

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

МАТЕРІАЛИ
XIII Міжнародної наукової
конференції студентів та
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
«Перший крок в науку—2016»

7–8 квітня 2016 року

м. Вінниця, Україна

УДК:005.745:378.091.8«2016»

Друкується відповідно до рішення Вченої Ради Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (протокол № 9 від 31 березня 2016 року)

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

Заступник головного редактора – проф. В.В. Петрушенко,
проф. Н.І. Волощук

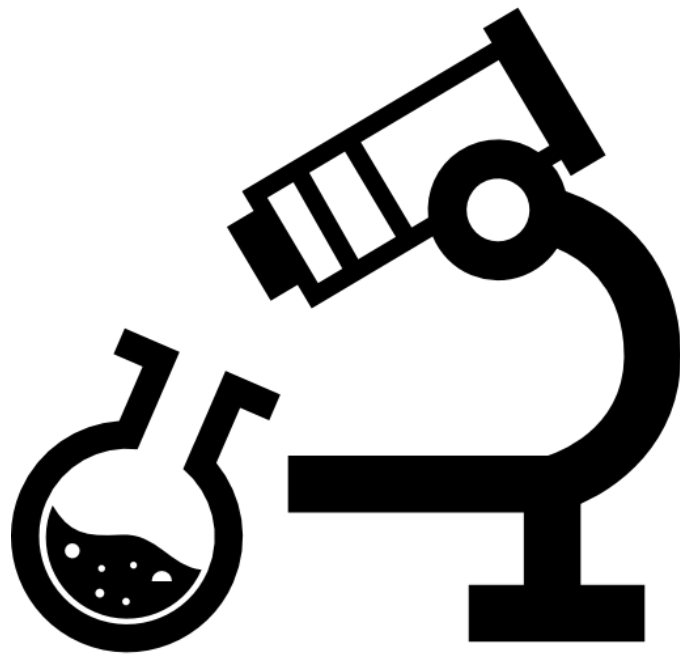
Відповідальні секретарі – ас. С.Г. Полінкевич,
Н.В. Жебель

Члени редакційної колегії: О.О. Токарчук, В.Ю. Дорожинська, Ю.О. Василець,
К.С. Волков, Т.М. Шандро, М.М. Гурин, В.О. Пашинський, А.В. Ваколюк

У збірнику розміщені матеріали XIII Міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених «Перший крок в науку –2016»

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

Морфологія



Morphology

Ю.М. Береговенко, Я.М. Демчишин, С.І. Поніна
**СТРУКТУРНІ ЗМІНИ КЛУБОЧКОВОГО ТА ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО КОМПОНЕНТІВ НИРОК ПРИ
МОДЕЛЮВАННІ ХРОНІЧНОГО ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ ТА КОРЕКЦІЇ ЛІЗИНОПРИЛОМ**

Кафедра патологічної фізіології

Н.А. Рикало (д.мед.н., проф.),

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

Актуальність: В Україні за останні роки відмічається зростання кількості хворих на хронічні захворювання печінки, причому значний відсоток займають хронічні гепатити невірусної етіології, насамперед токсичного генезу. Відомо, що при хронічному токсичному ураженні печінки відбуваються структурні зміни у нирках.

Мета роботи: Встановити структурні зміни клубочкового та епітеліального компонентів нирок при хронічному токсичному гепатиті (ХТГ) та на фоні впливу лізиноприлу.

Матеріали і методи: Дослідження проведено на 24 щурах з вихідною масою тіла 70-90г, які були розділені на 3 групи: 1 група- інтактні тварини, 2 група- відтворення експериментальної моделі ХТГ шляхом інтрагастрального введення 20 % олійного розчину CCl_4 в дозі 0,1 мл/100 г маси двічі на тиждень протягом 3-х місяців, 3 група – моделювання ХТГ + щоденне введення лізиноприлу із розрахунку ED_{50} протягом шести тижнів. Після виведення тварин з експерименту під наркозом здійснювали забір тканини печінки та нирок для морфологічного дослідження, фіксуючи матеріал у 10% розчині формаліну, зрізи тканин фарбували гематоксиліном і еозином.

Результати дослідження: Встановлено, що ХТГ супроводжувався порушенням трофіки тканини нирки, потенціював розвиток мукоїдного та фібриноїдного набряку артеріол клубочків та строми, що призводило до розвитку дистрофічних змін ендотеліоцитів та мезангіальних кітин. В епітеліоцитах вивідних каналців виявлялась білкова зерниста, місцями гідропічна дистрофія різного ступеня вираженості, поряд із цим мали місце некробіози та некрози окремих епітеліоцитів. Частина некротизованих клітин злущувалась у просвіті каналців. Збережені або частково збережені епітеліоцити розташовувались на базальних мембранах, міжклітинні контакти їх були щільними, проте локалізація ядер дещо зміщувалась. Протекторний вплив лізиноприлу при ХТГ проявлявся зменшенням проявів білкової судинно-стромальної дистрофії стінок артеріол клубочків, гіпертрофією ендотеліоцитів і мезангіоцитів та їх ядер. Просвіти переважної більшості вивідних каналців залишались дещо розширеними, містили фрагменти білкових нашарувань. В окремих епітеліоцитах вивідних каналців виявлялась білкова зерниста, місцями гідропічна дистрофія різного ступеня вираженості, проте переважна більшість клітин залишались збереженими, їх ядра частково гіпертрофувались.

Висновки: Таким чином застосування лізиноприлу сприяло зменшенню інтоксикаційного пошкодження судинного компоненту нирки і запобігало розвитку дистрофічно-некротичних змін епітеліального компоненту нирки.

Б. М. Береза, І. В. Коваленко, О. В. Яцула

**ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ І ЧУТЛИВОСТІ ЗБУДНИКІВ
ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Г. К. Палій (д.м.н., професор)

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

Актуальність. Розвиток досліджень властивостей антимікробних препаратів, чутливості до них збудників запальних захворювань супроводжують постійне вдосконалення методів лікування, профілактики інфекційних процесів, які викликають умовно-патогенні мікроорганізми. Актуальність проблеми обумовлює частий та важкий перебіг цієї патології у людей і необхідність пошуку ефективних етіотропних препаратів.

Мета. Вивчити властивості нових лікарських форм антисептичних препаратів, визначити чутливість збудників до протимікробних засобів.

Матеріали і методи. Дослідження виконували на 117 музейних, клінічних штаммах бактерій, дріжджоподібних грибів роду *Candida*. Антимікробну активність декасану, декаметоксину, горостену, антимікробної композиції, палісану, мірамістину, хлоргексидину вивчили за допомогою методу послідовних серійних розведень в рідких поживних середовищах. Антисептики взаємодіяли з білками поживних середовищ, викликаючи їх помутніння, затрудняли визначення мінімальних бактеріостатичних (фунгістатичних) концентрацій препаратів. У всіх антисептичних препаратів визначили бактерицидну (фунгіцидну) активність шляхом висівів з пробірок на тверді поживні середовища.

Результати. Доведено, що декаметоксин і його лікарські форми проявляли бактерицидну дію на штами стафілококів, стрептококів, дріжджоподібних грибів роду *Candida* в мінімальних бактерицидних (фунгіцидних) концентраціях, які не перевищували 31,25 мкг/мл. Клінічні штами ешерихій, клебсієл зберігали чутливість до декасану (7,8-62,5 мкг/мл), ГС (31,25-62,5 мкг/мл), палісану (7,8-31,25 мкг/мл). Доведено, що штами псевдомонад, протеїв володіли природною резистентністю до лікарських форм декаметоксину (62,5-500 мкг/мл), мірамістину (500 мкг/мл), хлоргексидину (500 мкг/мл).

Висновок. Встановлено, що антисептики на основі субстанції декаметоксину мають високу бактерицидну

(фунгіцидну) активність до грампозитивних бактерій, *Candida albicans*. Досліджувані грамнегативні бактерії зберігають природну стійкість до декаметоксину, мірамістину, хлоргексидину, що необхідно враховувати в процесі практичного застосування препаратів.

Д.В. Бильський, С.А. Антоненко

ДИНАМІКА ЗМІН МОТОРНОЇ, М'ЯЗОВОЇ ТА ЕМОЦІЙНОЇ ПОВЕДІНКИ ЩУРІВ ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ ТА ІШЕМІЧНОМУ УШКОДЖЕННІ МОЗКУ

Кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології ім. В. В. Підвисоцького

Р. С. Вастьянов (д.мед.н., проф.)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Актуальність: Патогенетична фармакокорекція постпароксизмальних станів має ґрунтуватися на спільних патофізіологічних механізмах, оскільки за умов травматичного та ішемічного ушкодження мозку односпрямованими є патобіохімічні та патофізіологічні процеси. Їх дослідження сприятиме розробці експериментальної та клінічної схем корекції виявлених порушень, а також клінічному впровадженню схем їх комплексної патогенетично обґрунтованих корекції.

Мета: дослідити динаміку моторної, м'язової та емоційної активності щурів при черепно-мозковій травмі (ЧМТ) та ішемічному інсульті (ІІ).

Матеріали та методи: ЧМТ відтворювали шляхом удару вантажем масою 5 г теменно-потиличної ділянки мозку щурів. ІІ відтворювали шляхом двобічної оклюзії загальної сонної артерії. Оцінювали рухову активність та підраховували кількість щурів, які були здатні утриматися на поверхні «стрижня, який обертається» та підведеної під кутом 80° металевої сітки. Вираженість емоційної поведінки оцінювали по латентному періоду початку бійок щурів після подання імпульсу електричного струму по металевій підлозі.

Результати: Протягом 1-ї доби після ЧМТ шури були знерухомлені, на відкритій поверхні вони знаходилися в наданій їм позі протягом 5 хв. Жоден з щурів цієї групи не був здатен утриматися на поверхні «стрижня, який обертається» та «підведеної сітки», що мало відмінності порівняно з такими даними в контрольних спостереженнях ($p < 0.01$). Такі ж результати зареєстровані в щурів із ІІ ($p < 0.01$). Протягом 3-5-ї доби дослідження вираженість досліджуваних типів поведінки була співставною в щурів обох груп та порушеною щодо таких показників в контролі ($p < 0.05$). Через 7 діб після ЧМТ ті ІІ досліджувані показники поведінки не відрізнялися від таких в контролі ($p > 0.05$).

Дослідження емоційної поведінки виявило співставні показники латентного періоду бійок протягом перших 5 діб дослідження в щурів обох дослідних груп, які були максимальними навіть при великій інтенсивності електричного стимулу. На 6-й та 7-й добі після ЧМТ ті ІІ тривалість латентного періоду зменшилася в 4.5 та в 5 разів, відповідно, порівняно з такими показниками в цих же щурів протягом перших п'ятьох діб дослідження ($p < 0.001$). Досліджувані показники були на 32% та на 39% менше тих, що були зареєстровані в контрольних спостереженнях ($p < 0.05$).

Висновки: Наші дані виявили спільні поведінкові порушення в динаміці ЧМТ та ІІ, які характеризувалися порушенням (протягом перших 5 діб) та відновленням моторної, м'язової та координаційної активності. Емоційна поведінка щурів наприкінці дослідження активізувалася. Отже, патогенетична фармакокорекція ЧМТ та ІІ має враховувати спільні патогенетичні механізми поведінкових зрушень.

Б.Д. Білик, В.С. Ласавуц

СУЧАСНІ АСПЕКТИ МОРФОЛОГІЇ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини і права

В.О. Бевз (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Нейроендокринні пухлини, особливо карциноїди, на сьогоднішній день являються актуальною проблемою, адже з кожним роком кількість випадків цього захворювання стрімко збільшується. За даними світової статистики кількість НЕП за останні 30 років збільшилася в 5 разів, причому в більшості пацієнтів НЕП діагностуються на етапі метастазування.

Мета: Метою роботи є вивчення проблеми карциноїду легень та кишківника і дослідження статистики випадків захворюваності по Україні, а зокрема по Вінницькій області. Дослідити морфологічну картину карциноїду легень і кишківника.

Матеріали та методи: Аналіз статистичних даних Національного канцер-реєстру по НЕП легень і кишківника; дослідження мікропрепаратів нейроендокринних пухлин легень і кишківника, забарвлених гематоксиліном та еозином, хромограніном А, синаптофізином, Кі 67 та ТТФ 1; вивчення статистичних даних Вінницького обласного онкодиспансеру.

Результати: Після проведеного аналізу даних Національного канцер-реєстру, було встановлено, що захворюваність на НЕП легень перевищує захворюваність на НЕП кишківника по Україні: за 2013 р. на 13.4%, 2014 р. на 11.8%; по Вінницькій обл. за 2013 р. на 15.7%, 2014 р. на 12.3%. Також було відмічено, що захворюваність на НЕП легень у 2014 р. по Україні зменшилася на 4%, а по Вінницькій обл. на 1%;

захворюваність на НЕП кишківника в 2014 по Україні зменшилася на 2.4%, а по Вінницькій обл. збільшилася на 1.4%.

Висновки:Сьогодні в Україні виникнення НЕП часто залишається нерозпізнаним або діагностується на пізніх етапах. За досліджувані роки було виявлено, що захворюваність на НЕП легень перевищує захворюваність на НЕП кишківника в середньому на 13.3%. Також відмічена тенденція до зростання кількості виявлених хворих на НЕП кишківника у Вінницькій області за 2014 рік на 1.4%.

О.О. Білик

ЗМІНИ СИСТЕМИ КРОВІ ЖІНКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Кафедра нормальної фізіології

М.В. Йолтухівський (д. мед. н, проф..)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В організмі жінки вагітність викликає зміни, які забезпечують оптимальні умови для розвитку плода та перебігу пологів. У різні періоди вагітності зміни в організмі жінки та в плода визначаються діяльністю яєчників, гіпофіза, плаценти. На організм жінки впливають також продукти обміну плода, його біологічно активні речовини, що викликає додаткове напруження багатьох систем жіночого організму. Серед систем, що забезпечують правильний розвиток плода, готують організм жінки до пологів та грудного вигодовування, чільне місце належить системі крові. Актуальними залишаються питання меж норми показників крові у вагітних. У публікаціях з ряду питань існують протиріччя, неоднозначне трактування дослідниками отриманих результатів. Автори при оцінці отриманих результатів роблять протилежні висновки.

Мета: Вивчити показники периферичної крові в жінок у різні терміни вагітності з нормальним перебігом.

Матеріали та методи: Проаналізовано результати дослідження периферичної крові в 55 вагітних при першому відвідуванні, у I, II та III триместрах.

Результати: Визначалася група крові, резус належність. У динаміці (чотири рази) досліджували ШОЕ, кількість гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитів, лейкоцитарну формулу, колірний показник.

Встановлено в динаміці зменшення кількості гемоглобіну та еритроцитів до нижніх меж норми вагітних. Це може бути, так звана, фізіологічна «несправжня» анемія, що зумовлена непропорційним збільшенням окремих компонентів крові. Під час вагітності, як компенсаторна реакція, відбувається збільшення на 30-50 % об'єму крові матері головним чином за рахунок плазми.

Встановлено збільшення ШОЕ, що пов'язується зі зміною білкового складу плазми крові вагітної.

У окремих вагітних виявлено зростання кількості лейкоцитів до $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$ у третьому триместрі вагітності, що вважається нормальним

Висновки: Встановлено зміни показників периферичної крові в жінок у різні терміни вагітності з нормальним перебігом у порівнянні з загально визнаною нормою для жінок.

У роботі сімейного лікаря важливо враховувати, що у вагітних є певні особливості нормальних показників крові. У той же час принципово важливо ретельно обстежувати вагітних з нормальним перебігом для вчасного виявлення і лікування можливих ускладнень, наприклад, анемічного синдрому.

А.М. Бобр, І.А. Дорофєєва

РОЛЬ ПАТОМОРФОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ХВОРОБИ КРОНА

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.А. Польова (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. Постійний інтерес до вивчення хронічних захворювань кишечника зумовлений зростанням захворюваності на цю патологію у світі. До прикладу, у Західній Європі та США частота виявлення хвороби Крона (ХК) — 70—100, у Швеції — 6,0, у Данії — 9,5, в Ізраїлі — 6,9 випадків на 100 тис. населення. Більше половини хворих — це особи віком 20—40 років.

Мета: вивчення патоморфологічних процесів, що лежать в основі виникнення деструктивних змін при хворобі Крона (ХК).

Матеріалами для досліджень слугували дані та аналіз історій хвороб, аналіз сучасної наукової літератури (AssheG.Van, DignasA., 2010; Симонова Е.В., 2010) та останніх статистичних даних захворюваності за досліджуваною проблемою.

Результати: Хвороба Крона - хронічне рецидивуюче захворювання, яке характеризується трансмуральним, гранулематозним запаленням з сегментарним ураженням різних відділів ШКТ, з можливим системними і позакишковими ускладненнями.

Експериментальні, клінічні та епідеміологічні дані підтверджують асоціацію між ХК та великою кількістю, на перший погляд, не пов'язаних екологічних факторів. Які включають в себе паління, особливості харчування, соціальний статус, стреси, проникність кишечника. Проте, дані на підтримку тих чи інших факторів в ініціюванні запального процесу дуже варіюють і демонструють як значні так і не значні зв'язки.

Однією з кардинальних ознак хвороби Крона є розповсюдження запального інфільтрату на всі шари кишкової стінки. Запальний процес починається з підслизового шару, тому слизова оболонка спочатку є не зміненою. Патогномонічним морфологічним проявом є гранульоми саркоподібного типу. Гранульоми включають: гігантські клітини Пирогова-Лангханса, макрофаги, лімфоцити, епітеліальні клітини. Подібні гранульоми можуть виявлятися не тільки в стінці кишечника, але і в регіонарних лімфатичних вузлах. За даними ендоскопічної діагностики виявляють типові ознаки ХК: сегментарність ураження, афтоїдні виразки, глибокі виразки, наявність стенозів, рельєф слизової оболонки у вигляді бруківки.

Висновок: Проблема вивчення захворювання є актуальною темою. Незважаючи на велику кількість наукових досліджень, залишаються нез'ясованими етіологія та багато питань патогенезу ХК. Захворювання характеризується складним патогенезом. Проблема хронічних запальних захворювань кишечника (ХЗК) в останні роки все більше набуває медичного й соціального значення як в усьому світі, так і в Україні, через значне зростання захворюваності. За даними комітету експертів ВООЗ рівень захворюваності на хворобу Крона в країнах Європи за останні десять років виріс у 5 разів.

А.М. Бобр, І.А. Дорофєєва
РОЛЬ ПАТОФІЗІОЛОГІЇ В РОЗВИТКУ ХВОРОБИ КРОНА
Кафедра патологічної фізіології
Т.А. Дуднік (ас.)

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

Актуальність теми. Зростання кількості випадків хронічних захворювань кишечника зумовлює постійний інтерес до даної теми. Соціальна сторона проблеми характеризується зростаючим рівнем первинної захворюваності. Медична – недостатньо вивченими етіологією і патогенезом, важким перебігом, труднощами оцінки стану пацієнтів та суб'єктивністю у виборі лікувальної тактики.

Мета: вивчення патофізіологічних процесів, що лежать в основі виникнення деструктивних змін при хворобі Крона.

Матеріали: дані та аналіз історій хвороб, аналіз сучасної наукової літератури (KulnigS., 2011; Адлер Г. 2010) та останніх статистичних даних захворюваності за досліджуваною проблемою.

Результати: Хвороба Крона - хронічне рецидивуюче захворювання із сегментарним трансмуральним ураженням будь-якого відділу травного тракту з тенденцією до формування нориць та стриктур та позакишковими проявами (ураження очей, шкіри, суглобів).

Експериментальні, клінічні та епідеміологічні дані підтверджують асоціацію між ХК та великою кількістю, на перший погляд, не пов'язаних екологічних факторів. Які включають в себе паління, особливості харчування, соціальний статус, стреси, проникність кишечника. Проте, в патогенезі хвороби Крона провідна роль належить аутоімунному механізму. Виробляються антитіла класу IgG до шлунково-кишкового тракту (насамперед до товстого кишечника) і з'являються лімфоцити, сенсibiliзовані до антигенів слизової оболонки товстої кишки. Це дає можливість впливати на організм ушкоджуючим чинникам: вірусам, бактеріям, алергенам, стресовим ситуаціям. Через порушення імунної відповіді змінюється робота макрофагів і Т-лімфоцитів, виділяються інтерлейкіни, утворюються циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) вони і ушкоджують стінку кишечника. Результат всіх процесів - руйнування клітинного епітелію у вогнищі запалення, утворюються нові антигени, які призводять до збільшення ЦІК, інтерлейкінів. У результаті розвивається запальний процес в травному тракті з появою виразок, некрозів, вираженої інтоксикації, кишкових кровотеч та інших симптомів захворювання. Для хвороби Крона характерні також часті позакишкові прояви, які також зумовлені аутоімунними механізмами.

Висновок: Проблема вивчення захворювання є актуальною темою. Незважаючи на велику кількість наукових досліджень, залишаються нез'ясованими етіологія та багато питань патогенезу ХК. Захворювання характеризується складним патогенезом. Проблема хронічних запальних захворювань кишечника (ХЗК) в останні роки все більше набуває медичного й соціального значення як в усьому світі, так і в Україні, через значне зростання захворюваності. За даними комітету експертів ВООЗ рівень захворюваності на хворобу Крона в країнах Європи за останні десять років виріс у 5 разів.

І.В. Боднар
**ЗНАЧЕННЯ МІКРОСКОПІЧНОГО МЕТОДУ ВИВЧЕННЯ СТАНУ ВАГІНАЛЬНОГО
МІКРОБІОЦЕНОЗУ В ДІАГНОСТИЦІ КОЛЬПІТІВ**

Кафедра мікробіології, вірусології з курсом імунології
І.М. Вовк (к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Мікроскопічне дослідження вагінального секрету є простим, доступним, достатньо інформативним в діагностиці запальних процесів та порушень мікробіоценозу піхви. Метод дозволяє досить швидко оцінити стан мікрофлори, виявити її порушення та ознаки запалення, за морфологічними ознаками мікроорганізмів визначити чинники запального процесу (бактеріальні, грибові або найпростіші).

Мега роботи: Мікроскопічно вивчити стан вагінальної мікрофлори у жінок із клінічними ознаками кольпіту, визначити відмінності мікроскопічної картини в порівнянні із даними, отриманими при мікроскопічному дослідженні мазків здорових жінок.

Матеріали і методи: Вивчення вагінальної мікрофлори проводили у 36 жінок віком від 19 до 56 років, які були обстежені в Кам'янець-Подільській жіночій консультації. Контрольна група складалась із 13 жінок, віком від 19 до 27 років, які спостерігались у лікаря з приводу вагітності (11 жінок) або проходили профілактичний огляд (2 жінки) і не мали скарг, 23 жінки віком від 20 до 56 років, які становили дослідну групу, зі скаргами. Фіксовані мазки вагінального секрету фарбувались за методом Романовського-Гімзе, досліджувались з використанням світлової імерсійної мікроскопії. Мікроскопічну картину оцінювали за критеріями ступенів чистоти піхви (від II до IV).

Отримані результати: В результаті дослідження мікропрепаратів, отриманих від контрольної групи, встановлено, що у 7 жінок не спостерігались мікроскопічні ознаки порушення вагінального мікробіоценозу (мікроскопічна картина відповідала критеріям II ступені чистоти), у 3 вагітних жінок виявлені дріжджеподібні гриби, а ще у 3 – мікроскопічні ознаки бактеріального вагінозу (наявність кокових та паличкоподібних бактерій, лейкоцитів). В дослідній групі мікроскопічна картина свідчила про значні порушення стану нормального мікробіоценозу та розвиток запального процесу: відсутність паличок Додерляйна, наявність великої кількості лейкоцитів, епітеліальних клітин, присутність сторонньої флори, що відповідало ознакам III-IV ступені чистоти вагінального вмісту. У 10 жінок мікроскопічно виявлені ознаки бактеріального запалення, у 6 обстежених в мазках знайдені кандиди, при цьому у двох випадках ми спостерігали утворення псевдоміцелію кандид, що є ознакою інвазивного кандидозу слизової оболонки піхви. В 7 мікропрепаратах були виявлені мікроорганізми, які мали морфологічні ознаки *Trichomonas vaginalis*.

Висновки: Мікроскопічний метод вивчення вагінальної мікрофлори в нормі та патології є достатньо об'єктивним діагностичним методом визначення патологічного запального процесу слизової оболонки піхви, дозволяє попередньо визначити етіологію кольпіту і допомогти у виборі етіотропних препаратів для лікування.

І.В. Болгарська

РІВЕНЬ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ НАПРУГИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ, ЩО НАВЧАЮТЬСЯ НА І-ІІІ КУРСАХ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ М. І. ПИРОГОВА

Кафедра нормальної фізіології

І.В. Гусакова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Психо-емоційна напруга як елемент стресу здатна викликати різноманітні девіації у поведінці, сприяти виникненню психосоматичних захворювань, а також погіршувати якість життя.

Мега роботи: Оцінити рівень нервово-психічної напруги у студентів-медиків, що навчаються на І-ІІІ курсах ВНМУ імені М. І. Пирогова, проаналізувати спектр стресогенних чинників, що діють на них, встановити тип найбільш розповсюджених проблем їх здоров'я.

Матеріали та методи: Обстежено 300 студентів, що навчаються на І-ІІІ курсах ВНМУ імені М. І. Пирогова (100 осіб на кожному курсі), серед яких осіб жіночої статі – 150, чоловічої – 150 (гендерне представництво на кожному курсі подібне у кількісному співвідношенні). Для діагностики рівня нервово-психічної напруги використаний тест-опитувальник А. В. Батаршева "Діагностика пограничних психічних розладів особистості".

Результати: Встановлено, що серед студентів I курсу високий рівень нервово-психічної напруги має місце у 31±4,62% обстежених, помірний – у 43±4,95% і низький рівень - у 26±4,39%. Студенти II курсу мають подібні результати тесту – осіб з високим рівнем нервово-психічної напруги серед них - 29±4,54%, із середнім рівнем – 38±4,85%, і із низьким рівнем – 33±4,70%. Студенти III курсу навчання демонструють наступні результати тесту: осіб з високим рівнем нервово-психічної напруги– 26±4,39%, із середнім – 40±4,90%, із низьким – 34±4,74%. Достовірність тесту становить 96%. Результати тесту визначались по 90 бальній системі. Діапазон слабого нервово-психічної напруги розташовується в проміжку від 30 до 50 балів, помірного - від 51 до 70 балів і надмірного - від 71 до 90 балів. Середнє значення для I курсу 54 бали, середнє значення для 2 курсу 59 балів, середнє значення для 3 курсу 59 балів. Якщо порівнювати гендерні розбіжності, для хлопців середній бал становить 62, для дівчат – 58. За даними дослідженнями виявлено, що стрес впливає на нормальну діяльність організму студентів, а саме основними проблемами є: м'язова напруга і головний біль – 29% опитуваних студентів, порушення сну – 20%, депресія і тривога – 15%, порушення травлення – 13%, судинні захворювання і хвороби серця – 10%, порушення дихання – 8%, запалення – 5%.

Висновок: Стрес впливає на функціонування організму студентів. Нервово-психічний рівень залежить від гендерної приналежності. Відмічається тенденція до зниження рівня нервово-психічної напруги в процесі переходу студентів на старші курси, як наслідок адаптації до навчального процесу.

Л.В.Бондарчук, І.С.Самойдук

ПАТОМОРФОЛОГІЯ ПРИОНОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.Г. Скорук (ас.)

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

Актуальність: Відкриття у 1982 році американським молекулярним біологом, професором Стенлі Прюзинером нового типу інфекційних агентів — пріонів є надзвичайно важливим етапом розвитку молекулярної біології і медицини. Актуальність пріонових інфекцій полягає в існуванні високого ризику захворювання (через переливання крові, косметику, яка містить тваринні білки, трансплантацію органів, медикаменти, тваринний желатин) утрудненні діагностики, відсутності інформації щодо можливих природних резервуарів пріонових інфекцій, відсутність точних даних про поширення захворювання серед людей і тварин.

Мета: Навчитись визначити за макро- і мікроскопічною картиною ознаки пріонових інфекцій, пояснити причини і механізми їх розвитку, оцінити ймовірні наслідки і значення ускладнень для організму.

