

614.876(477)
4-75

ЧОРНОБИЛЬ – БІЛЬ УКРАЇНИ

Медико-соціальні аспекти
Підсумки 35-річних досліджень
Випуск п'ятий



ЗМІСТ

Частина I

Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 35-й річниці аварії на ЧАЕС. 21.04.2021 р.	3
ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Загальні питання	4
Стан здоров'я постраждалих від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС у Вінницькій області. <i>Задорожна О.І.</i>	4
Надання Вінницьким обласним диспансером медичної допомоги населенню, постраждалому від аварії на ЧАЕС за 2015-2020 р.р. <i>Голодюк С.М.</i>	12
Соціальний захист постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи у Вінницькій області. <i>Заболотна Н.М.</i>	19
Пенсійне забезпечення осіб, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи у Вінницькій області. <i>Корчака О.</i>	30
Вінниччина через 35 років після аварії на ЧАЕС. <i>Зайцева В.Г., Притолук В.П.</i>	32
Радіологічні випробування природних будівельних матеріалів Вінниччини. <i>Притолук В.П.</i>	35
Досвід надання реабілітаційної допомоги при наслідках корона вірусної хвороби у КНП «ВОСКДРЗН ВОР». <i>Корзун Т.Б.</i>	37
Стратегічні пріоритети управління якістю спеціалізованої медичної допомоги в Україні. <i>Вигонюк А.В.</i>	40
Радіаційне забруднення території досліджень. Дані Вінницької філії ДУ «Держструнтохорона» за 2014 рік	44
Структура та територіально-ландшафтний розподіл радіонуклідів, які потрапили в оточуюче середовище внаслідок техногенної катастрофи на Чорнобильській АЕС. <i>Солейко Д.С., Горбатюк О.М., Солейко Н.П., Солейко В.В.</i>	46
Радіація в побуті. Принципи раціонального харчування. <i>Іванов В.П., Афанасюк О.І., Шушковська Ю.Ю.</i>	48
Порівняльний аналіз результатів первинних оглядів серед постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС за останні п'ять років. <i>Костенко І.М., Мельничук Л.П., Закалюжна О.С.</i>	49
Контингенти постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС – медико-соціальні пріоритети. <i>Голодюк С.М., Буткалюк Д.Д.</i>	51
Медико-соціальні наслідки аварії на Чорнобильській АЕС. <i>Беляєва Н. М., Кульчевич Л. В., Бойко В. В., Проскуріна О. Ф.</i>	54
Чорнобильська катастрофа. Стан соціальної захищеності постраждалих осіб та актуальні завдання подолання наслідків. Державний реєстр постраждалих. <i>Голодюк С.М., Буткалюк Д.Д.</i>	56

