проаналізувати динаміку розвитку ризиків атеросклеротичних і ССУ у пацієнтів різного віку, статі, які мають різний рівень ХС, ТГ, ЛПНЩ, ЛПВЩ.

**Матеріали та методи:**ми провели наступне:хворих було поділено на групи за віком та статтю;в аналізі крові використовували основні показники обміну ліпідів і ліпопротеїнів: загальний вміст ХС і ТГ, вміст ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ;порівняли вміст ХС, ТГ у хворих з різною вагою тіла протягом року; визначали залежність рівня ХС та вплив його на ССУ.

**Результати:**у всіх групах ССУ більшеспостерігалисьвосібчоловічоїстаті, хоча середне значення ХС ЛПНЩ в усіх вікових групах знаходилось в межах норми. ХС ЛПВЩ знижувався в міру збільшення віку; з віком кількість осіб жіночої статі за 60 років мають більшу ймовірність розвитку ССУ; у наших хворих атеросклеротичні ускладнення збільшились на 50%, хоча середне значення холестеролу в усіх вікових групах знаходилось теж в межах норми. Найбільші відхилення ХС, ТГ від норми мали хворі віком 40-60 років.

**Висновки:**отже, проаналізувавши клінічні показники ліпідного обміну хворих різного віку і статі ми не можемо стверджувати, що високий рівень холестерину в крові є основною причиною ССЗ, тому що люди з низьким рівнем холестерину і люди з високим його рівнем схильні до утворення атеросклеротичних бляшок і ризик виникнення ССЗ однаковий або навіть вище у перших, а тривалість життя більша: літні люди з високим рівнем ХС ЛПНЩ живуть найдовше. Важливо також підкреслити,

що ХС ЛПНЩ бере участь у відповіді імунної системи шляхом приєднання та інактивації всіх видів мікроорганізмів та їх токсичних продуктів.

Д.А.Тимошенко

## ОПТИМІЗАЦІЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДУ ШЛЯХОМ ПРОВЕДЕННЯ ДОДАТКОВИХ НЕІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ІШЕМІЇ МІОКАРДУ.

А.Ю. Гаврилишин(очний аспірант)

НМУ ім.О.О.Богомольця

НДІ ССХ ім.М.М.Амосова

м.Київ

**Актуальність.** На сьогодні смертність від ССЗ займає провідні позиції у всій структурі. Україна посідає одне з перших місць серед смертності населення від ІХС. Вчасно діагностувати та попередити наслідки цього захворювання запорука як здорового населення, так і стабільно передбачених економічних витрат державою на боротьбу з недугом. Неінвазивні та інвазивні методи дослідження коронарного кровотоку є обов'язковими компонентами в комплексному лікуванні ІХС. Додаткові методи оцінки ішемії міокарда-крайня інстанція при визначенні показань до реваскуляризації шляхом ЧКВ/КШ. На даному етапі рутинне використання інвазивних методик дослідження фізіології коронарного кровотоку (ФРК) не є можливим, отже ЕКГ з ДФН, ЕхоКГ с добутамином та відносно новий метод УЗ діагностики-speckle-tracking ехокардіографія (STE) залишаються вірними помічниками кардіологів, інтервенційних кардіологів та кардіохірургів.

**Мета.** Визначити взаємозв'язок між виявленими на КВГ стенозами та зонами міокарду з підтвердженою ішемією, що лежать в басейні ушкоджених коронарних судин за допомогою проведення ЕКГ з ДФН, ЕхоКГ с добутамином або speckle-tracking ехокардіографії. Визначити значимість і доступність додаткових неінвазивних методів оцінки ішемії міокарда в діагностичному алгоритмі лікування ІХС шляхом систематизації отриманих даних і накопиченого досвіду НДІ ССХ ім. М.М. Амосова.

**Матеріали та методи.** Аналіз історій хвороб, наданих НДІ ССХ ім. М.М. Амосова. ЕКГ в спокої. ЕКГ з ДФН. ЕхоКГ у спокої. ЕхоКГ з добутамином. STE. КВГ.

**Висновки.** На даний час ЕКГ проби з ДФН, ЕхоКГ з добутатаміномне можуть бути чітко пов'язані із васкуляризацією міокарду, але відносно новий УЗ метод STE за допомогою оцінки стрейнів може надати найбільш інформативні дані щодо наявності факту ішемії. Серед всіх неінвазивних методів оцінки стану серцевого м'язу STE можна вважати найбільш чутливим та специфічним. Останній, незважаючи на високі вимоги до технічного обладнання та кваліфікації спеціаліста, повинен стати найбільш доступним та рутинним неінвазивним методом дослідження в сучасній практиці лікаря. Комбінування цих методів разом із КВГ у повсякденні кардіологів, інтервенційних кардіологів, кардіохірургів є запорукою ефективної діагностики ураження коронарних артерій, визначення ішемії міокарду та його життєздатності, відновлення фізіологічних властивостей коронарного русла, що може включати в себе ОМТ або ЧКВ/КШ. На даному етапі основними завданнями лікування пацієнтів з ІХС є максимальне підвищення якості життя та мінімізація ризику смерті від кардіоваскулярних подій, отже необхідно не забувати, що до комбінованого лікування належить не тільки виявлення факту ішемії та її корекції, а й модифікація ФР шляхом лікування ЦД, ГХ, гіперліпідемії тощо.

К.В. Ткаченко

## РИЗИК РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ КОМПЕНСАЦІЇ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра ендокринології з дитячими інфекційними хворобами

І.Л. Дворник (к.мед.н., доц.)

**Актуальність роботи:** Кожного року відсоток хворих на цукровий діабет прогресивно збільшується і за останніми даними, вже досягає глобальних масштабів. Дане захворювання потребує по життєвого лікування і певна частина хворих не в повному обсязі дотримується правил лікування, що в подальшому призводить до розвитку декомпенсованого стану та виникнення тяжких ускладнень. Саме зростання кількості хворих з декомпенсованим станом та частоти розвитку ускладнень визначає актуальність нашої роботи та потребує визначення впливу рівня глікозильованого гемоглобіну на розвиток ускладнення цукрового діабету, а саме діабетичної нефропатії.

**Мета роботи:** Визначити вплив тривалості захворювання та рівня глікозильованого гемоглобіну на розвиток ускладнень цукрового діабету (ЦД), а саме діабетичної нефропатії (ДН).

**Матеріали та методи:** Для спостереження було взято 53 пацієнта хворих на ЦД, з яких 37 (69,8%) хворих на ЦД 2 типом та 16 (30,2%) хворих на ЦД 1 типу. В дослідженні були використані такі показники: тип ЦД, тривалість захворювання, рівень глікозильованого гемоглобіну, рівень альбумінурії, швидкість клубочкової фільтрації. В плазмі крові досліджувався рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), була проведена проба Реберга, для встановлення необхідного нам показника – швидкість клубочкової фільтрації, визначався рівень альбумінурії при дослідженні аналізу сечі. Відповідно даних клініко-лабораторних досліджень визначали наявність ДН.

**Результати:** Нами виявлено, що порушення фільтраційної здатності нирок з розвитком гіперфільтрації при ЦД 1 типу відбувалося при значенні HbA1c – 6,6-6,9%, а поглиблення стадії ДН з розвитком гіпофільтрації при 10,0-10,9%. При ЦД 2 типу спостерігали: гіперфільтрація розвивається при HbA1c 8,0-8,9%, гіпофільтрація при 9,0-9,9%. При ЦД 1 типу мікроальбумінурія розвивалася при рівні HbA1c 9,0-9,9%, на відміну від ЦД 2 типу, при якому найбільший відсоток хворих, що мають мікроальбумінурію були виявлені при значенні HbA1c – 8,0-8,9%. Мікроальбумінурія при ЦД 1 та 2 типу розвивається при однакових показниках тривалості захворювання. Але порушення фільтраційної здатності нирок залежить від тривалості захворювання. Хворі на ЦД 1 типу мають перші прояви порушення фільтрації, а саме гіперфільтрацію, вже при тривалості захворювання 6-10 років, а гіпофільтрація розвивається при тривалості захворювання більше 20 років. У пацієнтів з 2 типом ЦД гіперфільтрація проявляється при тривалості захворювання в межах 11-15 років, а гіпофільтрація при захворюванні протягом 16-20 років

**Висновки:** Розвиток ускладнень у хворих на ЦД 1 типу відбувається раніше і при нижчих показниках HbA1c, але має більш тривалий період початкової стадії ДН до подальшого поглиблення тяжкості ускладнення, на відміну від діабету 2 типу при якому порушення функції нирок відбувається пізніше і при більш високих рівнях HbA1c, але відмічається стрімкіший перехід від однієї стадії ДН до іншої.

Толочко Н.В., Швед О.В.

### **ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ РЕВМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ МЕТОТРЕКСАТОМ І ПРЕПАРАТАМИ МОНОКЛОНАЛЬНИХ АНТИГІЛ**

Кафедра внутрішньої медицини №1

Гулько І.П. (к.мед.н, доц.)

Кафедра внутрішньої медицини №2

Лисенко Д.А. (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність:** Ревматичні хвороби є поширеною групою захворювань на території України. Щороку діагностується приблизно два мільйони нових випадків. Частота складає 12-15 на 100000 тисяч

населення. Практично всі пацієнти отримують у складі терапії Метотрексат та відносно нову групу препаратів моноклональних антитіл ( Інфліксимаб, Адалімумаб) але дане лікування має низку побічних ефектів на майже всі системи організму людини, одними з яких є гематологічні. Часто вони змушують відмінити прийом препарату, або зменшити дозу, а це тягне за собою зниження ефективності лікування.

**Мета:** дослідити частоту виникнення анемії, лейкопенії, тромбоцитопенії та панцитопенії під час лікування вище зазначеними препаратами

**Матеріали та методи:** Аналіз сучасної наукової літератури та наукових статей, вивчення та опрацювання історій хвороб (всього 60) на базі ревматологічного відділення ВОКЛ ім. Пирогова, клінічне обстеження пацієнтів з ревматоїдним артритом.

**Результати:** При застосуванні Метотрексату анемія (гемоглобін нижче 130-120 г/л) розвинулась у 20% пацієнтів, рівень лейкоцитів нижче  $4 \times 10^9$  був у 22%, тромбоцитопенія – 3% від загальної кількості досліджуваних. Панцитопенія була у 2%. При цьому пацієнти скаржилися на помірне запаморочення, нудоту та субфебрильну температуру ввечері. Всім ним призначалися препарати фолієвої кислоти для зниження вираженості симптомів. У декількох хворих препарат довелося відмінити. Прийом Іфліксимабу викликає анемію, лейкопенію у 2-х % пацієнтів. Адалімумаб: лейкопенія – 18%, анемія – 25%, тромбоцитопенія – 8%. Існують деякі дані, що дані препарати можуть викликати лімфому і лейкемію, але практично перевірити їх не було можливим, враховуючи короткотривалість спостереження.

**Висновки:** Гематологічні ускладнення при лікуванні Метотрексатом виникли у 20% хворих і мали комбінований характер. Значно рідше вони розвивалися при прийомі моноклональних антитіл. При цьому у пацієнтів з анемією суттєво погіршувалась якість життя, а у хворих з лейкопеніями зростає частота супутніх інфекційних захворювань.

Дані ускладнення вимагають корекції доз препаратів та розробки в перспективі методів їх профілактики.

В. А. Тростенюк, Н.А. Хвещук, Л.А. Хвещук, О.В. Качуровська

## **ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ ВЕДЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ**

Кафедра внутрішньої медицини №2

Н.П. Масік (д. м. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:**Бронхіальна астма (БА) – захворювання, на яке страждають близько 300 млн осіб. Насьогоднікураціяхворих на БА потребує глибокого аналізу факторів, відповідальних за прогресування захворювання і розвиток загострень.Особливоїуваги потребують особи з БА фізичного навантаження (БАФЗ), так як дана форма може перебігати латентно, а перші прояви з'являються при фізичному навантаженні (ФН). Зокрема, феномен постнавантажувальної бронхоконстрикції дихальних шляхів трапляється у 70-90% пацієнтів (самостійний варіант БАФЗ 3-5%).

**Мета:**визначити основні патогенетичні аспекти БАФЗ.

**Матеріали та методи:**проведеноаналіз GINA запереглядом 2017 р.та літератури відповідно тематики.

**Результати:**БАФЗ–мультифакторіальне захворювання, патогенетичними аспектами котрого являється ФН, яке призводить до респіраторної втрати рідини, тепла, охолодження слизової оболонки бронхів та їх механічного подразнення. Сукупність факторів сприяєгіперосмолярності бронхіального секрету та підвищенню тонусу п.vagi. Надалі дегранулюються тучні клітини, внаслідок чоговивільняються медіатори запалення, що,в свою чергу, посилює бронхоспазм, диксринію секрету бронхів та набряк слизової.

Клінічно проявляється нападами ядухи експіраторного типу, сухий кашель, тривалість якого поступово наростає, супроводжується свистячим і/або утрудненим дихання. Суб'єктивно – відчуття страху внаслідок неспроможності зовнішнього дихання, головокружіння з незначним потьмаренням свідомості

і потемнінням в очах. Симптоми виникають в постфізичному періоді (через 5-10хв.), який триває до купування даного нападу або в середньому півгодини.

Засобами корекції та профілактики даного стану є застосування  $\beta$ 2-адреноміметиків короткої дії, наприклад вентоліну за 5-10хв. до ФН, або після настання нападу, стабілізаторів тучних клітин з групи М-холіноблокаторів –тіотропію бромід, можливе використання комбінованих лікарських засобів – беродуалу. Важливим аспектом в лікуванні та профілактиці серготерапія, використання тренувального режиму ФНз наростаючою потужністю за допомогою ергометричних установок або дозованого профілактичногоФН. Не менш важливим компонентом комплексної терапії є вольове керування дихання в спокої і при ФН. Дихання в режимі керованої гіпервентиляції при диханні 6-8 за 1хв., протягом 30-60хв., 3-4 рази на добу. Як метод запобігання нападу БАФЗ рекомендовано використовувати антагоністи лейкотрієнових рецепторів (зафірлукаст, монтелукаст) курсом1міс.

**Висновки:** Парацельс говорив: «Все – яд; все – ліки, те й інше визначає доза». Відтак для попередження та лікування потрібно розуміти всі складності патогенетичного розвитку та усвідомлюватимеханізми впливу методів купування бронхоконстрикції дихальних шляхів.

Рекомендоване часте та, підкреслимо, дозоване ФН, контрольоване вольове дихання, медикаментозна корекція, яка має проводитись завчасно та комплексно, з метою модифікування та забезпечення якісного і належного способу життя.

А.А. Угрин, І.О. Демчук, З.В. Яцишина

## **РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ІІІ КУРСУ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМ. М.І. ПИРОГОВА**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

А.Г. Степанюк (доц., к.мед.н.)

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

**Актуальність:** Основною причиною смертності в Україні є захворювання серцево-судинної системи. Згідно статистики 2017 року у 37% працездатного населення України було діагностовано наступні види патології: гіпертонічна хвороба – 36,7%, ішемічна хвороба серця – 27,8%, порушення ритму серця – 31,1%, інфаркт міокарда – 29,7%.

**Мета:** Дослідити рівень захворюваності серцево-судинної системи серед молоді віком 19-20 років з метою виявлення та ранньої профілактики хвороби, що розвивається.

**Матеріали та методи:** Проведено анонімне опитування 127 студентів ІІІ курсу медичного факультету за допомогою власне розробленої анкети. Був здійснений наліз анкет та виявлено студентів, що перебувають в групі ризику. Досліджено ехокардіографії (ЕхоКГ) десяти студентів, що потрапили до даної групи.

**Результати:** Серед 127 опитаних студентів в групі ризику виявилось 39 людей, з них 11(28%) - чоловіки та 28(72%) - жінки. Спадкова схильність до виникнення захворювань серцево-судинної системи спостерігається у 23 (41%) опитуваних. Гіпертонічною хворобою страждає один із батьків у 10 (25.6%) студентів, а у сім'ї 13 (33.4%) досліджуваних – васкуліти, порушення ритму серця, стенокардія. В групі ризику підвищений артеріальний тиск мають 16 (41%) студентів, вади серця 16 (41%), а у 7 (18%) опитуваних студентів наявні обидві патології. Часто вживають алкоголь 10 (25,6%) студентів, щодня курять 8 (20.5%) опитуваних. Не слідкують за харчуванням 30 (67%) досліджуваних, не займаються спортом та ведуть малорухомий спосіб життя 17(43,6%) студентів. Часто піддаються стресам та хвилюванням 23 (59%). Згідно аналізу ехокардіографії десяти студентів, що потрапили до групи ризику виникнення серцево-судинних захворювань, були виявлені такі патології: пролапс мітрального клапана І ступеня у 2 студентів, неповне зарощення овального вікна у 1 з досліджуваних, аортальна недостатність легкого ступеня у 2 студентів, наявність двостулкового аортального клапана у 1 студента.

**Висновки:** Дане дослідження допомогло з'ясувати, що студенти третього курсу медичного університету внаслідок неправильного способу життя (куріння, вживання алкоголю, незбалансоване та нерегулярне харчування, знижена рухова активність, часті стреси) знаходяться у групі ризику виникнення захворювань серцево-судинної системи у молодому віці. Виявлені зміни на ЕхоКГ студентів потребують подальшого динамічного спостереження.

С.П. Фреїк, Д.О. Філіпович

## **ЗНАЧЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ОБ'ЄМНИХ УТВОРЕНЬ ЯЄЧНИКІВ**

Кафедра радіології та радіаційної медицини

І.Д. Стасів (ас.)

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ

**Актуальність:** Рак яєчників займає сьоме місце в структурі онкологічної захворюваності, а серед пухлин жіночих статевих органів – третє. Ультразвукове дослідження отримало найширше застосування при виявленні та диференціальній діагностиці доброякісних та злоякісних утворень яєчників.

**Мета:** Дослідити ефективність мультипараметричного ультразвукового дослідження для диференціальної діагностики об'ємних утворень яєчників.

**Матеріали та методи:** В дослідження було включено 45 пацієток віком від 18 до 59 років, у яких виявлено об'ємні утворення яєчників. З них, 36 жінок репродуктивного віку та 9 жінок – в період постменопаузи. Нормальна сонографічна картина яєчників динамічно вивчена у контрольній групі пацієнтів. Із них 15 пацієток репродуктивного віку та 7 жінок у період постменопаузи без виявленої патології яєчників. Обстеження проводилось на ультразвуковому сканері HitachiAlcoaArietta 60, з використанням секторного датчика з частотою 3,5mHz та вагінального датчика з частотою 8 mHz. Першочергово, всім жінкам проводилось стандартне трансвагінальне ультразвукове дослідження у В-режимі з використанням методик доплерографії: кольорового, енергетичного та імпульсного доплера. Якісна оцінка щільності новоутворень проводилась за допомогою класифікації еластотипів по шкалі UENO. Кількісна оцінка проводилась за допомогою коефіцієнта деформації тканин – StrainRatio. Результати мультипараметричного ультразвукового дослідження співставлялися з результатами патоморфологічного дослідження, а також - ультразвуковим дослідженням у динаміці.

**Результати:** На основі проведених динамічних спостережень та патоморфологічного дослідження у жінок з виявленими об'ємними утвореннями яєчників, встановлено: фолікулярні кисти у 18 жінок (40%), кисти жовтого тіла у 10(22,22%), ендометріодні – 4(8,9%), серозні цистаденоми – 3(6,67%), папілярні цистаденоми – 2(4,44%), фіброма -1 (2,22%), тератома – 3(6,67%), рак яєчника – 4(8,9%). У 42 жінок(93,33%) патоморфологічний діагноз співставлявся з даними мультипараметричного ультразвукового дослідження.

**Висновки:** Використання комплексного мультипараметричного ультразвукового дослідження діагностиці об'ємних утворень яєчників не тільки дає додаткову інформацію, яка дозволяє поставити правильний діагноз, а й в деяких випадках стає методом вибору.

М.М. Ховпей

## **РИЗИК РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ**

Кафедра внутрішньої медицини

Т.М. Тернушак (к.мед.н., доц.), М.І. Товт-Коршинська (д.мед.н., проф..)

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

м.Ужгород, Україна

**Вступ.** На сьогодні ревматоїдний артрит (РА) розглядається як хронічне аутоімунне захворювання, асоційоване з прискореним розвитком атеросклерозу, що спричиняє підвищення ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ). Доведено, що відносний ризик ССЗ при РА – найвищий серед осіб молодого віку та пацієнтів без ССЗ в анамнезі. Основною причиною смертності хворих на РА є ішемічна хвороба серця. Дані нещодавно проведеного метааналізу продемонстрували підвищення ризику розвитку гострого інфаркту міокарда на 68% у пацієнтів з РА обох статей порівняно із загальною популяцією.

**Мета роботи.** Вивчити частоту дисліпідемій, як фактора ризику розвитку ССЗ у пацієнтів молодого віку із РА та вивчити особливості взаємозв'язку із активністю артриту.

**Матеріали і методи** роботи. У дослідження було включено 47 пацієнтів молодого віку із встановленим діагнозом РА та 46 пацієнтів групи контролю. Співвідношення чоловіків до жінок становило 1:4. Пацієнти із РА отримували базове лікування, яке включало прийом метотрексату 0,2 мг/кг/тиж та метилпреднізолону 0,1 мг/кг/добу. Пацієнтам проводилось визначення антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду (anti-CCP), антитіл до цитрулінованого віментину (anti-MCV), ревматоїдного фактору (РФ), високочутливого С-реактивного білку (вч СРБ), ШОЕ, ліпідної панелі до початку лікування та через рік. Активність РА оцінювалася за шкалою активності захворювання (DAS-28). Отримані результати дослідження аналізувалися з використанням параметричних та непараметричних методів варіаційної статистики. При аналізі використовували пакети програм «Statistica 7.0». Відмінності показників вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

**Результати.** Абсолютний ризик розвитку ССЗ у хворих на РА молодого віку за шкалами - калькуляторами SCORE та QRISK3 був високим і становив  $7,2 \pm 1,3$  %. У пацієнтів молодого віку із РА дисліпідемії було діагностовано у 81%. У ході дослідження було виявлено сильний прямий кореляційний зв'язок між рівнем anti-MCV та активністю РА за шкалою DAS-28 ( $r = 0,77$ ;  $p < 0,05$ ) між рівнем anti-MCV та індексом атерогенності плазми крові ( $\log$  (тригліцериди / ЛПВЩ)) ( $r = 0,68$ ;  $p < 0,05$ ), коефіцієнтом атерогенності (тригліцериди – ЛПВЩ/ ЛПВЩ) ( $r = 0,63$ ;  $p < 0,05$ ) та вчСРБ ( $r = 0,59$ ;  $p < 0,05$ ). Статистично достовірного зв'язку між рівнем РФ та індексом/коефіцієнтом атерогенності плазми крові виявлено не було, тоді як рівень anti-CCP в дещо меншій мірі корелював із індексом атерогенності плазми крові ( $\log$  (тригліцериди/ЛПВЩ)) ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,05$ ) та коефіцієнтом атерогенності (тригліцериди – ЛПВЩ/ЛПВЩ) ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Антитіла до цитрулінованого віментину (anti-MCV) та антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду (anti-CCP) є маркером не тільки активності РА, але й маркером дисліпідемій у пацієнтів молодого віку.

О.В. Чемеринська, В.М. Кравчук

## **НОВІТНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ НА ОСНОВІ ДОДАТКІВ ДО МОБІЛЬНИХ ПРИСТРОЇВ**

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

С.Е. Лозинський (проф., д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Фібриляція передсердь є одним з найпотужніших факторів ризику тромбоемболічних ускладнень, в першу чергу – ішемічного інсульту. Встановлення діагнозу ФП у випадку рідких або нетривалих пароксизмів являє доволі складне завдання через відсутність можливості довготривалого, зручного та дешевого способу моніторингу серцевого ритму. Останнім часом з'явилися додатки для мобільних пристроїв, які здатні реєструвати пульс периферичних артерій за допомогою вбудованої камери і, аналізуючи варіабельність серцевого ритму, виявляти цю небезпечну аритмію практично

скрізь, де це потрібно. Але діагностична цінність такого методу діагностики залишається предметом обговорення. Тому метою нашого дослідження стало визначення чутливості та специфічності одного з найпоширеніших на PlayMarket додатку - «PhotoAFibDetector» для діагностики ФП.

**Мета роботи:** Визначення діагностичної цінності додатку «PhotoAFibDetector» для діагностики ФП в амбулаторних умовах.

**Матеріали та методи:** За допомогою додатку «PhotoAFibDetector», встановленого на мобільний телефон дослідника, були обстежені 50 осіб із діагностованою за допомогою стандартної ЕКГ фібриляцією передсердь та 50 осіб із правильним синусовим ритмом відповідного віку та статі. У якості критеріїв діагнозу ФП використовувались параметри варіабельності серцевого ритму RMSSD та ShE. Діагностичну цінність додатку «PhotoAFibDetector» визначали за параметрами специфічності та чутливості зазначених показників.

**Результати:** Використовуючи у якості еталонного методу ЕКГ діагноз, була оцінена чутливість обох зазначених показників. Для RMSSD чутливість щодо ФП становила 86%, для ShE – 56%, одночасно для обох критеріїв – 44%. При цьому у жодного з пацієнтів групи контролю аритмія не виявлялась.

**Висновок:** «PhotoAFibDetector» може стати корисним інструментом для діагностики ФП в амбулаторних умовах, що дозволить вчасно розпочати необхідні лікувально-профілактичні заходи.

Д. С. Чешенчук

## **ВПЛИВ ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНОГО СИНДРОМУ НА ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ЗАГАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ**

Кафедра внутрішньої медицини №3

Н.С. Білоконна (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Психо-вегетативний синдром є одним з факторів, які призводять до підвищення ризику розвитку багатьох хвороб та ускладнюють перебіг більшості соматичних патологій: в 1,9 разів підвищує ризик розвитку ІХС, в 4 рази - фатального інфаркту міокарда та в 4,5 рази – раптової смерті. Ризик втрати працездатності збільшується в 1,5-2 рази. Таким чином, знання лікаря про те, як діагностувати та лікувати психо-вегетативний покращить загальне здоров'я населення.

**Мета:** Показати механізми формування психо-вегетативного синдрому та варіанти його клінічних проявів. Визначити фармакологічні особливості деяких медикаментозних засобів, що використовуються для його лікування.

**Матеріали і методи:** Літературний огляд.

**Результати:** Психо-вегетативний синдром – це соматичні та емоційні дисфункції, що викликані розладом їх нейрогенної регуляції. Серед причин, що призводять до розвитку психо-вегетативного синдрому основними є стрес, усі соматичні патології, гормональне напруження організму та вплив різноманітних хімічних речовин.

Патогенез розвитку психо-вегетативного синдрому полягає в неможливості організму в повній мірі реалізувати реакції захисту, внаслідок чого відбувається тривалий недоцільний вплив на органи-мішені нейро-гуморальних чинників, що призводить спершу до порушення функції органів та систем, а в подальшому – до розвитку соматичної патології. При цьому напружується як центральний, так і периферичний відділи ВНС, що призводить до розвитку поліморфізму клінічних проявів.

Захисні реакції проявляються шляхом підвищення рівня кортизолу в плазмі крові, агрегації тромбоцитів; виникнення судинного спазму; гіперплазії гладком'язових клітин судинної стінки; ендотеліальної активації; гіперхолестеринемії та ін. На системному рівні це проявляється у вигляді різних видів психічних змін, порушення діяльності серцево-судинної системи (тахікардія, аритмія, кардіалгія, нестійкий тиск, задишка), дихальної системи (задишка, тахіпное, обструктивні стани),



сечостатевої системи (нетримання сечі, дизурія, нервовий сечовий міхур, зниження лібідо), ШКТ (нудота, печія, відрижка, закрепи, діарея, метеоризм), шкірних покривів і слизових (підвищення потовиділення, тремор, сухість у роті; парестезії, оніміння; почервоніння, зміни кольору шкіри, різноманітні висипки), загальними та неспецифічними симптомами (припливи, відчуття ознобу, гіпертермія; запаморочення, слабкість, астения, синдром раннього вигорання).

Фармакотерапія психо-вегетативного синдрому передбачає можливість використання транквілізаторів, антидепресантів, нейролептиків, ноотропів, рослинних препаратів з обов'язковим урахуванням можливої побічної дії та впливу на метаболізм базових кардіологічних препаратів.

**Висновок:** У роботі сімейного лікаря та лікаря загальної практики вчасна діагностика психо-вегетативного синдрому та його корекція допомагає знизити ризик розвитку первинного захворювання, його рецидиву, появи ускладнень та втрати працездатності пацієнта.

Швед О.В. Толочко Н.В.

## **ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ТА КОЕФІЦІЕНТУ КОРЕЛЯЦІЇ РЕЦЕДИВУ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ НА ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ (ЗА ДАНИМИ РІЗНИХ РАЙОНІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ)**

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології

Л.І.Дубчак (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Актуальною проблемою в Україні лишається ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз. Саме наша країна посідає одне з лідируючих місць за поширеністю даної патології, тому розуміння та знання клінічних та лікувальних аспектів даної ко-інфекції є надзвичайно важливо у практиці лікаря будь-якої спеціальності.

**Мета:** Дослідити кореляційні зміни коефіцієнту рецидиву хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз різних районів Вінницької області, встановити варіанти перебігу ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу легень з урахуванням клінічних, рентгенологічних, імунологічних, гематологічних і біохімічних змін у пацієнта, та визначити пріоритетні напрямки лікувальної тактики щодо даних хворих.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій даної проблеми за період 2012-2018 р. з ресурсу PubMed, GoogleScholar, репозитарію бібліотеки ВНМУ, дослідження клініко-статистичних даних даної проблеми за 2018 рік, опрацювання клініко-анамнестичних даних хворих ВОПТД за 2014 рік, статистично-математичні дослідження історій хвороб хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз.

**Результати:** Проведене дослідження показало, що за 2014 рік у Вінницькій області було зареєстровано 160 хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, з них в Могилів-Подільському районі було 35 хворих, Літинському 10 хворих, Липовецькому 14 хворих, Гайсинському 11 хворих, Крижопільському районі 5 хворих, Бершадському районі 16 хворих, Вінницькому 10 хворих, Барському районі 20 хворих, Жмеринському районі 25 хворих та 14 з інших районів. З них 35% відсотків хворих були з мультирезистентними формами, 80% були віднесені до 4 категорії.

Якщо говорити про перебіг, то без РР (реакція реактивації) відзначаються незначні гематологічні зрушення, незначне зростання реактантів гострої фази запалення, зниження рівнів альбуміну та зростання глобулінів, зростання оксидативногострезу за рахунок продуктів перекисного окиснення білків і ліпідів, більш виражені зрушення, порівняно із показниками у хворих без РР, порушення адаптаційно-компенсаторних можливостей організму і зниження антиоксидантної відповіді за рахунок зниження рівня глутатіону відновленого, активності каталази, рівня ГП.

**Висновки:** Дослідження показало, що найбільший відсоток хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз припадає на Могилів-Подільський район, де майже 38% з мультирезистентними формами, перебіг захворювання змінюється за рахунок імуносупресивного впливу ВІЛ, що призводить до збільшення ексудативних процесів, які яскраво відстежуються на лабораторних та інструментальних показниках.

О.В. Юрій, Т.О. Зайцева, М.В. Писарцова  
**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РОЗВИТКУ ДЕМЕНЦІЇ ТА ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ**  
Кафедра внутрішньої медицини №2  
Н.П. Масік (д. м. н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Фібриляція передсердь (ФП) - хронічне порушення ритму серця, яке зустрічається у 1–2% людей в популяції. Захворюваність зростає з віком, збільшуючись від <0,5% серед осіб віком 40-50 років до 5-15% серед осіб віком 80 років. У пацієнтів з ФП, високий ризик інсульту та системної емболії, який пов'язаний з порушенням кровотоку, що також призводить до застійних явищ в лівому передсерді, прогресуючої дилатації передсердя, ерозування ендокарду та набряково/фіброеластичної інфільтрації позаклітинного матриксу. У деяких дослідженнях було показано, що асимптомні емболічні події обумовлюють у пацієнтів з ФП когнітивну дисфункцію при відсутності інсульту.

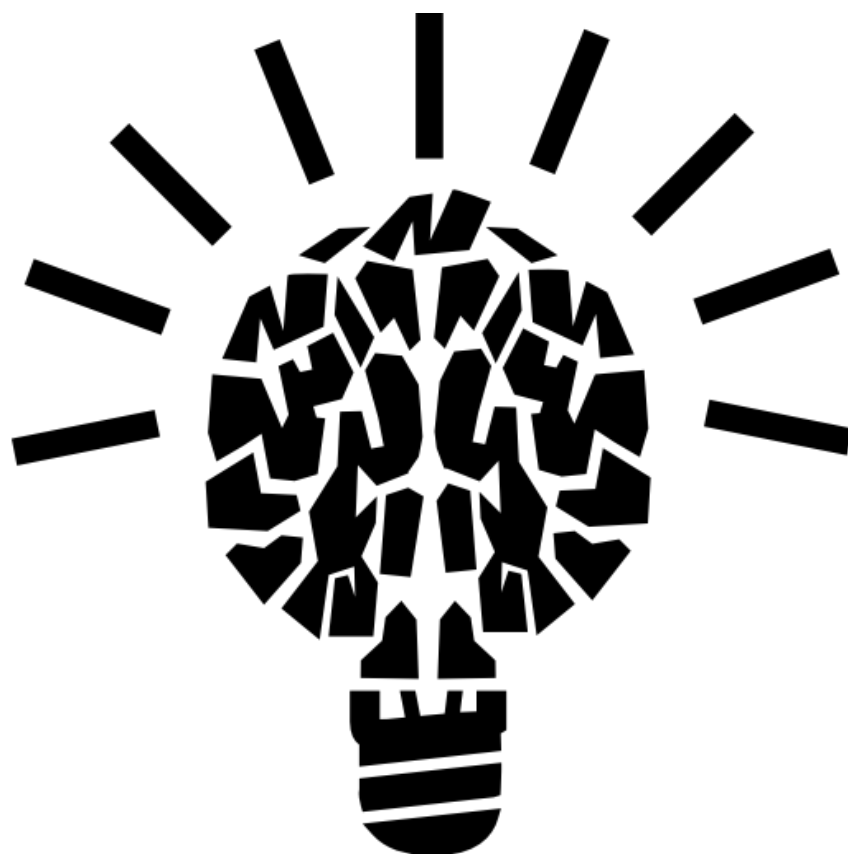
**Мета:** Виявлення взаємозв'язку між ФП і прискореним зниженням когнітивних навичок та пам'яті на фоні загального підвищення ризику розвитку деменції.

**Матеріали та методи:** Аналіз даних 60 карт стаціонарних хворих за період 2018-2019 рр. віком від 60-83 років, яких було госпіталізовано до ВОКЛ ім. М.І. Пирогова та МКЛ №1 до кардіологічного та ревматологічного відділення з діагнозом при госпіталізації ІХС з порушенням ритму. Проведено опитування за допомогою Короткої шкали оцінки ментального статусу (MMSE – Mini-Mental State Examination) 60 пацієнтів з порушенням ритму. В дослідження входило 36 жінок та 24 чоловіків. Був проведений аналіз даних добового моніторингу АТ, ЕКГ, ехокардіографічних даних, ІМТ, лабораторних даних. В діагностиці деменції слідували критеріям DSM-IV, враховуючи рекомендації Національного інституту неврологічних розладів та інсульта (National Institute of Neurological Disorders and Stroke — NINDS), США, по діагностиці судинних деменцій, а також критеріям Національного інституту неврологічних і комунікативних розладів і Асоціації досліджень проблем інсульта, хвороби Альцгеймера і пов'язаних з ними захворюваннями (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association — NINCDS-ADRDA), США, для оцінки ознак хвороби Альцгеймера. Проведено статистичну оцінку отриманих результатів дослідження

**Результати:** На основі аналізу 60 стаціонарних карт було виявлено, що варіативний показник порушення серцевого ритму взаємопов'язаний з погіршенням характеристик когнітивного функціонування по критеріям MMSE (13 пацієнтів мали переддементні когнітивні порушення, віком від 60-65 років, 15 пацієнтів – деменція легкого ступеня вираженості, віком 65-69 років, 24 пацієнта – деменція помірного ступеня, віком 70-83 роки, 8 пацієнтів – важка деменція, 80-83 роки). Виявлено зростання коефіцієнта ризику по розвитку всіх випадків деменції (95%), крім розвитку хвороби Альцгеймера. Також було прослідковано, що серед пацієнтів з частими епізодичними порушеннями ритму по типу ФП, які приймали антикоагулянти, спостерігалось зниження розвитку деменції на 60%.

**Висновки:** Отже, існує пряма залежність між ФП та виникненням деменції різного ступеня важкості, яка залежить від тривалості захворювання, та прийомом антикоагулянтів.

**КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ, НЕВРОЛОГІЯ  
ТА ПСИХІАТРІЯ**



**CLINICAL PSYCHOLOGY,  
NEUROLOGY AND PSYCHIATRY**

Kannappan Vignesh Chenna

## **DIFFERENCES BETWEEN PSYCHOGENIC, ENDOGENIC AND ORGANIC DEPRESSIONS: A RETROSPECTION OF TRADITIONAL CLASSIFICATION**

Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy with postgraduate course  
N.V. Ratsyborynska-Poliakova (PhD, Associate professor)  
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

**Relevance:** Mankind has known depressive disorder since time immemorial. Considering the etiological and pathogenic classification of depressive disorder, it can be classified into: 1. Endogenous; 2. Organic and 3. Psychogenic depressions. Even though the official system of classification is ICD-10 and DSM IV, they do not take into account the etiology and pathogenesis of different depressive disorders.

**Objective:** To establish a difference in clinical features between the 3 groups of depression.

**Materials and Methods:** A search was conducted for articles as regards psychogenic, endogenous and organic depressions. This yielded a total of 15 articles. And these articles were reviewed.

**Results:** 60% of all mental pathology consists of depression states. Core symptoms of depression include: depressed mood, loss of interest, reduced energy and pathological guilt. Endogenous implies there is no discernible cause for the depression. It has a genetic component. Endogenous depression has an adaptive value. The clinical concept of the endogeneity in the depressive illness resists confirmation by nonclinical methods. Psychogenic implies that the depression results from some stress, psychotrauma occurring in the sufferer's life. Organic depressions have a wide variation in personality dimension and has a direct link to neurological disorders. Individuals with psychotic depression experience the symptoms of a major depressive episode, along with one or more psychotic symptoms, including delusions and/or hallucinations. Patients with organic and psychogenic depression had differed on variables like age, duration of the present attacks, past history and family history of psychiatric illness and the presence of precipitating factors. But they did not differ on other sociodemographic variables like sex, urban/rural distribution, education, marital status and religion. Masked depression refers to a concept of a phenomenological state, either endogenous or psychogenic where somatic symptoms replace sadness.

**Conclusion:** Under the present diagnostic criteria (ICD-10 and DSM IV), even though patients may be diagnosed as major depressive disorder of matching severity, these same patients may present with heterogeneous groups of symptoms. This heterogeneous position suggests that some symptoms, such as psychomotor disturbances, indicate that subtypes are biologically distinct and not a function of severity. Since there is no gold standard diagnosis for depression, this method of classification plays an important role in the choice of treatment and the understanding of neurobiology of depression. Further research is needed to build a concrete distinction between these types of depression.

А.С.Біліченко

### **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ЖІНОК-ВИКЛАДАЧІВ ВНМУ**

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С.Потоцька (к.психол.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця

**Актуальність:** Викладання у вищій школі є складним процесом, який передбачає не лише надання студентам матеріалу, але і виховання та розвиток їх як особистості що прагне до самореалізації. Професорсько-викладацький склад у своїй більшості в ВНЗ представлений жінками. Саме тому ми вирішили дослідити рівень самореалізованості жінок-викладачів.

**Мета:** дослідити особливості самореалізації жінки-викладача ВНМУ.

**Матеріали та методи:** Дослідження самореалізованості жінок проводилось серед 84 викладачів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за допомогою наступних методик: «Шкала суб'єктивного благополуччя» (СБ), тест «Смисложиттєві орієнтації» (СО), «Шкала психологічного благополуччя» Ріфф/Бланк версії Шевеленкової-Фесенко (ПБ) та методика на визначення рівня самоактуалізації особистості (САМОАЛ). Задля збору загальної інформації про

досліджуваних жінок створено авторську анкету, що вивчала: вік, наявність шлюбного партнера та дітей, суб'єктивна задоволеність жінок своїм шлюбом, наявність вищої освіти та місця роботи, наявність хобі, рівень їх матеріального благополуччя.

**Результати:** За методикою СБ у 38% жінок-викладачів було виявлено помірний рівень суб'єктивного благополуччя, у 57% - низький рівень та у 5% - виявлено суб'єктивне неблагополуччя. Результати за методикою СО: високий рівень осмисленості життя проявлено у 12%, середній – у 70%, а низький – у 18%. Результати методики ПБ: у 7% жінок-викладачів - високий рівень психологічного благополуччя, у 89% - середній, у 4% - низький. За методикою САМОАЛ: 6% - з високим рівнем самоактуалізації та 78% - з середнім. Низькі показники самоактуалізації у жінок-викладачів не виявлено.

За результатами проведеного дослідження було виявлено 12 жінок-викладачів (14% від загальної кількості), яких можна назвати самореалізованими (СЖ), адже вони отримали високі показники за усіма методиками. При дослідженні відмінностей даних отриманих при проведенні опитування було виявлено: (СЖ) мають дохід більше 10000 тис. грн./міс., в своїй більшості не змінюють місце роботи та задоволені діяльністю ( $p < 0,01$ ). Несамореалізовані (НСЖ) заробляють до 10000 тис. грн./міс., мають досвід в зміні місця роботи та не задоволені своєю працею ( $p < 0,01$ ). При порівнянні результатів діагностичного дослідження СЖ та НСЖ було виявлено: за методикою СБ - несамореалізовані респонденти схильні до частих змін настрою та надають велику значимість соціальному оточенню ( $p < 0,01$ ); за методикою СО - СЖ цілеспрямовані, мають насичене, цікаве життя та задоволені результатом прожитих років; за методикою ПБ - СЖ прагнуть до особистісного зростання, володіють навиками в управлінні оточенням та позитивні відносини з ним; за методикою САМОАЛ - СЖ є креативнішими та спонтаннішими на відміну від НСЖ.

**Висновки:** Результати проведеного дослідження встановили основні фактори, що впливають на відчуття самореалізованості та психологічні особливості само реалізованих жінок-викладачів ВНМУ.

Л.В. Вакуленко, В.Р. Мирончук

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ПЕРВИННОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ У СТУДЕНТІВ ВНЗ У**

**М. ВІННИЦЯ, УКРАЇНА**

Кафедра нервових хвороб

І.І. Лета (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** головний біль є одним з найбільш поширених захворювань, що викликає істотне погіршення здоров'я, зниження розумової і фізичної працездатності та інвалідізації популяцій у всьому світі. Незважаючи на це, він недооцінюється за масштабами, важкістю і визнання достатньо великого їх впливу на громадське здоров'я.

**Мета:** визначення епідеміології первинного головного болю у студентів ВНЗ у м. Вінниця, Україна.

**Матеріали та методи:** проведено опитування за розробленим тестом серед 281 студентів ВНЗ м. Вінниці, зокрема: ВНМУ - 214 студентів, ВНТУ - 57 студентів, ВТЕІ КНТЕУ - 10 студентів. Середній вік студентів становив 20 років ( $\pm 3$  роки). Здійснено аналіз отриманих результатів.

**Результати:** провівши опитування серед студентів ми отримали такі результати: 85,6% турбував головний біль протягом останніх трьох місяців. Найчастіше опитані скаржились на головний біль 1-2 рази на тиждень 34,60%, 3 - 4 рази на тиждень - 30,50%. Найвищі показники тривалості: 51,20% - до 4 годин, 34,30% - до 30 хвилин. Середня інтенсивність болю у більшості становить від 3 до 6 балів, а максимальна інтенсивність болю лежить в межах 6-9 балів. Більшість турбує пульсуючий біль - 50,37%, відчуття стискання голови у 55,16%, біль легкої або середньої інтенсивності 32,96%, дратують звуки або світло - 31,48%, болить половина голови - 28,15%, болить вся голова - 29,63%. Знеболюючі приймають 47% - менше 5 днів на місяць, 13% - менше 14 днів на місяць, 6% - 15 днів і більше на місяць. Лише 17% звертались до лікаря, але 12% не мали покращення. Студенти проводили ряд досліджень, найбільше це МРТ голови і лабораторні дослідження, УЗД судин шиї та ЕЕГ. В результаті лише 3% студентів, після зміненого лікування, відзначили покращення.

**Висновки:** проаналізувавши результати дослідження можна навести такі висновки, як головні болі є досить поширеною проблемою серед студентів, зокрема 270 студентів турбував головний біль протягом останніх 3 місяців, у 56 студентів за вказаними характеристиками можна припустити головний біль напруги, у 2 хронічний головний біль напруження, у 15 студентів ознаки вказують на мігрень, у 5 студентів – на кластерний головний біль. Важливим фактом є те, що 25 студентів пропускали заняття через головний біль, а саме 60% - 1-2 рази на 3 місяці, 28% - 1-2 рази на місяць, 8% частіше 2 разів на тиждень і 4% - 1-2 рази на тиждень. Частіше у них болить половина голови, пульсуючий характер дратують світло або звуки і біль середньої або високої інтенсивності. Зі звернення до лікаря лише двом студентам допомогло лікування, інші ж не відчули покращення. Дана проблема звертає нашу увагу, так як у подальшому це призводить до високих показників втрачених академічних годин і ще вище навантаження на нервову систему, що завдає шкоду здоров'ю.

Я.В.Габорець, О.Ю. Бабійчук

## ТРИГЕМІНАЛЬНІ ВЕГЕТАТИВНІ ЦЕФАЛГІЇ З АУРОЮ

Кафедра нервових хвороб

І.І.Лета (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Пароксизмальні головні болі з вираженими вегетативними проявами на сьогоднішній день об'єднуються в групу тригемінальних автономних цефалгій (ТАЦ). За даними літератури, симптоми аури описані в 23% випадків захворювання на ТАЦ, зокрема в пацієнтів з кластерним головним болем. Втім, на даний час залишається невідомим той факт, чи існує різниця між клінічними характеристиками даного виду болю в пацієнтів з симптомами аури, та осіб, в яких дані симптоми відсутні. Цей факт уможливує існування гіпотези стосовно різниці в механізмах виникнення кластерного головного болю з аурою, та з відсутністю цього симптому. Дослідження даних механізмів є актуальним для подальшого вибору тактики лікування.

**Мета:** узагальнити інформацію про етіологію, патогенез, клінічні прояви та основні методи лікування ТАЦ з аурою; розглянути клінічний випадок ТАЦ з аурою.

**Матеріали та методи:** проаналізовано літературні дані з проблеми розвитку ТАЦ з аурою, та клінічний випадок кластерного головного болю з зоровою аурою у пацієнтки 45-ти років (біль турбував близько 10-ти років).

**Результати:** Так як ключовими клінічними ознаками ТАЦ є поєднання періодичних нападів гострого одностороннього головного болю, що поєднуються з вегетативними симптомами на стороні болю, то на даний час обговорюються тригеміно-васкулярна, тригеміно-вегетативна, біохімічна, церебральна, та спадкова теорії патогенезу захворювання. Під час опитування пацієнтки було встановлено, що в її родині траплялись випадки нападів головного болю подібної симптоматики, що наводить на факт наявності спадкової ТАЦ. Ще одним можливим фактом патогенезу хвороби є наявність в пацієнтки метаболічного синдрому та гіпертензивної хвороби протягом останніх 10-ти років. Також вона відмічала типову локалізацію та паттерн головного болю (в лівій половині обличчя в ділянці лоба та скроні з вегетативними симптомами). Що ж до симптому аури, то за даними літератури найпоширенішими за частотою зустрічання є саме зорові аури, котрі і виникали в пацієнтки, та проявлялись в вигляді стереотипних плям та ліній перед очима. На магнітно-резонансній томографії 1,5 Тесла виявлено вогнище в лівій потиличній долі індифіковане як ішемічний гліоз. Інших змін не було. Неврологічний стан без змін. Пацієнтці було призначено блокатор кальцієвих каналів верапаміл 90 мг 2 рази на день, та ацетилсаліцилову кислоту 100 мг. В спостереженні через 6 місяців хвора продовжує приймати ліки, приступів головного болю не було. Ми припускаємо можливий зв'язок між зоровою аурою та розвитком ішемічного інсульту.

**Висновки:** дослідження даної проблеми залишається актуальним, оскільки єдина теорія етіології та патогенезу ТАЦ з аурою, незважаючи на значний прогрес в розвитку фундаментальних наук, ще не сформульована. Розглянутий клінічний випадок свідчить про можливість комплексного впливу багатьох факторів на розвиток хвороби. Виявлення та дослідження даних факторів в подальшому може стати мішенню для таргетної терапії.

В.О. Козловська

## ВПЛИВ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

О.О. Белов (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Вади ротової порожнини є потужним психотравмуючим фактором. Обличчя відіграє важливу роль, виступаючи одним з провідних факторів формування самосприйняття.

**Мета.** Дослідити психологічні характеристики та якість життя (ЯЖ) студентів різних спеціальностей з урахуванням особливостей їх стоматологічного статусу.

**Матеріали та методи.** Обстежений 81 студент I-V курсів спеціальностей «стоматологія» (СТ) (54 чол.) та «медична психологія» (МП) (27 чол.) з використанням скороченого багатofакторного опитувальника особистості, шкали особистісної тривожності (ОТ) С. Spilberger, методики оцінки ЯЖ Mezzich et al., та розробленої анкети. Середній вік обстежених склав 20,6±1,8 років (СТ – 20,8±1,4 років, МП – 20,2±2,4 роки,  $p>0,05$ ). За результатами стоматологічного огляду всі обстежені були поділені на дві групи: з ортогнатичним типом прикусу (ОП), чисельністю 51 чол. або 63,0% (СТ – 35 чол., 64,8%, МП – 16 чол., 59,3%,  $p>0,05$ ) та не ортогнатичним типом прикусу (НП), чисельністю 41 чол. 37,0% (СТ – 19 чол., 35,2%, МП – 11 чол., 40,7%).

**Результати.** Обстежені з ОП виявили вищі показники естетичної привабливості зубів у порівнянні з НП (8,4±1,4 балів проти 7,3±1,2,  $p=0,001$ ), та стоматологічного комфорту (9,4±0,8 балів проти 8,8±1,2 балів відповідно,  $p=0,045$ ). Психологічний профіль НП характеризувався вищими показниками іпохондрії (55,6±9,0 балів проти 50,9±9,7 балів,  $p=0,022$ ), депресії (44,5±4,6 балів проти 41,2±6,0 балів,  $p=0,018$ ), психастенії (50,0±9,9 балів проти 43,1±8,8 балів,  $p=0,002$ ) та шизоїдії (49,2±7,88 балів проти 44,8±8,6 балів,  $p=0,025$ ); вищим рівнем ОТ: 41,7±7,9 балів проти 37,4±8,8 балів,  $p=0,018$ ; і нижчими показниками ЯЖ за сферами благополуччя: 12,9±3,5 балів проти 14,9±4,4 балів,  $p=0,059$ ; соціальних ролей: 22,7±4,3 балів проти 24,9±5,8 балів,  $p=0,104$ ; зовнішніх життєвих умов: 23,4±2,2 балів проти 24,7±2,6 балів,  $p=0,056$ , і загального показника ЯЖ (59,0±9,7 балів проти 64,4±12,6 балів,  $p=0,084$ ).

У групі СТ порівняно з МП виявлено вищі показники суб'єктивної оцінки естетичної привабливості зубів (8,2±1,3 балів проти 7,4±1,6 балів,  $p=0,032$ ) та стоматологічного комфорту (9,4±0,9 балів проти 8,8±1,2 балів,  $p=0,013$ ). Психологічний профіль СТ характеризувався нижчими показниками іпохондрії (50,1±8,4 балів проти 57,7±10,1 балів,  $p=0,002$ ), депресії (41,1±5,8 балів проти 45,2±4,7 балів,  $p=0,001$ ), психастенії (43,0±9,2 балів проти 51,0±8,9 балів,  $p=0,001$ ) та шизоїдії (44,2±8,5 балів проти 50,8±6,9 балів,  $p=0,001$ ); також виявлено нижчий рівень ОТ (34,0±5,2 балів проти 48,9±4,8 балів,  $p=0,001$ ) і вищі показники ЯЖ за окремими сферами (відповідно 16,1±3,6 балів проти 10,3±1,7 балів,  $p=0,001$ ; 26,7±4,6 балів проти 18,8±1,8 балів,  $p=0,001$  та 25,4±2,1 балів проти 21,8±1,2 балів,  $p=0,001$ ) і загального показника ЯЖ (68,1±10,1 балів проти 50,9±4,3 балів,  $p=0,001$ ).

**Висновки.** У студентів з порушеннями прикусу виявлений гірший стан показників психологічного статусу та ЯЖ. Студентам-стоматологам притаманні в цілому кращі показники психологічного статусу та ЯЖ у порівнянні зі студентами-медичними психологами.

А.О. Косташ

## ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ХОЛЕСТЕРИНУ В ГОЛОВНОМУ МОЗКУ В ПАТОГЕНЕЗІ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра нервових хвороб

І.І.Лета (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Протягом багатьох десятиліть холестерин вважався ворогом здоров'я, з яким вели активну боротьбу за допомогою різних методів. У даний час проводяться дослідження, які доводять важливість цієї сполуки для організму, зокрема для функціонування нервової системи.

**Мета:** Метою дослідження є привертання уваги до сучасних даних щодо порушення метаболізму холестерину. Показати роль ензимопатій в патогенезі конкретних захворювань.

**Матеріали та методи:** Опрацьовано періодичні та літературні видання, інтернет.

**Результати:** Холестерин- основний ліпідний компонент мозку, вміст якого підтримується на рівні 15-30 мг/г тканини, середній показник в інших тканинах - 2-3 мг/г. Порушення синтезу, утилізації та транспорту холестерину в мозку спостерігається при багатьох нейродегенеративних захворюваннях. Однак, до сих пір незрозуміло, на якому етапі відбувається альтерація метаболізму холестерину і яке місце це займає в патогенезі. Однією з причин когнітивних порушень і масивної нейродегенерації можуть бути процеси, пов'язані з дефектами синаптичної передачі. При цьому аномалії в обміні холестерину можуть виступати в ролі пускових факторів розвитку дисбалансу синаптичної передачі. Порушення його обміну можливе на різних рівнях: біосинтез холестерину (синдром Сміта-Лемлі-Опіца), внутрішньоклітинний трафік (хвороба Німана-Піка), регуляція синтезу (хвороба Гентінгтона). Більшість цих патологій належить до категорії так званих орфанних захворювань. Також існують захворювання, при яких мають місце особливості холестеринового обміну, але точний патогенез хвороб не встановлений. Зокрема, люди, гомозиготні по гену АРОЕ4, в 16 разів частіше страждають хворобою Альцгеймера.

**Висновки:** На значимість холестерину для мозку вказує велика кількість рідкісних спадкових захворювань з вираженими неврологічними симптомами. Ці симптоми викликані мутаціями генів, прямо чи опосередковано задіяних у метаболізмі холестерину. Порушення синаптичної передачі, що пов'язані з холестерином, відчаються при хворобі Паркінсона, хворобі Альцгеймера, захворюваннях аутистичного спектру. Вивчення їх патогенезу – галузь сучасної науки, яка в майбутньому допоможе людству у лікуванні нейродегенерацій.

І.В.Кузовлева, О.П. Корнієнко

### СОМАТИЧНІ ЧИННИКИ ПРОЯВІВ ДЕПРЕСІЙ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії

Н.В. Раціборинська-Полякова (доц., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна, Україна

**Актуальність:** Певною мірою населення України виявляє байдужість до свого психічного здоров'я в порівнянні з країнами Європи, ми швидше підемо шукати проблеми у лікарів будь-якого іншого фаху. В той же час за даними статистики щороку в Україні страждає на депресію 6,3% населення. З позицій сучасних наукових підходів як причину розвитку депресії розглядають не тільки ендогенні чинники та психотравмуючі ситуації, але й порушення в організмі метаболічного, токсично-запального, бактеріального генезу. За даними фахової літератури проблемою сьогодення є високі ризики розвитку депресії у хворих на цукровий діабет, виразкову хворобу шлунку, хронічний гастрит, дисбактеріоз кишківника, а також хронічні запальні захворювання (хронічний тонзиліт тощо).

**Мета:** Дослідити зв'язок вищезгаданих соматичних патологій з розвитком депресивних станів.

**Матеріали та методи:** Проведено статистичне опитування 30 пацієнтів терапевтичного, ендокринологічного та психіатричного відділень ЦРЛ. Серед анкетованих було 90% жінок та 10% чоловіків. Всі дали поінформовану згоду на участь в опитуванні. Анкета містила 326 запитань (складена на основі традиційних опитувальників), які визначили рівень ситуаційної, особистісної та загальної психічної тривожності, особистісний диференціал, нервово психічну стійкість хворих, а також схильність до розладів ШКТ, метаболічних порушень та запальних захворювань. Отримані дані були порівняні зі статистикою з різних країн відповідно до даних світових інформаційних служб.



**Результати:** Було проведено опитування в терапевтичному, ендокринологічному та психіатричному відділеннях та статистична обробка результатів. Отримали наступні дані: серед хворих ендокринологічного відділення (пацієнти з діагностованим ЦД) мають схильність до депресії – 20% респондентів, терапевтичного відділення (з патологіями ШКТ, запальними процесами) – 16%. Також було проведено зворотне дослідження у пацієнтів психіатричного відділення з діагностованою депресією щодо схильності до розвитку патологій ШКТ та наявності ЦД. Було виявлено, що 20% з них мають діагностований та схильні до розвитку ЦД, у 30% опитуваних є в анамнезі патології ШКТ.

**Висновок:** За результатами проведених нами досліджень виявлено наявність зв'язку між патологіями ШКТ, ЦД, запальними захворюваннями та розвитком депресій.

А.М. Ніколайчик

## **ХВОРОБА ВІЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК У ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

Кафедра психіатрії, загальної та медичної психології

Ю.М. Шевченко (к. мед. н., асис.)

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

м. Дніпро, Україна

**Актуальність.** Хвороба Вільсона-Коновалова (ХВК) – це рідкісне аутосомно-рецесивне генетичне захворювання, яке характеризується надлишковим накопиченням міді в організмі людини. Мутації на 13-й хромосомі (локус 13q14) призводять до порушення елімінації мікроелементу з організму, внаслідок чого відбувається його токсичне депонування в органах-мішенях - печінці, головному мозку, нирках, рогівці та інших органах.

За статичними даними різних авторів хвороба ХВК зустрічається серед усіх етнічних груп та національностей. При гомозиготному успадкуванні ХВК популяційно визначається у 1 хворого на 200 000 населення, при гетерозиготному носійстві показники значно вищі – 1:30 000.

**Мета.** Розглянути клінічний випадок прояву ХВК в психіатричній практиці; звернути увагу на різноманітність симптомомокомплексів, які складають труднощі в своєчасному діагностуванні захворювання.

**Матеріали та методи.** Хворий Н., 36 роки, звернувся зі скаргами на тривале порушення сну (важко засинає, часто пробуджується, не відчуває себе виспаним), яке триває близько 1 тижня, погіршення пам'яті, швидку втомлюваність, дратівливість, агресивність. Відомо, що хворіє з 2014 року, коли виникли скарги на розпираючий біль в підребер'ях, що починається після прийому їжі; підвищену втомлюваність, поганий сон. У пацієнта виникли маячні думки щодо того, що мати хоче його навмисно направити до психіатричної лікарні для примусового лікування.

**Результати.** Була проведена комплексна діагностика під час якої було виявлено при огляді лікаря-офтальмолога периферичне помутніння рогівки обох очей (кільця Кайзера-Флейшера), що є патогномонічним симптомом для ХВК. Біохімічне дослідження сечі виявило мідь в добовій сечі – 11, 96 ммоль/л (N – 2, 36- 10, 99 ммоль/л). Гепатомегалія діагностована при ультразвуковому дослідженні.

Магніто-резонансна томографія (МРТ) головного мозку: на рівні базальних ядер з обох сторін визначаються асиметричні периваскулярні простори Вірхова-Робіна. Вогнища патологічної інтенсивності МР-сигналу в паренхімі головного мозку, стволі мозку і мозочка не виявляються. Орбіти без особливостей. Зорові нерви відносно симетричні. Ретробульбарні простори без особливостей. Картина помірних проявів атрофії головного мозку. Переконливих даних за вогнищеву патологію головного мозку не виявлено.

**Висновки.** У представленому клінічному випадку описана клінічна картина пацієнта з шизофреноподібними симптомами при ХВК, що створює деякі труднощі при диференційно-діагностичному аналізі з іншими формами шизофренії. Якщо у осіб молодого віку і дітей шизофреноподібна симптоматика поєднується з симптомами ураження печінки, необхідно проводити додаткове обстеження для виключення ХВК. Такі пацієнти потребують дослідження

обміну міді, рівня церулоплазміну сироватки крові, оцінки стану печінкових функцій. Дуже важливим є раннє виявлення ХВК і вчасне призначення специфічної терапії, яка поліпшить якість життя хворих та буде сприяти їх соматичній й соціальній реабілітації.

Новицький А.В., Дзюбик Ю.В.

## **СТРАТЕГІЇ ВІДНОВЛЕННЯ РЕСУРСІВ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ ЯК ФАКТОР ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ**

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

О.О. Белов (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Адекватний відпочинок є важливою передумовою ефективного функціонування індивіда в соціумі, забезпечуючи відновлення ресурсів, досягнення працездатного стану, задоволення комунікативних та рекреаційних потреб.

**Мета.** Дослідити особливості психосоціального функціонування студентів різних курсів з урахуванням стратегій відновлення ресурсів життєдіяльності.

**Матеріали та методи.** Обстежено 42 студенти I курсу (Г1) та 39 студентів IV-V курсів (Г2) з використанням методики діагностики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R.F. Dymond, шкали реактивної тривожності С. Spilberger, шкали депресії Zung та спеціально розробленої анкети. Середній вік обстежених Г1 склав  $17,6 \pm 0,7$  років, Г2 –  $22,1 \pm 1,4$  років.

**Результати.** Встановлено, що студенти I курсу відводять на відпочинок більше часу, ніж старшокурсники: у будні  $3,7 \pm 1,8$  годин проти  $2,9 \pm 1,3$  годин ( $p = 0,045$ ), у вихідні – відповідно  $11,7 \pm 6,9$  годин і  $6,64 \pm 2,50$  годин ( $p = 0,001$ ). У структурі відпочинку студентів домінує соціально активний відпочинок ( $45,2\%$  у Г1,  $28,2\%$  у Г2,  $p = 0,087$ ); студенти Г1 надають перевагу фізичному відпочинку ( $31,0\%$  проти  $12,8\%$ ,  $p = 0,044$ ), а студенти Г2 – культурному ( $23,1\%$  проти  $7,1\%$ ,  $p = 0,043$ ) та бездіяльному ( $35,9\%$  проти  $16,7\%$ ,  $p = 0,042$ ) відпочинку. Студенти Г1 відводять більше часу на фізичний відпочинок ( $27,2 \pm 17,6$  годин на тиждень проти  $20,1 \pm 12,0$  годин,  $p = 0,043$ ), соціально активний відпочинок ( $32,8 \pm 18,4$  годин проти  $28,4 \pm 14,6$  годин,  $p = 0,362$ ), а студенти Г2 – на культурний відпочинок ( $20,3 \pm 11,4$  годин проти  $19,0 \pm 13,5$  годин,  $p = 0,489$ ). Студенти Г1 незначуще більше задоволені відпочинком:  $3,33 \pm 1,20$  балів проти  $3,13 \pm 1,06$  балів,  $p = 0,394$ ). У студентів Г1 виявлено дещо вищий рівень депресії ( $42,36 \pm 8,65$  балів проти  $40,23 \pm 8,18$  балів,  $p = 0,163$ ), брехливості ( $18,67 \pm 4,49$  балів проти  $15,98 \pm 4,73$  балів,  $p = 0,017$ ), домінування ( $11,93 \pm 3,89$  балів проти  $10,10 \pm 3,80$  балів,  $p = 0,029$ ), а також інтегральних показників прагнення до домінування ( $60,65 \pm 13,15$  балів проти  $50,66 \pm 15,79$  балів,  $p = 0,003$ ) і прийняття інших ( $64,79 \pm 13,45$  балів проти  $59,34 \pm 12,11$  балів,  $p = 0,046$ ); а у студентів Г2 – дезадаптивності ( $85,56 \pm 31,01$  балів проти  $72,60 \pm 27,09$  балів,  $p = 0,055$ ), неприйняття інших ( $19,00 \pm 6,51$  балів проти  $14,90 \pm 6,26$  балів,  $p = 0,006$ ), зовнішнього контролю ( $21,26 \pm 9,25$  балів проти  $17,48 \pm 9,66$  балів,  $p = 0,078$ ), ведення ( $18,59 \pm 6,17$  балів проти  $14,98 \pm 5,29$  балів,  $p = 0,008$ ), а також інтегрального показника самоприйняття ( $44,91 \pm 11,39$  балів проти  $42,32 \pm 13,68$  балів,  $p = 0,199$ ). Самооцінка академічної успішності в обох групах є приблизно однаковою: відповідно  $3,69 \pm 0,60$  балів проти  $3,62 \pm 0,75$  балів,  $p = 0,691$ .

**Висновки.** Студенти-старшокурсники відпочивають менше і менш задоволені відпочинком, ніж першокурсники, при цьому вони віддають перевагу культурному і бездіяльному відпочинку, а першокурсники – фізичному і соціально активному. Першокурсникам притаманний вищий рівень депресії, брехливості, домінування і прийняття інших, а старшокурсникам – дезадаптивності, неприйняття інших, зовнішнього контролю, ведення та самоприйняття.

Д.В. Павлюк

## **ВПЛИВ ХОДЬБИ НА ВИСОКИХ ПІДБОРАХ НА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОПОРНО-РУХОВОЇ СИСТЕМИ**

Кафедра нервових хвороб

**Актуальність:** В сучасному світі високі підбори вважаються ознакою стилю та вишуканості і тому ніби зачаровують дівчат. Створюючи «гарний силует ноги» жінки погоджуються на біль у спині та ногах, але гордо заявляють, що краса вимагає жертв. На жаль, ніхто не замислюється, що подібна «жертва» спотворює конфігурацію ступні, збільшуючи проміжок між I та II плесновими кістками, з часом відбувається відхилення I плеснової кістки досередини та її ротація і зміщення сесамоподібних кісток. Зрештою плеснові кістки віялоподібно розходяться в наслідок ослаблення зв'язкового апарату переднього відділу ступні, що порушує її опорну, ресорну, штовхову і балансує функції, в свою чергу це має негативний вплив на анатомічний і функціональний стан хребта. Чим вищі підбори, тим більше навантаження на передній відділ ступні, воно сягає  $74\pm 6\%$  від загального навантаження ступні за умови відсутності плоскостопості. Кожні 2 см підборів збільшують навантаження на передній відділ ступні на 25%.

**Мета:** дослідити вплив короткотривалого використання взуття на високих підборах на морфо-функціональний стан опорно-рухової системи та якість життя досліджуваних.

**Матеріали і методи:** в дослідженні приймали участь 8 умовно здорових жінок, що до проведення дослідження не використовували взуття на високих підборах, середня висота підборів складала 1,5 см. Вік досліджуваних коливався у межах від 17 до 20 років. Розмір взуття учасників за європейською метричною системою складав – 35-41 (Мо=39). Дослідження проходило в два етапи. Перший етап передбачав оцінку неврологічного статусу, оцінку фізіологічного поперекового лордозу з використанням лінійки Flexicurve та ретроспективну оцінку больового синдрому за допомогою розробленого опитувальника на початку та після 2 місяців використання підборів (середня висота підборів складала 7,5 см і коливалася в межах 5,5-10,5 см, Мо=7,5 см) і другий – після 2 місяців відновлення звичних для досліджуваних умов ходьби з використанням взуття на низькому підборі (1-1,5 см). Для обробки матеріалу використовувались статистичні методи для малих виборок.

**Результати:** Наше дослідження показало, що 2 місяці використання взуття на підборах супроводжувались болем у спині, литках та стопах у 75% досліджуваних, у 30% з них біль у спині відмічався щоденно. Обстеження неврологічного статусу виявило помірне напруження прямих м'язів спини грудного та поперекового відділів. Параметри фізіологічного поперекового лордозу не продемонстрували достовірних змін. На щоденний біль у стопах скаржилося 66% досліджуваних дівчат. Цей біль виникав в кінці дня та зникав після нічного відпочинку. Після відновлення звичних умов ходьби (2 етап дослідження) біль у спині та стопах спостерігався лише у одній учасниці.

**Висновки:** Використання високих підборів створює умови виникнення болю у спині та стопах, але короткотривалий вплив нефізіологічної моделі ходьби не призводить до незворотних змін. Тому короткотривале використання взуття на високих підборах може бути відносно безпечним щодо морфо-функціонального стану опорно-рухової системи.

І.О. Панасюк

### **ПРИВ'ЯЗАНІСТЬ ТА СТОСУНКИ: ВИТОКИ І ВПЛИВИ.**

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти.

Н.П. Кирилюк (ас.)

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

**Актуальність теми:** Прив'язаність – почуття близькості, засноване на глибокій симпатії, закоханості та відданості. Цей термін використовують для пояснення дитячо-батьківських відносин. Первинна прив'язаність виникає у дитини до матері та інших вихователів. Якщо формування цих первинних вподобань ускладнюються, доросла людина не зможе повноцінно формувати прихильність до інших людей, що порушує процес соціалізації і якість стосунків.

**Мета:** дослідження травматичних факторів, що впливають на прив'язаність в юнацькому віці.

**Матеріали та методи:** У дослідженні взяли участь студенти III-V курсів ВНМУ ім. М.І.Пирогова. Кількість досліджуваних - 85 осіб у віці 18-24 років, з яких чоловіків – 24, жінок – 61. В дослідженні використовувалися:

1. Тест емоційного інтелекту Холла.
2. Методика «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності».
3. Шкала дисоціації (DES).
4. Опитувальник по травматичним переживаннях (TAQ).

**Результати:** За основу було взято методика «Самооцінка генералізованого типу прив'язаності». Було отримано такі результати: 19 осіб (22,3%) відмітили у себе стиль А – «надійний», або «безпечний» - характеризується позитивним поглядом на себе та інших (вважає себе гідним любові, а партнерів – чуйними та надійними). Стиль В обрали 17 осіб (20%), він характеризується як «надто залучений» і «тривожно-суперечливий», має негативне уявлення про себе і позитивне – про інших. 24 особи (28,2%) обрали стиль С – «відсторонено-унікаючий» - позитивна модель себе і негативна іншого. Стиль D, що відзначили в себе 25 осіб (29,5%), характеризується як «боязкий» - негативне відношення і до себе, і до інших. Найвищий рівень емоційного інтелекту визначено у осіб, які застосовують стиль А (37,3), вони добре розуміють свої та чужі емоції, вміють емпатувати і відчують себе безпечно у стосунках. Найнижчий показник емоційного інтелекту у осіб, що мають стиль D (26,6), вони погано розуміють емоції, мають проблеми в соціалізації та стосунках. Найвищі бали по шкалі дисоціації визначено у досліджуваних з стилем В (19,5), що свідчить про труднощі у подоланні негативних переживань, викликаних впливом зовнішніх факторів. Найнижчі показники дисоціації у людей, що застосовують стиль А та можуть краще опановувати свої переживання (12,2). В результатах опитувальника ТАQ було виявлено, що респонденти з стилем В мають найбільші бали по шкалам Знецінення, Сепарація та Емоційне насилля.

**Висновки:** Проблема прив'язаності має особливе значення у функціонуванні людини в соціальній та особистій сферах. На прив'язаність впливає багато факторів, серед яких емоційний інтелект та травматичний досвід. В нашому дослідженні ми побачили, що чим вищий рівень емоційного інтелекту, тим нижчі показники DES, та чим вищі показники по опитувальнику ТАQ, тим вище показники DES.

Я. В. Ровнер

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ М'ЯЗОВОЇ ДИСТРОФІЇ ДЮШЕНА

Кафедра нервових хвороб

С. Л. Малик (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність:** М'язова дистрофія Дюшена (МДД) - це генетичне захворювання, яке характеризується прогресуючою дегенерацією м'язів, що призводить до інвалідизації, повної втрати здатності рухатися та в результаті до смерті. МДД в першу чергу вражає хлопчиків, дівчата зазвичай є тільки носіями мутованого гену. Сьогодні це один з найпоширеніших та найважчих видів міопатій, при чому середня тривалість життя пацієнтів з МДД у світі варіює від підліткового віку до 20-25 років. Тому вивчення сучасних підходів до діагностики і лікування даної патології є надзвичайно важливим для своєчасного виявлення захворювання, ефективного лікування, збільшення тривалості життя пацієнтів, що страждають на МДД, та покращення якості їх існування.

**Мета:** Ознайомитися з сучасними підходами до діагностики та лікування МДД, дослідити нові стратегії і методи лікування задля збільшення тривалості життя пацієнтів з МДД, зменшення рівня їх інвалідизації та покращення якості їх життя.

**Матеріали та методи:** Опрацювання, аналіз та узагальнення сучасної навчальної та наукової інформації, робота з іноземними літературними джерелами та науковими медичними статтями.

**Результати:** У процесі роботи було проаналізовано нові підходи до діагностики та лікування МДД. На сучасному етапі активно здійснюється розробка ефективних стратегій у лікуванні МДД, таких як

генна терапія, пропуск екзонів, зчитування через стоп-кодон та відновлення генів. Для цих стратегій проводяться об'ємні клінічні випробування. Також досліджується ефективність дії нових фармацевтичних препаратів для патогенетичного лікування МДД, таких як Етеплірсен та Дефлазакорт.

**Висновки:** Хоча поки не існує способу повного вилікування МДД, існують методи, які можуть допомогти контролювати симптоми даного захворювання. У зв'язку з вдосконаленням медичної допомоги, хворі з МДД можуть тепер доживати до дорослого віку. Розробка нових стратегій і препаратів дає надію на збільшення ефективності лікування МДД, зменшення рівня інвалідизації пацієнтів та покращення якості їх життя.

А.О. Савенко

### **БУЛІНГ ВЧИТЕЛІВ В СИСТЕМІ ВЧИТЕЛЬ-УЧЕНЬ**

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к.психол.н, доцент)

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

**Актуальність:** Булінг - це відносно новий термін для пересічного громадянина, але нині, у світі він набуває великої популярності у повсякденному спілкуванні. Кожен, у більшості випадків, стикався з цим явищем у повсякденному житті. Це різновид навмисного насильства, що не носить характеру самозахисту; довготривале (повторюване) фізичне чи психологічне насильство з боку індивіда чи групи осіб. Сьогодні це явище можна спостерігати у будь-якій галузі життєдіяльності людини. Особливим воно постає у системі «вчитель-учень». Останнім часом боулінг (або цькування) вивчається у системі учень-учень, але майже ніхто не досліджував наскільки це явище проявляється зі сторони учнів до вчителів, тобто в системі вчитель-учень.

**Мета:** емпірично дослідити прояви та закономірності прояву боулінгу вчителів загальноосвітніх шкіл зі сторони учнів.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось серед 50 вчителів загальноосвітніх шкіл та ліцеїв м. Городище Черкаської області. У дослідженні застосовувалися опитувальник Басса-Дарки та авторська розроблена анкета для вчителів.

**Результати:** За результатами проведеного дослідження виявлено, що 36% опитаних викладачів піддавалися цькуванню зі сторони учнів у під час навчального процесу. До всіх вчителів що піддавалися булінгу (100%) учні використовували образливі жести. Обзивання та дражніння (27,8% та 72,2% відповідно) є найпоширенішими способами вербального булінгу. Серед видів соціального булінгу найчастіше використовується ізоляція (61,1%) та поширення образливих пліток (38,9%). До 30% опитуваних застосовувався кібербулінг у вигляді надсилання образливих картинок. При статистичній обробці отриманих результатів виявлено, що при зростанні таких критеріїв як «вік» та «стаж педагогічної діяльності» зменшується явище булінгу зі сторони учнів.

**Висновки:** З видів булінгу кібербулінг є найменш поширеним серед інших видів цькування учнів своїх вчителів. Доведено, що більш досвідчені та старші за віком вчителі менше піддаються цькуванню зі сторони учнів. На нашу думку, це може свідчити про зниження чутливості (сприйнятливості) таких вчителів до негативних та агресивних вчинків зі сторони учнів. Перспективою подальшого дослідження є дослідження явища булінгу до учнів зі сторони вчителів. Існує гіпотеза, що саме більш старші за віком вчителі частіше використовують до учнів різні види цькування, що і буде підтверджувати результати нашого дослідження.

Л.А. Тереховська

### **ДИСФОРІЯ ЯК ЧИННИК СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц.)

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

**Актуальність:** Військові дії є психотравмуючим чинником, який, особливо на фоні органічних уражень головного мозку, сприяє виникненню різних форм психічних та неврологічних порушень. Після повернення до цивільного життя важкий період в житті учасників бойових дій не завершується, адже отримані фізичні та психічні травми, важкі спогади та нові емоції значно ускладнюють процеси ресоціалізації.

**Мета:** Дослідити дисфору як чинник соціальної дезадаптації учасників бойових дій з метою раннього виявлення та оптимізації системи реабілітації та ресоціалізації досліджуваного контингенту.

**Матеріали та методи:** Було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 52 учасників бойових дій, які проходили стаціонарне лікування на базі ВОКГВВ. Було проведено анкетування з метою виявлення дисфоричних проявів. Для патопсихологічного дослідження були використані: методика Спілбергера-Ханіна, методика Зунга, методика САН, методика «Прогноз» за В.А.Бодровим, методика А.Р.Лурії «заучування 10 слів» та методика відшукування чисел (таблиці Шульте). Проведена статистично-математична обробка отриманих даних.

**Результати:** У ході клінічного інтерв'ю було виявлено, що на прояви дисфорії (почуття пригніченості, озлобленості, нервозності, безпричинної агресії, похмурості, туги, невдоволення) скаржились 75% учасників бойових дій. Серед тих, хто отримав ЧМТ, дані прояви зустрічались у 80%, у респондентів без ЧМТ – у 68%. Загалом для опитуваних учасників бойових дій характерні низький (45,5%) або помірний (45,5%) рівень СТ, лише у 9% він був високим. Серед респондентів з ознаками дисфорії високий рівень СТ мали 11,5%, помірний - 61,5%, низький - 27%. У більшості респондентів виявлено високий рівень ОТ (60%), за умови наявності дисфорії він вищий (70%). Вираженої депресії серед респондентів не було виявлено, 9% мали ознаки субдепресивного стану, 33,5% - маскованої депресії. За умови наявності дисфорії у 40% наявна легка депресія невротичного або ситуативного характеру і у 12% субдепресивний стан. Серед респондентів з проявами дисфорії у всіх були вірогідні нервово-психічні зриви: висока вірогідність нервово психічних зривів виявлена у 46%, середня – у 54%.

**Висновки:** Явище дисфорії є одним із чинників соціальної дезадаптації учасників бойових дій. Її наявність корелює з вищим рівнем СТ, ОТ, більш вираженими депресивними станами, вищою вірогідністю нервово-психічних зривів, гіршими показниками уваги. Ознаки дисфорії більш виражені у респондентів, які підтверджують наявність ЧМТ. Суб'єктивно учасники БД із ознаками дисфорії відмічають зниження якості життя; бажання позбутися неприємного емоційного стану шляхом вживання алкоголю та наркотичних речовин. Враховуючи недостатній рівень надання психологічної реабілітації даному контингенту, подальша бездіяльність у майбутньому може спричинити явище соціального дрейфу, підвищення рівня адикцій та деліктів. Отже, важливим є раннє виявлення ознак дисфорії та проведення вчасних та адекватних реабілітаційних заходів.

К.С. Тимощук

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ТА ТЕЧІЇ ПРИХОВАНОЇ ДЕПРЕСІЇ В ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО

Лук'янович І.Л.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За прогнозами науковців вже через два роки депресія може посісти друге місце за поширеністю серед усіх захворювань. Дослідження показують, що у 50% людей з депресією, її не розпізнають при зверненні до закладу первинної медичної допомоги (Williams et al., 1995). Майже 80% пацієнтів із депресією лікуються у лікарів загальної практики – сімейних лікарів з приводу інших захворювань, лише третина звертається за допомогою до психіатра. Реальної картини поширеності даного захворювання ми просто не бачимо. Тому оцінка наявності ознак депресії серед

осіб, що не визнають потреби звертатись за медичною допомогою, є досить актуальною.

**Мета:** дослідити пересічних людей, що погоджуються відповісти на скринінгові опитування і визначити серед них частку осіб, що вказують на наявність ознак депресії. Провести оцінку достовірності виявлених ознак депресії та інформувати людей про необхідність консультації у психіатра через наявність ознак депресії.

**Матеріали та методи:** для дослідження використано: стандартизований скринінговий опитувальник – PHQ-2 та опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire - PHQ-9) - шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів. При наявності позитивних результатів використовувався опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory - BDI), що складається з 21 питання. Група досліджуваних складала 100 довільно опитуваних осіб, віком від 19 до 57 років, в умовах їхнього звичного життя, різних за професією, статтю, сімейним станом, регіоном проживання.

**Результати:** За PHQ-9 ознаки депресії виявлено у 41% обстежених, 25% легкої депресії, 11% середньої, 3% помірної та 2% тяжкої. Для достовірності отриманих результатів використовувався опитувальник депресивності Бека, який підтвердив наявність депресії у 25 осіб, з яких легка депресія складала 12%, помірною 6%, середня 6%, тяжка 1%. При легкій депресії ознаки захворювання не ускладнювали життя зовсім 1% осіб, дещо ускладнювали 9%, дуже ускладнювали 2%. При помірній депресії ознаки захворювання не ускладнювали зовсім 1%, дещо турбували 2%, дуже турбували 3%. І лише при середній та тяжкій депресії ознаки захворювання дуже ускладнювали життя всіх обстежених.

**Висновки:** 25% дорослого працездатного населення, віком 19-57 років, має ознаки депресивних розладів, 13% виявляли ознаки від помірної до тяжкої депресії. Не дивлячись на те, що прояви захворювання, у переважній більшості, дуже ускладнювали життя, за медичною допомогою жодна особа не зверталась. Враховуючи результати обстежень, на нашу думку, було б доцільним всім особам, що звертаються за медичною допомогою до сімейного лікаря проводити скринінгові дослідження на депресію, працівникам всіх ланок надання медичної допомоги посилити психопрофілактичну роботу шляхом інформування населення, з залученням ЗМІ.

Ю.Філяк, В.М.Красновський, І.Ф.Ува-Агбонікхена  
**ПОСТІНСУЛЬТНІ КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ ТА МОТОРНИЙ ДЕФІЦИТ: ПРОЯВИ  
ТА ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК**

Кафедра неврології та нейрохірургії

В.Р.Герасимчук (ас.)

Івано-Франківський національний медичний університет  
Івано-Франківськ

**Актуальність:** Частота мозкових інсультів у світі зростає і за прогнозами ВООЗ у 2030 році очікується близько 23 млн інсультів на рік. Мозковий інсульт вже давно став не лише медичною, але й соціальною проблемою, адже призводить до моторних й когнітивних порушень(КП). Проте питання щодо взаємозв'язку між руховою та когнітивною сферою в хворих після перенесеного інсульту стало привертати увагу лише впродовж останнього десятиліття. Реабілітаційні заходи у пацієнтів з КП менш ефективні, проте і прояви моторної дисфункції, зокрема верхньої кінцівки, можуть сприяти наростанню симптомів КП. Тому, доцільним є дослідження зв'язку між моторною і когнітивною сферами для розробки ефективної тактики реабілітації пацієнтів після перенесеного інсульту.

**Мета:** визначити взаємозв'язок між вираженістю моторного дефіциту та проявами постінсультної когнітивної дисфункції у пацієнтів з наслідками перенесеного ішемічного інсульту (ІІ).

**Матеріали і методи:** Обстежено 32 пацієнтів середнім віком  $59 \pm 3,8$  років через 12 міс. після перенесеного півкульного ІІ. Оцінку неврологічного дефіциту та моторних порушень проводили за допомогою шкали NIHSS, Скандинавської шкали інсульту (СШІ) та тесту Фугль-Мейера (ТФМ). Когнітивні функції оцінювали за шкалами MMSE, FAB та МоСА. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програм MS Excel та Statistica 6.0.

**Результати:** Прояви неврологічного дефіциту у обстежених хворих відповідали  $5,28 \pm 1,14$  балів за NIHSS та  $46,7 \pm 4,83$  за СШІ. Загальна оцінка моторних порушень за ТФМ становила  $43,6 \pm 3,08$  балів, з

них за субтестами «Верхня кінцівка» -  $23,67 \pm 3,9$  балів, «Зап'ястя» -  $4,88 \pm 1,16$  балів, «Кисть» -  $7,58 \pm 1,24$  бали, «Координація руки» -  $3,79 \pm 0,66$  балів. Оцінка когнітивних функцій за MMSE, FAB та MoCA складала  $24,3 \pm 1,96$ ,  $14,8 \pm 1,52$  та  $23,2 \pm 2,01$  балів, відповідно. При проведенні кореляційного аналізу виявлено вірогідний кореляційний зв'язок середньої сили між оцінкою функції кисті за ТФМ і балом за MoCA ( $r=0,52$ ;  $p<0,05$ ) та FAB ( $r=0,43$ ;  $p<0,05$ ), та між загальним балом моторного дефіциту за ТФМ і оцінкою за MoCA ( $r=0,48$ ;  $p<0,05$ ). Також спостерігався слабкий зв'язок між оцінкою кисті за ТФМ і балом за MMSE ( $r=0,23$ ;  $p<0,05$ ), і між загальним балом моторного дефіциту за ТФМ і балом за FAB ( $r=0,26$ ;  $p<0,05$ ).