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

Результати: Пріонові хвороби — це група нейродегенеративних захворювань людини і тварин, які викликаються інфекційними білками (пріонами). Ці захворювання пов'язані з порушенням метаболізму і накопиченням у клітинах ЦНС названих білків. Останні містяться в організмі людини і в нормі (їх кодує ген, розміщений на 20-й хромосомі). Особливо велика концентрація цих субстанцій у нейронах головного мозку. При патології накопичується модифікована форма пріонового білка, стійка до дії протеаз.

На сьогодні в людини вивчено чотири захворювання, що викликаються пріонами: хвороба Крейтцфельда-Якоба (ХКЯ), куру, синдром Герстманна-Штреусслера-Шейнкера (СГШШ), а також фатальна інсомнія (ФІ). Їх поділяють на спорадичні (ХКЯ, ФІ), набуті або інфекційні (куру, ятрогенна ХКЯ, новий варіант ХКЯ) і спадкові (ХКЯ, СГШШ, ФІ). Численні дослідження виявили, що сімейні пріонові хвороби становлять близько 10%. Макроскопічно в усіх випадках пріонових енцефалопатій відзначене несуттєве зменшення маси головного мозку, в окремих спостереженнях мала місце помірна атрофія звивин, головним чином в осіб з пролонгованим перебігом захворювання.

Мікроскопічно виявляють такі особливості: спонгіоформну дегенерацію, атрофію і втрату нервових клітин, астроцитарний гліоз, амілоїдні бляшки, які містять пріоновий білок. Вказані зміни можуть реєструватися у корі головного мозку, смугастому тілі, таламусі, мозочку та верхній частині стовбура мозку.

Висновки: Вивчення пріонів і спричинених ними захворювань є новою областю біомедичних досліджень, яка швидко розвивається. Зростаючий світовий інтерес до пріонів і пріонних хвороб обумовлений в першу чергу тим, що пріони представляють собою зовсім новий клас інфекційних агентів, відкриття яких без перебільшення можна порівняти за своїм значенням з відкриттям А. Левенгуком світу мікроорганізмів або з відкриттям Д.І. Івановського царства вірусів.

Р.Г. Бражник, Є.В. Басенко, О.Ф. Ничипорчук

ІМУНОМОДУЛЮЮЧА РОЛЬ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КЛІТИН КОН'ЮНКТИВИ ЛЮДИНИ В АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОКА

Кафедра клінічної імунології та алергології з секцією медичної генетики

Г.В. Федорук (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність. Епітеліальні клітини кон'юнктиви являються важливою складовою частиною імунної системи ока і першими стикаються із зовнішніми антигенами, включаючи мікроорганізми, мікродисперсні алергени та інші забруднювачі.

Мета. Дослідити роль епітеліальних клітин кон'юнктиви людини в алергічних захворюваннях ока.

Матеріали та методи. Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури, відомостей Інтернету.

Результати. Для забезпечення фізичного бар'єру проти інфекцій, клітини кон'юнктиви діють як вроджені ефекторні клітини, які експресують на собі молекули моделей розпізнавання (Toll-likeReceptors, TLRs), що дозволяє їм бути посередником в діапазоні імунних реакцій. Після визначення антигена, епітеліальні клітини виділяють антимікробні пептиди, цитокіни і хемокіни, які, в свою чергу, іммобілізують і лізують мікроорганізми, і залучають інші вроджені і адаптивні клітини ефективно реагувати на інфекцію. В результаті хронічного запалення, зокрема при атропічному кератокон'юнктивіті, відбувається стоншення епітелію та активація експресії HLA-DR і ICAM-13. Вивчення зразків тканин кон'юнктиви, при весняному кератокон'юнктивіті, виявили збільшення числа активованих CD4+ Т-клітин, здебільшого локалізованих в субепітеліальному шарі уражених тканин, збільшення експресії HLA-DR, клітин Лангерганса та активованих макрофагів CD68+. Лінії клонів CD4+ Т клітин отримані при біопсії кон'юнктиви відносились до Th2, а Т-клітини отримані із сліз при весняному кератокон'юнктивіті експресують IL-4 внутрішньоклітинно. В протилежність цьому, при атропічному кератокон'юнктивіті в тканинах кон'юнктиви підвищується IL-2 та ФНП-а, а в інфільтраті виявляються відповідні Т-клітини, що відносяться до Th1. При порівнянні тканин здорової кон'юнктиви та ураженої, було виявлено підвищення рівнів експресії CCL2, CCL5, CCL7, CCL11,

CXCR3 та CXCL9, що специфічно локалізовані в Т- клітинах.

Висновки. Епітеліальні клітини кон'юктиви відіграють значну роль в алергічній реакції. Вони мають рецептори до прозапальних цитокинів і можуть регулювати процес запалення. Нещодавно були виявлені епітеліальні клітини які виділяють ІІ- 33 та TSLP, вони будуть використовуватися як потенційні мішені для лікування астми та матимуть значення в майбутніх дослідженнях механізмів алергічних захворювань очей.

О.В. Бурлак, В.А. Кузьміна, Б.Р. Криса

ПЕРВИННИЙ ЛІПОЇДНО-НЕФРОТИЧНИЙ СИНДРОМ

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

Актуальність : Первинно-ліпоїдний нефротичний синдром-рідкісне захворювання, одна з форм нефротичного синдрому, що характеризується ураженням нирок переважно дистрофічного характеру, а також токсично-алергічного походження, при якому відзначається глибокі порушення білкового, ліпідного, водно-електролітного та інших видів обміну. Проявляється набряклим синдромом, масивною протеїнурією, гіпопротеїнемією, гіпоальбумінемією, гіперліпідемією.

Мета: на основі вітчизняних, зарубіжних джерел та власних досліджень виявити основні морфологічні ознаки первинно-ліпоїдного нефротичного синдрому.

Матеріали: аналіз вітчизняних, зарубіжних джерел та випадків патолого-анатомічних розтинів на базі ВОАПБ померлих від ускладнень первинно-ліпоїдного нефротичного синдрому.

Методи : Первинний ліпоїдно-нефротичний синдром -рідкісне захворювання, що характеризується ураженням нирок дистрофічного характеру, токсико-алергічного походження, при якому відзначаються глибокі порушення білкового, ліпідного, водно-електролітного та інших видів обміну. Проявляється набряклим синдромом, для якого характерні виражені набряки, масивна протеїнурія (більше як 2,5 г/добу), гіпопротеїнемія (менше 40 г/л), гіпоальбумінемія (менше 30 г/л) і гіперліпідемія (рівень холестерину більш як 6,5 ммоль/л). Зустрічається переважно у дітей 2 - 4 років. Завдяки застосуванню пункційної біопсії нирок з електронно-мікроскопічним дослідженням вдалося довести етіологію захворювання, яка підтверджується наступним: а) можливістю відтворення захворювання в експерименті при введенні масивних доз нефротичної сироватки або методом ізоаутоімунізації при В/в введенні емульсії з ниркової тканини; б) частим розвитком синдрому при захворюваннях, що супроводжуються високим ступенем сенсibiliзації; в) частим проявом у хворих шкірних алергічних симптомів і еозінофілії, зниженням титру сироваткового комплексу, появою аутоантитіл; д) високою ефективністю кортикостероїдної терапії. Найбільш ранні зміни знаходили в стінці капілярів клубочка. Спостерігали набряк епітеліальних клітин, вакуолізацію їх цитоплазми, структурні зміни в подоцитах. Базальні мембрани були потовщені, місцями стоншені. Явища набряку та проліферації зустрічали і в клітинах ендотелію. Між шарами стінки капілярів клубочка, частіше між базальною мембраною і ендотелієм, гістохімічно виявляли відкладення фібриногену, ліпоїдів, ліпопротеїдів, глобулінів.

Результати: Було проаналізовано 18 випадків за 3 роки, де хронічна ниркова недостатність була причиною смерті. Макроскопічна картина у 3-х випадках товщина кіркового шару збільшена в 2 рази. Кірковий шар блідо-сірий, мозковий - блідо-рожевий. У 6 випадках – нирка різко збільшена, капсула легко знімається, поверхня жовта і гладка, кора широка, жовта, бліда і піраміди сіро-червоні. У 9 випадках – нирка збільшена, поява крапель жиру у звивистих каналцях і в стромі нирки, кора блідо-сіра, мозковий ніжно-рожевий.

Висновок: Таким чином при Первинному-ліпоїдному нефротичному синдромі спостерігаються зміни деструктивного, некротичного, запального та алергічного характеру.

О.В. Бур'ян

ОЦІНКА РОЛІ СЕЛЕНУ В РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННІ ГЕПАТИТІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
П.С. Жученко (к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гепатити становлять серйозну медичну та соціальну проблему у зв'язку з широкою розповсюдженістю, а також можливим розвитком цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми.

Мета дослідження: Дане дослідження було розроблено для оцінки концентрації селену в тканині печінки, сироватці крові, а також добової екскреції селену серед пацієнтів, які страждають на гепатити.

Матеріали та методи: Проаналізовані вітчизняні та закордонні літературні джерела та результати сучасних наукових досліджень. Для того щоб оцінити роль селену в розвитку гепатитів, було виміряно сироватковий, сечовий і печінковий селен в діапазоні даних захворювань печінки і корельовано їх зі станом харчування і нормальною біохімією печінки.

Результати: Середнє значення і стандартне відхилення концентрації сироваткового селену спостерігається у чоловіків і жінок з гепатитом С – 101.60 ± 0.55 і 77.43 ± 0.47 мкг/л, відповідно, тоді як середнє значення і

стандартне відхилення концентрації в сироватці селену у чоловіків та жінок з гепатитом В були 107.58 ± 0.44 і 137.8 ± 0.36 мкг/л. Аналіз досліджень показав істотну різницю концентрації селену у сироватці хворих на гепатити С і В у порівнянні з контролем. Рівні сироваткового Se (мікрограм/л \pm SD (*standard deviation*)) були значно нижчі як при алкогольній (63.6 ± 18.2), так і неалкогольній хворобах печінки (НАХП) (60.6 ± 13.6) у порівнянні зі здоровою контрольною групою (87.8 ± 21.2) та контрольною групою з доброякісним захворюванням (80.3 ± 19.1). Рівні печінкового Se (мікрограм/г сухої ваги) також були знижені у хворих на АХП (0.568 ± 0.647) і НАХП (0.863 ± 0.308) порівняно з контролем (1.227 ± 0.296), добова екскреція Se з сечею (мікрограм) у хворих на АХП (24.6 ± 10.7) і на НАХП (29.0 ± 14.3) була подібна контрольній групі (30.3 ± 8.7).

Висновок: Селен є мікроелементом і межі його корисності і шкідливості досить вузькі. Спостереження в цьому дослідженні показали важливість вимірювання селену у хворих на гепатити і виявлення у них можливого дефіциту селену. Зроблено висновок, що концентрація селену в сироватці крові, а також рівень печінкового селену були низькими у пацієнтів, які страждають на гепатити, в порівнянні зі здоровою групою. Грунтуючись на цих даних, передбачається, що необхідні подальші інтервенційні дослідження, щоб проаналізувати концентрацію селену до і після добавки, далі для таких пацієнтів можуть бути надані рекомендації з метою оптимізації харчової підтримки і отримання кращої відповіді на лікування.

А.Є. Бухштаб
КОМП'ЮТЕРНИЙ ЗОРОВИЙ СИНДРОМ – ХВОРОБА ХХІ СТОЛІТТЯ

Кафедра нормальної фізіології

Л.В. Бабич (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: за даними ВООЗ, у всьому світі налічується близько 37 мільйонів сліпих людей і 124 мільйони осіб із поганим зором. Кожні п'ять секунд у світі сліпне одна доросла людина, кожну хвилину – дитина. Отже, дослідження даної теми є актуальним і слугує приводом для підтримки глобальних зусиль всесвітньої спільноти по профілактиці слабкозорості серед різних вікових категорій дітей.

Мета: довести наявність взаємозв'язку між виникненням можливості ризику розвитку КЗС за умови порушень дотримання зорового режиму і гігієнічних вимог при роботі з ПК та ВДТ у дітей старшого шкільного віку.

Матеріали та методи: у процесі дослідження було використано аналіз науково-методичних джерел, емпіричні методи – моніторинг стану зору дітей у виділених групах, статистичні методи та методи аналізу і систематизації.

Результати: Було проведено анкетування серед учнів 9-11 класів в кількості 103 чоловік. Згідно аналізу анкет були отримані наступні результати: не зверталися за медичною допомогою до офтальмолога – 84 %, а зверталися – 16 %. За даними медичного огляду серед респондентів були такі, що мали проблеми із зоровими функціями і зоровим аналізатором одночасно – це 55,5%. А взагалі, погіршення зору в опитуваних становило 27%. Тривалість користування комп'ютером була такою: 1 рік - 4%; 2 – 14%; 3 роки – 28% і 4-5 років – 56%. При цьому тривалість часу роботи за комп'ютером становила – 30 хв – 8%; 1 год – 27%; 2 год – 38% і більше 2 год – 27%. Більшість респондентів не звертали увагу на перерви між заняттями, а саме з інтервалом 20 хв працювало 20%, 30 хв – 18%, 1 год – 16% і взагалі не роблять перерв 14%. Виявляється, що монітори респондентів розміщені по-різному. Прямо перед очима розташовано лише у 79% респондентів, зміщені в сторону відносно очей у 9%, перпендикулярно відносно стола у 8% та нахилені – у 4%. Захисними окулярами зовсім не користується 85% дітей, інколи їх використовують 7%, а лише 8% користується постійно.

У 46% учнів виникало відчуття дискомфорту після роботи за ПК, а саме: наявність стороннього тіла в очах – 6%, сухість очей – 10%, почервоніння – 16%. Доказом розвитку КЗС у респондентів є підтвердженням той факт, що після пробудження (7-8 год) дискомфорт залишається. До того ж, з'являються нові симптоми. Відчуття пльвіки на очах – 5%, свербіж очей – 7%, виділення в кутиках – 13%, зміна кольорового зображення – 5% і погіршення зору – 9%, яке проявляється у нечіткому зображенні оточуючого середовища. Симптоми, які були до цього часу, за час відпочинку також не зникли. Сухість очей залишилася у 6%, почервоніння зменшилося до 10%

Висновки: досліджено вплив ПК та ВДТ на стан роботи зорового аналізатора у 103 дітей – учнів 9-11 класів Олевської гімназії, Житомирської області. Визначено основні фактори впливу на стан: ненормований час роботи за ПК у 27% респондентів, недотримання гігієнічних вимог при роботі за комп'ютером у 14%, вплив специфічності екранного зображення моніторів ПК та ВДТ у 13% учнів.

Г.О. Василюк, О.В. Зінченко
ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ

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

Актуальність теми: Лейоміома матки (ЛМ) – найпоширеніша доброякісна пухлина, яка в 20–45 % випадків є причиною неплідності, в 50–70 % – хірургічних втручань, у т.ч. видалення органу, і, відповідно, основною причиною зниження працездатності та погіршення якості життя сучасної жінки. Такі симптоми ЛМ, як маткова кровотеча, анемія, біль, симптоми здавлювання суміжних органів, спричиняють значне зниження фізичного здоров'я жінки та погіршення її психоемоційного стану. Нині малодослідженими є морфофункціональні, ультраструктурні, гормональні, імунологічні та гемодинамічні особливості розвитку ЛМ. Незважаючи на прогрес сучасної фармакології в розробці ефективних препаратів та втілення новітніх технологій, основним в її лікуванні залишається хірургічний метод. У той же час є тенденція останніх років до підвищення захворюваності на ЛМ у жінок молодого віку.

Мета: проаналізувати надання лікувально-профілактичної допомоги жінкам з ЛМ шляхом розроблення алгоритму діагностики та принципів і методів її лікування на основі виявлення взаємозв'язків гормонального, імунного гомеостазу та морфофункціональної характеристики пухлини.

Матеріали та методи: зарубіжна та вітчизняна література, власні дослідження (вивчено 150 історій хвороб жінок з ЛМ).

Результати: Для вирішення поставлених завдань дослідження проводили поетапно. На початковому етапі з метою визначення частоти ЛМ було проведено ретроспективний аналіз 150 історій хвороби жінок віком від 18 до 49 років з ЛМ, які перебували на стаціонарному лікуванні. При цьому 62 історій хвороби належали пацієнткам, які проходили лікування в 2012–2013 рр., коли характер супутньої патології встановлювали за даними анамнезу, та 88 – хворим, які перебували у лікарні в 2014–2015 р.

На наступному етапі дослідження обстежено 20 жінок репродуктивного віку (18-49 років) з ЛМ. Залежно від наявності патології пацієнток було розділено на такі групи: I групу склали 3 жінки віком 18-25 (15%), II – 6 жінок віком 25-35 (30%), III – 11 (55%). При формуванні досліджуваних груп враховували лише вогнищеву її патологію, що має чіткі ехографічні та морфологічні критерії.

Висновки: Здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення наукового напрямку актуальної проблеми сучасної гінекології – визначення аспектів патогенезу, варіантів клінічного перебігу та застосування нових підходів щодо зниження частоти лейоміоми матки та її ускладнень, що полягає у створенні системи надання лікувально-профілактичної допомоги жінкам з даною патологією шляхом розроблення алгоритму діагностики та принципів і методів диференційованого її лікування на основі виявлення взаємозв'язків гормонального, імунного гомеостазу та морфофункціональної характеристики пухлини.

О.Я. Вербіловська
**РІДКІСНИЙ ВИПАДОК ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ЯК УСКЛАДНЕННЯ
ПЕРЕРВАНОЇ СТРАНГУЛЯЦІЙНОЇ МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ**

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

Актуальність: Механічна асфіксія традиційно займає значну кількість випадків в структурі смертності серед населення. По даним Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи, її процентне значення складає біля 20 відсотків серед причин смерті у трупів осіб, доставлених на експертизу. Значну частку серед механічної асфіксії займає странгуляційна асфіксія внаслідок пов'язання, а саме – від 62,1% до 69,2%.

Мета: Демонстрація випадку з практики – перерваної странгуляційної механічної асфіксії, яка закінчилась летально через ішемічні зміни в головному мозку.

Матеріали та методи: Вивчений матеріал архіву вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи

Результати: При зовнішньому дослідженні були виявлені ознаки швидконасталої смерті, з ушкоджень, крім слідів медичних маніпуляцій – странгуляційна борозна у верхній частині шиї. При внутрішньому дослідженні виявлено: В м'яких тканинах шиї вогнищевий, переривчастий крововилив по передній поверхні, в проекції борозни. Речовина мозку на розрізах нерівномірного кровонаповнення, окрім лобно-скронево-тім'яної ділянки лівій півкулі в межах якої мозкова речовина розм'якшена нерівномірного сіро-білісуватого забарвлення з цяточками коричневого кольору, без розмежування на сіру та білу речовину. М'які мозкові оболонки з вираженим набряком. Судини її нерівномірного кровонаповнення. Борозни та звивини мозку згладжені.

Виставлено судово-медичний діагноз:

- Перервана механічна асфіксія через пов'язання.
- Гостре порушення мозкового кровообігу по ішемічному типу в лівій півкулі головного мозку. Набряк та набухання головного мозку.
- Сліди медичних маніпуляцій. Хронічна ішемічна хвороба серця.

Висновки: Проблема механічної асфіксії, і, зокрема, перерваної, є актуальною. В клінічній практиці необхідно враховувати, що в генезі ішемічних уражень головного мозку може відігравати роль перервана механічна асфіксія, і звертати на це увагу при детальному зборі анамнезу у випадках нез'ясованих обставин щодо початку захворювання. В свою чергу, при поступленні хворих з діагнозами "Суїцидальна спроба, підвищення" тактика лікування хворих повинна бути направлена на профілактику та лікування можливих проявів ішемії головного мозку.

О.В. Власенко (аспірант)

РОЛЬ ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СИНАПТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ІННЕРВАЦІЇ СЕРЦЯ

Кафедра нормальної фізіології
О.В. Власенко (д.мед.н., проф.)

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

Актуальність. У фундаментальній медичній науці широкого розповсюдження набули електрофізіологічні дослідження міжклітинної взаємодії кардіоміоцитів та закінчень нервових волокон на серці тварин, що дало змогу краще зрозуміти процеси, які відбуваються в серцевих клітинах та детальніше виявити механізми іннервації. В подальшому це дозволить застосувати отримані дані для розробок в прикладній медичній науці, а саме в кардіології та фармакології.

Мета: дослідити вплив на діяльність серцевого м'яза жаби електричної стимуляції симпатичних та парасимпатичних волокон, що іннервують серце.

Матеріали та методи: В лабораторних умовах встановлено зміну властивостей серцевого м'яза жаби після електростимуляції симпатичного стовбура та блукаючого нерва на препараті ізольованого серця.

Результати: При стимуляції блукаючого нерва струмом середньої сили ритм серцевих скорочень сповільнювався, а при сильних - серце зупинялося. Відновлення попереднього ритму відбувалось не одразу, спочатку виникали поодинокі скорочення, потім ритм прискорювався, серце билось частіше і тільки через деякий час приходив до норми. Це явище подальшого прискорення пояснюється тим, що в стовбурі взятого нерва проходять крім волокон блукаючого нерва, також і волокна симпатичного нерва. Останній має більш тривалий латентний період і післядію, ніж блукаючий нерв, тому при одночасному подразненні загального стовбура спочатку виявляється вагусний ефект.

Висновки: Тривалість рефрактерного періода інтракардіальних нейронів варіює і залежить від впливів автономної нервової системи. Лабільність їх досить низька, що залежить не тільки від тривалості рефрактерного періода, а й від слідової гіперполяризації, що розвивається після кожного потенціалу дії. Наявність іонів Na^+ в омиваючому розчині необхідна для генерації пікових потенціалів дії клітинами внутрішньосерцевих вузлів.

О.В. Войцешина

ПРИНЦИП ЗОЛОТОГО ПЕРЕРІЗУ У ПРИРОДІ

Кафедра анатомії людини
Р.А. Бондарчук (ас.)

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

Актуальність : золотий переріз – це найкомфортніша для ока пропорція, форма, яка сприяє якнайкращому зоровому сприйняттю і появі відчуття краси і гармонії. Для лікарів вчення про пропорції має важливе прикладне значення, оскільки дає змогу судити про темпи розвитку окремих частин тіла, про наближення чи відхилення даного обличчя від нормального, про належність його до тієї чи іншої раси, до того чи іншого морфологічного типу, що зустрічається в даній расі.

Мета дослідження: порівняльна характеристика відповідності стандартів золотого перерізу груп різної статевої та вікової категорії.

Матеріали та методи: антропометричне обстеження 30 учнів 8 класу Хмельницької гімназії №1 та 30 студентів 1 курсу медичного факультету ВНМУ імені М.І. Пирогова: дослідження основних співвідношень довжини передпліччя до довжини долоні і виділення груп тих, що належать до золотого перерізу й проведення статистичного аналізу кількісних даних досліджуваних двох вікових категорій.

Результати: Було виявлено, що в першій групі 27 досліджуваних були непропорційними, 3- пропорційними (2 дівчат і 1 хлопчик). В другій групі було виявлено 22 непропорційних досліджуваних, 8 - пропорційних (6 дівчат і 2 хлопців). Отже, принцип золотої пропорції у першій групі досліджуваних був наявний у 10%, а у другій групі - 26,7%.

Висновки: Золотий переріз є невід'ємною частиною всього живого. Він не тільки мірило гармонії і впорядкованості в творіннях природи, але й основа краси та джерело естетичного задоволення. Власні дослідження підтверджують, що досконала пропорційність прораховується частіше в юнацькому віці, ніж у підлітковому, і частіше у дівчат, ніж у хлопців.

Я.В. Вороновський
ПРОСТОРОВО-ЧАСОВІ ПАРАМЕТРИ ХОДЬБИ З ДОДАТКОВИМ КОГНІТИВНИМ ЗАВДАННЯМ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ

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

Актуальність: Серед різних принципів локомоції ходьба є фундаментальною формою в людини. Безпечна ходьба забезпечує незалежне виконання щоденних завдань, збереження повноцінних соціальних відносин, належну якість життя. Зважаючи на складність механізмів здійснення ходьби, слід визнати, що її реалізація вимагає залучення значних ресурсів мозку, у тому числі й когнітивних.

Мета: Встановити просторові та часові параметри ходьби з одночасним виконанням додаткового когнітивного завдання в практично здорових жінок середнього віку.

Матеріали та методи: Дослідження проведено з використанням комп'ютеризованої системи GAITRite®, виробництва США (CIRSystemsInc., Clifton, NJ). Складовою системи є полімерна доріжка довжиною 4,2 метра, шириною 1,5 метра, в яку вбудовано 22 тисячі сенсорних елементів, що реагують на тиск. При проході досліджуваного доріжкою розраховується більше 40 інтегральних просторових та часових параметрів ходьби обстежуваного (швидкість, тривалість складових кроку, довжина кроку тощо). Вираховується також інтегральний показник загальної якості («нормальності») ходьби (FunctionalAmbulationPerformanceScore, FAP), який відображає рівень підтримання рівноваги та збереження стабільності тіла під час руху та відображається єдиним числом.

Обстежено 37 практично здорових жінок середнього віку – 21-43 років (середній вік склав $27,7 \pm 7,27$ роки).

Результати: При дослідженні просторово-часових параметрів ходьби з одночасним виконанням когнітивного завдання у порівнянні зі звичайною ходьбою в жінок середнього віку встановлено статистично достовірне зменшення середньої швидкості від $112,26 \pm 2,80$ см/с до $101,31 \pm 4,47$ см/с та кількості кроків за хвилину від $109,88 \pm 1,82$ до $94,23 \pm 3,10$. Достовірно також збільшилися тривалості переносу правої та лівої ніг від $0,44 \pm 0,01$ с до $0,54 \pm 0,02$ с, час опори для правої ноги від $0,67 \pm 0,01$ с до $0,80 \pm 0,04$ с, лівої – від $0,66 \pm 0,01$ с до $0,79 \pm 0,03$ с, тривалість одиночної опори від $0,44 \pm 0,01$ с до $0,54 \pm 0,02$ с, тривалість опори на обидві ноги від $0,23 \pm 0,01$ с до $0,28 \pm 0,02$ с. Решта показників ходьби при двох досліджених умовах достовірно не відрізнялися.

Висновки: Напрямок перебудови просторово-часової організації циклу ходьби з одночасним виконанням когнітивного завдання у жінок середнього віку свідчить про зміни ходьби в напрямку підвищення її стабільності.

Незмінність переважної більшості просторових параметрів пов'язана з механізмами контролю рівноваги.

Контроль ходьби потребує значного когнітивного ресурсу, тому не є автоматичним у класичному розумінні.

І.І. Габрук, О.М. Казмірчук
ПАТОМОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОУТВОРЕНЬ КОН'ЮНКТИВИ ОКА

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
В.Т. Рауцкієне (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Новоутворення кон'юнктиви без адекватного лікування можуть призвести до втрати зору, а при запущеній формі захворювання до повної втрати ока і навіть стати загрозою для життя. Всі новоутворення ока за походженням поділяють на епітеліальні (псевдокарциноматозна гіперплазія, папілома і плоскоклітинний рак) і меланоцитарні (невус, меланома). Основним методом їх діагностики до цього часу залишається гістологічне дослідження, яке виконується за допомогою біопсії.

Мета: Вивчити дані наукової літератури та проаналізувати результати гістологічного дослідження окремих біопсій щодо клітинного складу новоутворень ока.

Матеріали та методи: На базі Вінницького обласного патологоанатомічного бюро проведено гістологічне дослідження післяопераційного матеріалу ока (5 випадків) з приводу новоутворень кон'юнктиви ока.