РОЗДІЛ 2. Стан здоров'я постраждалих

Рання діагностика хронічної серцевої недостатності (ХСН) за комор бідного перебігу гіпертонічних хвороби II стадії (ГХ II) та цукрового діабету 2 типу (ЦД 2) у чоловіків, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. <i>Антонюк Я.О., Гуменюк А.Ф.</i>	59
Застосування методики ENDO-RET® (PRGF®) для прискорення загоєння та збереження об'єму кісткової тканини в ділянці екстракції зубів у пацієнтів, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС. <i>Буткалюк І.Д., Буткалюк Д.І.</i>	60
Встановлення дентальних імплантів в бугор верхньої щелепи пацієнтам з атрофією висоти альвеолярного паростку верхньої щелепи, постраждалим від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, без застосування методики кісткової аугментації. <i>Буткалюк І.Д., Буткалюк Д.І.</i>	62
Діагностичні критерії електроенцефалографії в розпізнаванні хронічної ішемії мозку. <i>Денесюк О.П., Денесюк Н.В.</i>	63
Динаміка показників здоров'я населення після аварії на ЧАЕС. <i>Дідик Н.В.</i>	65
Особливості надання невідкладної хірургічної допомоги ліквідаторам аварії на ЧАЕС в умовах пандемії «COVID-19» на базі військово-медичного клінічного центру центрального регіону. <i>Каніковський О.Є., Шапринський Є.В., Аль-Мутасем Біллах Аль Ктавнех, Заїров Б.Б.</i>	67
Наслідки ЧАЕС у пацієнтів з неврологічними захворюваннями. <i>Капітанчук І.В.</i>	68
Пізслизова вазотомія нижніх носових раковин із застосуванням високочастотної підслизової коагуляції як метод лікування гіпертрофічного риніту. <i>Кот Л.В.</i>	70
Оптимізація надання допомоги постраждалим внаслідок аварії на ЧАЕС. <i>Майко О.В., Франчук С.В.</i>	73
Мультипухлинний синдром. <i>Вернигородський С. В., Скорук А. Г., Плюшко Р. І.</i>	74
Синдром ЛОУРЕНСА – МУНА – БАРДЕ – БІДЛЯ. <i>Вернигородський С. В., Скорук А. Г., Плюшко С. М., Плюшко Р. І.</i>	78
Фактори виникнення артеріальної гіпертензії у підлітків. <i>Булат Л.М., Лисунець О.В.</i>	81
Терапевтичні аспекти надання медичної допомоги постраждалим від аварії на ЧАЕС. <i>Середа Н.Ф., Руденко О.В., Люта Т.В., Жебель В.М.</i>	82
Використання фізіотерапевтичних факторів в комплексному консервативному лікуванні облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок внаслідок аварії на ЧАЕС. <i>Повшедна Г.П.</i>	84

призначення лікарських засобів та уникнення поліпрагмазії у медичних призначеннях. Окремим напрямком співпраці кафедри із ВОСКДРЗН є проведення навчальних тренінгів із середнім медичним персоналом щодо оволодіння технікою користування сучасною діагностичною апаратурою та інтерпретації результатів діагностичних процедур.

Безсумнівно актуальною є наукова робота по об'єктивізації оцінки впливу віддалених наслідків аварії на Чорнобильській атомній електростанції на генетичні аспекти формування захворюваності з боку серцево-судинної патології та межових діагностичних рівнів біомаркерів, що знаходить відображення у дослідженнях кафедри.

Висновки: Пріоритетним державним напрямком охорони здоров'я є надання висококваліфікованої допомоги ліквідаторам аварії на Чорнобильській атомній електростанції та усім категоріям постраждалого населення, яка повинна здійснюватися із залученням наукового та кадрового потенціалу співробітників медичних університетів.

МУЛЬТИПУХЛИННИЙ СИНДРОМ

Вернигородський С. В., Скорук А. Г., Плюшко Р. І.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

За даними ВООЗ (2018) онкозахворювання є другою за поширеністю причиною смертності у світі. За останні два десятиліття загальна кількість людей, що страждає від тієї чи іншої форми онкології зросла майже вдвічі – від ± 10 мільйонів у 2000 році до $\pm 19,3$ мільйонів у 2020 році. Молочна залоза, шийка матки, щитовидна залоза та легені є найбільш поширеними органами за локалізацією злоякісної пухлини серед жінок, у свою чергу, легені, печінка, простата, шлунок і пряма кишка є найбільш поширеними органами за локалізацією злоякісної пухлини серед чоловіків. Проте, існують випадки, коли у хворого діагностують не одну злоякісну пухлину, а дві і більше, одночасно або через певний проміжок часу. Причиною такому перебігу захворювання не є

метастазування. На сьогоднішній день, методи діагностики та лікування онкозахворювань суттєво удосконалились, що є чинником збільшення середньої тривалості життя онкохворого, тоді, все частіше, перед лікарями постає проблема множинного первинного пухлинного ураження – мультипухлинного синдрому.

У своїй роботі ми досліджували патоморфологічні ознаки пухлин, що зустрічалися при множинному первинному пухлинному ураженні органів і тканин; вивчали гістологічні форми пухлин, що є найчастіше зустріваними при мультипухлинному синдромі. Провели аналіз наукових публікацій у вітчизняних і зарубіжних джерелах, аналіз досліджень та публікацій науково-медичної бази PubMed, репозиторію бібліотеки ВНМУ.