**Висновки:** Одним із чинників розвитку постінсультних КП може бути порушення моторики кисті руки. Тому, в програмі реабілітаційних заходів слід звернути увагу на покращення тонкої моторики кисті. Адже така реабілітація може сприяти покращенню когнітивних функцій, а не тільки відновленню моторики. Дані твердження створюють перспективи для подальших досліджень.

Ходанич Марія

## НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНЕ ТЕСТУВАННЯ ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії  
Науковий керівник – д.м.н., проф. Булеца Б.А.  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
м.Ужгород, Україна

**Актуальність.** За даними ВООЗ захворюваність на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу є одними з найактуальніших проблем медицини, когнітивні порушення при яких виявляються, на жаль, вже на пізніх стадіях, тому одним із завдань науки є розробка оптимально чутливого та специфічного методу виявлення когнітивних відхилень легкого ступеня у таких пацієнтів. Внаслідок тяжкої діагностики пацієнти в подальшому страждають через видимі розумові порушення, що значно знижує якість життя. Найпоширенішими методами нейропсихологічного тестування є опитники Mini-Cog та MMSE, але їх чутливість, на жаль, є низькою для ранньої діагностики. Оцінка когнітивних розладів може зайняти дуже багато часу, тому важливо знайти короткий, але високочутливий тест когнітивних здібностей.

**Метою роботи** був аналіз когнітивних порушень у хворих з ЦД 2 типу і АГ за допомогою короткої шкали оцінки когнітивних порушень (MMSE), скринінгового тесту Mini-Cog та тесту з 6 пунктів для когнітивного скринінгу (6CIT) та оцінити їх ефективність за показниками чутливості та специфічності.

**Матеріали і методи:** в дослідженні взяло участь 40 хворих віком від 50 до 70 років, які були поділені на 2 групи: 1 – 20 пацієнтів з АГ, які отримують антигіпертензивну терапію більше 5 років, 2 – 20 пацієнтів з ЦД 2 типу, які отримують гіпоглікемічну терапію понад 5 років. Контрольна група складала 10 здорових осіб. Тестування проводилося на базі УЦМКЛ та ЗОКЛ ім. А. Новака (м.Ужгород). Опитування займало близько 15 хв на пацієнта. Дослідження проводилося за допомогою короткої шкали оцінки когнітивних порушень (MMSE), скринінгового тесту Mini-Cog та тесту з 6 пунктів для когнітивного скринінгу (6CIT). Статистична обробка даних проводилася за допомогою MS Excel. Результати визначались за кількістю набраних балів, в подальшому оцінювалася ефективність та специфічність за відповідною формулою.

**Результати:** в двох групах досліджуваних виявлена різниця між результатами обстеження за допомогою тестових шкал, а саме: 6CIT мав високу чутливість (0,65-0,75) та специфічність (0,90). MMSE був достатньо специфічним (0,80), але менш чутливим (0,55-0,60). Mini-Cog виявився специфічним (0,80), але недостатньо чутливим (0,30-0,35) для діагностики когнітивних порушень легкого ступеня.

**Висновок:** на основі отриманих результатів можна сказати, що використання нейропсихологічного тестування певною мірою є ефективним методом для діагностики когнітивних порушень легкого ступеня у пацієнтів з АГ та ЦД 2 типу та, можливо, навіть їх попередження. Використання тесту з 6 пунктів для когнітивного скринінгу (6CIT) варто розглядати як життєздатну альтернативу Mini-Cog



та MMSE, що дасть змогу виявляти когнітивні порушення на ранніх стадіях та проводити їх корекцію вчасно, що вплине на рівень та якість життя пацієнтів.

Ходанич М.Б.

## ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ХРЕБТА

Кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії  
Булеца Б.А. (д.м.н., проф.)  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»  
м.Ужгород

**Актуальність.** У хворих з остеохондрозом хребта часто зустрічається хронічна неврологічна біль, особливо нижньої частини спини, яка залишається однією з найпоширеніших причин втрати працездатності. Больові відчуття супроводжуються різними розладами, включаючи тривожні та депресивні. Остеохондроз з вираженим больовим с-мом значно впливає на показники якості життя населення, а також на процес лікування та реабілітації. Клінічний перебіг цього с-му тяжчий у жінок в період клімаксу так як відбувається загострення багатьох хронічних захворювань, в т.ч. остеохондрозу, а мінімальні подразнення призводять до виникнення больових відчуттів, що в свою чергу відображається на психоемоційному стані пацієнток.

**Мета роботи:** дослідити частоту проявів тривожних розладів та їх характер у хворих з остеохондрозом хребта, ускладненим больовим синдромом та порівняти ступінь їх прояву і різних категорій пацієнтів.

**Матеріали і методи обстеження:** залучено 40 хворих з остеохондрозом L-відділу хребта, серед яких чоловіки і жінки з/без клімактеричного синдрому віком від 20 до 64 років, з переважними проявами кили та протрузій м/х дисків на рівні L3-4, L4-5, L5-S1, у яких проведено опитування за спеціальною шкалою Гамільтона для визначення ступеня важкості тривожних розладів.

**Результати дослідження:** серед психічних розладів найчастіше спостерігалися очікування найгіршого, напруга, нездатність розслабитися, страх самотності, безсоння, неспокій. З соматичних – болі в м'язах, дзвін у вухах, гіпергідроз, тахікардія, відчуття припливів жару/холоду. Більшість пацієнтів вважали, що довготривале захворювання супроводжувалося підвищенням невротичності і тривожності, зневірою у одужанні. Легкий ст. (11-21 бал) спостерігали у 12 досліджуваних, з яких 4 жін. і 8 чол. Прояви середнього ст. (22-33 б.) у 16 учасників, серед яких 2 жін. з клімактеричним синдромом, 6 жін. без і 8 чол. Важкий ст. (34-45 б.) виявили у 5 учасників – 2 жін. з проявами клімактеричного синдрому і 3 жін. без цих проявів. Дуже важкий ст. (46-56 б.) виявили у 7 обстежуваних, серед яких 5 жін. з клімактеричним синдромом і 2 жін. без.

**Висновок:** виявлені статеві відмінності у перебігу захворювання пацієнтів. Згідно результатів, у жінок з клімактеричним с-мом тривожні розлади виражені важче, ніж у жінок без даного с-му. У чоловіків спостерігається найлегший перебіг тривоги у порівнянні з жінками з/без клімактеричного с-му. Перспективи подальшого дослідження полягають у створенні програм лікування та реабілітації та розробку заходів психокорекції виявлених розладів.

М.В.Черноконь

## ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СПРИЙНЯТТЯ ОБРАЗУ ВЛАСНОГО ТІЛА

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії  
Я.Ю. Марункевич (к.м.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова  
м.Вінниця

**Актуальність:** За останнє десятиліття проблема порушення харчової поведінки набула особливої актуальності у всьому світі, в тому числі і в Україні. Культ їжі, переїдання або навпаки харчовий

аскетизм, діетоманія, загострена увага людей молодого віку на своєму тілі і зовнішності, наслідування завищених еталонів фізичної привабливості, являють собою різноманітні види харчових девіацій. Поширеність у світі нервової анорексії становить 0,4-1%, а нервової булімії - 1-1.5% і продовжує зростати. Висока поширеність та смертність, серйозні наслідки для соматичного і психічного здоров'я, тривалий період реабілітації свідчать про високу актуальність проблеми розладів харчової поведінки.

**Мета:** Дослідити гендерні особливості порушень харчової поведінки та сприйняття образу власного тіла.

**Матеріали та методи:** Нами було досліджено 101 студента ВНМУ, серед яких чоловіки склали 16,8%, жінки 83,2% відповідно, середнім віком 20±2 роки. Були використані наступні методи: Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) (для визначення типу харчової поведінки), Шкала оцінки харчової поведінки D. Garner, M. Olmstead, J. Polivy (адаптація Ільчик О.А., Скугаревський О.А) (для визначення схильності до анорексії та булімії, оцінки сприйняття образу власного тіла та особистісних факторів), Шкала оцінки рівня якості життя О.С. Чабан (Chaban Quality of Life Scale - CQLS) та статистичні методи.

**Результати:** Проаналізувавши результати Голландського опитувальника харчової поведінки (DEBQ) ми виявили, що серед жінок 35,7% мали емоціогенний тип харчової поведінки, 38,5% - екстернальний та 34% - обмежувальний. Серед чоловіків 32,8% мали екстернальний тип і 44,7% - обмежувальний тип харчової поведінки.

За даними Шкали оцінки харчової поведінки D. Garner, M. Olmstead, J. Polivy серед жінок 26,9% мали схильність до анорексії, 19% - до булімії та 50,4% були незадоволені власним тілом. Серед чоловіків 9,7% мали схильність до анорексії, 10,3% - до булімії та 11,6% були незадоволені власним тілом. Було досліджено особистісні характеристики, що корелюють з порушеннями харчової поведінки: неефективність 40% студентів, недовіра в міжособистісних відносинах 30,4% студентів та інтероцептивна некомпетентність 39% студентів.

За даними Шкали оцінки рівня якості життя О.С. Чабан (CQLS) серед студентів з порушеннями харчової поведінки дуже низький рівень якості життя мали 5,5%, низький - 63,7% та середній - 30,8%.

**Висновки:** Жінки більш схильні до емоціогенного та екстернального типу харчової поведінки, на відміну від чоловіків, які більш схильні до обмежувального типу. Такі порушення харчової поведінки як схильність до анорексії, булімії та незадоволеність своїм тілом більш притаманні жінкам. Було встановлено, що з порушеннями харчової поведінки корелюють такі особистісні характеристики, як неефективність, недовіра в міжособистісних відносинах та інтероцептивна некомпетентність. 63,7% студентів з порушеннями харчової поведінки виявили низький рівень якості життя.

А.С. Шапіф

## **РИЗИК ВИНИКНЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО РЕГІОНАРНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМОМ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ**

Кафедра нервових хвороб

ас. І.І. Лета

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** комплексний регіонарний больовий синдром (КРБС) залишається мало вивченою патологією. КРБС характеризується хронічними неврологічними порушеннями в роботі верхніх та нижніх кінцівок у випадках травм чи післяопераційних втручань. Розповсюдженість становить 26,2 на 100,000 людино годин. Сенсорні і вегетативні розлади є провідними даного синдрому (гіпералгезія, алодинія, набряк, зміни шкірного кровотоку або аномально висока вазомоторна активність). На сьогодні ще не достатньо з'ясований патофізіологічний механізм виникнення даного синдрому, не винайдено специфічних діагностичних обстежень, але існують дані, що доводять кореляцію КРБС з дистальними переломами променевої кістки, проте немає чітких даних про

коморбідні стани, які можуть збільшувати шанси виникнення КРБС. Розповсюдженість даних травм на сьогодні становить приблизно 10-25% усіх переломів скелета, частота складає 3-4 переломи на рік на 1000 людей.

**Мета:** дослідити частоту виникнення комплексного регіонарного больового синдрому у випадках закритих переломах променевої кістки з/без зміщення у типовому місці.

**Матеріали та методи:** проведено комплексне обстеження 30 осіб згідно з Будапештськими діагностичними критеріями КРБС на наявність даних скарг з боку сприйняття (алодинія, гіпералгезія), вазомоторних порушень (відчуття температурної асиметрії на кінцівках, зміна кольору шкіри травмованої руки), наявності набряків або змін в потовиділенні, обмеження рухів кінцівки. Підтвердження КРБС можливе при наявності скарг пацієнта щонайменше з 3 перерахованих вище критеріїв, наявності тривалого больового синдрому та виключенні інших можливих причин, які могли б пояснити дані порушення. Також частині пацієнтів проведено стандартне дослідження провідності по нервам з оцінкою моторної та сенсорної провідності.

**Результати:** спостереження за пацієнтами тривало протягом 28 днів, згідно даних обстеження, було підтверджено наявність КРБС у 5 пацієнтів, 4 жінки. Коморбідних факторів виявлено не було через малу вибірку. Також не було виявлено достовірних змін в провідності по нервам.

**Висновки:** КРБС розповсюджене ускладнення перелому променевої кістки в типовому місці. Через малий час спостереження та малу кількість вибірки на сьогоднішній день не вдалося виявити коморбідні фактори виникнення КРБС. В подальшому планується продовжити дослідження з збільшенням вибірки та використанням додаткового діагностичного тесту: визначення шкірно-симпатичного потенціалу.

Л.О.Шахрайчук, О.Б.Шевня

### **ВІРТУАЛЬНА АДДИКЦІЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Я.Ю. Марункевич (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У 2013 році Міжнародною асоціацією психіатрів та психологів інтернет-залежність було визнано розладом психіки. Згідно з даними Інституту соціальної та політичної психології НАПН України, серед українських користувачів Інтернету залежними вважаються від 2 % до 6 %, абсолютна більшість серед яких – студенти, тобто особи віком 18-24 роки. Щороку ці показники зростають.

**Мета роботи:** Вивчити поширеність віртуальної аддикції серед студентів-медиків та дослідити психологічний портрет інтернет-залежних та взаємозв'язок з успішністю у навчанні.

**Матеріали та методи:** Було опитано 100 студентів 4 курсу ВНМУ, серед них 19 чоловічої статі, 81 – жіночої; середній вік – 22р. ± 2 р.

Були використані наступні методи:

1. Тест Кімберлі-Янг на інтернет залежність.
2. Опитувальник Леонгарда-Шмішека для визначення типів акцентуацій.
3. 16-факторний особистісний опитувальник Кеттелла (форма С) для визначення психологічного портрету аддиктантів.
4. Статистичні методи.

**Результати:** За результатами тесту Кімберлі-Янг серед опитаних 24 % без аддикції, 40,7 % мають схильність до інтернет-залежності, у 35,3% наявна аддикція. Серед осіб жіночої статі залежність мають 54,7 %, серед чоловічої - 33,3 %.

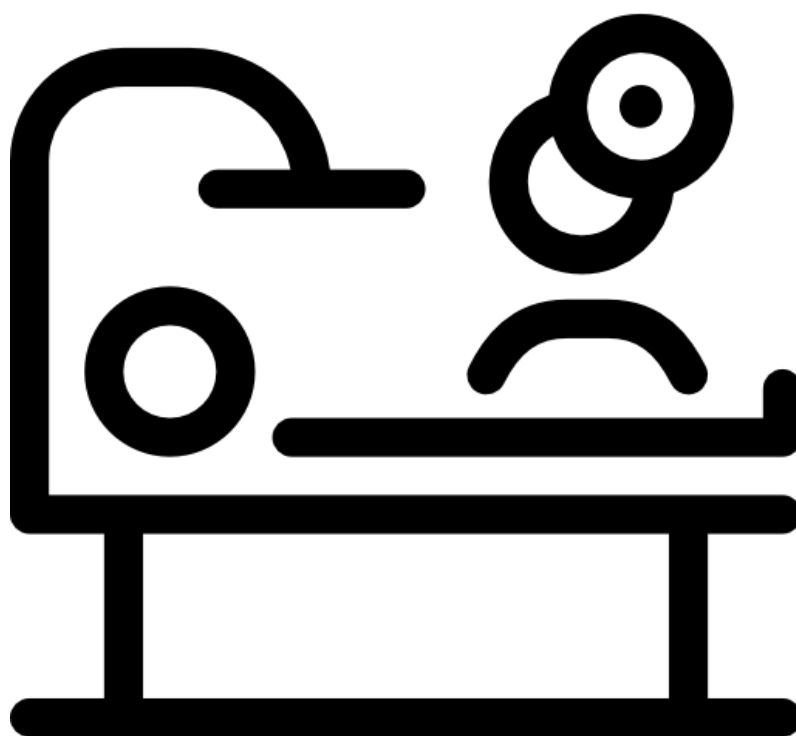
За результатами нашого дослідження психологічний портрет студентів жіночої статі з інтернет-залежністю містить наступні характеристики: тривожність, підозрливість, нерішучість, легковажність, невпевненість в собі, мрійливість, конформність, суперечливість самооцінки, боязнь встановлення нових контактів і близьких довірливих відносин, недостатня здатність до ведення конструктивної дискусії. Серед студентів жіночої статі з інтернет-залежністю переважали тривожний, афективно-екзальтований та гіпертимний тип акцентуацій.

Психологічний портрет студентів чоловічої статі з інтернет-залежністю містить наступні характеристики: дратівливість, підозрілість, імпульсивність, емоційна лабільність, тривожність, невпевненість в собі, уникання відповідальності, міжособистісні відносини не мають достатньої емоційної глибини.

Серед студентів чоловічої статі з інтернет-залежністю переважали гіпертимний, афективно-лабільний та емотивний тип акцентуацій. Виявлено вплив інтернет-аддикції на успішність у навчанні: серед студентів із заборгованістю 93,2 % мають аддикцію.

**Висновки:** 1) Серед студентів-медиків інтернет-аддикція наявна у 35,3 % опитаних. 2) Показники інтернет-аддикції вищі серед студентів жіночої статі порівняно з чоловічою (54,7 % і 33,3 % відповідно). 3) Дослідивши психологічний портрет та переважаючі типи акцентуацій студентів з інтернет-залежністю, можна припустити, що особи з подібними особистісними особливостями можуть входити в групу ризику розвитку віртуальної аддикції. 4) Показник інтернет-аддикції зворотно пропорційно корелює з рівнем успішності студентів (студенти, які мають заборгованість у 93,2 % випадків мають залежність від інтернету).

**ХІРУРГІЯ**



**SURGERY**

Ahmed Salah Ahmed  
**ROBOTIC SURGERY**  
Department of Surgery №2  
T.V.Formanchuk (PhD)  
National Pirogov Memorial Medical University,  
Vinnytsya, Ukraine

**Objective** to review the history, development, and current applications of robotics in surgery, compared with laparoscopic System in Visualization, Price and the prognosis.

**Background:** surgical robotics is a new generation that holds significant future. The first documented use of a robot-assisted surgical procedure occurred in 1985, a cholecystectomy, in 1987. In 2000, the da Vinci Surgery System became the first robotic surgery system for general laparoscopic surgery. Robotic surgery is often heralded as the new revolution, and it is one of the most fields that a about subjects in surgery today. the aim now to develop and obtain robotic devices has been largely used by the all Medical centers. There is no doubt that they will be the effective tool in the surgical future, but the extent of their use is still under progress.

**Methods:** a review of the literature was undertaken using Midline. describing the history and progression of robotic surgery.

**Results:** Several American centers are currently using surgical robots and publishing data. Most of these early studies report that robotic surgery is effective. There is, however, a paucity of data regarding costs and benefits of robotics versus conventional techniques. Robotic Surgery has a lot of advantages such as 3-D Visualization, Improved dexterity, Elimination of physiologic tremors, Ability to scale motion, Tele-surgery, Micro-anastomoses possibility, Comfortable position, compared with laparoscopy which has only one additional advantage over the robotic surgery which is the cheap price.

**Summary:** robotic surgery as a tool for invasive surgery is increasing over time for oncologic operations. The using of robotic surgery will be more effective and successful in surgical oncology practice future, warranting further study of its impact on cost, outcomes, and surgical training. Robotic Surgery has only one big disadvantage which is the cost > 6.000 \$. Over this big price, the robotic surgery has a fantastic results and the future of surgery is waiting it as a new hero in this field.

GlodinVictor  
**HUMANMYOCARDIUMONAXENOGENEICEXTRACELLULARMATRIX**  
General Surgery Department  
O.M.Chepliaka (PhD, associate professor)  
National Pyrohov Memorial Medical University  
Vinnytsya, Ukraine

**Purpose of review:** Heart transplantation is the only curative treatment option for end-stage heart failure. However, a shortage of donor organs is a major limitation of this approach. Regenerative medicine targets the goal of increasing the number of available hearts for transplantation. In this review, we highlight the state of the art of building a bioartificial heart. We summarize the components needed, the hurdles, and likely translational steps to make the dream of transplanting a totally functional bioartificial heart a possibility.

**Recent findings:** The therapies being developed in regenerative medicine aim not only to repair, but also to regenerate or replace failing tissues and organs. The engineering of bioartificial hearts utilizing patient-derived cells could theoretically solve the two main complications of heart transplantations: graft rejection and lifelong immunosuppression. Although many hurdles remain, scientists have reached a point in which some of these hurdles have been overcome. Decellularized heart scaffolds have emerged over the past decade as one of the most promising biofabrications. Two possible options for organ scaffolds exist: nontransplantable human hearts and porcine hearts. The use of these scaffolds could lead to the availability of an unlimited number of transplantable organs. The current challenge remains improving processes required for recellularization - including those for cells, bioreactors, and physiologic conditioning.

Researchers should focus to solve these hurdles and pave the way toward the dream of in-vivo bioengineered heart maturation.

**Summary:** Regenerative medicine has emerged as one of the most promising fields of translational research and has the potential to both minimize the need for donor organs and increase their availability. Meeting the challenge of implanting a totally functional bioengineered heart lies in solving multiple issues simultaneously. Dwarfing the technical hurdles, cost is the largest barrier to success. The scientific hurdles mainly involve scaling up and scaling out of laboratory cell processes, building bioreactors, and delivering cells into every needed region of an organ scaffold. Maintaining sterility and quantifying readiness of the nascent organs are also critical for success.

Ipito Timoteus, Liubevych R.L., Gorovyi O.V.  
**METHOD OF STRICTURES DILATATION IN MEN**  
Department of Surgery №1, Course of Urology  
V.I. Gorovyi (Ph. D., dots.)  
Vinnytsia National Pyrogov Memorial Medical University  
Vinnytsia, Ukraine

**Actuality:** dilatation of severe strictures in men (less than 3 mm in diameter or 9 Ch) is a difficult procedure in urological and surgical practice particular in case of acute retention of urine and needs special equipment (soft and metal sounds). In some cases doctor must be ready to perform cystostomy (troacar or open).

**The aim:** of our study is a presentation of our method of dilatation severe strictures in men.

**Materials and methods:** for the last 3 years (2016-2018) dilatation of severe strictures in men were performed on 25 patients in department of urology Vinnytsia Regional Clinical Hospital. Postinflammatory strictures were noted in 22 patients (88%), posttraumatic – 3 (12%). The age of patients was next: before 20 years – 2 patients, from 21 to 40 years – 12 patients, from 41 to 60 years – 9, older 60 years – 2. Strictures of bulbous part of urethra were noted in 20 patients (in 4 patients bulbous strictures were combined with penile strictures), membranous and prostatic urethra – 5. Acute retention of urine took place in 3 (12%) patients. For performing stricture dilatation we used ureteral catheter №5 Ch (both ends open) with metal wave inside and ureteral dilators (sounds) № 6 – 18 Ch by “Cook” company. Before dilatations we used analgetics intramuscular and antiseptic lubricant “Categel”. During dilatation at first we were inserting ureteral catheter with metal wave (in case of obstruction for ureteral catheter we were inserting only metal wave) inside urinary bladder then we were removing ureteral catheter with leaving of metal wave inside urinary bladder. After that we were performing dilatation of urethra by ureteral dilators (Patent on usefull model of Ukraine №113309 from 25.01.2017). In 5 patients with short strictures we performed additional dilatation by using metal sounds № 16 - № 20 Ch. After that we were inserting inside urinary bladder Foley catheter №14 Ch or №16 Ch for 2-3 days and patients were treated by peroral antibacterial agent for 3-5 days. Repeat dilatation was recommended after 1-3 month.

**Results:** complications(urethrorrhagia, false ways and urethral fever) during urethral dilatations were not noted. In 6 patients we could not insert ureteral catheter №5 Ch, only metal wave. Metal wave helped us to perform atraumatic dilatation of urethra.

**Conclusions:** presented method of dilatation severe urethral strictures in men is simple in performing, prophylaxises trauma of urethra, false ways and urethrorrhagia. Method is recommended for practical work of urologists and urgent surgeons.

Бабійчук О.Ю., Плазовський Т.І., Глухонюк Д.В., Прядко Л.В.  
**ТРАВМИ ХРЕБТА ПРИ НЕПРАВИЛЬНІЙ ТЕХНІЦІ ВИКОНАННЯ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ**  
Кафедра травматології та ортопедії  
Боцул О.В. (ас.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** заняття фізичними вправами у тренажерному залі вимагає належної підготовки та дотримання правил техніки виконання зі збереженням догми послідовного навантаження. Часто, новачки в силу недостатньої обізнаності або через відсутність тренерського нагляду отримують травми, які можуть не лише нівелювати оздоровлюючий вплив фізкультури, але і призвести до стійких анатомічних змін, що обмежують подальші заняття спортом та знижують якість життя пацієнта. Особливо технічно-складними вправами, а тому потенційно найтравматичнішими, є станова тяга та присідання зі штангою, при виконанні яких задіюється більшість м'язів спини і нижніх кінцівок, а хребет піддається сильному осьовому навантаженню. При зміщенні осі, через перерозподіл навантаження з'являється ризик протрузії та утворення гриж.

**Мета:** узагальнити інформацію про патогенез, клінічний перебіг та ускладнення при травматизації хребта внаслідок неправильної техніки виконання фізичних вправ; розглянути клінічний випадок численних компресійних переломів у грудино-поперековому відділі хребта.

**Матеріали та методи:** проаналізовано літературні дані зі спортивної медицини, травматології та фізичної реабілітації по даній темі; розглянуто клінічний випадок молодого спортсмена з компресійними переломами у грудино-поперековому відділі хребта.

**Результати:** при ретроспективному аналізі техніки виконання таких фізичних вправ як станова тяга та присідання, було відзначено певні відхилення від загальноприйнятих рекомендацій. При виконанні присідань зі штангою найчастішими помилками є: неправильне положення грифу на спині спортсмена, що може призвести до переломів остистих відростків шийних хребців; надмірне приведення чи відведення колін в найнижчій фазі присідання, при яких нерівномірно розподіляється навантаження на колатеральні зв'язки колінного суглоба; перерозгинання або округлення спини через зміщення осі навантаження, що веде до протрузії, а в випадку розриву фіброзного кільця - до грижоутворення. При виконанні станової тяги існує ризик зміщення хребців, що в окремих випадках може призводити до защемлення нервових корінців з порушенням їх функцій. За дії вертикально-спрямованої сили, у спортсменів з розвиненим м'язово-зв'язковим апаратом, пульпозне ядро вклинюється в тіло хребця, руйнуючи кісткову тканину. Такі компресійні переломи локалізуються переважно в нижніх грудних, рідше – поперекових хребцях, адже на ці ділянки припадає найбільший тиск під час виконання фізичних вправ. Саме такий тип і механізм травм були у пацієнта Б. через 6 місяців після введення у програму тренувань вправи на станову тягу та присідання зі штангою.

**Висновки:** популяризація спорту сприяє зацікавленості молодих людей до занять в тренажерному залі. Таким чином, заняття в тренажерному залі однозначно вимагають належного знання правил виконання фізичних навантажень, так як навіть короткочасне недотримання відповідних норм може призвести до негативних наслідків для фізичного здоров'я. Попередження ризику такої травми – легше, ніж її компенсація.

Бабійчук О.Ю.

## ПУХЛИНА ВІЛЬМСА І ЇЇ РОЛЬ В КОМБІНОВАНІЙ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Костюк О.Г. (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Частота виникнення пухлини Вільмса (нефробластоми) складає 8 випадків на 100 000 населення. Вона є найпоширенішою пухлиною серед дітей до 6-річного віку. У 20% випадків виникнення нефробластоми пов'язане з вродженими мутаціями генів WT і тому зустрічається у більшості клітин організму. За таких умов перебіг захворювання ускладнюється іншими симптомами і формуються синдроми Деніса-Дреша, Беквіта-Відермана та WAGR-синдром. Навіть при наявності солітарної нефробластоми і попри високий рівень її курабельності, пацієнт знаходиться в групі підвищеного ризику з приводу розвитку інших неоплазм.

**Матеріали і методи:** Вивчення і систематизація матеріалу з літературних джерел по даному питанню, огляд фахових наукових статей за 2012-2018 рік з ресурсів PubMed та GoogleScholar.



**Мета:** Продемонструвати взаємозв'язок між мутаціями генів WT, які є основною причиною розвитку пухлини Вільмса, та появою неоплазм іншого походження і локалізації.

**Результати:** При точковій мутації хромосоми 11p13 відбувається утворення виключно нефробласоми без супутніх ускладнень. Але частіше мутаціям піддаються суміжні локуси на цій хромосомі, що сприяє співвиникненню інших ознак. Так, мутація суміжного з геном WT1 гена PAX6 проявляється WAGR-синдромом, який додатково характеризується аніридією, псевдогермафродитизмом та відставанням у розумовому розвитку. При мутаціях в інших ділянках, які суміжні з WT генами можуть розвиватись синдроми Деніса-Дреша (при мутаціях в 8 і 9 екзонних ділянках гену WT1) або Беквіта-Відермана (при мутаціях WT2 разом з метилюванням р-ніжки 11 хромосоми). Останній характеризується ймовірністю виникнення інших бластних формувань, таких як панкреатобластоми, гепатобластоми та інші пухлини з низьким ступенем диференціації. Цей факт підштовхнув до пошуків взаємозв'язку генів WT з іншими не нефрогенними неоплазіями і були встановлені нові комбінації порушень. Був доведений тісний зв'язок WT1 з простаноїдним тромбоксаном A2, порушення регуляції якого призводить до пухлин простати, сечового міхура і грудей; з геном CTNNB1 - при даних мутаціях можуть розвиватись колоректальні карциноми, медулобластоми та карциноми яєчників. Доведена пряма залежність між мутаціями гену WT з виникненням гострого та хронічного мієлоїдного лейкозу. При чому чим більша була експресія генів WT, тим злякисніший був перебіг захворювання.

**Висновки:** Якщо раніше онкоген WT і мутації 11 хромосоми підвищували настороженність лише з боку уrogenітальної патології, то наразі доведений комбінований вплив мутацій даного гену на розвиток пухлин різного походження. Це робить методи генетичного дослідження WT-мутацій важливим кроком для вірного розуміння етіології пухлини, передбачення можливих ускладнень та рецидивів, а також є основним фактором у призначенні лікування.

Бабійчук О.Ю.

## ВПЛИВ КУРІННЯ НА РЕАКТИВНІСТЬ ТРОМБОЦИТІВ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПРИЙМАЮТЬ КЛОПІДОГРЕЛЬ

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

О.В. Левадний (ас.)

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

**Актуальність:** Куріння – поширений чинник, що погіршує преморбідний фон пацієнтів, особливо кардіологічного профілю. Доведена чітка кореляція між показниками пачко-років та ризиком артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, кардіоміопатій. Крім того, куріння є каталізатором метаболічних процесів у печінці, які здійснюються за допомогою ферменту цитохромоксидази P450. Оскільки клопідогрель біотрансформується саме в печінці і за участю даного ферменту, то його схеми призначення мають відрізнитись у людини-курця та особи, яка не палить.

**Мета:** Проаналізувати вплив куріння на реактивність тромбоцитів у пацієнтів, які приймають клопідогрель.

**Матеріали та методи:** Огляд сучасної літератури та науково-дослідних робіт, в яких описується механізм впливу табачного диму на згортальну систему крові у пацієнтів, які приймають клопідогрель.

**Результати:** За даними досліджень (Kevin P. Bliden et al. 2008) у курців, які знаходяться на тривалому лікуванні клопідогрелем, достовірно вищий показник інгібування агрегації тромбоцитів (46 % проти 34 %,  $p=0.002$ ) і експресії ADP-стимулюючого активного глікопротеїну Пб/Ша (58 % проти 40 %,  $p=0.05$ ) у порівнянні з особами, які не палять. Також було проведено порівняння між групами, які викурюють більше 1/2 пачки на добу та групою, де палять менше 10 цигарок на добу. Проте, достовірних відмінностей в агрегаційній здатності тромбоцитів між групою, в якій викурюють менше 10 цигарок на день, і групою, в якій пацієнти не палять, не спостерігалось. Дані результати пояснюються впливом табачного диму на ізофермент CYP1A2 з подальшою його активацією і, таким чином, пришвидшенням перетворення клопідогрелю в його активний метаболіт. Але більш пізні

дослідження (Gabriele Crimi et al. 2018) вказують на безпосередню дію табачного диму на реактивність тромбоцитів. Таким чином, пацієнти, що палять, мали вищий показник інгібування агрегації тромбоцитів ще до терапії клопідогрелем, що змінює уявлення про вплив куріння на реактивність тромбоцитів.

**Висновки:** Схема лікування клопідогрелем у пацієнтів, що викурюють більше 10 цигарок на добу, повинна проводитись з урахуванням впливу табачного диму як і на ферментні системи печінки, так і безпосередньо на тромбоцити. Механізм даного впливу потребує подальшого вивчення.

Баранова А.С., Матросова Ю.В.

## СТАН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОЇ ЛАРИНГЕКТОМІЇ

Кафедра ЛОР-хвороб

В.В. Максимчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Носова порожнина – це частина системи верхніх дихальних шляхів, що найсильніше піддається морфологічним та патофізіологічним змінам, які виникають внаслідок дії різних чинників. Після тотальної ларингектомії верхні та нижні дихальні шляхи розділяються, через що вони більше не можуть виконувати спільні фізіологічні функції: зігрівання, очищення і зволоження повітря, що надходить. Відсутність фізіологічного стимулюючого потоку повітря після тотальної ларингектомії призводить до клінічних, цитологічних та гістологічних змін слизової оболонки носа, до зниження кровотоку, відсутності сприйняття запаху й смаку, змін у мукоциліарному транспорті та носовій флорі.

**Мета:** оцінити зміни слизової оболонки верхніх дихальних шляхів у хворих з відсутністю дихання після тотальної ларингектомії.

**Матеріали та методи:** аналіз наукових публікацій у базі даних Pubmed, Medscape, електронних журналах Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences, Turkish Archives of Otolaryngology, Clinical and Experimental Otorhinolaryngology.

**Результат:** У дослідженні приймали участь пацієнти, які перенесли тотальну ларингектомію, внаслідок різних причин. Хворі поділялися на групи в залежності від терміну післяопераційного періоду. Відповідно перша група - ті, що перенесли ларингектомію менше року назад, а друга група – більше року назад. Результати світлової мікроскопії зразків, взятих в пацієнтів 1 групи, були такими, що не відрізняються від норми, при електронно-мікроскопічній оцінці було виявлено зменшення кількості війчастих клітин та злущення війок, велика кількість дегенеративних (комплекса Гольджі чи цистерн ендоплазматичного ретикулулу). Усі зразки, що були взяті у пацієнтів 2 групи, продемонстрували при світловій мікроскопії ознаки дегенеративних та атрофічних змін, що може вказувати на зменшення синтезу слизу. Під час електронно-мікроскопічному дослідженні в обох групах було виявлено порушення контакту між епітеліальними клітинами та сполучноклітинними комплексами через стовщення їх. Це, у свою чергу, заважає контрольованому проходженню від апікальних до базальних шарів, а також до субепітеліальної сполучної тканини та кровоносних судин. Внаслідок цього клітини стають більш чутливі до інфекційних агентів. Однією спільною ознакою обох груп була наявність умовно-патогенних бактерій у слизовій оболонці носової порожнини, що не супроводжувалося запальним процесом.

**Висновки:** Дане дослідження підтвердило, що після тотальної ларингектомії зміни в слизовій оболонці носової порожнини виникають в результаті її виключення з акту дихання. Ці зміни були цитологічно та гістологічно підтверджені та включають атрофічні зміни псевдобагатошарового кубічного війчастого епітелію, зменшення келихоподібних клітин, потовщення власної базальної пластинки, наявність умовно-патогенних бактерій без супутнього запального процесу. Ці результати показали, що гіповентиляція носової порожнини відображається у структурних змінах її слизової оболонки.

Бартко Т.В., Плющик Н.В., Кохан Б.І.

## АНАЛІЗ ТРАВМАТИЗМУ СЕРЕД МЕШКАНЦІВ М. ВІННИЦЯ, УКРАЇНА (2016-2018 рр.)

Кафедра травматології та ортопедії

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В.Чорна (к.м.н., доц.), О.В.Боцул (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** протягом останнього десятиліття спостерігається високий рівень каліцтва населення внаслідок пошкоджень. Враховуючи, що зазнають травм особи соціально активного віку, економічні збитки стають значними. Встановити такі витрати в Україні важко внаслідок відсутності чіткої статистики та розподілу постраждалих.

**Мета:** проаналізувати 600 історій хвороб пацієнтів в МКЛ ШМД м. Вінниця, Україна протягом 2016-2018 рр. та систематизувати дані, розподіливши їх за такими категоріями: характер травми; час виникнення травматизму; місце травматизації; домінуючий сезон.

**Матеріали та методи:** аналіз історій хвороб (300) на базі МКЛ ШМД.

**Результати:** у 2018 році закриті переломи склали 47,5% (стегна-34,2%; гомілки-18,4%; передпліччя-13,15%); рани-37,5% (гомілки-33,3%; кисті-23,3%; передпліччя-13,3%); відкриті переломи-15% (кисті-37,5; стегна-37,5; передпліччя-25%). У 2017 році закриті переломи склали 39,4% (стегна-43,6%; гомілки-25,6%; передпліччя-10,25%); рани-40,4% (гомілки-17,5%; кисті-35%; передпліччя-27,5%); вірив нігтьової фаланги-9,1%. У 2016 році закриті переломи склали 51,4% (стегна-45,5%; гомілки-23,6%; передпліччя-7,3%; плеча-7,3%); рани-32,7% (гомілки-11,4%; кисті-60%; стегна-14,3%); вірив нігтьової фаланги-4,7%.

Проаналізовано динаміку змін за часом виникнення травм. Добу поділено на 4 рівних проміжки: 00:00-6:00; 6:00-12:00; 12:00-18:00; 18:00-24:00. Динаміка змін у 2018 році: 00:00-6:00(6,6%); 6:00-12:00(35,5%); 12:00-18:00(31,5%); 18:00-24:00(26,4%). У 2017 році: 00:00-6:00(2%); 6:00-12:00(49,5%); 12:00-18:00(33,3%); 18:00-24:00(15,2%). У 2016 році: 00:00-6:00(6,2%); 6:00-12:00(48,9%); 12:00-18:00(26,5%); 18:00-24:00(18,4%).

За місцем виникнення травм результати 2018 року розподілено: побутова травма-72%; травма, що сталася на вулиці-25,3%; травма, що виникла на виробництві-2,7%. У 2017 році: побутова травма-67,4%; на вулиці-25,5%; на виробництві-7,1%. У 2016 році: побутова травма-70,4%; на вулиці-22,4%; на виробництві-7,2%. Підраховано динаміку виникнення травм за сезонами: 2018 рік: зима-300 випадків, весна-481 в., літо-480 в., осінь-402 в. 2017 рік: зима-400 в., весна-423 в., літо-431 в., осінь-412 в. 2016 рік: зима-429 в., весна-391 в., літо-467 в., осінь-441 в.

**Висновки:** найбільше постраждалі звертаються за допомогою у зв'язку з наявністю закритих переломів; найчастіше травмують стегно та кисть; 2 місце за поширеністю травм посідають рани; найчастіше пацієнти зазнають травмувань у проміжку 6:00-12:00, адже це найвищий пік людської активності; найбільша кількість випадків – побутові травми, що свідчить про незнання правил користування знаряддями праці. Переважання побутових травм над виробничими пояснюється активним контролем дотримання правил безпеки на виробництвах або спробами приховати виникнення травм у нелегально працевлаштованих робітників. Серед усіх сезонів переважає літній період, що пояснюється більшою кількістю вільного часу, подорожами, заняттям активними видами спорту.

Белясов Д.В., Боровикова А.О.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЕРЕКРУТА ЖИРОВИХ СТРУКТУР ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії В.С. Коноплицький (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** у структурі гострих хірургічних захворювань перевертати і некроз жирових структур черевної порожнини (жирових доважків, пасм великого чіпця, передочеревинних ліпом) зустрічається з частотою 0,3%. Особливістю захворювання є відсутність патогномонічних симптомів та специфічних змін лабораторних показників, а також об'єктивні складності його неінвазивної інструментальної діагностики. Діагноз рідко встановлюється на доопераційному етапі, а в більшості випадків встановлюється лише після ревізії черевної порожнини під час операції, проведеної з приводу інших гострих хірургічних захворювань.

**Мета:** визначення особливостей клінічної симптоматики, оцінка ефективності діагностичних методів та лікувальної тактики при перевертаті та некрозі жирових структур черевної порожнини у дітей.

**Матеріали та методи:** проведено аналіз вітчизняної та іноземної літератури, а також інформації, взятої з медичних карт стаціонарних хворих.

**Результати:** у ході дослідження виявлено відсутність специфічної клінічної картини. Відмічається розходження між задовільним загальним станом хворих та виразністю болювого синдрому, частіше по правому фланку живота. Тривалий час відсутні ознаки інтоксикаційного синдрому, що сприяє пізній госпіталізації до 85% хворих. При УЗ- дослідженні патології виявляється неспецифічні інфільтративні утворення. На КТ-знімках ОЧП рідко вдається побачити безпосередньо заворот (whirlpool-sign). Найбільш інформативним методом діагностики перевертатів чіпця є лапароскопія, що ефективна в 97,8% випадків, а також має не тільки діагностичний, але й лікувальний характер. Остаточний діагноз часто встановлюється в післяопераційному періоді. Вторинно змінений апендикс визначається майже в усіх випадках.

**Висновки:** рідкість патології потребує інформування дитячих хірургів і педіатрів про клінічні прояви перевертати жирових структур, а також пам'ятати про можливість існування даної недуги. Перевертати жирових структур у дітей не має патогномонічних симптомів. УЗ- та КТ-дослідження при перевертаті чіпця або жирових доважок, зазвичай, малоінформативні. Застосування лапароскопії може розглядатись в якості найбільш достеменного методу діагностики перевертати жирових структур черевної порожнини, яка може дозволити одномоментно виконати резекцію частини органу та, за необхідності, апендектомію, при визначенні у відростку незворотних змін.

Білошицька О.І.

## **РІВЕНЬ КАТАЛЕЦИДИНУ LL-37 ЯК РАННІЙ ПРЕДИКТОР ДІАГНОСТИКИ БІЛІАРНОГО СЕПСИСУ**

Кафедра хірургії №2 з курсом Основи стоматології

О. І. Вовчук, к. мед. н., доц.

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

**Актуальність:** незважаючи на активний розвиток методів діагностики і лікування хвороб гепато-біліарної системи, біліарний сепсис залишається одним з найтяжчих наслідків, в зв'язку з неточністю методів діагностики і відповідно високою летальністю.

**Мета:** діагностувати біліарний сепсис шляхом визначення вмісту в сироватці крові протимікробного пептиду каталецидину LL-37.

**Матеріали і методи:** визначення в сироватці крові вмісту каталецидину LL-37 методом імуноферментного аналізу.

**Вступ:** біліарний сепсис - це сукупність системних запальних реакцій, що виникають у відповідь на локальний інфекційний процес в жовчовивідних шляхах. Згідно сучасних уявлень існує тісний патогенетичний зв'язок між механічною жовтяницею (МЖ), гострим холангітом (ГХ) і біліарним сепсисом (БС): при наявності певних умов МЖ може ускладнюватися розвитком ГХ, який в ряді випадків трансформується в БС. В основу методу діагностики біліарного сепсису поставлене завдання визначення вмісту в сироватці крові каталецидину LL-37, який знаходиться у гранулах нейтрофілів, зустрічається у субпопуляціях моноцитів та лімфоцитів і належить до антимікробних пептидів. Основний механізми дії антимікробних пептидів людини заснований на електростатичному зв'язуванні позитивно зарядженого пептиду з негативно зарядженими компонентами зовнішньої мембрани патогена, які представлені ліпополісахаридом у грам-негативних бактерій, тейхоєвою

кислотою у грам-позитивних бактерій. Наступне за зв'язуванням з мембраною вбудовування пептиду в ліпідний бішар бактеріальної клітини, призводить до утворення пор, до хаотизації ліпідного бішару і, в кінцевому рахунку, до руйнування мікроорганізму.

**Результати:** дослідження було проведено в клініці хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за період 2015-2018 рр, що розміщена на базі МКЛ ШМД на 37 хворих з діагнозом ЖКХ. Гострий гнійний холангіт. Діапазон вимірювання: 0.14-100 нг / мл. Чутливість: 0.14 нг / мл. Хворим було визначено рівень протимікробного пептиду каталецидину LL-37 одночасно із іншими біохімічними показниками. Рівень каталецидину LL-37 при поступленні склав  $13,47 \pm 2,07$  нг/мл, на п'яту добу перебування склав  $10,07 \pm 1,63$  нг/мл, на десяту добу  $9,13 \pm 1,08$  нг/мл, при виписці -  $8,23 \pm 0,97$  нг/мл. Дані порівнювали із абсолютно здоровими 10 волонтерами, рівень каталецидину LL-37 у яких склав  $10,54 \pm 1,78$  нг/мл. Отже, порівнявши дані, бачимо, що рівень каталецидину набуває максимального значення при поступленні хворих із нормалізацією даного показника на п'яту добу; на десяту добу та при виписці відзначаємо зниження рівня каталецидину LL-37, що вказує на виснаження системи протимікробних пептидів.

**Висновки:** діагностика біліарного сепсису шляхом визначення каталецидину LL-37 дозволяє запровадити чіткі критерії проведення ранньої антибактерійної терапії. Переваги даного методу полягають в його високій специфічності, чутливості та підвищенні інформативності шляхом дослідження рівня каталецидину LL-37 у сироватці крові.

Вахнюк А.О.

## ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНИХ ПОРУШЕНЬ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ ХОЛЕСТАЗУ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

Я.В. Карий (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Значення печінки в здійсненні і регуляції основних етапів обміну речовин забезпечує їй важливу роль у підтриманні гомеостазу організму. Як екзокринна, так і ендокринна функції печінки забезпечуються спеціалізованими секреторними клітинами – гепатоцитами. Цим пояснюється увага морфологів, фізіологів, патологів, хірургів до проблем, пов'язаних з захворюваннями печінки.

**Мета:** вивчити морфологічні зміни печінки в залежності від тривалості холестазу.

**Матеріали та методи дослідження.** Для виконання поставленої мети нами було виконане морфологічне дослідження 10 біоптатів печінки хворих з різною тривалістю обтураційної жовтяниці (ОЖ) – до 7 діб, від 7 до 14 діб, від 14 до 21 доби, від 21 до 28 діб та більше 28 діб (по 2 біоптати в кожній групі). Вік хворих був від 30 до 90 років. Жінок було 6 (6,0%), чоловіків – 4 (4,0%). ОЖ доброякісного генезу спостерігалась у 7 (7,0%) хворих, злоякісного – у 3 (3,0%).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Із печінкової тканини вирізались шматочки розмірами 1x1 см. Матеріал фіксувався у 10 % розчині нейтрального формаліну (рН 7,2-7,4) протягом 24-48 годин, потім він проводився через спирти зростаючої концентрації та заливався у парафін. Із отриманих парафінових блоків готували серійні напівтонкі зрізи товщиною 5-7 мкм, які забарвлювали гематоксиліном-еозином, пікрофуксином за методом Ван-Гізона для визначення ступеня фіброзних змін у тканині печінки, суданом III для виявлення жирової дистрофії гепатоцитів. Вивчення мікроскопічної структури печінкової паренхіми проводили за допомогою світлового мікроскопа OLIMPUS BX 41 при збільшеннях у 100, 200 та 400 разів.

Морфологічні зміни печінки при ранніх термінах ОЖ (до 7 діб, 7-14 доба) полягали у внутрішньопротоковому холестазі, помірній інфільтрації стромы нейтрофілами. При пізньому холестазі (14-21 доба, 21-28 доба) розвивались та прогресували: внутрішньопротоковий та внутрішньоклітинний холестаз, реактивний гепатит, дистрофія гепатоцитів і незначний фіброз. В більш пізні терміни ОЖ (більше 28 діб) зміни печінки полягали у некрозі печінкової паренхіми, сформованому фіброзі та цирозі печінки.

**Висновки.** При ранніх термінах ОЖ морфологічні зміни печінки мають зворотній перебіг і проявляються у вигляді холестазу та запальних змін. При пізньому холестазі структурні зміни печінкової паренхіми

мають незворотній характер у зв'язку з розвитком фіброза і цироза печінки.

Габорець Я.В., Бабійчук О.Ю.

## **МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА РЕГЕНЕРАЦІЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАН ПРИ ЗАСТОСУВАННІ СИСТЕМИ TOPCLOSURE В ПОРІВНЯННІ З ТРАДИЦІЙНИМ УШИВАННЯМ**

Завідувач кафедри: д.мед.н., проф. Покидько М.І.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Гудзь М.А.

Кафедра хірургії з курсом основ стоматології

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** методика традиційного ушивання післяопераційних ран шляхом накладання простого вузлового шва супроводжується рядом недоліків: він чинить помітний тиск на краї рани, що призводить до порушень мікроциркуляції, регенеративних процесів та зниження резистентності до розвитку інфекції. Сповільнення регенерації післяопераційної рани подовжує строки непрацездатності пацієнта. Одним з можливих варіантів запобігання даним явищам може стати застосування системи TOPCLOSURE, в основі дії якої лежать природні механізми здатності шкіри до розтягування, що забезпечує послаблення напруги на краї рани та знімає тиск з апоневрозу, перемішуючи його на шкіру.

**Мета роботи:** провести морфологічну оцінку загоєння та порівняти строки регенерації післяопераційних ран в умовах застосування системи TOPCLOSURE у порівнянні з традиційним ушиванням.

**Матеріали та методи:** у дослідженні взяли участь 60 осіб, яких було розподілено на 2 експериментальні групи по 30 у кожній: перша (основна) – в якій краї рани з'єднувались за допомогою системи TOPCLOSURE без ушивання; друга (група порівняння) – в якій краї рани ушивались за класичною методикою. У подальшому проведено забір матеріалу, виготовлення гістологічних препаратів та забарвлення їх гематоксилін-еозином.

**Результати:** виявлено деякі відмінності в регенерації післяопераційної рани при фіксації її країв рани вузловими швами та системою TOPCLOSURE: відсутність вираженої нейтрофільної інфільтрації (3 день), осередки ангиогенезу (7 день), відсутність клітин сторонніх тіл (14 день), прискорене формування сполучнотканинного рубця (21-й день, тоді як традиційне ушивання супроводжується появою рубця на 30-ий день), про що свідчить швидша зміна клітин моноцитарно-макрофагального ряду на фібробласти. Безперечною перевагою використання системи TOPCLOSURE у порівнянні із застосуванням шовного матеріалу став факт відсутності в післяопераційній рані гранулематозної (гігантоклітинної) реакції навколо залишків фрагментів шовного матеріалу та відсутність її нагноєння.

**Висновки:** на основі даних морфологічних досліджень можна зробити висновок, що застосування системи TOPCLOSURE у лікуванні післяопераційних ран допомагає досягнути швидкої репарації тканин з максимальним косметичним ефектом, профілакує інфекційні ускладнення (2 випадки (6%) у порівнянні з 7 випадками (23%) при традиційному ушиванні), скорочує тривалість перебування хворого у стаціонарі (прискорення терміну формування рубця на 9 днів при застосуванні системи TOPCLOSURE), є технічно простою хірургічною маніпуляцією.

Габорець Я.В., Швед О.В.

## **РОЛЬ ІНТРАОКУЛЯРНОГО СИНТЕЗУ ЕНДОТЕЛІНУ, ЕРИТРОПОТИНУ ТА ФАКТОРА РОСТУ СУДИН В ПАТОГЕНЕЗІ ПРОЛІФЕРАТИВНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ**

Кафедра очних хвороб

Й.Р.Салдан (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** цукровий діабет займає третє місце в світі за поширеністю після серцево-судинних та онкологічних хвороб. За даними ВООЗ цукровим діабетом страждає 2,8% населення земної кулі, не зважаючи на значний прогрес в розвитку методів лікування даної патології. Крім того, дана хвороба ініціює розвиток ряду ускладнень, серед яких вагоме місце посідають ретинопатії. Вони становлять серйозну медико-соціальну проблему, будучи однією з основних причин втрати зору серед працездатного населення. У патогенезі діабетичної ретинопатії особлива роль відводиться вазоактивним речовинам, але на даний час особливості механізмів їх локального синтезу та впливу на розвиток хвороби, залишаються маловідомими.

**Мета:** вивчити роль інтраокулярного синтезу вазоактивних речовин в патогенезі проліферативної діабетичної ретинопатії.

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

**Результати:** до вазоактивних речовин, що ініціюють розвиток проліферативної діабетичної ретинопатії, належать ендотелін, еритропоетин, та ендотеліальний фактор росту (VEGF), концентрація яких в біологічних рідинах пацієнтів з діабетичною ретинопатією є в рази вищою, ніж в нормі. Дані фактори виявляють різні спектри впливу, але володіють спільною топічною спрямованістю. Зокрема, експресія гена еритропоетину та рецепторів до нього виявлена у всіх шарах сітківки та пігментному епітелії. Діючи ауто/паракринно, даний фактор стимулює проліферацію ендотелію, незалежно від VEGF. Механізм активації інтраокулярного синтезу еритропоетину збігається з таким в нирках - пусковим фактором виступає гіпоксія тканин, викликана порушенням мікроциркуляції. Тканинами синтезується фактор гіпоксії HIF-1, який ініціює експресію гена VEGF, продукт якого стимулює не лише ангіогенез, а і підвищує проникність судин ока, та сприяє синтезу медіаторів запалення. В каскаді даних реакцій ендотеліну належить роль фонового фактора, котрий за рахунок вазоконстрикторних властивостей викликає гіпоксію тканин, а в пацієнтів з діабетичною ретинопатією активує проліферацію міоцитів і фібробластів, потенціює формування позаклітинного матриксу та фібронектину. Таким чином, ендотелін, сприяючи розвитку проліферативного процесу, можливо, реалізує перехід з непроліферативної стадії хвороби в проліферативну.

**Висновки:** вазоактивні речовини відіграють ключову роль в процесах неоваскуляризації в пацієнтів з діабетичною ретинопатією, та за рахунок комплексної дії ініціюють перехід непроліферативної стадії хвороби в проліферативну. Подальше вивчення інтраокулярного синтезу вазоактивних сполук більш глибоко зрозуміти механізми розвитку даного ускладнення цукрового діабету, та може стати таргетною ціллю в боротьбі з ним.

Гайдаренко Т.А.

## **ЗМІНИ ОРГАНУ ЗОРУ ПРИ ЛЕЙКОЗАХ**

Кафедра очних хвороб

Т.М. Антонюк (доцент, к. мед. н)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** зоровий аналізатор пов'язаний з іншими відділами організму, тому дуже часто при загальних захворюваннях саме в ньому виникають морфологічні та функціональні зміни. Патологічні зміни органа зору, що виникають внаслідок загальних хвороб, становлять близько 75%. Лейкоз - злоякісне захворювання системи крові, яке характеризується переважанням процесів розмноження клітин кісткового мозку, а іноді появою патологічних вогнищ кровотворення у інших органах. Найбільш важко протікають захворювання очей при лейкозі. При цьому дебют основного захворювання нерідко починається з очних змін.

**Мета:** вивчити та проаналізувати рівень змін в органі зору при лейкозах. Виділити особливості очних проявів при різних клінічних проявах лейкозів.

**Матеріали та методи:** у процесі дослідження було опрацьовано та проаналізовано сучасну медичну літературу, наукові статті та ресурси; використано методи аналізу та систематизації.

**Результати:** захворювання крові чинять негативний вплив на всі системи та органи, в тому числі на орган зору. Лейкози супроводжуються різноманітними змінами з боку очей. Першим симптомом при даному захворюванні досить часто стає односторонній екзофтальм, він швидко наростає, проходить без симптомів запальної реакції в орбіті. В 70% випадків зустрічаються зміни на очному дні, такі як: ангіопатія у вигляді звивистості і розширення вен сітківки, крововиливи, застійний диск зорового нерва. При тривалому перебігу основного захворювання поряд із загальними змінами в кров'яному руслі відмічають виникнення іридоциклітів, що супроводжуються масивною інфільтрацією райдужки і наявністю жовтого ексудату в передній камері. Супутня анемія і інфільтрація визначає блідий фон очного дна. У сітківці по ходу судин видно білуваті смуги, що представляють собою периваскулярну лейкоцитарну інфільтрацію. В міру прогресування захворювання з'являються різноманітні види крововиливів: преритинальні, ретинальні, субретинальні. У найбільш важких випадках з'являються ішемічні ватоподібні вогнища в шарі нервових волокон. Тяжкість змін в органі зору корелює з тяжкістю захворювання, і при ефективному лікуванні основного захворювання поліпшується і стан очного дна.

**Висновки:** згідно проаналізованих даних можна зробити висновок, що лейкоз - системне захворювання крові, для якого є характерним достатньо різноманітна клінічна симптоматика і орган зору при цьому уражається не в останню чергу. Це - поліетіологічне захворювання. І не залежно від самої стадії лейкозу, у всіх випадках лікування проводиться гематологом з обов'язковою консультацією офтальмолога (з метою вчасної діагностики і контролю за лікуванням). Тому не лише окуліст, але також лікарі інших спеціальностей повинні знати очні симптоми та ускладнення, що спостерігаються в умовах загальних захворювань.

Гайдуков Н.В.

## **TNF- $\alpha$ ЯК ГЕНЕТИЧНИЙ МАРКЕР ЗАХВОРЮВАНЬ СУДИННОЇ ОБОЛОНКИ ОКА**

Кафедра очних хвороб

Т. Ю. Кукуруза (к.мед.н., асистент), Г. П. Людкевич (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** увеїт – запалення судинної оболонки ока – одна з найбільш поширених очних патологій. Показники захворюваності на увеїт сягають 50-100 випадків на 100 тис. населення, а питома вага увеїтів в структурі очної патології складає 5-15%. Соціальна значимість проблеми увеїтів обумовлена високим ризиком інвалідизації (захворювання є причиною 20-35% випадків сліпоти), а також маніфестацією захворювання у працездатних осіб молодого віку, що швидко втрачають зір. Сучасні молекулярні та генетичні дослідження значно сприяють встановленню причинно-наслідкових зв'язків у патогенезі цієї важкої патології, та поширюють можливості в застосуванні нових методів її лікування.

**Мета:** дослідити чинники-тригери ідіопатичного запалення судинної оболонки ока, визначити наявність зв'язку між захворюваністю на увеїт та мутацією гену TNF- $\alpha$ .

**Матеріали та методи:** під нашим спостереженням знаходилось 15 хворих на передній увеїт різної етіології (у 2-х випадках причину захворювання встановити не вдалось) віком від 40 до 70 років, які проходили амбулаторне лікування в 1-й міській лікарні. Їм було проведено анкетування, оцінка гостроти зору, периметрія, тонометрія, біомікроскопія ока, лабораторні дослідження, які включали полімеразно-ланцюгову реакцію, оцінка стану проблеми згідно сучасних літературних джерел, мета-аналіз літературних результатів.

**Результати:** у патогенезі розвитку внутрішньоочного запалення велике значення надається порушенню регуляції імунних механізмів, яке здійснюється великим числом гуморальних медіаторів. Серед них особливе місце займають цитокіни - низькомолекулярні білки, що забезпечують процес міжклітинних взаємодій. Характер імунної відповіді залежить від співвідношення цитокінів, що призводить до переважної активації субпопуляцій Т-лімфоцитів, головним чином CD4+, що дозволяє класифікувати деякі захворювання і патологічні стани з урахуванням переважаючого профілю синтезу цитокінів. У розвитку очного запалення провідна роль



надається TNF $\alpha$ . Підвищення концентрації цього цитокіну в сироватці крові, слізній і внутрішньоочній рідині виявлено при увеїтах різної етіології.

**Висновки:** встановлення генетичного пошкодження ідіопатичного увеїту у хворих дає змогу ранньої діагностики та превентивного лікування даного захворювання. TNF- $\alpha$  можна розцінювати як один з маркерів схильності до запалення судинного тракту ока і використовувати статус гена для корекції дози сучасних анти-TNF-препаратів з метою ефективного лікування.

Глухонюк Д.В., Плазовський Т.І.

## ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ ( $\leq 30$ РОКІВ)

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

В.В. Петрушенко (д. мед. н, проф.), Р.В. Гуцуляк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** захворювання серцево-судинної системи займають перше місце у структурі захворюваності населення України. У 2017 році смертність складала 66.8% від усіх випадків. Летальність від ІХС становить половину причин смерті від ССЗ. Статистичні матеріали по Україні відображають кількість хворих з усіма формами ГКС з елевацією і без елевації сегмента ST, окремої статистики щодо ГКС з елевацією сегмента ST в Україні не існує.

**Мета:** визначити кількість осіб віком  $\leq 30$  років, яким проводилися інтервенційні втручання у КНП «ВРЦСП» за період з 03.02.2009р. по 03.11.2018р. Виділити у даній групі пацієнтів з гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST, проаналізувати дані ЧКВ, визначити тактику лікування.

**Матеріали і методи:** ретроспективне дослідження протоколів коронарографії КНП «ВРЦСП» за період з 03.02.2009р. по 03.11.2018р. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST» № 455 від 02.07.2014 року.

**Результати:** протягом 03.02.2009 - 03.11.2018рр. у КЗ «ВРЦСП» було виконано 11999 інтервенційних втручань, з них 0,21% (n=25) склали пацієнти віком до 30 років. У даній групі 28% (n=7) мали діагноз «ІХС. Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», що становить 0,06% (n=7) від загальної кількості. Серед молодих людей дане захворювання було діагностовано у 100% чоловіків (n=7). Середній вік хворих у групі  $\leq 30$  років становить  $24.8 \pm$  років. 43% (n=3) мали ГКС з елевацією сегмента ST, що супроводжувався оклюзією однієї артерії, 14% (n=1) – двох артерій, у 43% (n=3) мав місце стійкий спазм без стенозування артерій. Враження лівої низхідної артерії (LAD) було виявлене у 28% (n=2) пацієнтів. На другому місці стенозування правої коронарної артерії (RCA) – 14% (n=1). Одночасне враження в двох артеріальних басейнах, лівої огинаючої артерії (LCX) та лівої крайової артерії (ONCX), було діагностоване у 14% (n=1) осіб. Лікувальна тактика у хворих віком  $\leq 30$  років без особливостей, проводиться згідно з Уніфікованим клінічним протоколом екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST» № 455 від 02.07.2014 року.

**Висновки:** за період з 03.02.2009 по 03.11.2018рр. у КНП «ВРЦСП» було виконано 0,06% (n=7) інтервенційних втручань особам віком  $\leq 30$  років, які мали гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST. Дане захворювання діагностувалося переважно у чоловіків. Основними причинами виникнення STEMI є враження лівої низхідної артерії (LAD) та стійке спазмування коронарних судин.

Глухонюк Д.В., Хіміч Ю.В., Важова А.Є.

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ВАТС ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ

**Актуальність:** відеоасистована торакаоскопічна хірургія (ВАТС) – малоінвазивний метод, що забезпечує адекватну візуалізацію органів грудної порожни (ОГП), дозволяє зменшити операційну травму, скоротити час операції, мінімізувати післяопераційні ускладнення, сприяє швидкому відновленню пацієнта.

**Мета:** проаналізувати актуальність використання ВАТС оперативних втручань у діагностиці та лікуванні захворювань ОГП.

**Матеріали та методи:** ретроспективне дослідження протоколів оперативних втручань в торакальному відділенні Подільського регіонального онкологічного центру за період з 2009 по 2018 рік. ВАТС операції виконано у 510 хворих із патологією ОГП 211 (%) чоловіків та 299 (%) жінок віком від 18 до 83 років.

**Результати:** розподіл за ВАТС операціями склав: біопсія плеври, легені, внутрішньогрудних лімфовузлів – 334 (65.5%); економні резекції легень 123(24%); видалення пухлин середостіння і плеври – 27(5.3%); лобектомія – 24(4.7%); фенестрація перикарду – 8(1.6%) випадків. Метастази в легеню та плевру діагностовано у 60 (51%) хворих, первинний рак легені у 61(12%); туберкульоз – 50(9.8%); саркоїдоз – 32(6.3%); мезотеліома – 38(7.5%); доброякісні пухлини та кісти - 46(9%); тимома – 8(1.6%); карциноїд – 7(1.4%); лімфома – 7(1.4%) та один випадок ангіосаркоми. Летальних випадків не зареєстровано. У 11 хворих (2.2%) була здійснена конверсія на торакотомію через значний спайковий процес та інтраопераційну кровотечу (1 пацієнт). Післяопераційні ускладнення відзначено у 25 хворих (4.9%): синдром негерметичної легені, нагноєння постопераційної рани, кровотеча, біль. Найбільший клінічний інтерес викликають ВАТС лобектомії. Нижня лобектомія зліва виконана 7 пацієнтам; нижня лобектомія справа – 3; середня лобектомія справа – 2; верхня лобектомія зліва – 6 випадків; верхня лобектомія справа у 6 хворих. Серед них рак легені діагностовано у 18 хворих (75%); злоякісний карциноїд легені 2 (10%); солітарний метастаз раку нирки – 3 (10%) доброякісна пухлина легені – 1 хворий (5%). ІА стадія встановлена 23 хворим, ІІА стадія у 1 пацієнта. Безпосередні результати проведення VATS-лобектомій: крововтрата – 150-250 мл; ексудація – 60-100 мл на добу; тривалість втручань – 26-240 хв; больовий синдром незначний; повна активізація пацієнта на наступний день після операції. Основним ускладненням ВАТС лобектомія – 5випадків (25%) була негерметичність легеневої тканини. ВАТС операції забезпечують задовільний фізичний статус пацієнтів за шкалами ECOG і Карновського.

**Висновок:** ВАТС операції дозволяють успішно поєднувати можливості закритих і відкритих операційних втручань у хірургії ОГП. Основну масу мініінвазивних методів у торакальній хірургії займають діагностичні процедури, проте кількість лікувальних маніпуляцій на легенях і плеврі з приводу пухлин зростає з кожним роком. ВАТС лобектомія має стати операцією вибору для лікування І стадії НМРЛ, оскільки результати 5-річної виживаності не гірші, ніж при класичних лобектоміях.

Гребенюк Д.І., Моїсеєнко А.А.

## МОЖЛИВОСТІ ЛОКАЛЬНОЇ БІОЛОГІЧНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ПРИ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

В.В. Петрушенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Хронічна гіперглікемія, що є основною ознакою діабету, веде до дисфункції різних органів, особливо очей, нирок, нервів, серця та кровоносних судин. Поширеність виразкових уражень нижніх кінцівок, викликаних цукровим діабетом, оцінюється в межах 4–10%. У контингенті

пацієнтів з діабетичною стопою приблизно 12–20% хворих виконують ампутації. Стандартне лікування діабетичних виразок включає в себе некректомії, лікування інфекційного процесу, механічне розвантаження, регулювання рівня глюкози в крові, а також різні способи локальної та системної стимуляції репарації. Клітинна терапія з використанням плазми збагаченої тромбоцитами (PRP), забезпечують абсолютно новий підхід до лікування діабетичних виразок, який може допомогти уникнути втрати кінцівки.

**Мета:** Оцінити репаративний ефект аутологічної плазми збагаченої тромбоцитами в лікуванні пацієнтів з діабетичною стопою в стадії 2.

**Матеріали та методи:** Дослідження включало 12 пацієнтів із діабетичною стопою в стадії 2. На момент включення в дослідження всі пацієнти мали дефект шкірних покривів і підшкірної жирової клітковини в області підошовної частини стопи, розмірами 3–6 см<sup>2</sup>, який не піддавався корекції традиційними методами протягом 3–4 місяців. У всіх пацієнтів була відсутня будь-яка супутня патологія, яка могла б вплинути на загоєння виразкових дефектів. Було прийнято рішення всім пацієнтам на фоні продовження стандартного лікування виразкових дефектів виконати локальне введення аутологічної PRP.

PRP готували за стандартною методикою. Весь отриманий об'єм PRP рівномірно вводили по периметру рани з використанням голок калібру 30g. Повторні ін'єкції виконували кожні 5–7 днів до повного загоєння дефекту м'яких тканин.

Для оцінки ефективності проведеної терапії вимірювали площу виразкового дефекту до маніпуляції, а також з інтервалом в 1 тиждень до повного загоєння виразки.

**Результати та обговорення:** До проведення маніпуляції площа виразкових дефектів у обстежуваному контингенті становила 445,8±94,1 мм<sup>2</sup>. На 7 добу після виконання локального періульцелярного введення плазми збагаченої тромбоцитами даний показник, хоча й незначно зменшився та становив 432,5±93,7 мм<sup>2</sup>, але достовірної різниці із аналогічним показником до маніпуляції не було (p>0,05). На 14 добу даний показник становив уже 176,5±42,5 мм<sup>2</sup> та достовірно відрізнявся від площі виразкових дефектів як до проведення, так і на 7 добу після проведення маніпуляції (p<0,01). На 21 добу повне загоєння діабетичних виразок спостерігалось у 5 (62,5%) пацієнтів, а показник площі дефекту шкірних покривів у досліджуваному контингенті становив 7,9±12,0 мм<sup>2</sup> та достовірно відрізнявся від аналогічних показників на всіх попередніх термінах дослідження (p<0,01). На 28 добу нами було відмічено повне загоєння виразкових дефектів абсолютно у всіх пацієнтів.

**Висновки:** Локальне введення аутологічної плазми збагаченої тромбоцитами при діабетичних виразках площею 3–6 см<sup>2</sup> в стадії 2 дозволяє досягти повного загоєння діабетичних виразок у 62,5% пацієнтів на 21 добу та у 100% пацієнтів на 28 добу.

С. О. Долінський

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ГРИЖЕПЛАСТИКИ ПАХОВОЇ ГРИЖІ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

Є. В. Шапринський (д.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Оперативні втручання з приводу пахової грижі займають перше місце серед операцій у хірургічному стаціонарі – до 20 %, а також серед інших видів герніотомій. З роками кількість пацієнтів, які мають грижу зростає, що обумовлено соціальними факторами. Серед усіх гриж черевної стінки найбільш часто зустрічається пахова грижа – до 15 %, частіше в осіб чоловічої статі. Не менш важливою залишається проблема виникнення рецидиву, який сягає при операції з приводу первинної пахової грижі 14 %, а при операціях з приводу повторної пахової грижі – до 60 % і більше.

**Мета:** порівняти відкритий і ендоскопічний метод оперативного лікування пахових гриж.

**Матеріали і методи.** Проведено аналіз медичних карт стаціонарних хворих, яким була проведена лапароскопічна пластика пахового каналу, в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, за період 2010-2018 роки. Обробка результатів проводилась за допомогою

статистичного методу.

**Результати.** При виконанні трансабдомінальної преперитонеальної герніопластики накладали пневмоперитонеум до 12 мм рт.ст., хворому у положенні Тренделенбурга відкривали три порта: перший – по серединній лінії на 2 см вище від пупка, другий і третій – відповідно у правій та лівій здухвинних ділянках. Знаходили ділянку грижевого вип'ячування та виводили у черевну порожнину. За допомогою L-подібного монополярного електроду розсікали парієтальну очеревину дугоподібним розрізом над медіальною і латеральною ямками від передньо-верхньої ості клубової кістки до лобкового з'єднання і відсепаровували її донизу. Мобілізували та виділяли грижевий мішок при косій паховій грижі. Нами використовувався поліпропіленовий полегшений ендопротез, його моделювали та фіксували такерами за допомогою герніостеплера: латеральний край – до косих м'язів живота, медіальний – до лобкової кістки. Далі поліпропіленовий ендопротез вкривали ділянкою відділеної очеревини. Її край фіксували безперервним атравматичним обвивним швом 3/0. При TAPP середня тривалість операції складала 65±10 хвилин.

**Висновки.** Перевагами лапароскопічних способів грижепластики є більш швидка і рання реабілітація пацієнтів, низька травматичність, невеликий відсоток виникнення рецидивів. Недоліками є потреба у проведенні загального знечуження, можливим є виникнення ускладнень, пов'язаних з накладанням пневмоперитонеума, ятрогенними пошкодженнями органів черевної порожнини, судин, нервів.

Зайцева Т.О., Гайченя І.О., Юрій О.В.

### ПОСТТРАНСФУЗІЙНЕ УШКОДЖЕННЯ ЛЕГЕНЬ: ГРДС ЧИ TRALI

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів

О.В.Сергійчук (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** TRALI (Transfusion related acute lung injury) – посттрансфузійне ускладнення, яке виникає протягом перших 6 годин після гемотрансфузії і є однією з причин гострої дихальної недостатності та смерті. TRALI як синдром до 1983р. входив у етіологічну класифікацію ГРДС. Клінічно TRALI проявляється так само як і ГРДС, проте виникненню цього синдрому передують трансфузія компонентів крові, зокрема свіжозамороженої плазми. В патогенезі цього синдрому лежать реакції реципієнта на антитіла до лейкоцитів, які містяться в препаратах крові. Специфічного лікування даного ускладнення немає, найефективнішим методом уникнення його наслідків є попередження виникнення цього синдрому. Використання свіжозамороженої плазми лише за абсолютними життєвими показами - основний превентивний метод. Твердження самостійності TRALI як синдрому залишається дискутабельним.

**Мета:** проаналізувати клінічні прояви посттрансфузійних реакцій залежно від компонентів крові, які були використані; виявити залежність між виникненням дихальних розладів у пацієнтів, які отримували свіжозаморожену плазму під час гемотрансфузій; дослідити в крові донора наявність тригерних чинників TRALI - антитіл до лейкоцитів.

**Матеріали і методи:** аналіз даних 100 карт стаціонарних хворих віком 18-75 років за 2018р., що перебували на лікуванні у ВРІТ ВОКЛ ім.М.І.Пирогова та ВРІТ МПБ№2 м.Вінниця, під час лікування яких були використані гемотрансфузії (в тому числі свіжозаморожена плазма в об'ємі до 20мг\кг); лабораторне дослідження гемоконів, що були використані у пацієнтів.

**Результати:** у ході дослідження пацієнтів було поділено групи: I - 26 пацієнтів з посттрансфузійними реакціями, такими як підвищення температури тіла та головний біль, без ГРДС; II – 25 пацієнтів з ГРДС, який виникли на фоні основної патології до гемотрансфузії; III – 4 пацієнти, в яких розвинувся ГРДС в межах 6 годин після отримання гемотрансфузійної терапії в об'ємі до 20мг\кг; IV – контрольна група: 45 пацієнтів, які не отримували гемотрансфузію та у яких не розвинувся ГРДС на фоні основної патології. Пацієнтам III групи було проведено дослідження гемоконів з метою виявлення специфічних антитіл до лейкоцитів, які могли бути причиною ГРДС після гемотрансфузії. За результатами лабораторного дослідження антитіл не було виявлено.

**Висновки:** враховуючи ідентичність клінічних проявів ГРДС і TRALI, відсутність специфічного лікування даних синдромів, а також відсутність лабораторно виявлених антитіл до лейкоцитів у препаратах крові можна зробити висновок, що TRALI – вид посттрансфузійного ГРДС, патогенез якого залишається дискусійним.

Зуб'юк К.В., Осадчук Ю.О., Чорний Є.М.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ФІБРОЛІПОМИ ВЕЛЕТЕНСЬКИХ РОЗМІРІВ

Кафедра загальної хірургії

(д.мед.н., проф.), К.А. Педоренко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Однією з найбільш частих доброякісних пухлин м'яких тканин є ліпома - розвивається з жирової тканини, на її частку припадає 30-40%. Ліпоми зустрічаються в будь-якому віці, а у жінок в 3-4 рази частіше. Причини виникнення та механізми розвитку гігантських ліпом не дослідженні.

**Мета:** Визначити клінічні ознаки, методи дослідження та оперативне лікування гігантської фіброліпоми м'яких тканин.

**Матеріали та методи:** Для вивчення клініки, діагностики та оцінки результатів лікування гігантської фібро ліпоми нами проведено аналіз історії хвороби, пацієнтки яка лікувалася на базі хірургічного відділення МКЛ№1.

**Результати:** Пацієнтка хворіє цукровим діабетом більше 15 років, страждає аліментарно дистрофічним ожирінням більше 20 років. 10 років тому в області внутрішньої поверхні обох стегон з'явилися пухлиноподібні утворення по-типу підшкірних ліпом, одна з яких на правому стегні – за останні 4 роки почала рости, збільшуватись в діаметрі, з'явилась поверхнева мацерація шкіри та поверхневі новоутворення по-типу папілом. Хвора самостійно не лікувалась, за допомогою не зверталась. За останні 5 років утворення значно збільшилось в діаметрі, з'явилися тріщини шкіри навколо та на поверхні утворення. Хвора зверталась в медичні заклади м. Вінниця, Україна з метою оперативного лікування, проте їй було відмовлено в зв'язку з важкістю загального стану, супутня важка патологія (цукровий діабет). Згодом через гігантський розмір утворення хвора перестала рухатись та ходити. Пацієнтка була госпіталізована та було проведено оперативне лікування.

**Висновки:** Отже фіброліпоми, які досягають велетенських розмірів окрім ризику рецидивування та малігнізації, можуть викликати різноманітні ускладнення опорно-рухового апарату, судинно-нервових пучків. А також призводять до соціального дискомфорту та обмежень рухової активності.

Івасенко Т.С., Шворак М.В.

## ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ДЕКТРУКЦІЇ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

Лойко Є.Є. (к.мед.н., доцент)

ВНМУ імені М. І. Пирогова, Вінниця, Україна

**Актуальність:** проблема бактеріальної деструкції легень (БДЛ) у дітей залишається актуальною через високу частоту захворювання, важкість клінічного перебігу і ускладнень. Цьому сприяє зміна етіології захворювання і трансформація патогенезу БДЛ в сторону септичних та локальних судинних ускладнень, а також стабільна летальність серед підлітків в останні десятиліття в Україні.

**Мета:** вивчення діагностики і особливостей лікування БДЛ у дитячому віці.

**Матеріали і методи:** для вивчення поставленої мети проведений ретроспективний аналіз 64 історій хвороби дітей з БДЛ. Легенева форма (ЛФ) захворювання встановлена у 25% дітей, у решти – легенево-плевральна форма (ЛПФ); 80% хворих були шкільного віку, решта – дошкільнята. Домінували плеврити (66,6%) і піопневмоторакс (6,25%). При поступленні 56,3% хворих мали важкий, 43,7% дітей середній ступінь важкості. У 92,3% хворих першою ознакою БДЛ була

гіпертермія, понад 38,5 °С, у 7,7% дітей був відсутній кашель і хрипи. При УЗД органів грудної порожнини у 80,0% хворих спостерігаються великі патологічні зміни в динаміці. 13% дітей мали супутні вроджені вади серця, 57,8% дітей мали токсичні зміни органів черевної порожнини і серця, дефіцитну анемію I ст.

**Результати:** у дітей з БДЛ ( $P \leq 0,05$ ) патологічний процес локалізувався здебільшого у правій верхній (45,3%), та лівій нижній частках легені (40,6%). Двобічна БДЛ спостерігалася у 14,1% дітей. Стартова антибактеріальна терапія була представлена цефалоспорином III покоління – 92,2% дітей, аміноглікозидами II і III покоління – 40,6% випадків. Резервна антибактеріальна терапія септичних процесів (карбоненими, глікопептиди) проводилася в комбінації з фторхінолонами (12,5%) або препаратами оксазолідинового ряду. Одужали всі діти. Середній термін лікування становив 16,0 ± 5,5 л/дня.

**Висновок:** 1. Ідентифікація етіологічних факторів БДЛ була виявлена у 58,8% хворих. 2. Модифікація збудників гострої первинної БДЛ (стафілокок, грам-негативна, змішана мікрофлора) на стрептококову та пневмококову інфекцію, змінює клініко-морфологічну та лабораторну картину захворювання. 3. На відміну від УЗД і рентгенографії, комп'ютерна томографія на 5-9 добу є більш чутливим і точним методом для діагностики абсцесу і гангрені легень, а також для диференціації легенево – плевральних вражень.

Кисла С.І., Гончаренко В.І.

### **ХОЛЕДОХОЛІТІАЗ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ЖКХ.**

#### **ЗМІНИ В АНАЛІЗАХ ХВОРИХ З БЕЗСИМТОМНИМ ПЕРЕБІГОМ ТА ЖОВТЯНИЦЕЮ В ДО- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОДИ ХВОРОБИ**

Кафедра загальної хірургії № 2

Д.В. Євтушенко (к. мед. н., асистент кафедри загальної хірургії № 2)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

**Актуальність:** холедохолітиаз – патологічний стан, що характеризується наявністю каменів у жовчовивідних протоках. Разом із жовтяницею є проявом ЖКХ. Вивчення змін основних показників аналізів в різні періоди хвороби дає можливість лікарю призначити оптимальне лікування, враховуючи особливості організму пацієнта.

**Мета:** дослідити показники аналізів пацієнтів у різні періоди хвороби.

**Матеріали і методи:** дослідження аналізів хворих на холедохолітиаз хірургічного відділення Харківської міської багатoproфільної лікарні №18. Основна причина звернення – жовтяниця та больовий синдром. Всього досліджено 105 осіб (вік від 30 до 85 років): 66 жінок та 39 чоловіків. Анамнестичні дані, загальноклінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма, визначення груп крові, гематологічних індексів; електрокардіограма, рентгенологічне дослідження, ультрасонографія – для підтвердження супутніх захворювань. Оцінювання показників аналізів проведено за шкалою CommonTerminologyCriteria v. 3.0 (2006).

**Результати:** доопераційний період: у 65 хворих рівень лейкоцитів становив  $8,1 \times 10^9$  /л, у 35-перевищував норму в 2 рази, у 2 хворих - нижче норми (від  $2,8-26,3 \times 10^9$  /л). Рівень сегментоядерних нейтрофілів, лімфоцитів, гемоглобіну, тромбоцитів, моноцитів-в межах норми. Зсув лейкоформули вліво. Спостерігалася підвищення нейтрофільно-лімфоцитарного індекса, показника інтоксикації до  $2,78 \pm 0,45$ , лейкоцитарного індекса інтоксикації до  $2,78 \pm 0,28$ . Рівень загального білірубину становив  $60,6 \pm 6,4$  мкмоль/л. У 33 хворих за common terminology criteria він перевищував межу в 3 рази, а рівень АЛаТ, АСаТ у 10 разів. Прямий білірубін становив  $42,8 \pm 5,2$  мкмоль/л. Порівняння показників білірубину:

*Хворі з жовтяницею:* загальний білірубін  $85,9 \pm 8,3$  мкмоль/л; Прямий білірубін  $49,3 \pm 5,6$  мкмоль/л;

*Хворі без жовтяниці:* загальний білірубін  $13 \pm 0,85$  мкмоль/л; Прямий білірубін  $7,1 \pm 2,5$  мкмоль/л;

Рівень загального білку, креатиніну та сечовини без змін.

*Післяопераційний період:* 1 доба-зниження кількості лімфоцитів, гемоглобіну, еритроцитів; переважання нейтрофільних лейкоцитів, підвищення рівня показника інтоксикації в 2 рази. З 3 доби лейкоцитарний індекс інтоксикації, індекс ядерного зсуву, нейтрофільно-лімфоцитарний індекс та

показники лейкограми з гемограмою почали поступово приходити в норму.

Показники прямого білірубину, загального білірубину, АЛат і АСаТ знизилися, хоча вони й вище норми (хворим надано додаткове медикаментозне лікування).

**Висновки:** показники аналізів змінюються від періоду хвороби і його перебігу. До госпіталізації – зміни пов'язані з наявністю запалення. У 1 добу – післяопераційною травмою. З 3 доби більшість показників починають поступово приходити до норми (окрім функціональних проб печінки – потребують тривалого часу відновлення). Розвиток жовтяниці суттєво не відрізняється від безсимптомного перебігу. Характеризується змінами периферійної крові, лейкограми, лейкоцитарного індексу інтоксикації та біохімічними показниками крові.

О.С.Кобзіна

## ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ВІДКРИТОКУТОВУ ГЛАУКОМУ

Кафедра очних хвороб

К.Ю.Андрушкова (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця

**Актуальність:** Значну роль у позитивних результатах лікування пацієнтів з більшістю хронічних соматичних захворювань, відіграє їх психологічний стан. Пацієнти, що мають глаукому, знаходяться в постійному емоційному напруженні через загрозу необоротної сліпоти, і тому являються групою ризику по розвитку психічних розладів. Спектр таких порушень широкий: від легких астенічних порушень до тяжких психозів.

**Мета:** Визначити, які психічні розлади виникають у хворих на відкритокутову глаукому; вивчити вплив особливостей психологічного реагування на перебіг захворювання.

**Матеріали і методи:** Під спостереженням знаходилось 2 групи хворих (28 пацієнтів - 56 очей - віком 45-60 років) на відкритокутову глаукому, розділені за типом психологічного реагування. Використовувались анкети «Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту», шкала Гамільтона, тест «Нервово-психічна адаптація», 1992.

**Результати:** Було визначено, що у 1 групі 2 пацієнти (14%) мають гармонічний тип реагування; 3 пацієнти (21%) - ергопатичний тип; 6 пацієнтів (44%) – неврастенічна поведінка по типу «дратувальна слабкість»; 3 пацієнти (21%) демонструють апатичну реакцію. Із них 8 пацієнтів (57%) мають благоприємний прогноз глаукоми; 4 (29%) – стабільний перебіг; 2 (14%) – прогресуючий перебіг.

У 2 групі 5 пацієнтів (35%) мають обсессивно-фобічний тип реагування; 1 пацієнт (7%) - егоцентричний; 4 пацієнти (29%) - анозогностичний; 4 (29%) пацієнти - меланхолічний тип. Із них 6 пацієнтів (44%) мають стабільний перебіг глаукоми; 8 (56%) - прогресуючий перебіг.

Було визначено, що 16 пацієнтів (57%) мають психічні розлади, із яких 9 (56%) – пограничні психотичні розлади; 7 пацієнтів (44%) – розлади психотичного регістру (кваліфіковані за МКХ-10).