Результати: Для папілом рогівки характерним є глибоке проникнення в епітелій сполучнотканинних сосочків з кровоносними судинами. Епітеліальні клітини мноморфні овальної, округлої або трикутної форми, середнього розміру, з невеликим обідком цитоплазми і круглим світлим ядром. Вони за будовою близькі до базального шару епітелію кон'юнктиви. Поліморфізму немає. Для псевдокарциноматозної гіперплазії кон'юнктиви характерна наявність комплексів епітеліальних поліморфних клітин, що чередуються з великою кількістю ізольованих сполучною тканиною клітин, які мають гіперхромні ядра різного розміру, іноді і двоядерні. Вираженої атипії ядер, мітозів та запальної інфільтрації не спостерігається. Що стосується невисів, то гістологічно в них виявляються комплекси пігментують клітин двох типів: епітеліоподібні округлої або кубічної форми і клітини витягнутої, веретеноподібної форми невеликих розмірів, які щільно прилягають один до одного. Меланома частіше виникає при наявності невисів, особливо гігантських, але може бути і первинною. Поверхня меланоми гладка, блискуча. Навколо спостерігається мережа розширених, повнокровних кровоносних судин. Гістологічно виділяють три типи меланомних клітин: епітеліоїдні, веретеноподібні і

гігантські одно- та багатоядерні. Трапляються меланоми із балоноподібних клітин. Всі вони значно поліморфні. За даними наукової літератури клітинний склад не впливає на перебіг і прогноз, вирішальне значення має їх мітотична активність.

Висновки: Своєчасна і уточнена за клітинним складом діагностика новоутворень кон'юнктиви ока має велике значення для вибору способу лікування та прогнозу. Так в меланомах епітеліоподібні клітини більш чутливі до терапії, ніж веретеноподібні.

Л.І. Гайдучик

КАТЕТЕР-ІНДУКОВАНЕ РОЗШАРУВАННЯ КЛУБОВИХ АРТЕРІЙ: АНАЛІЗ ВИПАДКУ

Кафедра патологічної анатомії та судової медицини

Ю.І. Кузик (к.мед.н., доц.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Спонтанне ізольоване розшарування клубових артерій (КА), без залучення аорти, є дуже рідкісним станом, природний перебіг якого не добре визначений. Етіологічними факторами розшарування КА є травма, патологія сполучної тканини, фіброзно-м'язова дисплазія, недостатність $\alpha 1$ –антитрипсину, дегенерація медії, фізичне напруження. Крім того, на даний момент в світі описано близько 11 випадків катетер-індукованих розшарувань КА.

Мета: Провести клініко-патоморфологічний аналіз випадку катетер-індукованого розшарування КА.

Матеріали та методи: Проведено аналіз історії хвороби та протоколу розтину 65-річної жінки з розшаруванням КА.

Результати: Жінка, 65 років, перебувала у кардіоцентрі з приводу повторного інфаркту міокарду лівого шлуночку. При коронарографії виявлено багатосудинного ураження вінцевих артерій, що стало приводом для проведення операції аортокоронарного шунтування. Була спунктована права стегнова артерія, підключено інвазивний артеріальний тиск. На другу добу після операції, через годину після вилучення стегового артеріального катетера, у хворої з'явилися скарги на загальну слабкість, відчуття жару по всьому тілу, наростання задишки та явищ гіпоксії. Проведена діагностична лапаротомія, виявлено велику кількість свіжої крові зі згортками, масивну заочеревинну гематому. Здійснена туга тампонада черевної порожнини. Внаслідок гіповолемічного шоку хвора померла.

Клінічний діагноз: Гостре розшарування черевної аорти та КА. Заочеревинна гематома з проривом у вільну черевну порожнину.

При патологоанатомічному дослідженні в загальній та зовнішній правих КА виявлено множинні петрифіковані фіброзно-ліпідні бляшки та зону розшарування стінки на межі інтими та медії. Жирова тканина навколо судин дифузно імбібована кров'ю. Ліва загальна та зовнішня КА – інтима містить множинні фіброзно-ліпідні бляшки; стінка звичайної анатомічної будови; гирла основних гілок ниркових артерій вільні.

При гістологічному дослідженні в загальній та зовнішній КА – вогнищеві субінтимальні фіброзно-ліпідні бляшки з петрифікацією; ділянки мукоїдного набухання та поодинокі кисти медії; ділянки розшарування на межі інтими та медії зі сполученням з просвітом; вогнищево інтрамедійні та медійно-адвентиційні розшарування; в ділянках розшарування – значні скупчення еритроцитів, незначна імбібіція паравазальної жирової клітковини.

Патологоанатомічний діагноз: атеросклероз (стадія VI), гостре розшарування правої загальної клубової та зовнішньої КА у медії та субадвентиційному шарі. Геморагічна імбібіція жирової клітковини тазу та заочеревинного простору; гемоперитонеум.

Висновок: Розглянутий випадок демонструє розвиток розшарування правої загальної та зовнішньої КА внаслідок вилучення стегового артеріального катетера на фоні атеросклеротичних змін цих артерій. Не зважаючи на рідкість, катетер-індуковані розшарування КА залишаються важким захворюванням, що може призвести до тяжких наслідків, таких як геморагічна імбібіція, гемоперитонеум та спричинити гіповолемічний шок.

Г.М. Галунко

ЕЛЕКТРОННО-МІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ В ТОНКІЙ КИШЦІ В ПІЗНІ СТАДІЇ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОЛОЇДНО-ГІПЕРОСМОЛЯРНИХ РОЗЧИНІВ

А.О. Гаврилюк (д.мед.н., проф.)

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Стратегія і тактика лікування наслідків опікової інтоксикації відноситься до числа складних і до кінця не вирішених проблем комбустіології. Детальне і поглиблене дослідження макро- і мікроскопічних, цитологічних особливостей стінки тонкої кишки при опіках на сучасному рівні дозволяє, певною мірою, науково обґрунтовано вести корекцію ендогенної інтоксикації. До нового покоління препаратів пред'являються наступні вимоги: ефективна гемодилуція, покращення умов мікроциркуляції, гарна переносимість, відсутність негативних

ефектів і патологічних змін лабораторних показників, коригуючий вплив на рН крові, зменшення дефіциту буферних основ, органопротекція, технічна простота застосування, доступність по вартості і підтримка вітчизняного виробника. Виходячи із результатів багатьох досліджень, препарати Лактопротеїн з сорбітолом і НАЕС-LX-5% відповідають зазначеним вимогам, тому, власне, актуальним є проведення експериментальних випробовувань їх позитивного впливу і на морфофункціональні особливості стінки тонкого кишківника при опіковій інтоксикації.

Мета нашого дослідження вивчення електронно-мікроскопічних змін тонкої кишки щурів у пізні терміни опікової хвороби, а саме на 14-ту, 21-у та 30-ту добу після термічного опіку та при корекції їх Лактопротеїном з сорбітолом та НАЕС-LX-5%.

Матеріали і методи: На щурах-самцях відтворювали опікове пошкодження шкіри III А-Б ступеня площею 21-23 % поверхні тіла з розвитком опікового шоку середнього ступеня важкості, з подальшою медикаментозною корекцією даного стану колоїдно-гіперосмолярними розчинами (лактопротеїну з сорбітолом та НАЕС-LX-5%). Критеріями глибини пошкодження та ефективності лікування були результати порівняння морфологічних, електронно-мікроскопічних змін тонкої кишки в динаміці через 14, 21 та 30 діб.

Результати: На фоні покращення ультраструктури гемокапілярів виявляється менша ступінь деструкції і оновлення клітин епітеліальної пластинки. До кінця експерименту відбувається оновлення структур компонентів власної пластинок слизової оболонки. Використання НАЕС-LX-5% після термічної травми показали, що відмічається покращення структурних компонентів слизової оболонки стінки органу, сприяє покращенню структури мікроциркуляторного русла, активації регенераторних процесів та відносній нормалізації структурних компонентів епітеліальної і власної пластинок слизової оболонки.

Висновки: Проведені електронно-мікроскопічні дослідження тонкої кишки після термічної травми в умовах застосування Лактопротеїну з сорбітолом встановили, що їх ефективність проявляється більш суттєво в пізні терміни експерименту (21, 28 доби), а використання НАЕС-LX-5% показали, що вже на 14 добу експерименту є позитивна динаміка.

Н.Д. Ганизаде

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

Кафедра анатомии человека

Д.Н. Шиян (к.мед.н., доц.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: Бурное развитие телекоммуникаций и компьютерных технологий, которое захлестнуло человечество около двадцати лет назад, продолжается и сейчас. Весомый вклад в загрязнение окружающей среды вносит уровень электромагнитных излучений (ЭМИ). В первую очередь, эта проблема касается особо уязвимых членов общества, которые наиболее подвержены влиянию полей – детей и подростков. В современном информационном мире основу окружения ребенка занимают мобильные девайсы, гаджеты с различными видами доступа к интернету, Wi-Fi роутеры и т.д. В доступной нам литературе мы обнаружили лишь несколько работ посвященных данной теме, в которых использовалась соответствующая данным устройствам частота. В связи с этим мы считаем, что необходимы всесторонние научные исследования, которые позволяют обосновать изменения принципов критериев безопасности для детей с учетом перспектив развития коммуникаций.

Цель: Изучить влияние ЭМИ на нервную систему.

Материалы и методы: Эксперимент проводился на 20 крысах, возрастом 20 дней, что соответствует возрасту человека от 6 до 7 лет. Крысы были разделены на экспериментальные и контрольные группы. Длительность экспериментальной части в каждой группе составила 30-50 дней. Эксперименты проводились ежедневно, автоматизировано аппаратом ЭМИ с частотой 1800-2100 МГц (частота современных мобильных телефонов) и отключался 1 раз в день, во время кормления и ухода за животными, которые содержались в условиях вивария.

Результаты: Крысы теряли в весе (45-60 г у излучаемых в сравнении с 92-95 г у контроля), росте (разница 2-3 см), были малоактивны, наблюдался пониженный аппетит, повышенная жажда. Наблюдались различия в весе головного мозга (1,65-2,58 г у излучаемых и 3,97-4,05 г в норме). Стали заметны характерные функциональные признаки поражения ЦНС: проявление агрессии, шаткость, маятниковые движения головой, замедленная реакция на воздействие раздражителя.

Вывод: Следует разработать экологические рекомендации по влиянию ЭМИ на детей. Нами установлено патологическое влияние ЭМИ на детский организм, в частности на ЦНС. Мы рекомендуем исключать воздействие ЭМИ на детей для предотвращения развития возможных патологий.

Т.М. Гомон, І.С. Самойдук
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ШОКУ

Кафедра патологічної фізіології

Т.А. Панченко (ас.)

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

Актуальність: Проблема шоку в усі часи залишається актуальною, оскільки й дотепер не припиняються військові конфлікти й терористичні акти, частішають унаслідок діяльності людини техногенні і природні катастрофи, не зменшується кількість хворих з гнійно-септичними й кардіогенними ускладненнями. Розуміння патогенезу шоку є ключовим моментом для проведення адекватної терапії.

Мета: ознайомитись з основними видами шоку, механізмом їх розвитку, компенсаторними реакціями організму у відповідь на їх виникнення.

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

Результати: Шок — складний типовий патологічний процес, що виникає при дії на організм екстремальних факторів зовнішнього або внутрішнього середовища, які водночас із первинним пошкодженням викликають надмірні та неадекватні реакції адаптивних систем, особливо симпатoadреналової, стійкі порушення нейроендокринної регуляції гомеостазу, особливо гемодинаміки, мікроциркуляції, кисневого режиму організму та обміну речовин. Види шоку: гіповолемічний, кардіогенний, дистрибутивний (анафілактичний, нейрогенний, септичний), обструктивний. Шок розвивається внаслідок невідповідності ОЦК і ємності судинного русла (геморагії, плазморагії), порушення насосної функції серця (аритмії, інфаркт, розрив міжшлуночкової перегородки), обструкції судинного русла (тампонада серця тощо). Розрізняють стадії: непрогресуюча або еректильна (включаються механізми, що компенсують зниження серцевого викиду для підтримки перфузії життєво важливих органів), прогресування (виснаження компенсаторних механізмів: розвиваються тканинна гіперперфузія та метаболічний ацидоз) і незворотна стадія (розвиваються пошкодження органів і метаболічні розлади, не сумісні з життям).

Зміни в органах при шоку: нирки - некротичний нефроз (гостра ниркова недостатність); легені - осередки ателектазу, серозно-геморагічний набряк з випаданням фібрину в просвіт альвеол (гіалінові мембрани), стаз і тромби в мікроциркуляторному руслі, що обумовлює розвиток гострої легеневої недостатності - респіраторного дистрес-синдрому дорослих; печінка – центролобулярні некрози; головний мозок - фокуси некрозу, дрібні крововиливи; ШКТ – крововиливи.

Висновок: Патогенетична терапія шоку полягає у розриві ключових елементів механізму шоку, а саме: усунення розладів центральної, органно-тканинної та мікрогемодинаміки; ліквідації недостатності зовнішнього дихання; покращення кровопостачання нирок; усунення гіпоксії, відхилень КОС й іонного балансу; зменшення ступеня токсемії.

Г.Ю. Гончаренко

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАННЯ АДЕНОМІОЗУ З ПАТОЛОГІЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЮ

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом

В.О. Ситнікова (д.мед.н., проф.)

Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність: Розповсюдженість вогнищ аденоміозу у жінок репродуктивного віку складає від 12 до 40%. Часто аденоміоз супроводжується гіперпластичними процесами в ендометрії. Відомо, що ризик малігнізації вище у пацієнток з поєднаними формами ураження.

Мета: Виявлення клініко-морфологічних особливостей поєднання аденоміозу з патологічними процесами ендометрію.

Матеріали і методи: Матеріалом для дослідження слугували історії хвороб та видалені матки від 30 пацієнток у віці від 35 до 65 років, які страждають аденоміозом за наявності фонові патології (ендометріодна аденокарцинома тіла матки і гіперплазія ендометрію) і без гіперпластичних процесів в ендометрії. Досягнення мети наукового пошуку передбачало використання комплексу методів дослідження: статистичних, клінічного аналізу, оглядових патогістологічних.

Результати: В залежності від морфологічного стану ендометрію виділено 3 групи: 1 група – «чистий» аденоміоз; 2 група - аденоміоз і гіперпластичні процеси в ендометрії; 3 група – аденоміоз і ендометріодна карцинома ендометрію. Більшість пацієнток 1 групи (70%) перебували в репродуктивному віці. У 2 групі переважали пацієнтки перименопаузального (60%), а в 3 групі - постменопаузального періодів (80%). З репродуктивного анамнезу відомо, що 80% жінок 1 групи народжували і перенесли штучне переривання вагітності, половина пологів і абортів перебігала з ускладненнями - 50%. Безпліддя діагностовано у 10% жінок. В 2 групі пологи були у 90% жінок, і більше половини медичних абортів у 60% жінок - з ускладненнями. В 3 групі безпліддя діагностовано у 20% жінок, крім того в анамнезі - ускладнені пологи (60%) і переривання

вагітності (70%). Запальні захворювання матки і придатків часто зустрічалися у всіх досліджених хворих. Поєднана патологія ендометрію частіше зустрічається у жінок в перименопаузальному віці 60% та періоді постменопаузи 80% і супроводжується вираженою клінічною картиною, провідним симптомом якої є гіперполіменоррея. Мікроскопічно вогнища аденоміозу у всіх групах представлені залозистими структурами різної величини, вистелені епітелієм ендометріального типу. В осередках аденоміозу в 3 групі виявлена атипична гіперплазія ектопічного ендометрію в 10% випадків, в інших препаратах цієї ж групи - складна типова гіперплазія.

Висновки: Все зазначене свідчить про доцільність поглибленого комплексного дослідження аденоміозу з поєднаною патологією ендометрію з використанням сучасних технологій, включаючи молекулярні дослідження.

В.О. Горнович, О.В. Рибчич

ФІЗІОЛОГІЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ В ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАРАНОЇДОЇ ШИЗОФРЕНІЇ ТА АМФЕТАМІНОВОЇ АДДИКЦІЇ

Кафедра нормальної фізіології

Л.В. Бабич (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: вузька спеціалізація сприяє недостатній оцінці лікарем загального стану організму пацієнта, неналежному трактуванню супутніх симптомів та індивідуальних особливостей «норми» пацієнта. Розуміння фізіологічних процесів дає можливість бачити взаємозв'язки ураженої патологією ділянки з іншими системами та організмом в цілому, адекватно оцінювати можливості організму пацієнта.

Мета: використання методу фізіологічного моделювання в диференційній діагностиці параноїдної шизофренії (ПШ) та амфетамінової аддикції (АА).

Матеріали та методи: В дослідження були включені хворі, які вступали на лікування до 2 відділення Вінницької психоневрологічної лікарні імені акад. О.І. Ющенка. Пацієнти спостерігались під час стаціонарного етапу лікування. Хворі надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Було сформовано 2 клінічні групи пацієнтів: 50 осіб з діагнозом «гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії», в анамнезі яких було зловживання амфетаміном - група дослідження, до групи контролю було включено 47 осіб з діагнозом «ПШ» згідно з МКХ-10. В ході дослідження був використаний метод фізіологічного моделювання з його подальшою перевіркою клінічними методами.

Результати: на основі сучасних фізіологічних уявлень було сформовано дві моделі, які в скороченому вигляді подані нижче.

1. ПШ викликається надлишковою секрецією дофаміну групою нейронів, тіла яких дають початок збуджувальній дофамінергічній системі. Замикання дофамінових контурів створює домінуючу, яка спотворює параметри імпульсів сенсорних шляхів, гальмує лімбічну систему та не піддається гальмуванню по ГАМК-контур. Це призводить до змін в структурі особистості та проявів характерного симптомокомплексу.

2. Амфетамін змінює напрям везикулярного транспортера моноамінів (дофамін, норадреналін) – замість зворотнього транспорту із синаптичної щілини в везикули пресинаптичної мембрани, відбувається додатковий викид медіаторів в синаптичну щілину без зворотнього транспортування. Нагромадження медіатора в щілині створюється домінуючий контур. На основі моделей було встановлено диференційні параметри: створення домінуючих дофамінергічних нейронних контурів дає схожість продуктивної симптоматики (при оцінці за психодіагностичними підшкалами PANSS спостерігалися високі показники за кластерами тривоги, дратівливості, труднощі у відстроченні задоволення та додатковими ознаками агресії). Діагностична різниця пояснюється:

1. Периферичним впливом амфетаміну (адреносимпатика викликає гіпертермію, порушення серцевого ритму, відсутність чи слабку реакцію зіниці на світло).

2. Порівняно нетривалий вплив амфетаміну не призводить до тяжкої деградації нервових контурів, тому для АА не характерна наявність негативної симптоматики, яка спостерігається при ПШ: притуплення афекту, труднощі у спілкуванні, пасивно-апатична соціальна відгороженість.

Висновки: в даній роботі показано приклад оптимізації клінічного мислення шляхом використання методу фізіологічного моделювання.

О.В. Горовий

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СІМ'ЯНОГО ГОРБИКА ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.О. Бевз (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В урологічній та патологоанатомічній літературі відсутня інформація про особливості гістологічної будови сім'яного горбка у хворих на доброякісну гіперплазію простати.

Мета: Встановити: 1) Чи видаляється сім'яний горбок під час видалення гіперплазованих вузлів простати ? 2) Особливості морфологічної будови сім'яного горбка.

Матеріали та методи: Було проведено макро- та мікроскопічне дослідження видалених гіперплазованих вузлів простати (видалялись одним блоком) на предмет виявлення в них сім'яного горбка у 187 пацієнтів із доброякісною гіперплазією простати, яким виконана залонна простатектомія в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні. При виявленні в макропрепараті сім'яного горбка проводили дослідження його поперечного зрізу із фарбуванням гематоксилін-еозином за допомогою мікроскопа ЛОМО "Микромед-2" із мікрофотонасадкою "МФН-11".

Результати: Повне видалення сім'яного горбка в макропрепаратах було відмічено у 49 (26,2%) випадках, частково (на рівні простатичної маточки) - 93 (49,7%), не було виявлено горбка - 45 (24,1%). При мікроскопічному дослідженні сім'яного горбка було виявлено, що слизова простатичної маточки була вистелена перехідним епітелієм, навколо горбка відмічали лакуноподібне розширення вен та непосмуговані м'язові волокна. Сім'явипорскувальні протоки були також вистелені перехідним епітелієм.

Висновки: При огляді видалених гіперплазованих вузлів простати сім'яний горбок частково чи повністю видалявся у 75,9% випадках через його близьке розташування до зони операції. Гістологічне дослідження сім'яного горбка дозволило підтвердити факт його видалення. Перспективним дослідженням є виконання уретроцистоскопії після операції у хворих, у яких не виявлено в макропрепараті сім'яного горбка, з метою візуалізації його на задній стінці простатичного відділу уретри.

А.П. Гунько

СТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ СПИННОГО МОЗКУ СІАМСЬКИХ БЛИЗНЮКІВ

Кафедра анатомії людини

В.С.Шкільников (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Результати наукових досліджень щодо структурної організації спинного мозку плодів людини із мальформаціями у доступній літературі практично відсутні.

Мета: Встановити особливості гістоархітекtonіки сегментів спинного мозку сіамських близнюків.

Матеріали та методи: Матеріал для дослідження був отриманий у ВОПБ м. Вінниці. Гестаційний термін сіамських близнюків – 17-18 тиж. У процесі дослідження використані наступні методи: анатомічний, гістологічний, імуногістохімічний та морфометричний.

Результати: Сіра речовина протягом усіх сегментів складається з нейроепітелію та мантийного шару із чітким диференціюванням на передні та задні роги, у грудних сегментах сформовані бічні роги. Така тенденція зберігається у обох плодів. Площа сірої речовини уздовж спинного мозку переважає площу білої речовини. Нейронні комплекси передніх, бічних та задніх рогів мають притаманну архітекtonіку, крім рухового нейронного комплексу грудних сегментів, де він представлений двома групами, що не характерно для плодів без аномалій розвитку аналогічного гестаційного терміну. Найбільші розміри та ступінь диференціювання мають рухові нейрони, найменші – вегетативні нейрони; вставні нейрони присередньо-проміжного та грудного ядра займають за даними показниками середнє положення. Площа та питома вага нейроепітелію у сірій речовині спостерігалась більшою на рівні стовщень спинного мозку у обох плодів, що відповідно складало у середньому $0,022 \pm 0,001$ мкм² та 0,7%. Кількість мітозів нейральних стовбурових клітин (НСК) нейроепітелію відмічалась нами практично однаковою в усіх сегментах та становила 7-8 клітин (11%) у вентральній частині та 1-2 клітини (2%) у дорзальній частині. Після мітозу НСК мігрують у мантийний шар (МШ) уздовж залишків волокон радіальної глії (РГ), яка зберігає радіальний напрямок тільки в межах нейроепітелію. У наступному волокна РГ різко змінюють свій напрямок та проходять назад у ділянку задніх рогів. Відносно сильна експресія синаптофізину в сегментах уздовж спинного мозку відмічається в межах МШ, помірною експресією синаптофізину відбувається в межах крайового шару.

Висновки: У результаті дослідження були встановлені особливості цитоархітекtonіки сегментів спинного мозку сіамських близнюків, які притаманні для плодів без аномалій розвитку даного вікового періоду. Інтенсивність мітозів НСК має характерний перебіг. Відбуваються процеси формування синапсів та мієлінізації волокон провідних шляхів.

Т.В. Гуранич

ЗМІНИ АКТИВНОСТІ NO-СИНТАЗ У ГОМОГЕНАТІ МІОКАРДУ ЩУРІВ ІЗ ГІПОФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ТЛІ КОМБІНОВАНОГО ДЕФІЦИТУ ЙОДУ Й МІДІ, МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ

Кафедра фізіології

Н.М. Воронич-Семченко (д.мед.н., проф.)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність. Функціонуючий ендотелій в нормі відрізняє безперервна базальна секреція важливого ендотеліального фактора – оксиду азоту (NO) за участю загальної NO-синтази (NOS) при ферментативному окисненні амінокислоти L-аргініну. Є три ізоензими NOS: NOSI-типу – нейрональна (nNOS); NOSII-типу – індукцибельна (iNOS); NOSIII-типу – ендотеліальна конститутивна (cNOS). Відомо, що зміни функціонального стану щитоподібної залози на тлі дефіциту есенціальних мікроелементів, зокрема йоду й міді, здатні суттєво дезорганізувати функціонування багатьох систем організму, що зумовлює поліморфну симптоматику гіпотиреозу. Одним із таких проявів є порушення у системі синтезу NO.

Мета. З'ясувати зміни активності NO-синтаз у гомогенаті міокарду щурів із гіпофункцією щитоподібної залози (ГЩЗ) на тлі комбінованого дефіциту йоду й міді та можливості корекції виявлених змін мікроелементами.

Матеріали і методи. Дослідження проведені на 150 щурах-самцях масою 150-180 г, які були розділені на чотири дослідні групи (по 30 тварин): щури з ГЩЗ на тлі дефіциту йоду (ГЩЗ_I); щури з ГЩЗ на тлі комбінованого дефіциту йоду та міді (ГЩЗ_{I+Cu}); тварини за умов монотерапії ГЩЗ_{I+Cu} йодидом калію та у комбінації з сульфатом міді. Контрольну групу склали 30 інтактних щурів. ГЩЗ моделювали шляхом утримання тварин на базовій йододефіцитній дієті протягом 45-ти днів, із них перші 15-ть днів експерименту тварини з кормом одержували мерказоліл (7,5 мг/100 г маси тіла). Дефіцит міді відтворювали шляхом додавання до питної води d-пеніциламіну (купреніл, 100 мг/100 г маси тіла, з 25 по 45 день дослідження). Корекцію ГЩЗ_{I+Cu} проводили йодидом калію (50 мкг йоду перорально, щоденно, 30 днів) та сульфатом міді (0,09 мг/100 г маси тіла перорально, щоденно, 30 днів). Активність NOS, iNOS і cNOS у гомогенаті міокарду визначали за методом Сумбаєва В. В. і співав. (2000).

Результати. У міокарді тварин із ГЩЗ_{I+Cu} спостерігали достовірне зростання активності NOS та iNOS на 25,5% та на 51,8% відповідно щодо аналогічних показників у тварин із ГЩЗ_I.

Корекція ГЩЗ_{I+Cu} зумовила неоднозначні зміни активності NO-синтаз. Так, введення йодиду калію призвело до збільшення активності cNOS на 91,5% у порівнянні з аналогічним показником у щурів із ізолюваним йододефіцитом, що у 2,6 раза більше, ніж у інтактних тварин. У той же час, залучення до схеми корекції сульфату міді зумовило зменшення активності iNOS - на 45,7% на тлі зростання NOS - на 37,1%, cNOS – у 2,8

раза щодо аналогічного показника у тварин із мікроелементозом. У порівнянні з контрольними даними у тканині міокарда зросла активність NOS - на 39,5%, cNOS – у 3,8 раза на тлі зменшення активності iNOS - на 51,4%.

Висновки. Таким чином, ГЩЗ_{I+Cu} призвела до зростання активності NOS, головним чином за рахунок iNOS. Корекція мікроелементозу йодидом калію зумовила зростання активності cNOS, із якою пов'язують саме протективні властивості NO. Комбіноване введення препаратів йоду та міді супроводжувалося більш вираженими змінами активності NO-синтаз.

М.М. Гурін

ВПЛИВ ШКІДЛИВИХ ФАКТОРІВ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ НА СИЛОВІ ПОКАЗНИКИ І ФІЗИЧНУ ВИТРИВАЛІСТЬ ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ

Кафедра нормальної фізіології

І.Л. Рокунець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Станом на 2012 рік в Україні було зареєстровано близько 8,36 млн. людей, які вживають тютюновий димени. Більшість представників цієї групи не піддається впливу наукової літератури та доказам про негативні наслідки звички. Як наслідок в них не виникає стимул для прийняття рішення відмовитись від неї - їм потрібно відчувати всі вади, які вони придбали в процесі куріння. На нашу думку у означених осіб доцільно оцінити фізичну витривалість, адже при надходженні в організм оксид вуглецю (CO) викликає кисневе голодування тканин за рахунок зменшення ефективності роботи дихальної системи та відповідно обмеження рухової активності.

Мета: 1. Дослідити функціональні показники дихальної системи на етапі транспорту газів та показники фізичної активності у осіб зі шкідливою звичкою і після відмови від неї. 2. Розробити практичне підґрунтя для переконання скептично налаштованих курців, адже шкідливі фактори цієї звички супроводжуються відчуттям хронічної втоми, слабкості, гіподинамії та позитивними емоціями після відмови від неї: «Дати відчувати людині те, що вона втратила».

