

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, Заіров 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

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

різноманітністю та високим ступенем складності проявів, які стосуються багатьох спеціалістів різних медичних напрямків.

Вивчаючи основні патоморфологічні особливості органу зору у хворих на синдром ЛМББ було встановлено, що одним з симптомів синдрому є пігментний ретиніт. Ураження органу зору зазвичай двостороннє та симетричне. Основою клініки пігментного ретиніту є триада симптомів: гемералопія, пігментна дегенерація, воскова атрофія зорового нерва. Макроскопічно: пігментні «кісткові тільця» на периферії очного дна; воскова атрофія зорового нерва; іноді набряк макулярної ділянки. При прогресуванні захворювання поряд з пігментними «кістковими тільцями» на периферії очного дна починають візуалізуватися судини хоріоїдеї. Мікроскопічно: зміни спостерігаються і в шарах сітківки, і в судинній оболонці: в судинній оболонці в багатьох ділянках має місце склеювання її з сітківкою, а також зміни в судинах хоріоїдеї: стінки мілких та великих хоріоїдальних судин гіаліново потовщені; відмічаються чисельні друзоподібні потовщення скловидної пластинки. Найбільше змінена у своїй будові сітківка: нервові елементи у ній відсутні, уся сітківка сполучнотканинно перероджена; шар паличок і колбочок майже відсутній, від зовнішнього зернистого шару визначаються лише залишки; проте, відзначається сильне розростання сполучної тканини. Найпізніше руйнується шар нервових волокон, гинуть гангліозні клітини та відбувається переродження осьових циліндрів, які до них відносяться. Відмічається різко виражене гіалінове потовщення судин сітківки, вони частково або зовсім облітеровані. Пігментні клітини шляхом розростання та транслокації проникають в сітківку, особливо у ті місця, де було злипання обох оболонок. Поки зовнішня погранична мембрана залишається цілою, розростання пігменту затримується, після її атрофії, пігментні клітини проникають до внутрішніх шарів сітківки. Пігмент накопичується переважно в лімфатичних судинах, у шарі нервових волокон, в інших місцях тільця лежать в порожнинах, які утворились в атрофічній сітківці. Таким чином, пігментне переродження сітківки являє собою хронічне інтерстиціальне

сполучнотканинне розрощення всіх її шарів, при якому нервові елементи гинуть внаслідок атрофії і пігмент з пігментного епітелію переміщується в сітківку.

Клінічною ознакою патології ЛМББ є ожиріння, яке починається у дитячому віці та прогресує по мірі старіння пацієнта. Також, при синдромі ЛМББ спостерігається гіпогонадізм, який є більш домінуючою ознакою серед пацієнтів чоловічої статі, ніж серед жінок. Також до симптомів даної хвороби відносять полідактилію, розумову відсталість. Важливо, що комбінація симптомів може передбачати порушення роботи як зорової сенсорної системи, так і ендокринної системи та розумової діяльності хворого. Синдроми Лоуренса-Муна (ЛМ) і Барде-Бідля (ББ) часто називають єдиним синдромом, але вони мають певні відмінності. Спільним для обох патологій є те, що вони генетично успадковуються та є аутосомно-рецесивними. Проте, хвороба ЛМ характеризується пігментним ретинітом поряд з гіпогонадізмом, розумовою відсталістю та неврологічними вадами, що супроводжуються спастичною параплегією, але відсутністю полідактилії та ожиріння, що є одними з основних проявів хвороби ББ. Вроджені вади серця та нефропатія більш виражені при патології ББ.

Висновок: Синдром ЛМББ – це хвороба, що супроводжується групою симптомів, таких як пігментний ретиніт, ожиріння, гіпогонадізм, полідактилія, порушення розумової діяльності. Незважаючи на дослідженні симптоми, що спостерігаються при патології ЛМББ, синдром продовжує залишатися недостатньо вивченим. Слід акцентувати увагу на поширенні обізнаності щодо даного захворювання, оскільки лише всебічна допомога лікарів різних спеціальностей може забезпечити нормальну якість життя людей, що страждають від синдрому ЛМББ.