**Висновки:** Тип реагування на хворобу - особистісна риса людини. В залежності від нього виявляються адаптаційні можливості організму, які в подальшому впливають на перебіг та розвиток хвороби, а також на ефективність лікування. Психічні розлади частіше зустрічаються у осіб із вищою тривожністю, що і є причиною прогресування глаукоми. Враховуючи вищевказане, вважаємо рекомендувати пацієнтам з вперше виявленою глаукомою, проконсультуватись у медичного психолога, для більш адекватної оцінки свого стану, та якості майбутнього вдалого лікування.

Ковальчук О.С., Назарова І.О.

## РОЗРОБКА КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ, ПРООПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, З УРАХУВАННЯМ ОБ'ЄМУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Я. Какар'їн (к.мед.н., доц.)

**Актуальність:** дослідження є другим етапом роботи над темою: «Вплив хірургічного лікування на психоемоційний стан хворих на рак молочної залози (РМЗ)», у якому ми з'ясували, що оперативне втручання з приводу РМЗ має суттєвий вплив на соціальний та психоемоційний стан жінок, вираженість якого після радикальної мастектомії (РМЕ) значно вища, ніж після квадрантектomії (КВЕ). Тому існує потреба в розробці комплексу реабілітаційних заходів.

**Мета:** розробити комплекс реабілітаційних заходів для хворих з перенесеною РМЕ та КВЕ, з урахуванням особливостей психоемоційного та соціального стану двох груп пацієнтів (відповідно до об'єму оперативного втручання).

**Матеріали і методи:** поглиблений аналіз даних першого етапу дослідження (анкети 102 жінок на основі рекомендацій EORTCQLQ), згідно яким було сформовано дві групи пацієнтів (за об'ємом операції): 1 – РМЕ (54 жінки), 2 – КВЕ (48 жінок). Опрацювання рекомендацій WCPT та УАФТ, по реабілітації післяопераційних хворих з різними об'ємами оперативних втручань, в тому числі з регіональною лімфодесекцією. Аналіз даних отриманих в результаті річного спостереження за реабілітацією 68 жінок, які брали участь в першій частині дослідження (2017-2018рр.). 1 група (в анамнезі РМЕ) - 36 жінок, 2 група (в анамнезі КВЕ) - 32 жінки. За віком, стадією процесу, соціальним статусом хворих групи вірогідно не відрізнялись, що свідчить про репрезентативність результатів.

**Результати:** початковий психоемоційний та соціальний стан хворих після РМЕ були гіршими ніж після КВЕ, в обох випадках на них сильно впливали погіршення працездатності, лімфедема, порушення рухів в плечовому суглобі. Реабілітаційні заходи були згруповані в два блоки. Перший блок: 1 пункт – рання лікувальна гімнастика (з 2 дня після операції, під наглядом фізіотерапевта). 2 пункт - дихальні методики Хатка-йоги. 3 пункт - лімфодренажний масаж і пневматична компресія. 4 пункт - низькочастотна нейроміостимуляція, магнітотерапія. Другий блок: 1 пункт – індивідуальна робота з психотерапевтом. 2 пункт – групова робота з психотерапевтом, та соціально активними жінками, які вже поборолі РМЗ. 3 пункт – аутотренінги. 4 пункт – сімейна психотерапія. Серед жінок 1 групи 61,1% (22 жінки), і 2 групи 78,1% (25 жінок) – регулярно проходили перший блок реабілітації. Серед них спостерігалось скорочення інтенсивності показників скарг на фізичний стан, і разом з тим покращувались психоемоційні показники. На протязі 6-12 місяців деякі зі скарг отримали нульовий ступінь вираженості в першій групі, і на протязі 4-8 місяців в другій групі. Покращення показників соціального статусу починали проявлятися на 10-12 місяці. Другий блок реабілітації проходили 19,4% (7 жінок) з 1 групи і 28,1% (9 жінок) з 2 групи. Видиме покращення їхнього стану, згідно показників по всіх напрямках, починалось раніше і динамічно прогресувало краще, ніж у тих жінок, які проходили лише перший блок реабілітації.

**Висновки:** хворі, прооперовані з приводу РМЗ, безперечно потребують проведення саме комплексних реабілітаційних заходів, адже вони показують максимальну ефективність для повернення нормального фізичного, психоемоційного і соціального стану пацієнтів, як у випадку РМЕ, так і після КВЕ.

Коноваленко В.Ю., Петришина М.-Ю.І.

### **ДІАГНОСТИКА ТОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ НЕДРІБНОКЛІТИННИМ РАКОМ ЛЕГЕНЬ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ТАРГЕТНОЇ ТЕРАПІЇ**

Кафедра променевої діагностики, променевих хвороб та онкології

О. В. Машевська (к.м.н., ас.), Н. Л. Годован (ас)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна



**Актуальність:** щорічно в світі реєструється близько 1 мільйона нових випадків раку легень, близько 60% онкологічних хворих гине в результаті даного захворювання. Значна частина цих випадків діагностується на пізніх стадіях розвитку пухлинного процесу.

Використання Бевацизумабу в комбінації з Паклітакселом та Карбоплатином вважається високоефективним методом лікування недрібноклітинного раку легень, адже схема показала високий результат по медіані подовження життя у пацієнтів з розповсюдженим раком легень.

Під час хіміотерапевтичного лікування одним із перших симптомів у таких пацієнтів є поява ознак гепатотоксичності. Наразі недостатньо досліджено вплив таргетної терапії на швидкість розвитку токсичного ураження печінки у хворих з розповсюдженим недрібноклітинним раком легень.

**Мета:** оцінити швидкість появи та перебіг гепатотоксичності при лікуванні пацієнтів з діагностованим розповсюдженим недрібноклітинним раком легень при використанні двох схем лікування: стандартної та з використанням таргетної терапії.

**Матеріали та методи:** у дослідженні взяли участь 93 пацієнта з діагностованим розповсюдженим недрібноклітинним раком легень. Хворі були розділені на 2 групи: група 1 - Бевацизумаб (15мг/кг)+ Карбоплатин (AUC 6)+ Паклітаксел (200 мг/м<sup>2</sup>) 50 хворих; група 2 - Карбоплатин (AUC 6)+ Паклітаксел (200 мг/м<sup>2</sup>) 43 хворих. Для оцінки проявів гепатотоксичності використовувались лабораторні показники: рівень аспартатамінотрансферази (AST), аланінамінотрансферази (ALT), рівень загального білірубину (BT) та лужної фосфатази (ALP). Реєстрація даних показників проводилась кожні 3 тижні протягом 66 тижнів. Статистична обробка отриманих результатів досліджень проведена за допомогою комп'ютерного варіаційного, одно- і багатофакторного дисперсійного (ANOVA) аналізу з використанням STATISTICA 13. Для оцінки рівня медикаментозної гепатотоксичності при хіміотерапії використано критерії National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

**Результати:** за період спостереження у пацієнтів групи 1 відмічається незначне підвищення рівня AST та ALT (близько 43% від верхньої границі норми), що вперше було зафіксовано на 16 тижні лікування та незначне зростання показників загального білірубину (BT) та лужної фосфатази (ALP). Перші прояви гепатотоксичності у групі 2 під час лікування були виявлені на 9 тижні проведення хіміотерапії, для пацієнтів цієї групи характерне підвищення показників AST, ALT, лужної фосфатази (ALP) та загального білірубину (BT) в 2-3 рази від верхньої.

**Висновки:** розвиток гепатотоксичної побічної дії хіміопрепаратів під час лікування пацієнтів з розповсюдженою формою недрібноклітинного раку легень за схемою Бевацизумаб в комбінації із Карбоплатином та Паклітакселом характеризується значно меншим рівнем біохімічних показників печінкового ураження в порівнянні з використанням стандартної схеми – Паклітаксел та Карбоплатин. За критеріями гепатотоксичності NCCN враження печінки відповідає підвищеному рівню небезпеки виникнення печінкової недостатності.

Косташ А.О., Мирончук В.Р.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТУ

Кафедра оториноларингології

К.А. Лобко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вазомоторний риніт - одна з найпоширеніших патологій лор-органів. Це захворювання супроводжується утрудненням носового дихання і/або виділеннями з носа, що викликає значний дискомфорт у пацієнтів. Консервативна терапія не завжди приносить стійкий позитивний результат, тому широкого використання набули різні варіанти хірургічних втручань на нижніх носових раковинах (ННР).

**Мета:** Порівняти основні методи хірургічного лікування вазомоторного риніту. Провести аналіз статистичних даних щодо операцій на ННР, проведених у ВОКЛ ім. М. І. Пирогова за 2018 рік.

**Матеріали та методи:** Нами опрацьовано періодичні та літературні видання, статистичні дані лор-

відділення ВОКЛ ім. М.І. Пирогова.

**Результати:** Суть хірургічного лікування вазомоторного риніту заключається у зменшенні об'єму ННР, яка створює механічну перепону нормальному походженню повітря. В практичній оториноларингології широко застосовують наступні способи: гальванокаустика, кобляція, кріодеструкція, конхотомія, турбінопластика, підслизова вазотомія, латеропексія тощо. За результатами аналізу статистичних даних у 2018 р. проведено 677 втручань на ННР. Із них вазотомією – 467 та 210 оперативних втручань, що включали як конхотомію, ошадливу конхотомію, латеропозицію ННР, турбінопластику.

**Висновки:** Основою лікування вазомоторного риніту залишаються хірургічні методи. За період 2018 р. у ВОКЛ ім. М. І. Пирогова найчастіше виконували вазотомію, як органозберігаюче та малоінвазивне втручання.

Кривонос М.І., Рауцкіс В.П., Гудзь О.В.

## **ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНІ, ОПЕРАЦІЙНІ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ПЕРІОДИ: СКЛАДОВІ ЧАСТИНИ ТА ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СПЕЦІАЛІСТІВ РІЗНОГО РІВНЯ**

Кафедра загальної хірургії

С. Д. Хіміч (д. мед. н., проф., завідувач кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** передопераційний період, операція та післяопераційний період є складовими частинами лікування хірургічних хворих. Але цінність кожного з них в цілісному підході до лікування таких пацієнтів не визначена.

**Мета:** вивчити думку медичних спеціалістів щодо важливості кожного із періодів у цілісному діагностично-лікувальному процесі хірургічних хворих.

**Матеріали та методи:** проведено анонімне опитування серед медичного персоналу та студентів (n=106), яким були задані однакові запитання стосовно важливості того чи іншого періоду при лікуванні хірургічних хворих. Опитувані були розподілені на чотири групи: 1) лікарі (середній вік – 51 рік; середній стаж роботи – 25 років), 2) медичні сестри (середній вік – 42 роки; середній стаж – 21 рік); 3) молодші медичні сестри (середній вік – 47 років; середній стаж – 14 років) та 4) студенти (середній вік – 21 рік).

**Результати:** згідно проведених досліджень виявилось, що при операціях на органах черевної порожнини, на думку лікарів операційним втручанням належить 57,14% важливості усього діагностично-лікувального процесу, консервативному лікуванню – 24,21%, а догляду за хворими – 18,65%. Медичні сестри вважають, що при таких операціях операційним втручанням належить тільки 37,17%, а консервативному лікуванню – 35,65% та догляду за хворими – 27,18%. Думка санітарок наступна: операційним втручанням належить - 37,86%, консервативному лікуванню – 35,0%, а догляду за хворими – 27,14%. Цікаво, що відповіді студентів практично співпадають з думками лікарів: 58,44%, 22,07% та 19,49% відповідно. Дещо інші думки виявились щодо підходів до лікування ран. Отже, на думку лікарів при лікуванні ран операційним втручанням належить 45,18%, консервативному лікуванню – 35,07%, а догляду за хворими – 19,75% важливості усього діагностично-лікувального процесу. Медичні сестри операційним втручанням віддали 28,91%; зате консервативному лікуванню – 43,7% та догляду за хворими – 27,39%. Думки санітарок полягали в тому, що при лікуванні ран операційним втручанням належить тільки 22,14%, зате консервативному лікуванню – 47,86% та догляду за хворими – 30,0% важливості усього діагностично-лікувального процесу. Студенти операційним втручанням віддали 34,92%, консервативному лікуванню – 38,59%, догляду за хворими – 26,49%. Діагностично-лікувальний процес при політравмах лікарі оцінили наступним чином. Операційним втручанням належить 45,89%, консервативному лікуванню – 33,04%, догляду за хворими – 21,07%. Медичні сестри вказали відповідно: 31,6%, 34,22% та 34,18%. Думка санітарок дещо інша: 28,57%, 27,14% та 44,29%. Студенти ж вважають, що операційним втручанням належить 57,11%, консервативному лікуванню – 19,72%, а догляду за хворими – тільки 23,17% важливості.

**Висновки:** як виявилось з опитувальних даних, думки щодо важливості операційного, консервативного методів лікування чи догляду у різних спеціалістів різна. Отримані дані дають можливість враховувати такі підходи при спілкуванні з пацієнтами, особливо з психологічної точки зору.

Курчанова Ю.В., Івантєєва Ю.І., Власенко О.В.

## **ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ УЛЬТРАЗВУКОВИЙ МОНІТОРИНГ МІЖКИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ**

Кафедра хірургії №3

зав. каф. В.І. Лупальцов (доктор медичних наук, професор)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

**Актуальність:** неспроможність ілео- і колоректальних анастомозів виникає у 12-19% хворих, оперованих з приводу захворювань товстої кишки. Застосування антибактеріальних препаратів останніх генерацій, сучасних шовних матеріалів та удосконалення техніки накладання ручного й апаратного швів не вплинули на частоту виникнення неспроможності анастомозів після операції. Вирішення задачі ефективного контролю та лікування ускладнень з боку анастомозів залишається важливим завданням хірургії товстої кишки.

**Мета:** дослідити ефективність ультразвукового моніторингу у діагностиці ускладнень з боку ілеоколоанастомозів у хворих після лівобічної геміколектомії.

**Матеріали і методи:** під спостереженням знаходилися 32 пацієнти, яким була виконана лівобічна геміколектомія з приводу обтураційної ГКН пухлинного генезу, віком від 56 до 78 років. Операції проводилися з лапаротомного доступу, формування ілеоколоанастомозу було виконано ручним дворядним швом. На 1-шу, 3-тю, 5-ту, 7-му добу проводили черезшкірне УЗД зони анастомозу з оцінюванням стану тканин навколо анастомозу, товщини стінок та діаметру тонкої та товстої кишок у ділянці анастомозу, наявності локальні скупчень рідини у черевній порожнині.

**Результати:** в результаті УЗ-моніторингу у 4 хворих на 3-5 добу виявлено ознаки анастомозиту та періанастомозного інфільтрату – потовщення стінок товстої та тонкої кишки з периферійним ущільненням навколишніх тканин. Відмічалось розширення діаметра ділянки тонкої кишки на відстані до 10-15 см від анастомозу. На фоні інтенсивної антибактеріальної терапії ці явища регресували. Наявність гетерогенних гіпоехогенних рідинних вогнищ біля анастомозу була характерна для неспроможності анастомозу, що діагностувалося у 3 хворих, а наявність вільної рідини в черевній порожнині, у бічних каналах та малому тазу супроводжували розвиток перитоніту. Всі хворі були вдруге прооперовані с дренажуванням та екстериторизацією дефекту анастомозу у 2 випадках та його резекцією у одного пацієнта.

**Висновки:** ультразвукове дослідження є ефективним методом контролю стану анастомозів в ранньому періоді після оперативних втручань на товстій кишці. Раннє виявлення при УЗ-діагностиці ознак анастомозиту або неспроможності швів дає можливість для своєчасної корекції цих ускладнень.

Лагно Є.С.

## **ДИВЕРТИКУЛЯРНА ХВОРОБА ТОВСТОЇ КИШКИ**

Кафедра хірургії № 1

В.О. Шапринський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** дивертикулярна хвороба (дивертикульоз) – це захворювання, за якого утворюються поодинокі чи множинні грижеподібні вип'ячування слизової оболонки крізь м'язовий каркас за межі контурів стінки кишки (несправжні дивертикули). У більшості випадків це – набуте захворювання.

Часто його виявляють уже при наявності таких ускладнень, як: дивертикуліт, кишкова кровотеча, перитоніт, нориці та ін. Для профілактики, раннього виявлення і запобігання ускладнень стає необхідним вивчити дану проблему з хірургічної точки зору.

**Мета:** проаналізувати результати лікування хворих на дивертикульоз товстої кишки з метою профілактики ускладнень.

**Матеріали та методи:** ми проаналізували 3848 історій хвороб з 2017 по 2018 рік. З них, 60 пацієнтів знаходились на стаціонарному лікуванні з дивертикулярною хворобою товстої кишки.

**Результати:** частка дивертикульозу в структурі захворювань, з якими зверталися пацієнти до хірургічного стаціонару: за 2 роки було проліковано в хірургічному стаціонарі ВОКЛ ім. М. І. Пирогова 3848 хворих, з них – 60 випадків дивертикульозу ( 1,56%).

Вік:

- Молодші 40 років – 2 (3,33%)
- 40-49 років – 4 (6,67%)
- 50-59 років – 10 (16,67%)
- 60-69 років – 13 (21,67%)
- 70-79 років – 26 (43,33%)
- 80-89 років – 4 (6,67%)
- 90 років і старше – 1 (1,67%)

Наймолодший пацієнт звернувся в 29 років, найстарша – в 95 років.

Стать:

- Ч – 22 (36,67%)
- Ж – 38 (63,66%)

Ускладнення:

Усі пацієнти, які поступили в хірургічне відділення ВОКЛ ім. М. І. Пирогова з діагнозом «дивертикульоз», вже мали ускладнення, які і стали причиною звернення.

- Дивертикуліт – 43 (71,67%)
- Кровотеча - 31 (51,67%)
- Постгеморагічна анемія – 13 (21,67%)
- Перфорація – 10 (16,67%)
- Абсцес – 6 (10%)
- Перитоніт – 4 (6,67%)
- Часткова кишкова непрохідність – 5 (8,33%)
- Нориця – 3 (5%)

Симптоматика:

- Біль в животі, загальна слабкість, сухість в роті – 100%
- Підвищення температури до фебрильних значень – 17 ( 28,33%)
- Наявність крові в стулі (темний..., з алою/вишневою кров'ю..., зі згустками...) – 31 (51,67%)

Лікування

- Виключно консервативне – 25 (41,67%)
- Консервативне + переливання – 20 (33,33%)
- Оперативне - 15 (25%)

**Висновки:**

- Дивертикульоз товстої кишки – захворювання, яке протікає безсимптомно і часто проявляє себе вже в ускладненій формі в старшому віці (найбільше – 70-79 років – 43,33%). Це відповідає даним досліджень по Європі. Частіше хворіють жінки (63,66%).
- Частка дивертикульозу в структурі захворювань, з якими зверталися пацієнти до хірургічного стаціонару – 1,56%.
- Найбільш поширені ускладнення – дивертикуліт (71,67%) і кровотеча (51,67%). Лікувальна тактика визначається клінічними проявами дивертикульозу, наявністю та характером ускладнень.

Лепегун В.П.

**ВАЖКА ІНТУБАЦІЯ ТРАХЕЇ. СУЧАСНІ ПІДХОДИ**

**Актуальність:** важка інтубація трахеї вже досить довго залишається надзвичайно важливим питанням в анестезіології. Практично кожний молодий лікар зіштовхується з проблемою важких дихальних шляхів, тому наше завдання максимально проінформувати молоде покоління в усіх труднощах та допомогти прийняти вірне рішення. Ключовими моментами в оцінці ймовірного ускладнення інтубації трахеї є обов'язковий збір анамнезу, де є уточнення чи були у пацієнта випадки важкої інтубації трахеї або ж будь-які проблеми органів дихання, передопераційна підготовка пацієнта з повноцінною оцінкою стану його верхніх дихальних шляхів. Навіть при найменшому ризику необхідно знати про негайне розрішення проблеми, після невдалих спроб консервативних методів знати, про особливості естреного підходу, а саме перейти до хірургічного методу. Також знати і не забувати про усі особливості екстубації трахеї та ймовірність закидання шлункового вмісту до стравоходу.

**Мета:** дослідити сучасні підходи ведення важких верхніх дихальних шляхів по сучасним літературним даним та встановити принципи їх покращення, виявити ведення сучасних алгоритмів дій.

**Матеріали та методи:** досліджено за допомогою пошукової системи Google 7 протоколів ведення важких дихальних шляхів, опрацьовано європейські наукові статті та зроблено системні висновки. Для підтвердження важких дихальних шляхів ми також використовували стандартні підтверджувальні тести Маллампаті та Кормака-Лехана, які допомагають завчасно передбачити проблему та оцінити прогностичні критерії. Враховували анатомічні особливості людини, вплив ожиріння та спадкових вад розвитку. Завдяки сучасним підходам в розвитку анестезіології, ми маємо змогу більш детально розглянути верхні дихальні шляхи і обійти проблему з іншого боку.

**Результат:** створення систематизованого комплексного алгоритму діагностики важких дихальних шляхів та узагальнено алгоритм ведення таких хворих.

**Висновок:** за останні 5 років введено новітні ларингеальні маски, скорочено кількість спроб невдалої інтубації з п'яти до трьох, відеоларингоскопія була введена у обов'язковий перелік прохідності дихальних шляхів, розроблено нові підходи до преоксигенації та підтримання оксигенації, підкреслено конкретний перелік дій в разі екстреного розвитку подій, розроблено акцент на використання надгортанних повітроводів, встановлено факт виконання конікотомії за допомогою канюлі лише досвідченими фахівцями.

Лисенко А.Ю., Сміюха М.О.

## **ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБГРУНТОВАНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ**

Кафедра хірургії №1 з курсом урології

О.Р. Балацький (асистент)

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

**Актуальність теми:** Дане захворювання досить поширене серед чоловіків працездатного віку. Показник чоловічого безпліддя в Україні стрімко зріс за останні десятиліття (Яцків О., 2012). За даними вітчизняних і зарубіжних авторів (Никофоров О.А., 2009; Goldstein M., 2013; Gvozdjakova A., 2013), приблизно 15% від загального чоловічого населення та 30-70% чоловіків, які страждають на безплідність, мають варикоцеле. Зважаючи на свою соціальну значущість проблема варикоцеле входить у число програм, які розроджуються ВООЗ. Це захворювання частіше розглядають як причину вторинного непліддя ( за даними деяких авторів, до 70-80% випадків) (Сухий Г.Т., Божедомов В.А., 2009; Shiraishi K., 2012).

**Мета:** порівняння різних методів хірургічного лікування у хворих на варикоцеле. Вибір найбільш ефективного методу з найменшою кількістю ускладнень та рецидивів.

**Матеріали та методи дослідження:** Для досягнення поставленої мети в роботі були використані дані з історій хвороб Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова та МКЛ ШМД, групи пацієнтів які підлягали до різних оперативних методів лікування варикоцеле- операція Мармара, операція по Іванісевичу та лапароскопічна резекція розширених вен сім'яного канатика.

**Результати:** після отримання результатів та їх аналізу з достовірністю можна говорити про найкращий метод хірургічного лікування варикоцеле, з найменшою інвазивністю, найменшою кількістю ускладнень та рецидивів.

**Висновок:** операція Мармара являє собою «золотий стандарт» хірургічного лікування варикоцеле, тому що вона найменш інвазивна, кількість ускладнень набагато менша в порівнянні з іншими методами та кількість рецидивів зведена майже до нуля.

Малеш С.С., Бабіч Д.І., Солодкий Д.М.

## **ВИКОРИСТАННЯ БОТУЛІНОТЕРАПІЇ В ХІРУРГІЇ**

Кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

К.М. Паньків (ас.)

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

**Актуальність:** Ботулотоксин типу А вже більше 50 років займає провідне місце в естетичній медицині. Механізм дії цього препарату найбільш вивчений у світі. З кожним роком даний препарат використовується для лікування патологій різних органів та систем. Тому використання даного препарату в хірургії є актуальним питанням.

**Мета:** Вивчити найбільш сприятливі галузі хірургії в яких механізм дії ботулотоксину типу А є найефективнішим. Оцінити перспективи розвитку, переваги та недоліки ботулінотерапії.

**Матеріали та методи:** Опрацювання вітчизняних і зарубіжних літературних джерел у галузі використання ботулотоксину типу А в медицині.

**Результати:** Перша галузь медицини, в якій почали використовувати ботулотоксин типу А – офтальмологія ( лікування косоокості та блефароспазму). В 1993 році за допомогою ботулотоксину типу А почали лікувати ахалазію кардії шлунка. Велике значення даний препарат має в лікуванні дитячого церебрального параліча і на сьогоднішній день. В 2010 році, за допомогою ботулінотерапії успішно лікують мігрень. В 2014 році були опубліковані дані досліджень, які продемонстрували уповільнення росту ракових клітин пухлин шлунка. Згідно даних американських вчених, ін'єкції ботулотоксину типу А в поєднанні з хіміотерапією збільшила виживаність піддослідних тварин з пухлинами шлунка, на 35% порівняно з застосуванням лише хіміотерапії. На даний час, проходять дослідження використання ботулінотерапії в кардіології, для лікування патологічних вогнищ збудження. Використання ботулотоксину типу А має свої переваги та недоліки. Перевагами є можливість локального введення токсину та блокування холінергічної передачі в місці ін'єкції, швидкість та безпечність при умові дотримання правил введення. Жоден інший препарат не має такої сильної холінергічної дії. Недоліками є короткочасний ефект препарату, в середньому 3-4 місяці.

**Висновок:** Ботулотоксин типу А більше 50 років застосовується в медицині. Він чудово зарекомендував себе в естетичній медицині і поступово знаходить примінення в інших галузях медицини, зокрема і в хірургії. Використання механізму дії ботулотоксину типу А може бути використаний для лікування багатьох патологій, як доповнення до основного лікування або як самостійний метод лікування.

Мальчик С.П., Гагалушко К.І.

## **ГАДЖЕТИ В РУКАХ СТУДЕНТІВ : КОРИСТЬ ЧИ ШКОДА ?**

Кафедра очних хвороб

Т.М. Жмудь (ас., к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Актуальність:** сучасні підлітки і молоді люди все більше часу проводять за роботою з гаджетами. Деякі з них вже мають суб'єктивні скарги зі сторони органу зору.

**Мета :** дослідити вплив користування гаджетами на стан передньої поверхні ока.

**Матеріали та методи :** у дослідженні взяли участь 30 студентів (60 очей), віком в середньому 20 років. Всі студенти були поділені на три групи, в залежності від часу роботи за гаджетами: 1 – час роботи за гаджетами складав 6 годин і більше, 2 – від 2 до 4 годин, 3 – менше 2 годин. Всім студентам проводилось анкетування, тест на сьозопродукцію (тест Ширмера), тест Норна, дослідження частоти кліпання за 1 хвилину, мейбографія, компресійний тест.

**Результати:** у 60% студентів, що проводять більше 6 год/добу за гаджетами зустрічаються сухість, різі та печіння в очах, тест Ширмера складав 10 мм і менше у 17 % досліджуваних. У 27% досліджуваних осіб, що проводять до 4 год/добу за девайсами наявні ознаки втоми очей, тест Ширмера був нижче норми у 7 % досліджуваних. У решти 13% студентів не виявлено ніяких скарг стосовно зору, тест Ширмера був у нормі. У більшій половині студентів, які мають скарги на печіння в очах під час роботи з комп'ютером результат теста становив менше 10 мм(при нормі 15мм). При дослідженні частоти кліпання результати були приблизно однаковими і входили в межі норми – 15-18 разів/хв. При проведенні мейбографії істотних змін виявлено не було, що може свідчити саме про функціональне порушення МЗ, а не виражену їх дисфункцію.

У ході дослідження можна припустити, що існує зв'язок між часом, проведеним за гаджетами та симптомами сухого ока і змінами в мейбомієвих залозах, що призводить до виникнення скарг, які в майбутньому можуть призвести до дисфункції мейбомієвих залоз (ДМЗ) та хвороби сухого ока (ХСО).

**Висновок:** позитивною стороною технічного прогресу є скорочення часу на пошук інформації, але користування гаджетами має негативний вплив на функціонування зорового аналізатора. ДМЗ та ХСО раніше вважалась проблемою літніх людей, але після проведеного дослідження можна припустити, що це, можливо, нова адаптація до сучасної ери новітніх технологій.

Мелінчук Ю.В.

## ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ TOLL-LIKE РЕЦЕПТОРІВ 2 ТИПУ ПРИ ГОСТРІЙ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНІЙ ІШЕМІЇ

Кафедра хірургії №2 з курсом основ стоматології

І.М.Вовчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** До однієї з найбільш тяжких патологій органів черевної порожнини належить гостре порушення мезентеріального кровообігу (ГПМК). В останні десятиліття ця патологія в абдомінальній хірургії трапляється дедалі частіше. В ургентній хірургії немає більш непередбачуваного та небезпечного за своїми наслідками захворювання, ніж інфаркт кишки, спричинений тромбозом чи емболією мезентеріальних судин. Незважаючи на те,що кількість наукових досліджень щодо діагностики ГПМК зростала, це не сприяло суттєвому поліпшенню якості діагностики та результатів лікування. Тому існує потреба у визначенні ранніх предикторів гострої мезентеріальної ішемії.

Toll-подібні рецептори — клас клітинних рецепторів з одним трансмембранним доменом, які відіграють одну із ключових ролей при гострій ішемії. Здатність розпізнавати антигенні структури мікроорганізмів і активувати проти них клітинну ланку імунітету. У людини існує 10 Toll-подібних рецепторів (від TLR1 до TLR10). TLR2 (Toll like receptor 2) – білок, який кодується однойменним геном, розташованим у людей на короткому плечі 4-ї хромосоми. У людини в нормі на латеральній поверхні кишкового епітелію розташовані TLR2 та TLR4 рецептори. В цілому, збудження TLR призводить до експресії великої кількості генів прозапальних цитокінів, в перш за все TNF $\alpha$ , IL-6, та IL-1 $\beta$ , та активація адаптивного імунітету.

**Мета:** Дослідити прогностичне значення TLR2 у хворих на гостру мезентеріальну ішемію.

**Матеріали та методи:** У дослідженні приймали участь 57 осіб яких було розподілено на 2 групи: основна - 37 осіб, які лікувались з 2015 по 2018 роки з приводу гострої мезентеріальної ішемії, контрольна- 20 фактично здорових осіб.

**Результати:** В основу роботипокладений аналіз результатів лікування 37 хворих на гостру мезентеріальну ішемію, що знаходились на лікуванні в період з 2015р. по 2018р. в хірургічній клініці, кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

Отримані дані порівнювалися з контрольною групою, яку склали 20 здорових людей. Рівень TLR2 у фактично здорових осіб склав  $32,7 \pm 3,8$ . Визначення рівня TLR2 при гострій мезентеріальній ішемії, залежно від терміну госпіталізації: TLR2 при поступленні  $72,3 \pm 8,7$ , на 5 добу TLR2  $45,8 \pm 5,6$ , при виписці TLR2  $33,7 \pm 3,9$ .

**Висновки:** На основі проведеного аналізу хворих на гостру мезентеріальну ішемію, виявлено найвищу концентрацію TLR2 на початку захворювання, з подальшою тенденцією до його нормалізації. Метод визначення TLR2 є одним із раних предикторів гострої мезентеріальної ішемії, так як збудження TLR рецепторів призводить до каскадної активації прозапальних цитокінів.

Миколайчук О.М., Кохан Б.І.

## **ОЦІНКА ЧАСТОТИ ВИНИКНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК У ЛІКАРІВ РІЗНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ**

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

Р.В. Гуцуляк (асп.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** варикозне розширення вен нижніх кінцівок є доволі розповсюдженим захворюванням у світі. Виникає дане захворювання через тривалу роботу стоячи, що відповідно викликає перевантаження венозної системи нижніх кінцівок, і в подальшому – стійке розширення вен. Доволі часто варикоз вен нижніх кінцівок є причиною важких ускладнень, зокрема тромбофлебіт, флеботромбоз та ін. Актуальна ця проблема і серед лікарів, які є вразливими щодо даної патології через специфіку своєї роботи. Тому надзвичайно важливо визначити, лікарі яких спеціальностей частіше хворіють на варикоз, а також які фактори достовірно збільшують ризик захворювання.

**Мета:** визначити рівень захворюваності на варикоз вен нижніх кінцівок лікарів різного профілю (анестезіологи, терапевти та хірурги) шляхом опитування за допомогою власної анкети та стандартизованого опитувальника CIVIQ-20. Вивчити та проаналізувати одержані результати. Порівняти отримані показники серед лікарів різних спеціальностей та співставити їх по основним характеристикам.

**Матеріали та методи:** опрацювання закордонних джерел інформації та розробка власного опитувальника. Анкетування лікарів різного профілю у лікарнях міста Вінниця (ВОКЛ ім. М.І.Пирогова, МКЛ ШМД, НДІ РІ, ВОДКЛ, КНП «ВРЦСП») та ЦРЛ міста Гайсин. Статистична обробка отриманих даних, їх аналіз, оцінка та порівняння.

**Результати:** на варикозне розширення вен нижніх кінцівок хворіють 29,6% опитаних, із яких 45,75% склали лікарі-анестезіологи, 12,5% лікарі-терапевти і 41,75 % лікарі-хірурги. Більш уразливою до даного захворювання була жіноча стать (75%), при чому всі жінки-лікарі мали вагітність та пологи в анамнезі. У цілому загальний стаж діяльності хворих – 22,5 роки, що достовірно більше ніж середній стаж лікарів, які не хворіють на варикоз – 17,8 років. Порівнюючи середній час перебування лікарів стоячи було виявлено, що у лікарів з варикозом показник у середньому становив 4,875 годин, а у лікарів без варикозу – 4,68 години. Засобами профілактики розвитку варикозу користується 34,25% опитаних. Виникнення варикозного розширення вен нижніх кінцівок внаслідок трудової діяльності пов'язує 25% проанкетованих лікарів.

**Висновки:** проаналізувавши одержані результати можна дійти висновку, що лікарі-анестезіологи достовірно більше хворіли на варикозне розширення вен нижніх кінцівок, ніж лікарі хірургічного та терапевтичного профілю. Захворюваність жінок-лікарів була достовірною вища, ніж чоловіків-лікарів. Стаж роботи безпосередньо впливає на виникнення даної патології, допоки тривалість перебування в



одному положенні на захворюваність впливає незначно. Більше третини лікарів, що страждають на варикоз, користуються засобами профілактики розвитку варикозу (зокрема еластичне бинтування ніг, ЛФК), а також 25% лікарів пов'язує виникнення патології з трудовою діяльністю.

Міклеїн М.І., Зарезенко Т.П.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ОЦІНКИ ШВИДКОСТІ ЗАГОЄННЯ РАН

Кафедра хірургії №2 з курсом «Основи стоматології»

к.мед.н., ас. В. В. Балабуєва

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** згідно даних вітчизняної та закордонної літератури, у структурі хірургічних хворих перше місце посідають пацієнти з гнійно-запальними захворюваннями шкіри та м'яких тканин (40-42%), з них у кожного другого наявні рани різної локалізації та різного ступеню загоєння. Сучасні підходи та методи лікування ранового процесу мають в своєму арсеналі безліч підходів та засобів для пришвидшення загоєння ран, тому вибір найкращого з них є надзвичайно непростим для хірургів, адже практично немає доступних та об'єктивних методів оцінки результатів лікування.

**Мета:** порівняльна оцінка різних методів обчислення швидкості загоєння ран, що представлені в Україні і світі з визначенням оптимальних показників для практичної роботи лікаря-хірурга.

**Матеріали та методи:** на сьогодні широко використовуються такі методи оцінки загоєння ран:

- візуальний метод (суб'єктивна оцінка лікарем зміни форми та розмірів рани);
- морфометричний метод для визначення лінійних та 2D розмірів рани з використанням різноманітних лінійок та площинних градуйованих плівок;
- використання різних видів рідин (дистильована вода) та пластичних матеріалів (альгінатна паста) для визначення об'ємних змін;
- оптичні пристрої для 3D візуалізації з застосуванням стаціонарних та портативних 3D сканерів шляхом фотограмметрії та реконструкції 2D зображення у 3D моделі;
- додатки до смартфонів та планшетів.

**Результати:** кожен із методів був актуальним у певний період розвитку науки, проте їхні недоліки зумовлювали розробку нових, досконаліших. Наприклад, візуальний метод не був об'єктивним, адже оцінка проводиться суб'єктивно і залежить від лікаря, стану здоров'я його оптичного апарату, освітленості та інших фізичних чинників. Морфометричний метод дозволяє оцінити лінійні розміри ранового дефекту, але з великою похибкою до 10-42%, особливо при обчисленні глибоких ран та ран з неправильною геометричною формою. Похибка 2D плантометрії 10% площі поверхні, та 52% обчислення об'єму при використанні Q-насадки. Використання альгінату - технічно складно при великих покриттях дефекту та при площинних ранах. Застосування цих речовин може призвести до вторинного інфікування рани, а також ці процедури є болісними для пацієнта. Застосування рідини чи альгінатної пасти не завжди можливе, адже деякі види ран потрібно лікувати «сухим» методом, тобто введення в рану різних розчинів є неможливим. Похибка даного методу складає 6-17%

Сучасні методи оцінки - це 3D стереофотограмметрія (сканери) та мобільні додатки. За допомогою 3D візуалізації можна оцінити не тільки площу, а й об'єм рани, що більш об'єктивно відображає процес загоєння. Метод 3D-сканування має незначну похибку обчислень 0,01 -3,2%, що на сьогодні максимально точно дозволяє оцінити швидкість процесу загоєння рани, а відповідно - ефективність обраного лікування. Однак, через дороговартісність апаратури, спеціалізовані приміщення та висококваліфікований медико-технічний персонал метод поступається найдоступнішим методам для оцінки швидкості загоєння рани - мобільним додаткам, які не потребують спеціальних умов використання, а є портативними, і похибка обчислень дещо більша ніж у стаціонарних сканерів і складає 0,1-3,11%, що є статистично незначимим.

**Висновки:** застосування сучасних методів оцінки швидкості загоєння рани, таких як 3D візуалізація, є економічно обґрунтованим та статистично достовірним і може бути використаним у будь-яку фазу ранового процесу та при різних локалізаціях ран.

Моїсеєнко А.А., Плющик Н.В.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

К.М.Паньків (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** серед ускладнень порушень вторинного гемостазу одним із найнебезпечніших патологічних станів є тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), смертність від якої, у випадку несвоєчасного виявлення та ненадання відповідної допомоги, перевищує 30% випадків. Частота виникнення ТЕЛА складає близько 50-100 000 пацієнтів на рік в Україні (до прикладу, у США, населення яких перевищує населення нашої країни близько у 8 разів, ця величина складає 300 000 осіб на рік). Важливість ранньої діагностики та, за можливістю, ефективної профілактики розвитку ТЕЛА, є суттєвим завданням, здатним інтегрувати терапевтичні та хірургічні спеціальності задля досягнення кращої виживаності пацієнтів і збільшення тривалості їхнього життя.

**Мета:** здійснити детальний аналіз і визначити основні методи діагностики ТЕЛА, що використовуються в сучасній медицині України та країн Європи і США, порівняти їхню складність, тривалість виконання, ефективність, економічну вигідність і доцільність, розробити можливі способи профілактики даного ускладнення.

**Матеріали та методи:** у ході роботи були використані описовий, порівняльний, статистичний, аналітичний, синтетичний методи. Проаналізовано та оброблено дані, наведені у вітчизняних і міжнародних наукових виданнях, статистику захворюваності на тромбоз венозної системи та частоти і видів ускладнень, визначено особливості діагностики, інструментальної та з використанням оціночних шкал, і профілактики ТЕЛА.

**Результати:** на сьогодні ТЕЛА можливо діагностувати декількома різними способами: за даними анамнезу і клінічними ознаками, інструментально (зміни на ЕКГ, дані рентгенографії органів грудної клітки, ехокардіографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія з контрастуванням легеневих артерій, вентиляційно-перфузійна сцинтиграфія легень, магнітно-резонансна томографія, ангіопульмонографія) та лабораторно (визначення D-димеру та, з метою стратифікації ризику, тропонінів і proBNP). Діагностичні стратегії можуть різнитись у залежності від стабільності гемодинаміки (розпочинають зі збору анамнезу та огляду пацієнта чи одразу транспортують в операційну) і являють собою комплекс заходів із визначеним чітким алгоритмом, що забезпечує максимальну швидкість і коректність встановлення діагнозу (так, ангіопульмонографія вважається золотим стандартом, але її проведення може бути нерентабельним на рівні районних та міських лікарень через значну вартість, враховуючи складність процедури і можливість серйозних ускладнень; з іншого боку, підвищення, наприклад, лише D-димеру володіє низькою специфічністю (лише близько 50%), тому доцільнішим є поєднання цього методу з іншими). Способи профілактики ТЕЛА (немедикаментозний, фармакологічний і механічний) різняться залежно від ступеня ризику та супутньої патології.

**Висновки:** ТЕЛА - одне з найнебезпечніших ускладнень порушення гемодинаміки, що вимагає якісної діагностики та лікування. Проаналізувавши відомі діагностичні методи, варто відзначити, що кожен має цінність у практиці сучасного лікаря, залежно від ситуації, яка передувє прийняттю медичного рішення, особливостей стану пацієнтів та технологічних можливостей лікарні.

Мусяєнко О.С.

## УРАЖЕННЯ ОРГАНА ЗОРУ ПРИ САРКОЇДОЗИ

Кафедра очних хвороб

Т. Ю. Кукуруза (асистент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема саркоїдозу зберігає свою актуальність протягом багатьох років. Однак етіологія даного системного захворювання залишається до сих пір нез'ясованою: у жодного хворого на саркоїдоз виділити причинний агент не вдалося. У патогенезі процесу відіграють роль імунні порушення. Виявляється зниження Т-клітинного імунітету, що підтверджується шкірною алергією на уведення різноманітних антигенів. Імунологічні дослідження доводять, що в регуляції гранулематозного запалення при туберкульозі і саркоїдозі беруть участь різні клони Т-лімфоцитів. Крім того, при саркоїдозі відзначається підвищена функція В-клітин, що підтверджується наявністю поліклональної гіперглобулінемії, виявленням у сироватці крові високого титру антитіл до багатьох інфекційних агентів, циркулюючих імунних комплексів. Патоморфологічною основою процесу є неспецифічні гранульоми (епітеліоїдні горбики), які на відміну від туберкульозних, ніколи не піддаються казеозному розпаду.

Серед різних локалізацій саркоїдозу ураження органа зору займає 3-4-те місце, при частоті цієї патології у хворих на саркоїдоз органів дихання (СОД) від 18% до 39%.

**Мета:**Визначити частоту виявлення і клінічні ознаки ураження органа зору у хворих на саркоїдоз.

**Матеріали та методи:** Вивчення матеріалів монографій, статей у наукових фахових журналах та електронних бібліотеках за останні 10 років, аналіз наукових публікацій у базі даних Pubmed, Medscape, використано методи аналізу та систематизації, статистичний метод.

**Результати:** Для саркоїдозу очей є характерним два піки захворюваності, перший - у віці 20-30 років, другий - у віці 50-60 років. Залучення очей спостерігається у 25-60% пацієнтів із системним саркоїдозом. Найбільш типові прояви - увеїт (30-70%) і кон'юнктивальні вузлики (40%). Висока частота саркоїдозу, пов'язана з переднім увеїтом (70-75%), була відзначена головним чином у дослідженнях, де більшість пацієнтів було чорношкірими. Навпаки, задній увеїт більш характерний для білошкірих пацієнтів (65-83%) і для літніх жінок. Неврологічні прояви саркоїдозу були ідентифіковані у 12% пацієнтів на саркоїдоз. Найбільш частими ускладненнями при залученні задньої камери ока при саркоїдозі є кістоїдний макулярний набряк (76%), катаракта (49%), глаукома (36%), ішемія сітківки (16%) і неоваскуляризації (11%). Периферичний хоріоретиніт був описаний у літніх жінок, пов'язаний із частим виникненням кістоїдного макулярного набряку (72%) та сліпоту (42%). Залучення слізної залози або кон'юнктиви відбуваються часто і, як правило, безсимптомно, хоча іноді, за даними іноземних наукових журналів, викликало диплопію або кератокон'юнктивіти.

**Висновки:** Дані, отримані під час огляду наукової медичної літератури, свідчать про суттєву варіабельність очних проявів у хворих на саркоїдоз. Своєчасне виявлення різних проявів саркоїдозу ока та додаткового апарату (слізна залоза) дозволяє в повсякденній практиці лікаря-офтальмолога надавати адекватну офтальмологічну допомогу і попередити можливі ускладнення.

Неймановський Є.В., Павленко Б.Л.

## **ОЦІНКА КРОВОТОКУ ПО ВЕРХНІЙ КРАНІАЛЬНІЙ АРТЕРІЇ В ЕКСПЕРИМЕНТІ**

Кафедра дитячої хірургії

О.Г. Якименко (к.мед.наук, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Післяопераційний (п/о) період у хворих з абдомінальною патологією часто супроводжується зниженням перистальтичної активності кишківника. Внаслідок переваження впливу симпатичної нервової системи на роботу кишківника, реалізуються захисні механізми, які погіршують кровопостачання, і як наслідок - перистальтику кишківника. Якнайшвидше відновлення кровотоку по верхній брижовій артерії (ВБА) та активізація функцій тонкої і товстої кишківника дозволить зменшити ризик виникнення п/о парезу та сприятиме швидкому одужанню хворого.

**Мета:** Дослідити зміну швидкості кровотоку в басейні верхньої краніальної артерії (ВКА) – аналог ВБА у людей, після хімічної денервації лівого симпатичного стовбура розчином 0,25% новокаїном у шурів.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось на базі науково-експериментальної клініки ВНМУ

ім. М.І. Пирогова. Здійснено аналіз даних щодо впливу вегетативної нервової системи на кровопостачання тонкої та товстої кишок та на перистальтичну активність кишок. У ході експерименту використано 19 білих щурів лінії Вістар, масою тіла  $190 \pm 30$  г. Знеболення яких здійснювалась наступним чином: премедикація - анальгін 50% - 0,1 мл/кг, атропіну сульфат 0,1% - 0,1 мл/кг, аміназин 2,5% - 0,1 мл/кг, та 0,5 мл 5% розчином кетаміну інтраперитонеально для введення тварин у медикаментозний сон. Тварин розділили на дві групи: група А, в якій визначали доплерометричні показники пікової систолічної ( $V_{ps}$ ) та пікової дістолічної ( $V_{ed}$ ) швидкості перед і після паравертебральної блокади 0,25% розчином новокаїну на рівні Th9-Th10, у групі Б вимірювання  $V_{ps}$  та  $V_{ed}$  здійснювалось черезшкірним та інтраперитонеальним шляхами. Після ПVB виконувалось повторне вимірювання  $V_{ps}$  та  $V_{ed}$  відкритим способом.

**Результати:** За регуляцію діяльності тонкої та більшої частини товстої кишок у щурів відповідає верхнє краніальне сплетення, яке є аналогічним верхньому брижовому у людей. Останні розташовані у місці відгалуження від аорти ВКА у щурів, та ВБА у людей. Переважання впливу симпатичної або парасимпатичної н/с зумовлює зміну роботи кишок і, відповідно, їх кровопостачання. На доплерометричному обстеженні у групі А: до проведення ПVB  $V_{ps}$  склала  $11,60 \pm 2,93$  см/с,  $V_{ed}$  відповідно  $2,79 \pm 1,54$  см/с. У групі Б:  $V_{ps}$  склала  $7,60 \pm 5$  см/с,  $V_{ed} = 1,81 \pm 0,63$  см/с. Після виконання ПVB 0,25% розчином новокаїну відзначалось збільшення доплерометричних показників по ВКА в обох групах: у групі А  $V_{ps}$  склала  $18,19 \pm 7,17$  см/с,  $V_{ed}$  відповідно  $5,20 \pm 1,66$  см/с, у групі Б  $V_{ps}$  склала  $13,87 \pm 9,80$  см/с,  $V_{ed} = 2,48 \pm 0,96$  см/с.

**Висновки:** Денервація хімічним шляхом симпатичного стовбура призводить до розслаблення гладкої мускулатури судин. Внаслідок переважання після ПVB впливу парасимпатичної нервової системи на роботу кишок, відбувається покращення їх кровопостачання по ВКА, що реєструється на доплерометричному дослідженні у вигляді зростання показників  $V_{ps}$  та  $V_{ed}$ .

Осадчий А.В.Маховський О.Л.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВАК ТЕРАПІЇ ПРИ НЕКРОТИЧНОМУ ФАСЦІЇТІ ПРОМЕЖИНИ**

Кафедра хірургії медичного факультету №2

О.С.Каніковський (д.мед.н.проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Некротизуючий фасцит (НФ) промежини, поширення гнійно-некротичного процесу на зовнішні статеві органи і формування гангрені Фурньє, розвиток сепсису – одне із грізних ускладнень глибоких форм гострого парапроктиту. НФ - важкий варіант перебігу неспецифічної інфекції, що характеризується прогресуючим некрозом тканин, міонекрозом, вираженою інтоксикацією та високою летальністю, яка досягає 76%. Фактори ризику: вік  $> 50$ р., надлишкова вага, враження периферичних судин, імунодефіцит, алкоголізм, ЦД, прийом ГКС, ін'єкція наркотиків і інфекційні ускладнення в післяопераційному періоді. Сучасна діагностика НФ із-за малої інформованості лікарів і неспецифічної клініко-лабораторної картини на ранній стадії складна. В зв'язку з цим більш як 80% пацієнтів з НФ занадто пізно попадають до спеціаліста: на 6-8 добу, уже з розгорнутою картиною захворювання з найгіршим прогнозом. Серед пацієнтів які вижили близько 30% потребують постійного догляду після виписки із стаціонару і в більш як 50% - повторні реконструктивні пластичні операції на зовнішніх статевих органах та промежині.

**Мета:** Обґрунтувати ефективність активної аспірації ВАК-системами при некротичному фасциті.

**Матеріали і методи:** Провели аналіз результатів проведеного лікування 434 хворих на глибокі форми ГП, з них у 38(8,7%) виявлено поширення процесу та гнілісно-некротичне враження фасції промежини, стегон, передньої черевної стінки, уrogenітальної області. Хворі знаходились на лікуванні в хірургічній клініці медичного факультету №2 ВНМУ та МКЛ ШМД м. Вінниця в період з 2010 по 2018 рік. З них: чоловіків 284 (65,4%), жінок 150 (34,6%). Вік хворих варіював від 18 до 82 років (середній вік 50 років). Хворі з підшкірними, підслизовими та хронічними парапроктитами в дослідження не включались.

**Результати:** Госпіталізовані були оперовані в межах 4-х годин від госпіталізації після проведеної

інтенсивної інфузійної терапії до стабілізації показників гомеостазу. Розкриття та дренивання проводили під спінальною анестезією у 84% хворих, у 16% під загальним знеболенням. Адекватність некректомії оцінювали по наявності кров'яної роси та відсутність некротичних тканин. Фасціотомія виконувалась всім хворим як профілактика компармент синдрому. В післяопераційному періоді ведення хворих з активною аспірацією системами KCIActiVAC. Оцінку ефективності проводили транскутанним визначенням кисню тканини (ТсрО<sub>2</sub>). Широкими розрізами розкривали гнійники, некротизовані та тканини із сумнівною життєздатністю видаляли до живих тканин. При виявленні заплівів додаткові розтини апоневрозу та фасції для профілактики компармент синдрому. Отримано зменшення термінів I фази ранового процесу (4-5 діб) у всіх пацієнтів, в порівнянні зі стандартними методами лікування 9-11 діб. Вакуумна активна аспірація дозволяє контролювати кількість виділення ексудату, знижує бактеріальну забрудненість порожнин, стимулює репаративні місцеві процеси за рахунок збільшення консигнації, скорочує терміни очищення та загоєння рани та знижує терміни госпіталізації. Метод краще готує рану до пластичного закриття в порівнянні із традиційним лікуванням. Із недоліків: труднощі встановлення герметичних пов'язок промежини, який доповнено використанням сітчастої еластичної пов'язки по типу шортів больовий синдром при встановленні поролонової губки

**Висновки:** Системи вакуумної аспірації дозволяють активно впливати на періоди очищення рани скорочуючи їх терміни, впливає на репаративні властивості м'яких тканин та прискорює появу грануляційної тканини. Рани після зняття систем активної аспірації готові до накладання вторинних швів або пластичного закриття дефектів промежини.

К.М. Паньків, С.В. Хитрук, О.С. Устименко, А.М. Паньків

## **ОЦІНКА ВАЖКОСТІ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

Кафедра анатомії людини

д.мед.наук, професор В.В. Петрушенко

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

м.Київ

**Актуальність:** Гострий панкреатит (ГП) належить до тяжких невідкладних захворювань органів черевної порожнини, за частотою звернення хворих по медичну допомогу посідає третє місце після апендициту й холецистити. Захворюваність на ГП в Україні, як і в світі, становить 102 на 100 000 населення, загальна летальність – від 4 до 15%. У більшості (80%) пацієнтів відзначають легкий перебіг захворювання, летальність при якому становить 0,2 –3%, при гострому некротичному панкреатиті (ГНП) – вона збільшується до 70% внаслідок формування органної недостатності (ОН). За останні роки збільшилась кількість пацієнтів, у кого діагностують ГНП (до 15 – 30%), а також інфікованих форм захворювання (до 40 – 80%), важкість стану яких і летальність визначає ОН. Саме тому одним із важливих питань цієї проблеми є оцінка важкості стану пацієнтів у перші години після їх госпіталізації, що необхідне для раннього визначення ризику виникнення ОН і застосування оптимального алгоритму діагностики й лікування. Існуючі «традиційні» шкали визначення важкості ГП, такі як Ranson, Glasgow (Imrie), SIRS, APACHE II та інші, хоч і являються цінними діагностичними критеріями на госпітальному етапі, але не повністю задовольняють вимоги практичної медицини. Крім того, з появою нових критеріїв важкості ГП, котрі не враховані в «традиційних» діагностичних системах, актуальність нових шкал передбачливо підвищується.

**Мета:** здійснити детальний огляд та аналіз літератури, присвяченої новим діагностичним шкалам оцінки важкості й прогнозування ГП за останні 10 років.

**Матеріали та методи:** описовий, порівняльний, статистичний, аналітичний, синтетичний методи. Проаналізовано та оброблено дані в електронних та інформаційних базах, наведені у вітчизняних і міжнародних наукових виданнях.

**Результати:** Знайдено чимало даних, присвячених оцінці та порівнянню ефективності традиційних

шкал оцінки важкості ГП. У одній з останніх публікацій J. H. Choetal. (2015) було визначено точність наступних шкал: Ranson, APACHE II, BISAP, CTSI, а також рівень С-реактивного білка (отриманий впродовж 24 годинз моменту госпіталізації (CRP24)). Таким чином, бачимо, що різноманітні шкали важкості продемонстрували схожу прогностичну точність при прогнозуванні важкості ГП.

D. C. Kuoetal. (2015) оцінили ефективність традиційних та деяких нових систем прогнозування важкості ГП в приймальному відділенні. Автори порівняли шкали Ranson, Glasgow, APACHE II, CTSI, BISAP, Panc 3, HAPS, JapanSeverityScore (JSS), а також деякі можливі предиктори у вигляді однієї змінної. Згідно даних авторів, нові системи оцінки важкості ГП, такі як BISAP, Panc 3, HAPS і JSS, можуть ефективно використовуватись для прогнозування важкості ГП і навіть дещо перевершують раніше запропоновані «традиційні» шкали Ranson, Glasgow, APACHE II. Системи оцінки BISAP, HAPS та предиктори з однією змінною можуть допомогти в прийнятті рішень через їх простоту використання та застосовність впродовж перших 24-х годин.

**Висновки:** На сьогодні медична література налічує велику кількість як традиційних, так і нових шкал оцінки важкості ГП. Триває пошук нових моделей диференційної діагностики різних форм даного захворювання, що свідчить про відсутність простої, уніфікованої методики оцінки важкості ГП, котра б повністю задовольнила потреби практичної медицини.

Зараз триває інтенсивний пошук нових шляхів стратифікації ГП, застосовуються можливості штучного інтелекту, використовується технологія BigData у вигляді поєднання великого масиву даних багато центрових досліджень (APPRENTICE), вивчається технологія PROMs(PatientReportedOutcomeMeasures) використовуються дані й традиції окремих регіонів для пошуку найбільш інформативних критеріїв важкості ГП (EASY Study).

Т.С. Пащенко

## ОРБИТОТОМІЯ ЯК ПЕРША ДОПОМОГА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВНУТРІШНЬООРБИТАЛЬНИХ КРОВОВИЛИВАХ

Кафедра ЛОР-хвороб

І.В. Дмитренко (доцент, к.м.н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Патологія краніоорбітальної ділянки привертає увагу хірургів різних спеціальностей вже досить давно. Причиною цьому є близькі та достатньо складні анатомічні взаємовідносини порожнини черепа, орбіти, носа і приносових пазух. Від своєчасності та правильності невідкладної допомоги часто залежить зір пацієнта, тому знання етіології, клініки, методів сучасної діагностики та принципів лікування необхідне лікарю будь-якого профілю.

**Мета:** Дослідити ефективність застосування ендоскопічної ендоназальної орбітотомії при лікуванні посттравматичних внутрішньоорбітальних крововиливах.

**Матеріали та методи:** Під нашим спостереженням за період 2016–2019 рр. було 15 пацієнтів із ретробульбарною гематомою. Із них у 10-х пацієнтів причиною гематоми була ЧМТ поєднана із контузією ППН та орбіти, у 5-х пацієнтів гематома була ускладненням проведеної ендоскопічної ендоназальної полісинусотомії. У шести пацієнтів із контузією орбіти експозиція від травми до надання допомоги складала близько 24 годин, ще у чотирьох – близько 72-х годин. У пацієнтів після полісинусотомії – від 2-х до 4-х годин. Всі хворі до операції обстежені офтальмологом, 7-ми хворим проведена УЗД орбіти та спіральна комп'ютерна томографія ППН та орбіт. Тривалість спостереження після операції від 1 до 6 місяців.

**Результати:** Післяопераційний період стаціонарного лікування пацієнтів, яким проводилась транскутанна орбітотомія, подовжувався на  $3,25 \pm 0,75$  доби, у порівнянні із пацієнтами, яким виконувалась ендоскопічна ендоназальна орбітотомія. У хворих яким виконувалась транскутанна орбітотомія зберігались косметичні дефекти повік з порушенням їх рухливості, на відміну від хворих яким проводилась ендоназальна орбітотомія. При проведенні дослідження також було встановлено значну перевагу ендоскопічної ендоназальної орбітотомії над транскутанною орбітотомією, показники відновлення якої відображались у швидкому зменшенні екзофтальму та відновленні

гостроти зору.

**Висновки:** Тактика лікаря при виникненні внутрішньоорбітальної гематоми направлена на зменшення внутрішньоорбітального тиску в короткий термін. Ендоскопічний ендоназальний підхід оперативного втручання при ретробульбарній гематомі дозволяє мінімізувати травматизацію м'яких тканин орбіти, за рахунок зменшення глибини доступу до гематоми. При виборі хірургічного підходу до лікування внутрішньоорбітальної гематоми пріоритетним, є ендоназальна трансетмоїдальна орбітотомія.

К.І. Пікульська, Г.О. Сокол

## ВПЛИВ «ЛІАСТЕНУ» НА ІМУННИЙ СТАТУС У ХВОРИХ НА ФЛЕГМОНУ ФУРНЬЄ

Хірургії №2

М.А. Гудзь (ас., к. м. н)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** гангрена Фурньє у сучасному світі призводить до збільшення частоти смертності, інвалідності, зниження працездатності. Це гострий, швидко прогресуючий і потенційно смертельний, інфекційний некротичний фасциїт, що вражає зовнішні статеві органи, промежину або періанальну область, і потребує негайного лікування і заживлення.

**Мета:** оцінити вплив імуномодулюючих препаратів на процес лікування гангрен Фурньє і покращення регенерації після оперативного втручання.

**Матеріали та методи:** проведено оцінку імунологічного статусу та строків заживлення післяопераційних ран з хворобою Фурньє при використанні антибактеріальних препаратів і засобів місцевої дії, а також у пацієнтів з додаванням до терапії імуномодулюючого препарату «Ліастену».

**Результати:** при оцінці імунного статусу хворих контрольної групи з гангrenoю Фурньє при госпіталізації спостерігалось прогресивне зменшення Т4-хелперів в імунограмі (CD4:  $26,4 \pm 0,37$ ,  $p < 0,01$ ). У представленій групі розподілу при госпіталізації спостерігалось прогресивне збільшення ІЛ-1 (ІЛ-1:  $72,3 \pm 0,24$ ,  $p < 0,01$ ). При лікуванні пацієнтів без використання імуномодулятора «Ліастену» на 3 добу були виявлені такі показники: CD4:  $23,1 \pm 0,42$ ,  $p < 0,001$  (відмічається зниження на 12,5% у порівнянні з вихідними даними), а ІЛ-1:  $92,7 \pm 1,02$ ,  $p < 0,001$  (відмічається підвищення на 28,2%), на 5 добу – CD4:  $27,5 \pm 0,49$  (підвищення на 4,2%); ІЛ-1:  $72,5 \pm 0,92$ ,  $p > 0,05$  (підвищення на 0,2%), на 9 добу CD4:  $29,3 \pm 0,51$ ,  $p < 0,001$  (підвищення на 10,9%); ІЛ-1:  $63,7 \pm 0,53$ ,  $p < 0,001$  (зниження на 11,9%). На момент виписки рівень CD4 становив  $34,3 \pm 0,61$  (підвищення на 29,9%),  $p < 0,001$ ; рівень ІЛ-1:  $44,5 \pm 0,37$  (зниження на 38,4%),  $p < 0,001$  (середня тривалість перебування хворих у стаціонарі становила 31 добу).

У групи пацієнтів, при лікуванні яких використовувався імуномодулюючий засіб «Ліастен» спостерігалися такі імунологічні показники: на 3 добу – CD4:  $27,1 \pm 0,52$ ,  $p < 0,001$  (підвищення на 2,6%); ІЛ-1:  $80,3 \pm 0,87$ ,  $p < 0,001$  (підвищення на 11%), на 5 добу – CD4:  $28,8 \pm 0,54$  (підвищення на 9%); ІЛ-1:  $69,1 \pm 0,37$ ,  $p > 0,05$  (зниження на 4,4%), на 9 добу – CD4:  $31,9 \pm 0,76$ ,  $p < 0,001$  (підвищення на 20,8%); ІЛ-1:  $58,3 \pm 0,67$ ,  $p < 0,001$  (зниження на 19,3%), на момент виписки – CD4:  $38,7 \pm 0,84$  (підвищення на 46,5%),  $p < 0,001$ ; ІЛ-1:  $39,1 \pm 0,25$  (зниження на 45,9%),  $p < 0,001$  (середня тривалість перебування у стаціонарі скоротилась до 20 днів).

**Висновки:** використання імуномодулюючого препарату «Ліастену» у пацієнтів з флегмоною Фурньє прискорює одужання пацієнтів, покращує показники стану імунної системи, зменшує перебування у стаціонарі, зменшує розвиток некротизуючих процесів у порівнянні з тими пацієнтами, які не використовували імуномодуляторів у лікуванні.

Б. В. Плотичя

## УТВОРЕННЯ ТА РОЛЬ СУРФАКТАНТУ У СЕРЕДНЬОМУ ВУСІ ТА ЄВСТАХІЄВІЙ ТРУБІ

Кафедра ЛОР-хвороб

В. В. Максимчук (асистент)

**Актуальність:** актуальною темою залишається дослідження людського організму як цілісної системи, яка запускає захисні механізми, що спрямовані на боротьбу з інфекційним агентом та наслідками його дії. Дослідження безпосередньої дії і механізму реалізації через посередництво поверхнево активних речовин, синтезованих у верхніх дихальних шляхах може допомогти зрозуміти механізми боротьби організму людини у хворих з патологією середнього вуха та слухової труби. Виявити вагомість ролі ендogenous поверхнево-активних речовин і можливості стимуляції їх збільшеного синтезу при захворюванні.

**Мета:** з доступних джерел проаналізувати дію поверхнево активних речовин, а саме сурфактанту у носоглотці. Дослідити дію даної речовини, місця її синтезу, безпосередню та опосередковану дію, а також захворюваність залежно від кількості вмісту сурфактанту.

**Матеріали та методи:** аналіз наукових публікацій у базі даних Pubmed, Medscape, фахових джерелах світової електронної мережі.

**Результати:** сурфактанти груп А і Б синтезуються переважно біля отвору Євстахієвої труби біля місця безпосередньої їх дії, і взаємодіють з  $\beta$ -адренорецепторами, виступають при цьому як агоністи. Тому мають подібні властивості до неселективних  $\beta$ -агоністів і сприяють зменшенню тиску у євстахієвій трубці на 15-20% при модельованому запаленні у дослідженнях на експериментальній групі тварин.

**Висновки:** сурфактанти груп А та В виконують ряд функцій: зменшення тиску в євстахієвій трубці, ліквідація наслідків запальних змін при середньому отиті з випотом. При чому дія схожа по аналогії за механізмом дії до  $\beta$ -агоністів. Таким чином у ході дослідження було доведено, що сурфактант за рахунок своїх властивостей і структурі забезпечує важливі протизапальні функції. Реактивність організму направлена на самостійну боротьбу з інфекційними процесами у середньому вусі за рахунок ендogenous речовин, відповідно зменшена кількість синтезу ендogenous поверхнево-активних речовин зумовлює часті епізоди запалень у середньому вусі. Подальше дослідження направлене на стимуляцію виділення ендogenous сурфактанту, вивчення використання екзогенних поверхнево-активних речовин в лікуванні патології вуха.

В.Ю.Пономаренко

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З  
НАБУТИМИ СТАТИЧНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ  
СТОП: HALLUX VALGUS, ТА МОЛОТКОПОДІБНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ  
II ПАЛЬЦЯ СТОПИ.**

Кафедра травматології та ортопедії

А.В.Макогончук (к. мед. н., доц.)

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

**Актуальність:** Деформації пальців є досить поширеною формою патології переднього відділу стопи у дорослих. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 75% населення Землі є проблеми, пов'язані, з патологією стоп, які серйозно порушують спосіб життя. Лише у 20 - 30% дорослого населення стопа зберігає нормальну будову. У решти є різного виду дефекти, пов'язані з патологією переднього відділу стопи і різними деформаціями пальців - вальгусною I, молоткоподібною I (або) кігтеподібною II - IV, варусною V пальців. Різний вид і прояв деформації, різна повсякденна діяльність пацієнтів означає, що операції повинні бути індивідуалізовані і в ході оперативної корекції повинні бути виправлені всі наявні компоненти деформації. Незважаючи на велику варіабельність оперативних втручань досить часто серед ортопедів-травматологів є тенденція до використання одного методу при різних видах деформацій, що веде до зростання числа ускладнень у вигляді метатарзалгій, рецидивів і, як наслідок, до незадоволеності пацієнта результатами лікування і необхідності проведення повторних операцій.



**Мета:** Порівняти ефективність різних методів хірургічного лікування пацієнтів з вальгусною деформацією I пальця та молоткоподібною деформацією II пальця стопи.

**Матеріали та методи:** проаналізовано результати хірургічного лікування 18 пацієнтів з вальгусною деформацією I пальця та молоткоподібною деформацією II пальця стопи, які були оперовані в ортопедичному відділенні НДІ реабілітації осіб з інвалідністю ННЛК ВНМУ ім. М.І.Пирогова. Пацієнти були розподілені на 3 групи (з II, III та IV ступенями hallux valgus) по 6 чоловік в кожній.

**Результати:** Пацієнтам з hallux valgus II ст. та початковою молоткоподібною деформацією II пальця виконувалися резекція езостозу голівки I плесневої кістки за Шеде, латеральний реліз I плесневої кістки та подовження сухожилка розгинача II пальця. Пацієнтам з hallux valgus III ст. та помірною молоткоподібною деформацією II пальця резекція езостозу голівки I плесневої кістки та латеральний реліз доповнювали остеотоміями I плесневої кістки за Shevton (3 пацієнти) та Scarf (3 пацієнти). Для усунення молоткоподібної деформації II пальця подовження сухожилка розгинача II пальця доповнюва капсулотомією проксимального міжфалангового суглобу. Пацієнтам з hallux valgus IV ст. та вираженою деформацією II пальця резекція езостозу голівки I плесневої кістки та латеральний реліз доповнювали остеотомією проксимальної фаланги за Akin та подвійною клиноподібною остеотомією I плесневої кістки. Для усунення молоткоподібної деформації II пальця виконувалася резекція проксимального міжфалангового суглобу з наступним його артрорезуванням. Рецидив деформації спостерігався у 2 пацієнтів з II ст hallux valgus, пов'язаний з недотриманням рекомендацій лікаря в післяопераційному періоді.

**Висновок:** Диференційований та індивідуальний підхід до вибору хірургічних методик дозволяє уникнути рецидивів деформацій та значно покращити функцію стоп і якість життя у пацієнтів з вальгусною деформацією I пальця та молоткоподібною деформацією II пальця стопи

В.Ю. Пономаренко

## **ОБСТРУКТИВНІ УРОПАТІЇ У ДІТЕЙ**

Кафедра дитячої хірургії

Т.І.Михальчук (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вади розвитку сечовивідної системи представляють собою одне з найбільш розповсюджених патологічних станів і складають від 5 до 14% у новонароджених за даними літератури. Частота їх складає 6-8 випадків на 1000 новонароджених. Деякі з них представляють безпосередню загрозу для життя хворого в зв'язку з порушенням відтоку сечі, розвитком пієлонефриту і ниркової недостатності (обструктивні уропатії).

**Мета:** Вивчення діагностики, методів лікування обструктивних уропатій. Проаналізувати причини гідронефрозу у дітей різних вікових груп, методи лікування, наявність ускладнень у післяопераційному періоді у дітей Вінницької області протягом 11 років.

**Матеріали та методи:** Було проведено ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарних хворих, які перебували на обстеженні та лікуванні у відділеннях ВОДКЛ у 2007-2018 рр. Проаналізовано 620 медичних карт (404 хлопчики – 65,16 %, 216 дівчаток – 34,83 %)

**Результати :** Всього було обстежено 620 хворих з гідронефрозом, які перебували на обстеженні в обласній дитячій лікарні в різних відділеннях. Хлопчики переважали над дівчатками, 404 хлопчики (65,16%), дівчатка склали 216 (34,83%); жителі міста переважали над жителями села (380 – 61,29% і 240 – 38,70%). Лівобічний гідронефроз виявлено у 280 хворих, правобічний у 102 хворих.

Було прооперовано 86 хворих: 50 з приводу лівобічного і 36 правобічного гідронефрозу. Причинами гідронефрозу були: абберантна судина – 11, ембріональні злуки – 3, міхурово-сечовідний рефлюкс – 6, стриктура сечоводу – 60 випадків.

Було виконано такі оперативні втручання: Хайнса – Андерсена – 46; з приводу абберантних судин – 11; накладення нефростоми – 7; резекція ембріональних злук – 3; операція Коена – 5; Т-кутанеостомія – 3; гемінефректомія – 2; операція Фолея – 2; люмботомія за Федоровим – ; делібератія сечоводу – 2; Політано – Лідбеттера – 1; нефректомія – 1; Хайнса – Андерсена – Кучера

– 1.

Післяопераційних ускладнень не було виявлено.

Серед усіх хворих на гідронефроз більшу кількість складають діти від 10 до 16 – 177 (28,54%) Дітей віком 4 – 9 було 160 (25,8%), 1-3 роки – 141 (22,74%) до року 79 (12,74%), до 1 міс. – 36(5,8%), старше 16 років – 27 (4,35%).

**Висновки:** Правильна та вчасна діагностика гідронефрозу дає можливість для проведення корекції обструктивних уропатій, виконати оперативне втручання, що дасть можливість зберегти нирку.

Ю.В.Потапова, Я.В. Мартиш

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ТКАНИННОГО АКТИВАТОРА ПЛАЗМІНОГЕНУ, ЯК БІОХІМІЧНОГО МАРКЕРА ЙМОВІРНОСТІ РОЗВИТКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ**

Кафедра хірургії №2

М.І.Покидько(д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність:** спайкова хвороба очеревини залишається найбільш поширеним ускладненням, яке супроводжує майже всі оперативні втручання на органах шлунково-кишкового тракту. У патогенезі спайок приймає участь комплекс таких складних біологічних реакцій, як запалення, коагуляція, фібриноліз. В ділянці дії патологічного фактора порушується цілісність або проникність кровоносних судин, активується система коагуляції, відбувається ряд каскадних реакцій, які закінчуються перетворенням фібриногену в фібрин, який відкладається на поверхні органів черевної порожнини, склеюючи суміжні органи. Фібрин активує фібринолітичну систему. Тканинному активатору плазміногену притаманна визначальна роль у деградації фібрину і тромбів у кров'яному руслі. Проведено безліч досліджень біохімічних маркерів спайкоутворення, однак не всі біохімічні процеси, які відбуваються в міжклітинному матриксі і корелюють процес спайкоутворення дослідженні у наш час. Тому вивчення ТАП, як біохімічного маркера, що впливає на інтенсивність утворення післяопераційних спайок є актуальним питанням на сьогоднішній день.

**Мета роботи:** дослідження тканинного активатора плазміногену, як фактора, що корелює вірогідність і ступінь утворення післяопераційних спайок.

**Матеріали та методи дослідження:** проведено експериментальне дослідження, у ході якого проводилось моделювання спайкоутворення. Біохімічно визначилась фонові активність ТАП у парієтальній рідині та парієтальній очеревині та активність ТАП на 1, 3, 5, 21 добу після експерименту. На кінцевому етапі було проведено статистичну обробку результатів отриманих під час дослідження.

**Результати:** у першому досліді встановлено, що фібринолітична активність тканини парієтальної очеревини в першій групі достовірно знижена як в порівнянні з фоновими показниками, так і в порівнянні з значеннями отриманими при стимульованому фармакологічному впливі на парасимпатичний відділ вегетативної регуляції судинного тону, на що значно впливає ішемічний фактор перебігу післяопераційної травми парієтальної очеревини. У другому досліді вивчення місцевої фібринолітичної активності перитонеальної рідини показав, що в першій групі достовірно знижена активність ферменту, як в порівнянні з фоновими показниками, так і в порівнянні із значеннями, отриманими при стимульованому фармакологічному впливі на парасимпатичний відділ вегетативної регуляції судинного тону, що значно зменшує ішемічний фактор перебігу післяопераційної очеревини. При введенні медіаторів парасимпатичної нервової регуляції спостерігалось короткочасне зниження активності ТАП, з наступним його підвищенням до рівня фону, як в тканинах очеревини, так і в перитонеальній рідині, що також корелювалось з помірним числом і щільністю перитонеальних зрощень.

**Висновки:** у ході експериментального дослідження, було виявлено, що рівень тканинного активатора плазміногену в перитонеальній рідині в ранній післяопераційний період може слугувати

достовірним критерієм високої вірогідності розвитку патологічного спайкоутворення.

О.В. Рибчич, А.Є. Бухштаб, Ю.С. Семенович

## СПРАВЖНЯ РЕВОЛЮЦІЯ В КАРДІОХУРУРГІЇ: ТРАНСКАТЕТЕРНА ІМПЛАНТАЦІЯ НАЙМЕНШОГО В СВІТІ КАРДІОСТИМУЛЯТОРА

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

О.В. Левадний (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність теми:** імплантовані кардіостимулятори поліпшують якість життя і знижують смертність пацієнтів – надія хворих, які страждають від захворювань серцево-судинної системи. Раніше кардіостимулятори встановлювалися за допомогою складної операції на відкритому серці. Наприкінці 2013 р. компанія Medtronic відкрила всьому світу найменший у світі кардіостимулятор Micra, який можна імплантувати без необхідності хірургічного втручання.

**Мета:** проаналізувати і узагальнити дані щодо переваг і недоліків, ризиків судинних ускладнень при проведенні імплантації кардіостимулятора Micra.

**Матеріалитаметоди:**аналізнауковихджерел: A leadless pacemaker in the real-world setting: The Micra Transcatheter Pacing System Post-Approval Registry. Roberts PR, et al. Heart Rhythm. 2017.The rationale and design of the Micra Transcatheter Pacing Study: safety and efficacy of a novel miniaturized pacemaker. Ritter P, et al. Europace. 2015. Retrieval of the Leadless Cardiac Pacemaker: A Multicenter Experience. Reddy VY, et al. Circ Arrhythm Electrophysiol. 2016.

**Результати:** компанія Medtronic - світовийлідерувиробництвікардіостимуляторів, 2011 р. насвоїїпрезентаціїнавіставці TEDMED С. Естерлепоказавмайбутнєкардіостимуляторів. Вжеу 2013 р. Medtronic презентувавкардіостимулятор Micra Transcatheter Pacing System (TPS). На початку травня 2014 р. в США було імплантовано першому пацієнту кардіостимулятор Medtronic Micra. Низка випробувань показала його високу ефективність і надійність у порівнянні з традиційними кардіостимуляторами. Довжина стимулятора Micra – 24 мм, як монета номіналом 1 євро. Для його імплантації не потрібне хірургічне втручання і під'єднання до серця електродів, – апарат вводиться в серце через стегнову вену за допомогою катетера і кріпиться гнучкими зубцями безпосередньо в правому шлуночку, після чого випромінює електричні імпульси, щоб підтримувати серцебиття, пристосовуючись до активності пацієнта. Не потрібно робити жодних “хірургічних кишень під шкірою”, він не пошкоджує тканин серця, не заважає проведенню МРТ, зменшує ризик серцево-судинних ускладнень.У разі виникнення проблем можливе повторне встановлення. Відсутні надрізи, рубцювання ран і довготривале перебування в стаціонарі, що позитивно впливає на психоемоційний стан пацієнта. Наразі Micra має такі обмеження: активний 10 років, потім потребує заміни, не рекомендований пацієнтам із зайвою вагою, крім того, його не можна встановити пацієнтам, у яких вже є традиційні кардіостимулятори.

**Висновки:** Micra - революційний кардіостимулятор, який змінює життя тисяч людей. Ми сподіваємося, що за найближчі роки наука зробить крок вперед, щоб дати просту й ефективну відповідь на такі серйозні проблеми як хвороби серця.

М.Д. Саковська, Д.Ю. Салій

## СПЛЕНОМЕГАЛІЯ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

Ю.А. Димчина (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** рівень захворюваності та поширеності хвороб серед дітей знаходиться на першому місці серед усіх прошарків населення, при цьому значна кількість захворювань супроводжуються

спленомегалією. В той же час лікарі стикаються з проблемою діагностики та лікування даного симптому. Селезінка – найбільший за розмірами вторинний лімфоїдний орган, що відіграє важливу роль у фільтрації крові та процесах імунного захисту. Це робить дослідження даної патології та методів її лікування є актуальним питанням дитячої хірургії у сучасних умовах.

**Мета:** дослідити поширеність спленомегалії серед дітей різного віку, причини, симптоматику та особливості лікування.

**Матеріали та методи:** нами було досліджено ряд сучасних публікацій в українських та закордонних джерелах. Відібрано та оброблено найактуальнішу інформацію щодо даної патології.

**Результати:** серед вікових категорій спленомегалія зустрічається з такою частотою: найчисельнішими виявляються групи дітей до року (27,4%) та діти до 3 років (25,7%). Діти віком 4-7 років 16,6%, 8-11 років – 13,3%. Підлітки зіставили 10,8% випадків. Найменша кількість зустрічалась у дітей старше 12 років (6,3%). Отже, ризик виникнення даної патології знижується з віком, що пов'язано із відносним зниженням ролі селезінки у системі кровотворення організму дитини.

Серед причин, що викликають спленомегалію у дітей найчастіше зустрічаються інфекційні хвороби (23,2%) та новоутворення (22,8%), хвороби крові, що найчастіше представлені гемолітичними анеміями складають 11,6%, хвороби обміну – 7,1%, соматичні захворювання, що супроводжуються спленомегалією 10,4%, синдром позапечінкової порталльної гіпертензії 3,3%, захворювання неуточненої етіології 11%.

Клінічна картина залежить від вихідної патології, причини та ступеня збільшення органу. У більшості випадків на перший план виходять симптоми первинного захворювання. До найбільш серйозних ускладнень спленомегалії відносять розрив селезінки. Тактика лікування заснована на пошуку і усуненні причинного захворювання. Серед хірургічних методів виділяють лапароскопічну спленектомію та спленектомію через відкритий доступ. Оптимальними умовами для виконання ЛСЕ є розміри селезінки, що не перевищує 20 см, при більших розмірах необхідно застосовувати відкритий доступ. При проведенні лапароскопічної операції необхідний особливо ретельний гемостаз, оскільки є високий ризик профузної кровотечі, але при цьому використання ЛСЕ у порівнянні із відкритою операцією значно знижує ризик виникнення післяопераційних ускладнень та летальність.

**Висновок:** спленомегалія є актуальною патологією, що супроводжує безліч захворювань і є поширеною серед дітей, особливо молодшого віку. Проблема діагностики та лікування спленомегалії має важливе значення у розвитку медичної служби та підвищенні якості лікування патологій, що супроводжуються даним симптомом.

С. В. Слободяник, М.І. Кривонос, О. В. Гудзь

## СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ХРОНІЧНОЇ РАНИ У ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН

Кафедра загальної хірургії

С. Д. Хіміч (д. мед. н., проф., завідувач кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** на сьогоднішній час існує багато методів моделювання хронічної рани у експериментальних тварин, але жоден із них не здатен створити довготривалу модель хронічної рани. Тому експериментальна хірургія досі потребує створення більш ефективнішого способу створення хронічної рани.

**Мета:** розробити спосіб моделювання контрольовано незаживаючої хронічної рани на білих лабораторних щурах з низькою травматичністю і летальністю.

**Матеріали та методи:** при проведенні роботи використовувались щурі породи ВінСтар одного віку, чоловічої статі, масою 250-350 грам, що утримувались в однакових умовах з попереднім карантинном та дотриманням всіх умов утримання та харчування, згідно стандартів проведення технічного експерименту у віварії ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Було проведено 3 серії експерименту по 10 щурів у кожній. Суть методу полягає у створенні стандартного дефекту шкіри у вигляді кола до 1 сантиметра

в діаметрі, по серединній лінії, середньої третини спини за оригінальною методикою. Після знеболення, в стерильних умовах, за допомогою вікончатого затискача та скальпеля проводилось висічення шкіри та поверхневої фасції з ішемізацією шкіри за допомогою металевих скріпок, що розташовуються циркулярно на відстані 1-1,5 см від рани по її периферії.

**Результати:** за рахунок компресії тканин з допомогою металевих скріпок досягається порушення венозного відтоку, артеріального живлення та іннервації тканин. В заданих умовах виникають трофічні зміни в тканинах в середині периметру рани, що сприяло порушенню репаративних процесів в рані та викликає її хронізацію. У першій серії експерименту летальність становила 10%, у другій – 10%, у третій – 0%. Для визначення ефективності моделі на 1, 3, 7, 10 та 15 добу визначалися площа, глибина рани, поведінка експериментальних тварин. За результатами огляду площа ран зменшувалась на 6% кожні 5 днів.

**Висновки:** Дана модель хронічної рани має переваги над іншими методами, а саме площа рани була стандартною в усіх щурів, низька травматичність та низька летальність експериментальних тварин. Тривалість заживлення даної експериментальної рани перевищує 50 діб, що підтверджено гістологічно та цитологічно з 28 доби експерименту.

О.П. Струсевич, О.В. Горошинська  
**АРТРОСКОПІЧНА СІНОВЕКТОМІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННЯ  
РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ**

Кафедра травматології та ортопедії

А.В. Макогончук (к. мед. н., доц.)

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

**Актуальність:** ревматоїдний артрит (РА) – одне з найбільш поширених хронічних запальних захворювань суглобів, частота якого у популяції у середньому становить 1% (0,6-1,6% у різних країнах). В Україні розповсюдженість РА становить 340 випадків на 100 тис. дорослого населення. Жінки хворіють на РА в 3-4 рази частіше за чоловіків, однак у серопозитивних за ревматоїдним фактором (РФ) пацієнтів та осіб похилого віку ці статеві відмінності менш очевидні. За даними «Українського центру суспільних даних» паліативна допомога в Україні у зв'язку із захворюваністю на ревматоїдний артрит становить 8900, зокрема частка Вінницької області – 438 за 2017 рік.

**Мета:** дослідження ефективності проведення артроскопічної синовектомії в комплексному лікуванні ревматоїдного артрити в порівнянні з консервативним лікуванням.

**Матеріали та методи:** вивчення зарубіжних та вітчизняних наукових публікацій за даною темою, дослідження статистики в Україні та світі, вивчення практичних клінічних випадків на базі НДІ реабілітації осіб з інвалідністю ННЛК ВНМУ ім. М.І.Пирогова.

**Результати:** за даними зарубіжних наукових публікацій, виконання артроскопічної синовектомії в комплексі з капсульним вивільненням у 54 пацієнтів з РА плечового суглоба призвело до зміни показників активності процесу від 4.29 та 36.7 до 3.11 та 84.6 відповідно за шкалою активності процесу за рівнем С-реактивного білка та модифікованою шкалою Японської ортопедичної асоціації JOA. Артроскопічна синовектомія колінного суглоба у 49 пацієнтів призвела до зменшення болю з 6,3 до 1,7 за середньою візуальною аналоговою шкалою болю. За даними Українського державного науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів, у 5 пацієнтів з ревматоїдним артритом, яким проводилась артроскопічна синовектомія колінного суглоба, знизилась активність процесу, потреба в глюкокортикоїдах, покращилися суб'єктивні відчуття, було досягнуто стабілізації показників активності процесу.

**Висновок:** артроскопічна синовектомія при ревматоїдному артриті колінного суглоба дозволяє досягти гарних результатів у лікуванні. Вчасне невиконання синовектомії пацієнтам призводить до значного погіршення загального стану на тлі консервативного лікування.