Матеріали та методи: Для дослідження нами було використано аналіз рівня CO на видиху, рівня карбоксигемоглобіну (CO НВ %), фракції карбоксигемоглобіну (F CO НВ %) за допомогою газоаналізатора

MICROCO. Для дослідження силових показників та фізичної витривалості спеціалістом фітнес-тренером створено програму навантажень. В дослідженні приймали участь 12 осіб добровольців. Вони були поділені на 3 групи: група А (5 курців з різним стажем, мезоморфного типу), група Б (5 осіб, які не курять, мезоморфного типу), група В (2 курці ендоморфного типу з надлишковою вагою). Були виміряні силові показники усіх груп до початку експерименту та зроблений спірометричний аналіз видиху кожної групи. Після цього група А, та В відмовились від куріння на 1 місяць і займались фізичними навантаженнями по одній і тій самій програмі. В останній день дослідження були повторно виміряні усі вищеперераховані показники та складений аналіз отриманої інформації.

Результати дослідження: Середній стаж куріння тютюну в групах А та В склав 5,8 років. Рівень CO у видихуваному повітрі в групі А вірогідно ($p < 0,05$) зменшився з 8,6 до 5,2 ppm. При порівнянні означеного показника між групами А та Б вірогідних відмінностей не встановлено. Рівень CO НВ % у видихуваному повітрі в групі А вірогідно ($p < 0,05$) зменшився з 1,376 до 0,832. При порівнянні означеного показника між групами А та Б вірогідних відмінностей не встановлено.

Висновок: Відмова від куріння покращує показники системи дихання, зокрема транспорт газів, але не має суттєвого впливу на фізичну витривалість в короткотривалій перспективі, оскільки означені показники вірогідно зменшені в групі А у порівнянні з групою Б.

С.В. Дем'янюк, Р.В. Бутинець

ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ КОРЕЛЯТИ ВИКОНАННЯ ЛЮДИНОЮ З СУДОМНИМ СИНДРОМОМ ЦІЛЕСПРЯМОВАНИХ РУХІВ ВЕРХНЬОЮ КІНЦІВКОЮ

Кафедра патологічної фізіології

Н.А. Рикало (д.мед.н., проф.)

Кафедра нормальної фізіології

І.Л. Рокунець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У клінічній практиці для діагностики порушень опорно-рухового апарату важливим є вивчення закономірностей формування, зберігання та реалізації моторних програм за участю кіркових та підкіркових структур.

Наше дослідження проводилось з метою встановлення саме динамічних компонентів включення мозкових структур в процес організації та реалізації програм автоматизованих рухів, які досі достовірно не встановлені, зокрема при патології.

Недостатньо вивчені функціональні взаємозв'язки різних ділянок кори головного мозку з структурами, які мають пряме відношення до формування та реалізації центральних моторних програм та реалізації рухів в умовах пошкодження рухових центрів.

Отже, вивчення причетності ділянок кори головного мозку та підкіркових структур, у світлі функціональної системи, до організації та реалізації моторних програм є актуальним.

Мета: Вивчити електроенцефалографічні (ЕЕГ) кореляти механізмів формування задуму та реалізації цілеспрямованих рухів на прикладі взаємодії структур головного мозку у хворих з судомним синдромом в період ремісії та роль означених структур в ініціюванні та реалізації рухової програми.

Матеріали та методи: ЕЕГ дослідження проводили за загальноприйнятою методикою 10-20 (Jasper, 1958) у пацієнтів які мають в анамнезі судомний синдром віком від 19 до 57 років у функціональному спокої та під час виконання цілеспрямованих рухів.

Результати: Встановлено, що на фоновій кривій в більшості випадків спостерігається помірно виражений, промодульований у веретена стійкий по амплітуді альфа ритм з домінуючою частотою 9,5 – 10 Гц та амплітудою 31 – 45 мкВ переважно в потилично-тім'яних ділянках без міжпівкулевої асиметрії, субдомінуючим є тета-ритм з частотою 4 – 6 Гц. Бета ритм амплітудою до 25 мкВ та середньою частотою 19 Гц представлений переважно в задніх відділах мозку без міжпівкулевої асиметрії. Повільнохвильова активність у вигляді дельта хвиль з частотою 1- 1,5 Гц зареєстрована в передніх фронтальних ділянках без асиметрії. За 830 ± 251 мс до початку руху (людина слідкує за кулькою, яка рухається по столу до її руки) спостерігається реакція десинхронізації з подальшою активацією переважно в вискових, лобних, центральних,тім'яних та потиличних відведеннях. В момент захоплення кульки людиною в лобних та скроневих ділянках спостерігається виражений бета ритм з частотою 24 – 30 Гц з елементами пароксизмальної активності у вигляді білатеральних синхронних спалахів. В потиличних татім'яних ділянках спостерігалось зростання по амплітуді альфа ритму з періодичним чергуванням бета ритму. Закінчення руху супроводжувалось продовженням бета ритму синхронно в вискових та лобних ділянках.

Висновки: Встановлені закономірності можуть розглядатись як ЕЕГ кореляти активності кори та підкіркових структур головного мозку людини під час здійснення цілеспрямованої рухової активності та бути використані для встановлення механізмів організації рухових програм в умовах реабілітації пацієнтів з судомним синдромом.

А.В. Дениско
МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ АНЕМІЇ ПРИ МІЄЛОМНІЙ ХВОРОБИ

Кафедра патологічної фізіології

І.В. Романенко (ас.)

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

Актуальність: Мієломна хвороба становить близько 15% всіх гемобластозів. Середній вік хворих на момент постановки діагнозу становить 69 років. Захворювання характеризується проліферацією клональних плазматичних клітин, що зумовлює підвищену секрецію моноклональних імуноглобулінів. Пухлинні клітини мієломи зумовлюють прояв різних клінічних синдромів, серед яких важливе значення має анемія.

Мета: дослідження групи факторів, що впливають на патогенез анемії при множинній мієломі.

Матеріали та методи: аналіз наукових публікацій у галузі гематології та трансфізіології вітчизняних та зарубіжних авторів.

Результати: У хворих з множинною мієломою анемія діагностується у 72,9% на момент госпіталізації перед проведенням хіміотерапії (Месквіч та ін.2016). Зниження показників гемоглобіну відносно норми становить 30% у чоловіків, 27,15% у жінок (Орлов та ін.2014). Визначається нижчий рівень ретикулоцитів у хворих з анемією (на 26,67%) та без анемії (27,34%). Важливе значення в патогенезі анемії має ступінь проліферації плазматичних клітин з подальшим витісненням еритроїдного ряду гемопоезу. У пацієнтів з низьким рівнем пухлинних плазмоцитів (до 30%) зниження еритроцитів становить $2,88 \pm 0,12 \times 10^{12}$ /л, Hb $97,29 \pm 4,02$ г/л; при високому рівні (> 30% плазмоцитів) – $2,48 \pm 0,11 \times 10^{12}$ /л, і відповідно $86,19 \pm 3,47$ г/л. Результати дослідження сироватки крові показали зниження рівня сироваткового заліза на 31,24% (у хворих на мієлому без анемії на 38,35). Діагностується зниження показників загальної залізов'язуючої здатності сироватки до 40-60 мкмоль/л (без анемії відповідно 54-80 мкмоль/л). Концентрація феритину при цьому підвищена на 38% (у хворих без анемії всього на 18,5%). Вказана група показників свідчить про анемію злоякісного захворювання. У генезі анемії має значення гіперпротеїнемія, про що свідчить підвищення рівня загального білка до $88,83 \pm 2,25$ г/л. Результати проведених досліджень підтверджують безпосередній гальмуючий вплив запальних цитокінів на гемопоез, що призводить до зменшення клітин еритроїдного паростка і, як наслідок, розвиток анемії. Інгібуючою дією володіють: ФНП-α (рівень показника становить $79,41 \pm 3,12$ пг/мл у хворих на мієлому, норма для здорових людей – $30,9 \pm 0,27$ пг/мл); ІЛ-1 ($56,19 \pm 1,29$ пг/мл, вище норми в 2 р.); ІЛ-6 ($53,27 \pm 1,56$ пг/мл, вище норми в 3р) (Чен та ін.2015).

Висновок: Таким чином, мієломна хвороба проявляється різними клінічними синдромами. Зокрема, анемія, при якій спостерігається пряма залежність між кількістю плазматичних клітин, рівнем заліза і феритину в сироватці крові, загальною залізов'язуючою здатністю сироватки, а також рівнем ІЛ-1, ІЛ-6, ФНП-α, загального білка і рівнем Hb. Вказані фактори відіграють безпосередню роль у виникненні анемії у хворих на мієломну хворобу. Дослідження даних показників дозволяє прогнозувати виникнення анемії, встановити можливий рівень її прояву, а також корегувати стан хворих на мієломну хворобу.

Н.В. Джевага

МЕТОД РОЙАЛА РЕЙМОНДА РАЙФА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАРЦИНОМ ЯК ВІРУСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

О.О. Гончар (ас.)

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

Актуальність: Захворюваність злоякісними пухлинами (карциномами) безперервно зростає. Щорічно у світі реєструється близько 6 млн. випадків захворювання злоякісними пухлинами. Смертність від онкологічних захворювань займає третє місце у світі, після захворювань серцево-судинної системи і хвороб органів дихання. Тому на даний час це є однією із глобальних проблем людства.

Мета: Розглянути метод лікування ракових хвороб висунутий доктором Ройалом Реймондом Райфом.

Матеріали та методи: У ході роботи було проаналізовано сучасну медичну літературу, використано наукові ресурси та статті.

Результати: Р.Райф більш ніж два десятиліття займався дослідженнями, завдяки яким він виявив досить простий, електронний підхід для лікування майже будь-якої хвороби викликані вірусами чи бактеріями. В 1920 році Р.Райф закінчив створення першого у світі вірусного мікроскопа. До 1933 р. він удосконалив дану технологію і побудував досить складний Універсальний Мікроскоп, що мав близько 6000 різних частин і був здатним до збільшення об'єктів у 60000 разів. Завдяки своєму Універсальному Мікроскопу він першим побачив живий вірус. Сучасні електронні мікроскопи негайно вбивають все, і ми бачимо лише муміфіковані рештки. На відміну від них мікроскоп Р.Райфа через складну систему лінз та призм міг ідентифікувати індивідуальний спектр випромінювання кожного вірусу. І в 1920 році Ройал Райф був першим, хто ідентифікував вірус раку. Він довів, що цей вірус викликає пухлини, створивши 400 пухлин із однієї культури. Він навіть назвав вірус раку «Cryptocidesprimordiales».

Поряд із ідентифікацією вірусів та бактерій різних захворювань він запропонував метод їх знищення,

використовуючи той самий метод, за яким він міг бачити ці організми, тобто резонанс. Даний принцип подібний до інтенсивного музикального звучання. Келих лопається через вплив на нього звуку, що резонує з нимени Є близько трильйонів різних резонансних частот, і у кожній молекули свої власні. Збільшуючи частоту інтенсивності випромінювання частоти, що резонувала з мікробом чи вірусом, Райф збільшував їх природні коливання, допоки вони не гинули від такого випромінювання. Райф назвав цю частоту «смертельною коливальною нормою» або «MOR». Слід зазначити, що вона не зашкоджувала довколишнім тканинам.

Підтвердженням ефективності лікування ракових захворювань методом Р.Райфа стали просто феноменальні результати, отримані у ході дослідження, що проводилися в Університеті Південної Каліфорнії у 1934 році. Через 90 днів лікування людей хворих на рак даним методом було зафіксовано, що 86,5% пацієнтів повністювилікувалися. Решта 13,5% , були остаточновилікуваними протягом наступних чотирьох тижнів.

Висновки: Ракові захворювання можуть спричинюватися вірусом раку. Використання методу Ройала Реймонда Райфа відкриває нові можливості для лікування даного захворювання. При цьому даний метод має місце і длявиліковування інших хвороб спричинених вірусами та бактеріями. Універсальний Мікроскоп досі залишається єдиним інструментом, за допомогою якого можна бачити живі віруси.

Н.В. Джевага

М'ЯЗОВА ПАМ'ЯТЬ ЯК МЕХАНІЗМ ВІДНОВЛЕННЯ ФІЗИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ ТРИВАЛИХ ПЕРЕРВ У ТРЕНУВАННЯХ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Довгань (к.мед.н., доц.), О.В. Власенко (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Відновлення об'ємів, витривалості і сили м'язів після тривалих перерв тренування у житті спортсменів і людей, що займаються спортом є досить актуальним на сьогоднішній день. Травми, хвороби, переїзди, зміна роботи, призов до армії, відрядження тощо змушують людей на деякий час зробити паузу у тренуваннях. Під час таких перерв відбувається детренованість адаптаційних систем. М'язова пам'ять дає змогу людині набагато простіше набрати попередні результати розмірів, витривалості, сили м'язів, ніж досягти цих висот з нуля.

Мета: Дослідити механізм м'язової пам'яті, що дозволяє атлетові повернути попередню форму після тривалої перерви.

Матеріали та методи: Під час виконання роботи було проаналізовано сучасну медичну літературу, використано наукові ресурси та статті.

Результати: Внаслідок припинення тренувань у людини спостерігається розтренованість: тіло адаптується до нових умов, витрачає менше енергії. Найшвидше знижується витривалість, потім частина м'язової маси, сила. Процес цей триває довго. У перші місяць-два відбуваються втрати 10-30% напрацьованих результатів. Після цього процес сповільнюється. Чим більший тренувальний стаж людини, тим повільніше будуть втрачатися маса і сила та швидше вона зможе повернути все на попередній рівень.

Є різні теорії стосовно розвитку м'язової пам'яті. Одна з них включає поняття зворотнього зв'язку. Під час виконання фізичних вправ, нейрони з моторної зони мозку посилають в м'язові волокна сигнали, які допомагають виконувати цей рух. Від м'язових волокон в мозок так само йде сигнал про виконання. Встановлюється зворотній зв'язок: нервові закінчення в м'язових волокнах, суглобах, сухожиллях тримають зв'язок з мозком про виконану роботу, положення тіла в просторі, підняту вагу тощо. Цей зв'язок і формує м'язову пам'ять. Чим більше і довше виконуються вправи, тим зв'язок міцніший і м'язова пам'ять сильніша.

Норвезькі учені дійшли висновку, що після виконання вправ зміни виникають у самих м'язових волокнах. Після виконання експериментів на лабораторних мишах, вони визначили, що в клітинах їхніх м'язів після фізичних навантажень з'явилися нові ядра. Раніше непідготовлені м'язи набувають новостворених ядер шляхом злиття клітин - сателітів, що передують гіпертрофії. Ці ядра забезпечують помірне збільшення швидкості синтезу білка. Подальше детреновання призводить до атрофії, але без втрати міо-ядер. Визначене число ядер в м'язових волокнах, які пережили гіпертрофію, буде забезпечувати механізм м'язової пам'яті. Припускається, що подібний механізм існує у людини і залишається у неї на все життя, пояснюючи тривалі наслідки підготовки і легкість, з якою раніше навчені люди відновлюють попередні показники м'язової роботи.

Висновки: Чим частіше і регулярніше людина виконує фізичні вправи, тим швидше розвивається м'язова пам'ять. Розвиваючи її ми зберігаємо свій потенціал до глибокої старості. Після перерви у тренуванні, для нарощування м'язів доступна більша кількість волокон. Це і пояснює ту швидкість, з якою ми повертаємося у форму.

К.Д. Дмитрієв, А.Г. Попелнуха, Л.О. Скеніна
**ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ПРОГРАМИ MATHCAD В ОБРОБЦІ ЦИФРОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ
ДЛЯ ПОТРЕБ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Судова медицина потребує нових сучасних методів діагностики та обробки зображень ушкоджень шкіри.

Мета: Метою роботи було визначення можливості використання програми MathCad для обробки цифрових зображень та об'єктивного визначення кольору.

Матеріали і методи: Отримані ушкодження фотографувались за допомогою фотоапарату NikonAF-SNikkor 18-55mm, при освітленні безтіньовою лампою, з відстані 40см, перпендикулярно до поверхні шкіри. Забарвлення та розміри ушкодження визначались відповідно до зразкової шкали кольорів з метричною шкалою. Отримані фотографії оброблялись у графічному редакторі Photoshop. З кожної фотографії отримували 4 зображення: власне ушкодження, чиста шкіра, оранжевий та білий кольори лінійки.

Результати: Для обробки в програмі MathCad брали 4 зображення: ушкодження, чиста шкіра, які обробляються окремо, білий і оранжевий кольори лінійки, відносно інтенсивності яких система калібрується програма. Незалежно від вихідного формату, зображення у MathCad є матрицею, значення кольорів в яких розповсюджується від 0 (чорний) до 255 (білий). Кожен елемент матриці представляє собою один піксель зображення. В програму закладено 3 матриці кольорів системи RGB. Поєднання цих трьох кольорів здатне відтворити будь-який колір. Кожен піксель зображення калібрувався за еталонними кольорами: білим та оранжевим, та порівнювався з кольорами системи RGB. Після цього кожному пікселю надавалось відповідне цифрове позначення, що відповідає певному кольору лінійки. Ці дані заносились в таблицю MicrosoftExcel, які використовуються для порівняння кольору ушкодження чистої шкіри та ушкодження та об'єктивного визначення кольору ушкодження.

Висновки: Програма MathCad є перспективною для використання в судово-медичній практиці для обробки цифрових зображень та об'єктивізації отриманих даних.

О.М. Добровольська, Н.І. Мар'єнко

**МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МОЗОЧКА ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО
КРОВООБІГУ**

Кафедра гістології, цитології та ембріології

О.Ю. Степаненко (к.мед.н., доц.)

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) є однією із найважливіших медико-соціальних проблем. В Україні щорічно діагностують понад 130 тис. випадків гострих порушень мозкового кровообігу, рівень смертності від яких сягає 30%. Частота ішемічних інфарктів мозочка складає 5,7% від усіх випадків інфарктів головного мозку. Частота крововиливів у мозочок становить від 4 до 10 % усіх випадків мозкових геморагій, а летальність при них складає від 20 до 75%.

Мета: встановити характер морфологічних змін мозочка при гострих порушеннях мозкового кровообігу.

Матеріали та методи: Морфологічне дослідження проведено на 14 мозочках осіб, що померли від ГПМК, в тому числі 7 – від ішемічних інфарктів головного мозку, 7 – від геморагічних інсультів. Групу контролю склали 10 мозочків осіб, що померли від причин, не пов'язаних із патологією центральної нервової системи. Були вивчені історії хвороби, протоколи розтинів, проведено гістологічне дослідження мозочків (фарбування гематоксилін-еозином, методом Ніссля) із подальшою морфометрією за допомогою комп'ютерної програми «ImageTool» та статистичним аналізом отриманих результатів.

Результати: Під час дослідження були отримані наступні дані: збільшення довжини гангліонарного шару листків більш виражене при ГПМК за геморагічним типом (+8,73%), ніж при ішемічному типі (+3,75%). Виявлено зменшення абсолютної кількості клітин Пуркінє (КП) на листках сірої речовини, яке більш виражене при ішемічному типі ГПМК (-36,02%), ніж при геморагічному типі (-15,36%). Відстань між центрами КП збільшена при обох типах ГПМК, але при ішемічному типі зміни більш виражені, ніж при геморагічному. Відстань між центрами КП при ішемічному типі збільшена на 68,31%, при геморагічному на 30,27%. Щільність розташування КП при ішемічному типі зменшена на 38,46%, при геморагічному – на 21,62%. Площа поперечного січення перикаріонів при ішемічному типі ГПМК зменшена на 30,17%, найбільше – в неocereбелярних часточках (-39,42%), а при геморагічному типі ГПМК цей показник зменшений на 28,97%.

Висновки: Вивчено морфологічні особливості мозочка при ГПМК за ішемічним та геморагічним типом поза мозочковою локалізацією. ГПМК обох типів характеризуються збільшенням розмірів листків та абсолютним і відносним зменшенням кількості КП, зменшенням площі поперечного січення перикаріонів КП. Загибель та дистрофічні зміни КП на листках сірої речовини більш виражені при ішемічному типі ГПМК, ніж при геморагічному типі. Виявлені зміни можна вважати морфологічним підґрунтям функціональних змін мозочка,

які виявляються при ГПМК позамозочкової локалізації. Ці зміни свідчать про ураження ділянок головного мозку, віддалених від первинного вогнища ГПМК, що може впливати на патогенез, клініку із обтяженням перебігу ГПМК та впливати на танатогенез при ГПМК.

Т.А. Дуднік, Ю.О. Василюк, І.П. Климко
РОЛЬ ЛЕПТИНУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра патологічної фізіології

Н.А.Рикало (д.мед.н., проф.)

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

Актуальність: Гіпотиреоз є важливою медико-соціальною проблемою, через порушення якості життя, при безпосередньому ушкодженні залози, аутоімунних ураженнях щитовидної залози, патології гіпоталамуса, гіпофіза. За даними епідеміологічних досліджень, в окремих групах населення поширеність гіпотиреозу досягає 10–12 %. У переважній більшості випадків взагалі не має проявів, які б дозволили його запідозрити. Дуже часто гіпотиреоз маскує численні соматичні та інші ендокринні захворювання. Поширеність гіпотиреозу серед населення постійно збільшується. У дорослих частота його серед жінок становить від 1,4 – 2 %, а серед чоловіків – 0,2 %. Тиреоїдні гормони впливають на метаболізм у жировій тканині, тому його відносять до станів, асоційованих із збільшенням маси тіла. В останній час вивчається зв'язок між продукцією тиреоїдних гормонів та метаболізмом жирової тканини.

Мета: визначити рівень лептину в сироватці крові при гіпотиреозі.

Матеріали та методи: нами в умовах Вінницького обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного центру було проведено визначення рівня лептину в сироватці крові у хворих з гіпотиреозом, твердофазним ензиматозним імуноферментним методом, де показники норми для жінок = 2,05 - 5,63 Нг/мл, для чоловіків = 3,63 - 11,09 Нг/мл.

Результати: на основі проведеного обстеження у хворих з гіпотиреозом рівень лептину склав $16,53 \pm 9,45$ Нг/мл, що перевищує верхню межу норми. Після визначення рівня лептину у хворих з гіпотиреозом, його показник збільшився, що підтверджує зв'язок між лептином та гормонами щитовидної залози.

Висновок: На основі проведеного дослідження було виявлено статистичне підвищення рівня лептину при гіпотиреозі.

Ю.Р. Дячок, Т.О. Зайцева
ГЕРОЇЗМ ВЧЕНИХ МІКРОБІОЛОГІВ – ПРИКЛАД ВІДДАНОСТІ НАУЦІ І МЕДИЦИНИ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

І.М. Коваленко (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність. Мікробіологія як наука почала активно розвиватись з часу винайдення мікроскопа. Проте до сьогодні багато мікроорганізмів залишаються невідомими або недостатньо вивченими. Властивості, які притаманні різним збудникам, вивчались протягом усього розвитку мікробіології. Найбільш вражаючими були дослідження на собі відчайдушних вчених-мікробіологів. Для кожного важливо знати, хто ризикував своїм життям заради майбутнього людства.

Метою нашої роботи був пошук матеріалу про вчених, які займались дослідженнями інфекційних хвороб, ставлячи експерименти на собі.

Матеріал та методи. Проведення аналізу та вивчення історичних джерел про дослідження самозараження.

Результати. Макс Петтенкофер – засновник Інституту гігієни в Мюнхені, вважав, що поширення епідемії холери пов'язане зі станом ґрунтових вод, та наявністю в них субстанцій, які викликають процес схожий до бродіння. Для підтвердження своєї теорії вчений випив зміст пробірки зі збудником. Як потім виявилось бактерії були інактивовані. Експеримент був провалений. Стало очевидно, що епідемія холери залежить винятково від збудника, ступінь важкості прояву якого залежить від імунних реакцій організму та вірулентності самого вібріона. Ілля Мечников, основоположник еволюційної ембріології, імунології та вірусології, повторив дослід Макс Петтенкофера і теж не захворів. Вчений висунув гіпотезу про те, що існує «боротьба» за середовище існування між нормальною мікрофлорою кишечника та холерним вібріоном, в результаті чого «перемагає найсильніший». Припущення лягло в основу винайдення пеніциліну.

А. Уайт досліджував властивості збудника чуми, втираючи собі в стегно та в надріз на передпліччі гній із залози жінки, яка хворіла бубонною чумою. Таким способом він намагався знайти вакцину подібну до вакцини проти віспи. Цей експеримент мав жахливі наслідки: Уайт захворів чумою і помер у страшних муках.

Стаббінс Фірф вважав, що поширення жовтої лихоманки пов'язане із сезонністю погодних умов. Для підтвердження своєї теорії вчений проводив дослідження з блювотними масами хворих: закапував очі, втирав їх у надрізи на руках, готував та приймав пігулки, випивав цілі склянки чистої і нерозбавленої чорної блювоти. Однак, студент-медик обрав саме ті шляхи, інфікуватися якими неможливо, оскільки переносником збудника даної хвороби є комарі.

Вчені-мікробіологи, проводячи експерименти над власним організмом, спростували безліч теорій епідеміології та патогенезу збудників інфекційних хвороб, зокрема таких як холери, чуми, жовтої лихоманки та інших.

Висновок. У ході опрацювання історичних джерел було вивчено чимало інформації про видатних вчених-експериментаторів, завдяки яким людство отримало шанс на продовження життя. За допомогою експериментів були створені методи профілактики, запобігання та лікування важких хвороб. Проте найбільший внесок зробили вчені, що ставили досліди на собі. Адже, ризикуючи власним життям, спростовували хибні теорії, що в подальшому мало великий вплив на розвиток мікробіології як науки.

Л.О. Єкеніна, В.М. Стульнова, К.Д. Дмитрів.

СУДОВО-МЕДИЧНА ДІАГНОСТИКА ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ СИНЦІВ ЗА КОЛОРИМЕТРИЧНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ТРАВМОВАНОЇ ШКІРИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: діагностика давності виникнення ушкоджень шкіри, заподіяних тупим предметом, і зокрема, синців залишається однією з актуальних проблем судово-медичної науки і практики.

Мета: розробити спосіб діагностики давності виникнення синців за допомогою методики визначення і реєстрації кольору та розмірів ушкоджень шкіри (Патент України №70759, G01N 21/21, 2012), з послідуною обробкою цифрових зображень.

Матеріали і методи: в експерименті на 8 добровольцях було досліджено 23 синця, які локалізувалися на плечі-2, на стегні-4, на тулобі-3. Синці утворювались внаслідок удару пейнтбольної кулі масою 3,2 гр. зі швидкістю польоту кулі 280-190 фут/с. Опис і реєстрація кольору та розмірів ушкоджень проводилась у визначені періоди часу: 30 с, 5 хв, 15 хв, 30 хв, 1 год, 3 год, 6 год, 12 год, 24 год, надалі кожні 24 год, аж до зникнення ушкодження. Всього проведено 388 вимірів та оброблено 388 цифрових зображення ушкоджень. Обробка проводилась комп'ютерною програмою MathCad з об'єктивним визначенням кольорових характеристик в системі RGB

Результат: синці давністю до 5хв – форма неправильно овальна, середній розмір 2.5х2, червоного кольору, у системі RGB 39,3,2. Синці в період до 1год – 3.6х3, неправильно овальні, червоного кольору, але в кінці першої дои зберігається пурпуровий, RGB 22,19,1. Синці в період 6-24год – неправильно овальні, 3.9х3.2; до кінця 24год по периферії з'являється жовто-зелене забарвлення, RGB 17,-35,1. Синці в період 24-96год – овальні, 3.5х3.4, пурпурове і жовто-зелене забарвлення, RGB 14,-6.94,3. Синці в період 4-7дб – овальні, 2.9х2.7, жовто-зеленого забарвлення, але ще зберігається пурпурове, RGB 90,5,1. Синці в період 7-10дб – овальні, 2.5х2.4, жовтого та жовто-зеленого забарвлення, RGB 91,2,1.

Висновки: дані дослідження дозволили визначити зв'язок між колориметричними характеристиками травм шкіри та їх давністю, що дозволило розробити спосіб судово-медичної діагностики давності виникнення синця.