В результаті було визначено, що мультипухлинний синдром не є широко поширеним захворюванням, але і не відноситься до рідкісних патологій. На сьогоднішній день питання стосовно пацієнтів із діагнозом мультипухлинний синдром набуває все більшого значення. У ході проведеної роботи було встановлено, що множинне первинне пухлинне ураження визначається як одночасне або послідовне ураження первинними злоякісними пухлинами різного гістологічного походження органів і/або тканин однієї людини. Ще у 1932 році у роботі J. Warren і O. Gates були сформульовані перші основні характеристики мультипухлинного синдрому: 1. Кожна пухлина повинна бути злоякісною; Метастазування повинно бути виключено при постановці діагнозу. Вже у 1977 році Ch. Martel встановив загальноприйнятую класифікацію мультипухлинних синдромів, а саме наступні їх типи: група 1 включає множинні первинні злоякісні пухлини, що локалізуються у органах з однаковою гістологічною будовою; група 2 – множинні первинні злоякісні пухлини, що походять з різних тканин; група 3 – складається з множинних первинних злоякісних пухлин із локалізацією у різних тканинах і органах, які існують одночасно з першою групою, як наслідок, така комбінація спричиняє мультипухлинний синдром із трьома і більше раковими пухлинами. В додаток, у групі 1 диференціюють підгрупи А (злоякісна пухлина, що локалізується у

одній тканині та в одному органі), В (злоякісна пухлина, що походить з однієї тканини та різних органів), С (злоякісна пухлина, що зустрічається у парних органах, наприклад легені, яєчники тощо).

У літературі описуються випадки мультипухлинних синдромів, які є досить варіабельними щодо кількості та ділянок локалізації пухлини. Наприклад, у дослідженні «A case of report of quadruple cancer in a single patient including the breast, rectum, ovary and endometrium» (2008) було описано випадок пацієнтки з мультипухлинним синдромом. У жінки у віці 45 років було виявлено рак молочної залози, у віці 63 років аденокарциному прямої кишки, у віці 68 років рак яєчників і рак ендометрію. Мікроскопічно: пухлина правого яєчника – складні папілярні структури з нерегулярним розгалуженням і пучком; ендометрій – неправильні сосочкові структури з тонкими фіброзно-судинними ядрами вистеленими пухлинними клітинами. На тлі ендометрію відмічалась мультифокальна серозна інтраепітеліальна карцинома. У свою чергу, автори статті «Triple malignancy involving breast, ovary and uterine vault: A case report and literature review» (2017) описали первинне множинне пухлинне ураження, що включало в себе рак молочної залози, яєчників і склепіння матки. Гістопатологія: у зразку мастектомії було виявлено інфільтруючу протокову карциному молочної залози. Гістопатологія яєчників виявила папілярну серозну цистаденокарциному яєчників. Зауважимо, що у літературі широко описуються випадки поєднання раку молочної залози з іншими за локалізацією пухлинами. У роботі під назвою «Multiple primary cancers: An enigma» (2016), дослідники, протягом п'яти років зафіксували 13 випадків множинного первинного пухлинного ураження у жінок. Зазначимо, що суттєве значення має наявність у пацієнта розладів роботи ендокринних залоз, так, у пацієнтів із гіперестрогенією, ожирінням, цукровим діабетом часто відмічається поєднання раку молочної залози, тіла матки та ободової кишки. У додаток, відмічався певний причинно-наслідковий зв'язок, а саме - пацієнти з раком молочної залози у два рази частіше хворіли на рак яєчника, у свою чергу, у пацієнтів із раком яєчника, ризик виникнення вторинного пухлинного ураження молочної