А.А. Угрин, І.О. Демчук

# РЕЗУЛЬТАТИ АНОНІМНОГО ОПИТУВАННЯ СТУДЕНТІВ ІІІ КУРСУ ЩОДО МЕТОДІВ ОТРИМАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПІД ЧАС ВИВЧЕННЯ ПРЕДМЕТУ «ЗАГАЛЬНА ХІРУРГІЯ»

Кафедра загальної хірургії

С.Д. Хіміч (проф., д.мед.н), А.М. Форманчук (доц, к.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Освіта у медицині - це безперервний динамічний процес обміну інформації між викладачами та студентами. Ефективність цього процесу безумовно залежить від усіх складових ланок: сторони, що дає інформацію – викладача (рівня його підготовки та досвіду), сторони, що отримує інформацію – студента (рівня його базових знань, інтелекту, мотивації та особливостей засвоєння інформації), так і характеру і методів подання самої інформації. Неефективність чи низький рівень знань студентів на іспитах зумовлені порушенням однієї з ланок цього процесу. Педагоги вищої школи працюють з молодими людьми, які у більшості орієнтовані і вмотивовані на результат – отримання знань для професійної діяльності.

**Мета:** Вивчення мотивації студентів та переважних джерел отримання інформації у навчанні шляхом анонімного опитування з метою знаходження нових педагогічних прийомів для покращення якості засвоєння матеріалу.

**Матеріали та методи:** Виконано анонімне анкетне експрес-опитування 186 студентів ІІІ курсу медичного та іноземного факультетів за допомогою власне розробленої міні – анкети із питаннями «Який шлях отримання інформації при навчанні для Вас ефективніший (у%): книжка, методична розробка, інтернет, лекція, розмова із викладачем, свій варіант» та: «ваша мотивація стати лікарем».

**Результати:** Найбільш ефективним джерелом інформації, на думку студентів, стала книга - 27,3%, на другому місці – розмова із викладачем – 26,7%, третє місце – методичні розробки - 20,4%, інтернет – 13,6%, лекція – 10,8%, свій варіант (включав здебільшого бесіду із іншими студентами) – 1,2%. Щодо причин мотивації стати лікарем відповіді студентів були згруповані наступним чином: благородні поклики – 53,2%, особисті амбіції – 17,2%, не змогли вказати точно – 15,1%, вплив батьків – 8,6%, медичний випадок у сім'ї – 3,2%, фінансова мотивація – 2,7%.

**Висновки:** На нашу думку, з метою оптимізації навчального процесу в силу постійних психологічних, соціально-економічних та технологічних змін нового покоління потрібно регулярно проводити подібні анонімні опитування студентів вищих навчальних закладів щодо їх сприйняття методик викладання. Проведене опитування показало орієнтовний «портрет студента», якого ми навчаємо, що дає змогу підбирати та розробляти нові актуальні методи та прийоми в освіті для нових поколінь студентів.

А. В. Фадєєва, А. В. Валентьєва

## ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ

Кафедра загальної хірургії № 2.

Д. В. Євтушенко (к. мед. н., асистент кафедри загальної хірургії № 2)  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність:** на сьогодні проблема лікування хворих на холангіт є дуже важливою, оскільки це захворювання призводить до летального результату майже у 25% випадків через розвиток біліарного сепсису, для лікування якого необхідне хірургічне втручання. Сам холангіт є, перш за все, морфологічними змінами в структурі жовчних проток. Можна сказати, що гострий холангіт та біліарний сепсис це два різних, але взаємопов'язаних прояви інфекційно-запального процесу.

**Мета:** визначити результати оперативного лікування гострого холангіту шляхом оцінки результатів лабораторних досліджень.

**Матеріали та методи:** у дослідження були включені 62 хворих на гострий холангіт, яким було визначено наступні показники: кількість лейкоцитів, функціональні проби печінки (рівень білірубіну), активність цитолітичних ферментів (АЛТ, АСТ).

**Результати:** гострий холангіт є поширеним ускладненням обтураційної жовтяниці при холедохолітіазі (він виникає в 33,7% випадків). При надходженні хворих до стаціонару було проведено визначення вищезазначених показників та були отримані наступні результати: підвищення кількості лейкоцитів до  $12,5 \pm 0,7 \cdot 10^9/\text{л}$ , збільшення нейтрофільно-лімфоцитарного індекса до  $7,89 \pm 0,81$ , а лейкоцитарного індекса інтоксикації до  $3,03 \pm 0,61$ , рівень загального білірубіну зростає до  $116,0 \pm 10,6$  мкмоль/л. Також було зафіксовано суттєве зростання активності цитолітичних ферментів, а саме: АЛТ до  $221,6 \pm 21$  Од/л з коливанням від 20 Од/л до 974 Од/л, та АСТ до  $139,8 \pm 13,9$  Од/л з коливанням від 12 Од/л до 400 Од/л. Встановлено, що у 59,68% хворих рівень загального білірубіну перевищував верхню межу норми більш, ніж у 3 рази, що свідчить про вкрай тяжкий рівень порушень і високу вірогідність розвитку ускладнень. Активність АЛТ у 45,16% та АСТ у 17,74% пацієнтів перевищували 200 Од/л, що вказує на тяжкі, загрозливі життю, зміни. Виявлено такий розподіл ступеню важкості захворювання: у 4,83% хворих важкий холангіт, що супроводжується дисфункцією органів, у 41,94% - середня ступінь тяжкості, а у 53,23% - холангіт першого ступеню тяжкості. У 46,77% пацієнтів спостерігалася субкомпенсація або декомпенсація щонайменше однієї системи організму. Коли жовчоток був відновлений, перші три доби в крові спостерігався підвищений рівень лейкоцитів зі збереженням зсуву формули крові вліво. Помітні покращення показників лейкоформули було відмічено лише на 4-7 добу. Також на 4-5 добу значно зменшувався рівень загального білірубіну, але активність АЛТ та АСТ залишалась високою і на час виписки. Ускладнення в післяопераційному періоді виникли у 19,35% хворих. У 3 із 12 хворих з ускладненням були виконані лапаротомічні операції, у 1 наступив летальний кінець.

**Висновки:** у результаті дослідження було доведено, що для збереження життя та нормального функціонування всіх органів та систем необхідне саме хірургічне втручання. Але після операції майже у 20% пацієнтів виникають тяжкі ускладнення через зміни вищезазначених показників, які іноді завершуються летально.

В.В. Шавлюк, В.М. Ковальчук

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВОГО ВВЕДЕННЯ АУТОЛОГІЧНОЇ СТРОМАЛЬНОВАСКУЛЯРНОЇ ФРАКЦІЇ КЛІТИН ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ В ТЕРАПІЇ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ**

Кафедра травматології та ортопедії

Л.О. Килимнюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** висока ефективність застосування мультипотентних мезенхімальних стовбурових клітин кісткового мозку в лікуванні остеоартрозу підтверджена численними дослідженнями. Однак, їх виділення обумовлено труднощами пов'язаними з проведенням трепанобіопсії та низькою концентрацією елементів у пунктаті. У сучасних дослідженнях доведено, що мультипотентні мезенхімальні стовбурові клітини стромального компоненту жирової тканини по своїм характеристикам не відрізняють від аналогічних клітин кісткового мозку, а методика їх виділення позбавлена вищеперерахованих обмежень.

**Мета:** оцінити результати внутрішньосуглобового введення аутологічної стромально-васкулярної фракції клітин жирової тканини у пацієнтів з остеоартрозом колінного суглоба.

**Матеріали та методи:** обстежено 12 пацієнтів з остеоартрозом колінних суглобів I-II ст., яким було виконано внутрішньосуглобове введення аутологічної стромально-васкулярної фракції клітин жирової тканини. В досліджувану групу включено 7 (58,33 %) чоловіків та 5 (41,67 %) жінок. Середній вік пацієнтів  $42,25 \pm 7,07$  років. Забір жирової тканини та її очищення від клітин крові та сторонніх речовин здійснювали згідно технології Lipogems. Результати лікування оцінювали з використанням опитувальника Western Ontario And McMaster Osteoarthritis Index (WOMAC) через 1 тиждень та 3 місяці після введення препарату. Для визначення ступеня важкості остеоартрозу використовували класифікації Kellgren-Lawrence (1987). Оцінку результатів проводили шляхом побудови динамічних рядів, для аналізу повторних змін використовували критерій Фрідмана.

Вірогідність безпомилкового прогнозу встановлювали при  $p \leq 0,05$ .

**Результати:** протягом дослідження встановлено зменшення показників больового синдрому в 2,39 разів, скованості рухів – в 3,99 разів та функціональної спроможності – в 1,41 разів. Сумарні результати, згідно даних опитувальника зменшилися в 1,57 разів, порівняно з вихідними даними. Протягом дослідження встановлено негативну тенденцію досліджуваних показників, що вказує на покращення результатів лікування за усіма досліджуваними параметрами. Таким чином, між досліджуваними показниками вимірними протягом дослідження встановлено статистично значимі відмінності ( $p < 0,0001$ ).

**Висновок:** встановлено високу клінічну ефективність внутрішньосуглобового введення аутологічної стромально-васкулярної фракції клітин жирової тканини в терапії остеоартрозу колінних суглобів. Необхідно подальше вивчення віддалених клінічних результатів та оцінка стану колінного суглобу з використанням додаткових методів візуалізації.

С.Ф. Шаріфова, Н.Ю. Пляцко, Т.С. Лоскутова

## **РОЛЬ ПУНКЦІЙНОГО МЕТОДУ У ЛІКУВАННІ ГІГРОМ**

Кафедра хірургії медичного факультету №2

В.В. Мосьондз (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гігроми одне з часто зустрічаємих захворювань опорно-рухового апарату. Основним чинником, що продовжує спонукати до розгляду проблеми - лікування гігром було, є, і продовжує залишається питання профілактики рецидиву, що спонукає лікарів хірургічного профілю до пошуку нових та удосконалення існуючих методів лікування. За даними Gibson T., Бабич І.В., консервативне лікування дає можливість одужання у 50 - 60 % випадків. Рівень рецидивів після різноманітних оперативних втручань коливається від 20 до 35% тоді як при пункційному лікуванні рецидиви наявні лише у 11- 18 %.

**Мета:** Удосконалення ефективності пункційного методу у лікуванні гігром.

**Матеріали та методи:** В хірургічній клініці кафедри хірургії медичного факультету №2 на протязі 2016-2018 років було проведено ретроспективно – лікувальний аналіз лікування хворих з гігромами.

**Результати:** В основу дослідження покладено оцінку ефективності лікування гігром, удосконаленим пункційним методом. Для досягнення мети нами було проведено спостереження за лікуванням 28 хворих з гігромами різних локалізацій. Хворі склали три групи. Перша група – 9 (33,35%) хворих яким проводилося традиційне (відкрите) хірургічне лікування, друга група 9 (33,35%) - яким проводилося консервативне лікування шляхом механічного розчавлювання гігром та третя група 9 (33,35%) для лікування яких було використано модифікований пункційний метод лікування. Суть останнього полягає не лише в евакуації вмісту гігроми, а і у додатковому введенні розрахованої кількості склеротичної речовини (розчину сотрадеколу) в залежності від об'єму пунктату з позиції запропонованої нами методики, що дало можливість скоротити кількість рецидивів до 1 (3,6 %).

**Висновки:** Пункційний метод лікування гігром є малоінвазивним і органнозберігаючим. Позитивним ефектом якого є більша ефективність, малотравматичність, безболісність та економічність.

М.В. Шворақ, Т.С. Івасенко

## **ДІАГНОСТИКА ТА МОНІТОРИНГ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ТА РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНІЙ ДЕСТРУКЦІЇ ЛЕГЕНЬ У ДОШКІЛЬНЯТ ТА ШКОЛЯРІВ**

Кафедра дитячої хірургії

Є.Є. Лойко (кандидат медичних наук, доцент)

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

м. Вінниця, Україна



**Актуальність:** бактеріальна деструкція легень (БДЛ) – це гострий гнійно-деструктивний патологічний процес в легеневих структурах дитячого організму, в основі якого лежить руйнування і некроз легеневої тканини.

**Мета:** вивчення приватних характеристик ендогенної інтоксикації та реактивності організму у дітей віком від 0 до 18 років при БДЛ.

**Матеріали і методи:** проаналізовано 64 випадки БДЛ. Першу групу (36 осіб) склали діти, віком від 1 до 5 років, другу групу (28 осіб) – діти віком від 6 до 18. У 64 дітей на початку та в кінці стаціонарного лікування даного захворювання вивчались приватні показники ендогенної інтоксикації: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ, в модифікації Островського В.К., 2006); показник інтоксикації (ПІ, Сипливий В. О., 2009); індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК, Андрейчин М. А 1998) та реактивності організму за допомогою: індексу реактивної відповіді нейтрофілів (ІРВН, Хабіров Т.Ш., 2002) ; коефіцієнта резистентності (КР, Л.Х.Гаркаві, 1998), лімфоцитарно-гранулоцитарного індексу (ЛІГ, Рилов А. І., Кравець М. С., 2005).

**Результати:** за допомогою індексів ендогенної інтоксикації (ЛІІ –  $3,22 \pm 2,64$  у.о., ПІ –  $2,57 \pm 2,11$  у.о., ІЗЛК –  $3,85 \pm 2,31$  у.о.) підтверджена ( $P \leq 0,05$ ) інфекційна природа сучасної БДЛ у дітей та вивчені характеристики реактивних змін (ІРВН –  $37,72 \pm 30,95$  у.о., КР –  $0,51 \pm 0,37$  у.о., ЛІГ –  $4,31 \pm 3,08$  у.о.) на фоні проведення комплексного лікування даного захворювання.

**Висновки:** 1. У хворих віком від 1 до 5 років з БДЛ достовірно ( $P \leq 0,05$ ) виявилися показники бактеріальної природи запалення (ЛІІ –  $2,91 \pm 2,47$ ; ПІ –  $2,65 \pm 2,31$ ; КР –  $0,65 \pm 0,52$ ) з перевагою аутоімунного компоненту інтоксикаційного синдрому – 53,8%. Гостра БДЛ у дітей різного (0 міс – 18 р.) віку у 60,9% викликає системну імунну відповідь організму (ПІ –  $3,44 \pm 1,01$  у.о.; ІЗЛК –  $4,86 \pm 2,54$  у.о.) та у 75% хворих супроводжується декомпенсованим ступенем ендогенної токсемії.

Д.Г. Шишковський

## ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЛІКВОРОШУНТУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ У ДІТЕЙ З ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ

Кафедра дитячої хірургії

В.В. Шведський (к.мед.наук, ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** гідроцефалія є одним з найбільш розповсюджених захворювань нервової системи у дітей раннього віку. За даними літератури її виявляють у 0,1-2,5% новонароджених. В наш час, основним методом лікування гідроцефалії у дітей раннього віку є лікворошунтуючі операції (ЛШО). Однак, незважаючи на високу ефективність ЛШО, у 35-50% хворих виникають післяопераційні ускладнення, що зумовлює необхідність пошуку методів профілактики даних ускладнень.

**Мета роботи:** покращення результатів хірургічного лікування гідроцефалії у дітей та мінімізація ускладнень після проведених лікворошунтуючих операцій.

**Матеріали та методи:** аналіз хірургічного лікування 253 дітей з гідроцефалією різного генезу та ступені важкості протягом 10 років у відділенні черепно-лицьової хірургії ВОДКЛ.

**Результати:** упродовжостанніх 10 років у відділенні черепно-лицьової хірургії ВОДКЛ було проведено 1136 оперативних втручань. Кількість ЛШО становила 545, в тому числі первинних - 180, повторних - 365. Основними ускладненнями після проведення ЛШО були: дисфункція дистального відділу шунта - 168 (46%), дисфункція проксимального відділу шунта - 84 (23%), дисфункція помпи лікворошунтуючої системи (ЛШС) - 37(10%), інфекційно-запальні ускладнення - 63 (17%), псевдокісти черевної порожнини - 6 (2%), порушення всмоктування ліквору очеревиною - 4 (1%), синдром гіпердренування шлуночків - 3 (1%)

Встановлено, що зміна місця імплантації вентрикулярного шунта з заднього рогу бічного шлуночка в передній, дозволила знизити частоту дисфункції проксимального відділу шунта та помпи з 23% та 10% до 13% та 4,5% відповідно. Застосування імпрегнованих антибіотиком ЛШС дозволило значно скоротити постопераційні інфекційно-запальні ускладнення з 17% до 11%. Дослідження

показало, що використання високоякісних ЛШС зменшило кількість ускладнень пов'язаних з дисфункцією дистального відділу шунта з 46% до 33%. У 3 пацієнтів в яких спостерігався синдром гіпердренування шлуночків було встановлено програмовані ЛШС, після чого рецидиву не відмічалось. 4 пацієнтам з порушенням всмоктування ліквору очеревиною було виведено абдомінальний кінець шунта назовні, а згодом проведена реімплантація дистального кінця ЛШС у сечовий міхур. В подальшому дисфункції ЛШС не відмічалось.

**Висновки:** застосування імпрегнованих антибіотиком шунт-систем, високоякісних ЛШС, зміна розташування вентрикулярного дренажа, встановлення програмованих шунт-систем та вибір правильної хірургічної тактики при імплантації дистального відділу шунта значно зменшує кількість ускладнень після проведення лікворошунтуючих операцій, однак не виключає їх повністю. Тому розробка нових методів лікування та профілактики ускладнень після ЛШО є необхідною для успішного лікування гідроцефалії у дітей.

О.Ю. Шишов

## **БАЛОННА АНГІОПЛАСТИКА ГОМІЛКОВИХ АРТЕРІЙ: ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

Кафедра хірургії медичного факультету № 2

С.В. Сандер (к.м.н. доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Україна, м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** захворювання периферичних артерій (ЗПА) складають 10 % від усіх судинних хвороб. Найпоширеннішим у цій групі є атеросклероз артерій нижніх кінцівок (ААНК), що зумовлює розвиток критичної ішемії. Це ускладнення потребує своєчасного лікування, так є високий ризик втрати кінцівки і навіть смерті. За даними міжнародних рекомендацій TASC II зареєстровано 1000 випадків критичної ішемії на 1 мільйон населення за рік. Тому сьогодні лікування основного захворювання (ЗПА) та ішемії нижніх кінцівок є головною задачею для судинної хірургії.

**Мета:** дослідити результати транслюмінальної балонної ангіопластики оклюзованих гомілкових артерій.

**Матеріали та методи:** обстежено 24 хворих з хронічною ішемією нижніх кінцівок III-IV ступеня на ґрунті оклюзії гомілкових артерій, які лікувались з квітня 2017 року по червень 2018 року. Проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих для відбору необхідної досліджуваної групи. Спостереження за етапами діагностики та хірургічного лікування у відділенні інтервенційної радіології на базі ВОКЛ ім. М.І. Пирогова, оцінка результатів проведеного лікування на момент раннього післяопераційного періоду і виписки; віддалених результатів проведеного лікування через 6-15 місяців від моменту проведення рентгеноендоваскулярної балонної дилатації. Усім досліджуваним пацієнтам було проведено УЗД та артеріографію артерій нижніх кінцівок, що підтвердили у хворих наявність оклюзій гомілкових артерій.

**Результати:** на момент закінчення ендоваскулярного втручання у всіх хворих було відмічено відновлення прохідності хоча б однієї магістральної артерії. Віддалені результати показали, що позитивний клінічний ефект від лікування залишився лиш у 8 пацієнтів, що склало 33,33 % від досліджуваних. Чіткий негативний клінічний ефект лікування відмічається у 9 пацієнтів, що становить 37,5% від досліджуваної групи. У решти пацієнтів оцінені результати не дозволяють однозначно охарактеризувати ефект. Детальний аналіз дослідницької групи показав серед хворих із позитивним результатом переважали особи в віці 60-69 років. В групі із негативним результатом розподіл за віком був рівномірним ( $p > 0,05$ ). За статтю в обох групах переважали чоловіки. Але із позитивним результатом частка жінок була дещо нижчою (25%), ніж в групі хворих із негативним результатом (33,3%) ( $p < 0,05$ ). Серед хворих на цукровий діабет та гіпертонічну хворобу більшість мали негативний результат. Аналогічна ситуація і при тютюнокурінні. Перевага цих пацієнтів у другій групі становить від 1,7:1 до 3:1 ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** балонну ангіопластику гомілкових артерій варто вважати перспективною методикою реваскуляризації, яка здатна при мінімальній травмі забезпечити збереження кінцівки в термін понад 12 місяців. Для покращення результатів балонної ангіопластики гомілкових артерій потрібно більш виважено підходити до її застосування при патології, що погіршує стан дрібних м'язових артерій і спричиняє підвищений опір відновленому магістральному кровоплину. .

Н.А. Шматок

## **РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

Кафедра: «Сестринська справа»

П. В. Яворський (д. мед. наук, доц.)

КВНЗ «Житомирський медичний інститут» ЖОР

м. Житомир

**Актуальність:** репродуктивний вік є одним з основних критеріїв, що впливають на частоту поширення злоякісних новоутворень у жінок. За даними міжнародного агентства з вивчення раку, щорічно в Україні реєструється до 17 тисяч нових випадків РМЗ, серед яких 25% - у жінок репродуктивного віку.

Дослідженню проблем патології грудних залоз актуально стосовно ролі ранньої діагностики хворих на РМЗ, виявлених при скринінгу. Втім, окремі автори вказують на те, що існуючі заходи профілактики РМЗ є недостатньо ефективними навіть за сучасного рівня розвитку медичних технологій та високої доступності «еталонних» засобів скринінгу.

Оскільки до медичної сестри центрів ПМСД найчастіше звертаються жінки репродуктивного періоду, їй належить провідна роль в ранній діагностиці та профілактиці захворювань молочних залоз.

**Мета:** вивчення рівня обізнаності та визначення ролі медичної сестри в ранній діагностиці та профілактиці захворювань молочної залози жінок репродуктивного віку.

**Матеріали та методи:** для досягнення мети нами було використано медико-соціологічне дослідження (анкетування), системний аналіз та метод логічного узагальнення.

**Результати:** за отриманими результатами, 11,2% опитаних мають близьких родичів з патологією молочних залоз. Медичні сестри володіють методикою самообстеження молочних залоз, але тільки половина з них проводять його регулярно. Серед причин виникнення РМЗ більшість опитаних вказали спадковість, шкідливі звички, відмову від грудного вигодовування, нераціональне харчування. 75% опитаних магістрів та 68% медичних сестер-бакалаврів оцінили свій рівень знань з проблеми РМЗ як достатній.

Серед найефективніших профілактичних методів більшість опитаних відмітили тренінг і бесіду. Незважаючи на високий рівень довіри до лікаря, 65% жінок відчують страх при зверненні. 52% всіх опитаних знають про свої індивідуальні ризики розвитку РМЗ. 43% віднесли себе до групи ризику. Таким чином, доступність інформації і розуміння ризику дисциплінують.

За даними роботи кабінету мамолога клініки «Оксфорд Медікал» м. Житомира, протягом 2018 р. проведено 589 обстежень молочної залози у жінок віком від 18 до 40 років. Діагностика базувалась на огляді, пальпації, ультразвуковому обстеженні, мамографії, пункції вузлових утворень і цитологічному дослідженні пунктату. З отриманих даних, в структурі РМЗ переважають доброякісні процеси і це майже третина усіх пацієнток. Ця група попадає в зону ризику по виникненню РМЗ і вимагає регулярного нагляду медичної сестри. 13,2% обстежених – без патології – низький показник, потребує активізації профілактичних заходів. Вперше виявлені випадки РМЗ(1,4%) - показник вказує на низький рівень медичної грамотності.

**Висновки:** проблема профілактики і ранньої діагностики захворювань молочних залоз у жінок репродуктивного віку є актуальною і вимагає комплексного підходу до клінічного обстеження, виявлення факторів ризику та організації превентивних заходів, тому запропонований нами алгоритм дозволить вдосконалити процес профілактики онкологічної патології молочної залози за участю медичної сестри.

О.В. Юрій

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ В МОРФОЛОГІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ПРОСТАТИ. ПРОГНОЗ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МОРФОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ ПУХЛИНИ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

В.Г. Дроненко (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** 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. На ранніх стадіях захворювання має безсимптомний перебіг, а клінічні прояви з'являються здебільшого тоді, 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 (ПЗ) під ультразвуковим контролем. 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).

При морфологічному дослідженні біопсійного матеріалу оцінюють: наявність або відсутність злоякісної пухлини простати; сторону і локалізацію враженою пухлиною стовпчиків тканини; ступінь диференціації пухлини за шкалою Глісона та TNM; відсоток враження пухлиною тканин; за відсутності карциноми ПЗ оцінюють наявність ділянок простатичної інтраепітеліальної неоплазії, дрібноацинарної атипичної проліферації (ASAP), а також ділянок атипії залоз або хронічного запалення.

ASAP не є передраковим станом, а висловлює лише неясність діагнозу. У зв'язку з цим при отриманні діагнозу ASAP рекомендується консультація іншого спеціаліста з переглядом гістологічних скелець, можливе використання імуногістохімічних методів аналізу біоптатів. Тому протягом 3-ох місяців після першої біопсії рекомендується провести повторну біопсію за розширеною схемою, рекомендується брати додаткові проби з ділянки атипії.

**Висновки:** Первинна біопсія передміхурової залози має виконуватись урологами, які мають необхідне матеріально-технічне забезпечення, трансректальним доступом під ультразвуковим контролем з отриманням матеріалу для гістологічного дослідження не менше ніж 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.

З.В. Яцишина Б.Ю. Ліхницький

## **ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ ШЛЯХОМ БАРІАТРИЧНОЇ ХІРУРГІЇ. ОПЕРАЦІЯ ВИБОРУ: "MINI-GASTRIC BYPASS"**

Кафедра загальної хірургії

С.Д.Хіміч, (д.мед.н., проф.), А. М. Форманчук (к.м.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ожиріння - актуальна проблема сьогодення. Найбільш ефективним способом лікування ожиріння та пов'язаних із ним метаболічних розладів є баріатрична хірургія, яка дає

тривалий і стійкий результат. Але поширення бариатричної хірургії в Україні не надто активне з огляду на високу вартість операції та їх технічну складність. Останніми роками з'являються нові методики операцій зі значно меншою собівартістю та меншою травматичністю. За ствердженням американського хірурга Роберта Ратледжа найбільш актуальною з таких операцій є «Mini-gastricbypass». Суттєвою перевагою даного оперативного втручання є те, що створюється лише один анастомоз, що значно зменшує час хірургічної операції. Перевагою операції «Mini-gastric bypass» є також те, що вона може бути зворотною операцією. [Rutledge R, 2014].

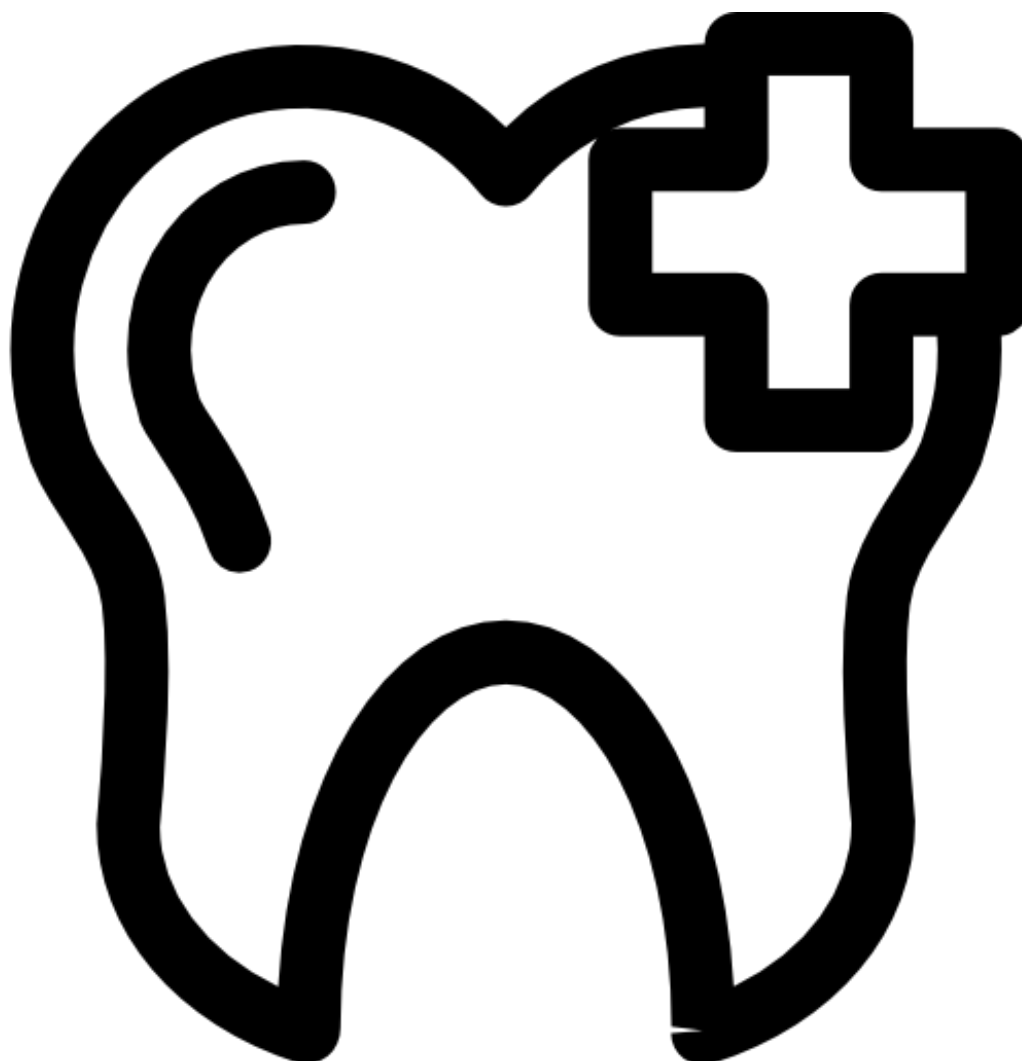
**Мета:** Вивчення технічної можливості виконання у щурів, ефективності та ускладнень операції типу «Mini-gastricbypass».

**Матеріали та методи:** Проведено експериментальне дослідження на двох групах безпородних щурів обох статей масою 500-600 грам. У основній групі N=10 проводилось відтворення запропонованої нами моделі оперативного втручання. Під внутрішньочеревним кетаміновим наркозом 0,1мл/100 гр. Шлунок експериментальної тварини (об'єм наповнення до 3 мл), що мала середню масу 400-500 грам, було зменшено до розмірів до 0,1 мл і було з'єднано з тонким кишечником (порожня кишка). Післяопераційний період проходив без ускладнень.

**Результати дослідження:** Через 1,2,3,4 і більше тижнів, у дослідних тварин спостерігалася значна втрата ваги. Операція Mini-gastricBypass суб'єктивно є технічно складною в експерименті, але забезпечує зниження ваги на 60-80% (300-480 грам) в перший місяць після проведення операції на щурах. В основній групі визначалось зниження ваги до  $263.20 \pm 5.95$  гр. відносно групи порівняння -  $433.80 \pm 8.42$  гр.,  $p < 0.05$ .

**Висновок:** Операція «Mini-gastric bypass» суб'єктивно є технічно складною, але можливою в експерименті і забезпечує зниження ваги на 60-80%. В основній групі ускладнень виявлено не було

# СТОМАТОЛОГІЯ



# STOMATOLOGY

K.Y. Badu  
**STOMATOLOGY IN NAMIBIA**  
Department of orthopedic dentistry  
O.A. Romashkina (senior lecturer)  
Vinnytsa National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnytsa, Ukraine

**Relevance:** Although being one of the best in Africa, Namibia's health system has its drawbacks. According to the World Health Organization, in 2004, only 598 doctors (0.3 per 1,000 people) worked in the country. This figure is only a few percents higher than the minimum world standard. In 2008, the Ministry of Health and the Medical Council of Namibia announced that, in general, approximately 1,500 doctors work in the country, of whom 261 doctors work in the public sector and about 470 of the total number of doctors are foreigners.

**Objective:** To research the modern conditions of medicine, especially stomatology in Namibia, the achievements and problems of prosthodontic in the country.

**Materials and methods:** The statistical methods, clinical methods of patient's examination as well as Namibian Dental Association materials have been used.

**Results:** There is the Namibian Dental Association (NDA) in the country. NDA is relevant and includes all practitioners who have something to do with the mouth. This includes dentists, oral hygienists, dental technicians and dental therapists. A comprehensive dental examination will be performed during the first dental visit of the patient. Regular check-up examinations with the dentist will include the following: evaluation of teeth for tooth decay, examination of existing restorations, diagnostic dental X-rays (radiographs), evaluation for gum diseases, general screening (the face, neck, lips, tongue, throat and gums are checked for any abnormalities, growths, tumors etc.). The most popular dental procedures are professional dental cleanings, dental X-rays, or radiographs, digital X-rays, cosmetic dentistry teeth (whitening, composite fillings, porcelain veneers, porcelain crowns (caps), dental implants, orthodontic), oral surgery. Scientific and medical conferences under the auspices of the NDA are regularly held in the country, highlighting contemporary problems of dentistry, including prosthetic dentistry, both at home and abroad. For example, in 2018, the conference "Dentistry driven by passion" was successfully held in Windhoek. Problems to be solved in the nearest future are the follows as each practitioner needs his/her own practice number, dentists and dental therapists charge different codes and cannot work for one another, dentists promoting themselves on Facebook etc.

**Conclusions:** These data reflect a positive change in health care system and indicate that the country requires highly qualified medical personnel, both foreign and, primarily, Namibian. Students from Namibia study mainly at state universities in European countries, including medical universities in Ukraine, and receive doctors' diplomas. At the Faculty of Dentistry of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University students from Namibia are currently studying.

Saara Ndjambula  
**GENERAL PRINCIPLES OF RUBBERDAM USAGE IN THE CLINIC OF ORTHOPAEDIC  
DENTISTRY**

Department of the Orthopaedic Dentistry  
B.Y. Komnatskyi (*Ph.D., ass. prof.*)  
Vinnytsa National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnytsa, Ukraine

**Relevance:** Isolation of the operative field in dentistry is a gold standard procedure, thus rubberdam plays a key role. This technique has been one of the most widely used for about 151 years, it confers the following positive aspects: improved access and visibility; containment of irrigant, cross infection control which includes saliva and oral liquid prevention from operative field; secures airway and gastrointestinal tract aspiration of small instruments or dental fragments; comfortability of the dentist and patient; reduced operative time; increased operating efficiency.

**Objective:** To assess the effects of rubber dam isolation using different types of rubber dam techniques and the principle of clamp selection and their fixation in different groups of teeth.

**Materials and methods:** Clamps (*Falcon*) #9,#8A,#210 (Winged); #212 (Wingless); #209, #202, #205, #201, #12A, #13A, #14, (Winged) were incorporated with a blue and green rubber dam (6\*6 inches) and fixed on a dental manikin and several patients to assess the different rubberdam isolation techniques. The first method (using winged clamps): firstly clamp selection was done by fixing the selected clamp on the tooth to check for its correct fitness, the rubberdam sheet is then punched with the rubberdam punch in accordance with the type of tooth, the rubber dam is stretched over the wings of the selected clamp with the help of the assistant, the dam and clamp are placed in position in the patients oral cavity using the rubber dam clamp forcep to position the clamp around the tooth of interest, the frame is then positioned and using the smoother dental instrument the dam is slipped beneath the clamps wings on oral and vestibular side. Dental floss is used to force the dam through the interproximal contacts, a sealing tape was also used for isolation of the remaining leakage areas surrounding the tooth and the rubber dam system. The second method (for both winged and wingless): the steps at the beginning are the same, difference comes with fixation whereby with this method, the dam is placed first over the tooth of interest, followed by positioning and fixing the clamp on the dam at the specific tooth and then the frame is placed over as the last manipulation.

The third method (for the winged clamps and without the assistance help): the difference of this method in comparison to the above mentioned methods is that with this method, everything is constructed outside the oral cavity and only then the entire set up is carried to the mouth using the clamp forcep. In the methods using the winged clamp, after placement we made sure we push the rubber dam down (freeing the wings), then with the help of dental floss we push the rubberdam properly in the interdental area so that rubberdam is fixed properly with better sealing.

**Results:** the principle of clamp selection is basically that the clamps are selected according to the universal numbering system, either winged or wingless type and the morphology of the tooth. The bow thickness of the clamp is also important in identification. The universal clamp numbering system marks #9, #212 – anteriors; #00, #1 – maxillary premolars, primary incisors and canines; #2 – large premolars, primary first molars; #3, #14, #8, #7, #56 – molars; #12A - lower right and upper right molars; #13A – lower left and upper left molars.

**Conclusions:** rubberdam usage in orthopedic dental clinics have proved to be highly effective as the complexities of the oral environment present obstacles to the operative procedures. In orthopaedic dentistry its usage is vital in fixation of cast metal pinlays, artificial crowns and veneers.

Turgut Novruzlu, Reem Alrefai

## **COMPARATIVE ANATOMY OF TEETH AND EVOLUTION OF IT**

Department of Maxillo-Facial surgery

S.S. Shuvalov (prof. head of chair, doctor of medical sciences)

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsa, Ukraine

**Relevance:** Ongoing thesis will contain information about spectacular changes of our maxillofacial apparatus throughout our evolution. Understanding the importance of evolutionary changes of jaw and teeth are extremely important from scientific and clinical side of view. Comprehending various historical events and invention of hand tools, fire, change in our environmental surroundings will help us to compare common and uncommon features of body from other species.

**Objective:** Main goal is to analyse anatomical differences of our ancestors compared to other species. For decades one of the most popular ideas in evolution is natural selection and adaptation to new environmental changes. This idea emerges from different fossil findings and researches on tooth structures of various species. However the main objective stays the same, comparing our current anatomical formations to our past ancestors.

**Materials and Methods:** In this scientific research the analysed data mainly collected and maintained by different book and scientific papers. These scientific data contain fossil studies, illustrations of jaws and



teeth of different species. Computer based analyses and 3D printed models of teeth with cusps on them to see which kinds of food they process better in order to find out what kind of diet they had. There is a clear advantage of 3D model prints since we do not actually need to have the original fossils, only by creating their computer modules we can demonstrate their biting properties.

**Results:** We compared the results with the original data by means of illustrational and by simply evaluating the written data, and came into fundamental assumption, that even small environmental changes have great impact on the genotype and phenotype of hominis. A whole range of different dietary changes influenced our ascendant.

**Conclusion:** For the current work, it is sufficient to point out that, as our primogenitors continued to explore our world and migrate from one climate to another they faced different changes and corresponding to them, they have changed. This is an important advantage of this algorithm. Each data we collect from archaeological researches we compare them to tooth structure of our ancestors. All of our assumptions can be restated in the light of re-checking each data written from the given sources.

Mohamed A.A. Youssef

### **EVALUATION OF MASTICATORY EFFICIENCY WITH DIFFERENT METHODS**

Department of oral maxillofacial surgery “oncology center “

A.O.Kushta (Ph.D., ass. prof.)

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsa, Ukraine

**Relevance:** One of the most important tasks of dentistry is the restoration and preservation of chewing function throughout the patient's entire life. The chewing apparatus of a person is in close relationship with various organs and systems of the body, directly participating in the performance of many functions: chewing, swallowing, breathing, speech, and also affects the activity of internal organs.

**Objective:** This work is aimed at analyzing and forming the assessment of the main methods for determining chewing effectiveness. The quality of the chewing function depends on a large number of factors: the state of the teeth and dentition; bite condition; conditions of masticatory muscles, age; composition and quality of saliva; the size and consistency of the food product; areas of occlusal contacting surfaces; volume of surgical intervention. It is extremely difficult to assess the influence of each of the numerous factors separately. This is due to the lack of objectivity of the indicators obtained in the course of various studies, and the low accuracy of the methods used. But, to date, methods have been developed, allowing to evaluate the quality of chewin and masticatory efficiency.

**Materials and methods :** Twenty adult volunteers, eleven women and nine men (mean age of 27.5 years), participated in this study. All participants perceived their masticatory efficiency as normal. The task was to chew five samples of a two-colour chewing gum for 5, 10, 20, 30 and 50 cycles respectively. Maximum bite force was measured. All samples were assessed twice by two independent operators both, as 'bolus' and after flattening to 1 mm thick 'wafers'. The latter were scanned and the unmixed pixels counted using Adobe Photoshop Elements to calculate the ratio of unmixed colour to the total surface.

**Results :** Digital image processing confirmed a significant correlation between colour mixing and chewing duration ( $P < 0.001$ ). Subjective assessment proved less accurate with fair to substantial intra-examiner agreement for 'bolus' ( $0.20 < \text{kappa} < 0.63$ ) and substantial to almost perfect agreement for 'wafer' ( $0.60 < \text{kappa} < 0.88$ ). Inter-examiner agreement was consistently moderate or substantial only for specimen chewed 20 cycles or longer. No significant correlation was found between the colour mixture and the maximum bite force.

**Conclusions:** Despite the large number of existing methods for assessing the functions of the chewing apparatus, the only objective indicator of its effectiveness is the registration of the degree of primary mechanical processing of food. Currently, there is a need to develop a new method of dynamic research of the chewing function, namely, chewing test, which would be simple and informative and would meet all modern requirements and international standard masticatory efficiency: electromyography:masticatory bite force.

М.М. Бондаренко, К.М.Бондарчук  
**PSR-ТЕСТ – КЛЮЧ ДО ПЕРВИННОЇ ДІАГНОСТИКИ  
ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА**

Кафедра терапевтичної стоматології

Г.М. Побережна (к.мед.н., ас.)

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

**Актуальність.** Якісна діагностика є важливим етапом у комплексному лікуванні гінгівітів та пародонтитів. Без цього етапу неможливо правильно поставити діагноз та в подальшому провести лікування. На даний час для коректної діагностики і визначення подальшої тактики лікування, а також прогнозування використовується пародонтальна карта та PSR-тест. Цей показник - модифікований індекс CPITN, який дає змогу лікарю-стоматологу оцінити стан ясен, а також наявність патологічних процесів в анамнезі.

**Мета.** Оволодіти методикою проведення PSR-тесту та освоїти заповнення пародонтальної карти. Проаналізувати дані PSR-тесту та визначити потребу у подальшій діагностиці та можливому лікуванні гінгівіту та захворювань пародонту.

**Матеріали та методи.** Проведено обстеження пацієнта віком 21 рік, з попереднім діагнозом – хронічний катаральний гінгівіт. Під час проведення PSR-тесту визначили глибину епітеліального прикріплення біля зубів верхньої та нижньої щелепи в 6 точках допомогою спеціального пародонтального зонду PCP11.5B78, рекомендованого ВОЗ (WHO), від Hu-Friedy. Визначення кровоточивості під час зондування за допомогою BOP-тесту та рівня індивідуальної гігієни порожнини рота з використанням Plaque-тесту.

**Результати.** Аналіз проведених досліджень показав, що показник середньої висоти прикріплення ясен становив 1.9 мм; результат Plaque-тесту дорівнював 47%; показник BOP-тесту=10%. В результаті проведення PSR-індексу та введення результатів в пародонтальну карту, ми підтвердили діагноз – гінгівіт та отримали код 2, що передбачає наступні заходи: навчання індивідуальної гігієни порожнини рота, ортопантомограма, проведення професійної гігієни порожнини рота, скейлінг.

**Висновки.** Даний тест дає змогу об'єктивно та швидко оцінити стан ясен, в разі необхідності провести додаткові методи діагностики. Більше того, інтерпретація результатів дає чітку відповідь на об'єкт профілактичної і лікувальної тактики.

О.О.Веретинський

**МІОФУНКЦІОНАЛЬНІ АПАРАТИ В ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З  
ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ**

Кафедра стоматології дитячого віку

Т.Р. Закалата (к.мед.н., доц.)

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

**Актуальність:** Зубо-щелепні аномалії виникають в результаті дії генетичних факторів, шкідливих звичок та індивідуальних особливостей розвитку. Головна мета – це профілактика розвитку зубо-щелепних аномалій. Раннє ортодонтичне лікування спрямоване саме на попередження виникнення патології або зменшення проявів вже існуючого дефекту за допомогою налагодження міофункціональної рівноваги. Преортодонтичне лікування є найефективнішим у віці 6-12 років, що обґрунтовано зміною прикусу та активізацією росту кісток лицевого скелету у цьому віці. Використання LM-активаторів, трейнерів, міобрейсів дає можливість налагодити міофункціональну рівновагу.

**Мета:** Вдосконалити методику раннього ортодонтичного лікування за допомогою LM-активаторів, трейнерів та міобрейсів у дітей 6 – 12 років під час змінного та раннього постійного прикусу.

Визначити переваги преортодонтичного методу лікування з точки зору комплексного підходу до проблеми патології прикусу з метою попередження стійких зубо-щелепних аномалій у майбутньому.

**Матеріали та методи дослідження:** В результаті дослідження роботи з LM-активаторами, трейнерами та міобрейсами на базі стоматологічної клініки «Premium Clinic» у віковій групі 6 – 12 років було обрано та створено три групи по 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 силіконової лінійки «Ortho-sizer» і визначено розмір і форму LM-активатора для 1 групи, трейнера для 2 групи та міобрейса для 3 групи. Під дією сили, що виникає в силіконовій капі, відбувається формування правильного положення зубних рядів відповідно до фізіологічних параметрів параболи та напівеліпса, 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 був досягнутий в середньому через 1,5 року у всіх групах.

**Результати дослідження:** Внаслідок раннього ортодонтичного лікування за допомогою LM-активаторів, трейнерів, міобрейсів в групі дітей віком 6 – 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 досягнуто в середньому через 1,5 року від моменту встановлення.

**Висновки.** Використання LM-активаторів, трейнерів та міобрейсів як інноваційного методу лікування патології прикусу зубних рядів, виключає необхідність подальшого ортодонтичного лікування та попереджує виникнення рецидивів та стійких аномалій прикусу в майбутньому.

М.В. Гикавчук, С.М. Самокоз

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ПЛОМБУВАННЯ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ЕНДОГЕРМЕТИКАМИ НА ОСНОВІ ЕПОКСИДНИХ СМОЛ

Кафедра терапевтичної стоматології

Н.Г. Гаджула (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

**Актуальність:** Успіх ендодонтичного лікування залежить від інструментальної та медикаментозної обробки кореневої системи, складу та розчинності ендогерметика, ступеня адгезії матеріалу до пристінкового дентину та повної obturaції верхівкового отвору. Найпоширенішими на сьогодні є силери на основі епоксидних смол.

**Мета:** оцінити ступінь герметизації апікального отвору та проникності до барвника після пломбування кореневих каналів герметиками на основі епоксидних смол.

**Матеріали та методи:** Для порівняльної оцінки ефективності герметичного заповнення кореневих каналів відібрали епоксидні матеріали різних фірм: Епоксидин (“TechnoDent”, Росія), Віедент (“ВладМиВа”, Росія), Adseal (“Meta Biomed”, Корея), Syntex (“Cerkamed”, Польща), Acroseal (“Septodont”, Франція). Дослідження проводили на 40 однокорневих зубах (по 8 зубів для кожного матеріалу) за методикою В. Sonat (1991). Після пломбування каналів зуби занурювали на глибину 5 мм коренями донизу в 1 % р-н метиленового синього на 1 добу. Потім промивали, висушували та розпилювали алмазним диском за повздовжньою віссю зуба. Зразки вивчали з допомогою стереоскопічного мікроскопа МБС-2.

**Результати:** У групі досліджуваних зубів із запломбованими кореневими каналами матеріалом Епоксидин слабке підтікання барвника спостерігали на межі силер / пристінковий дентин у нерівних частинах кореневого каналу, істотне – зі сторони апікального отвору. У зазначених ділянках виявляли пори, щілини, а в окремих коренях – і тріщини матеріалу, що пояснюється нещільним приляганням силера до стінок кореневого каналу та неякісною герметизацією апікального отвору.

При пломбуванні коренів ендогерметиком В'єдент спостерігали незначне проникнення барвника в ділянці контакту матеріал / пристінковий дентин переважно в апікальній частині коренів. Окрім того, в устьовій частині кореневого каналу виявляли наявність множинних дефектів. Схильність матеріалу до пористості, можливо, зумовлена незначною усадкою матеріалу під час твердіння.

У групі зубів, кореневі канали яких запломбовані герметиком Adseal, барвник не проникав у місце контакту матеріалу з пристінковим дентином. Проте, у деяких зубах коренева пломба не утримувалась у відпрепарованому каналі при повздовжньому розпилюванні.

У корневих каналах, запломбованих силером Syntex, проникнення барвника у місці контакту матеріал / дентин кореня зуба не відзначали, тільки в окремих коренях виявили незначну кількість дефектів (мікропорожнин).

У групі зубів із запломбованими корневими каналами герметиком Acroseal матеріал щільно прилягав до стінок кореневого каналу. В усіх досліджуваних зразках дефектів у структурі епоксидно-амінної смоли ендогерметика виявлено не було.

**Висновки:** Найкраще крайове прилягання до пристінкового дентину, забезпечення максимальної герметичності кореневої пломби в ділянці апікального отвору властиві внутрішньоканальним герметикам Acroseal "Septodont" і Syntex "Cerkamed". Обидва пломбувальні матеріали добре заповнили нерівності кореневої системи, які залишались в окремих коренях після ручної інструментальної обробки. Отримані результати дозволяють рекомендувати застосування зазначених силерів у клініці як ефективних матеріалів для заповнення системи корневих каналів.

Д.І. Гриценко

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СТАНУ ПОРОЖНИНИ РОТА ЗА ПОКАЗНИКАМИ ШВИДКОСТІ СЛИНОВИДІЛЕННЯ І PH РОТОВОЇ РІДИНИ ПРИ ТЮТЮНОПАЛІННІ ТА ВИКОРИСТАННІ ЕЛЕКТРОННИХ СИГАРЕТ**

Кафедра терапевтичної стоматології

А. В. Повшенюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вивчення впливу тютюнопаління та електронних сигарет на стан порожнини рота є великою медико-соціальною проблемою, оскільки ротова рідина - це перший бар'єр на шляху сигаретного диму в організмі людини. Враховуючи, що повноцінна у кількісному та якісному відношеннях змішана слина є необхідною умовою ефективного функціонування слизової оболонки порожнини рота, ми провели визначення найбільш значимих її показників: швидкість слиновиділення і рН ротової рідини.

**Мета:** Вивчити та порівняти кислотно-основний стан порожнини рота при тютюнопалінні та використанні електронних сигарет.

**Матеріали та методи:** проведено обстеження 33 чоловіків, що звернулись для профілактичного огляду на кафедру терапевтичної стоматології ВНМУ ім. М.І. Пирогова віком від 19 до 37 років. Основну групу склали 12 осіб, що використовують безнікотинові електронні сигарети, групу порівняння – 11 чоловіків, що палять звичайні тютюновмісні сигарети та 10 практично здорових осіб без шкідливих звичок склали групу контролю. Швидкість слиновиділення без попередньої стимуляції оцінювали після спльовування пацієнтами змішаної слини в градуйовані пробірки протягом 5 хв. Безпосередньо перед дослідженням всім пацієнтам була проведена професійна гігієна порожнини рота. Визначення рН ротової рідини проводили за допомогою універсального індикаторного паперу виробника Лахема (Чехія).

**Результати:** Середньостатистичні значення показника швидкості саливації у основної ( $0,51 \pm 0,09$  мл/хв) та порівнювальної ( $0,35 \pm 0,1$  мл/хв) групи обстежених були достовірно нижчими порівняно з контрольною ( $0,74 \pm 0,07$  мл/хв) у 1,5 та 2,1 рази відповідно. Статистично показники швидкості слиновиділення обстежених, що палять звичайні сигарети та електронні не мали достовірної різниці ( $p > 0,05$ ). В основній групі обстежених можливою причиною гіпосаливації є наявність гліцерину та

пропіленгліколю в електронних сигаретах, які, за даними літератури, здатні викликати сухість в роті та є поживним середовищем для розвитку ацидофільних мікроорганізмів. Гомеостаз порожнини рота підтримується завдяки кислотно-основній рівновазі, основним показником якої є рН ротової рідини. За результатами наших обстежень, рН ротової порожнини у обстежених основної групи становив  $6,8 \pm 0,08$ , у чоловіків групи порівняння –  $6,5 \pm 0,15$  та з високим ступенем ймовірності різниці відрізнялись від показників контрольної групи  $7,1 \pm 0,05$ .

**Висновок:** Отриманні результати дозволяють стверджувати про шкідливий вплив на стан гомеостазу порожнини рота як звичайних сигарет, так і електронних, що підтверджується вираженою гіпосалівацією та ацидозом, що ймовірно обумовлено високою активністю кислотоутворюючих бактерій на фоні зниженої салівації, в основній та порівнюючій групі обстежених. Це спонукає до поглибленого вивчення змін в системі кислотно-основної рівноваги в порожнині рота, які відбуваються під впливом електронних сигарет, що набули популярності серед молоді в останні роки.

Д.І.Гриценко

## **ВПЛИВ ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА РОЗВИТОК МОЛЯРНО-РІЗЦЕВОЇ ГІПОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ. ОСНОВНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ**

Кафедра стоматології дитячого віку

Т.В. Чугу (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Більше 60% порушень формування емалі постійних зубів розвиваються протягом перших 3 років життя дитини, коли компенсаторні і адаптаційні механізми виражені досить слабо, що в подальшому призводить до розвитку якісних дефектів твердих тканин зубів, що з 2000р. було запропоновано об'єднати терміном «молярно-різцева гіпомінералізація» (МРГ). Підвищення поширеності набутих дефектів емалі, відсутність достовірної інформації про єдиний чинник та механізми розвитку, наявність вираженого функціонального та естетичного дефекту, а також висока частота розвитку ускладнень спонукають до поглиблених наукових досліджень етіології, морфогенезу і визначення основних аспектів лікування даної патології.

**Мета:** Визначити вплив етіологічних чинників на розвиток МРГ, вивчити патогенез розвитку даної патології. Проаналізувати основні відомі аспекти лікування МРГ та запровадити практичне їх використання.

**Матеріали та методи:** Проведено обстеження 24 пацієнтів, що звернулись для проведення профілактичного огляду на кафедру стоматології дитячого віку ВНМУ ім. М.І. Пирогова віком від 6 до 10 років. Проаналізовано наукові публікації етіології та патогенезу МРГ американських та європейських авторів.

**Результати:** Дефекти емалі класифікуються як якісні (гіпомінералізація емалі) або кількісні (гіпоплазія емалі). Гіпомінералізація характеризується нормальною товщиною емалі з якісними дефектами складу емалі. МРГ є якісним ідіопатичним дефектом емалі постійних молярів і часто асоціюється з різцями. Дефект може діагностуватись одразу після прорізування зубів. Ряд авторів припускають, що МРГ може виникати під впливом несприятливих чинників навколишнього середовища (токсини: діоксин, поліхлористібіфеніли та ін), браком кисню, порушення кальцій фосфатного метаболізму. Проте, не досконало вивченою залишається теорія про вплив антибіотиків та НПЗЗ на розвиток МРГ. Актуальною проблемою є попередження розвитку ускладнень у пацієнтів з дефектами емалі. Так, як МРГ діагностують у дітей зі змінним прикусом важливим аспектом є збереження уражених тканин до формування постійного прикусу. Уражена МРГ емаль менш мінералізована, що спричинює послаблення дії адгезивних систем і призводить до неможливості якісного виконання прямих реставрацій. Тому у пацієнтів зі змінним прикусом доцільніше використовувати дитячі стандартні штамповані коронки KidsCrown або стандартні ортодонтичні кільця, щоб запобігти подальшому пошкодженню твердих тканин зубів до формування постійного

прикусу.

**Висновки:** Сукупність значної кількості етіологічних чинників сприяють поширенню проблеми МРГ в Україні та світі, що спонукає до більш детального її дослідження. Ступінь вираженості гіпомінералізації зубів впливає, на подальший розвиток ускладнень, тому вкрай важлива рання діагностика даної патології. При лікуванні МРГ слід використовувати різні підходи, методи і засоби, а також особливу увагу приділяти гігієні ротової порожнини та диспансерному веденню пацієнтів із даною патологією.

В.А. Дзяворук

## **ОБГРУНТУВАННЯ ВПЛИВУ ХЛОРГЕКСИДИНУ ТА ХЛОРИДУ ЦЕТИЛПІРИДИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ**

Кафедра стоматології дитячого віку

Н.М. Ісакова (к.мед.наук, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Не дивлячись на різноманітність сучасних методів та засобів для лікування захворювань пародонту, проблема залишається невирішеною. Про це свідчить поширеність та кількість ускладнень захворювань пародонту [Борисенко А.В., 2011]. Пародонтопатогенні мікроорганізми стійкі до більшості відомих видів антибіотиків, тому важливо, щоб лікувальні препарати в комплексній терапії були на основі антисептиків. Предметом вивчення даної роботи став вплив комбінації хлоргексидину та хлориду цетилпіридину, який посилює дію хлоргексидину на пародонтопатогенні мікроорганізми.

**Мета:** встановити чутливість мікроорганізмів до антисептиків, клінічну ефективність запропонованого методу та провести комплексне лікування пацієнтів з генералізованим пародонтитом.

**Матеріали та методи:** Дослідження було проведене на 30 пацієнтах з хронічним генералізованим пародонтитом середнього ступеню важкості. Була проведена оцінка клінічної ефективності застосування PerioAid у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту на основі обстеження стану тканин пародонту, вимірювання глибини патологічної кишені, мікробіологічного дослідження. Цей стан визначали в динаміці дослідження на 11 день та через 1 місяць після проведеного курсу лікування.

**Результати:** Схема комбінованого лікування пацієнтів з хронічним генералізованим пародонтитом, що полягає в застосуванні зубної пасти та ополіскувача PerioAid, є раціональною, ефективною, сприяє зменшенню глибини пародонтальних кишень нехірургічним шляхом за рахунок елімінації пародонтопатогенної мікрофлори *Peptostreptococcus anaerobius*, *L. plantarum*. Поєднання 0,12% хлоргексидину та 0,05% хлориду цетилпіридину завдяки бактерицидній та протигрибковій активності дозволяє антисептикам діяти в синергії та зменшувати запальні явища в тканинах пародонту.

**Висновки:** На підставі проведених досліджень було доведено, що раціональне лікування пацієнтів з генералізованим пародонтитом можливе на підставі визначення чутливості збудників до антибактеріальних препаратів. Комбіноване застосування ополіскувача і зубної пасти PerioAid підвищує ефективність лікування, запобігає виникненню гнійно-запальних ускладнень.

Л.А.Кедрук, Т.В.Сорокіна

## **АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ СИСТЕМ ДЛЯ ДОМАШНЬОГО ВІДБІЛЮВАННЯ ЗУБІВ**

Кафедра терапевтичної стоматології

В.В.Ваховський (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** Відбілювання зубів – одна з найбільш поширених консервативних процедур в естетичній стоматології. Все більше людей розуміють, що гарна білосніжна усмішка – це символ сучасної культури і здоров'я. Але ж значна кількість пацієнтів скаржиться на незадовільний колір зубів та наявність пігментованого нальоту, що не піддається зняттю зубною щіткою і пастою. Тому, набувають популярності домашні засоби для відбілювання зубів, так як вони не є дороговартісними та не потребують значних затрат часу. **Мета:** порівняти ефективність систем для домашнього відбілювання – відбілюючі смужки для зубів Crest 3D WhiteWhitestrips та відбілюючий олівець DazzlingWhite.

**Матеріали та методи:** Для дослідження ми обрали 20 пацієнтів одної вікової групи (20-25 років), які бажали провести процедуру відбілювання зубів. Всі пацієнти мали хороший рівень гігієни ротової порожнини (індекс Федорова-Володкіної пацієнтів першої групи –  $1,29 \pm 0,048$ ; пацієнтів другої групи –  $1,31 \pm 0,04$ ), а також відсутні протипокази до цієї процедури. Спершу, було проведено професійну гігієну ротової порожнини та навчання індивідуальній гігієні ротової порожнини. Після цього ми провели визначення кольору зубів за шкалою VITA. Всіх пацієнтів ми розділили на 2 групи по 10 чоловік. Пацієнти першої групи – використовували відбілюючі смужки Crest 3D WhiteWhitestrips впродовж 14 днів 1 раз на день 30 хв. Пацієнти другої групи – використовували відбілюючий олівець DazzlingWhite впродовж 14 днів 2 рази на день по 10 хв.

**Результати:** До проведеного курсу домашнього відбілювання середні показники кольору зубів пацієнтів першої ( $8,3 \pm 0,98$ ) і другої ( $8,4 \pm 1,03$ ) групи не відрізнялися ( $p > 0,05$ ). Після проведеного курсу, було визначено колір зубів за шкалою VITA та порівняння з вихідними даними. Перша група: у 5 пацієнтів зуби стали світліші на 5 тонів, у 5 інших на 4 тони. Друга група: у 5 пацієнтів ми спостерігали зміну кольору зубів на 2 тони, у 3 пацієнтів на 1 тон, та у 2 – на 3 тони. Визначивши середні показники кольору зубів після відбілювання ми отримали такі дані:  $3,8 \pm 0,86$  – пацієнти першої групи,  $6,5 \pm 1,05$  – пацієнти другої групи.

**Висновки:** На основі отриманих даних можна стверджувати, що використання відбілюючих смужок Crest 3D WhiteWhitestrips дає кращі результати в порівнянні з відбілюючим олівцем DazzlingWhite, з достовірністю 95% ( $p < 0,05$ ). Загалом, сучасні системи для домашнього відбілювання можна вважати простими у використанні, безпечними та ефективними.

Н.В. Котик, В.С. Поліщук, О.О. Поліщук

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ КВЕРТУЛІНУ НА ПРОЦЕСИ ЗАГОЄННЯ ЗАБІЙНО-РВАННИХ РАН ОБЛИЧЧЯ**

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

**Актуальність:** Останнім часом відмічається збільшення забійно-рваних ран обличчя. При цьому набуває актуальності наявність великої кількості ускладнень, що зустрічаються при загоєнні ран щелепно-лицевої ділянки, які потребують пояснення та пошуку нових препаратів та схем комплексного лікування. Загоєння рани відбувається завдяки здатності живого організму до регенерації м'яких тканин, насамперед сполучної та епітелію, внаслідок чого відбувається відновлення попередньої структури тканини.

**Мета дослідження:** дослідити вплив «Квертуліну» на післятравматичну регенерацію забійно-рваних ран обличчя.

**Матеріали та методи:** Клінічні спостереження були проведені на 23 пацієнтах з забійно-рваними ранами обличчя. Вік пацієнтів коливався в межах 19-37 років. Всі пацієнти були поділені на 2 групи: контрольна – 12 пацієнтів (52,2%), які отримували стандартне лікування та дослідна група – 11 пацієнтів (47,8%), які окрім стандартного лікування отримували ще «Квертулін» по 1 таблетці 3 рази на добу. Рани брали для дослідження розміром від  $1,0 \times 0,5 \times 0,5$  см до  $2,0 \times 1,0 \times 1,0$  см. Проводили спостереження за загоєнням на 3, 5, 7 добу. Шви знімали усім пацієнтам на 7 добу. У хворих

реєстрували нагноєння ран, розходження країв рани після зняття швів.

**Результати:** У пацієнтів контрольної групи повне загоєння відбулося на 7 день без нагноєння та розходжень швів у 66,7% випадків, на 3 добу було зареєстровано 2 пацієнтів з нагноєнням рани, у 2-х пацієнтів мало місце незначне розходження швів. У пацієнтів дослідної групи повне загоєння відбулося на 7 день без нагноєння та розходжень швів у 90,1% випадків, в 1 пацієнта спостерігали нагноєння рани. Результати щоденних спостережень за динамікою процесу загоєння травматичних ран та виникнення ускладнень, які ми отримали доводять, що у пацієнтів, які щоденно отримували препарат «Квертулін», швидкість та якість процесів загоєння була значно вища, ніж у постраждалих контрольної групи, про що свідчить кількість ускладнень.

**Висновки:** 1. Використання «Квертуліну» позитивно впливає на загоєння післятравматичних пошкоджень м'яких тканин обличчя.

2. Використання «Квертуліну» дозволяє зменшити кількість післятравматичних ускладнень при загоєнні ран щелепно-лицевої ділянки у 2,6 рази.

3. Результати лікування забіно-рваних ран із використанням «Квертуліну» є більш прогнозованими.

А.В. Липівська

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСОБІВ ДЛЯ ФІНІШНОЇ ОБРОБКИ КОМПОЗИТНИХ РЕСТАВРАЦІЙ

Кафедра терапевтичної стоматології

Н.С. Алексеєнко (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Естетика посідає провідну роль у діяльності лікаря-стоматолога. Сучасні пацієнти прискіпливо оцінюють якість реставрації, особливо звертають увагу на колір, рельєф та гармонію. Стоматологи, при виборі пломбувального матеріалу, більше оцінюють його тип, хімічні, фізичні властивості, доцільність використання у певній клінічній ситуації і т.д., однак менше звертають увагу на проміжні етапи роботи з матеріалом. Аналіз літературних джерел показав, що фінішна обробка та поліровка є важливими для створення якісної та високо естетичної реставрації.

**Мета:** Порівняльна оцінка засобів для фінішної роботи з композитним пломбувальним матеріалом та його можливий вплив на ступінь мікропідтікання у зоні крайового прилягання пломби.

**Матеріали та методи:** Для дослідження було взято 40 зубів (по 10 у кожній групі: контроль, диски, чашечки та щіточка з пастою), видалених за ортодонтичними показами. Перед дослідженням зуби очищувалися, дезінфікувалися та зберігалися в розчині хлоргексидину (0,05%) протягом місяця. Після цього на оклюзійних поверхнях премолярів та молярів були відпрепаровані порожнини I класу за Блеком. Здійснено пломбування порожнин композитом Latelux. Для контролю якості зразки були пофарбовані в 1% розчин метиленового синього протягом 24 годин. Після чого була здійснена сепарація зубів (розпили сепараційним диском у вестибуло-оральному напрямку) та проведена мікроскопія матеріалу.

**Результати:** Дослідження показало, що ступінь мікропідтікання у зразків, оброблених різними методами, істотно відрізняється. Найефективнішим методом фінішної обробки пломби є обробка полірувальними дисками. У зубах, які відносяться до цієї групи, ступінь мікропідтікання виявився найменшим. Менш ефективними є метод роботи з щіточкою і полірувальною пастою. У зразків цієї групи ступінь мікропідтікання більший, ніж у тих, які були оброблені полірувальними дисками, але менший, ніж у контрольної групи зубів.

**Висновки:** Проведене дослідження показало тісний зв'язок між методом фінішної обробки пломби та ступенем мікропідтікання на межі зуб-пломбувальний матеріал. Виявлено, що найефективнішим методом є метод обробки полірувальними дисками. Результати дослідження вказують на те, що фінішна обробка реставрації є дуже важливим етапом пломбування каріозних порожнин. Вона істотно впливає на ступінь мікропідтікання, знижуючи його, а також на крайову адаптацію пломби.



І.В. Молдовян

## СИСТЕМАТИЧНІСТЬ АНТИБІОТИКОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЕТАПІВ В КЛІНІЦІ ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Кафедра стоматології дитячого віку

Т.В. Чугу (к.мед.наук, доц..)

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

**Актуальність:** Проблема багатьох стоматологів, особливо в галузі дитячої терапевтичної стоматології полягає у безпідставному бажанні будь-яке загострення апікального періодонтиту, сильні болі, що виникають після обтурації кореневої системи, набряки при періодонтитах, пульпіти в стадії загострення пролікувати антибіотиками, що часом призводить до сумнівних наслідків їх використання для пацієнтів, особливо дитячого віку. Ризик, який представляють собою антибіотики для організму може виявитися значно більшим, ніж інфекція, яку ми намагаємося пролікувати, - це найрізноманітніші побічні реакції, дисбаланс природного біому організму, селекція резистентної мікрофлори, потенційно фатальні алергічні реакції та вірогідність антибіотико-асоційованого коліта.

**Мета:** Визначення необхідності застосування антибіотиків, а також раціонального їх використання в клініці дитячої терапевтичної стоматології з боку доказовості.

**Матеріали і методи:** Опрацьовано наукові статті, опубліковані Американською Академією Педіатрів, Американською Асоціацією Ендодонтистів, а також провідними спеціалістами України. Нами було зібрано статистичні дані з приводу вдалого застосування антибіотикотерапії у клініці стоматології дитячого віку.

**Результати:** В процесі застосування будь-якого антибіотика необхідно дотримуватись визначених принципів їх раціонального призначення. Перед початком лікування потрібно обґрунтувати необхідність використання препарату, вибрати найбільш активний і найменш токсичний. Засоби, які є найефективнішими при певному виді інфекцій, називаються препаратами першого вибору (першого ряду - природні пеніциліни: бензилпеніцилін, феноксиметилпеніцилін; амінопеніциліни: ампіцилін, амоксицилін). Альтернативні препарати (другого ряду - цефалоспорины: цефуроксим, цефтріаксон) призначаються тоді, коли препарати першого ряду неефективні або коли штам виділеного збудника найбільш чутливий саме до них. Препарати резерву (макроліди - еритроміцин, рокситроміцин, кларитроміцин; азаліди - азитроміцин) використовують лише в особливих випадках (при неефективності засобів першого і другого порядку). Як правило, вони викликають багато ускладнень, на що особливо варто звернути увагу, коли мова йде про лікування дітей. Одним із найважливіших моментів лікування антибіотиками є моніторинг та профілактика побічних реакцій та ускладнень, що є одночасно профілактикою виникнення небажаних наслідків. Аналіз опрацьованої літератури, наукових статей та досліджень дав змогу визначити основні принципи раціонального призначення та застосування антибіотиків у клініці дитячої терапевтичної стоматології.

**Висновки:** Відсутність систематизації антибіотикотерапевтичних етапів у клініці дитячої терапевтичної стоматології у минулому призвела до виникнення такого поняття, як тотальна резистентність, тому надзвичайно важливо знати чіткі покази для проведення антибіотикотерапії, а також оперувати знаннями сучасних груп антибіотиків, їх фармакодинамікою, синергізмом та антагонізмом з іншими препаратами.

Д.О. Плаксін

## ОРТОГНАТИЧНА ХІРУРГІЯ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

А.О. Кушта (к. мед.наук, доц.)

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

**Актуальність:** Ортогнатична хірургія-важливий етап в розвитку хірургічної стоматології. Через

велику кількість анатомічних утворень, складний доступ, огляд операційного поля, та високі естетичні вимоги являється однією із найважчих частин в хірургічній стоматології.

**Мета:** визначити роль ортогнатичної хірургії в лікуванні ортодонтичних хворих. Проаналізувати сучасні методи, етапи та результати хірургічного втручання.

**Матеріали і методи:** Основний хірургічний набір(скальпелі, атравматичний шовний матеріал, голкотримачі, пінцет, распатор) також додаткові (п'єзотом,оксцилююча пила,набір остеотомів,троакар щічний,титанові пластини,гвинти та свердла).

**Результати:** Залежно від методики операційного втручання нам вдалося коригувати горизонтальні розміри нижньої щелепи на довжину до 15мм,та верхню до 10мм. Післяопераційний період супроводжується масивним набряком, який стухає до 10 доби.Одразу після втручання прикус встановлюється в ортогнатичне положення та помітно виправлення лицевих ознак. Після 3 місяців повністю відновлюються функції жування та артикуляції.

**Висновки:** Незважаючи на складність ортогнатичних операцій, вони являються незамінними в лікуванні тяжких горизонтальних та вертикальних аномалій щелеп,призводять до стійких естетичних та функціональних покращень.

В.С. Поліщук., О.О. Поліщук

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ НА ЗАГОЄННЯ ПІСЛЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

С.М. Шувалов (зав. каф., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:**Науково-технічний прогрес розвитку суспільства спонукає до розвитку стоматології. Незважаючи на значні досягнення в діагностиці та лікуванні переломів нижньої щелепи, вони досі займають провідне місце в структурі щелепно-лицевого травматизму, та потребують вивчення. Особливого значення набуває проблема виникнення та розвиток післятравматичних ускладнень щелепно-лицевої ділянки у хворих на фоні супутньої патології. При цьому спостерігається зростання травматичних пошкоджень нижньої щелепи та їх ускладнень.

**Мета:** Експериментально-клінічне дослідження загоєння травматичного пошкодження нижньої щелепи на фоні патології гепатобіліарної системи.

**Матеріали та методи:**Експеримент проведений на 20 білих щурах лінії Вістар, віком – 5-6 місяців та масою 240-270 г, що були поділені на 2 групи, по 10 щурів в кожній: контрольна – здорові щурі, без пошкодження гепатобіліарної системи, для яких було проведено нанесення перфорації нижньої щелепи; дослідна – включала щурів з obturaційним експериментальним гепатитом та травмою нижньої щелепи.Клінічні спостереження були проведені за 23 пацієнтами з переломами нижньої щелепи в ділянці кута нижньої щелепи без зміщення. Всі пацієнти були поділені на дві групи: контрольна (8 пацієнтів) – включала пацієнтів з переломами без патології гепатобіліарної системи, та дослідна (15 пацієнтів) – включала пацієнтів з переломами нижньої щелепи, що мали ще супутню патологію гепатобіліарної системи.В експерименті та клініці було дослідження мінеральної щільності нижньої щелепи в ділянці пошкодження за допомогою комп'ютерного томографа з програмним забезпеченням Planmeca, шляхом визначення одиниць Хаунсфілда, які є умовними одиницями вимірювання рентгенопрозорості тканин на окремих ділянках. Показники мінеральної щільності ділянки дефекту визначали на 7, 14, 30, 60 день. Також проводили дослідження наявності ускладнень при переломах щелеп (нагноєння, післятравматичний остеомієліт).

**Результати:**У щурів контрольної групи, без патології гепатобіліарної системи на 7 день при проведенні денситометрії ділянки пошкодження нижньої щелепи показники мінеральної щільності склали  $33,3 \pm 2,5$  HU, що відповідало щільності кров'яного згустку по шкалі Хаунсфілда. У тварин дослідної групи, з модельованим obturaційним гепатитом мінеральна щільність мала менші показники та складала  $22,7 \pm 2,13$  HU. В послідуочі дні дослідження, відновлення щільності тканини

в ділянці пошкодження мала більш позитивну динаміку у тварин без порушення цілісності загально жовчного протоку. Показники денситометрії ділянки дефекту нижньої щелепи на 14 день дорівнювали у тварин контрольної групи  $253 \pm 9,7$  НУ, на 30 день –  $513,3 \pm 13,2$  НУ, на 60 день –  $931,3 \pm 9,7$  НУ, а у тварин дослідної групи наступні, на 14 день –  $198,6 \pm 5,1$  НУ, на 30 день –  $456,8 \pm 9,9$  НУ, на 60 день –  $826,3 \pm 14,5$  НУ. На 7-14 добу дослідження 20% нагноєнь зустрічалося у щурів контрольної групи, 40% - дослідної групи, які реєструвалися на 7-14 добу. Аналогічна динаміка мінеральної щільності була зареєстровано у пацієнтів в клініці. У одного (12,5%) пацієнта контрольної групи було виявлено нагноєння кісткової рани, а у дослідній групі у 2-х пацієнтів діагностували нагноєння кісткової рани та у 2 – післятравматичний остеомієліт.

**Висновок:** Проведене дослідження показало, що при порушенні функції гепатобіліарної системи зменшується динаміка відновлення мінеральної щільності ділянки кісткової рани в 1,25 рази, та збільшується кількість ускладнень в 2 рази. Кількість ускладнень при патології гепатобіліарної системи в клініці збільшується з 12,5% до 26,7%

Мехди Ради

## ПЕРСПЕКТИВИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ ЖИРОВОЙ ТКАНИ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Л.И.Шкильняк (к.мед.н, доц.)

Винницкий национальный медицинский университет Н.И.Пирогова

г.Винница, Украина

**Актуальность:** Известно, что стволовые клетки из жировой ткани человека, а именно мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки (ММСК)-уникальный клеточный препарат, полученный путем аспирации подкожного жира человека, выделенный, идентифицирован и культивируемый на среде которая имеет факторы роста.

Учитывая, возможность к дифференциации (мезодермального, эктодермального и энтодермального потенциалы), ММСК могут быть идеальной альтернативой плюрипотентности эмбриональных клеток, как в лаборатории, так и в клинике.

Использование этих клеток при дефектах твердых тканей (костей или хрящей), учитывая их мезодермальное происхождения, вполне предвиденный момент. Новинкой является факт использования этих клеток при лечении сахарного диабета. Последние данные свидетельствуют о дифференциации ММСК в эктодермальную и энтодермальную стороны.

Жировая ткань-богатейший источник ММСК, которые могут применяться в лечении болезней различных происхождений. Более богатым источником эндотелиальных клеток-предшественников является и пуповинная кровь, однако большинство взрослых пациентов, не имеют крио-запаса собственной пуповинной крови, собранной при рождении, поэтому оптимальным источником стволовых клеток может выступить жировая ткань.

**Цель:** Целью нашего исследования является применения стволовых клеток, выделенных из жировой ткани, а именно из комков Биша. И их дальнейшее использование для ускорения регенерации после хирургического лечения различных заболеваний или травмы челюстно-лицевой области.

**Материалы и методы:** комки Биша, ММСК.

**Результаты:** Изучив все возможности получения ММСК, мы остановились на более доступном и приемлемом для хирурга-стоматолога-получения исследуемых клеток из комков Биша. Комки Биша - инкапсулированные жировые образования которые несут в себе защитную, амортизирующую функцию. Обеспечивают жевательную функцию. А также играют важную роль при сосании и глотании в грудном возрасте.

**Выводы:** Методы получения стволовых клеток из различных тканей организма, которые успешно используются для омоложения тканей. Однако доказано, что ММСК, полученные из жировой ткани, более стабильны, по сравнению с идентичными клетками, выделенными из других органов. Мы отметили основные свойства ММСК: Трансформации в другие клетки; Миграции к поврежденным

тканям и органам; Локализация в поврежденных тканях и органах и способность ких восстановлению.

Особенно важной характеристикой стволовых клеток жировой ткани является низкая иммуногенность, о чем свидетельствует сниженная экспрессия антигенов HLA. Это дает возможность, при необходимости, применять стволовые клетки жировой ткани у других лиц без риска иммунологических осложнений, что значительно расширяет возможность их применения.

В.С. Суровцева

## **ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ БОРІВ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ДНА ТА СТІНОК КАРІОЗНОЇ ПОРОЖНИНИ**

Кафедра терапевтичної стоматології

Н.С. Алексеєнко (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогоднішній день, не дивлячись на широкий спектр альтернативних методів препарування, найбільш поширеним методом є традиційне препарування. Вибір інструменту, форма отриманої порожнини, ретельне видалення уражених емалі та дентину, створені, в процесі препарування, конфігурація та мікрорельєф, мають велике значення у забезпеченні надійної фіксації пломбувального матеріалу та запобіганні виникнення вторинного карієсу. При цьому, різна характеристика структури поверхні емалі і дентину, обумовлена видом застосованих при препаруванні ротаційних інструментів, відіграє чи не найголовнішу роль у адгезії пломбувального матеріалу.

**Мета:** Клініко-лабораторне обґрунтування вибору ротаційних інструментів з різною формою робочої частини, а також підвищення ефективності і якості препарування та адгезії.

**Матеріали та методи:** Серії дослідів проведені на 15 зубах, що були видалені за медичними показами. Зуби були розділені на три групи (по 5 у кожній), відповідно до форми робочої частини бора (конус, зворотній конус та кулька). У всіх зубах були сформовані порожнини I класу згідно класифікації Блека. Після препарування нами було зроблено шліфи за допомогою мікротома, що в подальшому були зафіксовані на предметних скельцях та вивчені під електронним мікроскопом.

**Результати:** При електронній мікроскопії на досліджуваних зразках нами було виявлено, що у всіх групах емалевий край гладкий, рівний, з невеликими насічками для ретенції пломбувального матеріалу. При проведенні порівняльної оцінки електронної мікроскопії зразків дентину зуба, виявлено що всі види борів залишають насічки на шліфах дентину різного розміру для адгезії пломбувального матеріалу, однак у групах шліфів, що препарувалися конусними та зворотно конусними борами, були виявлені мікротріщини. На зразках, що формувалися кулястими борами таких тріщин не знайдено.

**Висновки:** На основі комплексного дослідження та отриманих результатів електронної мікроскопії можна зробити висновок, що найбільш раціональним, для формування дна та стінок каріозної порожнини, є вибір кулястих борів. Саме при роботі кулястими борами, не утворюються зони надмірного тиску (як при конусних та зворотно конусних), що, в свою чергу, не призводить до утворення мікротріщин та до погіршення адгезії пломбувального матеріалу.

В.М. Суслик

## **ПОШИРЕНІСТЬ КАРІЄСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ВІКОМ 9-12 РОКІВ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА М. ВІННИЦЯ, УКРАЇНА**

Кафедра стоматології дитячого віку

О.С. Васильчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** Враховуючи складність діагностики та лікування, особливе занепокоєння викликає зростання показників карієсу в дітей шкільного віку. Так, за даними досліджень останніх двадцяти років поширеність раннього карієсу зубів у дітей коливається в межах від 9,05% до 95,3%, а інтенсивність від 0,6 до 3,0 [Біденко Н.В., 2007] Високий рівень ураження карієсом зубів характеризується для дітей усіх регіонів України.

**Мета:** Встановити поширеність та інтенсивність карієсу у дітей Вінницької області.

**Матеріали та методи:** Згідно кафедральної наукової роботи проведено епідеміологічне обстеження 3008 дітей Вінницької області та міста Вінниця на вивчення розповсюдженість та інтенсивність карієсу в період пізнього змінного прикусу у 9, 10, 11, 12 років. Обстеження дітей проведено в загальноосвітніх школах I-II та III-IV ступенів. Провели порівняльний аналіз отриманих даних. Поширеність карієсу визначали відсотком осіб, які мають каріозні постійні зуби, інтенсивність-за індексом кп.

**Результати та методи:** Вивчення стану твердих тканин постійних зубів у дітей свідчать про те, що розповсюдженість карієсу постійних зубів у дітей віком від 9-12 років Вінницької області та міста Вінниця склала 77,5% що згідно з рекомендаціями ВООЗ розцінюється як «середньою» (76,0-80,6%). Найнижчі показники поширеності карієсу постійних зубів зафіксовані у Гайсинському р-н.-39%, Мур-куроловецькому р-н-45%. Оратівському р-н-49%. Найвищі показники карієсу постійних зубів зафіксовані у Шаргородському р-н-97%, Вінницькому р-н-90%, м. Вінниця, Україна - 76%. Інтенсивність карієсу постійних зубів у дітей склала  $3,7 \pm 0,29$ . У 5-6% обстежених дітей діагностовано флюороз постійних зубів. Вивчення стану твердих тканин постійних зубів у дітей свідчать про те, що розповсюдженість карієсу постійних зубів у дітей віком від 9-12 років Вінницької області та міста Вінниця складає 76,2%, що згідно з рекомендаціями ВООЗ розцінюється як «середньою» (76,0 80,6%). При аналізі структури індексу кп виявлено низьку якість санації у всіх обстежених дітей. Встановлено, що у дітей запломбовано лише 9.5% постійних зубів, що свідчить про неналежний рівень стоматологічної допомоги.

**Висновки.** Отримані дані свідчать, що у всіх дітей, незалежно від місця проживання поширеність карієсу згідно з рекомендаціями ВООЗ розцінюється як «середньою» (76.0- 80,6%). У дітей Вінницької області цей показник дорівнює 77.5%. Великий відсоток поширеності карієсу у дітей свідчить про недостатню лікувально-профілактичну роботу у сім'ї, школах, лікувальних закладах району та області. Байдуже ставлення батьків до стану зубів дітей, відсутність мотивації до проведення профілактичних заходів і лікування.

М.В. Троць, В.С. Поліщук., О.О. Поліщук

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ НА ВИНИКНЕННЯ АЛЬВЕОЛІТІВ

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

**Актуальність:** Причини виникнення та лікування альвеолітів після видалення зубів залишається на сьогодні актуальною проблемою. Адже часто при видаленні однієї групи зубів та складності виникнення альвеоліту не можна прогнозувати. Важливим моментом при цьому залишається відсутність інформації про супутню патологію.

**Мета:** Дослідити взаємозв'язок виникнення альвеоліту з наявністю супутньої патології та покращити їх лікування.

**Матеріали та методи:** Проведено дослідження 43 пацієнтів віком від 25 до 40 років, що зверталися на консультацію в щелепно-лицеве відділення МКЛІ ШМД з альвеолітами після звичайного видалення 36, 37, 46, 47 зубів. Звичайними видаленнями вважалися видалення зубів, що проводилося не більше 10 хвилин та за допомогою щипців. В процесі роботи хворі було розділено на 2 групи: I – контрольна – хворі з альвеолітами, які не мали супутню патологію, II – дослідна – пацієнти, що мали альвеоліти

після видалення зуба, які мали супутню патологію. Супутню патологію виставляли лікарі терапевти приймального відділення.

**Результати:** У результаті дослідження виявлено 28 пацієнтів (65,1%), що увійшли до контрольної групи дослідження, в яких не було зареєстровано супутньої патології та 15 (34,9%) пацієнтів із супутньою патологією. Серед супутньої патології зустрічалася у 5 (33,3%) пацієнтів патологія гепатобіліарної системи, у 5 (33,3%) пацієнтів цукровий діабет та 2 (33,3%) пацієнтів з захворюваннями серцево-судинної системи. Терміни епітелізації лунок видалених зубів у пацієнтів дослідної групи були триваліші ніж у контрольній та склав  $33,4 \pm 3,6$  діб, а у контрольній групі  $23,7 \pm 2,8$  доби.

**Висновки:** При альвеолітах після видалення зубів у 34,9% зустрічається супутня патологія. Серед супутньої патології частіше за все зустрічається захворювання гепатобіліарної системи. При наявності супутньої патології загоєння лунок подовжується у наявності порушенні функції гепатобіліарного тракту збільшується тривалість епітелізації лунок видалених напівретинованих зубів в 1,2 рази та при цьому збільшується кількість виникнення альвеолітів в 2,9 рази, що дозволяє стверджувати про негативний вплив дисфункції гепатобіліарного тракту на загоєння лунок видалених зубів.