О.О. Жукова

ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ СПАДКОВИХ МУКОПОЛІСАХАРИДОЗІВ

Кафедра патологічної фізіології

О.В. Андрощук (ст..вкл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Мукополісахаридози - це група хвороб з важким індивідуальним перебігом, розвитком великого числа ускладнень з боку різних органів і систем, які важко діагностувати, а також високим ризиком летальності у дитячому віці.

Мета: Встановити особливості етіології та патогенезу спадкових мукополісахаридозів

Матеріали та методи: Проведено пошук українських та іноземних джерел з даної теми за останні 10 років

Результати: На сьогодні виділяють 7 типів мукополісахаридозів, кожен з яких характеризується недостатністю одного з лізосомних ферментів, які беруть участь реакціях розщеплення глікозаміногліканів. Всі типи мукополісахаридозів, крім II, зчепленого з X-хромосою, успадковуються за аутосомно-рецесивним типом.

Мукополісахаридоз I типу (синдром Гурлер) виникає внаслідок дефіциту ферменту бета-галактозидази і, за останніми даними, L-ідуронідази. Результатом є накопичення гепарансульфату та хондроїтинсульфату в органах та тканинах. Клінічні прояви спостерігаються при народженні. Мукополісахаридоз II типу (синдром Гунтера) характеризується недостатністю ферменту бета-галактозидази і накопиченням гепарансульфату та хондроїтинсульфату в органах і тканинах. Клінічно проявляється у віці 1-2 років. Мукополісахаридоз III типу (синдром Санфіліппо) розвивається через дефіцит гепарансульфатази, внаслідок чого у лізосомах накопичується гепарансульфат. Мукополісахаридоз IV (синдром Маркіо) виникає в результаті мутацій в генах, що кодують глюкозо-6-сульфатазу, яка бере участь у метаболізмі кератансульфату і хондроїтинсульфату. Мукополісахаридоз V типу (синдром Шейе) або пізній синдром Гурлера. Виникає через зниження активності L-ідуронідази і накопичення дерматансульфату та гепарансульфату в тканинах. Перші клінічні прояви у віці 3-4

років. Мукополісахаридоз VI типу (синдром Марото - Ламі) прогресуюче захворювання, обумовлене мутаціями в структурному гені лізосомної N-ацетилгалактозамін-4-сульфатази - ферменту, який бере участь в розщепленні дерматансульфату. Мукополісахаридоз VII типу - синдром Слая. Захворювання обумовлене дефіцитом ферменту b-D-глюкуронідази і накопиченням хондроїтинсульфату в тканинах.

Висновки: Незважаючи на те, що мукополісахаридози є доволі рідкісними захворюваннями, все ж існує потреба детального вивчення причин виникнення та розвитку їх клінічних проявів, адже з даною патологією у своїй лікарській діяльності може зіткнутися кожен з нас. І дуже важливо вірно поставити діагноз і призначити лікування, задля того, щоб поліпшити перебіг захворювання. Крім того, необхідно здійснювати профілактику шляхом пренатальної діагностики.

О.О.Жукова

ФОРМИ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

П.С. Жученко (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Розсіяний склероз (РС) - одна з найтяжчих форм органічної патології нервової системи та найбільш часта (після травми) причина стійкої втрати працездатності в осіб молодого віку, що обумовлює соціальну значимість проблеми

Мета: Ознайомлення з формами та патоморфологічними змінами НС при розсіяному склерозі.

Матеріали та методи: наукові статті: «Розсіяний склероз: актуальність проблеми в Україні», «Розсіяний склероз: ознаки та його форми», «Когнітивні порушення у хворих на розсіяний склероз».

Результати: За даними Міністерства охорони здоров'я України, загальна кількість хворих на розсіяний склероз щороку збільшується. Це пояснюється, з одного боку, поліпшенням технічних можливостей діагностики захворювання, збільшенням тривалості життя таких пацієнтів, з іншого — реальним зростанням кількості хворих у зв'язку з несприятливими зовнішніми чинниками. Така тенденція простежується не тільки в Україні, а й в інших країнах світу. Патоморфологічні зміни при розсіяному склерозі пов'язані з утворенням множинних щільних червоно-сірих бляшок, які формують вогнища де мієлінізації нервових волокон центральної нервової системи або периферичної нервової системи. Симптоми розсіяного склерозу залежать від того, в якій зоні відбувається патологічний процес. Вони зумовлені трьома формами, що знаходяться в різних стадіях хвороби: цереброспінальної, яка по праву вважається найпоширенішою, адже частота її прояву доходить до 85%. При цій формі з'являються множинні осередки демієлінізації вже на ранніх етапах захворювання, що призводять до ураження білої речовини і спинного, і головного мозку; церебральної, що включає мозочкову, очну, стовбурову, кіркову, що характеризується ураженням білої речовини головного мозку. При прогресуючому перебігу з появою яскраво вираженого тремору у церебральній формі виділяють ще одну: гіперкінетичну; спінальної, для якої характерні спинномозкові ураження, де частіше всього страждає грудний відділ хребтового стовбура;

Висновки: Отже, зважаючи на високу поширеність розсіяного склерозу необхідно знати форми прояву даного захворювання задля того, щоб правильно підібрати лікування і розробити нові методи терапії у майбутньому.

Т.О. Зайцева

ВЗАЄМОДІЯ ЕЛЕМЕНТІВ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ З КОМПОНЕНТАМИ ЗУБНОЇ ПАСТИ

Кафедра нормальної анатомії людини

В.О. Коваленко (канд. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Найпоширенішим засобом для догляду за ротовою порожниною є зубна паста. Сучасний ринок пропонує різноманітні варіанти паст за вмістом діючих речовин, що мають різний вплив на стан ротової порожнини в цілому. Важливого значення набуває вибір зубної пасти в залежності від мети використання (профілактична/лікувальна) та стану ротової порожнини.

Мета: Дослідження складу зубної пасти, окремих її компонентів; виявлення зв'язку між хімічним складом зубної емалі і компонентів пасти; встановлення найефективніших засобів догляду за ротовою порожниною.

Матеріали та методи: На основі статистичних даних було встановлено найефективнішу зубну пасту. Проведено анатомо-гістологічне дослідження та біохімічний аналіз тканин зуба до і після використання різних зубних паст.

Результати: До спільних компонентів усіх зубних паст належать: абразивні речовини (крейда, алюмосилікати, каоліни), дистильована вода, спеціальні зволожувачі, ферменти. Відмінність полягає у розмірі та кількості абразивних речовин, мінерального складу.

На основі статистичних даних, отриманих у результаті опитування серед 150 учнів середньої школи НВК «Загальноосвітня школа I-III ступенів-гімназія № 2» м. Гнівані Тиврівського району Вінницької області, можна сказати, що найпоширеніші у використанні зубні пасти - фторована паста з кальцієм, паста з фтористим

натрієм, з натрієм монофосфатом. Зважаючи на анатомічні і гістологічні особливості будови твердих тканин зуба, було встановлено, що зубна паста зменшує кількість щілин між емалевими призмами.

У стоматологічній клініці під контролем фахівців проводився аналіз впливу на стан ротової порожнини вищезгаданих зубних паст. Найкращий лікувальний і профілактичний ефект має зубна паста з фтором і кальцієм.

Висновки: Компоненти пасты закупорюють проміжки між призмами емалі, що сприяє захисту від дії мікробів чи подразнюючих речовин. Спостерігається зміцнення емалі, а саме мінералізація гідроксиапатиту емалі. Найкраще у своєму впливові проявила себе зубна паста з кальцієм і фтором, оскільки вона якнайкраще закупорює простори між призмами емалі кальцієм і фтором, які входять до основних елементів гідроксиапатитів.

В.С. Здорикова

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СТРЕССА И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Кафедра общей и клинической патологической физиологии

И.В. Савицкий (д.мед.н., проф.)

Одесский национальный медицинский университет

г. Одесса, Украина

Актуальность: По данным ВОЗ 65% всех болезней причинно связано со стрессом. Студенты-медики подвергаются воздействию хронического стресса, и часто диагностированы с сопутствующими стрессу заболеваниями сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной систем в раннем возрасте. Изучив динамику уровня стресса, а также его влияния на организм, мы сможем прогнозировать развитие заболеваний, обусловленных им, и предотвращать их развитие.

Цель работы: Изучение динамики изменения уровня стресса, гистоморфологических изменений, возникающих под уровнем стресса. Выявление взаимосвязи между уровнем текущего стресса и состоянием организма и уровнем психологической стрессоустойчивости.

Материалы и методы: Цитоморфобиологический метод исследования клеток буккального эпителия. Определяются 4 основных параметра: биологический возраст, соотношение формы ядер, соотношение утолщенных ядер к нормальным, расположение клеток в цитоплазме. Опросник, определяющий склонность к развитию стресса (по Т.А. Немчину и Тейлору). Тест самооценки стрессоустойчивости (С.Коухена и Г.Виллиансона). Исследование ЭКГ с профессиональным осмотром специалиста для выявления патологий сердечно-сосудистой системы.

Результаты: На основе проведенных исследований, можно наблюдать изменения уровня текущего стресса, уровня стрессоустойчивости в динамике в условиях повышенного уровня стресса во время сессии у студентов с тенденцией на увеличение уровня стресса. Цитоморфобиологические исследования буккального эпителия показывает, что показатели у группы испытуемых преимущественно сходятся, что позволяет сделать заключение о том, что такая картина гистоморфологических изменений буккального эпителия является характерной для стресса.

Выводы: Исследование цитоморфобиологических свойств буккального эпителия позволяет определить динамику изменений организма, подвергающегося хроническому стрессу, что имеет большое диагностическое и прогнозирующее значение в выявлении дальнейших патологий, вызванных действием хронического стресса. С помощью этого метода возможен мониторинг состояния организма и выявление отклонений на самых ранних стадиях появления заболевания.

М.В. Зонарис, С.В. Руснак

ДИНАМИКА КРОВОПОТЕРИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФАЗЕ В СОЧЕТАНИИ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ

Кафедра общей и клинической патологической физиологии имени В. В. Подвысоцкого

Р.С. Вастьянов (д.мед.н., проф.)

Одесский национальный медицинский университет

г. Одесса, Украина

Актуальность: Травматический шок сегодня является ведущей причиной летальности в условиях антитеррористической операции (АТО). Известно, что летальность вследствие травматической ампутации конечности (ТАК) составляет 63,9 %. Показано сочетание травматического и геморагического шока у всех погибших.

Цель работы: Проследить динамику кровопотери при в эректильной фазе травматического шока в сочетании с геморагическим шоком в экспериментальных условиях.

Материалы: 29 крыс массой от 280 до 320 г в возрасте от 8 месяцев до 1,2 года, полученные из экспериментально-биологической клиники ОНМедУ. Животные были разделены по группам в зависимости от возраста: 1-я группа – возраст крыс был в пределах от 8 месяцев до 1 года, крысы второй группы были старше 1 года.

Результаты: У крыс была воспроизведена ТАК, вследствие чего в эксперименте воспроизведен

травматический и геморрагический шок. У 69% животных срок кровотечения составлял в среднем 300 с, у 31% кровотечение продолжалось до момента локального гемостаза, продолжавшегося более 300 с. У крыс первой группы (n=20, 69% от общего числа животных) средний объем циркулирующей крови (ОЦК) составил 22,8 мл. (возраст - 8 мес., средняя масса животных в группе - 292±4 г), у крыс второй группы - 27,5 мл (n=9, 31% животных; возраст - 1 - 1,2 года; средняя масса животных в группе - 352±5 г) (p<0.05), который рассчитывали в общепринятом смысле 7,8% от массы тела.

Фактическая конечная точка эректильной фазы составляет: 1-я группа 4,86±0,01 мл, 2-я группа 5,5±0,01 мл (p<0.05). В то же время 17,94 ± 0,01 мл и 22,0 ± 0,01 мл. составляет остаточный объем в теле. В относительном этот показатель 20 % ОЦК. Фактическая кровопотеря у крыс 1-й группы составляла 4,89±0,01 мл, 2-й группы - 5,08±0,01 мл (p<0.05). Остаточный объем: 17,91±0,01 мл; 22,62±0,01 мл. Разница между фактической кровопотерей и конечной точкой достигает: 0,03 мл.; (-0,42 мл.), при p<0.05. Пик кровотечения во временном промежутке отмечался на отрезке 1-26 с. В первом случае кровотечение на стадии субкомпенсации составило 21–30 % от ОЦК, а во втором в стадии компенсации – 11–20 % от ОЦК (по Чепкио, 2003). При травматическом шоке на момент локального гемостаза в первом случае показатели пересекли отметку торпидной фазы, во втором случае находятся в пределах эректильной фазы.

Вывод: При моделировании травматической ампутации конечности с развитием травматического и геморрагического шока наиболее высокая активность кровотечения отмечается в эректильной фазе шока. У крыс в возрасте 1,0-1,2 года в этой фазе развивался самостоятельный гемостаз, который длился до 300 с. У животных в возрасте до 1 года гемостаз длился в течение торпидной фазы. Величина кровопотери, в основном, достигает значений субкомпенсированной кровопотери. Эти данные врачи должны учитывать при составлении дальнейшей тактики оперативного и/или консервативного лечения.

О.М. Казмірчук
**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ОСОБЛИВОСТІ БІОЛОГІЇ ТА РЕПРОДУКЦІЇ
ВІРУСУ ЕПШТЕЙН-БАРР**

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

З.М. Прокопчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Медичні проблеми, пов'язані з розповсюдженням вірусу Епштейн-Барр, з кожним роком посилюють актуальність, адже інфекція, що спричинена даним вірусом, належить до найпоширеніших інфекційних захворювань людини.

Мета: Ознайомитись з варіантами взаємодії вірусу Епштейн-Барр з організмом людини. Вивчити специфічні прояви патології людини, зумовлені даним вірусом.

Матеріали та методи: Вірус Епштейн-Барр належить до родини *Herpesviridae*, підродини *Gammaherpesvirinae*, роду *Lymphocryptovirus*, вид Герпес вірус людини 4 типу. Він має сферичну форму і складається з геному, що представлений вірусною ДНК, суперкапсиду, внутрішньої оболонки такапсиду. Джерелом інфекції є хвора людина, яка передає інфекцію повітряно-крапельним або контактним шляхами. Вхідні ворота - епітелій носоглотки і протоки слинних залоз..

Результати: Проникнення вірусу в В-лімфоцити розпочинається із взаємодії поверхневого глікопротеїну вірусу gp350 з вірусним рецептором – молекулою CD21. Після цього вірусний нуклеокапсид звільняється в цитоплазмі від ліпідної оболонки, а молекула вірусної ДНК проникає в ядро, набуває кільцеподібної форми і залишається в ньому у вигляді епісоми впродовж латентної фази інфекції. Розвиток вірусу проходить за типом літичного циклу, що передбачає масивну вірусну реплікацію та лізис уражених клітин. Дозрівання В-лімфоцитів у плазматичні клітини стимулює розмноження вірусу, а наступна їх загибель призводить до виділення вірусних частинок в крипти і слину. Часто первинний контакт людського організму та даного вірусу проявляється у вигляді інфекційного мононуклеозу (в дитячому віці), а ще частіше інфікування не супроводжується вираженими клінічними симптомами. При цьому вірус залишається в організмі людини довічно. Діагноз Епштейн-Барр вірусної інфекції встановлюється на підставі клінічних даних і лабораторних методів дослідження. Типовими і яскравими клінічними ознаками є лихоманка, ангіна, гепатоспленомегалія. В клінічному аналізі крові визначається незначний лейкоцитоз, наявність атипичних мононуклеарів. Використовуються традиційні серологічні методи, що ґрунтуються на феномені гетероаглотинації (реакції Пауля-Буннеля та Ловрика).

Висновки: проблема захворювань асоційованих з вірусом Епштейн-Барр є актуальною, крім цього виступає гострою медико-соціальною проблемою та має науковий інтерес для спеціалістів-вірусологів, епідеміологів та онкологів. Тому безперечно існує перспектива у подальшому вивченні даного вірусу у зв'язку з його високою поширеністю серед населення всієї планети та можливими наслідками.

Т.Ю. Калінчук
СИНДРОМ СОННИХ АПНОЕ

Кафедра патологічної фізіології
Н.А. Рикало (д.мед.н., проф..)

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

Актуальність. Синдром сонних апное, відомий також під назвою «синдром прокляття Ундіни» – це синдром вродженої центральної гіповентиляції. Частота захворюваності даною патологією у світі складає 1 на 200 000 новонароджених.

Мета. Провести літературний аналіз сучасних механізмів розвитку сонних апное. Оцінити асоційованість синдрому вродженої центральної гіповентиляції із іншими патологіями.

Матеріали і методи. Було використано сучасні дані зарубіжних та вітчизняних наукових джерел та аналіз наукових публікацій у базі даних Pubmed за 2002-2015 роки.

Результати досліджень. Дослідження французьких вчених (AmielJ., PeletA., TrangH., 2003) показали, що у 91% випадків причиною патології являється мутація в гені Phox2B (paired-likehomeobox 2b) у локусі 4p12. Основна функція гену – транскрипція генетичного матеріалу у нейрональних клітинах нервового гребня, що формують автономну нервову систему вісцеральних органів. У результаті цього порушується нормальний ембріональний розвиток плоду. У постнатальному періоді під час сну не відбувається нормальна іннервація дихальних м'язів. Також порушується нормальна відповідь на гіперкапнію та гіпоксемію, за рахунок порушення рецепторного апарату. Всі ці чинники призводять до апное уві сні. Такі пацієнти потребують підключення під час сну до апарату штучної вентиляції легень (ШВЛ). У новонароджених та у 17% дітей інших вікових груп проводиться цілодобовий моніторинг та ШВЛ.

У пацієнтів із мутацією гену Phox2B також спостарігаються такі патології, як хвороба Гіршпрунга (мегаколон) та вроджена відсутність клітин парасимпатичних гангліїв товстої кишки у 16-20% випадків, дисфагія, пухлини, що походять із нервового гребня, включаючи нейробластоми, гангліонейроми і гангліонейробластоми (5-6%), ортостатична гіпотензія із зниженням церебрального регіонального кровообігу, порушення серцевого ритму, аномальне розміщення і звуження зіниць та порушення реакції на світло, зниження сприйняття тривоги.

Особи, у яких синдром прокляття Ундіни був діагностований при народженні та проводилась консервативна вентиляція протягом всього дитинства, на даний момент досягли віку 20-30 років. Особи, діагноз яких не був визначений до 20 років і більше, уже досягли віку 30-55 років. Ці дані свідчать про те, що діагностика даної патології стала можливою відносно недавно. З розвитком новітніх методів діагностики, стало можливим виявити хворобу у пренатальному періоді.

Висновки. Розуміння етіології і патогенезу та рання діагностика вродженого гіповентиляційного синдрому дозволяє таким людям вести нормальний спосіб життя.

Т.Ю. Карпова

ВИПАДОК МЕЛАНОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА В ПОЄДНАННІ З АДЕНОМАТОЗОМ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.О. Бевз (ас.)

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

Актуальність меланозу слизової оболонки товстого кишківника може свідчити про перспективу розвитку злоякісних пухлин.

Мета: вивчення випадку меланозу слизової оболонки товстого кишківника, як рідкісного захворювання та поєднанням даної патології з мікроаденоматозом (поліпозом) кишківника, як передраковим станом.

Матеріали і методи: Було досліджено колонобіопсію. Біопсії брали з шести ділянок слизової оболонки товстої кишки. Фіксація проводилась в 10% нейтральному формаліні. Матеріал проходив ацетон-ксилолову проводку з подальшою заливкою в парафін. Нарізка препаратів відбувалась на санному мікротомі МС-2 з товщиною зрізів до 5 мкм. Фарбували препарати гематоксилін-еозином з подальшим заключенням препарату в полістирол під покривне скло. Оцінку проводили на мікроскопі МИКМЕД 2 (вар.2) з MEDICALIMAGEVIEWSTATION. Для оцінки біопсійного матеріалу з слизової оболонки товстої кишки використовували нині існуючу в Україні методологію для цивільного населення (Аруин Л.И. 1998, Свинцицкий А.С. 2001, Решетников О.В. 1999).

Результати: В результаті гістологічного дослідження біоптатів слизової оболонки товстого кишківника був виявлений патогістологічний діагноз: Мікроаденоматоз з неінвазивною неоплазією епітелію низького ступеню. Меланоз (псевдомеланоз) слизової оболонки товстого кишківника.

Висновки: В результаті аналізу анамнезу життя, ендоскопічної картини при колоноскопії та гістологічного дослідження біоптатів слизової оболонки товстого кишківника було підтверджено інформацію про тісний зв'язок меланозу та пухлинного процесу. Також підтвердився зв'язок прийому великих доз антраноїдвмісних трав'яних проносних та виникнення меланозу кишківника.

І.М. Коваленко, Н.С. Фоміна
ВИВЧЕННЯ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО АНТИСЕПТИЧНИХ СУПОЗИТОРІЇВ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології
Г.К. Палій (д. мед. н., проф.)

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

Актуальність. Стійкість мікроорганізмів до антимікробних лікарських препаратів характеризується специфічністю. Саме тому до антисептиків, які мають подібну хімічну структуру, розвивається перехресна резистентність, що необхідно враховувати в процесі дослідження та медичного застосування цих лікарських препаратів. Тому виникла потреба дослідити швидкість утворення лікарської стійкості у бактерій до антимікробних речовин, що містять чотирихвалентний азот.

Мета: Вивчити можливість формування резистентних варіантів *S. aureus*, *C. albicans* до антисептичних супозиторіїв десептол та фарматекс.

Матеріали та методи. Формування резистентних варіантів мікроорганізмів до антимікробних препаратів вивчали на клінічних штамах *S. aureus* *in vitro* на м'ясо-пептонному бульйоні. Дріжджоподібні гриби роду *Candida* пасажували в присутності субфунгістатичних концентрацій антисептичних супозиторіїв з декаметоксином на основі овуциру – десептол та супозиторіїв фарматекс, які містять бензалконію хлорид на рідкому поживному середовищі Сабуро, Всього було проведено 30 пасажів мікроорганізмів у присутності антисептичних препаратів.

Результати. Розвиток резистентності у штамів *S. aureus* та *C. albicans* до десептолу характеризувався різною швидкістю. Так, вихідна МБЦК щодо даного штаму становила 0,97 мкг/мл. Після 25 пасажу спостерігали різке зниження чутливості *S. aureus* в 8 разів, МБЦК при цьому становила 7,8 мкг/мл. 25 – 30 кратне культивування золотистого стафілокока в середовищі із зростаючими концентраціями десептолу не змінювали його чутливості до препарату.

Досить повільним відмічалось формування резистентності до десептолу у вибраного штаму *C. albicans*. Так, вихідна МФЦК препарату для кандиди становила 3,9 мкг/мл. Подальше культивування *C. albicans* в середовищі в присутності зростаючих концентрацій десептолу показало, що чутливість штаму *C. albicans* починаючи з 10 пасажу не змінювалась і становила 7,8 мкг/мл. Після 30 пасажу МФЦК десептолу зростала в 8 разів і дорівнювала 31,25 мкг/мл.

В присутності антисептичних супозиторіїв фарматекс чутливість стафілококу до препарату зменшилась після 10 пасажу і МБЦК складала 7,8 мкг/мл. Подальше культивування *S. aureus* в присутності зростаючих концентрацій препарату показало, що після 25 пасажів МБЦК збільшувалась в 16 разів.

Подібно розвивалась стійкість до фарматексу у *C. albicans*. Після 5 пасажів чутливість до фарматексу не змінювалась, при цьому фунгіцидна концентрація дорівнювала 15,6 мкг/мл. Починаючи з 10 пасажу культивування кандидат в присутності фарматексу призвело до зростання МФЦК в 2 рази порівняно з контролем, після 20 пасажів в 4 рази. 30-кратне культивування *C. albicans* в середовищі із зростаючими концентраціями фарматексу знизило чутливість її в 16 разів, при цьому МФЦК зросла до 250 мкг/мл.

Висновок. Десептол, фарматекс можуть успішно застосовуватися для лікування та профілактики захворювань, котрі викликані резистентними штамми стафілококів та *C. albicans*.

Л.В. Коваленко, Н.С. Барзак
ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ОРГАНІВ ПРИ НЕХОДЖКІНСЬКІЙ В-КЛІТИННІЙ ЛІМФОМІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права
Г.М. Галунко (ас.)

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

Актуальність: Неходжкінська лімфома – одне з найпоширеніших лімфопроліферативних захворювань крові. За даними Національного канцер-реєстру 13421 людина живе з діагнозом «неходжкінська лімфома» і з кожним роком в усьому світі та в Україні зростає кількість таких людей. Це захворювання відрізняється від інших форм злоякісних пухлин різними властивостями біологічного характеру, своїми досить різноманітними клінічними проявами, морфологічним будовою і прогнозом. Також досі до кінця не з'ясовані причини виникнення даної патології.

Мета: За даними наукової літератури та протоколів розтину проаналізувати частоту випадків смертності від неходжкінської В -клітинної лімфоми по Вінницькій області та її морфологічні особливості у осіб дитячого віку, відповідно до даних обласного патологоанатомічного бюро, дослідити патоморфологічні зміни в уражених органах.

Матеріали і методи: Аналіз протоколів патологоанатомічних розтинів дітей віком від 6дб до 17 років, померлих у Вінницькій області за період 2005-2015 роки за даними Вінницького обласного патологоанатомічного бюро. Результати клініко-лабораторних та гістологічних досліджень конкретного клінічного випадку, аналіз вітчизняних та зарубіжних літературних джерел.

Результати: за даними обласного патологоанатомічного бюро в період з 2005 по 2015 роки було проведено 642

розтинів померлих у віці від 6 діб до 18 років, з них 174 – дітей віком від 6 діб до 1 року (виявлено 48 смертей від новоутворень різної локалізації, серед яких 3 випадки В-клітинної лімфоми), та 468 випадки смертей дітей у віці від 1 до 18 років (серед них 7 випадків смертей від новоутворень). На основі результатів клініко-лабораторних та патологоанатомічних досліджень встановлена інфільтрація крупно-клітинними атипovими лімфоцитами з чисельними патологічними мітозами всіх груп лімфатичних вузлів, брижі, епікарда, лімфоїдної тканини, асоційованої з шлунково-кишковим трактом, з дивертикулом тонкої кишки, парієтальної та вісцеральної очеревини, діафрагми, селезінки, печінки, нирок, підшлункової залози, капсули наднирників, тимуса. Визначалася акцидентальна інволюція тимусу. Гемопоетична тканина кісткового мозку представлена пулом незрілих атипovих лімфоцитів зі збідненням еритроцитарного та гранулоцитарного ростків

Висновок: Неходжкінські лімфоми в 90% випадків В-клітинного походження. Перебіг конкретного випадку залежить від швидкості прогресування. Агресивні та високоагресивні В-клітинні лімфоми здатні до швидкого та розповсюдженого метастазування і, відповідно, стрімкого ускладнення стану, при цьому характерна відсутність будь-яких закономірностей метастазування. З огляду на це, дана патологія становить високу загрозу для життя, тому потребує подальшого вивчення і вдосконалення діагностики.

А.В.Ковтун

ХВОРОБА ХАНТІНГТОНА

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

А.О. Гаврилюк (д.мед.н., доц.), А.Г. Скорук (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Хантінгтона – генетичне захворювання нервової системи, характеризується поступовим початком зазвичай у віці 30-

50 років і поєднанням прогресуючого хореїчного гіперкінезу і психічних розладів.

Захворювання викликається множенням кодону CAG в гені IT-15. Цей ген кодує 350-kDa білок Хантінгтін з невідомою функцією. У гені кодує типурізних людей присутня різна кількість CAG-повторів, проте, коли число повторів перевищує 36, розвивається хвороба. Останнім часом хвороба стає більш поширеною.

Мета: Вивчення причин хвороби Хантінгтона і процесів, що відбуваються в організмі при його розвитку, ведеться донині.

Головною метою наукових досліджень – розробка фармакологічних засобів, здатних запобігти виникненню патології, атакою і стотновплинути на її перебіг.