залози та раку товстої кишки збільшується приблизно у 3-4 рази. Найбільш розповсюдженим органом за локалізацією пухлини є молочна залоза, чотири випадки являли собою двосторонні карциноми молочної залози. Цікаво, що за даними Національного інституту раку (2019) двосторонні раки молочної залози спостерігають у $\pm 2,5$ % онкохворих, найпоширенішою локалізацією злоякісної пухлини є верхньозовнішній квадрант молочної залози. Хочемо відмітити, що за даними деяких авторів 70-тих років минулого століття ракові пухлини частіше всього локалізувалися також у верхньозовнішньому квадранті, а показник випадків раку обох молочних залоз, по відношенню до загального числа хворих, складав від $\pm 2-3\%$ (М. Г. Шрайбер) до $\pm 4-8$ %. По даним онкологічного інституту П. А. Герцена, двосторонній рак складав $\pm 5,11$ %, причому у $\pm 59,6$ % хворих він розвивався послідовно, у $\pm 25\%$ - одночасно, у $\pm 15,5$ % шляхом метастазування з іншої молочної залози (А. П. Баженова, Л. В. Ягунова). Вчені виявили послідовний розвиток раку обох молочних залоз у $\pm 1,3$ % хворих. Описуючи рак молочної залози, який згідно зі статистичними даними, опублікованими Міжнародним агентством з дослідження раку (IARC) (2020) є найбільш часто діагностованою формою онкології у світі, необхідно зауважити про перебіг його метастазування, яке проходить лімфатичним, гематогенним шляхами і шляхом прямої інвазії. Метастази в регіонарних лімфовузлах з'являються через 3-5 місяців від початку процесу, проте, ці дані відносні. Основним шляхом лімфогенного метастазування є лімфатичні судини, що йдуть по краю великого грудного м'яза у підпахвинну впадину. Потім метастази потрапляють у підключичні та надключичні лімфовузли. При центральній та медіальній локалізації раку можливе метастазування в іншу молочну залозу. Гематогенним шляхом метастази найчастіше поширюються в печінку, легені та кістки, але можуть бути і в будь якому органі. У 1972 році В. Ф. Семиглазов і Е. Л. Нейштадт описали виключно рідкісний метастаз у червоподібний відросток. Контактне поширення пухлини починається у 3-4 стадіях, у процес втягуються шкіра, підшкірна клітковина, великий грудний м'яз, ребра та плевра. В запущених станах настає компресія судинно-нервового

пучка в підключичній ділянці, що супроводжується сильним болем і різким набряком руки та плечового поясу. Тривалість життя нелікованих хворих складає від декількох місяців до 4-х років. Проте, окрім посиленого метастазування раку молочної залози, існують випадки і множинного первинного пухлинного ураження, що спостерігаються у хворих на онкологію у пост-лікувальному періоді. Підсумовуючи усе вище описане, ще раз підтверджуємо те, що при мультипухлинному синдромі існує значна варіабельність гістологічних форм пухлин і їх локалізації. Висновок. Мультипухлинний синдром, вивчення якого носить велику цінність для пацієнтів із діагнозом рак, являє собою одночасне або поступове множинне первинне пухлинне ураження кількох органів чи тканин, спричиняє важке погіршення стану пацієнта, тому достатня обізнаність щодо його сутності в цілому та його патоморфологічних особливостей безпосередньо має велике значення у діагностиці та лікуванні онкохворих, у збільшенні тривалості їх життя.

СИНДРОМ ЛОУРЕНСА – МУНА – БАРДЕ - БІДЛЯ

Вернигородський С. В., Скорук А. Г., Плюшко С. М., Плюшко Р. І.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

*КНП «Вінницький обласний спеціалізований клінічний диспансер
радіаційного захисту населення ВОР»*

Хвороба Лоуренса – Муна – Барде - Бідля (ЛМББ) – рідкісне аутосомно-рецесивне генетичне захворювання, що має п'ять основних симптомів, включаючи пігментний ретиніт, полідактилію, ожиріння, гіпогонадізм і розумову відсталість. Отже, існує широкий спектр симптомів, що виникають при синдромі ЛМББ. Тому, хоча синдром не є широко поширеним у популяції, проте, знання про даний синдром є важливими для лікарів у зв'язку з