О. А. Філевич

## ПАРОДОНТИТ ЯК ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ ВАГІТНИХ: МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ

Кафедра терапевтичної стоматології

С. О. Філімонова (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ускладнення вагітності, зокрема передчасні пологи, низька маса тіла новонароджених і преєклампсія, є важливою проблемою для громадського здоров'я як причина неонатальної смертності та інвалідності. Доведено кореляційні зв'язки несприятливих наслідків вагітності з внутрішньоутробними інфекціями та підвищеним рівнем місцевих і системних маркерів запалення (Armitage, 2013). Відповідно, було висунуто гіпотезу про зв'язок деяких ускладнень вагітності з пародонтитом, який як хронічний запальний процес (Meyle J., Chapple I., 2015), викликаний персистуючою бактеріальною інфекцією, вважається потенційним джерелом циркулюючих біомаркерів запалення.

**Мета:** Вивчення механізмів виникнення ускладнень у вагітних з пародонтитом у анамнезі.

**Матеріали та методи:** Пошук, аналіз та порівняння різних вітчизняних та закордонних науково-фахових джерел за останні 15 років.

**Результати:** Мікробіом плаценти має таксономічний профіль, схожий на мікробіом ротової порожнини і характеризується наявністю, в основному, непатогенних бактерій (Aagaard et al, 2014). Втім, різні патогенні мікроорганізми в плаценті значно більш поширені у жінок з пародонтитом, ніж у пацієнток зі здоровим пародонтом. Субгінгівальна наявність *P. gingivalis*, *T. forsythia* та *Eikenella corrodens* пов'язані з преєклампсією, тоді як *E. corrodens* і *Campylobacter* spp. - з передчасними пологами і низькою масою тіла новонароджених відповідно (Contreras et al., 2006). При пародонтиті умовно-патогенні і патогенні мікроорганізми ротової порожнини здатні колонізувати фето-плацентарний комплекс шляхом гематогенної дисемінації. Це пов'язано з запаленням ясен і кровотечею, а також підвищеною концентрацією прогестерону під час вагітності, який збільшує проникність судин. Сьогодні розглядають два потенційні шляхи розвитку ускладнень вагітності при пародонтиті — прямий (поширення мікроорганізмів кров'яним руслом) і непрямий (Medianos P. N. et al., 2017). Останній опосередковується через цитокіни і медіатори запалення. Інфекція або неконтрольована запальна реакція всередині матки може сприяти передчасному розриву оболонок, внаслідок деградації позаклітинного матриксу матричними металопротеазами після підвищеного надходження прозапальних цитокінів, і скороченню її гладкої мускулатури, що, в свою чергу, залежно від терміну вагітності, може призвести до викидня або передчасних пологів.

**Висновки:** Отже, пародонтит у вагітних необхідно вчасно діагностувати і лікувати, оскільки вплив на виникнення несприятливих наслідків вагітності є можливим. Сучасні дані підтверджують достовірні зв'язки між запаленням пародонту і несприятливими наслідками вагітності, однак, ця тема недостатньо вивчена, тому в подальшому необхідно провести скоординовані дослідження.

Ю. І. Шевченко

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ОБРОБКИ КОРЕНЕВОЇ СИСТЕМИ ОДНОКОРЕНЕВИХ ЗУБІВ ПРИ ХРОНІЧНИХ ПЕРІОДОНТИТАХ ЗА РІЗНИМИ ПРОТОКОЛАМИ ІРИГАЦІЇ В УМОВАХ EX VIVO**

Кафедра терапевтичної стоматології

Т. О. Тепла (к.мед.н., доц..)

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

**Актуальність:** Сучасними дослідженнями встановлено, що основною причиною розвитку апікального періодонтиту та невідлого ендодонтичного лікування є мікроорганізми, що об'єднані в біоплівку. Біоплівки складаються з мікробних клітин та органічного матриксу, а на їх поверхні відмічають накопичення неорганічних сполук кальція, магнія та фосфатів з утворенням кристалінів. Стандартні протоколи іригації добре прохідних, прямих кореневих каналів включають застосування лише антисептичних засобів, що, як відомо, впливають виключно на органіку. В такому разі вплив на кристаліни залишається поза увагою, що в свою чергу сприяє поганому проникненню антисептика в глибокі зони біоплівки та, як наслідок, низькій ефективності антисептичної обробки кореневої системи.

**Мета:** порівняти ефективність медикаментозної обробки кореневої системи однокореневих зубів за результатами мікробіологічного аналізу при застосуванні різних протоколів іригації в умовах ex vivo.

**Матеріали та методи:** Для отримання лабораторних результатів, які були б найбільш наближеними до клінічних, нами було створено модель зубів з біоплівкою кореневих каналів ex vivo. Було використано 12 зубів фронтальної групи з хронічним апікальним періодонтитом. Перед початком хемо-механічної обробки проводили забір матеріалу для мікробіологічного дослідження. Медикаментозну обробку проводили за двома протоколами іригації, кожен з яких було апробовано на шести підготовлених моделях. Протокол №1 включав застосування гіпохлориду натрію 3%, а протокол №2 - по чергове застосування гіпохлориду натрію 3%, лимонної кислоти 40% з ультразвуковою активацією обох розчинів. Після проведення медикаментозної обробки та висушування кореневих каналів проводили контрольний забір для мікробіологічного дослідження.

**Результати:** за результатами мікробіологічного дослідження вмісту кореневих каналів до проведеної хемо-механічної обробки було ідентифіковано сім видів мікроорганізмів. Серед них найчастіше зустрічалися *Enterococcus faecalis* (52,4%), *Candida albicans* (39,2%) та *Streptococcus mutans* (32,7%). Частота виявлення інших видів мікроорганізмів складала від 2,3% до 9,5%. Після проведення хемо-механічної обробки кореневих каналів за протоколом №1 результати контрольного мікробіологічного забору були наступні: концентрація шести видів мікроорганізмів достовірно знизилась ( $p < 0,05$ ), а *Enterococcus faecalis* взагалі не було ідентифіковано. Проте після проведення хемо-механічної обробки кореневих каналів за протоколом №2, не було ідентифіковано три види мікроорганізмів, а концентрація інших чотирьох знизилась з високим ступенем достовірності результатів ( $p < 0,001$ ).

**Висновки:** ефективність медикаментозної обробки кореневих каналів в умовах ex vivo з використанням антисептика, органічної кислоти та їх ультразвукової активації вища ніж при застосуванні одного антисептика, що ймовірно пов'язано з додатковим впливом на кристаліни біоплівки та, як наслідок, створення сприятливих умов для дії антисептичного засобу.

А.О.Шелест

## **ГРА ЯК МЕТОД НАВЧАННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ПРАВИЛАМ**

## ДОГЛЯДУ ЗА ПОРОЖНИНОЮ РОТА

Кафедра "Сестринська справа"

В.М.Косенко (к.мед.наук)

КВНЗ "Житомирський медичний інститут" ЖОР

м.Житомир, Україна

**Актуальність:** Планування та проведення уроків гігієни в організованих дитячих колективах є досить важливим та складним завданням. Медичний працівник, який пояснює дітям правила чищення зубів, раціонального харчування, повинен мати не тільки глибокі професійні знання, а й володіти сучасними педагогічними методами донесення життєвонеобхідної інформації.

**Мета:** Встановити ефективність сучасних ігрових технологій у процесі навчання дітей 6-7 років правилам догляду за порожниною рота.

**Матеріали та методи.** З метою встановлення доцільності застосування ігрових технологій у процесі проведення санітарно-освітньої роботи серед школярів молодших класів, було сформовано дві групи: основну та контрольну. В основній групі уроки здоров'я проводились з використанням ігрових технологій. У контрольній – застосовували традиційні методи викладення інформації. Було опитано 50 школярів віком 6-7 років та їх батьків з питань попередження стоматологічних захворювань. У дослідженні використані наступні методи: бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення, опитування, анкетування. Математичну обробку цифрового матеріалу проводили з використанням коефіцієнтів кореляції ( $r$ ).

**Результати:** Проведене дослідження переконало, що 92% опитаних школярів основної та контрольної груп мали власні предмети догляду за порожниною рота (зубну щітку та пасту). Проте тільки 16% учнів основної групи та 20% контрольної до проведення уроків гігієни користувалися ополіскувачем. Проведені уроки гігієни дозволили навчити дітей стандартному методу чищення зубів, переконати в необхідності раціонального харчування. Школярі основної групи (після проведення уроків гігієни) з легкістю відповідали на питання, що торкалися послідовності рухів зубної щітки та часу, який відводиться на цю гігієнічну процедуру. Учні аргументовано вказували (під час повторного опитування) на руйнівну дію зубного нальоту, солодоців в процесі розвитку хвороб порожнини рота. Регулярно (після проведених уроків здоров'я), двічі на день, почали чистити зуби 68% учнів основної групи проти 48% контрольної групи. Коефіцієнт кореляції в основній групі вказував на високу ступінь залежності між показниками, які вивчалися ( $r=0,95$ ).

У школярів контрольної групи (під час повторного усного опитування) викликали труднощі питання стосовно методики застосування флосу. Вони помилялися в послідовності рухів щітки під час очищення зубів від нальоту та не завжди давали правильні відповіді на питання щодо умов зберігання предметів гігієни порожнини рота. Коефіцієнт кореляції в контрольній групі вказував на лінійний зв'язок між цифровими показниками, які досліджувалися, та відповідав значенню  $r=0,98$ .

**Висновки:** У методиці навчання школярів правилам здорового способу життя значну увагу треба приділяти технологіям, які дозволяють невимушено навчити дитину щоденно доглядати за порожниною рота, використовуючи всі необхідні предмети та засоби, раціонально харчуватися. Висока дієвість ігрових технологій залежить від безпосереднього спілкування медичного працівника з дітьми. Максимальний психологічний контакт й природні умови для взаєморозуміння дають стійкі та позитивні результати.

Д.Ю.Яремчук

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМОВОГО КОАГУЛЯТОРА В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра терапевтичної стоматології

О.І.Кутельмах (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На теперішній час в арсеналі стоматологів є цілий ряд апаратів, призначених для



коагуляції біологічних тканин. Проте накопичений за останні роки світовий досвід переконливо свідчить, що універсальних і ідеальних фізичних способів коагуляції не існує, що пов'язано з перевагами чи недоліками одних методів в порівнянні з іншими в залежності від місця застосування. Нашу увагу привернув новітній метод неінвазивної коагуляції тканин в сучасній косметології за допомогою портативного апарату «Plasma Pen», коагулююча дія якого основана на плазмовій абляції (іонізації повітря і нагрівання тканин).

**Метою нашого дослідження** була оцінка ефективності застосування плазмового методу коагуляції в стоматології.

**Матеріали і методи.** Дослідження було проведено на 18 хворих-волонтерах з різними стоматологічними патологіями, поділених на три рівних групи. Оцінка ефективності дії апарату «Plasma Pen» проводилася в процесі коагуляції гіпертрофованого ясеневого сосочка при лікуванні апроксимального карієсу, гемостазу в кореновому каналі при екстирпації пульпи при хронічному гангренозному пульпіті, а також проведення діатермії при хронічному фіброзному періодонтиті. Для маніпуляцій в кореневих каналах нами було модифіковано насадки-ігли, що входили в базову комплектацію. Характеристику больового приступу оцінювали за 10-бальною шкалою Гастон-Йохансона.

**Результати.** В ході дослідження нами було відзначено чіткість межі коагуляції гіперплазованого ясеневого сосочка, відсутність кровотечі і остаточну регенерацію ясеневого епітелію вже через 1 день після проведення маніпуляції (I група хворих). Ефективність гемостазу в кореневих каналах, незалежно від діаметру, різних груп зубів була оцінена за допомогою паперових штифтів (II група хворих). Больовий синдром при проведенні маніпуляцій був незначний і склав  $1,00 \pm 0,63$  та  $2,00 \pm 0,75$  в I і II групах відповідно. Ефективність двосеансної діатермії, тривалістю по 20 хв, підтверджена відсутністю післяопераційних періодонтальних болей, незалежно від застосовуваних методів пломбування кореневих каналів (III група хворих).

**Висновки.** Проведені дослідження показали високу ефективність застосування плазмового апарату «Plasma Pen» в стоматологічній практиці, що підтверджено швидкою регенерацією тканин пародонту і якісним гемостазом, а також відсутністю необхідності застосування анестезії.

# ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ



## PHARMACY AND PHARMACOLOGY

K.M. Sidoruk  
EVALUATION OF CLINICAL EFFICIENCY OF MODERN CONTRACEPTIVES  
Department of Pharmacology

**Actuality:** According to latest estimates, every year 208 million women in the world are pregnant, 59% have a desirable pregnancy, the remaining 41% pregnancies are unplanned. Over the past 10 years, the number of abortions in Ukraine has decreased by almost 6 times, because of the development of modern and more effective contraception methods which require full knowledge of their use. Contraception is one of the best ways to prevent unexpected pregnancy reduce the number of patients with sexually transmitted diseases (STDs) and abortions.

**Objective:** to analyze the effectiveness of existing methods of contraception.

**Materials and methods:** retrospective review of literature with the including Internet resources.

**Results:** The effectiveness of any contraceptive method is measured by the Pearl index (PI) which is determined by the number of pregnancies in 100 women using certain method during the year. The lower the PI the higher the effectiveness of the contraceptive method.

Hormonal contraceptives have high efficacy, minimal side effects, their term of use is unlimited and has many out-of-system benefits. But at the same time they do not protect from STDs, HIV / AIDS and require regular administration. The PI varies within 0.1-1.5 depending on the release form and the correct use of hormonal contraceptives.

Barrier methods and spermicides don't have systemic side effects, protect from STDs, HIV / AIDS, but they can interfere coitus, cause irritation and allergy to the production material. The barrier methods PI is up to 30 and in combination with spermicides - up to 5.

Intrauterine devices (IUD) are easy to use, have a long-term effect and don't require constant monitoring, but in certain conditions the installation of IUD is a contraindication and they may cause a discomfort and increasing menstrual bleeding. Also using of IUD increases the risk of ectopic pregnancy and salpingoophytes. The PI ranges 0,5 - 1,3, depending on the active substance.

Emergency contraception is effective in the first hours after coitus, during which no protection was applied. All types of postcoital contraception are effective (PI-1-4), but the result depends on the day of the menstrual cycle and the time of emergency contraception.

**Conclusion:** Contraception is the best method of family planning which is important for saving health of the mother and her child because women have the opportunity to determine the optimal intervals between pregnancies and prevent unwanted pregnancy. Each method of protection should be used with responsibility in order to achieve the expected result.

В.І. Булашенко, О.Г. Басінських

### ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЯ: ПРИЧИНИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кафедра фармакології

О.М. Денисюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гіперпролактинемія (ГПРЛ) – стійке підвищення рівня гормону пролактину в крові внаслідок гормонально-гіпофізарних розладів. Частіше виявляється у жінок дітородного віку та може призводити до порушення менструальної і генеративної функції та розвитку доброякісних пухлин молочної залоза та матки.

**Мета:** Висвітлити причини та фармакологічні методи лікування ГПРЛ.

**Матеріали і методи:** Публікації в українських та закордонних фахових виданнях, присвячені зазначеній проблемі

**Результати:** Виділяють ГПРЛ фізіологічну (період вагітності і лактації, глибокий сон, білкове харчування, гіпоглікемія, фізичні та емоційні навантаження, під час статевого акту) і патологічну. Остання може виникати на тлі ендокринної патології (синдром Іценко-Кушинга, цукровий діабет I типу), при пухлинах (аденоми гіпофізу, доброякісні захворювання молочних залоз, міоми матки),

оперізуючого лишая, цирозу печінки. Може мати ятрогенну природу (прийом нейролептиків та деяких антидепресантів, макролідів, естрогенів, естрогенвмісних контрацептивів, протисудомних препаратів та ін.). Також ГПРЛ провокує хронічний стрес. Є причиною невиношування вагітності і безпліддя, як жіночого, так і чоловічого (внаслідок олігоспермії). Пік захворюваності ГПРЛ припадає на вік 25-34 роки.

Для медикаментозної корекції ГПРЛ рекомендують застосування агоністів дофамінових рецепторів, оскільки доведено, що дофамін – це основна субстанція, яка впливає на виділення пролактину. Виділяють наступні покоління цих засобів:

I – ерголінові агоністик дофаміну (Бромокриптин, Лізурид, Перголід, Метерголін, Абергин);

II – дофамінергічний дериват ерголіну Карбеголін (Достинекс);

III – неерготвмісні дофаміноміметики (Квінаголід, Норпролак).

Механізм дії - зв'язування і стимуляція специфічних дофамінових рецепторів на поверхні лактотрофів, пригнічення секреції пролактину (швидкий ефект протягом кількох годин) та зменшення синтезу пролактину внаслідок зниження транскрипції відповідного гена (повільний ефект). Квінаголід є високоселективним у відношенні дофамінових рецепторів лактотрофів з гарною переносимістю та відсутністю тератогенного і ембріотоксичного впливу (можливе застосування перед вагітністю). На відміну від нього, Бромокриптин спричиняє сонливість, головний біль, ортостатичний колапс, психотичні розлади, судомні в литкових м'язах, та має несприятливий вплив на перебіг вагітності та плід.

До препаратів рослинного походження відносять препарати на основі Vitex Agnus-castus (Циклодинон, Нормоменс, Мастодинон, Прегнотон), які містять фітоестрогени та дофамінергічні сполуки, що обумовлює дофамінергічну, пролактинінгібуючу та протипухлинну активності. Позитивним у цих засобів є те, що вони, будучи фітокомпозиціями, містять також інші складові, які володіють седативною дією, що важливо, враховуючи психоемоційні порушення за ГПРЛ.

**Висновок:** Високоєфективне та безпечне лікування ГПРЛ дозволить значно зменшити ризик стрес-індукованого безпліддя та інших порушень репродуктивної функції жінки.

Бурдейний О. О., Шереметьєв В. О.

## **КАРБОКСИТЕРАПІЯ, ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МАЛОІНВАЗИВНИЙ МЕТОД СХУДНЕННЯ**

Кафедра фармакології

О. І. Альчук (доц., к. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Поняття «карбокситерапія» не є новим в медичній практиці. Ще в 30-х роках минулого сторіччя використовували ванни, збагачені CO<sub>2</sub> для прискорення загоєння ран, в 50-х - карбокситерапію використовували в кардіології для покращення пропускної здатності судин. Починаючи з 1995 року карбокситерапія стала широко застосовуватися в індустрії краси. Перш за все це пов'язано з чисельними позитивними локальними та резорбтивними ефектами CO<sub>2</sub> – насичення тканин киснем, покращення мікроциркуляції, лімфовідтоку та посилення процесів детоксикації, посилення синтезу компонентів міжклітинного матриксу. На сьогоднішній день в медичному світі з'являється все більше інформації про те, що карбокситерапія може стати потенціально новим та ефективним засобом зменшення жирової тканини.

**Мета роботи.** Проаналізувати дані світової та вітчизняної літератури щодо використання CO<sub>2</sub> в якості ліполітичного засобу

**Матеріали та методи.** Пошук та аналіз літературних даних в мережі Інтернет за допомогою пошукових сервісів Google та PubMed.

**Результати.** Останні дані світової літератури показали високу зацікавленість дослідників в застосуванні CO<sub>2</sub> для усунення жирових відкладень. Ряд проведених досліджень показав, що ін'єкції вуглекислого газу зменшують жирові відкладення в ділянці передньої черевної стінки та усувають жир навколо шлунку. Однак зменшення маси тіла було не значним та не підтримувалося протягом послідовних 6 місяців. Незважаючи на деякі позитивні результати, отримані в інших клінічних

дослідженнях, механізм дії CO<sub>2</sub>, як ліполітичного засобу, до сих пір не зовсім зрозумілий. Припускають що ін'єкції CO<sub>2</sub> локально викликають зміни мікроциркуляції, стимулюють метаболічні процеси та зменшують розмір жирової клітини, не викликаючи клітинної смерті.

**Висновки.** Таким чином, карбокситерапія є популярною та ефективною процедурою не тільки в естетичній медицині, а і потенційно ефективним, безпечним, доступним способом лікування надмірного відкладення жиру. Введення CO<sub>2</sub> в жирову тканину може забезпечити тривалі переваги пацієнту в порівнянні з хірургічною ліпосакцією.

К.Ю. Вашкеба

## ВПЛИВ БІОФЛАВОНОЇДІВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ЩУРІВ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Кафедра фармакології

Н.І. Волощук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Покращення функції нирок при хронічній нирковій недостатності (ХНН) є актуальним питанням нефрології та фармакології. Як свідчать дані статистики, в усьому світі спостерігається тенденція до підвищення рівня захворюваності на ниркову недостатність, а також інвалідизації та навіть летальності від цієї патології. Частота захворювання на ХНН у різних країнах світу коливається від 100 до 600 випадків на 1000000 населення, при цьому щорічно, виявляють до 100 нових важких випадків, при яких корекція фільтраційної та реабсорбуючої властивостей не проводиться. Одним з можливих методів корекції показників фільтраційної здатності нирок є призначення біофлавоноїдів завдяки їх антиоксидантним, мембраностабілізуючим, протизапальним і діуретичним ефектами та низькій токсичності. Флавоноїди - це речовини з політропними властивостями і мають широке застосування в медицині, однак механізми їх нефропротекції на сьогодні вивчені не досконало. Тому дослідження ренопротекторних властивостей поліфенольних комплексів вважається однією з пріоритетних питань сучасної нефрології.

**Метою** нашого дослідження було дослідити нефропротекторні властивості кверцетину, геністеїну та ресвератролу шляхом визначення впливу цих речовин на функціональні маркери ураження нирок за умов ХНН.

**Матеріали та методи :** Досліди були проведені на 50 статевозрілих щурах масою 230-250 г, які перебували в стандартних умовах віварію Вінницького медичного університету ім. М.І. Пирогова з вільним доступом до води та їжі. ХНН моделювали шляхом однобічної нефректомії з подальшою субтотальною резекцією контрлатеральної нирки. Хібнооперованим щурам (n=10) було виконано розрізи з подальшим ушиванням тканин в ті ж терміни, що й дослідні. Тваринам дослідних груп (n=10) перорально вводили кверцетин (30 мг/кг), геністеїн (5 мг/кг) та ресвератрол (20 мг/кг). Контрольні щури отримували еквіоб'ємні кількості розчинника. Визначали показники роботи канальцевого та клубочкового апарату нирок. Статистичну обробку здійснювали стандартними методами біометрії.

**Результати:** Отримані результати свідчать, що досліджувані нами біофлавоноїди виявляли виразну нефропротекторну дію та зменшували летальність тварин за умов експериментальної ХНН. Зокрема, введення поліфенолів супроводжувалось вірогідним зростанням діурезу (на 19,1-23,1%), швидкістю клубочкової фільтрації (на 49,8-102%), вірогідним зменшенням протеїнурії (на 12,4-22,8%), а також проявляло коригуючий вплив на співвідношення екскреції натрію та калію з сечею. Серед поліфенолів саме геністеїн мав найбільш виразний коригуючий вплив на функціональні параметри нирок за ХНН.

**Висновки :**

Препарати, які містять в своєму складі біофлавоноїди, виявляють виразну ренопротекторну дію за умов хронічного ураження нирок, а їх застосування дасть змогу продовжити додіалізний етап в лікуванні ХНН.

Д.В. Габінет, А.А. Шеремета  
**ТОКСИКОГЕНОМІКА – СУЧАСНА МЕТОДИКА ОЦІНКИ ТОКСИЧНОСТІ  
ДОСЛІДЖУВАНИХ СПОЛУК**

Кафедра фармакології

А.В. Саєнко (к.мед.н., доцент)

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

**Актуальність:** Основна мета проведення токсикологічних досліджень нових фармакологічних препаратів – оцінка можливих ризиків для людини. Методики, що активно використовуються сьогодні, базуються на використанні лабораторних тварин для дослідження токсичного, тератогенного чи іншого негативного впливу ліків на організм людини. Однак тваринні моделі не завжди вірно вказують на можливі ризики для людського організму. Одним можливих шляхів вирішення даної проблеми є використання токсикогеноміки – науки, що вивчає молекулярні та геномні зміни в клітинах під час впливу токсичних речовин.

**Мета:** Проаналізувати цінність методів дослідження токсикогеноміки для встановлення рівня токсичності нових фармакологічних препаратів.

**Матеріали та методи:** Опрацювання вітчизняних та зарубіжних джерел інформації стосовно застосування токсикогеномних методів оцінки токсичності нових досліджуваних сполук.

**Результати:** Новітні методики для дослідження токсичності нових сполук припускають використання *токсикогеноміки* для досліджень *in vitro*. Токсикогеноміка застосовує концепції геноміки та новітні технології для вивчення аналізу експресії генів та виявлення змін експресії, що дає змогу прогнозувати негативний вплив потенційних лікарських засобів. Генетичні відповіді на дію токсичних речовин дозволяють токсикологам виявляти механізми впливу токсикантів на організм. Для виявлення змін використовують системи плазмід з мутантними кДНК досліджуваних білків, антисмислові олігонуклеотиди для пригнічення ендогенних протеїнів, репортерні гени для вимірювання індукції промоторів генів тощо. Трансгенні і нокаутовані миші все частіше використовуються для точного вивчення ролі геному у відповіді на дію токсинів *in vivo*. Наприклад, трансгенні миші з вродженою схильністю до раку використовуються для виявлення канцерогенних агентів. На ранніх етапах становлення токсикогеноміки широко використовувався метод Northern-блоттингу для дослідження змін експресії генів під впливом різноманітних з'єднань. Проведене порівняння токсикогеномних досліджень гепатотоксичних речовин показала відповідність результатів з уже відомими даними інших токсикологічних досліджень. Крім того, ідентифікація генів, пов'язаних з токсичністю, разом з швидко зростаючим розумінням геному людини, є основою для виявлення та описання варіацій послідовності в генах, які можуть впливати на хімічні реакції під час метаболізму речовини. Це важливо для фармакології та токсикології, оскільки дозволяє прогнозувати та диференціювати специфічні для видів відповіді, а також ідентифікувати популяції респондентів та нереспондентів. Найбільш оптимістичні оцінки передбачають, що заміна традиційних методів токсикології на токсикогеноміки могла б скоротити оцінку безпеки нової хімічної речовини з років до днів і знизити витрати на оціночний коефіцієнт до 6 разів. Більш реалістична картина, дозволяє припустити, що токсикогеноміка зменшить частоту невдач при скринінгу, допомагаючи вибрати найбільш відповідні сполуки для подальших досліджень в клініці.

**Висновки:** Токсикогеноміка як метод прогнозування дозволить збільшити швидкість оцінки токсичності на початку процесу дослідження лікарських засобів, і в той же час скоротити тривалість токсикологічних досліджень і пов'язані з ними витрати. Це призведе до кращого розуміння і прогнозування токсичного потенціалу невідомих сполук шляхом порівняння їх профілів генної експресії з відбитками відомих подібних сполук.

А.С. Головатюк, А.О. Батовський

**СУЧАСНІ МЕТОДИ ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ БІОЛОГІЧНОЇ ЧИСТОТИ  
ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ**

**Актуальність:** Інфузійні розчини - це специфічна група парентеральних лікарських форм з підвищеними вимогами до якості, оскільки їх вводять безпосередньо до кровотоку людини у великих об'ємах. Відповідно до вимог Державної Фармакопеї України лікарські засоби парентерального застосування контролюють за цілим рядом показників: ідентифікація, прозорість, кольоровість, рН, механічні включення, супутні домішки, аномальна токсичність, і, також, біологічні показники. Апірогенність та стерильність є основними біологічними показниками якості інфузійних розчинів. Пірогенні речовини (грец. руг.-вогнь, γενναο – виникати) - це біологічно активні речовини екзогенного (бактеріального і вірусного) та ендogenous (клітинно - тканинного) походження, що викликають підвищення температури тіла і розвиток лихоманки. Актуальним є розробка, впровадження і апробація точних, високочутливих і специфічних методів встановлення апірогенів. Оскільки пірогенами виступають ендотоксини мікроорганізмів, сучасні стандарти фармацевтичного аналізу регламентують визначати апірогенність ін'єкційних та інфузійних розчинів методом виявлення бактеріальних ендотоксинів – LAL-тест.

**Мета:** Метою дослідження було опрацювати і проаналізувати сучасні методи визначення показників біологічної чистоти, що застосовує мікробіологічна лабораторія контролю якості ПраТ «Інфузія»

**Матеріали і методи:** Для досягнення поставленої мети ознайомились з існуючими методами контролю ліків на апірогенність, що використовують провідні спеціалісти лабораторії з КЯ вінницького виробника інфузійних розчинів ПраТ «Інфузія», а також вивчено метод LAL - тест (*Limulus Amebocyte Lysate*), визначені його особливості та переваги. За фармакопейною методикою пірогенність визначають за допомогою біологічного методу, який базується на вимірюванні температури тіла кроля після внутрішньовенного введення досліджуваного препарату. Недоліками біологічного методу є: залежність результатів від індивідуальної чутливості тварини, вплив стресових факторів на температуру тіла кролика, відсутність позитивного контролю і витрати на утримання лабораторних тварин. Було проведено визначення бактеріальних ендотоксинів за допомогою LAL – тесту, заснованого на реакції гелеутворення при взаємодії бактеріальних пірогенів з лізатом амебоцитів крові підковоподібних крабів *Limulus Poliphemus*.

**Результати:** За встановленими показниками біологічної чистоти, які були визначені за допомогою LAL-тесту, усі досліджувані зразки відповідали вимогам, затвердженим у специфікації на інфузійні розчини. За статистичними даними, вказаний метод має ряд переваг у порівнянні із застарілими методами.

**Висновки:** LAL-тест можна вважати найбільш надійним і перспективним способом перевірки пірогенності лікарських засобів, оскільки має такі вагомні переваги як: висока чутливість, простота виконання, надійність, відтворюваність, можливість проаналізувати велику кількість зразків і більш широка сфера застосування (седативні, стероїдні та радіофармацевтичні препарати).

А.С. Головатюк, О.Д.Благул, М.В. Балинська  
**РЕАЛІЇ ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЗА ЕЛЕКТРОННИМИ РЕЦЕПТАМИ**

Кафедра фармації  
О.Д.Благул (ст. викладач), М.В. Балинська (к.фарм.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Відпуск лікарських засобів (л/з) за електронними рецептами в Україні запроваджений з 2017 р. Впровадження електронного рецепту – це багатофункціональний процес, у якому задіяні і органи влади, медичні заклади, аптечні підприємства та ІТ-рішення. Мета такого запровадження реалізує актуальні питання, пов'язані із: самолікуванням, відсутністю відповідальності лікаря, невідповідності світовій практиці, перетворення аптечних закладів на

аптечні точки.

Світова практика запровадження електронних рецептів дозволяє врахувати та реалізувати у діяльності аптек України, пов'язаної з реалізацією л/з, проблемні сторони такого проекту, а саме: контроль дублювання препаратів, що призначаються, несумісність л/з, тобто береться до уваги база клінічної фармації, чітку ідентифікацію осіб з однаковим прізвищем, забезпечення достатньої потужності хмарного сховища для обробки електронного рецепта.

Важливо забезпечити, щоб електронний рецепт був складовою частиною звіту про рух товару, що забезпечить контроль за рухом препарату по всіх ланцюгах постачання, починаючи від виробника і закінчуючи кінцевим споживачем.

**Мета:** дослідження стану відпуску лікарських засобів за електронними рецептами з аптечної мережі м.Вінниці.

**Матеріали та методи:** порівняльний, аналітичний, контент-аналіз, використовували програму Microsoft Office Excel.

Аналізували дані звіту про фінансово-господарську діяльність МКП «Вінницька міська аптека» №3, а також проводили опитування 50 хворих, які отримували л/з за електронними рецептами.

**Результати:** За результатами аналізу, проведеного за період з 01.07.2017 р. по 01.01.2019 р. встановлено, що за електронними рецептами здійснювався відпуск препаратів інсуліну для хворих на цукровий діабет I типу. За 2017 рік (з 01.07.17р.) відпущено 4402 рецепта, при цьому вартість одного рецепта становила 345,29 грн., за 2018 рік —8284 рецепта, вартість одного рецепта – 368,75 грн. Отже, спостерігається стабільність за кількістю відпущених рецептів, однак вартість одного рецепта виросла на 6,79%.

Результати проведеного опитування хворих щодо зручності отримання л/з за електронним рецептом показав, що 72% осіб мають позитивну думку, однак 28% опитуваних, переважно похилого віку, повідомили про труднощі, пов'язані з чергами на прийом до сімейного лікаря, не зважаючи на попередній запис, а також недостатнє володіння сучасними гаджетами.

**Висновки:**

1. За досліджуваний період динаміки змін за кількістю відпущених л/з за електронними рецептами не спостерігається.

2. Для покращення доступності та забезпечення хворих за електронними рецептами пропонуємо: запровадити зміни передачі інформації про номер рецепта хворому: а саме надсилати електронний рецепт від сімейного лікаря прямо в аптеку, що приведе до заощадження часу, спростить систему виписування рецептів для хворих, які недостатньо володіють засобами мобільного зв'язку.

М.А.Гуляєва

## ВПЛИВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ НА ДИНАМІКУ ОСНОВНИХ ФАКТОРІВ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кафедра клінічної фармакології і внутрішньої медицини

І.І.Князькова (д.мед.н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м.Харків, Україна

**Актуальність:** Хвороби серцево-судинної системи залишаються серед провідних чинників як летальності, так і інвалідності. Прихильність хворих до фармакотерапії визначає її ефективність та безпечність, але комплайєнс пацієнтів може бути недостатнім для отримання адекватних оптимальних результатів, що потребує відповідного контролю.

**Мета:** Встановити вплив індивідуального консультування на ефективність контролю основних факторів серцево-судинного ризику у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ).

**Матеріали та методи:** Обстежено 65 хворих на ГХ (24 особи – чоловіки, 41 особа – жінки). Середній вік хворих - (61,4±8,6) роки. У дослідження включали хворих, які отримували медикаментозну терапію у відповідності до сучасних стандартів. Пацієнти відвідували клініку 1 раз на місяць. Всього було 9 консультацій тривалістю 30 хвилин кожна. Пацієнта по черзі оглядали кардіолог, дієтолог і інструктор з лікувальної фізкультури. Хворі були обстежені до та наприкінці



циклу консультацій. Визначали індекс маси тіла (ІМТ), склад тіла (метод біоелектричного імпедансу на приладі Body Composition Monitor BF511), рівень артеріального тиску (АТ) та показники ліпідного обміну.

**Результати:** Індивідуальне консультування сприяло корекції антропометричних показників - зниженню ІМТ (на 6,8%,  $p=0,010$ ), зменшенню вмісту жирової тканини (на 9,9%,  $p=0,014$ ) та вісцерального жиру (на 13,0%,  $p=0,018$ ). Також встановлено вірогідне зниження рівнів систолічного і діастолічного артеріального тиску (АТ) – на 8,4 % ( $p=0,022$ ) і 6,4% ( $p=0,002$ ) відповідно. Вірогідно покращились і показники ліпідного обміну – рівень загального холестерину (ХС) знизився на 19,2% ( $p=0,044$ ), ХС ЛПНЩ на 20,2% ( $p=0,041$ ), а рівень ХС ЛПВЩ збільшився на 11,2% ( $p=0,032$ ).

**Висновки:** Індивідуальне навчання пацієнтів із ГХ у доповнення к сучасній медикаментозній терапії оптимізує контроль таких факторів кардіоваскулярного ризику, як ІМТ, рівень АТ та порушення ліпідного обміну.

Жебелєв В.Л., Чайковська О.В., Сушицька О.І., Баглай В. О.

## ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРОЦЕСІВ ПАМ'ЯТІ ТА ВПЛИВУ ПІРАЦЕТАМУ У ЩУРІВ

Кафедра фармакології  
О.П. Драчук (к.мед.н., доц.)

**Актуальність:** Згідно з численними даними літератури, наявність гендерних відмінностей при застосуванні лікарських засобів стосується, в першу чергу, фармакокінетики та фармакодинаміки нових та вже відомих препаратів, перебігу обмінних процесів, відмінностей в механізмах, що реалізують поведінкову реакцію у особин різної статі. Якщо раніше погляд на ці питання був зосереджений на дії статевих гормонів, то останні дослідження свідчать про більш глобальний підхід до цієї проблеми на різних структурних і функціональних рівнях. Необхідно брати до уваги гендерні аспекти при застосуванні фармакотерапії, що дозволить підвищити ефективність лікування. Наразі питання гендерної різниці в дії ноотропних препаратів та їх впливу на формування пам'яті і навчання є недостатньо вивченим, що і стало предметом нашого дослідження.

**Мета:** виявити відмінності ноотропної дії пірацетаму у самців і самок інтактних щурів.

**Матеріали та методи:** Дослідження проведено на 24 статевозрілих (3,5-4 місяці) білих щурах обох статей. Досліди проводили восени, в період з 18.00 до 20.00 години. Тварини були розподілені на групи: 1-ша - контрольна (6 самців та 6 самок), 2-га - самці і самки, яким вводили еталонний ноотропний засіб пірацетам щоденно протягом 7 днів внутрішньоочеревинно в дозі 200 мг/кг. Вплив на процеси пам'яті здійснювали за допомогою умовної реакції пасивного уникання (УРПУ), що включає пасивне уникнення з негативним (больовим) підкріпленням в установці з світлої та темної камер (О.В. Стефанов, 2001). Реєстрували час перебування в темній камері та латентний період входу в неї через 24 години після навчання електричним подразненням. Статистичну обробку здійснювали з використанням стандартного пакету програм Excel. Відмінності вважали вірогідними при  $p < 0,05$ .

**Результати:** Нами було встановлено наявність статевих відмінностей у формуванні умовного рефлексу пасивного уникання у щурів контрольної групи. Так, через 24 години після навчання, час перебування самців в темній кімнаті був в 2,5 рази менше ніж в перший день, проти зменшення в 1,7 рази у самок щурів. Введення пірацетаму покращувало швидкість вироблення умовного рефлексу у особин обох статей, проте спрямованість статевих відмінностей виявилась протилежною: у самок час перебування в темному відсіку вірогідно ( $p < 0,05$ ) зменшувався в 4 рази порівняно з контрольними тваринами, тоді як у самців цей параметр змінювався лише на рівні тенденції.

**Висновок:** отримані результати можуть свідчити про гендерні відмінності нейрофізіологічних шляхів формування пам'яті та фармакодинаміки ноотропів. Тому заданий напрямок досліджень представляє інтерес для подальшого поглибленого вивчення.

К.О. Камінська, Н.О. Яровий

## **ВИВЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНИХ УМОВ ОТРИМАННЯ СУХОГО ЕКСТРАКТУ З ТРАВИ ТА НАСІННЯ КОЗЛЯТНИКА ЛІКАРСЬКОГО (GALEGAEOFFICINALIS) ТА ВИЯВЛЕННЯ АЛКАЛОЇДІВ ГУАНІДИНОВОГО РЯДУ В ОТРИМАНОМУ СУХОМУ ЕКСТРАКТІ**

Кафедра фармацевтичної хімії

О.О. Давиденко (к.фарм.н., доц), В. А. Ващук (к.фарм.н., доц),

А. О. Очеретнюк (к.фарм.н., доц), О.В. Білик (ас.), Ю.Л. Шепета (ас), К.Є. Данилюк (ас).

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Козлятник лікарський (*Galegae officinalis*) є засобом не лише для лікування початкових стадій цукрового діабету, а й перспективним засобом для профілактики і лікування його судинних ускладнень.

**Мета дослідження.** Вивчення умов отримання сухого екстракту галеги лікарської, розробка методики виявлення суми алкалоїдів гуанідинового ряду в сировині та в екстракті, та можливість капсулювання даного препарату для зручності прийому, при тривалому лікуванні та профілактиці можливих ангіопатій.

**Матеріали та методи.** Для дослідження використовували сировину траву і насіння козлятника лікарського (*Galegaeofficinalis*), яка була вирощена на науково-дослідній ділянці ВНМУ в музеї-садибі М.І. Пирогова. Протягом трьох років проводились стаціонарні дослідження умов вирощування даної рослини, в результаті яких виявлено оптимальні умови культивування для отримання максимальної кількості сировинної фітомаси. Сухий екстракт козлятника лікарського з трави і насіння отримали на ротаційному випарювачі RV 8с. Відомо, що надземна частина галеги лікарської містить низку біологічно активних речовин: амінокислоти, вуглеводи, вищі жирні кислоти, сапоніни, алкалоїди 0,1% -0,2% ( пеганін, 2,3-оксихіназолон-4), дубильні речовини, флаваноїди (кемферол), вітаміни (вітамін С, рутин, каротиноїди), фітостероли (кампестерол, стігмастерол), фітол. З насіння виділені алкалоїди галегін, лютеолін та його глікозид галютеолін, в траві містяться d,1 – пеганін. Експериментальним шляхом встановлено, що присутність гуанідинових алкалоїдів в траві та насінні обумовлює пролонговану гіпоглікемічну дію. Для дослідження використовували спиртовий екстракт галеги лікарської, який розділяли на водну (алкалоїдвмісну) та хлороформну фракцію, для цього алкалоїди переводили у солі, які нерозчинні в хлороформі, а також сухий екстракт з трави та насіння галеги лікарської (G.O), отриманий. Для підтвердження присутності алкалоїдів гуанідинового ряду була використана реакція Сакагучі: при взаємодії цих речовин з натрію гіпохлориту та розчином  $\alpha$ -нафтолу в лужному середовищі спомтерігалось червоне забавлення. Також було проведено ряд реакцій з залально-алкалоїдними реактивами та одержано позитивні результати.

**Результати дослідження.** Була розроблена методика отримання сухого екстракту з трави і насіння козлятника лікарського (*Galegaeofficinalis*). Отриманні методики ідентифікації алкалоїдів в траві і насінні козлятника лікарського.

**Висновки:** Вибрані умови екстрагування біологічно активних речовин галеги лікарської дають можливість отримати сухий екстракт з трави та насіння з досліджуваної рослини, в якій довели присутність алкалоїдів гуанідинового ряду. Розроблені методики доцільно впровадити в навчальний процес вивчення дисциплін фармацевтичної хімії та фармакогнозії лікарських рослин.

Н.Ю.Капітанчук

### **РІВЕНЬ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТОК ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ВНМУ ІМ.М.І.ПИРОГОВА ПРО ЗАХОДИ З ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Кафедра фармації

О.В.Кривовяз (к.фарм.н., доц.каф.фармації),

І.К. Щерба (к.б.н., доц.каф.фармації)

Ю.О.Томашевська (к.фарм.н., доц.каф.фармації)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

**Актуальність:** На сьогоднішній день рак молочної залози (РМЗ) є найпоширенішим онкологічним захворюванням серед жіночого населення, від якого щороку помирає понад півмільйона жінок у всьому світі. Найвищі показники захворюваності на рак молочної залози — серед українок віком понад 60 років, хоча вже з 30 років істотно частішають випадки захворювання. Кожній четвертій жінці цей вид онкопатології діагностують уже на III–IV стадії, коли ефективність лікування значно знижується.

Таким чином не викликає сумніву актуальність встановлення рівня обізнаності жінок та дівчат щодо груп ризику, профілактичних заходів, факторів розвитку даного захворювання, що і є **метою** нашого дослідження.

**Матеріали і методи:** Було проведено анонімне анкетування 128 студенток фармацевтичного факультету. Анкета включала тринадцять питань, що стосувались обізнаності щодо існування груп ризику та фактори розвитку, наявності випадків РМЗ в родині, методики самообстеження та заходів для запобігання розвитку РМЗ. Статистичну обробку результатів анкетування провели за допомогою Microsoft Excel.

**Результати та висновки досліджень:** Аналіз отриманих результатів дослідження обізнаності студенток фармацевтичного факультету Вінницького національного медичного університету про заходи щодо профілактики раку молочної залози показав ряд наступних закономірностей:

1. Інформованість опитуваних про групи ризику РМЗ досить висока і складає близько 85%; щодо факторів ризику розвитку РМЗ складає близько 32%, що є низькою; обізнаність щодо немодифікованих (вік), генетичних, поведінкових та репродуктивних факторів ризику РМЗ дещо вища; про методику самообстеження молочних залоз (суб'єктивна оцінка) складає 68%, що є високим показником; про наявність у них проблем з молочними залозами - 8%.
2. Рівень онкологічної настороженості опитаних студенток досить низький, дуже незначна кількість дівчат щоденно приймають заходи по зниженню ризику. У більшості студенток немає звички самообстеження молочних залоз.
3. Дослідження показало, що значна кількість опитаних потребує продовження просвітницької роботи з метою створення та укріплення мотивації до здорового способу життя, заповнення прогалин в інформованості про РМЗ і методиці його діагностики.

А.Ю. Колеснік А.Ю. Некрашевич

## **СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ ЯК ІНСТРУМЕНТ ОБМІНУ ІНФОРМАЦІЄЮ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ**

Кафедра фармації

В.М. Коваль (к.фарм.н,доц.), В.В. Гуцол (к.фарм.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:**Завдяки загальній комп'ютеризації, у сучасному світі інформаційних технологій, пошук та обмін інформацією перемістився у електронний формат. При необхідності знайти потрібну інформацію сучасні студенти все частіше обирають пошукові системи у мережі інтернет та роботу з електронними версіями документів ніж похід у бібліотеку та використання класичних друкованих джерел, як це було ще декілька десятиліть тому. Широке використання гаджетів та мобільного доступу до мережі інтернет на сьогоднішній час є звичним явищем, яке ні в кого не викликає подиву.

Нашу думку багатьох науковців, соціальних мережі мають великі перспективи використання у навчальному процесі. Оскільки можуть бути використані для передачі навчальної інформації та зворотного зв'язку студентів з викладачем.

**Мета:**Опрацювати та узагальнити літературні дані,можливість використання соціальних

мереж, як інструменту обміну інформацією у навчальному процесі.

**Матеріали і методи:** У роботі використано методи інформаційного пошуку та аналізу даних літератури, щодо можливості використання соціальних мереж, як інструменту обміну інформацією у навчальному процесі.

**Результати:** Враховуючи, високу популярність соціальних мереж серед студентів ми провели аналіз літературних джерел присвячених використанню соціальних мереж у навчальному процесі та оцінили можливість їх використання при заочній формі навчання на фармацевтичному факультеті, а також визначили основні інструменти якими володіють соціальні мережі для вирішення освітніх цілей.

Аналіз літературних джерел показав, що соціальні мережі володіють значним освітнім потенціалом і мають багато інструментів для цього. До інструментів, якими володіють соціальні мережі і які можуть бути використані, як новітні слід віднести: можливість створення груп, спільнот як закритого так і відкритого типу; можливість обміну файлами різного формату (текстові, фото та медіа файли); можливість публікування інформації; можливість дистанційного проведення опитування та обговорення, як в режимі реального часу так і з відтермінованою відповіддю. Ще однією важливою перевагою соціальних мереж є знайомий, простий та зрозумілий користувачам інтерфейс. Що дає можливість значно зменшити кількість часу, яку необхідно витратити студенту на адаптацію до нових освітніх систем. Також, позитивним є те, що більшість професійних спільнот та періодичних видань вже мають аканти у соціальних мережах, і розміщують на своїх сторінках цікаву професійну інформацію.

**Висновки:** розглянуто переваги використання соціальних мереж, як нового способу комунікації між студентами та викладачем.

І.В. Кравчук

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ

### S(-)АМЛОДИПІН/АТОРВАСТАТИН У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

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.** Застосування фіксованих комбінацій лікарських препаратів дозволяє підвищити прихильність пацієнтів до лікування, що суттєво запобігає серцево-судинним ускладненням.

**Мета дослідження:** оцінка антигіпертензивної та ліпідознижувальної ефективності фіксованої комбінації S(-)амлодипіну/аторвастатину у пацієнтів з 1-2 ступенем артеріальної гіпертензії (АГ) у пацієнтів з високим ризиком серцево-судинної смерті за шкалою SCORE без супутньої патології.

**Об'єкт та методи дослідження:** у дослідженні брали участь 26 хворих (16 чоловіків та 10 жінок, середній вік – 51,2±1,7 року), які мали АГ 1-2 ступеню, загальний холестерин (ЗХС) >5,2 ммоль/л, гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ), не мали ішемічної хвороби серця (ІХС) та захворювань периферичних артерій, перенесеного інсульту, серцевої недостатності (СН), важкої супутньої патології. Для верифікації діагнозу використовувались загальноклінічні, лабораторно-інструментальні методи діагностики. Пацієнти використовували комбіновану лікарську форму, яка містила S(-)амлодипіну 2,5 мг та аторвастатину 10 мг (препарат Амлостат® компанії “Кусум Фарм”, Україна) 1 раз на добу. За необхідності протягом 2-х тижнів використовували форму із удвічі більшим вмістом діючих речовин. Пацієнтів спостерігали 12 тижнів із щомісячними візитами до лікаря та подальшими обстеженнями. Результати опрацьовані за допомогою пакету програм StatisticaforWindows, Release 6.0.

**Результати та обговорення.** Цільовий рівень АТ за перші 2 тижні досягли 7 (27%) хворих на дозі амлодипіну 2,5 мг та аторвастатину 10 мг. У 19 (73%) підтримувальна доза S(-)амлодипіну та аторвастатину становила 5 та 20 мг відповідно. В кінці 12 -тижневого спостереження досягнення цільового рівня АТ спостерігалось у 24 (92 %) пацієнтів, спостерігалась нормалізація рівня ЗХС на 20%.

Проведене дослідження продемонструвало, що для досягнення цільових рівнів АТ переважно застосовувалась добова доза амлодипіну 5 мг, яка за антигіпертензивною дією еквівалентна дозі 10 мг традиційного рацемічного амлодипіну. Для досягнення цільового рівня ЗХС ефективним виявився аторвастатин у дозі 20 мг.

Ні в одного із пацієнтів не спостерігали значущого підвищення рівня трасаміназ в плазмі крові.

Спостерігалась висока прихильність хворих до терапії: лише 2 (8%) припинили лікування.

**Висновки.** У пацієнтів з АГ 1-2 ступеня з високим ризиком серцево-судинної смерті тривале застосування комбінації S(-)амлодипін/ аторвастатин (Амлостат<sup>®</sup>) має високий антигіпертензивний таліпідознижувальний ефект, характеризується високою прихильністю пацієнтів до лікування та хорошою переносимістю, що дозволяє її використовувати у даної когорти пацієнтів.

І.Т.Кульчицький

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВУЛЬГАРНИХ АКНЕ

Кафедра фармакології

О.В.Шевчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Найбільш поширеною і актуальною проблемою дерматології, сучасної сімейної медицини, педіатрії, а особливо в підлітковому віці, є вульгарні акне або вугрова хвороба (ВХ), захворювання сальних залоз та волосяних фолікулів, функціонування яких пов'язане з впливом багатьох чинників. ВХ посідає перше місце в структурі косметологічної патології та третє - по частоті звернення хворих в дерматологічну клініку. Близько 75-80% людей протягом життя мають прояви цього захворювання. Самооцінка та самосприйняття у колективі підлітків-однолітків особливо гостро відбувається у період появи акне, що може зумовлювати зниження якості життя, виникнення невротичних і депресивних розладів. Наслідками вугрової хвороби є психосоціальна дезадаптація, розвиток дисморфобії, депресії, зниження комунікабельності, успішності, працездатності, тому пошук нових схем лікування, які призводили б до швидкого регресу даної патології є досить актуальним на сьогодні.

**Мета:** Визначення ефективності найбільш часто вживаних засобів у лікуванні вульгарних акне.

**Матеріали та методи:** Для об'єктивності оцінки тяжкості перебігу ВХ застосовували бальну оцінку за G.Michaelsson у модифікації В.П.Сергеева і В.М.Рокицької та шкалу оцінки елементів акне за Куком. Тривожність вивчалася за шкалою самооцінки Спілберга-Ханіна. Рівень невротизації оцінювався за методикою діагностики Л.І. Вассермана. Клінічне обстеження стану шкіри у пацієнтів з ВХ було проведено до лікування та на 14 (14±1) і 28 (28±2). Усіх обстежених було розподілено на дві групи: основна група – 16 осіб, лікування яких включало зовнішню терапію антибактеріальними препаратами (на основі бензоїл пероксиду, еритроміцину та кліндаміцину) та протизапальний засіб (азелаїнову кислоту); група порівняння – 15 осіб, які отримували лише місцеву терапію АБ засобами, без застосування препаратів азелаїнової кислоти. Чутливість до протимікробних засобів, які використовуються в схемах лікування ВХ, визначали диско-дифузійним методом та з використанням методу послідовних серійних розведень даних препаратів у рідкому поживному середовищі.

**Результати:** У процесі лікування хворих із основної групи (у 67%) швидко зменшувалася кількість запальних акне – через 4 тижнів не залишилося жодної пустули (у 87% хворих), окрім 13% підлітків, в яких все ще зберігались поодинокі елементи. У цієї ж самої групи індекс вираженості акне (ІВА) за G.Michaelsson знизився у 3,5 рази та був в 1,3 рази нижчим, ніж у групі порівняння. За цей самий період часу в основній групі бал за шкалою ІВА Кука зменшився у 2,4 рази та був у 1,2 рази нижчим, ніж в осіб групи порівняння. Після 4 тижнів лікування хворі основної групи, мали статистично достовірно нижчі рівні ситуативної тривожності та невротизації в порівнянні не лише з групою пацієнтів до початку лікування, а й з особами із групи контролю. З числа виділених штамів, *P.acnes* та *Staphylococcus*, показали високий рівень чутливості до еритроміцину, кліндаміцину та бензоїл пероксиду.

**Висновки:** Для досягнення максимального терапевтичного ефекту хворим із ВХ необхідного

дотримуватися комплексного підходу із обов'язковим застосуванням препаратів зовнішньої дії, на основі кліндаміцину, еритроміцину та бензоїл пероксиду у поєднанні з азелаїновою кислотою, а у разі потреби – і системних засобів.

Т.А. Левківська

## ПРЕПАРАТИ МОНОКЛОНАЛЬНИХ АНТИТІЛ: СЬОГОДЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Кафедра фармакології

О.М. Денисюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Все більшого розвитку набуває генна інженерія, можливості якої дозволяють синтезувати органічні речовини. Так, за допомогою гібридної технології створюються засоби на основі моноклональних антитіл (МкАТ), що відкриває великі перспективи для ефективної діагностики і для лікування захворювань, які вважалися невиліковними. Наразі зареєстровано більше 30 препаратів, а ще 300 - досліджуються.

**Мета:** Охарактеризувати терапевтичні можливості та перспективні напрямки застосування препаратів на основі МкАТ.

**Матеріали і методи:** публікації в українських та закордонних фахових виданнях, присвячені зазначеній проблемі

**Результати:** Препарати МкАТ - це препарати антитіл, високоспецифічні до однієї антигенної детермінанти, одержані з одного клону клітин-продуцентів *in vitro*. До них відносять:

- «мишачі» - синтезовані з клітин тварин, які застосовують для доставки радіоіотопів до клітин лімфоми (Тіуксетан (Зевалін), Тозитумомаб-йод 131 (Бексар);

- «химерні» - частина «мишачої» молекули замінена на послідовність амінокислот людського походження (більш ефективні і безпечні). Використовують для лікування пухлин – Ритуксимаб (Мабтера, Ритуксан), хвороби Крона - Ірфліксимаб (Ремікейд), ІХС - Абціксимаб (Реопро);

- «гуманізовані» - майже не містять мишачих амінокислот (мінімальна імуногенність). Ефективні в лікуванні псоріазу - Ефалізумаб (Раптіва), раку молочної залози - Трастузумаб (Герцептин), бронхіальної астми - Омалізумаб (Ксолар), меланоми - Іпілімумаб, ревматоїдних захворювань - Голімумаб (Симпони).

В механізмах дії МкАТ лежить інгібування проліферації та функціонування клітин або знищення певних популяцій клітин (імуноопосередкована цитотоксичність та апоптоз). Проте деякі мають індукуючий вплив та активують проліферацію, продукцію цитокінів або прозапальних факторів.

Спектр застосування: пухлини, аутоімунні, алергічні, інфекційні захворювання, серцево-судинна патологія, запальні процеси, ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, псоріаз, гепатити, СНІД, хвороба Альцгеймера, цукровий діабет, бронхіальна астма та ін., діагностика пухлинних маркерів, гормонів, медіаторів.

Серед недоліків, які обмежують їх застосування, виділяють дороговартісність і довготривалість лікування, імуногенність, ризик інфекційної та онкопатології.

Проблемою є великий розмір молекул, що перешкоджає проникненню в клітини та тканини (неможливість ентерального застосування). Тому ведеться пошук засобів з невеликими розмірами молекул. Вже створено та вивчаються «аффітіла», «нанотіла» та «доменові тіла», які добре проникають в тканини та можуть застосовуватися місцево, ентерально та інгаляційно.

**Висновок:** Таким чином, сфера застосування препаратів на основі МкАТ все більше розширюється, підвищується ефективність діагностики та лікування завдяки цілеспрямованості, вибіркості та безпечності їх дії. Саме тому їх використання стало важливим переходом від неспецифічної до таргентної (молекулярно-прицільної) терапії.

І.О. Мартинчук, К.О. Мартинчук

## РОЛЬ ВІТАМІНУ D В ПАТОГЕНЕЗІ АТЕРОСКЛЕРОЗУ

Кафедра фармакології

О.Б. Орленко (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна,

**Актуальність:** В останні роки отримано переконливі дані про взаємозв'язок дефіциту вітаміну D з патологією серцево-судинної системи. Однією з серйозних проблем, що приводить до появи та прогресування серцево-судинної патології, є атеросклероз.

**Мета:** Проаналізувати роль вітаміну D у розвитку серцево - судинних захворюваннях, а саме атеросклерозу.

**Матеріали та методи:** Аналіз наукових публікацій за період 2015 - 2018 рр.

**Результати:** Вітамін D регулює ліпідний обмін, порушення якого призводить до розвитку атеросклерозу. Захисна роль вітаміну D в зниженні частоти ризику розвитку атеросклерозу полягає в: збільшенні продукції ендотеліального оксиду азоту (NO), зменшення адгезії та агрегації тромбоцитів, зниженні окисного стресу, регуляції м'язового тону судин, зменшення виділення вазоконстрикторних метаболітів.

В експериментальних дослідженнях доведено, що активний метаболіт вітаміну D-1,25 (ОН) 2D зменшує відкладення мінеральних речовин у внутрішній оболонці артерій, регулює вміст в сироватці крові кальцію і фосфору. Збільшення жорсткості судинної стінки є важливим фактором у розвитку атеросклерозу. Проведені дослідження довели, що дефіцит вітаміну D впливає на ригідність артеріальної стінки. У пацієнтів з рівнем 25 (ОН) D менше 20 нг / мл швидкість пульсової хвилі в аорті склала понад 9 м / с (при нормі 4-6 м / с). Запалення відіграє важливу роль у розвитку атеросклерозу. Головним чином макрофаги і Т-лімфоцити, що мігрують в зони атеросклеротичних уражень, виробляють широкий спектр прозапальних цитокінів, які виконують ключову роль в прогресуванні атеросклерозу. Вплив вітаміну D супроводжується пригніченням експресії прозапальних цитокінів (ІЛ-6) та підвищенням синтезу протизапальних (ІЛ-10), що суттєво сповільнює прогресування атеросклерозу. Протективна роль вітаміну D опосередкована також його здатністю знижувати продукцію СРБ та проявляти протизапальну дію завдяки пригніченню вивільнення фактора некрозу пухлини- $\alpha$ . Вітамін D зменшує генерацію прозапальних CD4 + Т хелперів 1 типу (Th1), збільшує чисельність протизапальних Т-хелперів 2 типу (Th2), що призводить до зниження вмісту матриксних металопротеїназ і гальмування формування атеросклеротичної бляшки.

Дефіцит вітаміну D призводить до збільшення синтезу холестеролу, що, провокує розвиток атеросклерозу. Тому досить важливим є здатність вітаміну D пригнічувати активність ГМГ-КоА редуктази, надаючи синергічну дію зі статинами.

**Висновок:** Вітамін D необхідний для широкого спектра фізіологічних процесів та оптимального стану здоров'я. Проспективні спостереження показують, що низькі концентрації вітаміну D пов'язані з підвищеним ризиком розвитку та смертності від серцево-судинних захворювань. Тому важливим є розробка конкретних лікувально-профілактичних схем (доза, кратність, тривалість і т.д.) призначення препаратів вітаміну D при серцево-судинній патології. Деякі автори рекомендують для профілактики розвитку атеросклерозу використовувати високі дози вітаміну D (більше 800 МО на добу).

Я.С. Марцевич, О.С. Куколевська

## ПОРІВНЯННЯ СОРБЦІЙНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЕНТЕРОСОРБЕТІВ У СКЛАДІ ДІЄТИЧНИХ ДОБАВОК

Кафедра фармацевтичної хімії

О.В. Зарічанська (к.фарм.н., доц.), Н.С. Недорезанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Лідерами у секторі лікарських засобів-ентеросорбентів традиційно є препарати вугілля активованого, гідрогелю метилкремніевої кислоти та діосмектиту. Водночас на сучасному фармацевтичному ринку з'являються нові представники фармакологічної групи кишкових адсорбентів, зокрема – лігнін, целюлоза, пектинові речовини, каолін, цеоліт, сапоніт, препарати з морських бурих водоростей. Вони представлені як у переліку лікарських засобів, зареєстрованих у встановленому порядку, так і у складі спеціальних харчових продуктів – дієтичних добавок та функціональних харчових продуктів. Фармакологічна активність кишкових сорбентів залежить від кількості вільних активних центрів сорбції. Крім того, до сучасних безпечних та ефективних ентросорбентів висуваються також інші вимоги: селективність сорбції, нетоксичність, біосумісність, евакуація без посилення процесів, що спричиняють диспепсію та атонію кишківника, відсутність десорбції токсинів. Проте основною вимогою є висока сорбційна здатність.

**Мета:** Провести порівняльний аналіз сорбційних властивостей ентросорбентів різних хімічних груп – лігніну, алюмосилікатів кальцію, натрію і магнію, гідрогелю кремнію діоксиду – у складі функціональних харчових продуктів у формі таблеток, порошку та гелю для перорального застосування.

**Матеріали та методи:** Досліджено функціональні харчові продукти: таблетки з вмістом лігніну, порошок, що складається із 70% цеоліту і 30% сапоніту та гель на основі кремнію діоксиду. Для спеціальних харчових продуктів відсутня документація – методи контролю якості та специфікації – для оцінки якісного складу та кількісного вмісту активних компонентів. Використано методи оцінки сорбційної ємності, зазначені в МКЯ на поширені лікарські засоби ентросорбційної дії – тест знебарвлення 0,15% розчину метиленового синього і розчину ціанокобаламіну (молекули малого та середнього розміру відповідно) та броматометричне титрування за феназоном (модель низькомолекулярних токсинів).

**Результати:** Визначали закономірності знебарвлення розчинів метиленового синього та ціанокобаламіну за встановлений час з певною кількістю досліджуваних ентросорбентів, а також залишкові кількості феназону після сорбції. Отримані результати досліджень сорбційної ємності функціональних харчових продуктів свідчать про задовільну адсорбційну активність усіх досліджуваних зразків.

**Висновки:** Вважаємо, що на функціональні харчові продукти ентросорбуючої дії необхідно розробляти і впроваджувати МКЯ, оскільки вони широко представлені в аптечному асортименті, використовуються внутрішньо та у відносно великих дозах. Проаналізувавши експериментальні дані, можна зазначити, що запропоновані методи оцінки сорбційної ємності придатні для аналізу ентросорбентів у складі спеціальних харчових продуктів.

А.А.Моїсеєнко

## ІМУНОМОДУЛЮЮЧІ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ МАКРОЛІДІВ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

Т.К.Вітрук (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** однією із небезпечних проблем сьогодення є стрімкий розвиток мікробної резистентності. Пошук нових засобів, здатних як забезпечити знищення інфектів, так і посилити імунні та протективні властивості організму, вимагає ретельного вивчення групи макролідів як ліків із мультимодальною дією.

**Мета:** провести детальний аналіз фармакологічних характеристик групи макролідів, дослідити кореляцію між структурними особливостями препаратів та їх фармакокінетикою і фармакодинамікою, на підставі даних вітчизняних і закордонних досліджень з'ясувати унікальні риси макролідів, нетипові для інших антибактеріальних засобів, порівняти ефективність, побічні ефекти та покази і протипокази до призначення різних представників даної групи лікарських засобів.

**Матеріали та методи:** в ході роботи були використані описовий, порівняльний, статистичний, аналітичний, синтетичний методи. Проведено ретельний аналіз і обробку даних, опублікованих у



2017-2019 роках у наукових міжнародних виданнях Pharmacogenetics and Pharmacogenomics, Journal of Infection and Chemotherapy, Canadian Journal of Kidney Health and Disease, Molecular Pharmaceutics, Respiratory Medicine, Frontiers in Immunology, десятого видання Форуму лікарських засобів від 2018 року, «Клінічна фармакологія» за ред. А.Г.Кукеса, Basic and Clinical Pharmacology by Katzung.

**Результати:** макроліди – це група високомолекулярних сполук, що містять у складі макроциклічне лактонне кільце і застосовуються для терапії локальних і генералізованих інфекцій. Окрім вищевказаних характеристик, макроліди, через вплив на систему цитокінів та вибіркоче пригнічення синтезу деяких із них здатні пригнічувати запальний процес, включаючи нейрозапалення. Нещодавно проведені дослідження свідчать на користь того, що каніферолід А (новий препарат, отриманий із *Streptomyces caniferus*), є також антиоксидантом і послаблює фагоцитарну активність клітин мікроглії, зменшує процес відкладання бета-амілоїду і тау-протеїну, має нейропротекторні властивості (в експерименті підвищував виживаність мишей із нейробластомою). Більше того, вони володіють імуномодельюючою дією, яка варіює у різних представників макролідів і виявляє себе при трансплантації нирок, легень і досить широкому спектрі патологій (муковісцидоз, блефарит, ХОЗЛ, бронхіальна астма, періодонтит, діабетична нефропатія тощо).

Фармакокінетичні особливості макролідів обумовлені їхньою хімічною структурою і помірно відрізняються у препаратів різних поколінь. Так, оральна біодоступність кларитроміцину та азитроміцину складає відповідно 55% і 37% у порівнянні з такою (25%) в еритроміцину, стабільність у кислому середовищі найбільша в азитроміцину, що призводить до його тривалішого періоду напіввиведення і накопичення у тканинах порівняно з еритроміцином. У відповіді на потрапляння в організм цих ліків грає значну роль варіабельність генів, що кодують транспортери і метаболізатори макролідів.

**Висновки:** макроліди, окрім антибактеріального впливу, мають широкий спектр дії завдяки їхнім унікальним властивостям та потенціал для застосування в неврології, імунотерапії та трансплантології. Потенційно новим є також вивчення фармакогеноміки макролідів.

В.В. Мошківський, О.О. Тимошук, П.С. Бондаренко

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЗНЕБОЛЮЮЧОЇ ТА АНТИФЛОГЕНОЇ АКТИВНОСТІ РІЗНИХ КРИСТАЛІЧНИХ ФОРМ *N*-(4-ТРИФЛУОРОМЕТИЛФЕНІЛ)-4-ГІДРОКСИ-2,2-ДІОКСО-1*H*-2λ<sup>6</sup>,1-БЕНЗОТІАЗИН-3-КАРБОКСАМІДУ

Кафедра фармакології

І.В. Таран (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність проблеми.** поліморфізм лікарських засобів та біологічно активних сполук – серйозна проблема, яка потребує пильної уваги і всебічного вивчення. Як виявилось, різні кристалічні модифікації здатні кардинально змінювати технологічні, фармацевтичні чи фармакологічні характеристики суворо стандартизованих ліків. Звідси стає зрозумілим прагнення розробників нових препаратів одержати та вивчити якомога більшу кількість модифікацій біологічно активної субстанції ще до її виходу на фармацевтичний ринок. Однією з перспективних груп для створення лікарських засобів з аналгетичними та протизапальними властивостями є похідні 2,2-діоксо-1*H*-2λ<sup>6</sup>,1-бензотіазинів. Під час хімічного синтезу було одержано три різні типи безбарвних кристалів сполуки цього класу, ідентичних за хімічною будовою.

**Мета роботи** – оцінити аналгетичну та протизапальну активність трьох кристалічних модифікацій *N*-(4-трифлуорометилфеніл)-4-гідрокси-2,2-діоксо-1*H*-2λ<sup>6</sup>,1-бензотіазин-3-карбоксаміду за перорального та парентерального шляхів введення.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на білих щурах-самцях лінії Вістар та нелінійних мишах в умовах наукової лабораторії кафедри фармакології ВНМУ. Кристалічні поліморфи (форма А, В та С) вводили тваринам внутрішньошлунково та внутрішньочеревно в скринінговій дозі 20 мг/кг після розчинення у Твін-80 та дистильованій воді. Різницю в аналгетичній дії визначали на

моделі оцтово-кислих корчів, тесту відсмикування хвоста від сфокусованого променя (tail-flick), електричного подразнення кореня хвоста та нейропатичного больового синдрому (перерізка сідничного нерва). Оцінку протизапальної активності проводили на моделі карагенінового набряку. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програми «STATISTICA 8.1».

**Результати.** Результати показали, що ступінь антиноціцептивної та протизапальної дії залежав від шляху введення. Сполука А за обох шляхів введення свою дію проявляла поступово (на 2-4 годинах) після введення з незначним переважанням в силі дії при парентеральному введенні, проте тривалість ефекту була найдовшою. Натомість сполука В показала найвищу здатність до анальгезії як на моделі вісцерального больового синдрому, так і на моделях супраспинального та нейропатичного болю. Саме ця сполука переважала інші поліморфні форми і за протизапальною активністю. Найменший ступінь фармакологічної активності був зареєстрований у сполуки С.

**Висновок.** Таким чином, поліморфні модифікації *N*-(4-трифлуорометилфеніл)-4-гідрокси-2,2-діоксо-1*H*-2λ<sup>6</sup>,1-бензотіазин-3-карбоксаміду виявили різний ступінь фармакологічної активності за різних шляхів введення, що може бути наслідком відмінностей у фармакокінетичній поведінці сполук. Визначення параметрів фармакокінетики похідних карбоксаміду дозволить встановити причини отриманих результатів.

Ю.О. Осадчук, Зуб'юк К.В.

## НОВІ ГІПОГЛІКЕМІЧНІ ЗАСОБИ

Кафедра фармакології

Н.І. Іванова (доцент, к. мед. н.)

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

**Актуальність:** У структурі загальної захворюваності населення патологія ендокринних органів і тканин займає шосте місце. При цьому кожна третя особа з ендокринним захворюванням страждає на цукровий діабет. Станом на початок 2018 року в Україні було зареєстровано близько 1,5 млн хворих (без урахування статистики деяких районів Донецької та Луганської областей, АР Криму). Фактично кожен третій зі 100 чоловік страждає на ЦД, що становить 2,9% від усього населення країни. Переважна більшість (90%) страждають на цукровий діабет другого типу. Це зумовлено причинами захворювання (неправильне висококалорійне харчування, ожиріння, клімактеричний період, гендерний вік та ін.). Питання фармакотерапії вказаного патологічного стану в нашій країні вивчені недостатньо.

**Мета:** Провести ретроспективний аналіз основних класів гіпоглікемічних засобів, які використовуються в лікувальній практиці або проходять III фазу дослідження.

**Матеріали та методи:** Друковані та електронні інформаційні джерела вітчизняних та закордонних авторів з даного питання за останні п'ять років.

**Результати:** Незважаючи на наявність ефективних лікарських засобів, таких як похідні сульфонілсечовини, меглітініду, бігуанідів, тіазолідиндіонів (агоністів PPAR-рецепторів), інгібіторів α-глюкозидаз і дипептидилпептидази IV типу, пошук ефективних гіпоглікемічних препаратів не припиняється. Синтезовано нові препарати інкретинового ряду, такі як агоністи глюкагоноподібного пептиду1 (GLP1), які імітують вплив деяких кишкових гормонів (інкретинів), що беруть участь у контролі рівня глюкози в крові. Серед препаратів-агоністів рецепторів ГПП-1 в Україні зареєстровані ексенатид і ліраглутид. Ці препарати виявляють підвищену стійкість до ферментативної деградації за допомогою DPP4. У молодих пацієнтів з недавнім діагнозом T2DM, центрального ожиріння та аномального метаболічного профілю слід розглядати лікування аналогами GLP-1, які б благотворно впливали на зниження ваги та покращували метаболічну дисфункцію. Інгібітори натрій-глюкозного котранспортеру 2 є новими класами глюкозних агентів: канагліфлозин, дапагліфлозин і емпагліфлозин. Інгібітори SGLT2 забезпечують інсулінонезалежне зниження глюкози шляхом блокування реабсорбції глюкози в проксимальних канальцях нирок шляхом інгібування SGLT2. Через незалежний від глюкози механізм дії ці препарати можуть бути ефективними в прогресивних стадіях цукрового діабету 2 типу, коли запаси β-клітин підшлункової залози постійно втрачаються.

Ці препарати забезпечують помірну втрату ваги і зниження артеріального тиску.  
**Висновок:** Поглиблення уявлень про механізми розвитку метаболічних та генетичних змін при ЦД 2 типу, а також зростаючі вимоги до критеріїв компенсації ЦД2, розкривають нові підходи до створення перспективних лікарських засобів з новими механізмами дії для лікування цієї патології.

С.Ю. Шлабан, Д.Р. Островерха

## ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНИХ АРТЕРІОВЕНОЗИХ МАЛЬФОРМАЦІЯХ

Кафедра фармакології

Н.І. Іванова (к.мед.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Артеріовенозні мальформації (АВМ), через високу поширеність та недостатньо ефективні лікувальні заходи перебувають в центрі уваги нейрохірургів, патологоанатомів, неврологів. Нерідко дана патологія призводить до розриву судин. Смертельний ризик зростає за умови приєднання додаткових захворювань, які супроводжуються системними ангіопатіями (артеріальна гіпертензія, атеросклероз, цукровий діабет, тромбоутворення). За даними ВООЗ, порушення кровообігу головного мозку щороку виявляють у 20 млн. осіб, з них 5 млн. вмирають. Артеріовенозні мальформації зазвичай виявляють випадково або під час розривів. Найбільш ефективним методом лікування хірургічне втручання. Однак, якщо локалізація АВМ унеможливує такий спосіб лікування, або в післяопераційному періоді, коли необхідно забезпечити якісну мікроциркуляцію судин та профілакувати рецидиви захворювання, досить ефективною є фармакотерапія.

**Мета:** Описати лікарські препарати, які впливають на покращення кровообігу головного мозку, поліпшують мікроциркуляцію, нормалізують проникність судин та підвищують резистентність капілярів.

**Методи і матеріали:** Аналіз наукових статей Internationalneurologicaljournal, PubMed, WebofScience.

**Результати:** Фармакотерапія є одним з допоміжних методів лікування АВМ. Виділяють групу блокаторів повільних кальцієвих каналів L-типу - цинаризин (Евризам, Мемозам, Нейро-норм, Омарон, Стугерон, Фезам), німодипін (Німотоп, Нітопін, Немотан, Дилцерен), флунаризин (Сибеліум), та ін. Вони розширюють судини мозку, підвищують мікроциркуляцію, покращують реологічні властивості крові. Німотоп має високу тропність до судин головного мозку, підвищує стійкість до гіпоксії, тому є часто використовуваним для профілактики і лікування судинних уражень головного мозку, в т.ч. АВМ. Також до судинорозширюючих засобів відносяться метилксантини - пентоксифілін (Агапурин, Вазоніт, Пентотрен, Трентал, Флекситал), який сприяє накопиченню цАМФ в стінках судин, що призводить до їх розширення та дезагрегації тромбоцитів. Серед препаратів, що посилюють метаболічні процеси в головному мозку, виділяють ноотропні засоби - пірацетам (Біотропіл, Луцетам, Ноотропіл), ніцерголін (Ніцерголін, Ніцеріум, Серміон), білкові гідролізати церебролізин, депротейнізований гемодериват із крові телят - актовегін (Солкосерил), кортексин. Цитиколін (Цераксон, Аксотилін, Дендрікс, Кваніл, Нейроксон, Кемодін, Ліра) має мембраностабілізуючу активність, виявляє протинабрякові властивості та чинить нейропротекторну дію. Також до засобів, які покращують кровообіг головного мозку належать антиоксиданти, антигіпоксанти (Мексидол, Токоферола ацетат, Дінар, Лодиксем).

**Висновок:** Для запобігання розриву АВМ та покращення кровопостачання головного мозку, підвищення стійкості судин доцільно та ефективно використовують препарати з різним механізмом дії. Їх застосування дає можливість попередити крововиливи, або ліквідувати їх наслідки, покращити оксигенацію головного мозку, і тим самим знизити летальність пацієнтів.

Л.А. Паєвська, Є.А.Картава

## АЛЕРГЕННИЙ ПИЛОК У ПРИМЩЕННІ: КОНЦЕНТРАЦІЯ ЗБІЛЬШУЄТЬСЯ З

## ВИСОТОЮ

Кафедра фармації

Л.В. Кременська (к.б.н., доц. каф. фармації)

В.В. Родінкова (д.б.н., проф. каф. фармації)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Алергія – це специфічна реакція нашого організму у відповідь на вплив чужорідних речовин (алергенів). За статистикою, вже сьогодні алергією страждає від 20 до 30 % українців. І якщо ХХ століття було століттям серцево-судинних захворювань, то ХХІ, за прогнозами ВООЗ, стане століттям алергії. Одним з проявів алергії є поліноз – алергія на пилок рослин. Найбільш агресивним алергеном є пилок Амброзії полинолистої (*Ambrosia artemisiifolia* L.). На сьогоднішній день ведуться дослідження пилкування рослин у багатьох країнах світу та в Україні, в тому числі і у Вінниці на базі ВНМУ ім. М.І. Пирогова. Дані цих спостережень стосуються наявності пилку у зовнішньому середовищі. Але люди, що страждають на поліноз, можуть відчувати симптоми і у приміщенні.

Тому **метою** нашої роботи стало дослідити наявність та кількість пилку амброзії у приміщенні фармацевтичного корпусу ВНМУ ім. М.І. Пирогова на різних поверхах.

**Матеріали та методи:** Дослідження тривало з 3 по 10 вересня 2018 р. Пилок збирався гравіметричним методом: предметні скельця покриті липкою субстанцією були розміщені на різних поверхах в кімнатах лівого та правого крила фармацевтичного корпусу ВНМУ, а також на даху (для порівняння із зовнішнім середовищем). Пилок з повітря осідав під дією сили тяжіння на скельця, після чого вони фарбувались основним фуксином. Для підрахунку кількості пилкових зерен проводилась мікроскопія скелець зі збільшенням  $\times 400$ . Для математичної обробки отриманих результатів використовувалась програма Microsoft Excel office.

**Результати:** В ході дослідження найбільше пилкових зерен амброзії було виявлено у правому (східному) крилі на верхніх поверхах фармацевтичного корпусу – на 6 поверсі (кафедра фармації – 1164 пилкових зерна (п.з.)) та на 7 поверсі (психологічний центр «Сьоме небо» – 1187 п.з.). Причому, на даху було зібрано найбільше – 1830 п.з. На 2 поверсі (НДЦ) та на 3 (кафедра фармакології) було зібрано 196 та 205 п.з. відповідно. На кафедрі соціальної медицини (4 поверх) була зібрана проміжна кількість пилку – 710 п.з. У лівому (західному) крилі було значно менше пилку на всіх поверхах – від 23 до 49 п.з. Найменше пилку було нараховано на кафедрі біохімії (5 поверх) як в лівому (23 п.з.) та і в правому крилі (97 п.з.), що може свідчити, про закриті квартирки, використання витяжок, належне прибирання та/або часте провітрювання приміщень.

**Висновки:** 1. В приміщення потрапляє пилок алергенних рослин, що може викликати симптоми алергії у чутливих осіб.

2. Кількість пилку збільшувалась з висотою поверху, що може бути відображенням процесів мікроциркуляції та турбулентності повітря, які спостерігаються у повітрі міст, за яких пилок піднімається з приземного у вищі шари атмосфери.

3. Реєстрація меншої кількості пилку на нижчих поверхах східного крила пов'язана з тим, що навчальний корпус розташований нижче рівня деревних насаджень університету, пилок затримується деревами і заноситься вітром на верхні поверхи.

4. Для уникнення експонування до алергенного пилку у приміщенні, рекомендується вологе прибирання, використання кондиціонерів з відповідними фільтрами при закритих вікнах.

О. А. Пахолук, О. К. Крохмалюк

**«OFFLABELDRUGUSE»: ЗА ТА ПРОТИ**

Кафедра фармакології

О. І. Альчук (к. мед н., доц.)

Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Призначення лікарських засобів (ЛЗ) з порушенням рекомендацій офіційно затверджених інструкцій по медичному застосуванню є достатньо розповсюдженим явищем в світовій клінічній практиці. Для описання подібного явища використовується загальноприйнятий міжнародний термін «off label drug use», тобто застосування того чи іншого препарату «за межами інструкції».

**Мета.** Проаналізувати сучасні світові тенденції нерегламентованого використання лікарських препаратів та визначити стан проблеми на Україні.

**Матеріали та методи.** Пошук та аналіз літературних даних в мережі Інтернет та за допомогою пошукових сервісів Google та PubMed.

**Результати.** Аналіз літератури показав, що розповсюдженість використання ЛЗ off label як в світовій медичній практиці, так і на Україні, є дуже високою, охоплює педіатрію, онкологію, гінекологію, психіатрію та є звичайною практикою, як в лікарнях, так і в амбулаторіях. У випадках off label мова йде про цілком легальне та свідоме лікарське призначення без зловживання, навмисного передозування чи нехтування рекомендацій по безпеці. Чітких загальноприйнятих стандартів призначення off label не існує, однак аналіз літератури показав, що найчастіше така терапія проводиться у випадках, коли захворювання є важким та загрожує життю пацієнта, іншого лікування не існує, а також є достатньо клінічних доказів успішності такої терапії. На відміну від країн ЄС, США та Канади, де застосування offlabel дозволено на законодавчому рівні та певною мірою контролюється страховими компаніями, в Україні, на жаль, не було знайдено жодного регламентуючого документу будь-якого рівня, що регулює такі призначення. Вся відповідальність за нецільове призначення ЛЗ лежить на практикуючому лікарі. З одного боку, лікарі, які призначають таку терапію з метою домогтися переваг у лікуванні окремого пацієнта порушують законодавство, але у випадках в педіатричній практиці, у хворих з орфанними та онкологічними захворюваннями, лікування off label є виправданим та успішним. З іншого боку деякі випадки призначення off label не відповідають загальноприйнятим вимогам терапії і можуть називатися нераціональними та неетичними (використання гексопреналіну для купірування передчасних пологів peros, тривало, в дозах, що не володіють токолітичною дією).

**Висновок.** Отже, застосування лікарських ЛЗ поза інструкції зустрічається досить часто. В Україні, призначення off label не завжди відповідає загальноприйнятим критеріям, однак інколи є єдино можливим та виправданим. Все це зумовлює необхідність ретельного вивчення та обґрунтування питань застосування ЛЗ поза зареєстрованими показаннями на державному рівні. Також необхідно пам'ятати, що лікар, який володіє певною свободою терапевтичної дії і має змогу персоналізувати будь яке лікування за допомогою призначення off label, потребує достатньої кількості клінічних спостережень та високої відповідальності.

М.-Ю.І. Петришина, О.А.Гусак

## **ДИГІТАЛІСНА ІНТОКСИКАЦІЯ: РИЗИК ТА УМОВИ ВИНИКНЕННЯ В СУЧАСНІЙ ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ**

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

О.О, Клекот (доц.,к.мед.н.), О.В.Кириченко (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** На сьогоднішній день серцеві глікозиди вважають одними з найбільш потенційно токсичних лікарських засобів, які застосовуються у хворих з кардіальною патологією. Близько 2,1% пацієнтів у світі регулярно приймають дігосин впродовж тривалого періоду часу, у США він входить в топ 50 препаратів лікарських призначень. СГ мають виключно малий терапевтичний індекс (токсична доза становить 50-60% від терапевтичної). Показник дигіталісної інтоксикації у світі, зокрема у країнах Європи, складає - 5,2%, а в Україні за різними джерелами від 10% до 18%. За літературними даними серед факторів ризику дигіталісної інтоксикації виділяють такі основні: старечий вік, ниркова та печінкова недостатність важкого ступеню, порушення водно-електролітного обміну, гіпопротеїнемія, гіпертиреоз, гемодіаліз, міжлікарська взаємодія з іншими препаратами, що

посилюють токсичність глікозидів.

**Мета:** Визначити особливості перебігу клінічного випадку пацієнтки з дигіталісною інтоксикацією(ДІ). Проаналізувати фактори ризику ДІ.

**Матеріали та методи:** Аналіз клінічного випадку: опитування, загальний огляд, інтерпретація результатів лабораторних та інструментальних методів досліджень.

**Результати:** Пацієнтка М., 50 років, була госпіталізована до терапевтичного відділення МКЛ №3 м. Вінниці зі скаргами на порушення зору, безсоння, відчуття перебоїв у роботі серця. Відомо, що хвора самостійно приймала дігосин в дозі 0,25 мг та амілорид/гідрохлортіазид 5/50 мг впродовж місяця. З анамнезу відомо, що пацієнтка хворіє на цукровий діабет II типу більше 20 років. На ЕКГ зареєстровано депресію сегменту ST у всіх відведеннях. За даними лабораторних досліджень креатинін крові становив 125,6 мкмоль/л, а сечовина – 9,6 ммоль/л. За даними ЕхоКГ товщина задньої стінки лівого шлуночка становила 0,9 см, а ФВ – 38%. Клінічний діагноз: ІХС, дифузний міокардіосклероз, склероз аорти. Постійна форма фібриляції передсердь, тахісистоія. СН ІА, ІІІ ф.к. ЦД II тип, важка форма, декомпенсований. Діабетична ангіопатія ніг ІІІ. Діабетична стопа справа ІІ-ІІІ. ХХН: діабетична нефропатія (ШКФ – 60 мл/хв).

**Висновки:** Згідно аналізу клінічного випадку хворої М., можна зробити висновок про основні фактори ризику розвитку ДІ: неконтрольований прийом дігосину, міжлікарська взаємодія з сечогінними препаратами, порушення функції нирок, також стоншення серцевого м'язу. Наявність факторів ризику важливо враховувати при призначенні СГ, щоб попереджувати виникнення дигіталісної інтоксикації, а не лікувати її.