Матеріали та методи: При хорей Хантінгтона макроскопічно виявляється загальна або часткова атрофія мозку, різкіше виражена в лобових і потиличних частках, зменшення ваги мозку до 800-1200 г і розширення третього і бічних шлуночків, особливо в області переднього роги. Розширення вентрикулярної системи іноді супроводжується зміною епендим. Внаслідок різкого зменшення обсягу хвостатого тіла і шкаралупи, внутрішня капсула представляється надзвичайно широкою. Нерідко спостерігаються зміни з боку оболонки мозку, які описуються, зазвичай, як лептоменінгіт, з частковим залученням твердої мозкової оболонки і непостійними крововиливами. Зміни в корі особливо інтенсивні в лобно-скроневих і потиличних областях, а також в області центральних звивин. Уражаються, головним чином, 2 і 3-й підшари III і IV шарів кори, клітини Беца не уражаються. Хворі клітини дають частково картину хронічного клітинного захворювання, частково в них спостерігається відкладення ліпофусцину. На місці атрофованих клітин, в звужених внаслідок цього шарах кори, виявляється розростання глії. Особливо це стосується мікрогліальних елементів. Спостерігається скупчення круглих клітин навколо уражених гангліозних, а також по ходу судин.

Результати: В кінцевих стадіях хорей Хантінгтона спостерігаються найбільш великі ураження. Внаслідок загибелі волокон, що приходять з шкаралупи до люїсового тіла, уражаються клітини останнього. Клітини чорної субстанції збережені, але іноді зменшені і бідні меланіном. Загибель клітин смугастого тіла, які отримують збуджуючі імпульси з клітин центрального ядра зорового бугра, призводить до транскортикальної дегенерації клітин останнього. Однак може спостерігатися первинне ураження центрального ядра зорового бугра з незначними змінами в клітинах смугастого тіла.

Висновки: Хвороба Хантінгтона має несприятливий прогноз. Середня тривалість життя після появи перших ознак – 15 років. Іноді вона становить 20-25 років. У більшості випадків причиною летального результату є не безпосередньо токсичний вплив мутантного білка Хантінгтінана на клітини головного мозку. Як правило, смерть настає в результаті ускладнень.

Н.І. Когут, В.С. Красноштан

ТОКСИЧНІ ФАКТОРИ ЯК ЕтіОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ АРТЕРІОСКЛЕРОЗУ В МОЛОДОМУ ВІЦІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.М. Березовський (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Захворювання серцево-судинної системи очолюють рейтинг найпоширеніших хвороб і патологій, які призводять до смерті людей середнього і старшого віку. Проте останнім часом почала зростати

тенденція до значного поширення цих захворювань серед людей віком від 20 до 45 років. Оскільки причини виникнення цих патологій не збігаються з загальноприйнятими поняттями і мають специфічний перебіг, ми були зацікавлені в їхньому глибокому вивченні і систематизації наших досліджень.

Мета: Опрацювання і систематизація відомостей про етіологію розвитку артеріосклерозу в молодих людей під впливом токсичних чинників

Матеріали та методи: Реферативне опрацювання джерел вітчизняної і зарубіжної літератури.

Результати: Артеріосклероз – це група захворювань, що супроводжуються ущільненням і потовщенням стінки артерій в результаті розростання в стінці судини сполучної тканини або утворення патологічного білка гіаліна.

Спалах серцево-судинної захворюваності на ґрунті артеріосклерозу в молодих людей відбувся в другій половині ХХ століття (а саме цей період відзначився своїми масштабами антропогенного забруднення довкілля хімічними сполуками), місце провідного етіологічного чинника можуть зайняти токсичні екзо- та ендогенні речовини, зокрема, ксенобіотики та вільні радикали. Ксенобіотики володіють сильною цитотоксичною дією, ушкоджуючи всі елементи судинної стінки. Вони надходять в організм з різних джерел і роками в ньому акумулюються. Ксенобіотики спричиняють локальні імунозапальні реакції в судинній стінці, що призводять до васкулопатій, васкуліту з переважним ураження артерій м'язово-еластичного типу; розвивається поширений ендартеріїт, артеріїт, артеріосклероз. В ушкоджених місцях спостерігається безліпідна гладком'язова проліферація з подальшим утворенням фіброзно-м'язових бляшок.

Гомоцистеїн(Гц) також токсично впливає на судинну стінку, спричиняючи процеси атерогенезу. При окисленні Гц утворюються вільні радикали, які чинять токсичний вплив на ендотеліоцити. Як наслідок, проліферують гладком'язеві клітини, тромбоцити, лейкоцити. Вільні радикали спричиняють окислення ЛПНЩ, запускаючи механізм атерогенезу. Під впливом Гц, судинна стінка втрачає свою еластичність та здатність до дилатації. Гц спричиняє утворення запальних цитокінів і факторів росту, чинить стимулюючу дію на процеси згортання крові (стимулює агрегацію тромбоцитів, порушую функцію тканинного активатора плазміногена, сприяє зв'язуванню ліпопротеїна з фібрином, інгібує антикоагулянти, стимулює V, X, XII фактори згортання крові).

Висновки: Артеріосклероз - гетерогенне, мультифакторіальне захворювання, обумовлене, зазвичай, стилем життя людей. Саме після опрацювання нами наукової літератури, ми дійшли висновку, що найпоширеніші причини його виникнення у молодих людей пов'язані з накопиченням екзо- та ендотоксинів.

А.В. Конюк, К.С. Крутікова

ВИЗНАЧЕННЯ ТА РЕЄСТРАЦІЯ КОЛЬОРУ ТА РОЗМІРУ УШКОДЖЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ СУДОВОЇ ФОТОГРАФІЇ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: При проведенні судово медичних експертиз ,насамперед, необхідно візуально оцінити об'єкт експертизи та зафіксувати отримані данні, наприклад, шляхом фотографування. Сучасний стан розвитку науки вимагає пошуку нових методів реєстрації та обробки отриманої інформації.

Мета: Нашою метою було практично перевірити ефективність методу реєстрації кольору та розміру ушкоджень у судово-медичній практиці, який базується на комплексному визначенні кольору та розміру ушкоджень за допомогою лінійки с колориметричною шкалою (патент України №70759, GO1N 21/21, 2012 р.)

Матеріали та методи: Було досліджено ефективність методу реєстрації встановлення кольору травмованої шкіри при проведенні судово-медичної експертизи потерпілих, обвинувачених та інших осіб за стандартною методикою та за запропонованою методикою. При обстеженні 38 осіб було виявлено 373 ушкодження.

Результат: Метод реєстрації та визначення кольору та розмірів ушкодження за допомогою кольорової шкали, дозволив скоротити кількість назв кольорів, які використовуються при проведенні судово-медичної експертизи синців, з 28 до 7; експертизи крововиливів на слизових оболонках з 5 до 2; експертизи ран з 3 до 2, та з 2 до 1 при описі рубців. Використання методу реєстрації кольору та розміру ушкоджень дозволяє об'єктивізувати визначення кольору інтактної та травмованої шкіри, так як запропонована кольорова лінійка відповідає міжнародним колориметричним стандартам і, значно спростила це визначення, оскільки зменшила кількість кольорів до семи. Фотореєстрація ушкоджень з кольоровою лінійкою дозволяє зберігати та відновлювати реальні кольори незалежно від особливості освітлення досліджуваного об'єкта, та , відповідно, доповнювати «Висновок експерта» кольоровими фотографіями.

Висновки: Представлений метод реєстрації кольору та розміру ушкоджень підвищує інформативність судово-медичних експертиз, скорочує час їх проведення, зменшує кількість назв кольорів, та виключає помилки у визначенні назв.

А.О. Косташ, В.Р. Мирончук
ВПЛИВ НАВЧАЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОРГАНУ ЗОРУ У ПЕРШОКУРСНИКІВ

Кафедра нормальної анатомії людини

О.В. Шипіцина (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Орган зору для людини – один із найбільших його помічників, яким вона сприймає зовнішній світ. Проте нині мало хто зі студентів-медиків приділяє увагу збереженню гостроти зору. Період навчання у ВНЗ для студентів супроводжується інтенсивними навантаженнями та постійним напруженням органу зору. І вони є не єдиними факторами, що впливають на зір.

Мета: Метою дослідження є загальний аналіз стану зору у студентів-першокурсників ВНМУ імені Пирогова. Виявлення найінтенсивніших та найбільш небезпечних факторів, що призводять до погіршення функціонального стану органу зору.

Матеріали та методи: Проведено анкетування за розробленими анкетами серед 167 студентів-першокурсників ВНМУ імені М.І. Пирогова. Здійснено аналіз отриманих результатів.

Результати: Перше опитування проведено в жовтні – листопаді (середина першого семестру). Друге опитування – в лютому, через місяць після початку другого семестру. Опитано 167 студентів I-го курсу лікувального факультету №1, усіх 4-х потоків (з них чоловіків – 67, жінок – 100). Виявлено, що 36% респондентів мають проблеми з гостротою зору. З них: міопія – 41 випадок, гіперметропія – 8, астигматизм – 7, інші хвороби (косоокість, спазм акомодациї, ністагм) – 5.

У 58% цих студентів прослідковується вплив спадкового чинника. 63% мають два та більше гаджета, які в свою чергу негативно впливають на здоров'я очей. Є 9 студентів, які ніколи не скаржилися на зір, а з часом навчання почали відмічати його послаблення. Встановлено, що кожен п'ятий відчував погіршення зору в середині першого навчального семестру. Після повторного опитування нами виявлено послаблення гостроти зору у чверті анкетованих студентів. Збільшилася кількість випадків первинної міопії. Переважну частину всіх випадків погіршень зору становить жіноча стать — 40 дівчат (66%), менше хвороб зареєстровано серед чоловічої статі— у 21 хлопця (34%).

Висновки: Дослідження виявило досить велику кількість студентів з порушенням зору та значну кількість студентів, які відчувають, що функціональний стан їхнього органу зору погіршився. Більшість серед опитаних вважають, що основною причиною є навантаження в період навчання. Виявлено можливі причини погіршення функціонального стану зорового аналізатора під час навчального процесу (постійне використання телефона та комп'ютера, погане освітлення при підготовці до занять, недостатньо вітамінізована їжа). Також не виключається значний вплив обтяженої спадковості.

Д.Р. Крамаренко

МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ МЕХАНІЗМУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ СТАФІЛОКОКІВ ДО БЕТА-ЛАКТАМНИХ АНТИБІОТИКІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНИХ РЕЧОВИН

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

В.П. Ковальчук (д.мед.н., проф.)

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

Актуальність. Широке застосування антибіотиків в медицині супроводжується поширенням антибіотикорезистентних штамів хвороботворних мікроорганізмів в клініці. Резистентність до бета-лактамних антибіотиків у клінічно значимих штамів стафілококів може забезпечуватись двома механізмами: продукцією ферментів, що руйнують молекули антибіотика (бета-лактамаз); зміною структури мішені для дії антибіотика (метицилін-резистентні штами стафілококів). Знання механізму резистентності до бета-лактамів у виділеного з організму хворого штаму стафілококів важливе для правильного вибору альтернативного препарату подальшої терапії.

Мета. Дослідити нові шляхи визначення механізму резистентності стафілококів до бета-лактамних антибіотиків.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на 5-ти штамів стафілококів з визначеним механізмом резистентності: 3 штами бета-лактамазу продукуючі; 2 штами – метицилін-резистентні. Методом послідовних двократних серійних розведень визначено рівень чутливості кожного штаму до бета-лактамного антибіотика амоксациліну у звичайному м'ясо-пептонному бульйоні і у такому ж середовищі з доданими суббактеріостатичними концентраціями неіоногенної поверхнево-активної речовини (ПАР) твін-80 або катіоноактивної ПАР декаметоксину.

Результати. Встановлено що додавання у поживне середовище неіоногенної ПАР не змінювало рівня чутливості стафілококів до амоксациліну, незалежно від притаманного їм механізму резистентності. В присутності суббактеріостатичних концентрацій декаметоксину у бета-лактамазу продукуючих штамів стафілококів чутливість до амоксациліну зростала у 4-16 разів. У метицилін-резистентних штамів стафілококів в присутності декаметоксину рівень резистентності до амоксациліну не змінювався. На підставі цих

спостережень можна припустити, що катіонактивна ПАР декаметоксин здатна інактивувати мікробний фермент бета-лактамазу. Неіоногенна ПАР твін-80 подібною здатністю не володіє. На чутливість стафілококів із зміненою мішенню дії для бета-лактамних антибіотиків ПАР не впливають, незалежно від їх іоногенної активності.

Висновки. 1. Комбіноване застосування в клінічній практиці катіонактивного антисептика декаметоксину і бета-лактамних антибіотиків може бути високоєфективним в зв'язку із здатністю декаметоксину підвищувати чутливість мікроорганізмів до антибіотиків цієї групи.

2. Підвищення чутливості стафілококів до бета-лактамних антибіотиків в присутності суббактеріостатичної концентрації декаметоксину може служити маркером здатності досліджуваного штаму до бета-лактамаза продукції.

Р.С. Кугот, Д.В. Кириєнко

СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА УШКОДЖЕНЬ ОДЯГУ ВІД ДІЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ЗБРОЇ, СПОРЯДЖЕНОЇ ПАТРОНАМИ ФЛОБЕРА

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.), А.М. Перебетюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Останніми роками в Україні поширюються засоби індивідуального самозахисту, які відносяться до вогнепальної зброї (ВЗ). Деякі з них опоряджуються в якості боєприпасу патроном Флобера (ПФ).

Мета: Вивчення пошкоджень текстильних матеріалів (ТМ) при використанні засобів індивідуального самозахисту, споряджених ПФ, шляхом комплексного вивчення візуальних, колориметричних та вагових характеристик мішені в залежності від дистанції пострілу.

Матеріали і методи: Для проведення дослідження використовувався ПФ фірми «ALFA - PROJ spol.s.r.o.» калібру 4 мм, довжиною гільзи - 0,64 см. Постріли здійснювали з револьверу системи НАГАН "Гром" Cal. 4 mm. В якості мішені використовувався лоскут ТМ білого кольору, розмірами 10x10 см. Постріли здійснювали впритул, з відстані 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 90, 100, 150, 200 см. Маса мішені (ММ) визначалась до та після експерименту за допомогою аналітичних вагів марки ANG50, фотографували фотоапаратом NIKOND3100, обробка знімків проводилася комп'ютерною програмою MathCad.

Результати: При пострілі впритул ММ збільшилась на 0,007 г, площа отвору (Сотв.) склала 1,337 см², S додаткових факторів пострілу (Сдфп.) - 14,235% від загальної площі (заг.S) мішені. На відстані пострілу в 10 см ММ збільшилась на 0,006 г, Сотв. склала 0,263 см², Сдфп. - 29,657% від заг.S. На відстані пострілу в 20 см ММ збільшилась на 0,003 г, Сотв. склала 0,161 см², Сд.ф.п. - 4,73% від заг.S. На відстані пострілу в 30, 40, 50, 60 см ММ зменшилась на 0,029, 0,007, 0,003, 0,003 г відповідно, Сотв. склала 0,206, 0,283, 0,209, 0,232 см², Сдфп. - 2,349, 0,222, 5,982, 1,697% від заг.S. При відстані пострілу 70 см, 80 см, 90 см, 1 м ММ зменшилась на 0,002, 0,002, 0,002, 0,002 г відповідно, Сотв. склала 0,287, 0,258, 0,22, 0,216 см², Сдфп. - 1,572, 0,66, 1,12, 0,95% від заг.S.

Висновки: Пошкодження ТМ, що виникає від дії кулі ПФ на всіх дистанціях має основні ознаки вхідного вогнепального кульового отвору. На відстані пострілу до 30 см ММ зростає за рахунокДФП. За їх кількістю та Сотв. можна диференціювати дистанцію пострілу впритул до 10, 20 та 30 см. На дистанції пострілу 40 см і більшеДФП відсутні, різниця ММ до і після пострілу поступово зменшується, S мішені практично не змінюється.

Р.Р. Куценко

ЗАСТОСУВАННЯ ГЕНЕТИЧНИХ МЕТОДІВ В СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ

Кафедра медичної біології

Т.І. Шевчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність теми: Молекулярна генетика на службі судово-медичної експертизи стала на дорозі злочинності. Молекулярна генетика перешкоджає безкарні небезпечні злочини проти життя і здоров'я людини й одночасно не дозволяє звинуватити брехливо зазначеного підозрюваного. За допомогою генетичних методів практично вирішуються правоохоронні завдання, які раніше були нерозв'язними.

Мета: вивчення молекулярно-генетичних методів з метою застосування їх в судовій медицині.

Матеріали і методи: у процесі дослідження було використано метод вивчення наукової літератури; метод аналізу, систематизації, узагальнення, оцінювання.

Результати: Ідентифікація людини може включати дактилоскопію і ДНК-діагностику. Дактилоскопічна ідентифікація людини полягає у визначенні малюнків на долонях і стопах. На долонних поверхнях пальців рук і аналогічних поверхнях стоп ніг є папілярні візерунки. Це зумовлено будовою базального (сосочкового) шару шкіри, який ще називають дермальним шаром (дермою). Зовнішній шар шкіри — епідерміс, відбиває будову базального дермального шару. Будова папілярних візерунків суворо індивідуальна і детермінована генетично. Віковими спостереженнями доведено, що папілярні візерунки не повторюються в різних людей. Навіть сіамські

близнюки, тіла яких тією чи іншою мірою з'єднані між собою, мають різні папілярні візерунки. Зазначені властивості змогли ефективно використати для ідентифікації людей. Крім того, що папілярні візерунки суворо індивідуальні, вони теж мають і спільні риси, що дозволяє їх класифікувати. У практичній ідентифікації людини у більшості випадків використовуються папілярні візерунки кінцевих фаланг кистей. Усі папілярні візерунки ділять на три основні типи: петльові (частота народження 65%); завиткові (30%); дугові (5%).

Ще один метод ідентифікації людини – це визначення послідовності молекули ДНК, який широко використовується в судовій медицині. Молекулярно-генетичний метод дослідження полягає в індивідуальності будови деяких ділянок молекули ДНК, які назвали гіперваріабельними (ГВ) ділянками. Будова цих відрізків молекул індивідуальна в кожній людині й суворо повторюється у всіх клітинах організму певної людини. Є кілька варіантів технологій проведення дослідження молекули ДНК з метою ідентифікації людини. Один із варіантів ґрунтується на аналізі поліморфізму довжин рестрикційних фрагментів ДНК, які отримують шляхом розтину молекули спеціальними ферментами рестриктазами (ПДРФ – аналіз).

Висновок: Використання методу генотипоскопії можуть дозволити вирішити багато проблем під час розкриття і розслідування злочинів: встановлювати походження крові, сперми та деяких інших об'єктів від конкретної особи; об'єднати злочини, якщо їх зробила одна людина; визначати батьківство у випадку зґвалтування; встановлювати конкретних учасників подій у випадках виявлення змішаних слідів біологічного походження.

М.І. Кучерява, Ю.В. Чайка

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПРИНАЛЕЖНОСТІ ДІАТОМОВИХ ВОДОРОСТЕЙ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та медичного права

В.І. Гунас (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: провідним методом дослідження у ВОБСМЕ щодо наявності діатомових водоростей, а відповідно діагностики утоплення є визначення в центрифугаті тканин нирки померлої особи, з допомогою світлової мікроскопії, наявності діатомових водоростей. Проте у зв'язку з відсутністю простих і доступних методичних матеріалів, ідентифікація їх обмежується вказанням родини.

Мета: створення методичного матеріалу для полегшення ідентифікації належності діатомових водоростей, аж до видової з метою підвищення професіонального рівня судово-медичного експерта та покращення якості висновків дослідження.

Матеріали та методи: проаналізовані результати висновків судово-медичних експертів ВОБСМЕ щодо дослідження надісланого матеріалу на предмет наявності діатомових водоростей; вивчені основні особливості будови різних систематичних порядків діатомових водоростей, що визначалися на території України за допомогою спеціальної літератури та огляду препаратів центрифугату ниркової тканини в світловому мікроскопі з подальшим фотографуванням зображення та його аналізом.

Результати: проаналізовані результати висновків експертів ВОБСМЕ щодо дослідження центрифугату ниркової тканини за 2014-2016 роки; виявлено, що в більш ніж 95% випадків ідентифікація діатомових водоростей обмежується вказанням родової приналежності. З огляду на особливості будови досліджуваних організмів, для найбільш зручного користування у практиці, вирішено подати методичний матеріал у вигляді алгоритму-схеми де експерт використовуючи пункти такі як Форма стулок, Форма кінців стулок, Розташування рисок на кінцях, Розташування рисок в центрі, Вид рисок, Вид шва, Розташування шва, Осьове поле, Наявність точок тощо може вказати належність досліджуваної діатомової водорості, аж до її виду, витрачаючи мінімум часу та зусиль.

Висновки: створено методичний матеріал у вигляді алгоритму, що полегшить судово-медичним експертам ідентифікацію діатомових водоростей на рівні будь якого систематичного порядку. Планується випуск даного алгоритму у вигляді схеми-алгоритму і впровадження його використання у ВОБСМЕ.

О.І. Куян

ІМУНОТЕРАПІЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ТА ІМУНОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛЯХОМ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ПЕРЕПРОГРАМУВАННЯ ТИМОЦИТІВ, А САМЕ – АКТИВАЦІЇ БІЛКА FOXN1, ЩО ВІДПОВІДАЄ ЗА ІНДУКЦІЮ РОЗВИТКУ ТИМУСА В ЕМБРІОНАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ.

Кафедра гістології

О.І. Макарова (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: прогресуюча в наш час медицина не стоїть на місці: англійським вченим вдалося в лабораторних умовах виростити повноцінний функціонуючий тимус миші. Зараз проблема лікування людей з імунodefіцитними станами стає все більш актуальною та перебуває в процесі активного вирішення.

Мета: висвітлення перспективи лікування імунodefіцитних станів та захворювань імунної системи шляхом регенерації тимуса *in vivo*. Альтернатива трансплантації тимуса.

Матеріали та методи: пошук в PubMed публікації за ключовими словами thymus,regeneration, FOXN1. Аналіз публікацій за даною темою.

Результати: Однією з центральних ланок інволюції тимуса є зниження синтезу фактора транскрипції FOXN1. Дослідження професора КлерБлекбьорн з Единбурзького університету регенерації показали, що епітеліоретикулоцити інтенсивно проліферують і диференціюються в повністю зрілий тимусний епітелій, при примусовій експресії білка тимуса FOXN1. Цей метод ювентації тимуса має місце при віковій інволюції та наслідках останніх стадій акцидентальної інволюції вилочкової залози. Проблема лікування генетичної патології тимуса «Синдром Ді-Джорджи», що заключається у вродженій аплазії тимуса, також підлягає лікуванню, шляхом трансплантації останнього. Таким чином, навіть прогресуюча вікова інволюція тимуса може бути припинена шляхом примусового гіперактивації в епітеліоретикулоцитах тимуса білка FOXN1 з метою сприяння омолодженню, проліферації та диференціювання цих клітин в повністю функціональні тимоцити. Більш того, примусова експресія FOXN1 дозволяє перепрограмувати дермальні фібробласти в функціональні епітеліоретикулоцити тимуса. Ці FOXN1-індуковані клітини тимоцити дають активний розвиток ліній клітин-хелперів та клітин-кілерів *in vitro*. При Единбурзькому інституті регенеративної медицини, ці клітини були трансплантовані в нирку лабораторної миші, після чого, дані клітини утворювали повністю організований і функціональний тимус, який включав всі підтипи епітеліоретикулоцитів тимуса, що необхідні для підтримки диференціювання Т-лімфоцитів, в результаті чого, імунна система реципієнта поступово відновлювала запас Т-клітин. Даний метод є першим прикладом вирощування органів із трансплантованих індукованих стовбурових клітин.

Висновки: ця робота є вражаючим кроком вперед до великої цілі – вирощування людських органів. В майбутньому даний метод може бути широко використаним в імунології для лікування імунодефіцитних станів, зокрема дефіциту Т-лімфоцитів, лікуванню акцидентальної інволюції вилочкової залози, синдрому Ді-Джорджи.

Є.С. Лагно

ЧАСТОТА І МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ ВИДІВ НЕВУСІВ ЗА ДАНИМИ ГІСТОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВІННИЦЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО БЮРО ЗА 2015 РІК

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Г.М. Галунко (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дослідження пігментних новоутворень шкіри меланоцитарного генезу диктується необхідністю диференціальної діагностики ранніх стадій меланоми з доброякісними меланоцитарними новоутвореннями - невусами. У той же час необхідні чіткі диференційно-діагностичні критерії для невусів різних варіантів будови, оскільки деякі з них, на думку ряду авторів, відносяться до передмеланомних новоутворень, є фоном для виникнення меланоми (диспластичний невус). Виявлення малих ознак у хворих на меланому на ранній стадії попереджає фатальний прогноз.

Невуси, що зустрічаються майже у кожній людині, залежно від гістологічної будови можуть проявляти виражені інволюційні тенденції або трансформуватися в меланому. Для верифікації клінічного діагнозу всі видалені новоутворення повинні піддаватися обов'язковому гістологічному дослідженню.

Мета: встановлення частоти і морфологічної характеристики різних видів невусів за даними дерматологічних та гістологічних досліджень по Вінницькій області за 2015 рік за даними обласного патологоанатомічного бюро.

Матеріали та методи: дерматоскопічний, гістологічний (мікроскопічне дослідження препаратів, забарвлених гематоксиліном-еозином), статистичний (суцільного переліку та малої вибірки), опитування, анкетування.

Результати: Ми опитали 80 студентів ВНМУ та дослідили 560 видалених невусів у 350 осіб. 24 опитаних (30%) стверджують, що мають підозрілі родинки. При дерматоскопічному обстеженні не виявлено жодного злоякісного утворення. Більшість пацієнтів (252 особи – 404 невуси) – жінки. Зафіксовано 156 новоутворень, які видаляли чоловікам (98 осіб). Найбільш поширеним є внутрішньодермальний невус (322 препарати, що скл. 57%). Разом з тим вражає велика кількість змішаних – 205 (37%). Спостерігали, також, диспластичні, пограничні, бородавчаті, блакитні, Спітц-невуси та невуси сальних залоз. З 560 розглянутих нами зразків виявили 3 меланоми. При дослідженні препаратів було виявлено, що у 38% видалені невуси множинної локалізації. У 32% випадків зустрічаються супутні патології. Найпоширенішими є: папіломи, кавернозні та капілярні гемангіоми, себорейний дерматит.

Висновки: Невус – поширене новоутворення у Вінницькій обл. Він рідко перероджується в меланому (0,54%). Вінничани достатньо часто видаляють утворення для профілактики переродження та з косметичною метою. Найбільш поширеним є внутрішньодермальний (57%) та змішаний (37%) невуси. Вони є одними з найбільш доброякісних. У більшості випадків невуси видаляють жінки віком від 11 до 30 років з косметичною метою. У дітей подібні утворення висікаються лише у небезпечних випадках (вроджений гігантський невус, велика ймовірність малігнізації).

Ю.Ю. Лепетенко
**КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ
ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ**

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

Актуальність. Цитомегаловірусний гепатит (ЦМВ) – це самостійна форма ЦМВ-інфекції при якій ураження печінки виникає ізольовано, якщо цитомегаловірус має тропізм не до епітелію жовчо-вивідних шляхів, а безпосередньо до гепатоцитів. Цитомегаловірусний гепатит складає 1% в етіологічній структурі гепатитів вірусної етіології. Однак розповсюдженість цитомегаловірусного гепатиту до цього часу достатньо не вивчена. Вважається, що ЦМВ в першу чергу вражає жовчні протоки з розвитком холестетичного гепатиту, та можлива пряма цитопатична дія ЦМВ безпосередньо на паренхіму печінки при цьому ураження печінки може відмічатися як при вродженій так і при набутій ЦМВ-інфекції. Діагностика природженої ЦМВ -інфекції має певні труднощі, перш за все тому, що, за даними літератури, у 95 % хворих дітей з природженою ЦМВ -інфекцією спостерігається "прихований цитомегаловірусний синдром" і тому їх відносять до групи умовно здорових. У таких дітей у віддаленому періоді можуть виявлятися порушення поведінки, погана успішність у школі, дефекти зору, слуху, мови, хронічна патологія печінки. Із безсимптомними формами інфекції пов'язаний синдром раптової смерті немовлят. Ранніми клінічними симптомами, які пов'язані з ЦМВ ураженням печінки, є скороминуча або тривала "жовтяниця новонароджених"; "засмагла" дитина; диспепсичні розлади, які нічим не аргументовані; насичений колір сечі; збільшення розмірів живота (збільшена печінка, а інколи й селезінка); венозна сітка на шкірі грудей і живота; неспокій дитини інколи пов'язаний з годуванням; зниження апетиту; млявість; іноді субфебрильна температура тіла.