І. Л. Погребна

## ПРОФЕСІЙНА ОРІЄНТАЦІЯ СТУДЕНТІВ ТА ВИПУСКНИКІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ВНМУ ІМ. М. І. ПИРОГОВА

Кафедра фармації

А. С. Воронкіна (к.фарм.н.,доц.)

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

**Актуальність роботи:** Фармацевтичні кадри є ключовою складовою системи охорони здоров'я: відіграють важливу роль у наданні фармацевтичних послуг, беруть активну участь у наукових дослідженнях, роботі фармацевтичних закладів, а також регулюванні галузі. Кваліфікаційні вимоги до фармацевтичних працівників визначаються необхідним рівнем компетенцій фахівців, що формуються як на національному, так і на міжнародному рівнях. На сьогоднішній день професійне інформування студентів забезпечує ознайомлення їх із змістом і перспективами розвитку професій, формами та умовами їх здобуття, потребами ринку праці в кадрах, вимогами професій до особистості, можливостями професійно-кваліфікаційного становлення.

**Мета роботи:** Визначити та проаналізувати рівень обізнаності студентів та випускників фармацевтичного факультету ВНМУ щодо професійних прав особи, що має вищу фармацевтичну освіту, та асортименту вакансій, наявних на ринку праці. Проінформувати студентів фармацевтичного факультету про перелік посад, які вони мають право обіймати та кваліфікаційні вимоги до них.

**Матеріали та методи:** Був проведений аналіз документації щодо кваліфікаційних вимог до працівників галузі Охорони здоров'я (Накази МОЗ України, довідник кваліфікаційних характеристик, додаток до диплому про вищу освіту). Розроблено on-line анкету та проведено анонімне опитування серед студентів та випускників фармацевтичного факультету за допомогою безкоштовного on-line ресурсу "Googleforms". Статистичний аналіз інформації, отриманої при опитуванні, від деканату фармацевтичного факультету ВНМУ та з офіційних джерел проводився за допомогою MS Excel.

**Результати:** В on-line анкетуванні взяли участь 122 студента та 58 випускників фармацевтичного факультету ВНМУ. За результатами опитування було з'ясовано, що більше 50% респондентів не обізнані у кваліфікаційних вимогах та переліку провізорських посад. З переліку посад, що вказані в

розділі «Професійні права» в додатку до диплома про вищу фармацевтичну освіту, студенти і випускники ВНМУ найчастіше зазначали посади «референт» та «консультант з ефективності підприємства», як такі, про які почули вперше. Більшість студентів хотіли б працювати після завершення навчання на посадах завідувача аптеки, провізора-косметолога або фармацевтичного представника, хоча лише невелика частина опитаних знайома з додатковими кваліфікаційними вимогами до осіб, що можуть обіймати вказані посади. Натомість, випускники зазначили, що найпоширеніші труднощі, з якими вони зіткнулися при пошуку роботи після закінчення вузу, це відсутність стажу роботи, недостатня кількість вакансій і низький рівень оплати праці. Найбільша кількість опитаних випускників працевлаштована на посадах медичних представників, провізорів та завідувачів аптек.

**Висновки.** В результаті проведення аналізу опитування і документації було встановлено недостатню обізнаність та часткову хибну інформованість студентів щодо майбутніх професійних прав, що підтверджує необхідність додаткового інформування студентів з даної тематики.

М.В.Сокирко, Ю.В.Короткий

## ЗАХИСНА ДІЯ ПОХІЛНОГО АДАМАНТАНУ (ЮК-76) В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ АДРЕНАЛІНОВОЇ МІОКАРДІОДИСТРОФІЇ

Кафедра фармакології

Г.І.Степанюк (д. мед. н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Недостатня ефективність та наявність побічних ефектів у сучасних лікарських засобів для лікування ІХС спонукають до пошуку і створення нових більш ефективних та безпечних кардіопротекторів. В цьому плані перспективним може бути похідне адамантану сполука ЮК-76 (синтезована в ІОХ НАН України к.хім.н. Ю.В.Коротким), яка привертає увагу наявністю у неї виразної захисної дії на ішемізований мозок (Ю.В.Короткий та ін., 2015), що дає підставу сподіватись на наявність у неї захисної дії на ішемізоване серце.

**Мета:** дати порівняльну оцінку ефективності ЮК-76 та кордарону при експериментальній адреналіновій міокардіодистрофії (АМД) за динамікою показників летальності тварин та вмісту аденілових нуклеотидів в тканинах серця.

**Матеріали та методи:** Дослідження проведено на 60 нелінійних щурах (165-220г), розділених на 4 групи по 15 осіб у кожній. АМД моделювали за методом О.О. Маркової (1998) шляхом одноразового введення 0,18% розчину адреналіну тартрату (Дарниця, Україна) в дозі 1 мг/кг, в/м. Лікування в групах тварин проводили вказаними речовинами в дозі 10 мг/кг, в/о протягом 7 днів. Ефективність лікування оцінювали на 2 та 8 добу експерименту.

**Результати:** В групі нелікованих щурів летальність становила 40%. На тлі дії ЮК-76 та кордарону цей показник знизився відповідно у 6 та 3 рази. Це корелювало із позитивною динамікою рівня аденілових нуклеотидів в ушкодженному міокарді щурів, що вижили. Так, вже на 2 добу спостереження під впливом досліджуваних речовин вірогідно зростав рівень АТФ (відповідно на 76% та 50%) при певному зниженні вмісту АДФ та АМФ відносно контролю, що вказувало на поліпшення процесу окисного фосфорилування в ішемізованому серці. Зазначена динаміка аденілових нуклеотидів зберігалась і на 8 добу експерименту. Результати проведеного дослідження можуть бути ознакою наявності у ЮК-76, як і у кордарону, кардіопротекторного ефекту в умовах експериментальної АМД. При цьому за ефективністю досліджуване похідне адамантану не поступалось референс-препарату.

**Висновок:** Курсове введення щурам з моделлю адреналінової міокардіодистрофії похідного адамантану з лабораторним шифром ЮК-76 (10 мг/кг, в/о), як і кордарону (10 мг/кг, в/о), чинить виразну захисну дію на ішемізовану серцеву тканину, що проявилось зниженням показника летальності тварин та відновленням в міокарді рівня аденілових нуклеотидів. За ступенем кардіопротекторного ефекту в заданих умовах експерименту вказане похідне адамантану конкурентоспроможне з референс-препаратом, що вказує на перспективність його подальшого

дослідження на предмет придатності для створення нового лікарського засобу.

Стецун О. О., Вахнюк А.О., Гайдук О.В.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА СУПУТНЬОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

Т. М. Маслоїд

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Цукровий діабет та артеріальна гіпертензія є двома найпоширенішими терапевтичними захворюваннями у наш час і ще більшу небезпеку вони несуть у поєднанні. Доведено, що ризик розвитку серцево-судинних захворювань втричі вищий серед хворих на артеріальну гіпертензію з цукровим діабетом, аніж серед тих, у кого не було порушень вуглеводного обміну. Оскільки артеріальна гіпертензія частіше зустрічається у людей віком старше 35 років, ми звернули увагу на діабет другого типу.

**Мета:** оцінити якість життя у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу та виявити фактори, що чинять на неї найбільшу дію.

**Матеріали і методи:** було обстежено 32 пацієнта з цукровим діабетом, середнім віком  $54,86 \pm 8,3$  роки в стадії компенсації, поєднаний з артеріальною гіпертензією 1-3 ст, що лікувалися в терапевтичному та хірургічному відділеннях МКЛ №2. Цукровий діабет було діагностовано  $3,12 \pm 2,4$  роки тому. Якість життя та когнітивні функції оцінювалися за допомогою опитника sf-36 та MMSE, серцево-судинний ризик визначений за шкалою SCORE.

**Результати:** Терапія з приводу цукрового діабету проводилася препаратом «Діаформін» 500 мг 2 р/д, лікування артеріальної гіпертензії проводилося інгібіторами АПФ у 62%, 10% - блокатори рецепторів ангіотензину, інші препарати, або комбінована терапія – 28%. Показники загального стану були вищими у хворих, що набрали більшу кількість балів за шкалою MMSE. Спостерігалася негативна кореляція між показниками емоційного стану та рівнем глюкози крові. Психологічний компонент в цілому був кращим серед осіб, що приймали іАПФ.

**Висновки:** Співставляючи результати опитника з об'єктивним станом хворих спостерігаємо, що високі бали за шкалою MMSE позитивно впливають на фізичний компонент здоров'я та інтенсивність болю. Наявність діабетичної нейропатії чи вазопатії негативно впливає практично на всі показники якості життя. Більшу тривожність частіше виявляли люди з високим рівнем холестерину, а загальний стан здоров'я, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом гірші у пацієнтів з високим рівнем тригліцеридів.

А. А. Тур

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Кафедра фармакології

Н. І. Іванова (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** хвороба Альцгеймера – один із різновидів деменції, що вражає 1 з 20 людей віком старше 65 років і характеризується розладами короткочасної пам'яті з подальшим прогресуючим порушенням довгострокової. За останні роки дане захворювання все частіше розвивається й у значно молодших людей, що зумовлює актуальність дослідження його лікування.

**Мета:** вивчення груп препаратів та їх представників, що є найбільш ефективними в лікуванні хвороби Альцгеймера.

**Матеріали та методи:** у своєму дослідженні ми використовували теоретичні джерела інформації щодо патогенезу хвороби Альцгеймера, протоколи її лікування та результати клінічних випробувань



препаратів різних груп, які використовують у боротьбі з цим захворюванням.

**Результат:** при дослідженні хвороби Альцгеймера було визначено три теорії її патогенезу, які полягають у порушенні синтезу медіатора ацетилхоліну, надмірній кількості глутамату та утворенні патологічного білка амілоїду. Відповідно до цих даних, найбільш ефективними є антихолінестеразний препарат Донеzepіл та його аналоги, блокатор глутаматних NMDA-рецепторів Мемантинта найновітніші інгібітори синтезу амілоїду «BAN2401» та «ALIB» для лікування хвороби Альцгеймера. Згідно даних літератури, антихолінестеразні засоби та блокатори глутаматних рецепторів забезпечують поліпшення пам'яті й уважності, а також корегують поведінкові порушення. Окрім цього, дієвим є симптоматичне лікування нейрореплетивними препаратами. Перспективним напрямком в лікуванні дегенеративного захворювання головного мозку є використання антиамілоїдних засобів. Як свідчать результати випробувань, ці засоби здатні скоротити кількість патогенного білка на 30%, сповільнюючи швидкість прогресування захворювання в середньому в 2-3 рази. Вони блокують синтез токсичного  $\beta$ -амілоїду та руйнують вже утворені білкові агрегати, котрі чинять токсичний вплив на нейрони головного мозку. Інгібітори синтезу амілоїду, руйнуючи білкові композити, утворюють своєрідне покриття для нейронів, на місці якого вже ніколи не зможе утворитися новий амілоїд. Препарати «BAN2401» та «ALIB» мають підвищену метаболічну стійкість та період напіввиведення з кровообігу і, таким чином, посилену біологічну активність у порівнянні з її попередниками, що існували раніше. Також доведено дієвість їх профілактичного застосування у людей зі спадковою схильністю до хвороби Альцгеймера.

**Висновок:** препарати Донеzepіл, Мемантин та антиамілоїдні засоби значно сповільнюють прогресування хвороби Альцгеймера, відновлюють когнітивні функції та покращують загальний стан пацієнтів.

В.Ф. Хісматулліна, Н.С. Недорезанюк  
**ІНФОРМАЦІЙНА БЕЗПЕКА НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ**

Кафедра фармацевтичної хімії

Н.С. Недорезанюк (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра менеджменту безпеки інформаційних систем

А.О. Азарова (к.т.н, проф.)

Вінницький національний технічний університет

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Фармацевтичні торгові і виробничі підприємства в умовах ринкової економіки потребують оперативного отримання інформації, її обробки і використання результатів її аналізу в процесі своєї діяльності. Розробка повноцінної системи управління являє собою ключовий крок до виходу на рівень міжнародних стандартів.

**Мета.** Визначити ряд проблем інформаційної безпеки на фармацевтичних підприємствах і запропонувати шляхи їх усунення.

**Матеріали та методи.** Теоретичні основи дослідження інформаційної безпеки становлять наукові праці професорів кафедри менеджменту безпеки інформаційних систем ВНТУ (А.О. Азарової, А.А. Шияна, Ю.Є. Яремчука) та іноземні статті.

**Результати.** Джерелами негативних впливів на інформаційну безпеку можуть бути:

- свідомі чи несвідомі дії окремих посадових осіб і суб'єктів господарювання (органів державної влади, міжнародних організацій, підприємств-конкурентів);
- збіг об'єктивних обставин (стан фінансової кон'юнктури, наукові відкриття та технологічні розробки, форс-мажорні обставини, тощо).

Залежно від суб'єктної обумовленості негативні впливи на інформаційну безпеку можуть мати об'єктивний і суб'єктивний характер. Об'єктивними вважаються такі негативні впливи, які виникають не з волі конкретного підприємства або його окремих працівників. Суб'єктивні впливи мають місце внаслідок неефективної роботи підприємства в цілому або окремих його працівників (в першу чергу, керівників і функціональних менеджерів). У зв'язку із цим, слід розглянути такі напрями

забезпечення інформаційної безпеки фармацевтичної галузі:

- виділення фармацевтичної складової як самостійного блоку в загальній системі національної безпеки в сфері охорони здоров'я, інформації та економіки;
- стан фармацевтичної галузі, що відповідає вимогам інформаційної безпеки, повинен характеризуватися набором певних ключових ресурсних і результируючих показників - індикаторів стабільності системи, за межами граничних значень яких система втрачає можливості відтворення, а витрати на підтримку її в працездатному стані гіпертрофічно зростають;
- за необхідності, створити службу інформаційної безпеки на фармацевтичних підприємствах, задачами якої буде розроблення політики інформаційної безпеки; створення комплексної системи захисту інформації, враховуючи обробку конфіденційної інформації і лікарської таємниці, яка включатиме програмні, апаратні й організаційні засоби.

**Висновки.** Розгляд напрямів забезпечення інформаційної безпеки фармацевтичної галузі свідчить про необхідність змін в системі управління нею. Для забезпечення інформаційної безпеки важливо мати дієві механізми впливу на розвиток галузі як комплексної системи, лікарське забезпечення населення за умов реформування галузі та збільшення виробництва вітчизняних ліків.

А.В. Циганенко, Ю.М. Григорук, О.Д. Гайдай  
**ДИНАМІКА РОЗВИТКУ ФАЛЬСИФІКОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У  
ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Кафедра фармації  
Ю.М. Григорук (к.ф.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Проблема фальсифікації лікарських засобів (ЛЗ) — одна з найактуальніших для світового фармацевтичного ринку — є загальною як для країн з розвинутою економікою, так і для країн, що розвиваються. Виявлення фальсифікованих ЛЗ в Україні не є винятковим фактом і тому викликає значне занепокоєння фахівців галузі. За даними Державної служби України з лікарських засобів і контролю за наркотиками загальна кількість ввезених на територію України серій лікарських засобів становить близько 79,8 тис., що в багатьох випадках є небезпечними для здоров'я пацієнтів. Тому проблема фальсифікованих ЛЗ для фармацевтичного ринку України і її областей є досить актуальною.

**Мета дослідження:** Проаналізувати стан фармацевтичного ринку України та динаміку розвитку субстандартних, фальсифікованих, незареєстрованих лікарських засобів у Вінницькій області за період 2014-2018 рр.

**Матеріали та методи:** Матеріалом дослідження стали дані Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Вінницькій області щодо фальсифікованих лікарських засобів за останні п'ять років. Методи дослідження: системно-оглядовий, документальний та статистичний аналіз.

**Результати дослідження:** При проведенні дослідження було встановлено, що на фармацевтичному ринку України Держлікслужбою видано 115 розпоряджень про заборону обігу 112 найменувань неякісних лікарських засобів та 93 розпорядження про заборону обігу 64 найменувань фальсифікованих лікарських засобів. У Вінницькій області Держлікслужбою виявлено і вилучено з обігу 1867 серій субстандартних ЛЗ, 249 серій фальсифікованих ЛЗ та 744 найменувань незареєстрованих ЛЗ. За даними дослідження встановлено, що частіше підробляли лікарські засоби, що відпускаються за рецептом, ніж безрецептурні ліки. За формами випуску найбільше підробляли таблетовані препарати, лікарські засоби для зовнішнього застосування та ін'єкційні. Більшість фальсифікованих ліків становлять лікарські засоби з маркуванням українських виробників.

**Висновки:** На основі отриманих результатів можна зробити висновок, що збільшення кількості фальсифікованих, субстандартних та незареєстрованих лікарських засобів є причиною дії мораторію на перевірки протягом трьох років, широкомасштабне нелегальне виробництво фальсифікату і субстандартних ліків, створення та підтримка державою індустрії споживання безрецептурних ліків,

торгівля ЛЗ через мережу «Internet».

М.В.Черноконь

## НЕБАЖАНІ РЕАКЦІЇ ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ У ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра клінічної фармакології

Т.М.Маслоїд (асистент кафедри)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Було доведено, що люди похилого віку є найбільш коморбідними і найбільш чисельними із пацієнтів, їх відсоток складає ледь не 80% від загальної кількості всіх хворих. Відомо, що у людей похилого віку змінюється реакція організму на лікарські засоби в результаті фізіологічного старіння органів і тканин. У таких пацієнтів змінюється вплив лікарських речовин на організм через збільшення кількості побічних реакцій. Найбільш поширеними захворюванням серед людей похилого віку є захворювання серцево-судинної системи(ССС), що проявляється у вигляді кардіосклерозу та артеріальної гіпертензії, яка потребує щоденного прийому відповідних ліків. Тому, дослідження небажаних реакцій, таких як нефротоксичність гіпотензивних препаратів, на прикладі інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту(інгібіторів АПФ), а саме Лізиноприлу, є досить актуальним. Адже, згідно з дослідженнями медикаментозна нефротоксичність сягає близько 70% серед усіх пацієнтів похилого віку.

**Мета:** Дослідити небажані реакції ігібітору АПФ (Лізиноприлу), у пацієнтів із з постінфарктним кардіосклерозом і супутньою артеріальною гіпертензією.

**Матеріали та методи:** Було обстежено 34 пацієнти (всі чоловіки) на базі МКЛ №1 м.Вінииці, середнім віком  $60,4 \pm 3,1$  років, з постінфарктним кардіосклерозом і супутньою артеріальною гіпертензією. Досліджували швидкість клубочкової фільтрації(ШКФ) за формулою СКД-ЕРІ (норма  $>90$  мл/хв/ $1,73$  м<sup>2</sup>) і рівень білка в загальному аналізі сечі (норма-до 0,033 г/л). Хворі отримували Лізиноприл 10мг 1 раз на добу. Пацієнти обстежувались до та через 6 місяців лікування Лізиноприлом та після шести місячного курсу щоденного прийому препарату, в дозуванні 10мг на день.

**Результати:** Показник ШКФ до початку лікування склав- 82 мл/хв/ $1,73$  м<sup>2</sup>, а після шести місячного курсу, щоденного прийому Лізиноприлу (10мг 1 раз на день) показник склав -66,4 мл/хв/ $1,73$  м<sup>2</sup>. Тобто показник ШКФ знизилась на 19%. Показники білка, в загальному аналізі сечі, до лікування середні показники склали -0,003 г/л, а після – 0,018 г/л, що вказає на значне підвищення показника.

**Висновки:** Серед усіх пацієнтів, з постінфарктним кардіосклерозом і супутньою артеріальною гіпертензією, які приймали Лізиноприлу в дозуванні -10мг (щоденно) протягом 6 місяців , було відмічено зниження ШКФ та зростання кількості білка в загальному аналізі сечі.

О.В.Швед, О.С.Мусієнко

## ФАРМАКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ УПОДОБАНЬ ПАЦІЄНТІВ ПРИ КОНТРОЛІ ТЕРАПІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

К.В.Півторак (к.мед.н.,доц.), І.О.Дорошкевич (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Цукровий діабет (ЦД) - це складне хронічне захворювання, що вимагає безперервної медичної допомоги з багатofакторними стратегіями зниження ризику ускладнень та контролю глікемії. Це одне з найпоширеніших порушень обміну речовин у світі, і його поширеність серед дорослих зростала протягом десятиліть. Лікування та профілактика ЦД повністю залежить від правильно підібраної терапії з подальшим її дотриманням пацієнтом.

**Мета:** Оцінити параметри, які важливі для пацієнтів при контролі ефективності та безпеки фармакоterapiї цукрового діабету 2 типу (ЦД2), а також дослідити щомісячну здатність платити за результат для отримання основних або запобігання побічних ефектів.

**Матеріали та методи:** Робота проводилася з 50-ма пацієнтами. 5 пацієнтів були виключені через невдачі в тесті домінування DCE. Сорок п'ять пацієнтів взяли участь в дослідженні. Середній вік пацієнтів склав  $62,4 \pm 10,3$  року. Індекс середньої маси тіла ( $32,5 \pm 6,8$ ) показав ожиріння, в якому більше половини (53%) мали ускладнення ЦД2. Оцінювалися клініко-анамнестичні дані, проводилось анкетування, використовували метод дискретного вибору та статистично-математичний аналіз.

**Результати:** Аналіз економічних вподобань показав, що пацієнти були готові заплатити додатково 420 грн., щоб уникнути приросту ваги тіла 3 кг / 6 місяців. У порівнянні з цим пацієнти були готові заплатити додатково до 100 грн, щоб уникнути однієї гіпоглікемічної події в місяць. Щомісячний аналіз економічних переваг для зниження серцево-судинного ризику склав 200 грн, 75 грн, щоб уникнути нудоти, і 50 грн, щоб уникнути збільшення НbA на 1%.

**Висновки:** Пацієнти готові дотримуватися підібраної лікарем фармакоterapiї, в основі якої знаходяться пероральні цукрознижуючі препарати, які пов'язані з поліпшеним лікуванням діабету, найбільш важливим з яких є контроль глікемії, запобігання гіпоглікемії та збільшення маси тіла. Зниження серцево-судинного ризику стало третьою найбільш цінною ознакою протидіабетичних засобів для пацієнтів.

Я.О. Яковишена

## ІНОВАЦІЙНИЙ МЕТОД ЗНЕБОЛЕННЯ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра фармакології

І.В. Таран (ас. кафедри фармакології), Д.В. Дмитрієв (д.мед.н., проф. кафедри анестезіології та реанімації)

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

**Актуальність.** Парадигма ефективного та безпечного знеболення залишається предметом широкомасштабного мультидисциплінарного дослідження. Важливе місце у вирішенні цієї проблеми належить спинномозковій анестезії, яка використовується при виконанні різноманітних хірургічних, травматологічних, гінекологічних втручань та ін. Однак цей метод поряд з перевагами має цілий ряд недоліків і ускладнень, які поділяються на три групи: 1) виявляються в процесі її виконання; 2) ускладнення під час знеболювання; 3) пізні. Основними причинами цих ускладнень є, недотримання правил проведення спинномозкової анестезії, порушення асептики, недооблік протипоказань і перевищення доз анестетиків. Вищевикладене стало підґрунтям для пошуку нового методу регіонарної анестезії попереково-крижового сплетення.

**Мета:** визначити місце та експериментально обґрунтувати необхідну дозу для введення місцевого анестетика для найкращого анестезіологічного забезпечення проведення оперативних втручань в мезо- та гіпогастральній ділянці.

**Матеріали та методи:** Враховуючи особливості анатомічної будови поперекового відділу у щурів та місце виходу чутливих нервів і утворення нервових сплетень, нами було визначено точку, яка знаходиться на середині бісектриси кута між лінією, яка з'єднує остисті відростки спинних хребців та умовним продовженням зовнішнього краю великого вертлюга тазової кістки. Саме ця точка є оптимальним місцем для введення місцевого анестетика. Глибина пункції не повинна перевищувати 0,5 см. На наступному етапі було порівняно емпірично обрані дози бупівакаїну від 0,1 до 0,4 мл та оцінено ступінь знеболення на моделях вісцерального болю – оцтово-кислих корчів у щурів та гіперальгезії, викликані різною раною живота (О.В. Стефанов, 2001, А.Н. Миронов, 2012). Результати обраховували із застосуванням комп'ютерної програми Statistica 10.0.

**Результати:** Встановлено, що білатеральне введення анестетика в визначеній точці викликає виразне знеболення в мезо- та гіпогастральній ділянці. Оптимальна доза для анестезіологічного забезпечення становила 0,3 мл. Подальше збільшення її не супроводжувалось посиленням ступеня ноціцепції.

Доказом цього є статистично вірогідне зменшення кількості больових проявів на моделі оцтовокислих корчів (на 94,6%) порівняно з контролем, а також повне усунення травматичної гіперальгезії при нанесенні шкірних ран. Біохімічні показники больової стресової відповіді (рівень глюкози та кортизолу в периферичній крові) підтвердили адекватний рівень знеболення за вищезазначеної методики.

**Висновки:** Таким чином, регіонарна анестезія попереко-крижового сплетення є ефективним та безпечним шляхом для периопераційного знеболення, що підтверджується результатами комплексного дослідження больової поведінки та лабораторних стресових тестів.

А.О. Яремчук

## ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО МЕРЧАНДАЙЗИНГУ

Кафедра фармації

Т.А. Германюк (д.мед.н., проф.), Т.І. Івко (к.фарм.н., доцент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Мерчандайзинг – комплекс особливих прийомів у роздрібній точці (аптеці), який складається з техніки розміщення товару, розроблення і розташування рекламних матеріалів у місці продажу, застосовується для привертання уваги споживачів та підвищення обсягів реалізації товарів.

**Мета:** Вивчення особливостей фармацевтичного мерчандайзингу на регіональному фармацевтичному ринку. Матеріали: дані приватної аптеки за адресою м.Вінниця, Хмельницьке шосе, 96.

**Матеріали та методи:** Частотний та описовий аналіз.

**Результати:** При проведенні частотного аналізу асортименту аптеки було встановлено, що на вітринах аптеки 60% займають лікарські засоби, а 40% – супутні товари. Усі супутні товари були включені в перелік товарів, які мають право придбавати та продавати аптечні заклади та їх структурні підрозділи згідно наказу МОЗ №764 від 23 листопада 2015 року. Серед супутніх товарів 42% склали косметичні засоби (креми, лосьйони, скраби, засоби для догляду за волоссям); 34% – функціональні харчові продукти, харчові продукти для спеціального дієтичного споживання, дієтичні добавки; 15% – вироби медичного призначення (вата, марля, бинти, рукавички медичні); 9% припадало на інші товари, частота яких була менше 1%. Серед лікарських засобів 70% займали лікарські засоби, що відпускаються без рецепта лікаря (ОТС-препарати) та 30% складали лікарські засоби, що відпускаються за рецептом лікаря (Rx-препарати). При проведенні частотного аналізу лікарських засобів за АТС- (АТХ)- класифікацією було встановлено, що 31% займали засоби, що впливають на опорно-руховий апарат (група М), 12% – протимікробні засоби для системного застосування (група J), 10% – засоби, що діють на нервову систему (група N), 20% – засоби, що діють на респіраторну систему (група R), 19% – засоби, що впливають на травну систему і метаболізм (група А).

**Висновки:** При проведенні дослідження було встановлено відповідність фармацевтичного мерчандайзингу сучасним вимогам мерчандайзингу. При здійсненні частотного аналізу встановлено, що в досліджуваній аптеці 60% вітрин склали засоби, що впливають на опорно-руховий апарат, нервову, респіраторну, травну системи та протимікробні засоби. Співвідношення між ОТС- та Rx-препаратами склало 2:1.

**МОЛОДІ ВЧЕНІ**



**YOUNG SCIENTISTS**

Roman Chornopyschchuk, Ethelfred Aberna Sweety  
**APPLICATION OF SORPTION AGENTS IN THE COMPLEX PROGRAM OF  
TREATMENT OF PATIENTS WITH FULL THICKNESS BURNS**

Department of General Surgery  
V.I. Nagaichuk (dr. habil., professor), O.M. Chepliaka (ph.d., associate professor)  
National Pirogov Memorial Medical University Surgery  
Vinnytsya, Ukraine

Relevance: In Ukraine burn injuries tend to increase the frequency and severity of injuries in all age groups. The problem of their treatment, in particular, availability of medicinal products for local treatment of wounds is still far from being resolved. The means of sorption-application therapy with active substances of different modes of action immobilized on their surface are of great interest.

**The purpose of the work** is to study the effectiveness of the application of composite material with sorption and antimicrobial properties in patients with full thickness burns.

**Materials and methods:** The analysis of treatment of 6 patients with II<sup>b</sup>-III degree burns of the lower extremities was carried out (the area of burns - 20-30% TBSA). The complex treatment of patients involved the use of surgical methods, medications of general and local action. The main group included 3 patients who, after the removal of necrotic tissues, were treated with the suggested composition of preparations based on highly dispersed silicon dioxide, hydrophobic polymethylsiloxane and the two-quarter ammonium compound. At this stage of treatment decamethoxine solution was locally applied for the 3 patients of the comparison group. The research provided for the wound assessment in the treatment process based on the results of laboratory blood tests, microbiological and cytological examination of wound tissue.

**Results:** According to the results of the research a more favourable course of the wound process in patients of the main group was established. It was manifested by faster wound healing, less manifestations of inflammatory. Bacteriological examination of the wound in patients of both groups at the beginning of the study allowed to establish a microbial landscape which was predominantly represented by the associations of microorganisms dominated by *S. aureus* and *A. baumannii* in the amount of  $\lg 7,32 \pm 0,61$  CFU/ml. Subsequently, the number of microorganisms in the wound of the patients of the main group decrease rapidly compared to the patients in the comparison group where the number of microorganisms in the wound three days later totalled  $\lg 3,69 \pm 0,53$  CFU/ml and  $5,11 \pm 0,59$  CFU/ml, respectively. Additional evidence of the effectiveness of the suggested composition was the result of cytological studies.

**Conclusions:** The research findings confirmed the positive effect of the suggested sorption composition with antimicrobial properties on the wound healing pattern and the feasibility of further study of its therapeutic potential with the expansion of diagnostic methods.

Н.С. Алексеєнко

**ВИЗНАЧЕННЯ ДИНАМІКИ ЗМІНИ ТОВЩИНИ ЖИРОВОЇ СКЛАДКИ ПІД ВПЛИВОМ  
НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ**

Кафедра анатомії людини  
В.М. Андрійчук (д.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** XXI ст. – епоха нестримного розвитку науки та техніки. Щоденно досліджуються та відкриваються нові можливості у науці. Медицина є однією з галузей, що мають тенденцію до найшвидшого розвитку. Однак, при всіх досягненнях сучасності, людство зіштовхнулося зі значними змінами у навколишньому середовищі, що призводить до суттєвого зростання захворюваності у світі. Нажаль, сама медична допомога не здатна повною мірою забезпечити здоров'я усього людства. Ось чому на перший план виходить профілактична медицина, яка займається вивченням питань збереження здоров'я та запобігання захворюваності. Збереження здоров'я вимагає вивчення будови тіла, процесів життєдіяльності, умов праці, побуту, чинників

середовища та їх вплив на стан здоров'я. За твердженням вітчизняних та зарубіжних вчених, вивчити вплив середовища на тіло людини неможливо без знання гармонійності фізичного розвитку людини.

**Мета:** Визначити зміни товщини шкірно-жирової складки юнаків протягом навчального року у вищому навчальному закладі.

**Матеріали та методи:** Дослідження виконувалося на базі Львівського державного університету безпеки життєдіяльності. Нами були проведені визначення товщини шкірно-жирових складок передньої та бічної стінки живота за методом Shephard R. у 200 юнаків-курсантів першого та другого курсів, та проаналізовано зміни, що відбулися протягом навчального року під впливом учебного процесу, способу та режиму життя, фізичних навантажень. Статистичне опрацювання даних було здійснено у програмному пакеті «STATISTICA 6.1».

**Результати:** Середнє значення товщини жирового шару у ділянці живота для курсантів на першому курсі становить  $(4,04 \pm 0,13)$  мм. На другому курсі даний показник зменшився на 0,60 мм і дорівнює  $(3,44 \pm 0,12)$  мм. Річна зміна даного параметра на першому році навчання достовірно менша на 0,61 мм порівняно з річною зміною товщини жирового шару у ділянці живота на другому році ( $t=8,47$  при  $p \leq 0,05$ ). Середнє значення товщини шкірно-жирової складки на боці у юнаків-курсантів на першому курсі становить  $(4,17 \pm 0,14)$  мм. На другому курсі даний показник зменшився на 0,66 мм і дорівнює  $(3,51 \pm 0,12)$  мм. Річна зміна даного параметра на першому році навчання достовірно менша на 0,69 мм порівняно з річною зміною товщини шкірно-жирової складки на боці на другому році ( $t=8,47$  при  $p \leq 0,05$ ).

**Висновок:** За результатами нашого спостереження чітко прослідковується достовірна різниця зміни параметра товщини жирових складок живота юнаків-курсантів. Такий результат є стимулом до подальшого дослідження змін таких показників як жирового компоненту, тотальних параметрів та парціальних розмірів тіла у процесі фізичного розвитку під впливом навчально-виховного процесу.

A.A. Akhmedova

## EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE PROPHYLAXIS OF GASTROPATHY IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

Department of Social Medicine and Organization of public health services

O. M. Ocheredko (chairman of public health department, professor)

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

**Introduction:** For primary health care patients with concomitant morbidity are usual phenomena. Combination of gastropathy with arterial hypertension is increasingly being studied. However, the assessing of the medical and economic effectiveness of treatment of patients with concomitant morbidity still methodologically challenging. The issue aggravated by different cushion programs aimed to alleviate financial burden to indigent population. These cover non-expensive drugs with probable hazard to concomitant morbidity.

**The aim:** to evaluate the effectiveness of the gastropathy risk reduction program in patients with arterial hypertension (AH).

**Material and methods:** data on 150 patients with AH collected by panel design with dynamic cohort traced up to 17 years. We have elaborated a program for the prevention of gastropathy in patients taking antihypertensive therapy. Program is based on regulations of the Ministry of Health of Ukraine, adapted clinical guidelines, and other official sources of information, since holistic prevention of gastropathy is not depicted in any source. Two main cohorts were distinguished: those in prevention program (PP) and patients with usual treatment. 6 built in cohorts (Group №0-№5) helped to diversify PP across groups of different severity. Event of interest was incidence or aggravation of gastropathy (gastroduodenitis mainly). We used Poisson model to study average treatment effect of PP on annual number of aggravations.

**Results:** We have elaborated a program for the prevention of gastropathy in patients taking antihypertensive therapy. Program is based on regulations of the Ministry of Health of Ukraine, adapted clinical guidelines, and other official sources of information, since holistic prevention of gastropathy is not depicted in any source.



The program differentiates patients by groups and furthermore allows one to consider each patient characteristics, taking into account income, age, gender, progression of the disease, comorbidity, drugs the patient takes. The established program based on cooperation of patient, general practitioner, and gastroenterologist. The general approaches are complemented with particular activities identified under delineated groups of patients with essential hypertension. One of the prime goal is to achieve compliance.

Data on 150 patients with AH collected by panel design with dynamic cohort traced up to 17 years. Two main cohorts were distinguished: those in prevention program (PP) and patients with usual treatment. Event of interest was incidence or aggravation of gastropathy (gastroduodenitis mainly). The numbers of exacerbations were analyzed by the Poisson regression. Model parameters were estimated by MCMC algorithms with the Gibbs sampler using WinBUGS.

The main effect of program participation is significant in a model of fixed effects ( $\beta = -0.269$ ;  $p = 0.0156$ ), and even more supportive in the mixed model ( $\beta = -0.282$ ;  $p = 0.0097$ ). Other components with a variable "PP participation", namely participation in the program given the group, participation in the program given GP duration, participation in the program given compliance, appeared to be nonsignificant, that suggest absence of substantial selection bias due to non-randomness of allocation.

The greatest risk reduction due to program participation was in patients of Group0, that is, in patients with hypertension who do not receive antihypertensive therapy. In groups №1-№5 with more aggressive hypertension treatment the effects of program participation are obvious but less pronounced.

В.О. Баглай

## АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПРИЄДНАННЯ КИСЛОТ ЦИКЛУ КРЕБСА НА АКТОПРОТЕКТОРНИЙ ЕФЕКТ 2-ЕТИЛТІОБЕНЗИМІДАЗОЛУ ГІДРОБРОМІДУ

Кафедра фармакології

О.П. Драчук (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** У попередніх дослідженнях було встановлено, що поєднання 2-етилтіобензімідазолу гідроброміду (2-ЕТБІ) з кислотами циклу Кребса сприяє збільшенню актопротекторної активності новоутворених сполук з різною ефективністю. Це спонукає до аналізу змін величини актопротекторних властивостей досліджуваних речовин в залежності від природи кислоти циклу Кребса, приєднаної до 2-ЕТБІ.

**Мета:** Провести аналіз впливу приєднання кислот циклу Кребса на актопротекторний ефект 2-етилтіобензімідазолу гідроброміду.

**Матеріали та методи:** Дослідження проведені на 147 білих нелінійних щурах обох статей масою 160-210 г. Для оцінки актопротекторних властивостей використовували модель плавальної проби (М.Я. Головенко 2002). Досліджувані солі 2-ЕТБІ: сукцинат, фумарат,  $\alpha$ -кегтаглютарат, малат, цитрат, піруват та еталонний актопротектор 2-ЕТБІ використовували в дозах, що становлять 1,2-2,5-5-10 % від їх ЛД<sub>50</sub>. Обробку результатів проводили за допомогою статистичних методів дослідження у програмах Excel та Statistica 6.0.

**Результати:** Дослідження впливу солей 2-етилтіобензімідазолу на фізичну працездатність показало, що вони є носіями актопротекторної активності, яка у найбільшій мірі проявилась у сполук, в структурі яких є фумарова, янтарна, яблучна або лимонна кислоти. Аналізуючи ступінь кореляції можна відмітити, що присутність в солі 2-етилтіобензімідазолу лимонної кислоти має прямий сильний ( $r=0,09$ ), янтарної - середньої сили зв'язок ( $r=0,62$ ) з еталонним актопротектором за тривалістю плавальної проби. Піровиноградна ( $r=-0,7$ ),  $\alpha$ -кетоглутарова ( $r=-0,72$ ), фумарова ( $r=-0,88$ ) та яблучна кислоти ( $r=-0,66$ ) в складі солі 2-етилтіобензімідазолу мають зворотній, сильний або середньої сили, зв'язок з препаратом порівняння за показником плавання. Таким чином, всі досліджувані кислоти циклу Кребса в складі солей 2-етилтіобензімідазолу мають тісну залежність, пряму чи зворотну, з 2-етилтіобензімідазолу гідробромідом за тривалістю плавання.

**Висновки:** Досліджувані похідні 2-етилтіобензімідазолу представляють інтерес для подальших

досліджень їх актопротекторних властивостей та їх аналізу.

Ю.М. Береговенко

## ПОРУШЕННЯ СТРУКТУРИ ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО КОМПОНЕНТУ НИРОК ЩУРІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ТОКСИЧНОМУ ГЕПАТИТІ

Кафедра патофізіології

Н.А. Рикало (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Токсичне ураження печінки, супроводжується структурними порушеннями паренхіми нирок, в тому числі епітеліального компоненту.  $CCl_4$  маючи гепатотоксичну дію призводить до змін у тканин печінки, а також до морфологічних порушень паренхіми нирок, в тому числі їх епітеліального компоненту. Вивчення таких змін допоможе обґрунтувати патоморфогенез патологій нирки при первинних ураженнях печінки. Тому ми вирішили дослідити порушення структури епітеліального компоненту нирок щурів при хронічному токсичному гепатиті, що дасть змогу корегувати зміни, які виникають.

**Мета роботи:** вивчення порушень структури епітеліального компоненту нирок щурів при хронічному токсичному гепатиті.

**Матеріали і методи:** Експерименти на тваринах здійснювали у відповідності до Правил проведення робіт з використанням лабораторних тварин (1977), Європейської конвенції з захисту хребетних тварин, яких використовують для експериментальних та наукових цілей (Страсбург, 1986), Директиви ЄЕС №609 (1986) на наказу МОЗ України №281 від 01.11.2000 р. «Про заходи щодо подальшого вдосконалення організаційних норм роботи з використанням експериментальних тварин». Тварини перед початком експерименту всі були розподілені на 5 груп, по 12 щурів у кожній. Перша група – інтактні щури, друга – із хронічним токсичним гепатитом, з модельованим інтрагастральним введенням олійного розчину  $CCl_4$  в дозі 0,1 мл/100 г маси двічі на тиждень у комбінації з 5% розчином етанолу впродовж восьми тижнів [Пат. 43704 України]. Для гістологічного дослідження тканину нирок фіксували в 10 %-му розчині забуференого нейтрального формаліну, дегідрували у спиртах зростаючої концентрації та заливали у целоїдин-парафін. Виготовлення серійних парафінових зрізів товщиною 4-6 мкм здійснювали на санному мікроскопі. Забарвлення препаратів здійснювали гематоксиліном та еозином.

**Результати дослідження:** У щурів із змодельованим ХТГ спостерігалась деструкція ендотеліоцитів, дистрофічно змінювались подоцити та клітини мезангіуму. Нефротелій вісцерального листка капсули різко деформований, сплющений, окремі десквамовані клітини виявлялися у просвіті капсули.

**Висновки:** Таким чином встановлено, що при хронічному токсичному гепатиті виникли порушення структури епітеліального компоненту нирок.

В.В. Блажченко

## ВПЛИВ ВИСОКОКАЛОРИЙНОЇ ДІЄТИ НА ВМІСТ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ ТА ПОКАЗНИКИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ В НИРКАХ ЩУРІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (проф., д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Нирки займають особливе місце серед органів-мішеней, які вражаються при абдомінальному ожирінні. Ожиріння чинить ушкоджувальну дію на нирки через певні патогенетичні механізми, серед яких – «ліпотоксичність», гемодинамічні чинники, запалення тощо.

В регуляції функціонального стану нирок важливу роль відіграє сигнальна молекула – гідроген сульфід, яка володіє вазодилатуючим, цитопротекторним, антиоксидантним та антиапоптичним потенціалом. Зниження рівня  $H_2S$  в нирках описані за різних патологічних станів: цисплатинова та диклофенак-індукована нефропатія, ниркова ішемія/ реперфузія, обструктивна нефропатія, діабетична та гіпертонічна нефропатія. Однак, роль системи  $H_2S$  в біохімічних механізмах розвитку ренальної дисфункції, асоційованої з аліментарним ожирінням не з'ясована.

**Мета роботи:** вивчити вплив висококалорійної дієти на вміст гідроген сульфідів та показники оксидативного стресу в нирках щурів .

**Матеріали та методи:** Досліди проведені на 20 білих лабораторних щурах-самцях з початковою масою 100-140 г, розподілених на дві групи (n=10). Тварини групи контролю отримували стандартну дієту, збалансовану за всіма макро- та мікронутрієнтами. Для індукції ожиріння тварин дослідної групи упродовж 60 діб годували висококалорійною дієтою (ВКД), у якій була підвищена квота жирів та вуглеводів. Розвиток ожиріння оцінювали за приростом індексу маси тіла (ІМТ) та індексу ожиріння. В постядерному супернатанті гомогенатів нирок визначали вміст  $H_2S$  за реакцією з N,N-диметил-пара-фенілендіаміном у присутності  $FeCl_3$ , активність тіоредоксиредуктази (КФ 1.8.1.9) за швидкістю NADPH-залежного відновлення 5,5'-дітіобіс(2-нітробензоату); супероксиддисмутази (КФ 1.15.1.1) - за гальмуванням окиснення кверцетину; вміст ТБК-активних продуктів, карбонільних та сульфгідрильних груп протеїнів. Статистичну обробку результатів проводили у пакеті програм SPSS22.

**Результати:** Встановлено, що 60-добове застосування ВКД викликало розвиток ожиріння із зростанням індексу маси тіла, підвищення маси вісцерального жиру та індексу ожиріння у щурів. Так, у щурів дослідної групи вказані показники були вищими в середньому в 1,2-1,4 рази, ніж у щурів групи контролю (p<0,05). У тварин з ожирінням вміст  $H_2S$  в нирках був достовірно нижчим, ніж в контрольній групі (на 45,8%, p<0,05). Довготривале застосування ВКД спричиняло зниження активності антиоксидантних ензимів супероксиддисмутази та тіоредоксиредуктази (на 35-48%, p<0,05), підвищення продуктів пероксидації ліпідів та протеїнів - вмісту ТБК-активних продуктів, карбонільних груп та зниження вмісту сульфгідрильних груп (на 36-52%, p<0,05) в нирках щурів. Між вмістом  $H_2S$  та активністю тіоредоксиредуктази та вмістом сульфгідрильних груп виявлявся достовірний прямий зв'язок і обернений зв'язок – з рівнем ТБК-активних продуктів та карбонільних груп протеїнів.

**Висновки:** Таким чином, довготривала висококалорійна дієта індукує зниження рівня гідроген сульфідів, що асоціюється з розвитком оксидативного стресу в нирках щурів. Виявлені порушення можуть сприяти формуванню ренальної дисфункції, асоційованої з ожирінням. Вивчення можливостей корекції обміну гідроген сульфідів в нирках може бути перспективним напрямком нефропротекції за умов ожиріння.

О.П. Бобецька

## ВПЛИВ ДОВГОТРИВАЛОЇ ВИСОКОКАЛОРИЙНОЇ ДІЄТИ НА РІВЕНЬ ВІСФАТИНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ЩУРІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Ожиріння являється важливою проблемою сьогодення. При ожирінні суттєво зростає ризик виникнення ряду хвороб, серед яких особливо актуальними є захворювання серцево-судинної системи, як важливого чинника інвалідизації та смертності населення. Відомо, що ожиріння сприяє зростанню активності симпатичної нервової системи, збільшенню тонуусу кровоносних судин та судинного опору, стимулює гіпертрофію кардіоміоцитів, стимулює активність ренін-ангіотензинової системи та призводить до виникнення гіперінсулінемії, інсулінорезистентності та гіперкортизолемії. Жирова тканина володіє ендокринними властивостями, виробляючи ряд специфічних речовин, таких як адипонектин, лептин, грелін,

фактор некрозу пухлини, залучених до механізмів реалізації впливу ожиріння на різні органи та системи. Вісфатин (нікотинамід фосфорибозилтрансфераза, Nampt) є нещодавно відкритим адипокіном, який продукується вісцеральною жировою тканиною. Роль вісфатину в патогенезі формування ожиріння та коморбідної патології вивчена недостатньо. Важливе значення в розвитку ожиріння має спосіб життя та харчова поведінка. Отже, актуальним є вивчення впливу різних аліментарних чинників на продукцію вісфатину в організмі та його зв'язку із формуванням патологічних станів, асоційованих з ожирінням.

**Мета роботи:** вивчити вплив довготривалої висококалорійної дієти на рівень вісфатину в сироватці крові щурів.

**Матеріали та методи:** Досліди проведені на 20 білих статевозрілих лабораторних щурах-самцях з початковою масою 160-210 г. Контрольна група щурів (n=10) отримувала стандартну дієту, збалансовану за макро- та мікронутрієнтами. Дослідна група щурів (n=10) отримувала висококалорійну дієту, у якій була підвищений вміст жирів (44 % ккал) та вуглеводів (49% ккал). Тривалість досліджу становила 60 діб. Вміст вісфатину визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу з використанням набору Ray Bio Human /Mouse /Rat Visfatin Enzyme Immunjassay Kit (RayBiotech, США). Статистичну обробку отриманих результатів проводили методами варіаційної статистики у пакеті прикладних програм «MS Excel» та SPSS22 (©SPSS Inc.).

**Результати:** Встановлено, що 60-добове застосування висококалорійної дієти зумовило суттєве зростання індексу маси тіла (на 45- 52%) та підвищення маси вісцерального жиру (на 37- 46%,  $p<0,05$ ) у щурів. Формування ожиріння у щурів поєднується з підвищенням рівня вісфатину в сироватці крові (в 1,8-2,1 рази,  $p<0,05$ ). Підвищення рівня вісфатину в сироватці крові достовірно корелювало з підвищенням індексу маси тіла та маси вісцерального жиру ( $r_{xy} = 0,54$  та  $0,62$ ,  $p<0,05$ ) у щурів.

**Висновки:** Таким чином, довготривала висококалорійна дієта викликає значне підвищення рівня вісфатину в сироватці крові, що свідчить про значні метаболічні пертурбації в організмі тварин за даних умов і може стати підґрунтям для формування серцево-судинної патології, асоційованої з ожирінням.

М.Г.Богачук

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА КОРЕКЦІЇ МІКРОАНГІОПАТІЇ В ДІЛЯНЦІ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Кафедра загальної хірургії

М.Д.Желіба (д.мед.н., професор)

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

**Актуальність:** Діабетична мікроангіопатія є однією з визначальних особливостей ранового процесу у хворих на цукровий діабет (ЦД). При лікуванні хворих гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин (ГЗЗМТ) на тлі ЦД 2 типу не завжди враховується стан мікроциркуляції у вогнищі запалення та навколо, порушення яких є одним з патогенетичних механізмів гнійної рани. Діагностика та лікування цих розладів є актуальною задачею загальної хірургії.

**Метою** дослідження є дослідження локальної мікроциркуляції у хворих з ГЗЗМТ на тлі ЦД 2 типу в ділянці гнійного запалення та її корекція.

**Методи дослідження:** Дослідження проводили за допомогою лазерної доплерівської флоуметрії (ЛДФ) для оцінки мікроциркуляції периферійних судин при поступленні хворих в клініку, на 4-5,11 добу лікування, оцінюючи зміни та можливість корекції порушень мікроциркуляції шляхом включення до комплексу лікування алпростаділу.

**Результати:** Було обстежено 36 хворих з ГЗЗМТ нижніх кінцівок на тлі ЦД 2 типу (середній вік  $58,16\pm 8,73$  р). Всі хворі були поділені на дві репрезентативні групи: основну – 21 хворих (до комплексу лікування було включено 60 мкг алпростаділу) і контрольну – 15 хворих, без використання алпростаділу. Всі хворі були прооперовані відразу ж після госпіталізації з приводу ГЗЗМТ. Основною патологією були флегмони нижніх кінцівок - 12 (75,0%) в

основній і 6 (40,0%) в контрольній групах, посттравматичні ускладнення: нагноєна гематома у 3 (14,3%) в основній і у 4 (26,6%) в контрольній групах, інфікована рана 3 (14,3%) і 2 (13,3%) відповідно. Аналіз отриманих даних показав, що рівень кровонаповнення до лікування в контрольних ділянках навколо і віддалено від вогнища запалення достовірно був нижчим нормальних показників мікроциркуляції в аналогічних областях групи порівняння. В центрі гнійного запалення був самим вищим - в основній групі становив  $23,7 \pm 3,6$ , в контрольній -  $23,5 \pm 4,2$  і суттєво відрізнявся від контрольної точки в обох групах спостережень ( $p < 0,001$ ). Після проведеного лікування він суттєво знизився в ділянці рани в обох групах, проте в основній групі цей показник був достовірно вищим, ніж в контрольній -  $19,7 \pm 2,1$  проти  $16,2 \pm 2,0$  відповідно ( $p < 0,01$ ). За результатами отриманих даних можемо зробити висновок, що в основній групі після застосування алпростаділу збільшився кровоток в мікроциркуляторному руслі у всіх точках замірів. Клінічні показники динаміки лікування ГЗЗМТ корелювали з отриманими значеннями локальної мікроциркуляції: середній термін очищення рани скоротився в основній групі до  $4,47 \pm 0,7$  доби проти  $8,63 \pm 0,51$  в контрольній, поява грануляцій до  $3,97 \pm 0,58$  доби проти  $6,28 \pm 0,65$ , початок епітелізацій до  $6,17 \pm 0,65$  доби проти  $11,74 \pm 1,22$ , зменшення л/днів в основній групі порівняно з контрольною:  $11,6 \pm 0,7$  проти  $17,8 \pm 1,9$  доби.

А. В. Веретільник  
**ОСОБЛИВОСТІ МІКРОКРИСТАЛІЗАЦІЇ СЛИНИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА**

Кафедра дитячої стоматології  
О. В. Шешукова (д. мед. н., проф.)  
Українська медична стоматологічна академія,  
м. Полтава, Україна

Останнім часом дані літератури свідчать про досить активну зацікавленість науковців у проведенні досліджень по вивченню мікрокристалізації слини. Вперше про те, що ротова рідина при певних умовах може кристалізуватися з утворенням малюнків, доповів у 1977 р. П. А. Леус.

**Актуальність.** В умовах патології кристалізаційні властивості ротової рідини змінюються, тому структурні зміни закристалізованої ротової слини здатні виступати діагностичною ознакою захворювань порожнини рота. Ротова рідина дуже швидко реагує на вплив різних зовнішніх і внутрішніх факторів на організм людини. Це проявляється у вигляді зміни фізико-хімічного складу слини, зсуву у співвідношенні органічних та мінеральних структур, що призводить до зниження резистентності до карієсу.

**Мета дослідження.** Вивчити та оцінити стан мікрокристалізації слини у дітей молодшого шкільного віку у залежності від стоматологічного статусу.

**Матеріали і методи.** Обстежено 30 учнів молодшого шкільного віку міста Полтава. Всі пацієнти не мали супутньої патології. Проводилася оцінка стоматологічного статусу дітей згідно рекомендацій ВООЗ. Морфологічний тип кристалізації вивчали методом дегідратації краплі змішаної слини. Забір слини об'ємом 0,3 — 0,5 мл здійснювали зранку до їди стерильною піпеткою із дна ротової порожнини і наносили на стерильне предметне скло з висушуванням на повітрі за кімнатної температури протягом доби. Принцип методу полягає в здатності кристалоутворювальної речовини при висушуванні формувати кристали різних форм і різної орієнтації в просторі. Морфологічну картину ротової рідини досліджували за допомогою мікроскопа.

**Результати дослідження.** Зразки слини I типу кристалізації слини виявлено у 3 (10,0 %) обстежених, II тип — у 10 (33,3 %) пацієнтів. III тип кристалізації слини виявлено у 13 (43,3 %) пацієнтів. В цих пацієнтів зафіксовано добрий гігієнічний стан порожнини рота та компенсована форма карієсу. IV тип кристалізації слини спостерігали у 4 (13,3 %) хворих, яких віднесли до 3 групи здоров'я з декомпенсованою формою карієсу. Проведений аналіз типів кристалізації слини у залежності від клінічної картини перебігу активності карієсу засвідчив пряму залежність. У здорових пацієнтів виявляли переважно I тип кристалоутворення. При компенсованій формі карієсу частіше спостерігали II та III тип. Відсутність здатності слини до кристалізації (IV тип) мала місце при

високої активності карієсу у дітей молодшого шкільного віку.

**Висновки.** Таким чином, отримані результати мікрокристалізації ротової рідини є передумовою для подальшого її дослідження як ефективного діагностичного інструменту для виявлення ранніх змін в організмі дітей молодшого шкільного віку.

О.В.Власенко

## КОМПЛЕКСНИЙ МОНІТОРИНГ ЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ МІОКАРДУ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра нормальної фізіології

О.В.Власенко (д.мед.н.,проф)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Сучасний процес створення ліків вимагає детального моніторингу багатьох критичних моментів для уникнення розвитку серцево-судинних ускладнень, а також успішної розробки препаратів для лікування хвороб серця. Дослідники мають взяти до уваги багато різноманітних моментів, починаючи від рівня іонних каналів і аж до системної відповіді на нові сполуки. Це важливе завдання використовувати методики різних рівнів, таких як запис потенціалів кардіоміоцитів (електрокардіографія) та запис сумарного потенціалу кардіоміоцитів з імплантованими електродами в серії одночасних вимірювань електричної активності. Такий метод може дати більше інформації про стан міокардіоцитів з різних відділів міокарду та серця загалом. Вимірювання можуть бути проведені за умови, коли інші органи є інтактними, що дозволяє взяти до уваги системний вплив сполук і попередити чи підтвердити побічні дії на етапі доклінічних досліджень. Крім того, з'являється можливість для додаткового втручання для корекції основних ефектів, а також моніторинг інших параметрів на самій тварині.

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

**Матеріали і методи:** Система була налаштована на трьох жабах *Xenopus laevis*. Тварини були декапітовані та в серце було встановлено електрод, та налаштована система ЕКГ, яка була записана в II стандартному відведенні одночасно з сумарним потенціалом з шлуночків з 4 імплантованими вольфрамовими електродами ( $d=200 \mu m$ ). 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. В цьому режимі електроди фіксовані в конкретних визначених місцях міокарду, що дозволяє значно покращити точність і якість запису при інтактному серці.

**Результати:** Під час запису ЕКГ чітко візуалізувались Р-зубці та R-зубці. Це дозволило поррахувати R-R інтервали та ЧСС. Для записів сумарних потенціалів, ми отримали 3 окремих комплекси, на 2 з них виникали Р-зубці та Q-зубці. Шляхом порівняння часових параметрів виникнення ПД кардіоміоцитів під різновіддаленими електродами встановлено швидкість розповсюдження збудження по міокарду.

**Висновки:** Комбінування 2-х методик на різних рівнях роботи серця та активності кардіоміоцитів дозволяє нам розширити спектр електрофізіологічних даних, потрібних для аналізу нових сполук в створенні найновіших медичних препаратів.

О.Г.Гилюк

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ВІКОМ ВІД 1 ДО 7 РОКІВ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за здоровими дітьми

Л.М. Булат (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Віруси герпесу персистують в організмі людини довічно у вигляді латентної інфекції та можуть реактивуватися, викликаючи клінічно виражені форми із формуванням вторинної імунної дисфункції та вторинної імунної недостатності. Відомо, що до 5-річного віку близько 60% дітей вже інфіковано герпесвірусами, а до 15 років – приблизно 90% дітей і підлітків. Більшість людей є довічними вірусоносіями. Причому у 85-99% випадків первинна інфекція у них перебігає безсимптомно і тільки в 1-15% – у вигляді системної інфекції.

**Мета:** підвищення ефективності діагностики та фармакологічної корекції ураження печінки у дітей з гострою Епштейн-Барр вірусною інфекцією на основі вивчення клініко-лабораторних, імунологічних та інструментальних методів дослідження.

**Матеріал та методи:** В основу роботи покладений клініко-лабораторно-інструментальний та статистичний аналіз результатів лікування та спостереження за 135 дітьми (65 хлопчиків, 48,15 % та 70 дівчаток, 51,85 %) з герпесвірусною інфекцією віком від 1 до 7 років (від 1 до 3 років – 54 дитини, 40,0%, від 4 до 7 років – 81 дитина, 60,0%). Контрольну групу склали 30 практично здорових дітей віком 1-7 років. Об'єкт дослідження – ураження печінки у дітей з Епштейн-Барр вірусною інфекцією. Предмет дослідження – клініко-анамнестичні дані, перебіг Епштейн-Барр вірусної інфекції, печінкові ферменти, портальна гемодинаміка, CD16+, CD4+, CD8, інтерлейкіни ІЛ-1β, ІЛ-4. Методи дослідження: клініко-анамнестичного спостереження, біохімічні, серологічні, імуноферментні, інструментальні, аналітико-статистичні.

**Висновки:** для дітей перших трьох років життя гостра Епштейн-Барр вірусна інфекція, як правило, перебігає у вигляді гострого респіраторного захворювання. Аналіз клінічних спостережень визначив, що пацієнти з Епштейн-Барр вірусною інфекцією в поєднанні з цитомегаловірусом та герпесвірусами ½ типів та 6 і 7 типами є групою ризику щодо подовженої тривалості гострого процесу, виникнення ускладнень, підвищення захворюваності після перенесеної гострої інфекції. Враховуючи виявлені функціональні порушення з боку гепатобіліарної системи у дітей з Епштейн-Барр вірусною інфекцією, як з ізольованою так і в поєднанні з іншими формами герпесвірусної інфекції, для відновлення порушених показників рекомендовано призначення препарату урсодезоксихолевої кислоти «Укрлів» впродовж 1 місяця.

Н.Л. Годован

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЕКГ ОЗНАК КАРДІОТОКСИЧНОСТІ У ЩУРІВ ЗА УМОВ СИСТЕМНОГО ТА ЛОКАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ДОКСОРУБЦІНУ

Кафедра онкології та променевої терапії

О.Г. Костюк (д.мед.н., проф.), І.В. Таран (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Хіміотерапія в лікуванні онкологічних захворювань залишається високоефективним методом. Однак часті рецидиви захворювання примушують проводити додаткові курси фармакотерапевтичного лікування, з чим і пов'язують високий ризик виникнення побічних реакцій. Тому проблема безпечності консервативного лікування є актуальною. Вирішення цього питання може не тільки зменшити летальність, а й покращити якість життя пацієнтів. Тому пошук нових шляхів подолання таких реакцій є перспективним напрямком розвитку сучасної хіміотерапії. З огляду на це, нашу увагу привернуло позасистемне застосування хіміопрепаратів, а саме антрагікозидів. Відомо, що препарати цієї групи здатні негативно впливати на печінку, нирки та інші органи, але найнебезпечнішим вважається здатність цих препаратів вражати серцево-судинну

систему.

**Мета:** оцінити вплив антраглікозидів (на прикладі доксорубіцину) на показники ЕКГ щурів, та основних ензимів-маркерів деструкції міокарду за умов його системного та локального застосування.

**Матеріали та методи:** Досліди проведено на 70 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. Тварини були розподілені на дві групи по 35 щурів у кожній групі. Перша група тварин отримувала доксорубіцин (5 мг/кг) внутрішньоочередово один раз на тиждень протягом 5 тижнів. Друга група отримувала той самий препарат за аналогічного режимом введення, внутрішньоміхурово. Через кожні 7 діб у тварин знімали ЕКГ в стандартних відведеннях та виконували забір крові для біохімічних досліджень. Визначали активність лактатдегідрогенази (ЛДГ) та креатинфосфокінази (КФК) імуноферментними методами. Статистичну обробку матеріалу проводили шляхом порівняння незалежних вибірок в різних групах за методом непараметричної статистики з використанням критерію Крускала-Уоліса, достовірною, вважали різницю при  $p \leq 0,05$ .

**Результати:** Отримані нами дані показали, що при системному введенні доксорубіцин викликає значні порушення роботи серця. Про це свідчить збільшення ЧСС починаючи з другого тижня. Наприкінці досліду цей показник вдвічі перевершував вхідний рівень. Також відмічались ЕКГ-ознаки неішемічної кардіопатії: зменшення амплітуди зубця R (на 30%) та подовження інтервалу PQ (на 23,4%). Це супроводжувалось прогресивним зростанням в сироватці крові маркерів ураження серцевого м'язу: КФК і ЛДГ 1. На противагу цьому, локальне введення препарату за аналогічного дозового режима практично не викликало ні електрокардіографічних, ні біохімічних ознак деструкції міокарда, оскільки динаміка показників, що досліджувались, не виходила за рамки тенденції.

**Висновки:** З огляду на отримані результати можна стверджувати, що локальне застосування доксорубіцину значно безпечніше, ніж системне. Такий підхід до лікування, зокрема, раку сечового міхура, дає змогу мінімізувати небажаний вплив антраглікозидів на серцево-судинну систему.

О.Ю. Гойна-Кардасевич

**ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА И БИОМАРКЕРЫ  
ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ ФИБРОЗЕ**

Кафедра клинической фармации и клинической фармакологии

О.А. Яковлева (д.мед.н., проф.)

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

г. Винница, Украина

**Актуальность:** Идиопатический легочной фиброз (ИЛФ) является хроническим, прогрессирующим и необратимым фиброзным заболеванием легких. Прогноз при ИЛФ хуже, чем у некоторых видов онкологической патологии, тем более, что в течении многих лет не было достигнуто значительного прогресса в его лечении. Тем не менее, в период с 2010 по 2018 годы зафиксировано ряд ключевых событий, которые улучшили прогноз для пациентов с ИЛФ. Современное понимание патогенеза базируется на эпителиально-управляемом и активируемом фибробластами процессе в сочетании с признаками воспаления. Доказана роль укорочения теломер, снижение регенераторного потенциала стволовых клеток, что приводит к необратимому ремоделированию легких. Очевидно, что множество каскадных нарушений создает гетерогенность и трудности для лечения, это способствует большему вниманию к индивидуальным маркерам болезни и может способствовать более эффективной терапии.

**Цель:** Оценить возможности персонализированной медицины, направленной на идентификацию биомаркеров болезни, которые могут быть использованы для информирования о диагнозе, прогнозе и стратификации лечения.

**Материалы и методы:** Анализ научных международных источников литературы по данной теме, от 2000 до 2019 года (включая материалы Кокрановской библиотеки).



**Результаты:** Среди современных биомаркеров для ИЛФ актуальными названы следующие. Матриксная металлопротеиназа – ее высокие уровни в плазме крови коррелируют с тяжестью заболевания и позволяют предсказывать выживаемость при ИЛФ. С-С-хемокиновый лиганд (CCL18) является профибротическим фактором и коррелирует с выживанием. Хитиназоподобный белок (YKL-40) также связан с ухудшением выживания. Уровни SP-Аи SP-D в сыворотке крови расценивают как сильные предикторы ранней смертности. Периостин коррелирует с патологическим прогрессом и представляет собой внеклеточный матрикс и внутриклеточный белок, локализованный в фибробластах и активированный в фибробластных очагах при ИЛФ. Периостин способствует отложению внеклеточного матрикса, пролиферации мезенхимальных клеток и фиброзу. В 2014 году были лицензированы такие антифибротные соединения, как пирфенидон и нинтеданиб, которые замедляют скорость прогрессирования заболевания на 50%. Оба препарата являются высоко плеiotропными, воздействуя на многие пути заболевания, и это объясняет их эффективность для широкой группы пациентов с ИЛФ. Механизмы их действия остаются не ясными.

**Выводы:** Диагностика прогностических маркеров – основа персонализированной медицины, которая направлена на описание болезни с учетом индивидуального образа жизни, воздействия окружающей среды, генетических профилей и молекулярных путей патогенеза.

В.В. Демянишина  
**СТАН БИОЦЕНОЗУ РЕСПІРАТОРНОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА  
МУКОВІСЦИДОЗ**

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Муковісцидоз (МВ) є найбільш поширеним спадковим захворюванням, яке різко скорочує тривалість та якість життя пацієнтів без адекватного лікування. Прогноз даного захворювання у більшій мірі залежить від наявності хронічної інфекції і персистуючого запалення дихальних шляхів, зумовлене активністю інфекційних агентів *H. influenzae*, *P. aeruginosa*, *S. aureus*. Як відомо, вітамін D здійснює вплив на механізми неспецифічного захисту респіраторного тракту від інфекційних агентів і систему імунної специфічної відповіді. Разом з такими важливими ефектами дії вітаміну D, відбувається також посилення продукції і експресії антимікробних пептидів, в тому числі кателіцидину.

**Мета роботи** – визначити спектр мікроорганізмів, висіяних з мокротиння дітей, хворих на муковісцидоз, залежно від рівня кателіцидину та гідроксихолекальциферолу.

**Матеріали та методи.** Обстежено 87 дітей, хворих на МВ, віком від 2 місяців до 17 років (середній вік  $9,48 \pm 0,57$  років). Всім проводились загальноклінічні обстеження, визначення кателіцидину (LL-37) та гідроксихолдекальциферолу ( $25(\text{OH})\text{D}_3$ ) в сироватці крові дітей, та мікробіологічне дослідження виділеного мокротиння.

**Результати досліджень.** У хворих МВ важкість перебігу захворювання залежить від мікроорганізмів, які персистують у дихальних шляхах. Чим агресивніший мікроорганізм, тим більше його життєдіяльність порушує функцію легень. Після проведеного мікробіологічного обстеження мокротиння пацієнтів із МВ, встановлено найпоширеніші патогени – *St.aureus*, *Ps. Aeruginosa*, *Str. Pyogenes*, *Str. Viridans*, *Str. Agalactiae*, *St. Pneumoniae*, *C. albicans*.

У всіх хворих дітей було виявлено зниження рівня  $25(\text{OH})\text{D}_3$ , що склало  $29,28 \pm 0,21$  нг/мл, у порівнянні з групою здорових дітей -  $34,22 \pm 0,29$  нг/мл. Оцінка отриманих даних відносно рівня гідроксихолекальциферолу показала, що у дітей, які інфіковані *Ps. Aeruginosa*, *Str. Agalactiae*, *St. pneumoniae* визначаються найменші показники  $25(\text{OH})\text{D}_3$ , та становлять  $27,60 \pm 1,42$ ;  $25,81 \pm 1,98$  та  $26,25 \pm 3,37$  відповідно ( $p < 0,05$ ).

Серед всіх обстежених дітей рівень LL-37 був значно підвищений -  $24,73 \pm 0,33$  нг/мл, порівняно з групою контролю -  $7,74 \pm 0,27$  нг/мл. При порівнянні рівнів LL-37 серед різних мікроорганізмів

виявлено, що найбільше його значення визначалось у пацієнтів, у яких висіяно *St. Pneumoniae*, та складав  $30,8 \pm 4,76$  нг/мг.

**Висновки.** У всіх пацієнтів, хворих на МВ, у яких було висіяно зазначені мікроорганізми, було виявлено достовірне зниження  $25(\text{OH})\text{D}_3$  ( $p < 0,001$ ), порівняно із групою здорових дітей. Рівень антимікробного пептиду кателіцидину був значно підвищений ( $p < 0,001$ ) серед усіх висіяних мікроорганізмів, порівняно із групою здорових дітей. Найменша концентрація  $25(\text{OH})\text{D}_3$  спостерігалась серед пацієнтів, у яких висіяно *Ps. Aeruginosa*, *Str. Agalactiae*, *St. Pneumoniae*, а найбільше підвищення LL-37 – у пацієнтів з *St. Pneumoniae*.

А.І. Дзьоба, В.О. Шапринський, А.П. Король

## СИНДРОМ МЕЛЛОРИ – ВАЙССА. ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУ КРОВОТЕЧІ

Кафедра хірургії №1

В.О. Шапринський (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** На теперішній час відсутня єдина думка про причини виникнення та механізми розвитку синдрому Меллорі – Вайсса (СМВ), а отже і відсутнє патогенетично та етіологічно обґрунтоване лікування. Недостатнє вивчення факторів, що впливають на розвиток рецидиву кровотечі зумовлює відсутність їх адекватної профілактики.

**Мета:** Встановлення етіологічних та патогенетичних факторів виникнення СМВ, прогнозування рецидиву кровотечі.

**Матеріали і методи:** 182 хворих ретроспективної (I) групи та 41 хворий проспективної (II) групи. Пацієнти II групи були поглиблено обстежені на предмет супутньої патології. Додаткові лабораторні дослідження крові, ендоскопічне дослідження, ультрасонографія органів черевної порожнини, рентгенографія з контрастуванням шлунку барієм. Досліджено аутопсійний морфологічний матеріал стравохідно-шлункового переходу та печінки 3 хворих I групи та матеріал інтраопераційної біопсії кардіального відділу шлунку хворого II групи.

**Результати:** У пацієнтів II групи хронічний гепатит виявлено у 46,34 %. Грижу стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), або недостатність кардії у 56,1 %, виразкову хворобу у 9,76 %, запальні захворювання стравоходу, шлунку, ДПК у 46,34 % хворих. На основі отриманих даних I та II груп нами виділено фактори (гіпотези), які б могли мати достовірний вплив на виникнення рецидиву кровотечі. В результаті тестування гіпотез встановлено, які з них достовірно ( $p < 0,05$ ) впливають на виникнення РК. При цьому ступінь впливу їх на вірогідність виникнення РК різна, що дозволило нам створити математичну модель прогнозу вірогідності РК у хворих на СМВ:

$r = \{1 + \exp(-\text{regpred})\}^{-1}$ , де  $r$  - прогнозована вірогідність РК,  $\exp$  – експонента,  $\text{regpred}$  - регресійний предиктор виду.

$\text{regpred} = 0,0597 * (\text{вік}) - 0,658 * (\text{ступінь активності кровотечі } \{F1a, F1b\}=0, \{F1a, F1b\}=1, F1c=2, F1d=3) - 1,018 * (\text{локалізація розриву в кардіальному відділі шлунку}) + 1,926 * (2 \text{ і більше розривів}=1; \text{ відсутні, одиночний}=0) + 0,728 * (\text{зловживання алкоголю напередодні}=1) - 5,617 * (\text{легкий ступінь крововтрати}) - 2,376 * (\text{середній ступінь крововтрати}) + 1,977 * (\text{наявність ВХШ/ВХДП}) - 0,887 * (\text{група крові } 0(I); \text{ група крові } \{A(II), B(III), AB(IV)\}=1).$

Модель високоінформативна (90 %), високочутлива (90 %) та високоспецифічна (84,9 %).

За результатами гістологічного дослідження аутопсійного та біопсійного матеріалу в абдомінальному відділі стравоходу виявлені зміни венозної архітекτονіки, ерозійно- виразкові ураження багатошарового плоского епітелію, ознаки езофагіту. Морфологічні зміни кардіального відділу шлунку проявлялись повнокрів'ям, розширеними просвітами судин обмінної ланки та водночас дегенеративними змінами їх стінок. В печінці мали місце деструктивні та дистрофічні зміни в гепатоцитах, некроз та гістіолімфоцитарна інфільтрація, проліферація фібробластів та фіброз інтерстицію, що являлось ознаками хронічного гепатиту.

**Висновки:** Висока частота супутньої патології та морфологічні дані вказують на етіологічну роль

при СМВ. Розроблена математична модель визначення ризику рецидиву кровотечі.

А.І.Дуб

## ДОСЛІДЖЕННЯ ГІПОЛІПІДЕМІЧНОЇ АКТИВНОСТІ НОВОЇ ФІТОКОМПОЗИЦІЇ НА ОСНОВІ ШОВКОВИЦІ БІЛОЇ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ 2 ТИПУ

Кафедра управління та економіки фармації з технологією ліків

І.М. Кліщ (засл. діяч науки і техніки України, д.біол.н., проф.)

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Актуальність.** Цукровий діабет (ЦД) є одним із найпоширеніших захворювань сьогодення, яке тісно пов'язане з епідемією ожиріння та вражає майже всі системи організму і порушує їх нормальне функціонування. Дисліпідемія є одним з основних факторів ризику серцево-судинних захворювань при ЦД, тому для лікування хворих важливим є не лише глікемічний контроль, але й корекція порушень ліпідного обміну. Завдяки властивостям флавоноїдів проявляти антиоксидантну, гіпоглікемічну та гіполіпідемічну активність, препарати на їх основі можна вважати патогенетичним лікуванням із багатофакторним впливом при мінімальних токсичних проявах.

**Метою** роботи було дослідити гіполіпідемічну активність нової фітокомпозиції, що містить сухі екстракти листя шовковиці білої (*Morus alba* L.), стулок квасолі звичайної (*Phaseolus vulgaris* L.), пагонів чорниці звичайної (*Vaccinium myrtillus* L.) на експериментальній моделі цукрового діабету 2 типу.

**Методи дослідження.** ЦД моделювали шляхом одноразового інтраперитонеального введення стрептозотоцину (65 мг/кг) із попереднім введенням нікотинаміду (230 мг/кг) статевозрілим самцям щурів. Через 2 тижні після індукції діабету, підтверджували розвиток інсулінорезистентності та розпочинали лікування. Як референс-препарати використовували настій лікарського рослинного збору «Арфазетин» (12 мл/кг) та суспензію синтетичного гіпоглікемічного засобу – метформін (150 мг/кг). Тваринам дослідної групи вводили фітокомпозицію у дозуванні 100 мг/кг (з розрахунку сухого екстракту листя шовковиці білої), яке було експериментально визначено у попередніх дослідженнях. Для чистоти експерименту тваринам інтактного контролю та контрольної патології вводили аналогічний об'єм розчинників. Евтаназію тварин здійснювали під тіопенталовим наркозом та проводили визначення показників ліпідного обміну.

**Основні результати.** Встановлено, що нова фітокомпозиція достовірно знижує концентрацію проатерогенних фракцій холестеролу у порівнянні з групою контрольної патології, що призводило до суттєвого зниження коефіцієнта атерогенності – на 37,7 % відносно групи контрольної патології, що на 13,8 % та 10,9 % нижче від референс груп, тварини яких отримували настій збору «Арфазетин» та метформін відповідно.

**Висновки.** Отримані результати доводять перспективу подальших досліджень нової фітокомпозиції для профілактики та лікування цукрового діабету 2 типу та діабетичної дисліпопротеїдемії.

В.М. Жмурчук

## ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ОБМІНУ ЗАЛІЗА У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра педіатрії №2

В. М. Дудник (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність:** Бронхіальна астма (БА) залишається світовою проблемою і на сьогоднішній день. Поширеність БА в світі коливається в межах від 1 до 18%, а серед дітей — від 5 до 10%. Сучасні уявлення представляють бронхіальну астму, як хронічне запалення дихальних шляхів, для якого

характерна обструкція бронхів, їх гіперреактивність, виділення густого мокротиння, що супроводжується відповідними клінічними проявами. Синтропія БА та дефіциту заліза є досить частою патологією в педіатрії. Від 10% до 17% дітей, хворих на БА, мають зміни червоного паростка кровотворення.

**Мета:**дослідити зміни та порівняти показники обміну заліза у дітей, хворих на БА, залежно від ступеня тяжкості захворювання.

**Матеріали та методи:**Проведено комплексне обстеження 184 дітей, хворих на БА, віком від 6 до 17 років на базі пульмонологічного відділення ВОДКЛІ. В якості контрольної групи обстежено 40 здорових дітей. Визначення заліза, загальної та латентної залізовв'язуючої здатності сироватки крові проводили колориметричним та розрахунковим методами. Визначення рівня ферритину та вміст розчинних рецепторів до трансферину (sTfR) в сироватці крові проводили імуноферментним методом (ELISA). Оцінка важкості БА проведена відповідно до рекомендацій протоколу №868 «Бронхіальна астма у дітей» та відповідно до критеріїв GINA (перегляд 2018 р.) Матеріали дослідження відповідають основним біоетичним нормам Гельсінської декларації.

**Результати дослідження:**Серед обстежених дітей, хворих на БА, за статтю та віком переважали хлопчики- 61,1% віком 6-11 років. Більша частина дітей мали легкий персистуючий перебіг- 59% хворих, середньоважкий перебіг діагностувався у 31%, а важкий лише у 10% дітей. Провівши порівняння показників обміну заліза залежності від ступенями тяжкості БА нами було встановлено, що показники сироваткового залізата рівні феритину були достовірно нижчими у дітей, хворих на БА, із персистуючим важким перебігом( $8,83 \pm 1,02$  мкмоль/л та  $20,41 \pm 2,12$  мкг/л відповідно) по відношенню до групи із легкою БА( $14,39 \pm 1,5$  мкмоль/л та  $27,84 \pm 3,7$  мкг/л відповідно). Проаналізувавши розрахункові показники, виявилось, що латентна залізовв'язуюча здатність сироватки та відношення розчинних рецепторів трансферину до феритину були достовірно підвищеними у дітей, хворих на БА, із персистуючим важким перебігом ( $50,67 \pm 2,22$  мкмоль/л та  $2,58 \pm 1,31$  мг/мг відповідно) по відношенню до групи із легкою БА( $42,00 \pm 3,2$  мкмоль/л та  $1,22 \pm 0,39$  мг/мг відповідно). ( $P < 0,05$ )

**Висновки:**Проведене дослідження показало, що порушення показників обміну заліза у дітей, хворих на БА, залежали від ступеня тяжкості захворювання. Найбільш глибокі порушення зареєстровані при тяжкій БА, що може свідчити про перенапруження та виснаження процесів відповідальних за кровотворення та ферокінетику в умовах наростаючої гіпоксії.

Д.О. Жупанова

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИХОВАННЯ, ПРАВИЛЬНОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ НАРКОМАНІЇ

Кафедра філософії та суспільних наук

Л.М.Пономарьова (ст. викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** За офіційними даними, в Україні зареєстровано 500-550 тисяч наркоманів, з них понад 170 тисяч вживають наркотики регулярно, хоча реальне їх число значно, в десятки разів може бути більшими. З них п'ята частина – школярі, 60% у віці 16-30 років. У сім'ях наркоманів діти починають знайомитися з наркотиками в 6-8 річному віці. Щорічний приріст числа наркоманів збільшується на 5-10%, особливо за останні 5 років спостерігається небачене його зростання. Ця тривожна ситуація вимагає більш глибокого осмислення і реального впливу на спосіб життя молодих поколінь.

**Мета:** Акцентувати увагу молоді на проблемах наркоманії в медичному, соціальному і юридичному аспектах в Україні.

**Матеріали та методи:** Проведено аналіз міжнародних наукових джерел, статистики та інформації з проблеми наркоманії в світі та в Україні.

**Результати:** Наркоманія – прогресуюче захворювання, що руйнує волю, почуття, емоції і функції всіх регуляторних і детоксикаційних систем організму. Медичний аспект включає вплив на нервову

систему, соціальні критерії – масштабні впливу на деградацію особистості, юридичні критерії регламентують наркотичні речовини. Відомо декілька груп наркотичних речовин, тому в класифікацію наркотиків входять: опіодні анальгетики, стимулятори, алкоголь, нікотин, транквілізатори і снодійні. При передозуванні настає кома зі смертельним результатом – від паралічу дихального центру, зупинки серцевої діяльності. Ринок нових психоактивних речовин в Україні швидко розвивається: найбільш поширений, як і в Європі, канабіс, опіати, макова соломка та їх аналоги, амфетаміни, психотропні речовини. До «елітних» наркотиків відноситься кокаїн, але в умовах європейського достатку краще застосовують героїн. Промислові райони України, з капіталом і фінансами – сприятливе підґрунтя для наркобізнесу і наркотрафіку (Одеса, Дніпро, Харків, Запоріжжя, Донецьк, Київ, в західних регіонах – Львів, Закарпаття, Волинь, Рівне). Особистості наркоманів як «наркоманські типажі» надзвичайно різноманітні – від кримінальних до обдарованих інтелектуальних людей, але з «виворотом» поведінки в сім'ї, де вони приносять горе або навіть смерть. Наркоманом може стати будь-хто, якщо він навіть один раз «пробував» наркотик. Придбання наркотиків можливо через інтернет, «закладки», мобільний зв'язок, з рук в руки. В Україні законодавство як принцип відповідальності за вживання наркотиків відсутня, однак вона поширюється на виготовлення, придбання, зберігання або їх перевезення (Ст. 309 КК). Добровільне звернення за медичною допомогою і лікуванням звільняє наркомана від кримінальної відповідальності, також як і допомогу юристам при «здачі» препарату.

**Висновки:** Багатогранні аспекти наркоманії вимагають активної реалізації різноманітних спектрів впливу на молоді покоління, з метою обмеження поширення цих людських трагедій.

Б.П.Зарічнюк

## **ВИБІР МОДЕЛЕЙ БЕЗПЕКИ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ**

Кафедра біологічної фізики, медичної апаратури та інформатики

Ю.П.Гульчак (к.т.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Впровадження телемедицини в медичних закладах значно підвищує вимоги до захисту інформації на всіх рівнях починаючи від первинного і до третинного. На перший план виходять питання захисту персональних даних пацієнтів.

**Мета:** Опираючись на ключові закони і підзаконні акти в галузі інформатизації медичної галузі проаналізувати базові моделі безпеки інформаційних систем (ІС) і сформулювати основні вимоги до захисту медичних інформаційних ресурсів при практичному впровадженні таких моделей в закладах охорони здоров'я різних рівнів.

**Матеріали та методи:** Для розробки і впровадження найбільш прийнятної політики безпеки будь-якої організації необхідно керуватись наявною нормативно-правовою базою, актуальною на даний період. В роботі використані нормативні документи, які регламентують процеси інформаційної взаємодії з точки зору захисту інформації, починаючи від Закону України «Про захист персональних даних» і до розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні» до 2020 року.

**Результати:** Для аналізу існуючих моделей безпеки медичних ІС використано критерії переваги цінності інформаційних ресурсів установи перед затратами на реалізацію та підтримку вибраної моделі безпеки. Так, як медичні заклади не використовують інформацію, що є державною таємницею, не пов'язані з іншими організаціями, що використовують таємну інформацію, ми можемо їх віднести до класу безпеки С1 згідно міжнародного стандарту ISO/IEC 15408 «Критерії оцінювання безпеки інформаційних технологій».

Клас безпеки С1 вимагає впровадження в організації довірчого керування доступом і реєстрацію дій суб'єктів. Системи класу С1 містять засоби контролю, і керування доступом, які дають змогу визначати обмеження для окремих користувачів.

Для впровадження в практику заходів по захисту інформації в МІС важливо визначити яким чином і за допомогою яких засобів можливо забезпечити достатній рівень захисту з мінімальними

затратами ресурсів медичного закладу. В роботі проаналізовані функціональні профілі захищеності автоматизованих систем D та C класів і запропоновані оптимальні профілі забезпечення конфіденційності, цілісності та спостережності для медичних установ первинного, вторинного і третинного рівнів.

**Висновки:** Оптимальну модель безпеки можливо впроваджувати лише для окремого рівня виходячи з виконання вимог для вибраного класу безпеки. Для первинного рівня перевагу слід надати моделі довірчого розмежування доступу для медичних амбулаторій і, в окремих випадках, з елементами рольового розмежування для центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Для вторинного та третинного рівнів - адміністративного з елементами рольового розмежування доступу.

Б.П.Зарічнюк

## ЗНАЧЕННЯ ДОБОВОГО-ЕЗОФАГО-ІМПЕДАНС-РН-МОНІТОРИНГУ В ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ПОХОДЖЕННЯ ПЕЧІЇ

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

В.М.Чернобровий (д.мед.н.,проф)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:**Печія є провідним симптомом, який притаманний ГЕРХ, функціональній печії та гіперсенситивному стравоходу. Для диференціації походження печії (ГЕРХ, функціональні розлади стравоходу)загально визнаним золотим стандартом є добовий-езофаго-імпеданс-рН-моніторинг.