Мета. Вивчити клініко-морфологічні особливості перебігу цитомегаловірусних гепатитів.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано 15 випадків дітей з підтвердженим діагнозом природженої цитомегаловірусної інфекції. У 8 померлих на автопсії були помірно виражені ознаки імунодефіциту: гіпоплазія надниркових залоз, тимомегалія, гіперплазія селезінки, у 7 дітей помертно виявлено ознаки гепатиту та цирозу печінки. У 2 дорослих хворих було проведено пункційну біопсію печінки.

Результати. Морфологічні дослідження біоптатів печінки при цитомегаловірусному гепатиті у дорослих свідчать про наявність таких змін: дисконкомплексція печінкових балок, лімфогістіоцитарна інфільтрація порталних трактів, перипортальний фіброз, східцеподібний некроз всередині і на периферії часточок, помірне ураження самих гепатоцитів зі зменшенням кількості глікогену, внутрішньочасточкова проліферація ретикулярних клітин, поєднанням інтралобулярних гранулем з інфільтрацією синусоїдів мононуклеарами, а також перипортальним запаленням. Відмічаються некротичні, дистрофічні зміни зі сторони гепатоцитів, лімфоцитарна інфільтрація, активація Купферівських клітин. Морфологічні зміни тканини печінки у дітей з вродженим цитомегаловірусним гепатитом характеризується гігантоклітинною трансформацією гепатоцитів, холестази, порталним фіброзом, проліферацією епітелію жовчо-вивідних протоків, внутрішньо-дольковий холестаз

Висновки. Морфологічні дослідження дозволяють об'єктивно оцінити характер патологічного процесу в печінці, його напрямок, а також служить одним з обов'язкових критеріїв ефективності назначеної терапії. Результати пункційної біопсії можуть мати вирішальне диференціально-діагностичне значення. При достатній величині пункт ата отримана морфологічна інформація має вирішальне значення при оцінці активності, ступеню фіброзоутворення, хронічного гепатиту та при виборі терапевтичної тактики.

Ю.Ю. Лепетенко
СПАДКОВІ ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ЛІПІДІВ

Кафедра патологічної фізіології
А.О. Іваниця (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: За результатами досліджень серед 1,3 млн. людей визначено 48864 носіїв хвороби Тея - Сакса. Серед сімейних пар із підвищеним ризиком захворювання, тобто серед пар, де чоловік і дружина були носіями хвороби Тея - Сакса, більш ніж 3000 вагітностей були досліджені за допомогою амніоцентезу чи біопсії хоріону. З 604 вагітностей під час яких здійснювалася пренатальна діагностика для визначення хвороби Тея – Сакса, 583 вагітності були перервані завчасно. Серед 21 вагітності які не були припинені, у 20 дітей розвинулася класична дитяча форма хвороби Тея – Сакса. Серед населення в цілому, носіями є приблизно 1 особа серед 300.

Мета: Ознайомлення із механізмами розвитку, клінічними проявами і методами лікування таких спадкових порушень обміну ліпідів: хвороба Німана - Піка, Тея - Сакса (амавротична ідіотія), нейрофіброматоз.

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз медичної наукової літератури. Ліпіди входять до складу клітинних мембран, беруть участь у побудові оболонки нервових волокон, органів і судин, охороняючи від ушкодження і втрати тепла. У процесах життєдіяльності організму людини в основному діють нейтральні ліпіди

(вільні жирні кислоти, тригліцериди, вільний холестерин і його ефіри), фосфоліпіди (лецитин та ізолецитин, сфінгомієлін, кефалін і гліколіпіди), цереброзиди, сульфатиди, гангліозиди. Метаболізм фосфоліпідів і гліколіпідів здійснюється завдяки цілій низці ферментів. Відсутність хоча б одного з них неминуче призводить до накопичення ліпідів внутрішньоклітинно (феномен «пінистих клітин»), порушення функціонування нервової тканини і її токсичній зміні під впливом проміжних продуктів метаболізму. Ця досить велика група захворювань одержала назву внутрішньоклітинних ліпідозів або лізосомальних хвороб накопичення. Сюди відносяться різні форми гангліозидів (амавротична ідіотія Тея-Сакса), сфінгомієліноз (хвороба Німана – Піка), глюкоцереброзидоз (хвороба Гоше).

Результати: Хвороба Німана - Піка – це захворювання зумовлене спадковим порушенням обміну сфінгофосфоліпідів. Патогенез його пов'язаний з недостатністю у тканинах сфінгомієлінази, що здійснює гідролітичне розщеплення сфінгомієліну. Хвороба Тея – Сакса виникає внаслідок недостатньої активності ферменту гексозамінідази А, який каталізує біодеградацію певного класу жирних кислот відомих як гангліозиди. Нейрофіброматоз – це генетичне спадкове захворювання, при якому з нервової тканини утворюються пухлини (нейрофіброми), які можуть бути як доброякісними так і можуть завдавати серйозної шкоди організму через стиснення нервів та інших тканин.

Висновок: Спадкове порушення обміну ліпідів призводить до тяжкого враження центральної нервової системи. Оскільки немає специфічних методів лікування цих захворювань, то їх розробка є досить актуальним питанням сучасної медицини.

В.В. Лефтерова

ЗМІНА ВИРАЖЕНОСТІ АБО ВТРАТА ЕРИТРОЦИТАМИ АНТИГЕНІВ СИСТЕМИ АВ0 ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ПРОЦЕСАХ ТА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології

І.А. Кузьменко (к.мед.н., доц..)

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність: Знання механізмів виникнення (етіології) змін вираженості або втрати антигенів еритроцитів системи АВ0 при інфекційних процесах та під час вагітності дозволить попереджувати виникнення лікарських помилок, пов'язаних з гемотрансфузійними маніпуляціями або встановленням батьківства без можливості генотипної ідентифікації. Це також може стати діагностичним маркером у патогенезі деяких інфекційних хвороб.

Мета: Дослідити можливість використання даних про послаблення або втрату прояву антигенів А та В еритроцитів людини при інфекційних процесах та у період вагітності.

Матеріали та методи: шляхом теоретичного аналізу та узагальнення попередніх досліджень на задану тему було встановлено, що неодноразово вже вивчалась проблема перетворення груп крові з однієї на іншу за системою АВ0. Наприклад, послабити кількість антигенів АВ0 на поверхні еритроцитів може пересадка кісткового мозку, пухлинні захворювання крові або хвороби, пов'язані з компенсаторною гіперплазією червоного кісткового мозку (таласемія). У такій ситуації лабораторний аналіз може показати хибну групу крові. Певної уваги заслуговує праця групи вчених, очолюваних професором Хенріком Клаусеном з Університету Копенгагена (2011), які проводили дослідження з вивчення 2500 типів грибів і бактерій на присутність корисних протеїнів. Вони з'ясували, що дві бактерії, Elizabethkingiameningosepticum і Bacterioidesfragilis, виділяють ензими, здатні видаляти антиген А і антиген В з поверхні червоних кров'яних тілець, що доводить зміну антигенної структури еритроцитів можливою. Виникає припущення, що такі трансформації здатні з'являтися і у природних умовах, зокрема у період вагітності у жінок, що є проявом фізіологічної адаптації на інтенсивний синтез еритроцитів організмом матері або під час інфекційних процесів, що може слугувати вагомим діагностичним показником деяких захворювань.

Результати експерименту Хенріка Клаусена можна екстраполювати на вивчення антигенних змін еритроцитів при інфекційних процесах та під час вагітності, проте потрібно зауважити, що червоні кров'яні тільця у минулому дослідженні вивчалися ізольовано, без впливу певних факторів навколишнього середовища, тому урахування цього аспекту у майбутніх дослідженнях зможе поширити видове різноманіття етіологічних чинників.

Висновки: Зміна вираженості або втрата еритроцитами антигенів системи АВ0 потребує ґрунтовного дослідження стосовно таких трансформацій під час вагітності та деяких інфекційних процесів, що дозволить інтегрувати цей феномен для клінічних умов як фізіологічну адаптацію або діагностичний маркер.

К.А. Лісовська, Ю.П. Сіренко

ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТА ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ СИРОВАТКИ КРОВІ МОРСЬКИХ СВИНОК З ЕКЗОГЕННИМ АЛЕРГІЧНИМ АЛЬВЕОЛІТОМ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ТА КОРЕКЦІЯ ЦИХ ЗМІН КОРВІТИНОМ

Кафедра патологічної фізіології

Н.В. Пороховська (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: У сучасному житті стреси відіграють значну роль. Вони впливають на поведінку людини, її працездатність, здоров'я, взаємовідносини з оточуючими. Якщо подразник не зникає, стрес підсилюється, викликаючи в організмі ряд пристосувальних змін. Однак можливості організму не безмежні. При сильному стресовому впливі вони швидко виснажуються, що може спричинити розвиток захворювання і навіть смерть. У цей же час, в останні десятиріччя спостерігається стрімке зростання алергічних захворювань. Серед великої групи алергічних захворювань бронхолегеневої системи особливе місце посідає екзогенний алергічний альвеоліт (ЕАА) (гіперсенситивний пневмоніт, інтерстиційний гранулематозний пневмоніт, алергічна пневмонія)

Мета: Вивчити вплив корвітину на активність ферментів прооксидантної та антиоксидантної систем за умов екзогенного алергічного альвеоліту на фоні хронічного стресу.

Матеріали та методи: Дослідження проводили на морських свинках, самцях масою 0,380–0,400 кг. Моделлю алергічного захворювання був екзогенний алергічний альвеоліт (ЕАА). Суть методики (О.О.Орехова, Ю.А. Кирилова): сенсibiлізація тварин – введення в задню лапку 0,2 мл повного ад'юванта Фрейнда. З 14 доби після імунізації кожні 10 днів внутрішньовенно вводили 0,2 мл суспензії БЦЖ. Хронічний стрес відтворювали кожні 5 днів атравматично фіксуючи тварин за кінцівки протягом 2 годин. Починаючи з 34-ого дня експерименту проводили лікування корвітином. Забір матеріалу (кров) провели на 44-й день захворювання (пізній період). Активність пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) оцінювали за вмістом в сироватці дієнових кон'югатів (ДК) і малонового діальдегіду (МДА). Функціонування АОС оцінювали за вмістом ферментів супероксиддисмутази (СОД) та каталази.

Результати: У тварин з ЕАА, у порівнянні з контрольною групою, рівень ДК та МДА збільшився на 70% та 74% відповідно ($p < 0,01$), а активність ферментів АОС зменшилася: СОД – на 20% та каталаза – на 14% ($p < 0,01$). При дослідженні показників у групах тварин з ЕАА й ЕАА та хронічним стресом встановлено достовірне збільшення ДК на 17% ($p < 0,05$), МДА – на 26% ($p < 0,01$); в свою чергу рівень каталази знизився на 30% ($p < 0,01$). У групі тварин, де з лікувальною метою застосовували корвітин, у порівнянні з тваринами без лікування спостерігається зменшення активності ДК на 26%, а МДА – на 38% ($p < 0,01$). Одночасно з тим зростає активність СОД на 12%, а каталази – на 69% ($p < 0,01$).

Висновки: Пізній період розвитку ЕАА характеризується зростанням активності ферментів ПОЛ і зниженням антиоксидантної активності. Хронічний стрес погіршує перебіг ЕАА, що підтверджується подальшим зростанням активності ПОЛ та прогресуючим виснаженням ферментів АОС. Під впливом корвітину спостерігається пригнічення ПОЛ та підвищення активності антиоксидантних ферментів, що позитивно впливає на перебіг ЕАА.

А.О. Лунина

ПАМ'ЯТЬ НА МОЛЕКУЛЯРНОМУ УРОВНІ

Кафедра фізіології

А.Н. Тищенко (к.мед.н.)

Харківський національний медичний університет

г. Харків, Україна

Актуальність: Память – это корковые нервные процессы, которые обеспечивают запечатление образа раздражителя, события, действия. Запоминание у любых организмов происходит за счет изменения в синаптических контактах между нервными клетками. Для формирования кратковременной памяти достаточно однократного воздействия раздражителя, который сохраняется на минуты или часы. А для долговременной необходимо многократно действовать стимулом, однако время хранения воспоминаний составляет дни или месяцы.

Цель исследования: Изучение механизма и функций памяти.

Материалы и методы: Нами было протестировано 90 студентов 2 курса медицинского университета во время сдачи итогового занятия №1(И.з.№1) и итогового занятия №2(И.з.№2). И.з.№1 было проведено в формате тестов, незнакомых для студентов. И.з.№2 провели в формате решения задач для подготовки к «Крок-1», однако эти задачи были разобраны студентами во время занятий. Результаты И.з.№2 выше, что свидетельствует о том, что срабатывает механизм запоминания.

Результаты: Проведя тестирование, мы обнаружили, что существует два механизма: 1) изменение характера проведения через синапс и устойчивость синаптической передачи в нервных цепях; 2) изменение в нейронах памяти.

Когда нервный импульс доходит до конца аксона модулирующего нейрона, выделяется медиатор. Медиатор

связывается с одним из рецепторов на поверхности пресинаптического окончания сенсорного нейрона. Рецептор запускает сигнальный каскад. В результате модифицируются некоторые белки, ответственные за выброс медиатора в синаптическую щель. Их изменение приводит к большому выбросу медиатора. Измененные белки со временем разрушаются, а на смену им приходят немодифицированные. Поэтому, до тех пор, пока опять не придет сигнал с модулирующего нейрона, сила синаптической связи становится прежней. Перевод с кратковременной в долговременную память сопряжен с синтезом новых нейропептидов памяти, которые образуются в тех же нейронах, в которых происходят изменения, связанные с кратковременной памятью. Если нейрон стимулируется достаточно долго, то сигнального белка, который приводит к кратковременному усилению синаптической связи, активируется достаточно, чтобы сигнальный каскад дошел из синапса до ядра клетки, что приводит к включению ранее неактивных генов и синтезу белков, нужных для долговременного усиления синаптической связи. Усиление связи происходит за счет увеличения количества медиатора, увеличение площади синапсов и формирования новых синапсов.

Вывод: В нашем мозге миллиарды нервных клеток, которые образуют триллионы связей между собой. Эти связи обеспечивают все возможные знания и формы поведения. Можно сказать, что каждый из нас умеет играть на скрипке или управлять самолетом. Но для этого нужно, чтобы конкретные связи между нейронами усилились, а этого можно достичь тренировками или повторением.

І.А. Лушпай

ДОСЛІДЖЕННЯ ҐРУНТУ ТЕРИТОРІЙ ДИТЯЧИХ МАЙДАНЧИКІВ МІСТА ВІННИЦІ НА НАЯВНІСТЬ ПАТОГЕННИХ ГЕОГЕЛЬМІНТІВ КЛАСУ НЕМАТОД

Кафедра медичної біології

К.В. Мусатова (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В Україні за даними ВООЗ щороку реєструється 400-500 тис. хворих на геогельмінти, 80% хворих складають діти. На основі аналізу статистичних даних проведеного в Черкаському лабораторному центрі Держсанепідслужби України, з 14255 дітей, які звертались до лікарні щорічно, 7982 з них отримали діагноз: аскаридоз – 74,3%, ентеробіоз – 21,08%, трихоцефальоз – 3%, стронглоїдоз – 1,62%.

Нематоди викликають ряд виражених клінічних проявів в організмі остаточно хазяїна: підвищення алергічної чутливості, гіповітаміноз, механічне ушкодження слизової оболонки, непрохідність або діарею. Їх позакишкова локалізація стає причиною абсцесу крові, гепатиту і руйнування печінки, пошкодження серцевого м'язу.

Мета: Зібрати проби ґрунту з дитячих майданчиків м. Вінниця, прибудинкових територій та місць виходу собак, з метою проведення санітарно-паразитологічного лабораторного дослідження. Проаналізувати статистичні данні, отримані з Черкаського лабораторного центру Держсанепідслужби України.

Матеріали та методи: Проводилося дослідження п'яти зразків ґрунту з різних районів м. Вінниця, переважно з дитячих майданчиків. Для статистичного аналізу були взяті данні захворюваності на геогельмінтів по Черкаській області за 2014-2015р.

Результати: На базі Вінницького лабораторного центру держсанепідслужби України, нами було проведено санітарно-паразитологічне лабораторне дослідження ґрунту на дитячих майданчиках м. Вінниця. У 3 із 5 зразків було виявлено вільноживучу нематоду *Strongiloides stercoralis* (Вугрицю кишкову).

В організмі людини Вугриця кишкова має виражений токсично-алергенний вплив і високу інтенсивність інвазії. Під час міграції організмом, вона діє генералізовано, тобто пошкоджує декілька систем органів одразу, переважно травну, дихальну, серцево-судинну системи. Особливістю *Strongiloides stercoralis* є те, що гельмінт належить до ВІЛ-асоційованих захворювань, тобто ймовірність зараження стронглоїдозом на тлі імунodefіциту зростає в десятки разів, а саме захворювання проходить у більш гострій формі, через відсутність будь-якої імунної реакції. Тяжкий гіперінфекційний десемінований стронглоїдоз призводить до високої летальності, яка досягає 80% через неспецифічність клінічних проявів і пізню діагностику.

Висновок: Встановлено, що частина дитячих майданчиків м. Вінниця є небезпечними для дітей, через перебування там вільноживучої личинки Вугриці кишкової (*Strongiloides stercoralis*), що може призвести до незворотніх паталогічних змін у несформованому дитячому організмі.

С.С. Малеш

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Богомаз (к.біол.н., доц.), Л.П. Дем'яненко (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Волосся людини певним чином віддзеркалює здоров'я організму. Проблеми зі здоров'ям людини доволі часто позначаються на стані волосся, а саме воно може втратити минулий блиск і об'єм, почати роздвоюватися на кінцях, випадати та ін. Лупа або випадання волосся, себорея або алопеція напряму пов'язані із внутрішнім станом організму людини [Н.Г. Короткий, 2001]. Зміна волосся у людини починається ще до

народження і відбувається протягом усього його життя. Підлітковий вік є одним із найважливіших періодів онтогенезу, оскільки організм зазнає значних морфологічних та функціональних змін. Тому на даному етапі розвитку людини важливо навчитися розрізняти нормальні та патологічні зміни, щоб мати змогу вчасно передбачати майбутні захворювання. Отже, дослідження стану, причин виникнення хвороб та профілактики волосистої частини голови є актуальними на сьогодні, особливо, коли йдеться про підлітків та молодь.

Мета: Обстежити стан волосистої частини голови та визначити відхилення його від норми у підлітків за допомогою трихоскопії.

Матеріали та методи: У дослідженні брали участь 30 підлітків (дівчаток – 16, хлопчиків – 14) віком від 15 до 16 років. На момент обстеження досліджувані соматично були здорові, жодних порушень з боку внутрішніх органів та систем на періодичних медоглядах не було виявлено. Дослідження волосистої частини голови проводили трихоскопом з камерою зі 60-ти кратним збільшенням, зображення виводилось на монітор та фіксувалося у вигляді знімків. Визначали наступні показники: кількість волосся на см², відсоткове співвідношення товстого, середнього, тонкого та велусного волосся. Ділянкою дослідження була вибрана тим'яна зона волосистої частини голови на відстані два сантиметри до середини під кутом 45⁰ від лівого тим'яного бугорка.

Результати: При обстеженні стану волосистої частини голови підлітків встановлено, що середня кількість волосся на см² дорівнює для хлопчиків 274, для дівчаток – 280 (норма 250-300). Відсоткові співвідношення волосся у досліджуваних були наступними: велусного волосся, для хлопчиків – 11 %, дівчаток – 10 % (норма до 20 %); тонкого волосся, для хлопчиків – 46 %, дівчаток – 57 %; середнього волосся, для хлопчиків – 40 %, дівчаток – 33 %; товстого волосся, для хлопчиків – 14 %, для дівчаток – 8 %.

Висновок: У 20 % обстежених підлітків визначено зменшення кількості волосся на см², у 10 % обстежених підлітків встановлено збільшення кількості велусного волосся. Отже, стан волосистої частини голови обстежених хлопчиків та дівчаток можна визначити як цілком задовільний.

Ю.В. Мартиняк, В.Р. Стойка,

ВПЛИВ ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Кафедра нормальної фізіології

Л.С. Лойко (к.пс.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день у сучасному світі особливо актуальною є проблема інформаційного стресу. Високий рівень тривожності і депресії є психологічним проявом стресу. До такого стресу найбільш схильні студенти, оскільки вони протягом дня отримують велику кількість інформації.

Мета: Дослідити рівень тривожності студентів-медиків, визначити відношення студентів до засобів масової інформації.

Матеріали та методи: Теоретичний аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури вітчизняних та зарубіжних досліджень у сфері психології з метою з'ясування основних теоретичних понять, конструктивів; метод анкетування для визначення відношення студентів-медиків до телебачення; методика ДЖ. Тейлора «Шкала тривожності»; кількісний і якісний аналіз, обробка та інтерпретація. Експериментальна база – студенти 2 курсу медичного факультету № 1 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (n=22).

Результати: За допомогою даного дослідження встановлено місце засобів масової інформації в житті сучасних студентів-медиків. Наші результати засвідчують, що досліджувані дуже часто надають перевагу тому, щоб проводити свій вільний час біля екрану телевізора, перетворюючись на пасивних глядачів всієї продукції, яка транслюється на нашому телебаченні. За допомогою проведеного анкетування доведено, що телебачення дійсно займає вагомe місце в житті досліджуваних, тому що тільки 8,3% студентів не дивляться телевізор щодня, тоді як 91,7% проводять біля екрану телевізора від 1-3 годин і більше. На нашу думку, необхідно ще відмітити той факт, що 63% студентів у більшій чи меншій мірі довіряють тій інформації, яку вони отримують завдяки телебаченню.

Наші результати допомогли встановити цікавий факт: найнижчий рівень тривожності виявився в студентів-медиків 3-ї групи (осіб, які проводять біля екрану телевізора від 1 до 2 годин), а найвищий - в досліджуваних 5-ї групи. Проведене дослідження й отримані результати дозволили дійти висновку, що засоби масової інформації підвищують рівень тривожності студентів-медиків.

Висновки: Отримані результати вказують на той факт, що досліджувані, які протягом тривалого часу перебувають біля телевізора, мають вищий рівень тривожності, ніж ті, які не дивляться телевізор щодня. Тобто ми бачимо, що в даному випадку засоби масової інформації виступають як джерело виникнення негативних емоцій. І навіть той факт, що тривожність зростає не пропорційно, не може заперечити той факт, що телебачення через велику кількість негативної інформації, часто сприяє розвитку тривожності, невпевненості, а відповідно й агресивності, як форми захисту. Під час виконання поставлених завдань ми виконали великий обсяг роботи: опрацювали теоретичний матеріал з даної проблеми; вибрали певний діагностичний інструментарій для проведення досліджень; проаналізували отримані результати. Важливим результатом є висновок про відсутність єдиного правильного підходу до даної проблеми, а отже ще є багато можливостей для

подальшої роботи в цьому напрямку.

С.В. Міронов, М.О. Прокопчук
МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ШКІРИ ПРИ ОПІКАХ ІІБ СТУПЕНЯ ЧЕРЕЗ 1 ДОБУ У ЩУРІВ

Кафедра гістології

О.Є. Маєвський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В Україні за останні 10 років щорічно реєструється близько 100 тисяч опіків, серед яких 25% складають діти, і, хоча кількість хворих зменшується, зростає ступінь тяжкості опіків, тому дослідження морфологічних змін в структурі шкіри при опіках та розробка нових методів лікування залишається актуальною проблемою сучасної медицини.

Мета: Виявити гістологічні зміни структури шкіри при опіках ІІ-ІІІ ступеня.

Матеріали та методи дослідження: Експериментальне дослідження структури шкіри після опікової травми були виконані на лабораторних білих щурах-самцях масою 150-160 г. на базі НДЦ ВНМУ імені М. І. Пирогова, з урахуванням рекомендацій Європейської комісії щодо проведення медикобіологічних досліджень з використанням тварин. До бічних поверхонь тулуба щурів на 10 секунд прикладали чотири мідних пластинки, по дві пластини з кожного боку, попередньо нагріті у воді з постійною температурою 100°C, протягом 6 хвилин. Загальна площа ураження шкіри у щурів складала 21-23% опіку ІІ-ІІІ ступеню. Евтаназію щурів проводили після прополового наркозу (60 мг/кг, в/в) шляхом декапітації. Фрагменти шкіри фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, промивали в проточній воді, зневоднювали в батареї спиртових розчинів зростаючої концентрації та заключали в паропласт. Зрізи товщиною 3-5 мкм виготовляли на ротатійному мікротомі, забарвлювали гематоксилін-еозином та по Ван Гізон. Гістологічні препарати досліджували в світловому мікроскопі OLYMPUSBH-2.

Результати: При мікроскопічному дослідженні на місці опіку епідерміс тонший, ніж в неушкоджених ділянках, має вигляд безструктурної хвилястої стрічки коричневого кольору, в якій виявляли контури рогового і зернистого шарів, а також окремих клітин остистого шару. Цитоплазма в них каламутна, зерниста, ядра збільшені, забарвлені блідо. В окремих клітинах ядра гіперхромні, пікнотично змінені. Сосочковий шар дерми на місці опіку мав вид компактної пластинки бурого кольору. В фібробластах ядра деформовані. У просвітах внутрішньососочкових капілярних петель розташована гомогенна маса, ендотелій в їхніх стінках не визначається. В сітчастому шарі дерми колагенові волокна забарвлені базофільно, потовщені, гомогенізовані, випрямлені паралельно поверхні шкіри. Еластичні волокна потовщені і фрагментовані. Просвіти кровоносних судин розширені, містять коричневу однорідну масу. На межі з дермою в периваскулярних просторах наявні діapedезні крововиливи. У судинах кровоносного мікроциркуляторного русла наявні гіалінові і змішані тромби. Еластичні та аргірофільні волокна в стінках кровоносних судин розщеплені і фрагментовані.

Висновки: Після опіку шкіри ІІб ступеня через 1 добу наявні реактивні зміни: повнокров'я судин дерми та гіподерми, збільшена кількість лейкоцитів у товщі епідермісу, наближеній до уражених ділянок шкіри. Чітко виражені набряк, інфільтрація лейкоцитами сосочкового та сітчастого шарів дерми та гіподерми, а також некробіотичні процеси в клітинах сосочкового шару дерми та епідерміса.

Е.А. Медяник, Е.Ю. Горбач

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПУЧКОВОЙ ЗОНЫ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПОТОМКОВ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ВСЛЕДСТВИЕ ПРЕНАТАЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ

ДЕКСАМЕТАЗОНА

Кафедра патологической анатомии

Г.И. Губина-Вакулик (д.м.н., проф.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность. Дексаметазон – синтетический аналог глюкокортикостероида, который входит в перечень жизненно необходимых лекарственных средств. Благодаря своим противовоспалительным, противоаллергическим и иммунодепрессивным свойствам данный препарат нашел широкое применение в медицинской практике. Помимо таких критических состояний как отёк головного мозга, шок различного генеза, астматический статус, некоторые дерматиты, болезни соединительной ткани, а также тяжелые аллергические реакции, дексаметазон применяется в пренатальном периоде. Основным показанием к введению препарата в указанном периоде является риск развития пневмопатий у новорожденных недоношенных детей, так как дексаметазон стимулирует синтез и выделение сурфактанта в легких. Однако, морфологические проявления в пучковой зоне надпочечников, реализующиеся у ребенка под воздействием дексаметазона, введенного беременной женщине, в настоящее время достаточно не исследованы.

Цель. Изучить патологоанатомические изменения пучковой зоны коры надпочечников потомков крыс линии Вистар, приобретенные в пренатальном периоде, в результате введения дексаметазона их матерям во время

вынашивания.