**Мета:**вивчити показники добового езофаго-імпеданс-рН-моніторингу для діагностики походження печії при ГЕРХ, функціональній печії та гіперсенситивному стравоході.

**Матеріали та методи:**Проведено обстеження 14 осіб з неерозивною ГЕРХ та її клініко-ендоскопічною вірогідністю (6 чол. та 8 жін.) віком від 26 до 82 років. За результатами добового-езофаго-імпеданс-рН-моніторингу вивчались показники Acidexposuretime (АЕТ), Demeester, MNBI дистального сегмента стравохода та величини взаємовідношення MNBI-proximal/MNBI-distal.

**Результати:**У пацієнтів з неерозивною ГЕРХ та клініко-ендоскопічною вірогідністю неерозивної ГЕРХ показник добового езофаго-рН-моніторингу АЕТ мав тенденцію до збільшення у разі наявності печії ( $13.95 \pm 2.92$  проти  $6.64 \pm 2.97$ ,  $p = 0.41$ ).

У групі пацієнтів з печією з 14 досліджених у 4 спостерігалось значне перевищення показника АЕТ, відповідні значення показника становили  $23.3 \bullet 24.5 \bullet 30.5 \bullet 100\%$  (норма 4-6%) що підтверджує наявність кислотозалежного захворювання стравоходу, а саме ГЕРХ. Це також підтверджується показником Demeester який становив у 4 з 14 пацієнтів які мали печію відповідно  $22.6 \bullet 35.1 \bullet 38.9 \bullet 79.8$  (норма менше 14.72). В тіму 10 з 14 пацієнтів підтвердження ГЕРХ по даним показникам не було. Ще більш інформативним групі пацієнтів з печією був показник MNBI дистального сегмента стравоходу: у 7 з 14 пацієнтів ( $835 \text{ Ом} \bullet 1290 \text{ Ом} \bullet 1300 \text{ Ом} \bullet 1860 \text{ Ом} \bullet 1860 \text{ Ом} \bullet 1860 \text{ Ом} \bullet 1900 \text{ Ом}$ ) констатовано порушення цілісності слизової оболонки дистального відділу стравоходу, притаманне ГЕРХ. Дана версія підтверджувалася також величинами взаємовідношення MNBI-proximal/MNBI-distal ( $0.45 \bullet 0.83 \bullet 0.87 \bullet 0.88 \bullet 1.07 \bullet 1.09 \bullet 1.13 \bullet 1.17$ ).

Ілюстрацією можливого зв'язку печії з гіперсенситивним стравоходом може бути констатація збільшення (33-60, при нормі 30) кількості слабокислих рефлюксів у 6 з 14 пацієнтів, які мали печію. Відомо що слабо кислі рефлюкси в межах рН 4,0-6.99 можуть бути достатнім подразнюючим фактором, який призводить до відчуття печії. До цього слід додати, що у 4 з 14 пацієнтів які мали печію констатовано збільшення за добу кількості рідинних рефлюксів у межах 57-106 (норма до 55). Характерно що у 3 з 14 пацієнтів які мали печію була збільшена загальна кількість рефлюксів (90-124 норма до 80).

**Висновок:**добовий езофаго-імпеданс-рН-моніторинг дає змогу підвищити ефективність діагностичного пошуку за рахунок диференціації походження печії: ГЕРХ, функціональна печія, гіперсенситивний стравохід.

О.В.Звягіна

## ОСОБЛИВОСТІ РІЗНИХ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ВАРІАНТІВ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ 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.** Анемія часто домінує серед ускладнень анкілозового спондиліту (АС). Частота анемічного синдрому серед хворих на АС коливається в межах 18,5 – 45,8 % хворих. Найчастішими варіантами анемічного синдрому у хворих на АС є анемія хронічного захворювання (АХЗ) у 33,3% – 78,72% пацієнтів, залізодефіцитна анемія (ЗДА) у 21,28% – 66,7% та поєднання анемії хронічного захворювання з дефіцитом заліза (АХЗ+ЗДА).

**Мета дослідження.** Вивчити особливості різних патогенетичних варіантів анемічного синдрому у хворих на АС.

**Матеріали та методи.** Обстежено 118 пацієнтів (102 (86,4%) пацієнта чоловічої статі та 16 (13,6%) жіночої) з АС (діагноз виставлявся згідно модифікованих Нью-Йоркських критеріїв), що знаходилися на лікуванні в ревматологічних відділеннях Вінницького НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М. І. Пирогова. Вік пацієнтів був в межах від 19 до 75 років. Усі хворі були розподілені на три групи: хворі на АС без анемічного синдрому, з анемічним синдромом та контрольна група, що включала 26 практично здорових людей без аутоімунних системних захворювань. Для кожного пацієнта вимірювали рівень гемоглобіну (Hb), еритроцитів, MCV, рівень заліза в сироватці, загальну залізо зв'язуючу здатність сироватки (ЗЗЗС), сироватковий феритин, коефіцієнт насичення трансферину (КНТ), розчинні рецептори трансферину (sTfR). Діагноз анемії виставляли при зниженні концентрації Hb < 120 г/л. Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакета статистичних програм «Microsoft Office Excel 2007».

**Результати дослідження.** Анемічний синдром був діагностований у 34 (28,8%) пацієнтів, анемія I ступеня була у 27 (79,4%), анемія II ступеня – у 7 (20,6%). АХЗ діагностовано у 15 (44,1%) хворих, АХЗ з дефіцитом заліза у 10 (29,4%) хворих та ЗДА у 8 (23,5%). У 1 (3%) пацієнта була діагностована В<sup>12</sup>-дефіцитна анемія. У групі хворих з АХЗ вірогідно більше було чоловіків, ніж жінок 4:1, тоді як у групі з ЗДА співвідношення 1:1. За цитометричною характеристикою у 75% пацієнтів ЗДА мала мікроцитарний характер, а АХЗ та АХЗ+ЗДА (86,8% та 70% відповідно) – нормоцитарний. Серед хворих з ЗДА II ступінь анемії виявляється частіше (у 62,5%), ніж у групах з АХЗ та АХЗ+ЗДА (у 10% та 13,4% відповідно). В групі хворих з АХЗ були вищі показники MCV (на 22%), рівень заліза (на 27,9%), КНТ (на 46,8%), рівень феритину (на 36%), та меншими рівень ЗЗЗС (на 27%) та рівень sTfR (на 54%) відносно групи хворих з ЗДА. Показники групи хворих з АХЗ+ЗДА займали проміжні значення.

**Висновки.** Найчастіше серед хворих на АС зустрічається АХЗ, рідше АХЗ+ЗДА та ЗДА. АХЗ мала нормоцитарний характер та найвищі показники MCV, заліза, феритину, КНТ, гематокриту, найнижчі рівні ЗЗЗС та sTfR,  $p < 0,05$ . Пацієнти з ЗДА за цитометричною характеристикою мали мікроцитарний характер, найвищі рівні еритроцитів, ЗЗЗС та sTfR, найнижчі показники MCV, заліза, КНТ та феритину,  $p < 0,05$ . АХЗ+ЗДА за усіма показниками займала проміжне місце.

Н.Ю.Звягіна

## ВИВЧЕННЯ ТА ОПТИМІЗАЦІЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ КОРЕКЦІЇ ДИСКООРДИНАЦІЇ ПОЛГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Кафедра акушерства та гінекології N 2

В.В. Лазуренко (д.м.н., проф.)

Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність:** Перебіг пологів та післяпологового періоду, стан плода та новонародженого багато в чому визначаються характером скорочувальної діяльності матки. Розповсюдженість аномалій пологової діяльності зустрічається у 7-20% жінок. Їх негативний вплив на роділлю і плід призводить до високої частоти оперативного розродження, пологового травматизму, патологічної крововтрати, післяпологових септичних ускладнень, материнської та перинатальної захворюваності. Серед аномалій пологової діяльності важливе місце займає дискоординація пологової діяльності – порушення координації скорочень різних відділів матки. Клінічна картина характеризується гіпертонусом нижнього сегменту, нерегулярними, сильними, різкоболючими переймами і нагадує таку, як при загрозі розриву матки.

**Мета дослідження:** нормалізувати скоротливу діяльність матки, перебіг і результат пологів шляхом використання різних методів корекції дискоординації пологової діяльності.

**Матеріали та методи:** Обстежено 120 роділь. 1 група - з фізіологічним перебігом пологів, 30 жінок; 2 група – роділлі, яким проводилась корекція дискоординації пологової діяльності згідно з наказом МОЗ України №676, від 31.12.2004, 30 жінок; 3 група – роділлі з дискоординацією пологової діяльності, яким для корекції пологової діяльності проведена регіонарна анестезія, 30 жінок; 4 група – роділлі, яким проводилась медикаментозна корекція дискоординації пологової діяльності лікарським засобом, діючою основою якого є фосфатидилхолін, 30 жінок; Зроблено статистичний аналіз партограм роділь. Проведена медикаментозна корекція дискоординації пологової діяльності препаратом діючою речовиною якого є фосфатидилхолін, виробник ЗАО Біолек (Україна). Використана регіонарна анестезія для корекції дискоординації пологової діяльності шляхом введення анестетика в субарахноїдальний простір.

**Результати:** Дослідження показали, що у групі №2, де корекція пологової діяльності проводилась згідно з наказом МОЗ України №676, від 31.12.2004 був найнижчий рівень кесаріва розтина – 33,3%. У групі №3, де корекція дискоординації пологової діяльності проводилась за допомогою регіонарної анестезії, процент кесаріва розтина досяг 66,7%. В групі №4, де корекцію дискоординації пологової діяльності проводили за допомогою препарату, діючою речовиною якого є фосфатидилхолін, кількість пологів, що завершилися оперативним втручанням була 40%. Враховуючи данні партограм роділь 2,3 та 4 групи, чії пологи закінчилися фізіологічним шляхом, можна сказати, що у другій та четвертій групі пороліль зменшилась частота виникнення ранніх та пізніх децелерацій. Приймаючи до уваги отримані результати, ми можемо зробити наступні висновки.

**Висновки:** Ефективними методами корекції дискоординації пологої діяльності є рекомендації наказу МОЗ України, та використання лікарського засобу, діючою речовиною якого є фосфатидилхолін. Завдяки отриманим результатам ми можемо підвищити ефективність профілактики та корекції дискоординації пологової діяльності. На підставі отриманих даних, можливо оптимізувати процес корекції дискоординації пологої діяльності з урахуванням стану роділлі та стану плода. Отримані результати в подальшому дають можливість мінімізувати витрати на лікування роділь з дискоординацією пологової діяльності в пологах шляхом зменшення кількості акушерських ускладнень у роділь, мінімізувати витрати на профілактику та їх лікування.

К.Є. Зінкевич

## **ГЕНЕТИЧНИЙ ВПЛИВ НА ПОКАЗНИКИ СИЛИ У СПОРТСМЕНІВ**

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

С.С. Сухань (асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Відомо, що успіх у будь-якій сфері діяльності людини, враховуючи і спорт, на 75-80% залежить від її генотипу, і лише 15-20% дають її виховання, навчання, тренування та інші фактори навколишнього середовища. Встановлені фактори спадковості, які приймають участь у забезпеченні швидких і адекватних відповідей на фізичне навантаження. Професійний спорт, перш за все, направлений на досягнення найвищих результатів, ріст спортивної майстерності у



конкретному виді спорту. Однак, показники, які демонструють спортсмени у спорті, вже не збільшуються з роками по експоненті, оскільки досягнули межі тренуваності і фізичних функціональних можливостей, які закладені в генетичних структурах людини.

**Мета:** Метою нашого огляду стало вивчення генів, експресія яких забезпечує показники сили у спортсменів і подальше впровадження цих знань у практику, що допоможе удосконалити методику відбору і тренування у конкретних видах спорту.

**Матеріали та методи:** Проаналізували дані вітчизняних та зарубіжних літературних джерел за даною тематикою.

**Результати:** АСТN3( $\alpha$ -актин-3) Ангіотензинзв'язуючий білок. Входить до складу системи, яка стабілізує скорочувальний апарат м'язових волокон. При досліджах, було виявлено, що недостатність у скелетних м'язах  $\alpha$ -актин-3 поєднується зі зниженням швидкісних та силових можливостей. При гомозиготному(ТТ) варіанті білок відсутній, але це не призводить до серйозних змін у м'язах; виявляється у спортсменів, що займаються видами спорту, які вимагають витривалості. Генотипу (СС) значно більше у групі спринтерів і спортсменів, що займаються силовими видами спорту.

CNTF – має стимулюючу активність по відношенню до нервових гангліїв, мотонейронів і симпатичним нейронам. Дія CNTF на м'язи призводить до збільшення кількості м'язових волокон, а також стимулює утворення міофібрил в процесі відновлення м'язів. Експресія CNTF збільшується у відповідь на ушкодження м'язових волокон. Гомозиготний генотип АА пов'язаний з більш низькими показниками м'язової сили. А;А – знижена м'язова сила, збільшений час реабілітації після травм G;G – адекватна реакція на навантаження і швидке відновлення як м'язової так і нервової тканини IL15RA - Інтерлейкін-15 (IL-15) найрозповсюдженіший цитокін скелетних м'язів. Показано, що IL-15 вивільнюється у відповідь на пошкодження м'язової тканини, і є маркером її ураження. Концентрація IL-15 в плазмі крові збільшується після дії високих фізичних навантажень. IL-15 також попереджають деградацію м'язових білків. У спортсменів с генотипом ТТ м'язи добре реагують у відповідь на збільшення фізичного навантаження, швидко адаптуються. Генотипи TG і GG характеризуються високими показниками м'язової сили, легко переносять силові навантаження

**Висновок:** Отже, за результатами даного огляду, можна говорити про актуальність вивчення генетичних схильностей спортсменів до конкретних видів спорту, пов'язаних із силою, що допоможе покращити результати та розробити ефективніші методи тренування. Але, зважаючи на недостатність розвитку даної галузі науки, взаємодія експресії генів є недостатньо вивченою і потребує подальших досліджень.

К.Є. Зінкевич

## ЕНДОГЕННА КАНАБІНОЇДНА СИСТЕМА – «МІШЕНЬ» ДЛЯ ПОШУКУ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Кафедра фармакології

О.М. Денисюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** В останні роки зростає інтерес до медичного застосування засобів, що містять канабіноїди. На сьогоднішній день у США, Канаді, багатьох країнах Європи прийняті закони про легалізацію лікарської марихуани та дозволені до використання препарати, що містять канабіноїди.

**Мета:** висвітлити особливості ендогенної канабіноїдної системи (ЕКС) та визначити можливості терапевтичного впливу на неї при різних патологічних станах.

**Матеріали і методи:** публікації з даної тематики у вітчизняній та зарубіжній фаховій літературі.

**Результати:** ЕКС відіграє важливу роль у регуляції вітальних функцій та включає ендоканабіноїди (найвідоміші - анандамід та 2-арахідоноілгліцерин) та ендоканабіноїдні рецептори (CB-1 та CB-2). Основними функціями ЕКС є модулюючий вплив на активність нейромедіаторних систем (опіоїд-, серотонін-, ГАМК-, глутаматергічних), контроль ноцицепції, вплив на розвиток запальних реакцій

та імунної відповіді, підтримання м'язового тону, контроль сну та харчової поведінки. Враховуючи це, вивчення можливостей фармакологічної регуляції ендоканабіоїдної трансмісії є важливим напрямком експериментальної фармакології. Так, досліджуються препарати коноплі та канабіноїди рослинного походження (тетрагідроканабінол (ТГК), канабідіол) та їх синтетичні аналоги. У них виявлено знеболюючий, протизапальний, протиблювотний, орексигенний, антиспастичний, антидепресивний, анксиолітичний, протипухлинний ефекти, які можуть бути корисним в лікуванні хронічного больового синдрому (онкологія, ревматологія, фіброміалгія), епілепсії (в т.ч. дитячої - синдроми Драве і Леннокса-Гасто); онкопатології (рак товстої кишки, молочної залози та ін.); розсіяного склерозу; хвороб Альцгеймера та Паркінсона; посттравматичних стресових розладів; анорексії; глаукоми; для усунення нудоти при проведенні хіміотерапії. Для лікування зазначених патологій можуть бути використані такі групи засобів, що впливають на ЕКС:

I. «Лікарські засоби» - офіційно зареєстровані препарати на основі канабісу: Дронабінол, Набілон, Левонантрадол (містять синтетичний ТКГ); Набіксімокс (рослинного походження, містить ТКГ і канабідіол); Епідіолекс (містить синтетичний канабідіол).

II. «Препарати конопель» - ліцензовані засоби на основі сировини з коноплі: «Бедрокан» (містить квіти канабісу).

III. Харчові добавки на основі конопель: насіння конопель та олія з нього («Нemp-oil»).

Застосування цих препаратів і зняття заборони на використання «медичної марихуани» обмежено серйозними побічними ефектами, такі як пристрасть (хоча і менша, ніж при використанні інших психоактивних речовин), гострі психози, депресії, суїцидальні прояви, когнітивні розлади. Проте для деяких хворих застосування цих препаратів – це можливість жити без болю і судом.

**Висновки:** Отже, фармакологічний вплив на ЕКС - відносно новий та перспективний напрямок медицини. Лікарські засоби на основі канабісу можуть стати суттєвим доповненням до традиційної терапії при стійких больових синдромах, судомних розладах та ін.

Н.М. Кондратюк  
**МОЖЛИВОСТІ ЕКСПРЕС-ГАСТРО-рН-МОНІТОРИНГУ  
ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ УСПІШНОСТІ ЕРАДИКАЦІЇ H.PYLORI**

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

І.Г. Палій (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:**Добовий гастро-рН-моніторинг є «золотим стандартом» контролю ефективності кислотоблокуючої дії будь-яких блокаторів секреції хлористоводневої кислоти і, зокрема, ІПП. Однак, через свою тривалість, даний метод не може широко використовуватись у повсякденній практиці. Альтернативою добовому гастро-рН-моніторингу може бути методика експрес-гастро-рН-моніторингу, яка розроблена і впроваджена у гастроентерологічну практику проф. Чернобровим В.М.

**Мета роботи:** Встановити критерії значень рН експрес-гастро-рН-моніторингу для проведення успішної ерадикації H.p.

**Методи:**Нами проаналізовано результати експрес-гастро-рН-моніторингу у 49 пацієнтів з кислотно-залежними захворюваннями, інфікованих H.p. Пацієнтам проводилась потрійна ерадикаційна терапія в стандартних дозах: ІПП+кларитроміцин + амоксицилін або орнідазол протягом 7 днів. Контроль експрес-гастро-рН-моніторингу здійснювався через  $6,7 \pm 0,6$  з використанням професійного стендового вимірювача для рН AG-1rN-M.

Аналіз результатів експрес-гастро-рН-моніторингу проводився шляхом вивчення комплексу показників рН шлунка: мінімальний рН (min рН), максимальний рН (max рН), середньоарифметичний рН (X рН), мода рН (Mo рН), медіана рН (Me рН). Додатково вивчалось значення середньоарифметичного рН та стандартної похибки кожного виміру внутрішньошлункового рН при введенні та виведенні рН-мікрозонду. Контроль ерадикації

здійснювався через 4 тижні після завершення ерадикаційної схеми з використанням дихального уреазного тесту (IRIS, Вагнер, Німеччина). За результатами дослідження пацієнти були розділені на групи: 39 пацієнтів з успішною (група 1) та 10 пацієнтами з невдалою (група 2) ерадикацією.

**Результати:** Порівняння параметрів експрес-гастро- рН- моніторингу у пацієнтів з обох груп показали, що пацієнти групи 2 мали значно нижчі ( $p < 0,05$ ) показники внутрішньошлункового рН порівняно з пацієнтами групи 1. Зокрема,  $\text{min}$  рН становив ( $3,68 \pm 0,45$  проти  $4,8 \pm 0,33$ ), макс. рН ( $5,6 \pm 0,56$  проти  $6,8 \pm 0,16$ ), рН ( $4,2 \pm 0,61$  проти  $5,6 \pm 0,28$ ), рН Мо ( $3,9 \pm 0,76$  проти  $5,7 \pm 0,3$ ) і рН Ме ( $4,0 \pm 0,55$  проти  $5,5 \pm 0,3$ ). Було встановлено тісний кореляційний зв'язок ( $p < 0,03$ ) між успішною ерадикацією Н.р. та показником внутрішньошлункового  $\text{max}$  рН ( $\rho = 0,3$ ) під час проведення антигелікобактерної фармакотерапії, а також ( $p < 0,05$ ) між успішною ерадикацією Н.р. та середнім показником внутрішньошлункового  $X$  рН ( $\rho = 0,27$ ). Додатково встановлено кореляційний зв'язок ( $p < 0,03$ ) між успішною ерадикацією Н.р. та показником внутрішньошлункової Мо рН ( $\rho = 0,3$ ).

Водночас, для показників  $\text{min}$  рН та Ме рН такого взаємозв'язку не встановлено. Так, для  $\text{min}$  рН коефіцієнт рангів Спірмена дорівнював 0,2 ( $p > 0,05$ ), для Ме рН  $\rho = 0,25$  ( $p > 0,05$ ).

**Висновки:** При проведенні антигелікобактерної фармакотерапії необхідно, щоб комплекс показників внутрішньошлункового рН (за результатами експрес-гастро-рН-моніторингу) становив для  $\text{max}$  рН  $\geq 6,8$  од., для  $X$  рН  $\geq 5,6$  од., для Мо рН  $\geq 5,7$  од., оскільки для цих показників встановлено тісний кореляційний зв'язок із успішною ерадикацією Н.р.

В.В.Корольчук, Н.А.Барціховська, В.П.Рауцкіс

## РОЛЬ ЕПШТЕЙН-БАРА ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ФОРМУВАННІ ГІПЕРТРОФІЇ НОСОГЛОТКОВОГО МИГДАЛИКА У ДИТЯЧОМУ ВІСІ

Кафедра ЛОР-хвороб

А.І.Барціховський (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** однією з основних причин постназальної обструкції є гіпертрофія носоглоткового мигдалика (аденоїди). В подальшому аденоїди призводять до численних ускладнень (риніти, синусити, отити) і порушення пропорційності розвитку не тільки порожнини носа, верхньої щелепи, обличчя але й тулуба, що визначається симптомокомплексом аденоїдизма (Лайко А.О. з співавт., 2010; Рауцкіс П.А., 2007). Дослідження, що виконані в різних регіонах за останні роки визначили певні асоціативні зв'язки (15-93,3 %) між інфікуванням вірусом Епштейн-Бара і рекурентним (Endo L.H. et al., 2001) і хронічним тонзилітом (Seishima N. et al., 2017), аденоїдитом (Karlıdağ T. et al., 2012) і гіпертрофією піднебінних (Endo L.H. et al., 2001) і носоглоткового мигдалика (Al-Salam S. et al., 2011; Endo L.H. et al., 2002; Karlıdağ T. et al., 2012; Seishima N. et al., 2017; Hue X.C. et al., 2014). Однак, в доступних літературних джерелах нами не знайдено даних поширеності і вплив інфікування вірусом Епштейн-Бара у хворих на алергічні захворювання з назальною обструкцією. Тим більше, що обидва патологічних стана пов'язані зі зміною імунологічної реактивності і зумовлюють назальну обструкцію.

**Мета:** дослідження поширеності і впливу інфікування вірусом Епштейн-Бара на формування гіпертрофії носоглоткового мигдалика серед хворих на алергічні захворювання.

**Матеріали та методи:** методом специфічних моноклональних антитіл IgG до ранього (ЕА) і ядерного (НА) антигена віруса Епштейн-Бара вивчено поширеність і вплив на формування гіпертрофії носоглоткового мигдалика Епштейн-Бара вірусної інфекції у 22 дітей віком 2-16 років з алергією, які проходили відеоендоскопічне дослідження носоглотки з метою диференційної діагностики алергічного риніту і аденоїдів (Барціховська Н.А., Корольчук В.В., 2017) з назальною обструкцією у Вінницькому алергоімунологічному центрі «Клініка професора Пухлика» за період з 2017 по 2018 роки.

**Результати:** В результаті аналізу результатів 89 відеоендоскопічних досліджень носа і носоглотки у 22 дітей з метою диференційної діагностики алергічного риніту і аденоїдів одночасно

проводилось алергологічне обстеження і типування специфічних антитіл до антигенів вірусу Епштейн-Бара. Серед хворих з гіпертрофією носоглоткового мигдалика ІІВ-ІІІ ступенів у 14 (63,6 %) визначено позитивну реакцію на перенесену в минулому або активну на час обстеження на інфікування вірусом Епштейн-Бара.

**Висновки:** Таким чином, серед 63,6 % хворих на алергічні захворювання з постназальною обструкцією внаслідок гіпертрофії носоглоткового мигдалика ІІВ-ІІІ ступенів визначено позитивну реакцію на інфікування вірусом Епштейн-Бара, що необхідно враховувати при комплексному патогенетичному лікуванні хворих на аденоїди в т.ч. з супутньою алергією.

О.О. Ксенчин

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГЕРХ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

В.М. Чернобровий (проф., д. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Якість життя хворої людини у сучасній медицині розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Їх вивчення дозволяє визначити рівень якості життя як окремої особи, так і цілих груп, і встановити, за рахунок якого складника він підвищується чи знижується та на що необхідно вплинути, щоб покращити якість життя (скоригувати лікування, надати соціальну підтримку та ін.).

**Мета:** Провести оцінку якості життя за допомогою опитувальника MOS-SF-36 у пацієнтів з ГЕРХ, в залежності від наявності в них коморбідної патології.

**Матеріали та методи:** У дослідженні прийняло участь 104 пацієнти з ГЕРХ, що були розділені на 3 групи: ізольований перебіг ГЕРХ - 31 пацієнт, ГЕРХ з коморбідною патологією (незалежно від типу коморбідної патології) - 73 пацієнти, ГЕРХ з коморбідною АГ – 32 пацієнти. Усі пацієнти були проанкетовані за допомогою опитувальника MOS-SF-36. Отримані дані проаналізовані по 8 шкалам: фізичне функціонування, рольова діяльність, соматична біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я.

**Результати:** Нами встановлено достовірне зниження фізичного функціонування (PF) як в групі з коморбідним перебігом ГЕРХ, так і в групі пацієнтів з ГЕРХ та АГ ( $70,55 \pm 2,6$  проти  $80,66 \pm 3,58$  в групі з ізольованим перебігом ГЕРХ та  $67,66 \pm 3,92$  проти  $80,66 \pm 3,58$  в групі з ізольованим перебігом ГЕРХ,  $p < 0,05$ ). Також достовірне погіршення ( $p < 0,05$ ) виявлене в психологічному здоров'ї (MH) пацієнтів з коморбідним перебігом ГЕРХ, і в групі пацієнтів з ГЕРХ та АГ в порівнянні з групою пацієнтів з ізольованою ГЕРХ ( $57,7 \pm 2,2$  проти  $66,19 \pm 3,87$  в групі з коморбідним перебігом ГЕРХ та  $55,25 \pm 3,30$  проти  $66,19 \pm 3,87$  в групі пацієнтів з ГЕРХ та АГ).

**Висновки:** Оцінка результатів вивчення якості життя у пацієнтів показала достовірний негативний вплив наявності коморбідної патології на рівень фізичного функціонування, емоційного функціонування та психологічного здоров'я у пацієнтів з ГЕРХ. Це повинно бути врахованим при призначенні та проведенні контролю лікування у таких пацієнтів, оскільки метою будь-якого лікування є наближення якості життя хворих до рівня практично здорових людей.

О.В. Куцак

## ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ -4,6 ТА ЯДЕРНО -ТРАНСКРИПЦІЙНОГО ФАКТОРУ NF-κB В СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА IL4RA ЗА МУТАЦІЄЮ Pe50Val В ПОЗИЦІЇ rs1805010

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Багаточисленні молекулярно-генетичні та епідеміологічні дослідження визначили спадкову роль та вплив тригерних чинників в розвитку алергічної бронхіальної астми (БА). БА завжди залишається актуальною проблемою педіатрії, так як поширеність її в дитячій популяції становить від 5 до 10%.

**Мета:** визначити особливості вмісту інтерлейкінів-4,6 та ядерно-транскрипційного фактору NF- $\kappa$ B в сироватці крові хворих на алергічну бронхіальну астму, залежно від поліморфного маркера гена IL4RA за мутацією Ile50Val в позиції rs1805010.

**Методи:** загально-клінічні, імуноферментні, молекулярно-генетичні, статистичні.

**Матеріали:** Нами був проведений аналіз розподілу алелей та генотипів поліморфного маркера гена IL4RA за мутацією Ile50Val у 75 хворих на бронхіальну астму та 25 практично здорових дітей шкільного віку. Генотипування гена IL4RA за мутацією Ile50Val здійснювали за допомогою ПЛР в позиції екзонного секвестування в позиції rs1805010. Імуноферментні дослідження з визначення вмісту IL-4, IL-6, ЯТФ NF- $\kappa$ B виконали за допомогою ІФА. Відповідність розподілу частот алелей та генотипів перевіряли на рівновагу Харді-Вайнберга.

**Результати:** Проведене обстеження виявило 52 дитини з персистуючою та 23 з інтермітуючою БА. Результати дослідження встановили підвищення вмісту IL-6 у 1,7 рази у хворих - носіїв генотипу G/G поліморфного маркера гена IL4RA за мутацією Ile50Val, порівняно з показниками IL-6 генотипу A/A та в 1,4 - порівняно з вмістом IL-6 у носіїв генотипу A/G та в 1,8 – порівняно з показниками практично здорових дітей. У носіїв генотипу A/G поліморфного маркера гена IL4RA за мутацією Ile50Val, встановили підвищення IL-4 в 1,6 рази у хворих-носіїв генотипу A/A та в 2,2 рази вищим у носіїв – генотипу G/G та в 1,9 вищим, порівняно з показником практично здорових дітей. Було виявлено, що рівень NF- $\kappa$ B у хворих на БА становив 7,34 пг/мл та в 2,3 рази був вищим, порівняно з показником практично здорових дітей. Вміст IL-4, IL-6 та ЯТФ NF- $\kappa$ B при інтермітуючому перебігу також підвищувався залежно від генотипів A/A, A/G, G/G поліморфного маркера гена IL4RA за мутацією Ile50Val та в 2,5 рази були вищими порівняно з показником практично здорових дітей. При персистуючому перебігу – вміст IL-4, IL-6 та ЯТФ NF- $\kappa$ B в сироватці крові хворих за генотипами поліморфного маркера гена IL4RA за мутацією Ile50Val, спостерігався підвищений рівень IL-6 лише у носіїв мутантного генотипу G/G, який в 1,6 рази переважав вміст IL-6 у носіїв гомозиготного генотипу A/A в 1,6, а в 1,4 рази – у носіїв гетерозиготного генотипу A/G ( $p < 0,05$ )

**Висновки:** Отже, вміст інтерлейкінів-4,6 та ядерно-транскрипційного фактору NF- $\kappa$ B в сироватці крові хворих на алергічну бронхіальну астму, залежав від носійства генотипів A/A, A/G, G/G поліморфного маркера гена IL4RA за мутацією Ile50Val в позиції rs1805010.

С.О. Магдебур

## РОЛЬ СИСТЕМИ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В КАНЦЕРОГЕНЕЗІ

Кафедра фармакології

Н.І. Волощук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Тривалий час гідроген сульфід вважали токсичним газом із запахом тухлих яєць, який здатний пригнічувати тканинне дихання, а відтак проявляти негативну дію як на ЦНС, так і на дихальну систему. Проте в останні роки накопичилось все більше фактів, які свідчать про важливу роль цієї молекули як в регуляції фізіологічних функцій організму, так і в патогенезі багатьох захворювань. Описана роль  $H_2S$  в розвитку патологічних процесів серцево-судинної системи, неврологічних, ендокринних захворювань, запальних реакцій тощо. Однак роль  $H_2S$  в канцерогенезі вивчена значно менше.

**Мета роботи:** проаналізувати літературні дані щодо участі ендогенного та екзогенного гідроген сульфід у прогресуванні раку різної локалізації та визначити основні механізми впливу на канцерогенез.

**Матеріали та методи:** семантичний аналіз періодичних наукових видань та інтернет-джерел з даної проблеми.

**Результати:** Дослідження останніх років показали підвищену експресію H<sub>2</sub>S-продукуючих ензимів в ракових клітинах різних тканин. В найбільшій мірі це стосується раку товстої кишки та яєчників, в яких виявлено надмірну продукцію цистатіонін-β-синтази (ЦБС) та підвищений вміст H<sub>2</sub>S, який стимулює пухлинний ріст. Це відбувається за рахунок посилення біоенергетичних процесів в ракових клітинах, активації проліферації, міграційних та інвазивних сигнальних шляхів та поліпшення пухлинного ангиогенезу. За цих умов доведено, що введення інгібіторів синтезу H<sub>2</sub>S або генетична супресія ЦБС зменшує біоенергетику ракових клітин *invitro*, інгібує ріст пухлин та метастазування *invivo* та посилює протипухлинну дію хіміотерапевтичних засобів. Проте для інших видів раку – наприклад, меланоми – не було виявлено зв'язку ендогенної продукції H<sub>2</sub>S з її ростом і проліферацією. Існують інші дослідження, які показують, що посилення активності ЦБС і підвищення рівня гідроген сульфідів значно пригнічує ріст і проліферацію клітин гліоми. Це дає змогу висловити гіпотезу, що низькі (ендогенні) рівні H<sub>2</sub>S посилюють, тоді як високі (внаслідок додаткового введення донорів H<sub>2</sub>S) – навпаки, інгібують проліферацію ракових клітин.

**Висновок.** Існуючі неповні та інколи суперечливі дані щодо ролі H<sub>2</sub>S в канцерогенезі обумовлюють необхідність подальших досліджень механізмів, які ведуть до підвищення експресії H<sub>2</sub>S-продукуючих ферментів в ракових клітинах; участі H<sub>2</sub>S-асоційованих механізмів в біоенергетиці клітин; ролі H<sub>2</sub>S-сигналіngu в механізмах проліферації та клітинної смерті, встановлення біомаркерів продукції H<sub>2</sub>S у хворих на рак; досліджень взаємодії H<sub>2</sub>S, який утворюється в клітинах пухлин з його мікрооточенням, в т.ч. раковимистовбуровими клітинами; дослідження не тільки змін в експресії/ активності H<sub>2</sub>S-продукуючих ферментів, але і тих, що приймають участь в його метаболізмі та деградації; взаємодію системи H<sub>2</sub>S з іншими газоподібними медіаторами (NO та CO) при раку; а також дослідження фармакологічних засобів, які модулюють активність ЦБС в якості потенційних протипухлинних препаратів.

В.М. Макаров

## ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНУЮЧИМИ МЕТОДАМИ

Кафедра хірургії №1

В.О. Шапринський (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** черезшкірне зовнішнє дренирування абсцесів печінки в поєднанні з санацією порожнини гнійника антисептиком і адекватною антибіотикотерапією стає одним із основних малоінвазивних хірургічних методів лікування абсцесів печінки.

**Мета:** висвітлити переваги черезшкірного пункційно-дренуючого методу лікування абсцесів печінки.

**Матеріали та методи:** Об'єктами дослідження були 134 хворих з абсцесами печінки (АП), які знаходились на лікуванні у відділенні абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І.Пирогова за період з 2008 по 2019 роки. Хворі з АП були розподілені на наступні групи: групу порівняння, у яку увійшло 64 хворих (47,7%), прооперованих з 2008 по 2013 роки, яким проводився стандартний комплекс обстеження та лікування, та групу вивчення, основну, яка була репрезентативна першій за статтю, віком, причинами та локалізацією АП, в яку увійшло 70 хворих (52,3%), прооперованих з 2014 по 2019 роки. У цих пацієнтів застосовувався розроблений діагностичний алгоритм та запропонована програма лікування і використовувалися малоінвазивні хірургічні методики лікування. Обидві групи були репрезентативні. В групі порівняння і основній жінок було більше, аніж чоловіків. Вік хворих складав від 27 до 83 років, середній вік 55±1,4 роки.

**Результати:** Показами до застосування черезшкірного зовнішнього дренирування абсцесів печінки були сформовані АП передньої і бокових поверхностей печінки, розмірами від 3 -5 і більше сантиметрів. Даний метод успішно застосовувався нами у 38 пацієнтів основної групи та у 8 групи

порівняння. Показами до видалення дренажу були: загальне покращення самопочуття, нормалізація температури тіла і показників крові, значне зменшення залишкової порожнини абсцесу, припинення виділень з нього. Загоєння залишкової порожнини залежало від розмірів і щільності капсули, і як правило, наставало від кількох тижнів до місяця коли паренхіма печінки повністю відновлювалась. З ускладнень, які ми спостерігали це – жовчопідтікання-2, незначне виділення крові -3, плеврити -3. В 3 випадках прийшлося провести передренування оскільки на наступний день повністю переставав виділятися вміст через дренажну трубку з гнійника (після спорожнення гнійника і зменшення її порожнини можливий перегиб дренажа). Всі пацієнти виписались на амбулаторне лікування без летальних наслідків в задовільному стані.

**Висновки:** Таким чином, при проведенні оцінки результатів лікування хворих з абсцесами печінки з застосуванням пункційно-дренуючих методик під ультрасонографічним контролем, оптимального вибору антисептика для санації порожнини абсцеса встановлено, що перебіг післяопераційного періоду у них був більш сприятливим, ніж у хворих, яким не використовували запропоновані методики. Використання запропонованих мініінвазивних методик операції достовірно ( $p < 0,05$ ) дозволило в основній групі хворих, на відміну від групи порівняння, знизити кількість післяопераційних ускладнень з 48,3% до 13,5%, скоротити тривалість перебування хворого в стаціонарі з  $14,6 \pm 1,4$  до  $5,2 \pm 0,8$  доби та знизити післяопераційну летальність з 7,8% до 2,8%.

Н.О. Максимчук

## **ВПЛИВ ПОЄДНАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ СОРБІЛАКТУ ТА L-АРГІНІНУ НА СТАН ІОНОРЕГУЛЯТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОТОКСИКОЗОМ У ПЕРІОДІ ЙОГО РОЗВИТКУ**

Кафедра анестезіології та реаніматології

В.М. Коновчук (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м.Чернівці, Україна

**Актуальність.** Синдром ендогенної інтоксикації - це стадійний, схильний до прогресування та генералізації, багатоступеневий патологічний процес, зумовлений накопиченням у кров'яному руслі речовин ендогенного походження, які мають пошкоджуючу дію на біологічні системи (клітини, органи, тканини). Нирки закономірно включаються у коло клініко-патофізіологічних зрушень та тому потребують цілеспрямованої терапії. 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 поєданого застосування сорбілакту та L-аргініну на іонорегуляторну функцію нирок (за калієм).

**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 твердо контрастних іоноселективних електродів на аналізаторі критичних станів «Cobas 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  $4,2 \pm 0,1$  ммоль/л, II групи

–4,6±0,13 ммоль/л, III групи – 4,5±0,11 ммоль/л, IV групи –4,7±0,10 ммоль/л. Екскреція калію становила 64±3,1 мкмоль/хв. у I групі, 50,6±3,0 мкмоль/хв у II, 62,1±2,7 мкмоль/хв у III та 65,3±2,6 мкмоль/хв у IV групі. Екскретована фракція калію була 13±0,6 % у I групі, 17±0,6 % у II, 18±0,5 % у III та 19±0,5 % у IV. Інтегративним показником є кліренс калію що дорівнював 15±0,7 мл/хв у I групі, 11±0,8 мл/хв у II, 14±0,5 мл/хв у III та 14±0,4 мл/хв у IV групі.

**Висновки:** При поєднаному використанні сорбілакту та L-аргініну на перший день спостереження не спостерігається значного впливу на іонорегуляторну функцію нирок (за калієм).

Ю.Ю.Мартінова  
**ТРИВОЖНІСТЬ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ТА ЇЇ СПЕЦИФІКА**  
Кафедра медичної психології  
та психіатрії з курсом ПО  
Ю.Ю. Мартінова(ас.,к.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м.Вінниця, Україна

**Мета:** визначити суть тривожності студентів-медиків та її специфіку.

**Методи дослідження:** З метою виявлення особливостей тривожності у студентів-медиків нами було застосовано дослідження за методикою «Шкала тривожності» Дж. Тейлора та опитування за методикою «Дослідження тривожності» Ч. Спілбергера-Ю. Ханіна. Звертаючись до результатів дослідження за методикою «Шкала тривожності» Дж. Тейлора, зауважимо, що переважна більшість опитуваних (70%) вирізняється середнім із різними тенденціями (тобто, до низького або високого) рівнем тривожності. Розкриваючи специфіку прояву тривожності в студентів, доцільно окремо відзначити, що з-поміж опитаних до зовнішнього яскравого вираження реакції на стрес більш схильні дівчата, ніж хлопці. На другому етапі нашого емпіричного дослідження було проведено опитування за методикою «Дослідження тривожності» Ч. Спілбергера-Ю. Ханіна. Як показало дослідження, 17% опитуваних мають досить високий рівень тривожності, зовнішні прояви якої провляються у нервовості та швидкій зміні настрою. Для 13% досліджуваних є характерним низький рівень тривожності, що свідчить про їхню стресостійкість, що є професійно важливою рисою майбутнього фахівця.

Студенти-медики, що потрапили до категорії з високим рівнем тривожності (16%), наділені схильністю сприймати все дуже яскраво, особливо у випадку, якщо це стосується їх зовнішності та особистісних якостей. Таким особистостям важко вислуховувати критику на свою адресу, і якщо вони її чують, то дуже важко переносять. Студентів з низьким рівнем (16%) слід стимулювати до діяльності, вказувати на їх значущість, зацікавлювати в різних видах діяльності, перш за все в межах університету.

**Висновки:** Як показало дослідження, студентам-медикам у переважній більшості притаманний середній рівень тривожності, що проявляється в їх надмірному хвилюванні перед очікуваними труднощами та досягненням результатів, а також заниженій самооцінці, порушенні врівноваженості та задоволення власним життям.

Т.М. Маслоїд  
**ДИНАМІКА КАРДІАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ КОМБІНОВАНІЙ БАЗИСНІЙ ТА  
ГІПОТЕНЗИВНІЙ ТЕРАПІЇ 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:** У клінічній картині внутрішніх хвороб гіпертонічна хвороба у хворих на хронічне



обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) діагностується одним з найчастіших коморбідних станів. За даними різних авторів, частота гіпертонічної хвороби при ХОЗЛ варіює в широких межах, досягаючи 76,3%, і становить в середньому 34,3% випадків. Проблеми фармакотерапії можуть бути утруднені на тлі побічних реакцій різних груп лікарських засобів.

**Мета:** Вивчити вплив базисної та гіпотензивної терапії на динаміку показників артеріального тиску та тиску в легеневій артерії у пацієнтів при ХОЗЛ, ускладненого легеневою артеріальною гіпертензією (ЛАГ) та коморбідного з гіпертонічною хворобою.

**Матеріали і методи:** В пульмонологічному відділенні ВОКЛ м. Вінниці було обстежено 48 пацієнтів, з загостренням ХОЗЛ II та III ступенів, ускладненого ЛАГ і коморбідного з гіпертонічною хворобою II стадії, середній вік -  $51,68 \pm 4,68$  років. Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: 24 пацієнти з ХОЗЛ II ступеня і 26 пацієнтів з ХОЗЛ III ступеня. Діагноз верифіковано за розробленим нами детальним протоколом обстеження хворого, також за протоколами GOLD, інструментально-лабораторними методами, згідно наказу МОЗ України № 555. Ультразвукове дослідження серця проводили за допомогою апарата «НДІ - 5000» в імпульсному режимі. Середній тиск в легеневій артерії (СрДЛА) розраховували за формулою А. Kitabatake та ін., за часом прискорення потоку з правого шлуночка. Рівень артеріального тиску оцінювали за допомогою добового моніторингу артеріального тиску на апараті АВРМ - 04 («Meditech», Угорщина), оцінювали показники середнього добового систолічного артеріального тиску (САТ) і середнього добового діастолічного артеріального тиску (ДАТ). 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, гіпотензивну терапію для корекції тиску в малому та великому колах кровообігу (амлодипін 5 мг). Всі дослідження та контроль ефективності терапії виконували до та через 3 місяці після лікування

**Результати:** Показники САТ після 3 місяців лікування у пацієнтів з ХОЗЛ II знизились на 15,45%, а при ХОЗЛ III знизились на 21,62%. Показники ДАТ також знизились після курсу терапії на 14,18% при ХОЗЛ II, та на 20,34% при ХОЗЛ III. Після проведеної терапії показники СрДЛА при ХОЗЛ II покращились на 24,39%, коли при ХОЗЛ III на 18,95%. ( $p < 0,05$ ). За період лікування у 16,67% пацієнтів не було досягнуто бажаних показників тиску як у великому, так і в малому колах кровообігу.

**Висновки:** Гіпотензивна монотерапія при лікуванні пацієнтів з ХОЗЛ, ускладненого ЛАГ і коморбідного з гіпертонічною хворобою II стадії є недостатньою і потребує додаткової корекції.

М.М. Маціпура

## РАННІ РЕЗУЛЬТАТИ МОНОКОНДИЛЯРНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Кафедра травматології та ортопедії

П.М. Жук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Методика монокондилярного ендопротезування є малоінвазивною, ощадною, пов'язана зі швидким відновним періодом. Зважаючи на суттєві переваги методики парціальної артропластики та невинний ріст частоти дегенеративно-дистрофічних захворювань колінного суглоба проблема її вивчення є актуальною.

**Мета:** оцінити ранні результати монокондилярного ендопротезування у пацієнтів з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями колінного суглоба.

**Матеріали та методи:** В досліджувану групу включено 35 хворих з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями колінного суглобу, 16 (45,71 %) чоловіків та 19 (54,29 %) жінок. Середній вік обстежених становив  $64,14 \pm 6,6$  років. У переважній більшості осіб – 32 (91,43 %) встановлено ознаки гонартрозу з переважним ураженням медіального відділу, у решти 3 (8,57 %) – асептичний некроз медіального виросту стегнової кістки. Односторонній процес спостерігався у 26 (74,29 %)

пацієнтів, у решти 9 (25,71 %) – процес мав двосторонній характер ураження. Усім пацієнтам групи було виконано моноконділярне ендопротезування колінного суглоба. Період спостереження становив  $8,34 \pm 3,32$  міс. В до операційному та у віддаленому періодах лікування, стан колінного суглобу та функціональну спроможність пацієнта оцінювали з допомогою опитувальника Knee Society Score. Вірогідність безпомилкового прогнозу встановлювали при  $p \leq 0,05$ . Для статистичної обробки матеріалів використовували програму Statistica 10.

**Результати:** В доопераційному періоді стан колінного суглоба пацієнтів оцінювали як задовільний –  $61,48 \pm 3,0$  балів. Задовільні характеристики встановлено у 24 (68,57 %) обстежених, незадовільні – у 11 (31,43 %) пацієнтів групи. Середні функціональні результати доопераційного періоду становили  $64,94 \pm 3,15$  балів. У переважній більшості хворих – 31 (88,57 %) спостерігалися задовільні функціональні результати, ще у 4 (11,43 %) – встановлено добрі функціональні результати. У віддаленому післяопераційному періоді стан колінних суглобів оцінювався як відмінний –  $83,77 \pm 4,41$  балів. У більшості пацієнтів – 29 (82,86 %) встановлено відмінні характеристики, у 6 (17,14 %) – добрі. Середній функціональний результат оперованого суглобу у віддаленому періоді становив –  $85,54 \pm 3,11$  балів. Відмінні функціональні результати встановлено у 32 (91,43 %) обстежуваних, у решти 3 (8,57 %) – результати оцінювали як добрі. При порівнянні результатів отриманих в доопераційному та ранньому післяопераційному періодах встановлено достовірно кращі результати стану колінного суглобу ( $p < 0,000001$ ) та функціональної спроможності пацієнтів ( $p < 0,000001$ ) після імплантації моноконділярного ендопротезу.

**Висновки:** Таким чином, доведено високу ефективність моноконділярного ендопротезування пацієнтів з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями колінного суглоба. Крім того, встановлено достовірно кращі результати стану колінного суглобу та функціональної спроможності пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді, порівняно з результатами отриманими при первинному зверненні.

А.С. Моргун

## МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ БЕНЗОГЕКСОНІЄМ

Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти

А.І. Суходоля (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гострий панкреатит (ГП) – одне з найпоширеніших хірургічних захворювань черевної порожнини, яке складає близько 3 % від усіх хворих, госпіталізованих у хірургічні стаціонари. У хворих з ГП спостерігається значна кількість ускладнень та висока летальність (20-45 % при деструктивних формах ГП). Важкість стану пацієнтів при ГП багато в чому залежить від присутності органної недостатності, а внутрішньочеревна гіпертензія (ВЧГ) є однією з причин розвитку і посилення органної недостатності при ГП. Тому очевидно, що корекція ВЧГ є одним із шляхів покращення результатів лікування ГП.

**Мета:** знизити кількість ускладнень і летальність шляхом застосування бензогексонію для корекції ВЧГ при ГП.

**Матеріали і методи:** Для вирішення поставленого завдання ми дослідили вплив гангліоблокатора бензогексонію на рівень внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) при ГП. Проаналізовано результати обстеження і лікування 20 хворих, які розділені на 2 групи: 1 група ( $n=10$ ) – хворі отримували базове лікування згідно з Клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим із ГП (інфузійна терапія, знеболюючі, спазмолітики, антисекреторна терапія, антибіотики за показами - Наказ МОЗ України №297 від 2.04.2010 р.); 2 група ( $n=10$ ) - хворі додатково отримували бензогексоній у середній терапевтичній дозі 25 мг (1 мл 2,5% розчину) внутрішньом'язево кожних 8 годин з метою зниження рівня ВЧТ. Хворим обох груп проводився моніторинг ВЧТ кожні 6 год протягом всього часу перебування в стаціонарі.

**Результати:** У хворих, що отримували бензогексоній відмічено деяке зниження середнього значення

ВЧТ в порівнянні з контрольною групою – з  $11,5 \pm 2,7$  мм. рт. ст. до  $10,9 \pm 2,5$  мм. рт. ст. У 7 хворих з 10 спостерігалась стійка артеріальна гіпотонія (середній артеріальний тиск нижче 70 мм. рт. ст.), і відповідно, абдомінальний перфузійний тиск знижувався нижче рівня 60 мм. рт. ст., що є негативним прогностичним фактором для перебігу ГП. У 2 хворих з супутньою гіпертонічною хворобою і у 1 без супутньої патології не було стійкої гіпотонії після застосування бензогексонію, і абдомінальний перфузійний тиск залишався нормальним.

**Висновки:** Бензогексоній знижує ВЧТ при ГП, але через зниження абдомінального перфузійного тиску рутинне його призначення для корекції ВЧГ при ГП не може бути рекомендоване. Проте він може застосовуватись в комплексному лікуванні ГП, ускладненого синдромом ВЧГ в якості допоміжного засобу або екстреної терапії поряд з іншими нехірургічними засобами.

О. М. Мордвінова, О. А. Філевич

## **ЗМІНИ ФАЗ КЛІТИННОГО ЦИКЛУ ГЕПАТОЦИТІВ ТА ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ПЕЧІНКИ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГІПОТИРЕОЗУ**

Кафедра патологічної фізіології

Н. А. Рикало (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Тиреоїдна патологія, яка серед ендокринних захворювань посідає друге місце після цукрового діабету, уражає 3% - 13,5% населення (Lai Y. et al, 2016). В Україні показник захворюваності на гіпотиреоз – клінічний синдром, що викликаний дефіцитом тиреоїдних гормонів (ТГ) – становив у 2011 р. 22,1 на 100 000 (Паньків В.І., 2012). ТГ регулюють рівень метаболізму гепатоцитів, а печінка, у свою чергу, синтезує ферменти, що дейодинізують Т4, тим самим регулюючи їх системні ендокринні ефекти. Таким чином, гіпотиреоз може призводити до порушення різних функцій гепатобіліарної системи (Malik R., Hodgson N, 2002).

**Мета роботи:** Дослідження функціонального стану печінки та фаз клітинного циклу печінки щурів в умовах експериментального гіпотиреозу.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось на 30 нелінійних лабораторних щурах масою 90-100г. Перша група – 10 тварин (контроль), яким вводили тільки розчинник – 1% суспензію крохмалю інтрагастрально, друга – 20 щурів, яким моделювали гіпотиреоз шляхом введення препарату «Мерказоліл», виробництва ТОВ "Здоров'я" в дозі 10 мг/кг маси тіла на 1% суспензії крохмалю 1р/добу інтрагастрально. З експерименту половину тварин виводили на 14 добу, решту – на 28 добу під тіопенталовим наркозом. Проведено цитофлуориметричне дослідження показників ядер гепатоцитів на проточному цитометрі "PartecPAS" фірми Partec (Німеччина), біохімічний аналіз сироватки крові щурів на «Vital Microlab 300» (США) реактивами фірми «Pointe Scientific Inc» (США) і статистичну обробку отриманих показників з використанням критерію Стьюдента.

**Результати:** У групі щурів з експериментальним гіпотиреозом, вірогідно ( $p < 0,05$ ) знизився рівень загального білірубіну, спостерігалася гіпоглікемія і гіперліпідемія, яка є фактором ризику розвитку неалкогольної жирової інфільтрації печінки. Достовірно знизився АЛТ на 27,6% ( $p < 0,05$ ), АСТ – на 26,3% ( $p < 0,01$ ) на 28 день експерименту, також спостерігали одночасне збільшення значень ЛФ і ГГТ, які в сироватці крові є маркерами холестазу. У тварин з модельованим дефіцитом ТГ вірогідно ( $p < 0,05$ ) збільшився на 12% відсоток ядер клітин печінки в стані апоптозу, зменшився ІР і зріс показник ВР, у порівнянні з групою контролю, тобто відбувалася затримка проліферації в стадії G2+М. Кореляційний аналіз виявив обернену залежність між АЛТ і G2+М фазою клітинного циклу, що може свідчити про пригнічення процесів репаративної регенерації печінки внаслідок гіпофункції щитоподібної залози.

**Висновки:** Отримані результати свідчать про порушення різних функцій печінки при дефіциті ТГ. Дослідження впливу гіпотиреозу на гепатобіліарну систему є важливим для профілактики ускладнень, зокрема холестазу і стеатозу печінки, та полегшення клінічного перебігу гіпотиреозу.

Мустафа Бассам Хуссейн  
**СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ШИЙНОГО ЕЗОФАГО-ОРГАННОГО 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.** Результати виконання резекцій, реконструктивно-відновних оперативних втручань на стравоході, не дивлячись на сучасні досягнення інтенсивної терапії, клінічної фармакології, анестезіології та реаніматології з розширенням показів до виконання радикальних операцій не можуть бути визнані задовільними, про що свідчить рівень післяопераційних ускладнень в межах 19-25 %.

**Мета:** покращити результати хірургічного лікування хворих з рубцевими стриктурами стравоходу шляхом застосування розробленого апаратного циркулярного степлерного анастомозу в ділянці ший при проведенні езофагопластики.

**Матеріали та методи.** Стриктури стравоходу за етіологією поділялись на: післяопікові – у 45 хворих, пептичні стриктури (на тлі рефлюкс-езофагіту) – у 10, післяопераційні – у 17 та пухлинні захворювання стравоходу, що представлені раком стравоходу – у 44 хворих. Усі хворі були прооперовані. Розроблений апаратний спосіб формування езофаго-органного анастомозу (рішення про видачу деклараційного патенту на корисну модель № 129/ЗУ/19 від 03.01.2019) полягає у тому, що під час проведення езофагопластики після завершення етапу формування трансплантата і проведення його на ділянку ший (через заднє середостіння при пластиці шлунковою трубкою чи ретростернально при пластиці сегментом ободової кишки) в ділянці ший у стравоході фіксують з'ємну головку циркулярного степлера шляхом накладання на нього кисетного шва. Для формування анастомозу циркулярний степлер (СН 29) заводять через надлишок трансплантата в ділянці ший, тобто, його проксимальну частину, і формують механічний анастомоз за типом «кінець в бік». Після накладання механічного шва циркулярний степлер відкривають та вилучають з просвіту органів, що зшиваються. Далі в трансплантат через сформований механічний анастомоз проводиться шлунковий зонд № 18. Лінію механічного шва додатково укріплюють П-подібними швами, що починаються і закінчуються на трансплантаті на відстані 1 см від лінії апаратного анастомозу. Спочатку накладають всі шви, а потім зав'язують їх по черзі, інвагінуючи таким чином куксу стравоходу у трансплантат. Після завершення формування анастомозу надлишок трансплантата (шлункової трубки чи ободової кишки) відсікають лінійним степлером.

**Результати.** При застосуванні розробленого способу формування апаратного езофаго-органного анастомозу неспроможність швів шийного анастомозу і стриктури спостерігались у вірогідно меншій кількості випадків – у 11,48 % хворих основної групи та у 27,27 % хворих групи порівняння ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Перевагами запропонованого способу формування анастомозу є те, що його можна застосовувати при формуванні езофагогастро- та езофагоколоанастомозу в ділянці ший під час проведення езофагопластики шлунковою трубкою чи сегментом ободової кишки, при запропонованому способі формування анастомозу досягається високий герметизм і ризик виникнення неспроможності швів є мінімальним.

О.М. Ніколова  
**СТАТУС ВІТАМІНУ D У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**  
Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології  
О.О. Яковлева (проф., д.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Зв'язок між бронхіальною астмою (БА) і ожирінням пов'язаний з двома фенотипами і трьома важливими шляхами БА: один фенотип з первинною (часто атопічною) астмою, і другий фенотип з неатопічною астмою, через нейтрофільне запалення. Виник величезний інтерес до використання вітаміну D як потенційного терапевтичного варіанту, як потужного імуномодулятора, здатного гальмувати запальні сигнали в декількох типах клітин, що беруть участь у астматичній реакції.

**Мета:** оцінити статус вітаміну D у хворих на бронхіальну астму.

**Матеріали та методи:** На базі Науково-дослідного інституту реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова обстежено хворих Подільського регіону: 14 чоловіків та 10 жінок. Середній вік чоловіків – 43,92 р., жінок – 44,5 р. Обстеження проводилося цілорічно. Усім хворим був виставлений діагноз – БА, різного ступеня важкості. Визначення вітаміну D проводилося на базі Інституту геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова НАМН України на апараті “cobas e 411” шляхом електрохемилюмінесцентного імуноаналізу “ECLICA” та з використанням тест-систем “cobas e”. Статистичні методи: регресійний аналіз. х вище розглянутих показників.

**Результати:** У хворих на БА встановлено, що при ІМТ (18,5-24,99 кг/м<sup>2</sup>, відповідає нормі) – забезпечення вітаміном D було 33,26 нг/мл; при ІМТ 25,0 – 29,99 кг/м<sup>2</sup> – надлишкова маса тіла – рівень вітаміну D становив 26,12 нг/мл; при ожирінні І ст. (ІМТ=30 – 34,99 кг/м<sup>2</sup>) – забезпеченість вітаміном D складала – 23,82 нг/мл; при ожирінні II ст. (ІМТ=35-39,99кг/м<sup>2</sup>) – рівень вітаміну D був – 27,95 нг/мл; при ожирінні III ст. (ІМТ≥40) забезпечення вітаміном D становило – 23,17 нг/мл.

Отже, при порівнянні з нормальною масою тіла спостерігається тенденція до зниження забезпечення вітаміном D при збільшенні ІМТ.

В залежності від статі рівень вітаміну D у чоловіків був: 16,48 нг/мл (3 особи), який відповідає дефіциту вітаміну D; 25,06 нг/мл (7 осіб), що характерно для субоптимального рівня, в той час як 38,16 нг/мл(4) – відповідає оптимальному рівню вітаміну D. У жінок рівень вітаміну D становив: 18,15 нг/мл (1), характерно для дефіциту вітаміну D; 26,94 нг/мл (8) – відповідає субоптимальному рівню; 41,89 нг/мл(1) – характерно для оптимального рівня вітаміну D. Забезпеченість вітаміном D у жовтні – квітні для жінок складала 26,45 нг/мл, для чоловіків – 22,72 нг/мл, а у травні – вересні рівень вітаміну D для жінок – 28,3 нг/мл та 30,15 – для чоловіків. Тобто значних розбіжностей не встановлено. Статистичні висновки не надали можливості отримати достовірні відмінності на тлі невеликих груп хворих. Це вимагає продовження аналізу серед більшої кількості хворих на БА.

**Висновки:** Отримані результати свідчать, що статус вітаміну D зворотно залежить від ІМТ: його зростання супроводжується поглибленням дефіциту чи недостатності рівня вітаміну D. Прояви недостатності та дефіциту вітаміну D статистично не залежать від статі. Різна сезонність (у чоловіків і жінок) не впливала на D-вітамінний статус.

В.П. Іванов, М.О. Колесник, О.М. Колесник

## **СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДА У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ЗАЛЕЖНО ВІД ХАРАКТЕРУ ПОРУШЕНЬ ОБМІНУ ЗАЛІЗА**

Кафедра внутрішньої медицини №3

В.П. Іванов (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Як відомо, виникнення та прогресування хронічної серцевої недостатності (ХСН) супроводжується змінами структурно-функціональних параметрів серця, які впливають на клінічний прогноз пацієнта. Дослідження впливу залізодефіциту (ЗД) на перебіг ХСН зі зниженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) та зокрема на структурно-функціональні параметри серця, є досить актуальним.

**Мета:** Визначити структурно-функціональні зміни міокарда у хворих ХСН зі зниженою ФВ ЛШ залежно від характеру порушень обміну заліза.

**Матеріали та методи:** У дослідження включено 152 хворих ХСН зі зниженою ФВ ЛШ з та без

супутнього ЗД. ХСН спричинена гіпертонічною в поєднанні зі стабільною ішемічною хворобою серця. Серед пацієнтів 110 (72,4%) чоловіків та 42 (27,6%) жінки, віком  $69,4 \pm 0,63$  років.

Виділено три основні клінічні групи: 1-а (група порівняння) ( $n=30$ ) пацієнти без ЗД, 2-а ( $n=60$ ) – із латентним ЗД, що включала 18 (30,0%) із функціональним (нормальні рівні Нь, знижене ЗС, феритин в межах 100-300 нг/мл при НТЗ < 20%) та 42 (70,0%) пацієнта з абсолютним ЗД (феритин < 100 нг/мл) та 3-я клінічна група ( $n=62$ ) – із залізодефіцитною анемією (ЗДА) в якій 25 (40,3%) хворих мали анемію I ст (Нь в межах 110-130 г/л у чоловіків та 110-120 г/л у жінок, знижене ЗС і феритин < 100 нг/мл) та 37 (59,7%) ЗДА II ст (Нь в межах 80-110 г/л для чоловіків та жінок).

Структурно-функціональні зміни серця вивчалися за допомогою ЕхоКГ за загальноприйнятою методикою. Групи хворих були співставленні по віку, статі, ІМ в анамнезі, стадії ХСН та постійної форми фібриляції передсердь.

**Результати:** Виявлено достовірно більші величини КДР –  $57,9 \pm 1,07$  мм ( $p < 0,05$ ) у групі із латентним ЗД,  $60,5 \pm 0,76$  мм ( $p < 0,001$ ) у групі із ЗДА проти  $54,9 \pm 1,00$  мм у групі без ЗД; КДО –  $171,1 \pm 7,43$  ( $p < 0,05$ ) та  $185,8 \pm 5,39$  мл ( $p < 0,001$ ) проти  $148,4 \pm 6,05$  мл, відповідно; індекс КДО –  $76,6 \pm 3,36$  ( $p < 0,05$ ) та  $86,9 \pm 3,46$  ( $p < 0,001$ ) проти  $98,8 \pm 2,99$ , відповідно; КСР –  $47,8 \pm 0,92$  ( $p < 0,03$ ) та  $50,6 \pm 0,68$  мм ( $p < 0,001$ ) проти  $44,9 \pm 1,04$  мм, відповідно; КСО –  $109,8 \pm 5,12$  ( $p < 0,01$ ) та  $123,1 \pm 4,00$  мл ( $p < 0,001$ ) проти  $93,9 \pm 4,19$  мл, відповідно; іММЛШ –  $153,4 \pm 4,80$  ( $p < 0,01$ ) та  $172,7 \pm 4,18$  г/м<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ) проти  $93,9 \pm 4,19$  г/м<sup>2</sup>; dA –  $35,9 \pm 0,60$  ( $p < 0,01$ ) та  $36,2 \pm 0,57$  ( $p < 0,01$ ) проти  $34,2 \pm 0,55$  мм, відповідно та ЛП –  $46,6 \pm 0,71$  ( $p < 0,05$ ) та  $47,9 \pm 0,64$  ( $p < 0,01$ ) проти  $44,2 \pm 0,93$  мм, відповідно Крім того згідно проведеного аналізу була виявлена достовірна різниця значень КДР, іКДО, КСР, КСО та іММЛШ між групами хворих із латентним ЗД та хворими із ЗДА.

**Висновки:** У пацієнтів з ХСН зі зниженою ФВ ЛШ наявність супутнього порушення обміну заліза, порівняно із пацієнтами без ЗД, супроводжується більш вираженими патологічними змінами показників структурно-функціональних параметрів серця, які прогресують із збільшенням ЗД від абсолютного до маніфестного.

В.П.Іванов, Т.П. Онищук

## ФАКТОРИ СЕРЦЕВО – СУДИННОГО РИЗИКУ ТА ПЛАЗМОВІ РІВНІ ГАЛЕКТИНУ-3 І АЛЬДОСТЕРОНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кафедра терапевтичних дисциплін та сімейної медицини ФПО

В.П. Іванов (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Більшість літературних джерел та ряд проведених досліджень, неодноразового наголошують на те, що профілактика серцево – судинних захворювань (ССЗ) є першочерговим завданням та є достатньо ефективним, простим та перспективний напрямком щодо поліпшення якості та тривалості життя населення. Відомі фактори ризику (ФР) такі, як, вік, куріння, надмірна вага тіла або ожиріння, спадковість – мають сильний вплив на серцево- судинний ризик у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ). Саме тому, пошук діагностичних маркерів, які б змогли на ранньому етапі виявлення хворих із АГ прогнозувати перебіг та можливі ускладнення - триває.

**Мета:** Плазмові рівні галектину – 3 і альдостерону у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії у поєднанні із такими факторами ризику (ФР), як: куріння, абдомінальне ожиріння, дисліпідемія та обтяжена серцево – судинна спадковість.

**Матеріали і методи:** У дослідження увійшло 160 хворих (80 чоловіків та 80 жінок) із ГХ II стадії, віком від 19-60 років та 29 практично здорових осіб, які склали групу контролю. Середній вік обох груп достовірно не відрізнявся ( $t=1,25$ ;  $p=0,11$ ). Плазмові рівні галектину-3 а альдостерону визначались за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА). Серед основних ФР були проаналізовані чотири: 1-й - куріння 2-й - наявність абдомінального ожиріння (у разі ІМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>), 3-й – наявність дисліпідемії, 4-й – наявність серцево-судинних захворювань у сімейному анамнезі. Виходячи з градацій рівнів альдостерону та галектину-3 було виділено: 1-й – відносно низький (ВН), 2-й – відносно помірний (ВП), 3-й відносно високий (ВВ). Статистичну обробку

здійснювали відомими методами варіаційної статистики.

**Результати:** Аналіз плазмових рівнів альдостерону та галектину-3 показав достовірно вищі рівні гормонів у пацієнтів із абдомінальним ожирінням на відміну від хворих з нормальною вагою тіла (326 проти 221 пг/мл,  $p < 0,0001$ ; 2,57 проти 1,22 пг/мл,  $p < 0,0001$ ) та наявністю біохімічних ознак дисліпідемії (303 проти 222 пг/мл,  $p < 0,003$ ; 2,16 проти 1,32 пг/мл,  $p < 0,002$ ). Більш детальний аналіз в групі із абдомінальним ожирінням та рівнями нейрогормонів показав, що в пацієнтів із абдомінальним ожирінням спостерігали значно вищу частоту випадків із ВВ (53,6% проти 4,4%,  $p < 0,001$ ; 58,0% проти 4,4%,  $p < 0,0001$ ) і зменшення з ВН (2,9% проти 41,8%,  $p < 0,001$ ; 45,1% проти 2,9%,  $p < 0,0001$ ) при порівнянні з пацієнтами з нормальною вагою. У випадках реєстрації від 2 до 4 ФР спостерігали достовірно вищий рівень альдостерону та галектину-3 в порівнянні з випадками відсутності або наявності 1 ФР (295,310 і 338 проти 212 і 232 пг/мл,  $p < 0,05$ ; 2,19, 2,34 і 2,35 проти 1,32 і 1,30 пг/мл,  $p = 0,07$ ,  $p = 1,00$ ).

**Висновки:** Доведено, значно вищі рівні плазмових концентрацій альдостерону та галектину-3 у пацієнтів із абдомінальним ожирінням, дисліпідемією та у випадках з відсутніми і 1 ФР у порівнянні з 2-4 ФР, а також у разі двох у порівнянні з 4-ма ФР.

Р.С. Остренюк

## СТАН СИСТЕМИ ГІДРОГЕН СУЛЬФІД / ЦИСТАТІОНІН-ГАМА-ЛІАЗА В МІОКАРДІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D3

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність:** За даними епідеміологічних досліджень, поширеність дефіциту вітаміну D серед дорослого населення набуває масштабу епідемії в багатьох країнах Європи, в тому числі в Україні. Як відомо, вітамін D є одним з основних регуляторів обміну кальцію та фосфору в організмі, а також виконує ряд інших біологічно важливих функцій – у формі кальцитріолу на геномному рівні регулює процеси проліферації та диференціації клітин, ангиогенезу, апоптозу, функціонування клітин імунної системи. Дефіцит вітаміну D3 розглядають як чинник різних патологічних станів, в тому числі серцево-судинних захворювань. Одним із ключових регуляторів судинного тонуусу, скоротливості міокарду та кровообігу в органах та тканинах є біологічно активна молекула – гідроген сульфід ( $H_2S$ ). Тому дослідження ролі вітаміну D в регуляції метаболізму гідроген сульфід у серцево-судинній системі є актуальним напрямком медичної біохімії.

**Мета роботи:** вивчити стан системи гідроген сульфід / цистатіонін-гама-ліаза в міокарді щурів за умов дефіциту вітаміну D3.

**Матеріали та методи:** Досліди проведені на 24 білих лабораторних щурах-самцях з початковою масою 150-160 г. У щурів дослідної групи ( $n=12$ ) відтворювали модель дефіциту вітаміну D шляхом застосування спеціальної дієти, яка не містила вітаміну D (згідно ГОСТ 7047-55), упродовж 4 тижнів. Щурі контрольної групи ( $n=12$ ) отримували стандартну крохмально-казеїнову дієту, збалансовану за всіма макро- та мікронутрієнтами. Для оцінки рівня забезпеченості вітаміном D досліджували рівень  $1,25-(OH)_2-D_3$  в сироватці крові тварин контрольної та дослідної груп імуноферментним методом. В постядерному супернатанті гомогенатів міокарду визначали активність цистатіонін-гама-ліази (КФ 4.4.1.1) в реакції десульфурування цистеїну та вміст гідроген сульфід (за методом Wiliński, 2011). Статистичну обробку результатів проводили у пакеті програм SPSS22.

**Результати:** Встановлено, що за умов дефіциту вітаміну D в міокарді щурів відбувається зниження десульфуразної активності цистатіонін-гама-ліази (в 1,8 рази,  $p < 0,05$ ) та знижується рівень гідроген сульфід (в 2,4 рази,  $p < 0,05$ ). Між рівнем  $1,25-(OH)_2-D_3$  в сироватці крові та рівнем гідроген сульфід в міокарді виявляється достовірний прямий кореляційний зв'язок ( $r_{xy} = 0,47$ ,  $p < 0,05$ ).

**Висновки:** Таким чином, дефіцит вітаміну D викликає порушення стану системи гідроген сульфід/цистатіонін-гама-ліаза в міокарді щурів, що може бути одним із чинників порушення

функціонального стану серцево-судинної системи за цих умов.

І. В. Паламарчук  
**ЗМІНИ РІВНЯ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В МІОКАРДІ ЩУРІВ ЗА  
СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОГО ДІАБЕТУ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Цукровий діабет та пов'язані з ним ускладнення збільшують ризик серцево-судинної захворюваності та смертності, сприяючи пошкодженню міокарда. Запропоновано ряд механізмів, що сприяють розвитку діабетичних ускладнень міокарда, включаючи підвищений оксидативний стрес, змінений гомеостаз кальцію, активацію апоптотичних сигналів і зниження ангиогенезу.  $H_2S$  є газотрансмітером і ендогенно генерується цистатіонін- $\beta$ -синтазою (ЦБС, ЕС 4. 2. 1. 22), цистатіонін- $\gamma$ -ліазою (ЦГЛ, ЕС 4. 4. 1. 1), 3-меркаптопіруват сульфутрансферазою (3-МСТ, ЕС 2. 8. 1. 2), цистеїн амінотрансферазою (ЦАТ, ЕС 2. 6. 1. 3), тіосульфат-дитіолсульфуртрансферазою (ТСТ, ЕС 2. 8. 1. 5).  $H_2S$  є газотрансмітером і бере участь у численних патофізіологічних і фізіологічних функціях завдяки своїй антиапоптотичній, антиоксидантній, протизапальній і проангіогенній активності, а зміни ендогенної продукції  $H_2S$  пов'язані із різними захворюваннями. Однак інформація про ендогенну продукцію  $H_2S$  у серці діабетичних щурів є дуже суперечливою та обмеженою. Недавні дослідження показали, що  $H_2S$  виконує фізіологічні функції вазорелаксації, кардіопротекції та інгібування ремоделювання судин, а також що порушення в ЦГЛ/  $H_2S$  шляху бере участь у розвитку деяких серцево-судинних захворювань.

Метою даного дослідження було вивчення порушень метаболізму серцевого обміну  $H_2S$  у щурів із стрептозоточин (STZ)–індукованим діабетом.

**Методи:** Визначали вміст  $H_2S$  та активності ЦГЛ, ЦАТ, ТСТ, вплив NaHS (екзогенного донора  $H_2S$ ) на ці показники в міокарді щурів. Для експерименту було відібрано двадцять одного білого щура-самця (180-250 г). Щурів випадковим чином розподіляли на три групи: - здоровий контроль, 4-тижнева модель цукрового діабету, 4-тижнева модель цукрового діабету, яка піддається і/п ін'єкції NaHS (14 ммоль / кг / день) протягом 28 днів. Гіперглікемію індукували однократною в/о ін'єкцією STZ (40 мг / кг).  $H_2S$  в міокарді щурів визначали за допомогою методу, описаного Wilinski (2011). Активність  $H_2S$ -синтезуючих ферментів - ЦГЛ, ЦАТ, ТСТ в гомогенатах міокарда оцінювали в адаптованому інкубаційному середовищі шляхом росту сульфідного аніона.

**Результати:** Наші результати показали, що серцевий рівень  $H_2S$  у 4-тижневих щурів, які страждають діабетом, мав тенденцію до зниження порівняно з контролем (36,7%,  $p < 0,05$ ). Наразі, після введення NaHS вміст  $H_2S$  в міокарді щурів із STZ-діабетом за середніми величинами перевищував такий в групі STZ-діабет на 23.5% ( $p < 0,05$ ) та був достовірно нижчим за контроль на 21,8% ( $p < 0,05$ ). Активність ЦГЛ, ключовий фермент, який бере участь у продукції  $H_2S$  у серцево-судинній системі, ЦАТ та ТСТ, була понижена у щурів із STZ-діабетом (відповідно на 55%,  $p < 0,05$ ; 31%,  $p < 0,05$ ; 36%,  $p < 0,05$ ), що, можливо, сприяло пониженню рівня  $H_2S$ . Введення NaHS протягом 28 днів не викликало значних змін активності ЦГЛ, ЦАТ, ТСТ.

**Висновки:** Наші результати свідчать про те, що рівні  $H_2S$  в серці STZ-діабетичних щурів були понижені внаслідок змін активності основних ферментів, що продукують  $H_2S$ , які можуть бути залучені до патогенезу серцево-судинних діабетичних ускладнень.

О.А. Панібратюк

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ЗАСТОСУВАННЯ ВАРФАРИНУ У  
КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, УСКЛАДНЕНОЇ  
ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ**

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології



**Актуальність:** Застосування антикоагулянтів є необхідним у пацієнтів на ІХС та постійну форму фібриляції передсердь (ФП), що дає змогу семикратно зменшити поширеність такого важкого ускладнення, як ішемічний інсульт (в порівнянні з пацієнтами, які їх не отримують). Іншою ж стороною медалі є безпека застосування антикоагулянтів з базовими препаратами лікування ІХС та постійної форми ФП, такими як статини та антиаритмічні препарати (дигоксин та бісопролол), оскільки саме їх найчастіше використовують для контролю частоти серцевих скорочень. Дигоксин та Симвастан посилюють дію Варфарину, Аторвастатин та Розувастатин можуть впливати на рівень Варфарину у пацієнтів, при первинному їх призначенні та підвищенні дози, у пацієнтів, які відносяться до повільних метаболізаторів цитохрому Р450, а саме СYP2C9, СYP 3A4.

**Мета:** вивчити ефективність та безпеку застосування Варфарину у поєднанні з Дигоксином, Бісопрололом та статинами у пацієнтів з ІХС та ФП.

**Матеріали та методи:** У групу спостереження було включено 35 пацієнтів (23 жінки та 12 чоловіків), яке проводилось на базі комунального закладу «Вінницький регіональний клінічний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології». Період спостереження становив від 1 року. Самопочуття та загальний стан пацієнтів оцінювався завдяки опитуванню, за 45 показниками. Ефективність Варфарину контролювалась за допомогою міжнародного нормалізованого відношення (МНВ). Безпека даної схеми терапії - за допомогою інших лабораторних обстежень: ЗАК; ЗАС; печінкових проб; ниркових проб, ліпідограми, цукру крові, КФК. Інструментальних методів: ЕКГ; УЗД серця; УЗД ОЧП та нирок.

**Результати дослідження:** Прояви кровоточивості спостерігались у 46% пацієнтів (спонтанні синці по тілу, гемофтальм, кровоточивість ясен), кровотечі у 23% (носова – 20%, маткова кровотеча – 3%), один крововилив у обидві гемісфери мозочка – закінчився смертю пацієнта. Анемія спостерігалась у 9%. Найбільш частими скаргами зі сторони ШКТ були: нудота 30%, закреп 29%, пронос 14%, метеоризм 26%, біль у правому підребер'ї 9%, біль у лівому підребер'ї 6 %, біль у епігастрії 20%, зниження апетиту 17%, підвищення рівня білірубіну 40%, жовтяниця 12%, холестаза 12%, маніфестація гепатиту 3%, маніфестація панкреатиту- 9%. Біль у м'язах 29%, слабкість м'язів 23%, розрив сухожилля 11%, міопатія 3%. Отже, результати віддзеркалюють необхідність спостереження взаємодії лікарських засобів, особливо небезпечних на тлі можливого поліморфізму генів метаболізму.

**Висновки:** Контроль за станом пацієнта, який отримує дану схему лікування, повинен бути здійснений регулярно, з акцентом на попередження виникнення коморбідної патології.

В.Л. Побережець

## СПРОМЕТРІЯ У ОСІБ ІЗ РІЗНИМИ МЕТАБОЛІЧНИМИ ФЕНОТИПАМИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

А.В. Демчук (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність.** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) характеризується гетерогенністю позалегенових проявів. На основі змін кількості жирової та м'язової тканин в організмі хворого розрізняють наступні метаболічні фенотипи ХОЗЛ: кахексія (пацієнти із зниженим вмістом жирової тканини та скелетних м'язів), саркопенія (особи із нормальною або підвищеною кількістю жирової тканини та зменшенням скелетної мускулатури), ожиріння (пацієнти із нормальним вмістом м'язової тканини при зростанні кількості жирової) та особи без виражених метаболічних порушень (вміст цих тканин в межах норми для даного віку та статі). Такі зміни кількості м'язової та жирової тканин у осіб із різними метаболічними фенотипами ХОЗЛ

потенційно можуть впливати на показники функції зовнішнього дихання.

**Мета.** Визначити особливості спірометрії у осіб із різними метаболічними фенотипами ХОЗЛ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 137 хворих на ХОЗЛ (132 чоловіки та 5 жінок), середній вік  $64,9 \pm 11,2$  років. Для визначення складу тіла використовувалась біоелектрична імпедансометрія із розрахунком індексу жирової тканини та індексу скелетних м'язів. Для оцінки вентиляційної функції легень у хворих ХОЗЛ проводилась на основі розрахунку показників об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ<sub>1</sub>), форсованої життєвої ємності легень (ФЖЕЛ) та співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ за допомогою спірометричного обстеження згідно критеріїв ATS/ERS. Статистична обробка даних проводилась за допомогою програми «SPSS 20.0».

**Результати.** Розподіл хворих ХОЗЛ на метаболічні фенотипи відбувся наступним чином: особи без виражених метаболічних порушень (34 пацієнта), ожиріння (39 пацієнтів), саркопенія (38 пацієнтів), кахексія (26 пацієнтів). Показники ОФВ<sub>1</sub> виявились найкращими в групі із ожирінням ( $54,3 \pm 14,7\%$ ), та найнижчим – в осіб із кахексією ( $32,7 \pm 14,5\%$ ) із достовірною різницею ( $p < 0,001$ ). Показник ФЖЕЛ у хворих з ожирінням також виявились найвищими ( $71,32 \pm 15,6\%$ ), а найменшими – у осіб з кахексією ( $51,8 \pm 16,7\%$ ) із достовірною різницею ( $p = 0,008$ ). Співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ виявилось найвищим у осіб без виражених метаболічних порушень ( $66,5 \pm 19,3\%$ ), найнижчим – у групі пацієнтів з кахексією ( $46,4 \pm 14,7\%$ ) із достовірною різницею ( $p = 0,003$ ).

**Висновки.** Хворі ХОЗЛ із різними метаболічними фенотипами показали різні результати спірометричної оцінки функції зовнішнього дихання. Так особи, віднесені до фенотипу із ожирінням, мали найкращі показники ОФВ<sub>1</sub> та ФЖЕЛ. Найбільше співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ притаманне особам без виражених метаболічних порушень. У той же час, пацієнти із кахексією характеризуються найгіршими показниками ОФВ<sub>1</sub>, ФЖЕЛ та співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ, що свідчить про найважче ураження функції легень у цієї групи хворих.

Т.А. Германюк, Т.І. Івко, Ю.М. Поліщук

## ПРОГНОЗ СТАБІЛЬНОСТІ ПРОДАЖІВ ЦЕФАЛОСПОРИНІВ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОЕФІЦІЄНТУ ВАРІАЦІЇ

Кафедра фармації

Т.А. Германюк (д.мед.н., проф.)

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

**Актуальність:** Негоспітальна пневмонія становить загрозу життю хворих та є провідною причиною смерті від інфекційних хвороб. Для боротьби з цим небезпечним захворюванням препаратом вибору в Україні є лікарський засіб (ЛЗ) з міжнародною непатентованою назвою цефтріаксон (згідно Уніфікованого протокола надання медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію). Вміння аналізувати і прогнозувати потребу у препаратах, стабільність продажів, коливання рівня їх споживання є необхідним для ефективної роботи аптек. На формування асортименту ЛЗ впливають багато факторів, особливо прихильність фармацевтів/провізорів до торгових назв, попит споживачів.

**Мета:** визначення прихильності фармацевтів/провізорів до різних торгових назв ЛЗ цефтріаксон на основі XYZ-аналізу.

**Матеріали та методи:** соціологічний метод опитування фармацевтів та провізорів за допомогою анкет, математично-статистичний метод – XYZ-аналіз.

**Результати дослідження:** Для здійснення дослідження було проведено соціологічне опитування 100 фармацевтів/провізорів Вінницької області. За допомогою XYZ-аналізу встановлено, що до категорії X (препарати із стабільною величиною споживання, незначними коливаннями у попиті та високою точністю прогнозу) увійшли препарати цефтріаксону з торговими назвами Цефтріаксон (Індія), Цефтріаксон (Україна), Лораксон (Ірак), Медаксон (Кіпр). Значення коефіцієнтів варіації для цих препаратів знаходиться в інтервалі від 0 до 10%. До категорії Y (препарати з відомими тенденціями визначення потреби в них і середніми можливостями прогнозування) були включені

препарати цефтріаксону з торговими назвами Ротацеф (Турція) та Емсеф (Індія). Значення коефіцієнтів варіації – від 10 до 25%. До категорії Z (споживання нерегулярне, будь-які тенденції відсутні, точність прогнозування невисока) увійшли препарати цефтріаксону з торговими назвами Алвобак (Іспанія), Белцеф (Індія). Значення коефіцієнтів варіації для них склали понад 25%. За результатами опитування фармацевтів/провізорів було встановлено, що найбільш часто пацієнти вибирають ЛЗ виготовлені в Україні та Індії. Причинами такої прихильності на думку фармацевтів/провізорів є висока їх ефективність, доступність за ціною та постійна наявність в аптеках.

**Висновки:** На регіональному фармацевтичному ринку України високою точністю прогнозу споживання (категорія X) володіють препарати цефтріаксону з торговою назвою Цефтриаксон (Індія), Цефтриаксон (Україна), Лораксон (Ірак) та Медаксон (Кіпр).

С.О. Приходько

## ОСОБЛИВОСТІ МОРФО-ГІСТОЛОГІЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ НЕРВОВОЇ ТРУБКИ ЕМБРІОНІВ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини

В.С. Школьніков (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** вивчення ембріогенезу, як частини онтогенезу людини займає ключове значення в сучасній науці та медицині. Причому, дослідження розвитку структур центральної нервової системи, а саме головного та спинного мозку завжди буде залишатися актуальним та пріоритетним. Спинний мозок людини – складна топографо-анатомічна конструкція, що вимагає безумовно системного підходу до вивчення окремих етапів його становлення.

**Мета:** встановлення гістоструктурної організації нервової трубки ембріонів людини.

**Матеріали та методи:** проведено дослідження спинного мозку 11 ембріонів людини віком від 5-ти до 8-ми тижнів внутрішньоутробного розвитку. Використані наступні методи: анатомічні, загальні та спеціальні гістологічні, а також морфометричні.

**Результати:** У 4 – 5 тиж. нервова трубка представлена відносно тонкими базальною та крилоподібною пластинками без вираженого шийного та попереково-крижового стовщень з чітко окресленою межевою борозною (sulcus limitans), яка у даному гестаційному терміні розмежовує вищевказані пластинки. Каудальний нейропор залишається все ще відкритим. Відносно потовщений нейроепітелій характеризується високою проліферативною активністю уніпотентних стовбурових нейральних клітин (НСК), без чіткого поділу на нейро- та гліобласти.

У гестаційному терміні 6 – 7 тиж. зникає sulcus limitans і поділу на пластинки немає. Проте, стінка щойно сформованої нервової трубки має чітко диференційовані шари: нейроепітеліальний, мантійний та крайовий. У сірій речовині починають окреслюватись передні, бічні та задні роги, які мають відносно більшу щільність клітин (нейро- та гліобластів). Сіра речовина займає відносно велику площу. У мантійному шарі розрізняються клітини із великими світлими кулястими ядрами, це – нейробласти та з дрібними темними еліпсоподібними ядрами, це – гліобласти. Мітози нейробластів, на відміну від гліобластів у мантійному шарі відсутні.

У ембріонів 7 – 8 тиж. у сегментах протягом спинного мозку все ще відбувається становлення сірої речовини без чіткого диференціювання на роги, а також за показником величини площі сірої речовини правої та лівої половини спостерігається асиметрія. Відносно більша щільність дрібних (чутливих) нейронів з кулястими ядрами спостерігалась у межах майбутніх задніх рогів, формуючи драглисту речовину та крайове ядро, що у людей зрілого віку відповідає I та II пластинці за Рекседом. Крім того, у двох випадках даного гестаційного терміну нами встановлений не закритий каудальний нейропор, що надає можливість передбачити у майбутньому виникнення spina bifida.

**Висновки:** таким чином, морфологічні зміни у розвитку спинного мозку людини протягом ембріонального періоду відбуваються у декілька етапів: змикання обох половин крилоподібною пластинки (формування нервової трубки); диференціювання стінки нервової трубки на три шари; та

початок диференціювання мантийного шару на передні, бічні та задні роги без чітких меж. Проліферація поліпотентних НСК у нейроепітелії відбувається відносно інтенсивно протягом усього ембріонального періоду.

І.П. Прохорчук

## ПРОБЛЕМА ПОРУШЕННЯ СЕЧОВИПУСКАННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Кафедра акушерства та гінекології №1

Г.В. Чайка (д.мед.н.), І.Ю. Костюк (ас.)

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

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Під час вагітності навантаження на організм жінки зростає. Не виключенням є і уrogenітальний тракт. Зміни у сечовидільних шляхах починаються з моменту настання вагітності і тривають аж до 17 тижня післяпологового періоду. Хоча вагітність та пологи є фізіологічними процесами, однак далеко не для усіх жінок цей період життя пройде безслідно. До цього часу остаточно незрозуміло, що саме - сама по собі вагітність чи розродження сприяє розвитку нетримання сечі. В світовій практиці порушення сечовипускання до недавнього часу відносилось до переліку захворювань, яким приділяли недостатньо уваги. Не зважаючи на величезну кількість наукових праць з даної проблеми, суперечливі літературні дані щодо раціональних методів діагностики та ефективності методів консервативного лікування порушення сечовипускання, відсутність індивідуального підходу, а також неможливість хірургічної корекції нетримання сечі у жінок фертильного віку не дають змоги створити та впровадити в практику чіткі алгоритми діагностики та менеджменту проблеми порушення сечовипускання. Багато аспектів даної проблеми залишаються предметом дискусій, що унеможливує виділити групи ризику пацієнток з порушенням сечовипускання. Однією з складових функціональних розладів сечовипускання і найбільш важливих проблем сучасної урогінекології є гіперактивний сечовий міхур.

**Мета.** Визначити основні чинники ризику маніфестації синдрому гіперактивного сечового міхура під час вагітності і після розродження.

**Матеріали та методи.** Набір клінічних даних був здійснений на базі Вінницького міського клінічного пологового будинку №1 та міської лікарні «Центр матері та дитини». Обстеження вагітних та подальше спостереження за пацієнтками здійснювалося протягом 3 років (2016 – 2018 рр.).

**Висновки.** Незалежними предикторами маніфестації синдрому гіперактивного сечового міхура у жінок репродуктивного віку являються: вимушене відстрочення акту сечовипускання ( $p < 0,01$ ), обтяжений спадковий анамнез по причині порушення сечовипускання ( $p < 0,001$ ), щоденне паління та щоденний прийом алкоголю ( $p < 0,001$ ), початок статевого життя в 14-17 років ( $p < 0,05$ ), число статевих партнерів більше 3 ( $p < 0,001$ ), III ступінь чистоти піхви ( $p < 0,01$ ), наявність патогенної й умовно патогенної флори при бактеріальному дослідженні сечі та виділень з піхви ( $p < 0,001$ ), бактеріальний вагіноз в анамнезі ( $p < 0,001$ ), наявність 4 і більше вагітностей в анамнезі ( $p < 0,001$ ), наявність 2 і більше пологів в анамнезі ( $p < 0,01$ ), наявність пологів per vias naturalis в анамнезі ( $p < 0,001$ ), індукція пологів за допомогою гелевої форми простагландину  $E_2$  ( $p < 0,001$ ), вага новонароджених більше 4000 г в анамнезі ( $p < 0,001$ ), різного роду внутрішньоматковій інвазивні процедури перенесені в анамнезі, особливо мануальна вакуум аспірація та вишкрібання порожнини матки ( $p < 0,001$ ).

І.В. Романенко

## СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ЕПІТЕЛІУ ЗВІВИСТИХ КАНАЛЬЦІВ НИРОК ЩУРІВ, ОБУМОВЛЕНІ ТОКСИЧНОЮ ДІЄЮ ЕТАНОЛУ ТА НА ТЛІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ

Кафедра патофізіології

**Актуальність:** Дані стосовно патологічних процесів у нирках, обумовлені дією етанолу, різноманітні та можуть проявлятися, як універсальними тканинними реакціями на дію етанолу, так і проявами його токсичної дії безпосередньо на тканину нирки.

**Мета:** дослідити морфологічні зміни нирок щурів при їх гострому алкогольному ураженні та корекції корвітином і L-аргінін - L-глутаматом.

**Матеріали та методи:** в експерименті задіяно 66 білих щурів самців масою 120-130г. Тварини поділені на п'ять груп: 1-ша – контроль - інтактні тварини (n=10); 2-га (n=20) – тварини з гострим алкогольним ураженням (ГАУ), яким інтрагастрально вводили 40% розчин етанолу у дозі 20мл/кг протягом 7 днів; 3-тя група – тварини з ГАУ(n=12), яким внутрішньоочеревинно вводили корвітин (ЗАТ НВЦ “Борщагівський хіміко- фармацевтичний завод”, м. Київ) 100 мг/кг; 4-та - тварини з ГАУ (n=12), яким внутрішньоочеревинно вводили L-аргініну L-глутамат (20% розчин глутаргіну, ТОВ “Фармацевтична компанія “Здоров’я”, м. Харків) 40 мг/кг; 5-та - тварини з ГАУ (n=12), яким одночасно вводили обидва препарати у вказаних дозах.

**Результати:** При дослідженні структурних компонентів нирки щурів першої групи виявлені ознаки паренхіматозної дистрофії звивистих каналців. Епітелій їх набряклий, просвіти каналців місцями значно звужені; цитоплазма більшості клітин зерниста. Ядра блідо забарвлені, хроматинова речовина їх розріджена, спостерігається набряк строми. При застосуванні корвітину ознаки паренхіматозної дистрофії звивистих каналців менш виражені. Ядра у більшості полів зору нормохромні, лише в окремих полях хроматин ядер розріджений. При корекції L-аргініну L-глутаматом клубочки не збільшені, просвіти капсул виражені нерівномірно по ходу зрізів. Базальна мембрана каналців контурується чітко, на всьому протязі має звивистий характер, лише зрідка спостерігаються ознаки її деструкції. У тварин групи №5 спостерігаються нерівномірне кровонаповнення судин в обох шарах, проте візуально менш виразне, ніж у нелікованих тварин. У кірковому шарі клубочки майже однакового розміру. Капсули клубочків добре виражені, оптично вільні, лише подекуди містять рожеві зернисті маси. Просвіти каналців вільні. У більшості епітеліоцитів спостерігається зменшення проявів дистрофії.

**Висновки:** виявлені зміни епітелію звивистих каналців нирок можна вважати цінними морфологічними критеріями, що характеризують ураження ниркової паренхіми в умовах гострого алкогольного ураження. Проведене морфологічне дослідження дозволяє верифікувати більш виражений протекторний ефект у вигляді покращення гістоструктури нирок за умов комбінованого застосування обох препаратів (корвітину та L-аргінін - L-глутамату) у порівнянні з монотерапією.

І.Б. Ромаш

## **ОСОБЛИВОСТІ ОБМІНУ КОЛАГЕНУ, МІКРО- ТА МАКРОЕЛЕМЕНТНОГО СТАТУСУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

В.Г. Міщук (д.мед.н., проф.)

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

**Мета:** Вивчити особливості обміну колагену та мікро-/макро- елементний статус при GERX у пацієнтів із синдромом НДСТ із метою ранньої діагностики та комплексного лікування даної коморбідної патології.

**Матеріали та методи:** Нами було відібрано 120 пацієнтів: у 75 із них GERX перебігала на фоні синдрому НДСТ (II група), а у 45 обстежених (I група) GERX була без ознак дисплазії. Оцінку фенотипічних проявів синдрому НДСТ проводили згідно критеріїв Т. Мілковської-Димитрової. Ступінь їх вираженості оцінювали за шкалою Т.Ю. Смольнової (2008). Визначення кількісного

вмісту оксипроліну (ОП) у сечі та сироватці крові здійснювали фотоколориметричним методом. Для дослідження вмісту мікро- та макро- елементів використовували метод атомно-абсорбційної спектрофотометрії. Визначення здійснювали в розчині золи еритроцитарної маси. Із метою встановлення патологічного гастро-езофагальногорефлюксу (ГЕР) проводили добовий рН-моніторинг з використанням ацидогастрографу "АГ-1рН-М".

**Результати дослідження:** Серед обстежених пацієнтів ДСТ легкого ступеню була у 25 (55,5%) пацієнтів I групи та 20 (26,6%) - II групи. Дисплазія середнього ступеню важкості була у 20 (44,4%) vs 52 (69,3%). Важкий ступінь дисплазії мали лиш 3 (4%) пацієнтів із II групи. Середній показник ОП сироватки крові серед пацієнтів I групи становив  $53,33 \pm 1,153$  мкмоль/л, а у II групі -  $90,44 \pm 0,725$  мкмоль/л, що на 41,03% менше ( $p < 0,05$ ). В свою чергу, ОП в сечі становив  $57,711 \pm 0,513$  мкмоль/л у пацієнтів I групи та  $224,45 \pm 1,323$  мкмоль/л у II групі, що на 74,28% менше ( $p < 0,05$ ). При аналізі добового моніторингу рН-стравоходу: загальний показник  $pH < 4$  тривалістю вище норми був у 76% пацієнтів II групи та 28,8% у пацієнтів I групи; загальна тривалість епізодів ГЕР тривалістю  $> 5$  хв відмічалася у 84% vs 28,8%. Середній показник DeMeester становив 42,16 серед пацієнтів II групи та 22,6 у хворих I групи. При проведенні кореляційного аналізу ми простежили пряму лінійну залежність: між частотою рефлюксів з  $pH < 4$  та тривалістю більше 5 хвилин/оксипролін у добовій сечі  $r = 0,659$ ; частотою рефлюксів з  $pH < 4$  і тривалістю більше 5 хвилин/ оксипролін у сироватці крові  $r = 0,786$ . Встановлено різницю мікро- та макро-елементного статусу у хворих на ГЕРХ та ГЕРХ на фоні НДСТ. Показник Cu у I групі становив  $2,172 \pm 0,154$  мкг/л, що у 1,8 раз більше у порівнянні із  $1,274 \pm 0,156$  мкг/л у II групі; Zn -  $4,425 \pm 1,042$  мкг/л vs  $2,230 \pm 0,99$  мкг/л (в 2,03 рази); Fe -  $415,123 \pm 12,632$  мкг/л vs  $255,261 \pm 2,467$  мкг/л (в 1,65 рази) ( $p < 0,05$ ). В свою чергу, виявилися нижчими вміст Mg на 76,5%:  $14,123 \pm 1,362$  мкг/л у I групі проти  $18,450 \pm 1,239$  мкг/л у II групі, а Ca на 59,3%:  $53,323 \pm 1,089$  мкг/л проти  $89,862 \pm 0,789$  мкг/л відповідно. Виявлене нами достовірне підвищення Zn та Cu у пацієнтів I групи очевидно можна пов'язати із низьким рівнем Ca в організмі, адже згідно наукових даних (Захарова И.М и соавт., 2013), при дефіциті Ca відбувається прискорення темпів накопичення Zn, а це в свою чергу сповільнює нормальний синтез білка та колагену в організмі, що додатково підтверджує вище наведені особливості обміну ОП у обстежених нами пацієнтів.

**Висновки:** Отже, коморбідний перебіг ГЕРХ та НДСТ супроводжується диселементозом, а між частотою ГЕ рефлюксів та маркерами руйнування сполучної тканини існує кореляційна залежність. Це підтверджує доцільність вивчення даних показників з метою скринінгу синдрому НДСТ у хворих із ГЕРХ.

Ю.В. Саркісова, Н.О. Максимчук

## **ЗАСТОСУВАННЯ СТАТИСТИЧНОГО АНАЛІЗУ ЛАЗЕРНИХ ПОЛЯРИМЕТРИЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ СКЛОПОДІБНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ ДЛЯ УТОЧНЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ**

Кафедра судової медицини та медичного правознавства

В.Т. Бачинський (д. мед. н., проф.)

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»,

м. Чернівці, Україна

**Актуальність.** Одним із найважливіших у судово-медичній науці та практиці залишається питання точного визначення інтервалу давності настання смерті (ДНС). Для його вирішення експерти користуються багатьма методами, заснованими, в першу чергу, на візуальній оцінці морфологічних змін біологічних тканин. Проте, залишається необхідність в розробці методики, яка б забезпечила більшу точність та достовірність визначення ДНС. Перспективними в цьому напрямі є лазерні поляриметричні методики, які ґрунтуються на чисельному відображенні вимірюваних параметрів, а тому є одними з найбільш об'єктивних та точних, зокрема для встановлення ДНС. Також, ми вважаємо, що використання склоподібного тіла ока людини, як об'єкта дослідження при визначенні ДНС дозволить поліпшити даний результат, оскільки воно володіє кристалічною будовою за рахунок волокон, що входять до його складу

**Мета.** Розробити комплекс судово-медичних критеріїв встановлення ДНС шляхом оцінки розподілів комплексного ступеня взаємної поляризації великомасштабної складової мікроскопічного зображення мазків склоподібного тіла ока людини.

**Матеріали та методи.** Проводили забір склоподібного тіла із передньої камери ока від 50 біоманекенів із попередньо відомим часом настання смерті, з інтервалом в 4 год, при температурі повітря 18-21°C та вологості 60-80%. У подальшому зрізи досліджували за допомогою стандартної оптичної схеми лазерного поляриметра. Отримано статистичні моменти 1-4-го порядків, що характеризують розподіли комплексного ступеня взаємної поляризації великомасштабної складової мікроскопічного зображення мазків склоподібного тіла людини.

**Результати.** Ми виявили, що зі збільшенням часу настання смерті спостерігається динамічне зростання ступеня поляризації лазерного зображення склоподібного тіла людини. Через 1 год після смерті середнє (Z1) становило 1,24, дисперсія (Z2) складала 0,92, асиметрія (Z3) - 0,57, ексцес (Z4) - 0,21. Через 4 год середнє (Z1) становило 1,36, дисперсія (Z2) становила 0,99, асиметрія (Z3) - 0,61, ексцес (Z4) - 0,36. Аналіз отриманих даних показав більшу чутливість статистичних моментів 3-го та 4-го порядку для встановлення ДНС на проміжку 1-6 годин.

**Висновок.** Визначення статистичних моментів 3-4-го порядків, що характеризують розподіли комплексного ступеня взаємної поляризації великомасштабної складової мікроскопічного зображення мазків склоподібного тіла людини перспективне для встановлення ДНС на проміжку 1-6 годин.

К.А. Семенюк

## **НЕЕРОЗИВНА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА: ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДАНИХ ДОБОВОГО ЕЗОФАГО-ІМПЕДАНС рН МОНІТОРИНГУ ІЗ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ**

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

В.М. Чернобровий (д.мед.н.,проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Неерозивна гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба – найбільш поширений фенотип захворювання, який може супроводжуватись позастравохідними проявами, зокрема ларингофарингеальною симптоматикою(дискомфорт у горлі, першіння, відчуття «комка» у горлі), пов'язаний з подразнюючою дією рефлюксату при патологічному гастроєзофагеальному рефлюксі. Встановлення рефлюксної причини ларингофарингеальної симптоматики важливо для вибору патогенетичного лікування із застосуванням ІПП.

**Мета:** дослідження взаємозв'язку даних сучасного методу діагностики ГЕРХ – добового езофаго-імпеданс-рН-моніторингу із ларингофарингеальною симптоматикою для обґрунтування критеріїв призначення ІПП.

**Матеріали та методи:** Всього обстежено із застосуванням езофаго-імпеданс-рН-моніторингу 26 хворих на неерозивну ГЕРХ (рефлюкс-езофагіт при ендоскопії) та її клініко-ендоскопічну вірогідність з розподілом на дві групи: з наявністю ларингофарингеальної симптоматики (11 пацієнтів) та з її відсутністю (15 пацієнтів).

**Результат:** У пацієнтів з ларингофарингеальною симптоматикою спостерігалась достовірна відмінність ( $p=0,003$ ) по показнику загальної кількості проксимальних рефлюксів ( $19,45\pm 4,78$  проти  $5,47\pm 1,02$ ). Достовірна відмінність ( $p=0,01$ ) була наявна також по показнику загальної кількості рідинних проксимальних рефлюксів ( $14,36\pm 4,23$  проти  $4,13\pm 0,77$ ). Характерною була достовірна відмінність ( $p=0,017$ ) по показнику загальної кількості змішаних проксимальних рефлюксів ( $2,73\pm 0,72$  проти  $0,73\pm 0,37$ ).

За показником Acid exposure Time(АЕТ) у хворих на неерозивну ГЕРХ спостерігалась тенденція до збільшення величини даного показника і таким чином збільшення ацидифікації дистального відділу стравоходу у разі наявності ларингофарингеальної симптоматики, порівняно з його відсутністю ( $13,55\pm 8,96$  проти  $7,75\pm 2,68$ ,  $p=0,46$ ).

Серед 11 пацієнтів з ларингофарингеальною симптоматикою, у 3 величини показника MNBI

дистальний були нижчими від норми 22920м, що підтверджує порушення цілісності слизової оболонки дистального відділу стравоходу. Показник співвідношення проксимального до дистального MNBI (орієнтовна норма становить 2 по Серхату Бору) з 11 обстежених пацієнтів з ларингофарингеальною симптоматикою у 6 спостерігалось зниження величин даного показника. Характерно, що у пацієнтів з ларингофарингеальною симптоматикою було достовірне ( $p=0,03$ ) збільшення кількості газових рефлюксів  $4,36\pm 1,63$  до  $0,73\pm 0,33$ .

**Висновки:** У пацієнтів з неерозивною ГЕРХ та ларингофарингеальною симптоматикою на відміну від пацієнтів з відсутністю такої симптоматики, спостерігається достовірно збільшення кількості газових рефлюксів, збільшення загальної кількості проксимальних гастроєзофагеальних рефлюксів, загальної кількості рідинних проксимальних рефлюксів, загальної кількості змішаних проксимальних рефлюксів. Окрім того, при ларингофарингеальній симптоматиці спостерігається тенденція до ацидифікації стравоходу і зменшення величин MNBI. Вивчені критерії добового езофаго-імпеданс-рН-моніторингу, можуть бути підставою для диференційованого призначення антисекреторної та антирефлюксної терапії.

С.С. Скальський, В.В. Сайчук

## **КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ЛОКАЛЬНОГО КЕРОВАНОГО ПІДВИЩЕНОГО ТИСКУ АЕРОДИСПЕРСНОЮ СУМІШШЮ**

Кафедра хірургії №1

В.О. Шапринський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** у структурі звернень за медичною допомогою хворі з гнійною хірургічною інфекцією м'яких тканин до лікувальних закладів різних рівнів становлять за різними оцінками від 35 до 50%. Від 35 до 40% пацієнтів загально хірургічних відділень це хворі з різними гнійними захворюваннями. Одним з найменш вивчених аспектів оцінки рани є оцінювання клінічної ефективності застосовуваного методу лікування.

**Мета:** оцінити клінічну ефективність запропонованого комплексного лікування гнійно-некротичних процесів з використанням керованого підвищеного тиску аеродисперсної суміші (КПТАДС).

**Матеріали і методи:** проведено оцінку результатів лікування 60 хворих (30 – основної та 30 групи порівняння) з гнійними ранами м'яких тканин. Групи були співставні за віком, статтю та хірургічній патології. Хворим основної групи лікування проводилось з використанням сорбентів та КПТАДС, пацієнтам групи порівняння – традиційне лікування з використанням мазей на водорозчинній основі. Використовували такі клінічні ознаки як ступінь вираження набряку, гіперемії, виділень з рани – тобто ознаки запалення та наявність гранулювання і епітелізації в рані – ознаки загоєння. В залежності від інтенсивності ознаки її виражали знаками «+» (від 1 до 3), або за її відсутності знаком «-». З метою порівняльного аналізу вищенаведених клінічних ознак та оцінки динаміки ранового процесу кожен зі знаків «+» приймався за одиницю, а знак «-» дорівнював нулю. Таким чином проведено ранжування та виявлення достовірної різниці в показниках груп методом статистичної обробки за допомогою Т-критерію Вілкоксона ( $p<0.05$ ). Додатково, в кожному із стовпчиків виводилось середнє арифметичне кількості знаків «+», тобто отримували середнє значення в день спостережень в кожній з груп.

**Результати:** Зміни ран хворих основної групи клінічно характеризувались швидшим ніж в групі порівняння зменшенням запальних змін в рані, вже після перших 3-х днів лікування. При порівняльному аналізі відмічено, що найбільші зміни, достовірна різниця в показниках хворих основної та групи порівняння відбулись в показниках «Набряк» та «Виділення», не достовірні зміни спостерігалась в показнику «Гіперемія». Спостерігався позитивний вплив методу КПТАДС на ранню появу грануляцій, та його менший вплив на процес епітелізації в порівнянні з контрольною групою.

**Висновки:** Таким чином, основними клінічними ознаками які відрізняли основну групу від групи



порівняння були – швидке очищення рани від гнійного вмісту, відповідно швидше зменшення набряку та виділень в цій групі, як прояву запального процесу, рання поява грануляційної тканини. Вищезазначене вказує на високу ефективність запропонованого методу лікування, особливо в першій фазі ранового процесу.

В.А. Стародуб

## МОЖЛИВІСТЬ ОЦІНКИ ОРГАННОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Пневмонія у дітей є складною та важливою медичною та соціальною проблемою. Епідеміологія позалікарняних пневмоній на сучасному етапі характеризується тенденцією до зростання захворюваності та летальності в усьому світі. На гостру позалікарняну пневмонію в Україні щорічно хворіє біля 80 000 дітей, а в структурі дитячої летальності вони займають третє місце. Летальність дітей від пневмонії пов'язана з важким та ускладненим, тобто критичним їх перебігом. Критичність перебігу пневмонії характеризується генералізацією запального процесу та розвитком сепсису.

**Мета:** Підвищення ефективності діагностики органної дисфункції у дітей, хворих на пневмонію.

**Матеріали і методи:** Проведений ретроспективний аналіз 50 історій хвороб дітей з пневмонією, віком до 18 років, що проходили лікування в ВОДКЛ. Вивчені клінічні та лабораторні данні, які входять в шкалу SOFA та дають змогу діагностувати органну дисфункцію. Методи дослідження: загальноклінічні, біохімічні, серологічні, інструментальні та аналітико-статистичні «Statistica 10.0».

**Результати:** В групах хворих на пневмонію: з легким ступенем важкості – 15 випадків (30%) сума балів по шкалі SOFA визначалась як  $3\pm 1$  бали, середнім – 17 випадків (34%) -  $8\pm 2$  бали, та важким – 18 випадків (36%) -  $21\pm 4$  бали. Найчастіше визначалась дисфункція дихальної системи. Респіраторний індекс - співвідношення  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  менше 200 відмічалось у 17 випадках (34%) важкої пневмонії, в 2-х - середньої важкості. Дисфункція серцево-судинної системи (визначення артеріального тиску з урахуванням інотропної підтримки): артеріальна гіпотонія та інотропна підтримка визначалась у всіх пацієнтів з важким перебігом та у 8 хворих (16%) з середньою важкістю. Оцінка дисфункції центральної нервової системи проводилась за «шкалою ком Глазго». При важкому перебізі оцінка становила  $12\pm 2$  бали, при середньому -  $13\pm 2$  бали, при легкому –  $15\pm 0$  балів. Дисфункція нирок визначалась за рівнем креатиніну та величиною діурезу. Ознаки гострого пошкодження нирок із зниженням швидкості діурезу менше 0,5 мл/кг/год (7 хворих – 14%) та підвищенням рівня креатиніну ( $220\pm 42,8$  мкмоль/л) відзначалось у хворих з важким перебігом пневмонії. Стан гемостазу визначали за рівнем тромбоцитів. Значні зміни тромбоцитів відмічалися у хворих з середнім та важким ступенем тяжкості:  $98\pm 48 \times 10^3/\text{мм}^3$  і  $77\pm 45 \times 10^3/\text{мм}^3$  відповідно. Рівень білірубину, як маркер враження печінки підвищувався у хворих з важким перебігом хвороби і становив  $89,2\pm 14,8$  ммоль/л.

У 5 хворих з важким перебігом пневмонії та загрозою розвитку інфекційно-токсичного шоку було визначено підвищення рівня лактату (більше 2 ммоль/л).

**Висновки:** Оцінка показників шкали SOFA, особливо в комплексі з іншими клінічними та лабораторними показниками, дозволяє швидко та надійно діагностувати органну дисфункцію, у дітей хворих на пневмонію та контролювати ефективність її лікування.

Н.В.Сторожук

## ПОКАЗНИКИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА АНГІОПЛАСТИКОЮ КОРОНАРНИХ СУДИН, У ЯКИХ МАЛИ МІСЦЕ РЕСТЕНОЗ/ТРОМБОЗ СТЕНТА (РЕЗУЛЬТАТИ 18-МІСЯЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

**Актуальність:** Перкутанне коронарне втручання з імплантацією стента є одним із сучасних методів лікування пацієнтів з ІХС, проте, за даними літератури, дана процедура ускладнюється рестенозом або тромбозом стента у 8-30% випадків. Останнє реалізується через процеси гіперплазії інтими, еластичного ремоделювання стінки і тромбоутворення. Повне формування неоінтими в ділянці стента відбувається не раніше 18 місяців, що потребує моніторингу за даною категорією пацієнтів на цьому проміжку часу, який повинен включати контроль показників гемостазу.

**Мета роботи:** Оцінка показників гемостазу (розчинний фібрин (рФ), Д-димер (Д-д), протеїн С (пС) та фібриноген (Фг)) у хворих з ІХС та перкутанною ангіопластиком, у яких мали місце рестеноз/тромбоз стента, за період 18-місячного спостереження.

**Матеріали та методи:** Рандомізовано 91 пацієнта з ІХС та перкутаним коронарним втручанням (32 з рестенозом/тромбозом стента, а 59 – без оклюзії (група порівняння)), у яких визначались деякі показники гемостазу (рФ, Д-д, пС, Фг).

**Результати дослідження:** Як свідчать результати 18-місячного спостереження, серед усіх досліджуваних хворих (n=91) оклюзія стента відмічалась у чотирьох пацієнтів (4,44%), у двох з яких був виявлений цукровий діабет та рестеноз в минулому. Ще в одного хворого було виявлено оклюзію коронарної судини поза стентом, а інший - переніс гостре порушення мозкового кровообігу по ішемічному типу, у результаті враження середньомозкової артерії.

Оцінка показників гемостазу свідчить про підвищення у 1,5 рази концентрації рФу хворих, які мали ускладнення, з одночасним дворазовим зниженням Д-д, відносно групи порівняння.

Необхідно зазначити, що дані зміни гемостазу асоціювались з підвищенням концентрації Фг у 2-а рази та тенденцією до зниження природного антикоагулянту пС.

**Висновки:** Проведений аналіз перебігу захворювання в даній категорії пацієнтів, індивідуальна комплексна характеристика показників гемостазу, наявність супутнього цукрового діабету та рестенозу в анамнезі, можуть бути предикторами розвитку рестенозу/тромбозу уданої категорії пацієнтів.

О.Б. Струтинська  
**СТАН СИСТЕМИ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В НИРКАХ ЩУРІВ ЗА  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

Кафедра біологічної та загальної хімії  
А.В. Мельник (д.мед.н., проф.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Цукровий діабет (ЦД) визнаний неінфекційною епідемією XXI століття. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародної Діабетичної Федерації (IDF) у 2013 році кількість хворих на ЦД в світі становила 382 млн (8,3%) хворих. Одним із поширених та важких ускладнень ЦД є діабетична нефропатія. Частота цього ускладнення коливається від 6 до 40% і залежить від тривалості, ступеня компенсації захворювання та адекватності лікування. Не зважаючи на величезну кількість досліджень повного розуміння молекулярних механізмів розвитку діабетичної нефропатії не має. Останнім часом увагу науковців привертає дослідження гідроген сульфід (H<sub>2</sub>S), який регулює процеси фільтрації в нирках, виконує властивості цитопротектора та антиоксиданта. На сьогодні залишається невивченою роль системи H<sub>2</sub>S в механізмах ураження нирок за ЦД.

**Мета роботи:** Оцінити вміст H<sub>2</sub>S, активність H<sub>2</sub>S-синтезуючих ферментів (цистатіонін-γ-ліази, цистатіонін-β-синтази та цистеїнамінотрансферази) та швидкість утилізації H<sub>2</sub>S в нирках щурів за

стрептозотоцин-індукованого цукрового діабету.

**Матеріали та методи:** експериментальний ЦД ініціювали у 20 білих нелінійних щурів-самців одноразовим введенням стептозотину (Sigma, США) внутрішньоочеревинно в дозі 40 мг/кг маси на 0,1 М цитратному буфері (рН 4,5) після попередньої 24-годинної депривації їжі (при збереженому доступі до води). Через 28 діб після введення стрептозотину тварин виводили з експерименту, проводили забір нирок, готували постядерний супернатант, в якому визначали активність цистатіонін- $\gamma$ -ліази, цистатіонін- $\beta$ -синтази та цистеїнамінотрансферази, швидкість утилізації  $H_2S$  та рівень  $H_2S$ .

**Результати:** Експериментальний ЦД у щурів супроводжується порушенням метаболізму  $H_2S$  в нирках. За цих умов відмічається вірогідне зменшення ферментативної продукції  $H_2S$ : активність цистатіонін- $\gamma$ -ліази, цистатіонін- $\beta$ -синтази та цистеїнамінотрансферази вірогідно менша на 24-29% ( $p < 0,05$ ), порівняно з контрольною групою щурів. Поряд з цим посилюється окисна деградація  $H_2S$  в нирках, доказом чого є збільшення швидкості утилізації  $H_2S$  на 35% ( $p < 0,05$ ), відносно контролю. Порушення ензиматичного утворення та утилізації  $H_2S$  в нирках за ЦД супроводжується статистично достовірним зменшенням запасів цього газотрансмітера: рівень  $H_2S$  в нирках на 30,5% менший, ніж в контролі.

**Висновки:** Експериментальний ЦД у щурів, асоціюється з порушенням стану системи  $H_2S$  в нирках. Подальші дослідження в цьому напрямку дозволять окреслити нові патогенетичні механізми діабетичної нефропатії та обґрунтувати нові напрямки нефропротекції.

Г.Д.Сукманська

## МІКРОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ АФТОЗНИХ СТОМАТИТІВ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

В.П.Ковальчук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

**Актуальність:** Щорічне збільшення випадків розвитку інфекційно-запальних ускладнень афтозних стоматитів та низька ефективність їх лікування обумовлюють необхідність дослідження етіопатогенетичних аспектів цієї патології. За даними різних авторів частота захворюваності на афтозні стоматити становить від 5% до 20% усіх захворювань слизової оболонки порожнини рота (Волков Е.А. и соавт., 2015).

У виникненні стоматитів можуть приймати участь наступні чинники: термічні, хімічні, механічні впливи, імунологічні зсуви. Однак, провідну роль завжди відіграє мікробний чинник. Проникнення патогенних, умовнопатогенних мікроорганізмів в зону афти оточуючих м'якими тканинами сприяє розвитку інфекційно-запальних процесів. За даними наукової літератури більшість афтозних стоматитів не мають специфічних збудників, проте, у їх розвитку активну роль відіграє резистентна або транзиторна мікрофлора слизової оболонки порожнини рота. При поверхневих ураженнях переважають аеробні мікроорганізми – стафілококи, нейсерії, гемофільні палички, при глибоких виразково-некротичних процесах приєднуються анаеробні бактерії, переважно фузобактерії, спірохети, пептококи, бактероїди. окремі види актиноміцетів (Грудянов и соавт, 2014).

**Мета дослідження:** вивчення видового складу мікроорганізмів, що приймають участь у розвитку афтозних стоматитів.

**Матеріали і методи:** Вміст афт слизової оболонки порожнини рота 25 пацієнтів висівали на кров'яний м'ясо-пептонний агар та середовище Сабуро. Ідентифікацію виділених мікроорганізмів проводили за сукупністю морфологічних, культуральних та біохімічних ознак.

**Результати.** У всіх обстежених з вмісту афтозних елементів виділялись альфа- та бета-гемолітичні стрептококи. Щільність колонізації цими мікроорганізмами становила  $10^6 - 10^8$  колонієутворюючих одиниць на 1 мл вмісту. У 28% обстежених у асоціації з стрептококами виявлені гриби роду *Candida*. В 16 % випадків у складі мікробних асоціацій виділені умовно-патогенні грамнегативні палички родів *Escherichia* та *Klebsiella*.

**Висновок.** У розвитку афтозних стоматитів приймає участь резидентна стрептококова мікрофлора. Поряд з нею дно патологічних елементів можуть колонізувати умовно-патогенні бактерії і гриби, що не є звичними представниками мікробіоценозу порожнини рота.

С.О. Сучок  
**МОНІТОРИНГ ГЛІКЕМІЇ У ДІТЕЙ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ**

Кафедра дитячої хірургії  
О.Г. Якименко (к.мед.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гнійно-запальні захворювання у дітей на тлі цукрового діабету (ЦД) І типу мають не типову клініку та різкі коливання рівня глікемії. Питання кількісного моніторингу рівня глюкози крові у таких пацієнтів в умовах хірургічного стаціонару досі залишається не вирішеним.

**Мета:** Оптимізація методів контролю рівня глюкози крові у дітей з хірургічною патологією.

**Матеріали та методи:** Дослідження виконувалось на базі ВОДКЛ. Визначення рівня глікемії здійснювалось двома методами: №1 – стандартним глюкозооксидазним (GOD) та №2 – фотометричним методом за допомогою системи для контролю рівня глюкози у крові Accu-ChekActive (Roche, Germany). Для визначення наявності достовірної різниці рівня глюкози крові цими методами, досліджували показники у 26 практично здорових дітей. Гендерна та вікова репрезентативність збережені. Вивчали дві групи показників: контрольна – 23 зразків капілярної крові (метод №1) та досліджувана – 26 зразків капілярної крові (метод №2). Статистичну обробку даних проводили з використанням пакета Statistica for Windows 10.0. Обчислено середні арифметичні величини (M), похибки середніх величин (m). Дані представлені у вигляді  $M \pm m$ . Вибірки підлягали аналізу за параметричним t-критерієм Стьюдента та U-критерієм Манна-Уїтні.

**Результати:** Тривалість дослідження методом №1 становить  $31,4 \pm 4,12$  хв., проте з урахуванням тривалості транспортування та методики клінічної лабораторії, час між забором зразка крові та отриманням результату збільшується до  $92,6 \pm 7,31$  хв. Тривалість методу №2 становить  $7,24 \pm 0,51$  сек. від часу забору до отримання результату.

При вимірюванні глікемії натще отримано наступні показники: стандартним глюкозооксидазним методом –  $4,58 \pm 0,53$  ммоль/л, монітором Accu-ChekActive –  $4,88 \pm 0,36$  ммоль/л.

Достовірної різниці між показниками методу №1 та №2 не виявлено ( $p > 0,05$ ).

**Висновки:** Враховуючи відсутність достовірної різниці між результатами отриманими при дослідженні стандартним глюкозооксидазним та фотометричним методом, швидкість та простоту дослідження за допомогою системи для контролю рівня глюкози монітора, цей метод має переваги при тривалому моніторингу глікемії у дітей з гнійно-запальними захворюваннями на тлі ЦД І типу. Різниця показників «випадок-контроль» між показниками монітора для вимірювання рівня глюкози та методом GOD, може бути зумовлена стандартною похибкою монітора та редукцією рівня глюкози залежно від часу транспортування та сепарації плазми.

A.I.Tatsiuk

**THE CHALLENGES OF TEACHING AND LEARNING MEDICAL SCIENCES IN A FOREIGN LANGUAGE: METAPHOR AS A SOLUTION TOOL**

Department of pharmacy  
O.V. Krivoviaz  
National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnytsya, Ukraine

**Relevance:** More than 1300 international students are obtaining higher education at National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya each year. A higher number of foreign students increased the international competitiveness of the University, but at the same time international students have to face

many problems for instance, culture shock and language barriers.

Many scientific disciplines deal in abstract concepts and objects invisible to the naked eye, so metaphors definitely come in handy when communicating these ideas to the broader public. In the cognitive linguistic view, metaphor is defined as the result of transferring the properties of the metaphorically used word or phrase from one cognitive domain to another unrelated domain.

**Objective:** In this study, we focused on the issues of teaching international students, overcoming language barriers by employing certain linguistic techniques, namely metaphors.

**Materials and methods:** Metaphor occurrence in text books and study materials for students has been studied to observe the tendencies of metaphor usage. Besides, international students from first to fourth year of study were interviewed by self-administrated questionnaire. The collected data was analyzed by comparison the perception extant of new information stated in two ways: 1) using dry terminology, 2) using metaphors.

**Results:** The results of questionnaire showed, that academic adjustment problems for international students tend to focus mostly on language issues. Although the students have passed English test for a certain level, as non-native speaker who use English as their second, or even third language, many of them still experience difficulties when they first arrive in a foreign country. Besides English writing, the students have difficulties in understanding lectures in terms of vocabulary and speed. Using metaphors in lecture materials and guidelines will help students better understand and imagine new concepts by the means of transferring properties of well-known matters to the new ones. For example, some classic metaphors are: “body is a mechanism”, “**neurons are trees – brain is a forest**”, “heart is a pump”, “tumor cells are human beings, acting independently and autonomously”. These metaphors, far from being used only in education, have become an intrinsic part of our technical jargon.

**Conclusions:** To sum up, pursuing higher education in a foreign country can be challenging. Being mindful of international students in the classroom and incorporating ways to help them adapt to the new educational system can reduce their stress and help them succeed. In fact, adopting the practice of using metaphors has the potential to help *all* students, whether they grew up in the next town over or the other side of the globe.

Т. В. Ткаченко-Радогуз

**ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА  
НА ГОРМОНАЛЬНИЙ ГОМЕОСТАЗ ТА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ  
ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ЖІНОК**

Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою

Н. В. Литвиненко (д. мед. наук, проф.)

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

м. Полтава, Україна

**Актуальність:** Останнім часом велику увагу приділяють патобіохімічним змінам в гормональному гомеостазі, які можуть мати суттєве значення в процесах пошкодження тканини мозку, під час ішемічного інсульту (ІІ). У цьому випадку гіпоестрогенемія є одним із головних факторів ризику розвитку атеросклерозу судин, артеріальної гіпертензії, ожиріння, що є характерними ознаками ендокринних змін під час клімактеричного періоду.

**Мета:** Загальновідомо, що естрогени впливають на ліпідний обмін в організмі: підвищують рівень ЛПВЩ і знижують концентрацію ЛПНЩ. Зовсім інакше виглядає питання щодо патогенезу атеросклерозу. Так само як і роль статевих гормонів в розвитку ІІ у жінок, воно все ще залишається недостатньо вивченим.

**Матеріали та методи:** В ході дослідження було обстежено 25 пацієток від 50 до 80 років (середній вік  $67,3 \pm 2,5$  років) з діагнозом ІІ в гострому періоді захворювання. У сформованій вибірці хворих були вивчені біохімічні показники крові: концентрація ЛПВЩ, ЛПНЩ, загального холестерину, тригліцеридів, естрогену, визначено індекс маси тіла.

Пацієнтки були поділені на групи: 1 гр. (контрольна) – без ожиріння (ІМТ до 28,0 кг/м<sup>2</sup>; 13 осіб – 52%), 2 гр. – ожиріння I ступеня (ІМТ – 28-30,9 кг/м<sup>2</sup>; 8 осіб – 32%), 3 гр. – ожиріння II-III ступенів

(ІМТ – 31,0- 40,9 кг/м<sup>2</sup>; 4 особи 16%).

**Результати:** Аналіз клінічної динаміки ІІ в трьох групах пацієнток підтвердив , що гіпотеза про більш сприятливий перебіг в 1 гр. пацієнтів (найнижчі бали за шкалою NIHSS при госпіталізації та більш короткий термін перебування на стаціонарному лікуванні ) має сенс. У біохімічному аналізі крові в пацієнток 2 та 3 гр. було встановлено вірогідне переважання концентрації загального холестерину, тригліцеридів, ЛПНЩ на фоні зниження концентрації ЛПВЩ та концентрації естрогену в сироватці крові, порівняно з показниками пацієнток 1 гр. (концентрація естрогену в 1й гр. – 0,5±0,1 нмоль/л; у 2й – 0,3±0,1 нмоль/л, p1<0,01; у 3й – 0,1±0,2 нмоль/л, p1<0,01).

**Висновки:** Таким чином у всіх жінок хворих на ІІ, у яких було діагностовано ожиріння, спостерігався несприятливий клінічний перебіг захворювання , зростання концентрації атерогенних фракцій ліпідів та зниження концентрації естрогенів , що значно підсилює ризики пошкодження тканин мозку.

В.Ю. Філімонов

## АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ РОТАЦІЇ ЗУБІВ В ОКЛЮЗІЙНІЙ ПЛОЩИНІ ПРИ ЛІКУВАННІ АДЕНТІЙ ОРТОДОНТИЧНИМ МЕТОДОМ

Кафедра хірургічної стоматології

С.С.Поліщук (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Адентії є розповсюдженою стоматологічною патологією у осіб молодого віку. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, у деяких регіонах поширеність дефектів зубних рядів за звертанням у стоматологічні клініки в осіб молодого віку становить 43%. В структурі адентій перше місце займають включені малі дефекти зубного ряду у бічному відділі. Одним з ефективних та фізіологічних методів відновлення цілісності зубного ряду є ортодонтичний метод лікування - протракції зубів. Однак під час лікування обраним методом виникають ускладнення, такі як ротація мезіалізованого зуба. Це погіршує, або унеможливує сприятливе завершення лікування. Чітко спланована біомеханіка переміщення зубів є запорукою вдалого результату лікування.

**Мета:** Провести клінічний аналіз ефективності методів профілактики ротації зубів в оклюзійній площині при лікуванні адентій ортодонтичним методом.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилось у осіб молодого віку з малими включеними адентіями в бічній ділянці зубного ряду. Всім пацієнтам проводили ортодонтичне лікування адентій методом мезіалізації зубів в ділянку дефекту зубного ряду. Для переміщення зубів використовувалась незнімна апаратура: брекет система пропис Roth .022. Було створено три групи пацієнтів. Перша група складалась з пацієнтів, у яких мезіалізацію проводили без додаткових елементів, друга – пацієнти, у яких застосовувався деротаційний лінгвальний еластик, третя – пацієнти, у яких застосовувався деротаційний вигин дистального відділу дуги біля зуба, що мезіалізується. Пацієнтам всіх груп знімали відбитки на початку та через два місяці після початку мезіалізації. За допомогою 3D сканера отримувались цифрові моделі зубних дуг. За допомогою комп'ютерної програми 3Share проводився аналіз зміни положення зубів під час лікування у оклюзійній площині.

**Результати та їх обговорення:** Переміщення зубів у бік дефекту спостерігалось у пацієнтів всіх груп. У пацієнтів першої групи зуби, що переміщувались, мали ротацію дистально-щічними горбиками назовні та щічне зміщення. У пацієнтів другої та третьої груп ротація та вестибуло-оральне зміщення у оклюзійній площині відсутнє. У пацієнтів третьої клінічної групи спостерігається незначне зміщення зуба, що мезіально обмежує дефект зубного ряду.

**Висновок:** Використання методів деротації з перших днів протракції молярів дозволяє профілакувати утворення небажаної мезіолінгвальної ротації та буккального нахилу зубів, що мезіалізуються.

А.В.Хромих  
**ОЦІНКА ФУНКЦІЇ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА В ДІТЕЙ З ТЕТРАДОЮ ФАЛЛО**

Кафедра педіатрії №2

В.М.Дудник (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Вагому позицію серед усіх вроджених вад серця займає тетрада Фалло (ТФ), поширеність якої складає 7-10 % серед усіх серцевих аномалій. Основним фактором потенційних несприятливих наслідків після її оперативної корекції є розвиток дисфункції міокарда правого шлуночка (ПШ). Проблема вдосконалення діагностики та пошуку інструментальних маркерів для кращої оцінки функціонального стану ПШ на фоні залишкової патології у хворих із корегованою ТФ залишаються актуальним напрямком в галузі дитячої кардіології та стали метою нашого дослідження.

**Мета:** Оцінка функції правого шлуночка в дітей з ТФ після оперативної корекції за допомогою методу тканинної доплерографії.

**Матеріали та методи:** Обстежено 35 дітей з ТФ після оперативної корекції віком від 3 до 17 років. Всім пацієнтам була проведена радикальна оперативна 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). Визначали систолічну екскурсію площини тристулкового клапана – TAPSE, пікову систолічну міокардіальну швидкість  $S'_{тк}$ , пікові швидкості у фазу ранньої ( $E'_{тк}$ ) та пізньої ( $A'_{тк}$ ) діастолі, співвідношення  $E/E'$ , швидкість ізоволюметричного скорочення міокарду ПШ IVV, та час ізоволюметричного розслаблення ПШ IVRT.

**Результати дослідження:** У всіх обстежених нами дітей з основної групи мала місце залишкова патологія у вигляді недостатності на клапані легеневої артерії різного ступеня важкості з достовірним переваженням легеневої регургітації (ЛР) легкого ступеня у 2-4 рази. У дітей з ТФ після радикальної корекції достовірно відмічалось зниження швидкісних показників міокарда ПШ: зниження показника TAPSE на 35,05 %, зниження систолічної швидкості  $S'_{тк}$  на 37,5 % та зниження показника IVV на 33,91 % порівняно із здоровими дітьми. Після аналізу показників діастолічної функції міокарда ПШ виявлено зниження міокардіальної швидкості  $E'$  відносно показників групи здорових дітей в 1,33 рази та зростання значення співвідношення  $E/E'$  в 4,4 рази, особливо помітне при вираженому ступені ЛР. Серед маркерів релаксаційних порушень міокарда ПШ можна виділити підвищення шансів зростання значення співвідношення  $E/E' > 6,0$  в 1,5 рази і зниження швидкості  $E' < 12,2$  см/с, що свідчить про наявність діастолічної дисфункції ПШ при вираженій ЛР.

**Висновки:** Ранніми показниками формування міокардіальної дисфункції ПШ є значення міокардіальних швидкостей, що отримані методом ТД у різні фази серцевого циклу. Систолічна дисфункція при значимій легеневій регургітації визначається при зниженні показника TAPSE  $< 1,5$  см,  $S'_{тк} < 8,1$  см/с та IVV  $< 5,9$  см/с. Релаксаційними порушення міокарда ПШ слід вважати зростання значення співвідношення  $E/E' > 6,0$  і зниження швидкості  $E' < 12,2$  см/с.

О.О. Шкільна

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ ЛЕПТИНУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ СИСТЕМНОГО ЧЕРВОНОГО ВОВЧАКА**

Кафедра внутрішньої медицини № 2

С.В. Шевчук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Адипокіни на даний час розглядаються як фактори розвитку багатьох аутоімунних

захворювань. У хворих на системний червоний вовчак (СЧВ) відмічається зростання рівня лептину в сироватці крові. Проте досі невідомо як концентрація лептину корелює з перебігом захворювання.

**Мета роботи:** дослідити концентрацію лептину в сироватці у хворих на СЧВ, та визначити її зв'язок з активністю запального процесу.

**Матеріали та методи:** Нами було обстежено 50 хворих на СЧВ (5 чоловіків і 45 жінок) віком 23 – 66 років (середній вік –  $47,3 \pm 1,15$  років). Час захворюваності становив від 2 до 29 років ( $9,1 \pm 6,51$  років). Групу контролю склали 28 осіб, розподілених за віком та статтю відповідно до основної групи. В сироватці крові рівень лептину визначався методом ІФА наборами компанії „DRG”, Німеччина. Також було досліджено рівні холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), С-реактивного протеїну (СРП), ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), фактору некрозу пухлини – альфа (ФНП- $\alpha$ ) стандартними діагностичними наборами. Ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ) було розраховано згідно формули Friedwald.

**Результати:** Встановлено, що рівень лептину в сироватці крові в основній групі хворих на СЧВ та групі контролю значно відрізнявся. Середній вміст лептину у хворих на СЧВ дорівнював  $21,0 \pm 0,98$  нг/мл, а в групі контролю –  $12,3 \pm 1,30$  нг/мл, ( $P < 0,005$ ). Аналіз не виявив достовірних відмінностей в рівнях досліджуваного адипокіну за статтю та віком. У хворих, в яких виявлено високий вміст атерогенних та низький показник антиатерогенних ліпопротеїдів спостерігається стійке підвищення середнього рівня лептину (на  $6,9$ - $22\%$  ( $r=0,29$  -  $r=0,38$ )). Концентрація лептину в сироватці крові корелювала з величиною СРП, ШОЕ, ФНП-альфа ( $r=0,37$  -  $0,43$ ,  $P < 0,005$ ).

**Висновки:** у хворих на СЧВ виявлено зростання рівню лептину, який пов'язаний з дисліпідемією та активністю запального процесу і не залежать від віку та статі.

В. В. Щерба

## ЄВРОПЕЙСЬКІ ІНДИКАТОРИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЯК АЛЬТЕРНАТИВА ЗВИЧНОМУ ПІДХОДУ ДО ПРОВЕДЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ОБСТЕЖЕНЬ СЕРЕД ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Кафедра стоматології дитячого віку

Ю. В. Філімонов (к.м.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Інформація, отримана під час проведення епідеміологічних обстежень є однією з основ для створення програм первинної профілактики, які б дійсно були ефективними, враховуючи поширеність та інтенсивність стоматологічних захворювань в конкретному регіоні. На сьогоднішній день немає можливості достовірно оцінити рівень стоматологічного здоров'я дитячого населення України, так як відсутні оновлені дані про його стан в Україні.

**Мета:** Альтернативою звичних епідеміологічних обстежень є використання Європейських індикаторів стоматологічного здоров'я. Основні напрямки моніторингу направлені на оцінку стану ротової порожнини дітей та підлітків, загального населення, оцінку систем охорони стоматологічного здоров'я та оцінку впливу стоматологічного здоров'я на якість життя.

**Матеріали та методи:** Кожна з цих груп включає ряд індикаторів, які дозволяють якнайкраще оцінити стоматологічне здоров'я населення та фактори, що на нього впливають. До показників оцінки стоматологічного статусу серед дітей відносяться наступні: щоденне чищення фторвмісною зубною пастою, профілактична допомога вагітним жінкам, знання матері про значення фторвмісної зубної пасти для профілактики карієсу у дітей, рівень впливу фторидів, профілактичні програми з догляду за ротовою порожниною в дитячих садках, школи зі створеними програмами, що орієнтовані на щоденне чищення фторвмісною зубною пастою, скринінг охоплення програмою стоматологічного здоров'я, поширеність захисних герметиків, поширеність ортодонтичного лікування, ранній дитячий карієс, поширеність зруйнованості першого постійного моляра, флюороз зубів.

**Результати:** Епідеміологічні обстеження таким шляхом забезпечили б єдиний підхід, регулярність



проведення, а також дало б змогу розробляти та впроваджувати найбільш дієві програми профілактики та оцінювати їх ефективність. Проведення епідеміологічного обстеження за європейськими стандартами складається з двох частин: анкетування та безпосередньо клінічне обстеження. Анкета була розроблена ВООЗ та включає ряд питань, що стосуються харчових звичок, гігієни ротової порожнини, засобів, що використовуються для догляду за зубами, частоти виникнення проблем із зубами, причини та кількості звернень до стоматолога за останні 12 місяців. Вона також дає можливість оцінити рівень психологічного дискомфорту, викликаний проблемами з зубами та, зокрема, їх зовнішнім виглядом. Карта клінічного обстеження складається із декількох розділів, які включають паспортну частину, визначення географічної доступності отримання стоматологічної допомоги (чи може пацієнт протягом 30 хвилин дістатись до лікаря-стоматолога з місця роботи чи навчання), інтенсивність карієсу з додатковим зазначенням попереднього проведення герметизації, наявних пломб, матеріалів, з яких вони виготовлені та якості прилягання до тканин зуба. Також визначається наявність уражень флюорозом та ортодонтичний статус.

**Висновки:** Все це дає змогу максимально широко та повноцінно оцінити стан стоматологічного здоров'я дітей.

А. Г. Янковецька

## **ПОШИРЕНІСТЬ ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI СЕРЕД ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ, ЩО ПРИЙМАЮТЬ АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВУ КИСЛОТУ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ**

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

І. Г. Палій (проф., д. мед. н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Серцево-судинні захворювання залишаються провідною причиною смертності у всьому світі. Зокрема, в Європі від ССЗ щорічно помирає понад 4 млн. осіб, з них 1,4 млн. у віці до 75 років, – це 45% всіх смертей. Важливе місце у профілактиці тромбоемболічних ускладнень та патогенетичній терапії ішемічної хвороби серця посідає призначення препаратів ацетилсаліцилової кислоти. Ефективність аспірину в первинній профілактиці атеротромботичних ускладнень у пацієнтів високого ризику, а також при їх вторинній профілактиці доведена численними плацебо-контрольованими дослідженнями у хворих з різною патологією. Однак, доведено рядом досліджень, що тривалий прийом аспірину призводить до виникнення шлунково-кишкових кровотеч. Ще одним з важливих чинників, що може призвести до утворення виразок є інфекція *Helicobacter pylori*. При наявності Нр-інфекції ризик кровотеч з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту зростає в 4,9 рази на тлі низьких доз АСК. Тому, відповідно до сучасних рекомендацій, АСК та інфекція Нр вважаються незалежними чинниками виникнення виразок шлунка і дванадцятипалої кишки та розвитку ШК-кровотечі. Рівень поширеності інфекції Нр серед пацієнтів, що приймають АСК з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень, є недостатньо вивченим як у світі, так і, зокрема, в Україні, що і стало причиною проведення нашого дослідження.

**Мета дослідження:** Оцінити поширеність інфекції Нр серед хворих з патологією серцево-судинної системи, що приймають ацетилсаліцилову кислоту з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень, на прикладі пацієнтів ЦПМСД № 1 міста Вінниця.

**Матеріали та методи:** Всього було проанкетовано та обстежено на наявність інфікування *Helicobacter pylori* 242 пацієнти, серед них 140 жінок та 102 чоловіки.

**Результати дослідження:** Серед обстежених із Нр(+) статусом було 25 жінок та 17 чоловіків, із Нр(-) кількість чоловіків становить 85, кількість жінок – 115. Середній вік обстежених в групах Нр(+) становить: чоловіки – 55,2 роки; середній вік жінок – 56,1 роки. Серед обстежених із Нр(-) статусом виявлено 200 пацієнтів. Серед даних обстежених кількість чоловіків складала 85, а жінок – 115. Середній вік чоловіків – 55,2 років, а жінок – 56,1. Крім того нами проаналізовано рівень освіти у даних пацієнтів, нами встановлено, що інтелектуальна праця складала 76 (31,4%) обстежених, фізична праця – 82 (33,8%), пенсіонери – 84 (34,8%).

**Висновки:** за даними нашого дослідження рівень інфікованості Нр серед АСК-юзерів складає 30%, що відрізняється від даних по Україні, що потребує подальшого вивчення.

## АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК

<b>МОРФОЛОГІЯ</b> .....	3
AbenaBoatemaAsare-Boateng, Prasad Sakshi.....	4
Jane Anyaudo.....	4
MalandvulaSima, Adeoye Mabel A.....	5
Uhryn A.A.....	6
Алієва Г.....	6
Балян А.А.....	7
Белінська О.Р.....	8
Беляєва А. Е.....	9
Беляєва А. Е.....	10
Береза Є.В.....	11
Бокоч В.І., К.М. Агафонов.....	12
Бокоч В.І., Сущенко А.О., Агафонов К.М.....	12
Бончук Д.С., Горобець В.А.....	13
Бузенюк А.А.....	14
Булавенко В.І., О.Г. Басінських.....	14
Величко В. С.....	15
Войстрик В.І.....	16
Гавій Т.А.....	17
Гаврилюк К.А.....	18
Гандзій М. О.....	19
Гаразаде А.....	19
Гриценко Д.І.....	20
Грінько Р.М., Шкодїна А. Д.....	21
Гром В.Д. Рузанкова Р.А.....	22
Гула М.Г., Угрин А.А.....	23
Давидюк В.О.....	24
Дзьоник І.А., Гарасимець І.І.....	25
Дмитренко Н.О.....	25
Добош І. І.....	26
Довгаль Ю.Р., Повар І.С.....	27
Довгальюк О. М., Мизинюк Ю. Я.....	28
Зайцева Д.С., Моргач А.С.....	28

АхвіренгЕнох, Захар'їна Є.В, Антоненко Ю.В.....	29
Зобов Г.О. ....	30
Калиновська М.В. ....	31
Кедик В. М.....	31
Кедик В. М.....	32
Клименко Д.Б., Мельник С.М.....	33
Ковальчук О.І. ....	34
Кошова К. О.....	35
Кротюк Т. В. ....	36
Крохмалюк О.К., О.А. Пахолюк.....	36
Кудря М.В.....	37
Кузнецова Ю. М.....	38
Кульчицький І.Т., Сідько І.Ю.....	39
Кушваха Р.Р., Тучков М.В. ....	39
Литвиненко І.С.....	40
Литвиненко І.С., Д.О. Товстик ....	41
Личак І.І. ....	42
Лоточинська М.Р.....	43
Мельник І.І., Урсул І.В., Кривешко Л.С.....	44
Мизинюк Ю. Я., Довгалюк О. М.....	44
Мосійчук А. В., Матушок Н. В.,.....	45
Мошківський В.В., Тимощук О.О., Тимощук С.О. ....	46
Муц Б. А.....	47
Муц Б. А., Саєнко В. В.....	47
Нагорян К.Г. ....	48
Надулична Л. А., Керніцький В. В.....	49
Настенко О.О. Анощук Д.А. ....	50
Настояща О.В., Шум К.О., Сивак І.В.....	50
Олійник Л.П.....	51
Осадчук А.Ю. ....	52
Осадчук А.Ю., М.О.Черненко ....	53
Островерха Д.Р. С.Ю. Шлабан ....	54
Охріменко М.Г., В.П. Ступінь ....	55
Павлюк О.Ю., В.А.Іщук ....	56
Пасайлюк В.І. ....	56

Пермінов Д.О.....	57
Пермінов Д.О., О.В.Швед .....	58
Плавков О. М.....	59
Прядко Л.В., Качуровська О.В., О.Ю. Бабійчук, Т.І. Плазовський .....	60
Герасимова В. В., П. Р. Романюк .....	60
Савчук Д.В. ....	61
Саєнко В. В.....	62
Сасовець А.О. ....	62
Свінкова Д.В., В.В. Косякова .....	63
Сичевська А.Г.....	64
Стойка Я.В., О.П. Некращук.....	65
Тарасюк О.О., Я.О. Яковишена .....	65
Тісовська Я. О. ....	66
Товмасян Е.В. ....	67
Фещенко А.Є. ....	68
Фоамборн Д.-М. М., А.Ю. Глушко .....	69
Хіміч Ю. Ю.....	69
Черненко М.О., А.Ю. Осадчук .....	70
Черноконь М.В.....	71
Чумаченко Я.Д., О.С. Колногуз, А.Д. Волкогон.....	72
Шевчук Т.В.....	73
Шендрик С.С. ....	73
Шереметьєв В.,Бурдейний О. О. ....	74
Шереметьєв В. О.,Бурдейний О. О. ....	75
Шкодїна А. Д.....	76
Юрченко Л.В. ....	77
Ющук Н. І. ....	78
Ярова В.О.,М.О.Куровська .....	78
Ярославська О.О., О.В. Грищенко .....	79
<b>СУСПІЛЬНІ НАУКИ</b> .....	81
Ahafonov K.M., V.I. Vokoch, A.O. Suschenko .....	82
Balyan A.A., O.V. Holub.....	82
Булавенко В.І., О.Г. Басінських.....	83
Burdeyniy O. O., V. O. Sheremetiev .....	84
Burdeyniy O. O., V. O. Sheremetiev .....	85

Kulchitskiy I.T. ....	85
Orlenko V.S. ....	86
Silkina O. V. ....	87
Абрамець О.-М.І. ....	87
Баюрко І.С. ....	88
Белялова Ф.-Ш. А., Т. С. Філіпчук ....	89
Білоус О.О. ....	90
Білошицька О. І. ....	91
Бохенко А. В., Л.О. Мосійчук ....	92
Бурдейна К. С. ....	92
Волкотруб М.О. ....	93
Герасимова В. В., П. Р. Романюк ....	94
Гнатенко Я.В. ....	95
Голубець А.В. ....	95
Гриценко А.С., Д.О. Денисенко ....	96
Грунтківська Я. Р., Д.С. Гонтар ....	97
Гунько А. П. ....	98
Давидюк В.О. ....	98
Дем'янова К.О. ....	99
Дем'янова К.О. ....	100
Дмитренко Н.О. ....	101
Доманський В. А. ....	102
Дудар В. О. ....	102
Желізна М.М., Т.С. Смага ....	103
Жупанова Д.О. ....	104
Козяр Б. В. ....	105
Комарницька А.В. ....	106
Крижановський М.С. ....	107
Кудря М.В., К.М. Вергелес ....	108
Лепак Н.В. ....	109
Лисенко А.В. ....	110
Лопушанський О.М. ....	110
Лопушанський О.М. ....	111
Магдич І.С. ....	112
Мальчик С. П. ....	113

Мамедова Г.Г.....	113
Матвєєв В. В.....	114
Матвєєв В. В.....	115
Матюх М.А., К.М. Вергелес .....	116
Мельник Д.С., О.О. Панасенко.....	117
Метельський В. В.....	118
Месяцева С.Т., В.І. Верлан.....	118
Мисан А.В.....	119
Михайловська В. В. ....	120
Молодовська В. С., Я. В. Слесарчук .....	121
Некращук О.П. ....	121
Плавков О. М., І. Ю. Зубович .....	122
Плюта А.Р.....	123
Прищенко Ю.Л., А.І. Манюта.....	124
Стойка Я.В. ....	124
Сущенко А.О., Бокоч В.І., Агафонов К.М.....	125
Черненко М.О.....	126
Шакун В.О., А.Є. Фещенко.....	127
Шемета М.О. ....	127
Шкарупа А.В., К.М. Вергелес.....	128
<b>МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМ .....</b>	<b>130</b>
Андронік О.О. ....	131
Байда А.А.....	131
Бартко Т.В., Н.В. Плющик, Б.І. Кохан.....	132
Басінських О.Г., В.І. Булавенко.....	133
Беганська А.О.....	134
Беляєва А.Е. ....	135
Белялова Ф.-Ш. А.....	136
Бурлакова С.В.....	136
Бур'ян О.В. ....	137
Гончарова Н.С., Я.П. Лісков, О.В. Долинна.....	138
Гончарук Ю.О. ....	139
Дем'янюк О.П. ....	139
Дорофєєв Д., А.А. Балян .....	140
Душенюк П.М. ....	141

Желізна М.М. ....	142
Коріненко Р.В. ....	143
Кошова К.О, А.В. Мисан.....	144
Кравченко А.В, О.О. Співак .....	144
Кудря М.В., В.В. Косякова.....	145
Кулеша О.В., Я.В. Гнатенко.....	146
Кульчицький І.Т. , Б.В. Касянюк.....	147
Ліщук І.І. ....	148
Луканова А.В. ....	149
Малеш С.С. ....	149
Мизинюк Ю. Я. О. М. Довгалюк.....	150
Морква А.В., М.Л. Чернобока.....	151
Музика М. С. ....	152
Орлова А.О., І.В. Литовченко.....	152
Пахолюк О.А., О.К. Крохмалюк.....	153
Писарцова М.В., Р.Л. Любевич .....	154
Рудюк К.Ю.....	155
Скрипник Ю.О. ....	155
Столяр І.А. ....	156
Сушицька О.І.....	157
Тагеев В.Р., М.Б. Федорович, Т.Л. Ковальчук .....	158
Ткачук Д.В., О.М. Миколайчук .....	159
Фльорко Д.М. ....	160
Харченко Д.О. ....	160
Хіміч Ю.Ю.....	161
Хріненко Ю. В.....	162
Черевко А.В., Ю.В. Слюсаренко .....	163
Шанигін А.В., М.С. Бабіч, Б.О. Яценко.....	164
Шевчук Т.В.....	164
Шендрик С.С. ....	165
Шкарупа А.В., В.О. Михайлова .....	166
Ющук Н.І. ....	167
Ярославська О.О. ....	168
<b>ФІЗИКО-ХІМІЧНИЙ НАПРЯМ.....</b>	<b>169</b>
Adeoye Mabel Ayoyimika, Omale Serah Ojoadale.....	170



Ali Rahimi, Reza Shejaeian .....	171
Mohammad Teymouri, Ali Nazeri.....	171
Агафонов К.М., Бокоч В.І., Сущенко А.О.....	172
Алієва Г.....	172
Балян А.А.....	173
Білик А.О.....	174
Біляченко О.В.....	175
Бохенко А. В., Л. О. Мосійчук.....	176
Васянович Т.А., Л.А. Паєвська, Р.Ю. Козак, Н.А. Гарбуз, В.В. Медвідь .....	176
Войстрик В.І. ....	177
Гаразаде А., К. Гаврилюк .....	178
Герасимова В.В., П.Р.Романюк.....	179
Гнатенко Я.В. ....	180
Гончарук Ю.О. ....	180
Данилевич М.В.....	181
Довган Н.М.....	182
Завгородній С.В., З.М. Салій .....	183
Заводяк А.Ю.....	184
Здебняк Ю.О.....	184
Кедик В.М., Шевня М.Б. ....	185
Кедик В. М., Павлюк О. Ю. ....	186
Коренчук Д.С., Шевченко Д.О., М.М.Кирилюк .....	187
Косякова В.В., Д.В. Свінкова .....	187
Кривешко Л.С., А.С.Кривешко.....	188
Кульчицький І.Т.....	189
Лубковська В.В., Ю.Ю. Хіміч .....	190
Мельник Д.С., О.О. Панасенко.....	190
Мисан А.В. М.О.Ніколаєнко.....	191
Плюшко Р.І.....	192
Пономарчук К.М.....	193
Проць У.В.....	194
Слесарчук Я.В. ....	194
Слюсаренко Ю. В., І. Р. Юзв'як.....	195
Стойка Я.В, В.А. Доманський, В.В. Вавілова .....	196
Черненко М.О.....	197

<b>АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ .....</b>	<b>199</b>
Бартко Т.В.....	200
Гайдуков Н.В.....	200
Гайченя І.О., Т.О. Зайцева, О.В. Юрій.....	201
Демянюк С.В. ....	202
Дерій С.С., Ю.Р.Кузьменко.....	203
Дернова О.К.....	203
Каліновська Ю.О.....	204
Коломієць К.В., Р.О. Картелян, Б.І. Кохан .....	205
Коноваленко Ю.В., Д.А.Тимошенко.....	206
Лагода В.В., І.О. Гайченя.....	207
Логінова Є. В. ....	207
Лук'яненко М.О., Ю.Р.Кузьменко .....	208
Плазовський Т.І., О.Ю. Бабійчук, О.В. Качуровська, Л.В. Прядко .....	209
Савіна В.В.....	210
Сміюха М.О., І.В.Солнишкіна .....	210
Сотник А. А. ....	211
Тростенюк В. А., Н.А. Хвещук, Л.А. Хвещук, О.В. Качуровська .....	212
Чемеринська О.В., В.М. Кравчук .....	212
Човган І.С. ....	213
Юрій О.В., Т.О. Зайцева, М.В. Писарцова, І.О. Гайченя.....	214
Яцишина З.В.....	215
<b>ПЕДІАТРІЯ .....</b>	<b>216</b>
Березівська Т. П. ....	217
Березівська Т.П., Я.С. Скоробогач, М.Р. Тарасова.....	217
Беца І.М., Поперечний В.О. ....	218
Бисага Ю.Ю., О.В.Поліщук .....	219
Булавенко В.І.,О.Г. Басінських.....	220
Бур'ян О. В. ....	221
Велічко В. О. ....	222
Волков І.А., О.В. Рибчич.....	223
Воронецька С.Р., О.В. Зінченко.....	224
Гайченя І.О., В.В. Лагода.....	225
Годованюк А.Ю. ....	226
Гринів Н. М., М.-А. В. Середюк.....	227

Гуменюк Р.О., К.М. Сидорук.....	228
Гусак О.А., М.-Ю. І. Петришина, В.Ю. Коноваленко, О.С. Мотузенко .....	229
Дацишин Н.А.....	230
Домбровська Т.Л.....	230
Дяченко І.П.....	231
Журавська Ю.О., Н.Г. Дерипапа .....	232
Казмірчук О.М., Поніна С.І. ....	233
Карамазіна-Гриненко А.М. ....	234
Качуровська О.В., Л.В.Прядко, Т.І.Плазовський, О.Ю.Бабійчук, В.А.Тростенюк.....	234
Коноваленко В.Ю., Т.О. Луцюк .....	235
Корінчак Л.А. ....	236
Кохан Б. І., Н.В. Плющик.....	237
Крупцала Т.В, В.І.Черепанська, О.С. Мотузенко .....	238
Литовченко І.В., А.О. Орлова.....	239
Любевич Р.Л., О.В. Степаненко .....	240
Мазур О.Г., Ю.І. Лобортас, В.О. Велічко.....	241
Мазуркевич М.О. ....	242
Малеш С.С. ....	243
Микитюк Ю.М .....	244
Міщанін В. А. ....	245
Перебийніс Т.М.....	246
Перебийніс Т.М.....	247
Повshedна Т.Ю., Р.Л. Любевич.....	248
Пунько О.С., В.В. Шмалій .....	249
Сорока А.О. ....	250
Стругинська А.А. ....	251
Тагеев В.Р.,Т.Л. Ковальчук .....	251
Токмакова І.І., О.В. Степаненко, Т.Ю.Повshedна.....	252
Цибрій І. В., О. С. Мотузенко.....	253
М.Б.Шандра, Г.Є.Важова, Ю.М.Микитюк .....	254
М.О. Швая, М.І. Тихонюк.....	255
О.В.Швед, Н.В.Толочко .....	256
О.І.Шулякова.....	257
Linda Abah.....	258
<b>ТЕРАПІЯ</b> .....	259

E.Boscov, E.Samohvalov, M. Abras, N.Olaru.....	260
Nokuzola Nicole Mashonganyika,O.V. Dzekan.....	260
N. Olaru, E.Samohvalov,E.Boscov.....	261
Анщук Д.А. ....	261
Бачуріна Я.А., Гвоздик І.В. ....	262
Баширова К. Б., В. В. Ткаченко .....	263
Бедевельський А.С.....	264
Бобр А.М.....	265
Болгарська І., В. Зарудня, О.Поплавська.....	265
Бомбела В.О.....	266
Булавенко В.І., О.Г. Басінських.....	267
Бутиріна І.Д. ....	268
Бухштаб А.Є. , Рибчич О.В., Семенович Ю.С. ....	268
Гвоздик І.В., Я.А. Бачуріна .....	269
Глухонюк Д.В., Л.В.Прядко, Т.Т.Ющинський .....	270
Грiшаєнко О.В. ....	271
Гунько А. П., Ластович Л. В. ....	271
Давидова В.О.....	272
Должикова С.В., Довбиус Т.С. ....	273
Домашенко А.О.....	274
Донченко М.В.....	274
Желізна М.М., Кучеренко Т.В. ....	275
Зарудня В.Л., Болгарська І.В. ....	276
Качуровська О.В.,Прядко Л.В, Плазовський Т.І., Бабійчук О.Ю.,Тростенюк В.А.....	277
Костенко Я.В., Каландей Т.О. ....	277
Кохан Б.І., О.М.Миколайчук .....	278
Литовченко І.В., Орлова А.О. ....	279
Лукашенко А. І. Вишневецька О. А. ....	280
Луцюк Т.О., Коноваленко В.Ю. ....	281
Луцюк Т.О., Коноваленко В.Ю. ....	281
Любевич Р.Л., Броварний Б.С.....	282
Миколайчук О.М. , Кохан Б.І. ....	283
Мойсеева У.Ю, Філяк Ю.О.....	284
Москалик Г.П. ....	285
Мусієнко О.С.....	286

Мусієнко О.С., Швед О.В. ....	286
Орлова А.О. , Литовченко І.В,.....	287
Орлова А.О.,В. Литовченко .....	288
Островерха Д.Р., С.Ю. Шлабан .....	288
Перчик О.І. Чмир А.А. ....	289
Петришина М.-Ю.І., Гусак О.А. ....	290
Пилипчук М.В. ....	291
Писарцова М.В., Зайцева Т.О., О.В. Юрій .....	292
Плазовський Т.І., Бабійчук О.Ю., Прядко Л.В., Качуровська О.В. ....	292
Плазовський Т.І.,Хіміч Ю.В, Важова А.Є., О.Ю. Бабійчук.....	293
Плющик Н.В., Моїсеєнко А.А. ....	294
Поніна С.І. ....	295
Прядко Л.В., Плазовський Т.І., Качуровська О.В., О.Ю. Бабійчук .....	295
Романовська К.Б, С.Х.Ансарі .....	296
Рудой Д.О., Є.Ю. Рибачук.....	297
Рудюк К.Ю.....	298
Сатурська У.В.....	298
Середа К.І. ....	299
Тимошенко Д.А. ....	300
Ткаченко К.В. ....	301
Толочко Н.В, Швед О.В. ....	302
Тростенюк В. А., Н.А. Хвещук, Л.А. Хвещук, О.В. Качуровська .....	302
Угрин А.А., І.О. Демчук, З.В. Яцишина .....	303
Фреїк С.П., Д.О. Філіпович.....	304
Ховпей М.М.....	305
Чемеринська О.В., В.М. Кравчук .....	306
Чешенчук Д. С.....	306
Швед О.В. Толочко Н.В, .....	307
Юрій О.В., Т.О. Зайцева, М.В. Писарцова .....	308
<b>КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ, НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ.....</b>	<b>310</b>
Kannappan Vignesh Chenna.....	311
Біліченко А.С.....	311
Вакуленко, Л.В. Мирончук В.Р. ....	312
Габорець Я.В., О.Ю. Бабійчук .....	313
Козловська В.О.....	314

Косташ А.О.....	314
Кузовлева І.В., О.П. Корнієнко.....	315
Ніколайчик А.М. ....	316
Новицький А.В., Дзюбик Ю.В.....	317
Павлюк Д.В.....	317
Панасюк І.О. ....	318
Ровнер Я. В. ....	319
Савенко А.О.....	320
Тереховська Л.А.....	320
Тимошук К.С. ....	321
Філяк Ю., В.М.Красновський, І.Ф.Ува-Агбонікхена .....	322
Ходанич Марія .....	323
Ходанич М.Б.....	323
Черноконь М.В.....	324
Шаріф А.С. ....	325
Шахрайчук Л.О., О.Б.Шевня .....	326
<b>ХІРУРГІЯ</b> .....	328
Ahmed Salah Ahmed .....	329
GlodinVictor .....	329
Irito Timoteus, Liubevych R.L., Gorovyi O.V.....	330
Бабійчук О.Ю., Плазовський Т.І., Глухонюк Д.В., Прядко Л.В.....	330
Бабійчук О.Ю. ....	331
Бабійчук О.Ю. ....	332
Баранова А.С., Матросова Ю.В. ....	333
Бартко Т.В., Плющик Н.В., Кохан Б.І. ....	334
Белясов Д.В., Боровикова А.О. ....	334
Білошицька О.І. ....	335
Вахнюк А.О. ....	336
Габорець Я.В., Бабійчук О.Ю. ....	337
Габорець Я.В., Швед О.В. ....	337
Гайдаренко Т.А. ....	338
Гайдуков Н.В. ....	339
Глухонюк Д.В., Плазовський Т.І. ....	340
Глухонюк Д.В., Хіміч Ю.В., Важова А.Є.....	340
Гребенюк Д.І., Моїсеєнко А.А.....	341

Долінський С. О. ....	342
Зайцева Т.О., Гайчєня І.О., Юрій О.В. ....	343
Зуб'юк К.В., Осадчук Ю.О., Чорний Є.М. ....	344
Івасєнко Т.С., Шворак М.В. ....	344
Кисла С.І., Гончарєнко В.І. ....	345
Кобзіна О.С. ....	346
Ковальчук О.С., Назарова І.О. ....	346
Коновалєнко В.Ю., Петришина М.-Ю.І. ....	347
Косташ А.О., Мирончук В.Р. ....	348
Кривонос М.І., Рауцкіс В.П., Гудзь О.В. ....	349
Курчанова Ю.В., Ю.І. Івантєєва Ю.І., Власєнко О.В. ....	350
Лагно Є.С. ....	350
Лєпетун В.П. ....	352
Лисєнко А.Ю., Сміюха М.О. ....	352
Малєш С.С., Бабіч Д.І., Солодкий Д.М. ....	353
Мальчик С.П., Гагалушко К.І. ....	353
Мєлінчук Ю.В. ....	354
Миколайчук О.М., Кохан Б.І. ....	355
Міклєїн М.І., Зарєзенко Т.П. ....	356
Моїсєєнко А.А., Плющик Н.В. ....	357
Мусієнко О.С. ....	358
Нєймановський Є.В., Павлєнко Б.Л. ....	358
Осадчий А.В. Маховський О.Л. ....	359
Паньків К.М., С.В. Хитрук, О.С. Устимєнко, А.М. Паньків ....	360
Пащєнко Т.С. ....	361
Пікульська К.І., Г.О. Сокол. ....	362
Плотиця Б. В. ....	362
Пономарєнко В.Ю. ....	363
Пономарєнко В.Ю. ....	364
Потапова Ю.В., Я.В. Мартиш ....	365
Рибчич О.В., А.Є. Бухштаб, Ю.С. Семенович ....	366
Саковська М.Д., Д.Ю. Салій ....	366
Слободяник С. В., М.І. Кривонос, О. В. Гудзь. ....	367
Струсєвич О.П., О.В. Горошинська ....	368
Угрин А.А., І.О. Дємчук. ....	368

Фадєєва А. В., А. В. Валентьєва .....	369
Шавлюк В.В., В.М. Ковальчук .....	370
Шаріфова С.Ф., Н.Ю. Пляцко, Т.С. Лоскутова.....	371
Шворак М.В., Т.С. Івасенко .....	371
Шишковський Д.Г.....	372
Шишов О.Ю. ....	373
Шматок Н.А.....	374
Юрій О.В.....	375
Яцишина З.В. Ліхницький Б.Ю. ....	375
<b>СТОМАТОЛОГІЯ</b> .....	377
Badu K.Y .....	378
Saara Ndjambula.....	378
Turgut Novruzlu, Reem Alrefai .....	379
Mohamed A.A. Youssef .....	380
Бондаренко М.М., К.М.Бондарчук .....	381
Веретинський О.О.....	381
Гикавчук М.В., С.М. Самокоз.....	382
Гриценко Д.І. ....	383
Гриценко Д.І. ....	384
Дзяворук В.А. ....	385
Кедрук Л.А,Т.В.Сорокіна.....	385
Котик Н.В., В.С. Поліщук, О.О. Поліщук .....	386
Липівська А.В.....	387
Молдовян І.В. ....	388
Плаксін Д.О. ....	388
Поліщук В.С., О.О. Поліщук .....	389
Мехди Ради.....	390
Суровцева В.С. ....	391
Суслик В.М.....	391
Троц М.В., В.С. Поліщук, О.О. Поліщук.....	392
Філевич О. А.....	393
Шевченко Ю. І. ....	394
Шелест А.О.....	395
Яремчук Д.Ю.....	395
<b>ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ</b> .....	397



Sidoruk К.М. ....	398
Булавенко В.І., О.Г. Басінських.....	398
Бурдейний О. О., Шереметьєв В. О. ....	399
Вашкеба К.Ю.....	400
Габінет Д.В., А.А. Шеремета.....	401
Головатюк А.С., А.О. Батовський.....	401
Головатюк А.С., О.Д.Благуєн, М.В. Балинська.....	402
Гуляєва М.А.....	403
Жебелєв В.Л., Чайковська О.В., Сушицька О.І., Баглай В. О. ....	404
Камінська К.О., Н.О. Яровий.....	404
Капітанчук Н.Ю. ....	405
Колеснік А.Ю. А.Ю. Некрашевич.....	406
Кравчук І.В. ....	407
Кульчицький І.Т.....	408
Левківська Т.А.....	408
Мартинчук І.О., К.О. Мартинчук.....	409
Марцевич Я.С., О.С. Куколевська.....	410
Моїсеєнко А.А.....	411
Мошківський, В.В. О.О. Тимошук, П.С. Бондаренко.....	412
Осадчук Ю.О., Зуб'юк К.В.....	413
Шлабан С.Ю., Д.Р. Островерха.....	413
Паєвська Л.А., Є.А.Картава.....	414
Пахолук О. А., О. К. Крохмалюк.....	415
Петришина М.-Ю.І., О.А.Гусак.....	416
Погребна І. Л. ....	417
Сокирко М.В., Ю.В.Короткий.....	417
Стецун О. О. Вахнюк А.О., Гайдук О.В. ....	418
Тур А. А. ....	419
Хісматулліна В.Ф, Н.С. Недорезанюк.....	420
Циганенко А.В., Ю.М. Григорук, О.Д. Гайдай.....	420
Черноконь М.В.....	421
Швед О.В, О.С.Мусієнко.....	422
Яковишена Я.О.....	422
Яремчук А.О.....	423
<b>МОЛОДІ ВЧЕНІ</b> .....	<b>425</b>

Roman Chornopryshchuk, Ethelfred Aberna Sweety .....	426
Алексєєнко Н.С. ....	426
Akhmedova A.A. ....	427
Баглай В.О. ....	428
Береговенко Ю.М. ....	429
Блажченко В.В. ....	429
Бобецька О.П. ....	430
Богачук М.Г. ....	431
Власенко О.В. ....	432
Гилюк О.Г. ....	433
Годован Н.Л. ....	434
Гойна-Кардасевич О.Ю. ....	434
Демянишина В.В. ....	435
Дзьоба А.І., В.О. Шапринський, А.П. Король .....	436
Дуб А.І. ....	437
Жмурчук В.М. ....	438
Жупанова Д.О. ....	439
Зарічнюк Б.П. ....	439
Зарічнюк Б.П. ....	440
Звягіна О.В. ....	441
Звягіна Н.Ю. ....	442
Зінкевич К.Є. ....	443
Зінкевич К.Є. ....	444
Кондратюк Н.М. ....	445
Корольчук В.В., Н.А.Барціховська, В.П.Рауцкіс .....	445
Ксенчин О.О. ....	446
Куцак О.В. ....	447
Магдебурга С.О. ....	448
Макаров В.М. ....	449
Максимчук Н.О. ....	449
Мартінова Ю.Ю. ....	450
Маслоїд Т.М. ....	451
Маціпура М.М. ....	452
Моргун А.С. ....	453
Мордвінова О. М., О. А. Філевич .....	453

Мустафа Бассам Хуссейн.....	454
Ніколова О.М. ....	455
Іванов В.П, Т.П. Онищук .....	456
Остренюк Р.С .....	457
Паламарчук І. В.....	458
Панібратюк О.А. ....	458
Побережець В.Л. ....	459
Германюк Т.А., Т.І. Івко, Ю.М. Поліщук .....	460
Приходько С.О.....	461
Прохорчук І.П. ....	462
Романенко І.В.....	463
Ромаш І.Б. ....	463
Саркісова Ю.В., Н.О. Максимчук .....	464
Семенюк К.А. ....	465
Скальський С.С., В.В. Сайчук .....	466
Стародуб В.А.....	467
Сторожук Н.В.....	468
Струтинська О.Б.....	468
Сукманська Г.Д. ....	469
Сучок С.О. ....	470
Tatsiuk A.I. ....	471
Ткаченко-Радогуз Т. В.....	471
Філімонов В.Ю.....	472
Хромих А.В .....	473
Шкільна О.О.....	474
Щерба В. В.....	474
Янковецька А. Г. ....	475