Материалы и методы. В конце периода вынашивания потомства 5 самкам были сделаны две инъекции дексаметазона (1мг/кг). Контрольные животные (4) получали ложные инъекции. Надпочечники трехнедельных крысят были изъяты и взвешены. После фиксации в 10% формалине приготовлены микропрепараты с окраской гематоксилином-эозином и галлоцианином по Эйнерсону. На компьютерных изображениях было подсчитано количество спонгиозитов на площади 1500 мкм², а так же проведена их кариометрия.

Результаты эксперимента показали, что относительная масса надпочечников (масса органа/масса тела) в основной группе меньше, чем в контрольной (0,015 против 0,018). Пучковая зона коры надпочечников представлена спонгиозитами с большим объемом цитоплазмы. На площади 1500 мкм² пучковой зоны контроля расположено 20 спонгиозитов, в то время как в основной группе – 13, то есть в гипоплазированном надпочечнике животных-потомков обнаружена гипоплазия пучковой зоны коры. Площадь ядер спонгиозитов увеличена (контроль - 20.65±0.8 мкм²; основная группа - 25.5±1.3 мкм², 0.001 ≤ p ≤ 0.01). Укрупнение ядер спонгиозитов свидетельствует о компенсаторном повышении морфофункциональной нагрузки на отдельный спонгиозит.

Выводы. Таким образом, гипоплазия надпочечников и пучковой зоны коры, вызванная пренатальными инъекциями дексаметазона, впоследствии может явиться причиной снижения адаптационных возможностей организма потомков.

О.А. Назарчук, Д.В. Палій, В.М. Буркот

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИСЕПТИЧНИХ ЗАСОБІВ ЩОДО ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ХВОРИХ З КРИТИЧНИМИ СТАНАМИ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Г.К. Палій (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Інфекційні ускладнення становлять серйозну загрозу здоров'ю та життю пацієнтів з глибокими опіками, які знаходяться у критичному стані. В умовах високої стійкості збудників інфекційних ускладнень до антибіотиків виникає потреба пошуку, дослідження альтернативних ефективних протимікробних засобів профілактики, лікування таких ускладнень.

Мета. Дослідити антимікробні властивості антисептичних лікарських засобів щодо провідних збудників інфекційних ускладнень у хворих з опіками.

Матеріали та методи. За загальноприйнятими мікробіологічними методами виділено та ідентифіковано мікроорганізми від хворих з глибокими опіками за морфологічними, культуральними, біохімічними властивостями. У важкохворих з глибокими опіками III-IV ст. (площа ураження 20 - 80 %) виділили та ідентифікували *S. aureus* (n 74), *S. epidermidis* (n 26), *P. aeruginosa* (n 86), *A. baumannii* (n 124), *Proteus* spp. (n 39). У виділених штамів вивчали чутливість до декасану (ДС), хлоргексидину (ХГ), антимікробної композиції декаметоксину (АМК) [Пат. України № №74853]. Чутливість штамів мікроорганізмів вивчали методом серійних двократних розведень.

Результати. В результаті проведених досліджень було встановлено, що *Staphylococcus* spp. володіли високою чутливістю до препаратів декаметоксину. Так, ДС згубно діяв на *S. aureus* при мінімальній бактерицидній концентрації (МБцК) – 4,2±0,32 мкг/мл, на *S. epidermidis* при МБцК – 2,83±0,39 мкг/мл. МБцК АМК для *S. aureus* та складала 2,81±0,23 мкг/мл, та 2,13±0,24 мкг/мл відповідно. Встановлено, що МБцК ХГ для *S. aureus* була 13,88±0,72 мкг/мл, тоді як для *S. epidermidis* МБцК була вищою і складала 16,7±2,7 мкг/мл (p<0,001).

Грамнегативні бактерії виявились стійкими до антисептиків. Зокрема, *P. aeruginosa* *Proteus* spp. були резистентними до ХГ, МБцК складала 125,0±7,03 мкг/мл та МБцК 156,25±12,98 мкг/мл відповідно. Для *A. baumannii* протимікробна концентрація АМК складала 26,58±1,06 мкг/мл, МБцК ДС – 31,37±1,5 мкг/мл. Однак, до ХГ збудник виявився менш чутливим, а МБцК була у 2,6 рази слабшою в порівнянні з АМК (p<0,001). Синьогнійна паличка виявилась чутливою до АМК при МБцК 52,22±1,66 мкг/мл, до ДС МБцК складала 86,71±2,5 мкг/мл. Бактерицидна дія ДС та АМК виявилась досить високою і відповідала концентрації препарату 88,33±3,93 мкг/мл та 54,17±3,65 мкг/мл відповідно.

Висновки. Штами *S. aureus*, *S. epidermidis*, які викликають гнійно-запальні інфекційні ускладнення у хворих з глибокими опіками, мають високу чутливість до декасану, антимікробної композиції декаметоксину. Висока чутливість клінічних ізолятів *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *Proteus* spp. до декасану, антимікробної композиції декаметоксину та переваги протимікробної дії цих засобів над хлоргексидином біглюконатом (p<0,001) дозволяють ефективно профілакувати та лікувати інфекційні ускладнення у хворих з опіками, які знаходяться в критичному стані.

А.В. Нестреляй
ВЛИЯНИЕ ВОСПРИЯТИЯ ЦВЕТА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Кафедра нормальной физиологии

А.А. Шандра (д.м.н., проф.)

Одесский национальный медицинский университет

г. Одесса, Украина

Актуальность темы: цветотерапия – это эффективный метод воздействия цветом на наш организм с целью восстановления его нормальной жизнедеятельности. Учёные доказали, что цвет вызывает определённые биохимические реакции в человеческих тканях, стимулирует железы и некоторые отделы головного мозга, в том числе и гипофиз. Последний стимулирует выработку целого ряда гормонов, которые отвечают за обмен веществ, аппетит, сон, наше эмоциональное состояние и др.

Цель исследования: определение влияния цвета на эмоционально-психическую сферу и самочувствие человека.

Материалы и методы эксперимента: для эксперимента были созданы две контрольные группы, состоящих из студентов-медиков в возрасте 20-22 лет. До начала эксперимента было установлено, что все испытуемые примерно одинаково различают цвета.

Студентам из первой группы мы предложили надеть очки с розовым светофильтром, а студентам из второй группы – с тёмным светофильтром. Они носили очки в течение часа. Через день тест провели повторно.

Результаты: у студентов после ношения розовых уровень тревожности значительно снизился, настроение улучшилось и появилась большая заинтересованность к рациональному решению собственных проблем. После ношения тёмных очков – уровень тревожности остался высоким, при этом, усталость, пассивность, раздражение, подавленные эмоции и рассеянность стали доминировать.

Выводы: таким образом, мы пришли к выводу, что, если человек смотрит через светофильтр, то, в зависимости от его цвета, происходят изменения эмоционального и психологического состояния человека. Яркие цвета спектра носят возбуждающий характер, а тёмные – подавляющий.

Цветотерапия – это древняя наука, которая зародилась ещё в древнем Китае и Индии. Данная наука была высоко оценена такими известными учёными того времени, как Авиценна, Гиппократом и Парацельсом. Цвета назначали для лечения различных недугов. Врачеватели рекомендовали завешивать окна шторами определённого цвета, принимать ванны с окрашенной водой, ношение цветной одежды также производило необходимый эффект.

В основе цветотерапии (хромотерапии) лежит аксиома, что каждый цвет имеет свой диапазон длин волн, несущих свою энергетику, а свет в целом представляет собой совокупность синхронизированных электромагнитных колебаний разной частоты, которые, в той или иной степени, могут оказывать специфическое воздействие на организм.

С.В. Ніколайчук

РОЛЬ MODY-ДИАБЕТУ У СТРУКТУРІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Кафедра патологічної фізіології

В.В. Пилипонова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цукровий діабет (ЦД) був та залишається глобальною проблемою сьогодення. Усе частіше у дітей і підлітків вдається ідентифікувати MODY-тип – діабет зрілого типу у молодих, що характеризується аутосомно-домінантним типом успадкування, обумовлений мутаціями генів, що призводять до дисфункції β -клітин підшлункової залози. За даними ВООЗ частота даної патології складає 2,5-10% середусіх випадків діабету у дітей, а отже можна прогнозувати, що кількість хворих дітей в Україні може становити 200-800 осіб. Тому проблеми своєчасної діагностики даного типу ЦД є актуальними у наш час, особливо у пацієнтів молодого віку.

Мета: Вивчити основні аспекти етіології, патогенезу, молекулярних основ, клінічної симптоматики та діагностики даної патології.

Матеріали та методи: Проведено огляд та аналіз наукової літератури (статей, публікацій, експериментальних досліджень) за останні п'ять років.

Результати: MODY-діабет включає в себе кілька клінічно і генетично гетерогенні підтипи. Молекулярно-генетичні дослідження показали наявність 8 різновидів даного варіанту ЦД. За частотою поширеності вони розподіляються у зворотному порядку. MODY-3 – найбільш часто (70% всіх випадків MODY), обумовлений мутаціями гену HNF-1 альфа. Для даного варіанту характерно: м'який початок у віці 20-40 років, зазвичай цей діабет розцінюється як ЦД I типу, відсутність кетоацидозу, рівень С-пептиду в нормальних межах при рівні глюкози крові вище 8 ммоль/л, рівень цукру натще може бути і в нормі, тривалий (більше 3 років) період «медового місяця» (період після початку лікування інсуліном, коли спочатку підібрані дози інсуліну сильніше звичайного знижують рівень глюкози). MODY-1 обумовлений мутаціями схожого гена HNF-4 альфа. З цієї причини MODY-1 за клінічною картиною дуже схожий на MODY-3 за винятком порушення ниркового бар'єру (тобто при MODY-1 при нормальному рівні цукру в крові його точно не буде в сечі). MODY-2 протікає м'якше

порівняно з MODY-3 і -1. MODY-2 виникає при мутаціях гена ферменту глюкокінази. Цей тип складний для діагностики, тому що або не має клінічних проявів, або проявляється як ЦД II типу. Для MODY-2 характерний низький ризик судинних ускладнень. Підтипи MODY-4, MODY-6, MODY-7 проявляються у формі інсулін незалежного ЦД, але зустрічаються дуже рідко і тому не мають практичного значення. Для постановки діагнозу «діабет зрілого типу у молодих» обов'язково потрібна наявність прямих родичів з будь-яким порушенням рівня глікемії. Достовірно визначити тип MODY-діабету можна лише за допомогою молекулярно-генетичного дослідження (ПЛР - полімеразна ланцюгова реакція), що підтверджує наявність мутацій в тому чи іншому гені.

Висновки: Знання особливостей перебігу різних варіантів ЦД типу MODY дозволяє своєчасно виявити захворювання, провести необхідний комплекс діагностичних досліджень, призначити адекватну етіотропну та патогенетичну терапію та знайти раціональні шляхи для профілактики захворюваності у наступних поколіннях.

М.А. Новрузов,

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ВИПАДКІВ СМЕРТІ ВІД ДІЇ АТМОСФЕРНОЇ ЕЛЕКТРИКИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ураження атмосферною електрикою (при дії блискавки) спостерігаються значно рідше, що обумовлено, на наш погляд, зміною способу життя сучасної людини, віддаленням його від природи, повсюдною урбанізацією. В загальній структурі смертності від електротравми смерть від дії природного електроструму (блискавки) складає 10- 20 % (Піголкін Ю.І. 2006). Вражаючими факторами при електротравмі є електричний струм (розряд блискавки), світлова і звукова енергії.

Мета: Провести комплексну оцінку випадків смерті від дії атмосферної електрики.

Матеріали та методи: Для вирішення поставленої мети ми використали ретроспективний статистичний аналіз текстової інформації з документації архіву Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи яка включає опис обставин справи, дослідження одягу та взуття, наявності сторонніх включень, пошкоджень на них, морфологічних змін органів та тканин тіла (наявність характерних ознак : типових та не типових електроміток, ознак швидко насталої смерті), а також інформації про грозову активність з журналів реєстрації погоди Вінницької обласної метеорологічної служби за 1999-2013рр.

Результати дослідження: З 1999 по 2013рр у Вінницькій області від дії атмосферної електрики загинуло 25 осіб. Найбільше у 2005, 2007 та 2013 році – 44%. Переважно події відбувались у липні та серпні місяці.

Наприклад, під час грози 08.08.2007 року на території Гайсинського та Тепликського району загинуло одразу 3 людини .

Найбільша кількість смертей (72%) спостерігалась на території південних районів Вінницької області (Теплицький, Гайсинський, Жмеринський, Могилів-Подільський, Бершадський та Ямпільський райони) які належать до зони лісостепу. У 92,8% потерпілих виявили електромітки. Класичний вигляд (“фігура блискавки”) електромітка мала місце у 53,8%, у вигляді опіків — 30,7%, у вигляді саден — 15,5%. Зміни на одязі та взутті виявлено у 30,7% випадків, а саме одяг був розірваним, зірваним, обпаленим. Іноді зустрічались отвори, щілиновидні розриви з рівними краями. У чотирьох випадках (16%) в ділянці розташування електромітки виявили оплавлені металеві предмети: хрестики, ланцюжки, мобільний телефон. За журналом реєстрації погоди у відповідних місцевостях з 1999 по 2013 рік зареєстровано 497 гроз. Найбільшу грозову активність спостерігали у 2005, 2007, 2013 роках.

Висновки: У 92,8% випадків визначаються характерні ознаки електротравми, в інших випадках діагноз був поставлений з урахуванням обставин. Проведений аналіз вказує на те, що смертність від дії атмосферної електрики залежить від географічної зони та грозової активності. Необхідно відновити серед жителів Вінницької області, особливо південних районів, просвітницьку роботу по правилам поведінки під час грози. За умовою грозової активності, при виході з дому на відкриту місцевість, бажано залишати вдома металеві прикраси, надавати перевагу одягу без металевих включень, а мобільні телефони тримати окремо від тіла.

Ніколь Машонгаїка Нокузола, Дума Жанет Іоланда

ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ НАПРУГИ В ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Кафедра нормальної фізіології

І.В. Гусакова (к.мед.н., доц.), О.Д. Омельченко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Пропаганда та запровадження здорового способу життя є одним із наріжних каменів сучасної медицини. Особливо актуальним це питання є для студентів-медиків, які в майбутньому будуть нести відповідальність за стан здоров'я населення. Порушення стабільності оточуючого середовища, вимушена зміна місця навчання та висока інтенсивність навчального процесу в медичних університетах часто призводять до змін психоемоційного стану самих студентів-медиків.

Мета: Метою дослідження було оцінити рівні депресії та тривоги в іноземних студентів-медиків, що приїхали з країн Азії та Африки з англомовною формою навчання та порівняти їх з психоемоційними параметрами вітчизняних студентів.

Матеріали та методи: Для діагностики депресії та тривоги використаний тест Голдберга (Goldberger Anxiety and Depression Scales (GADS), англомовна та україномовна версії). Обстежено 94 англомовних студенти II курсу (ч.-53, ж – 41) та 93 вітчизняних (ч.- 35, ж. – 58). Обстеження іноземних студентів проводилось протягом перших 2-х місяців після їх приїзду в Україну.

Результати: Встановлено прояви депресії (≥ 6 балів за шкалою депресії) мають місце у $15,96 \pm 3,78\%$ обстежених іноземців (зокрема, у $11,32 \pm 4,35\%$ студентів-чоловіків та $21,95 \pm 6,47\%$ студенток), тоді як у групі українських студентів даний показник становив $9,68 \pm 3,07\%$ ($p \geq 0,05$).

При аналізі пунктів шкали депресії встановлено, що іноземних студентів турбують труднощі концентрації уваги - $57,45 \pm 5,1\%$, раннє прокидання вранці – $54,26 \pm 5,14\%$ та втрата інтересу до оточуючого середовища – $53,19 \pm 5,15\%$ опитаних. Українських студентів непокоїло раннє пробудження $63,44 \pm 4,99\%$, труднощі концентрації уваги $49,46 \pm 5,18\%$ та нестача енергії $43,01 \pm 5,08\%$.

Високий рівень тривоги (≥ 6 балів за шкалою тривоги) діагностовано у $20,21 \pm 4,14\%$ іноземних студентів (переважно в осіб жіночої статі – $29,27 \pm 7,11\%$), тоді як серед чоловіків відсоток осіб з високою тривогою значно нижчий – $13,21 \pm 4,65\%$, ($p < 0,05$). У групі українських студентів високий рівень тривоги зафіксований лише у $5,38 \pm 2,34\%$ ($p < 0,01$). Вірогідні відмінності встановлено для осіб жіночої статі з високим рівнем тривоги ($29,27 \pm 7,11\%$ для іноземних студенток та $5,38 \pm 2,34\%$ для вітчизняних студенток ($p < 0,01$)).

При аналізі показників шкали тривоги в іноземних студентів встановлено, що їх турбував головний біль або біль в ділянці шиї – $56,38 \pm 5,11\%$, невпевненість у майбутньому ($51,06 \pm 5,16\%$ осіб), та скарги на поганий сон ($48,34 \pm 5,16\%$). У вітчизняних студентів-медиків домінують наступні прояви тривоги: невпевненість у майбутньому – $45,16 \pm 5,16\%$, стурбованість станом здоров'я – $44,09 \pm 5,15\%$ та дратівливість – $41,94 \pm 5,12\%$.

Слід зазначити, що поєднання депресії з високим рівнем тривоги спостерігається у $7,45 \pm 2,715\%$ іноземних студентів та в $3,23 \pm 1,83\%$ вітчизняних студентів відповідно.

Висновки: За результатами тесту GADS, кожен шостий іноземний студент-медик, має прояви депресії, а кожний п'ятий - підвищений рівень тривоги, тоді як у вітчизняних студентів, відповідно, кожний двадцятий та десятий. Зміни вищезазначених психоемоційних показників переважають в осіб жіночої статі.

І.В.Олійник, С.Р.Сорбало
БРОНХІАЛЬНА АСТМА
Кафедра патофізіології
Т.А. Панченко (ас.)

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

Актуальність: Бронхіальна астма (БА) уражає усі вікові категорії населення, та при неефективному контролі призводить до значного порушення якості життя, а у частини хворих призводить до смерті. Поширеність БА коливається залежно від регіону і складає в середньому від 5-15%, причому захворюваність неухильно росте.

Мета: Слово «астма» у перекладі грецького означає «ядуха», «важке подих». Бронхіальна астма - це хронічне запалення дихальних шляхів (нерідко алергічної природи), головною ознакою якого є напад ядухи, що виникає внаслідок звуження просвітку гладкою мускулатури бронхіального дерева і набряку слизової оболонки бронхів, що зумовлює надходження недостатньої кількості повітря до легень. Внаслідок цього з'являються такі найпоширеніші симптоми астми як задишка, утруднене подих, почуття здавленності у грудях, свистячі хрипи, і навіть кашель, закладеність носа й навіть подразнення слизової оболонки очей.

Матеріали і методи: Спірометрія. Рентген. визначення обсягу форсованого видиху за секунду (ОФВ1) й життєвої ємності легких (ЖЕЛ). Провокаційна проба з метахоліном — це інгаляція з підвищеною концентрацією речовин, які викликають звуження дихальних шляхів в осіб, які чутливі до цього. Негативний результат даного тесту вказує на те, що особа не хвора на астму.

Результати: Статистичні дослідження показали, що захворюваність бронхіальною астмою у 2015 році зменшилася на 4,9 %, або з 24,7 до 23,5 на 100 тис. дорослого населення. Найбільша захворюваність бронхіальною астмою в Україні спостерігалася у Дніпропетровській – 37,6; Запорізькій – 41,4; Харківській – 37,9; Херсонській областях – 33,9 на 100 тис. дорослого населення.

Висновки: Отже, підсумовуючи вище сказане можна сказати, що бронхіальна астма це хронічне захворювання, яке важко піддається лікуванню та має нападоподібний характер. Враховуючи усі ці дані, результати лікування та статистику можемо сказати, що захворюваність на бронхіальну астму зменшилась на 4,9% .

Г.І. Ордак, М.Д.Тимочко
**ДОСЛІДЖЕННЯ ЕТІОЛОГІЇ, ПАТОГЕНЕЗУ, КЛІНІЧНИХ ПРОЯВИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ
ЕЛЕРСА-ДАНЛОСА**

Кафедра патологічної фізіології
С.Г. Полінкевич (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність: синдром Елерса-Данлоса являє собою цілу групу системних захворювань, які вражають сполучну тканину. Цей синдром розвивається через спадковий дефект, який призводить до порушення синтезу колагену. Серйозність симптому залежить від конкретної мутації, вона може бути як помірною, так і небезпечною для життя. Складність верифікації та наявність легких форм утрудняє отримання достовірних даних про справжню поширеність даного синдрому: частота діагностування випадків синдрому середньої важкості становить 1:5000 новонароджених, а важких форм – 1:100000.

Мета: вивчити основні ланки патогенезу, клінічної симптоматики та лікування синдрому Елерса-Данлоса.

Матеріали і методи: аналіз даних літературних джерел.

Результати: основна клінічна симптоматика цього захворювання проявляється у вигляді певних порушень в суглобах та з боку шкірних покривів, для яких характерна гіперрозтяжність. В основі порушень синтезу колагену лежать мутації в генах, що кодують цей процес. Захворювання успадковується за аутосомно-домінантним або аутосомно-рецесивним типом. У першому випадку синдром Елерса-Данлоса швидше за все безпосередньо передається від батька дитині. У другому - така ймовірність в рази менша.

У деяких хворих визначаються невеликих розмірів підшкірні вузлики у вигляді кіст. Вони легко пальпуються на передпліччях і гомілкях. Виникнення цих вузликів пов'язане з порушенням кровообігу і фіброзними новоутвореннями підшкірних часточок, які в подальшому кальцифікуються. Дефекти судинних стінок викликають кровотечі, гематоми, екхімози. Суглоби при синдромі відрізняються гіпермобільністю. Її можна визначити за допомогою шкали рухливості суглобів (Бейгтона). Також хворим суглобам властиві часті підвивихи і вивихи, в тому числі і вроджені вивихи стегна та артралгії хронічного характеру. При синдромі Елерса-Данлоса під час проведення оперативного втручання видаляють псевдопухлини, проводять хірургічну корекцію грудної клітини в результаті кіфозу.

Хворим з синдромом Елерса-Данлоса рекомендується білкова дієта. Призначаються фізіотерапевтичні процедури, лікувальна фізкультура та масаж. Медикаментозна терапія включає призначення амінокислот, вітамінів групи В, Е, С, D, мінеральних комплексів, місцево та пероральне застосування хондроїтину сульфату, тропічних препаратів, глюкозаміну. Ці засоби приймаються протягом одного або двох місяців, два-три рази на рік. Прогнозування синдрому Елерса-Данлоса в основному залежить від типу аномалії.

Висновок: поглиблене вивчення даної патології є актуальним та перспективним.

І.О. Остапенко, Н.Д. Аль-Надаві

**ДИСФУНКЦІЯ ПРОЦЕСІВ НАВЧАННЯ, КОРОТКОЧАСНОЇ ТА ДОВГОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ ПРИ
ПІКРОТОКСИНОВОМУ КІНДЛІНЗІ**

Кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології імені В. В. Підвисоцького

Р.С. Вастьянов (д.мед.н., проф.)

Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність: Розвиток хронічної судомної активності супроводжується порушенням моторної та інших типів поведінки тварин, що має також й клінічне підтвердження. Прогресуюча гибель нейронів спричиняє розвиток низки несприятливих нейромедіаторних ефектів, які разом із посиленням та частішанням судомних нападів трансформуються в інший спосіб. Дослідження патогенетичних механізмів хронічного епілептогенезу мають бути продовжені для розробки профілактичних міроприємств та методів комплексної фармакокорекції сформованих порушень.

Мета: дослідити динаміку вироблення умовної реакції активного уникнення (УРАУ), а також вираженість процесів навчання та пам'яті в шурів в умовах пікротоксин (ПКТ)-індукованої моделі хронічної судомної активності.

Матеріали та методи: Фармакологічний кіндлінг у шурів відтворювали за загальноприйнятою методикою щоденними одноразовими введеннями ПКТ. УРАУ відтворювали загальноприйнятним методом шляхом суміщення умовних (УС) та безумовних стимулів (БС). На цій моделі оцінювали вираженість процесів навчання, коротко- та довгострокової пам'яті.

Результати: В процесі формування ПКТ-індукованого кіндлінг, починаючи з 10-го введення конвульсанту, кількість суміщень УС і БС, необхідних для вироблення УРАУ (*процес навчання*), суттєво зростало ($p < 0.05$). Через 8 діб з початку відтворення кіндлінгу відзначено зростання кількості суміщень УС і БС, необхідних для виникнення УРАУ через добу з моменту вироблення умовного рефлексу (*короткострокова пам'ять*, $p < 0.05$). Кількість суміщень УС і БС, необхідних для виникнення УРАУ через 7 діб з моменту вироблення умовного рефлексу, зростала, починаючи з 6-ї доби досліду (*довгострокова пам'ять*, $p < 0.05$).

Висновки: Кіндлінг є адекватною моделлю епілептогенезу, в ході відтворення якої формуються поведінкові,

емоційні, рухові та ін. порушення. Наші дані свідчать про розвиток в динаміці кіндлінгу когнітивних розладів у вигляді амнестичних ефектів, які проявляються погіршенням процесу навчання, а також редукції об'ємів коротко- та довгострокової пам'яті. Урахування когнітивних розладів має стати підставою для корекції патогенетично обгрунтованої терапії хронічного судомного синдрому з акцентом на посилення ноотропного компоненту. Не слід також відкидати депресивний компонент патогенезу епілепсії, для якого характерні порушення процесів пам'яті та навчання, оскільки показаним є взаємозв'язок епілепсії та депресії, що також слід враховувати при складанні схеми комплексного патогенетичного лікування хронічного судомного синдрому.

Е.А. Павличук, Л.Г. Огнева

ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К УЧЕБНОЙ НАГРУЗКЕ

Кафедра патологической физиологии имени Д.Е. Альперна

О.В. Николаева, (д.мед.н., проф.)

Харьковский национальный медицинский университет,

г. Харьков, Украина

Актуальность: Наиболее сложной и многообразной является реактивность человека, для которой характерна зависимость деятельности органов и систем от социальных факторов, что позволяет с уверенностью говорить об их социальной опосредованности. Адаптация студентов к новым социальным условиям, связанным с обучением в вузе, новым кругом общения, новыми формами обучения, новыми требованиями к овладению знаниями имеет свою специфику.

Цель исследования. Определить уровни адаптации и среди студентов-медиков. Выявить психофизиологическое состояние здоровья студентов, проживающих в разных бытовых условиях. Раскрыть механизмы, лежащие в основе реактивности, поскольку от них зависит сопротивляемость и устойчивость организма к воздействию болезнетворных агентов. Наибольшее воздействие на проявления реактивности оказывают гормоны передней доли гипофиза (тропные гормоны), стимулирующие секрецию гормонов коры надпочечников.

Материалы и методы. Объектами наблюдения были студенты 1 – 3 курсов Харьковского национального медицинского университета (264 студента). Индекс физического здоровья включал в себя данные психологического тестирования и исследование количества кортизола и иммунограмм.

Результаты. В результате проведенного исследования были выделены две группы студентов. Первая группа - студенты с устойчивой достаточной адаптацией (52%). Почти все они занимаются дополнительной двигательной активностью организованно. Вторая группа студентов (48%) отличалась слабыми адаптационными возможностями.

Адаптация студентов медицинского вуза к учебной нагрузке сопровождается умеренной (средней) тревожностью, однако часть студентов (38,4%) испытывает высокую ситуативную тревожность, при этом высокая личностная тревожность выявлена лишь у 34,3% студентов. Такие перегрузки становятся иногда причиной стрессов, которые могут приводить к срыву адаптации.

К третьему курсу обучения в медицинском вузе большая часть студентов (77,9%) полностью адаптирована к учебным нагрузкам и окружающей среде за счет активации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что указывает на использование более экономного для организма пути адаптации. При сравнении зависимости уровней тревожности от уровня кортизола в крови установлено, что у приезжих студентов уровень кортизола выше нормальных показателей, что указывает на напряжение регуляторных систем, обеспечивающих приспособление к новому образу жизни.

Выводы. Успешность адаптации студентов к учебной деятельности зависит не только от морфофункционального и психофизиологического развития, эмоциональной и интеллектуальной саморегуляции, а также от физиологической реактивности, которая различна у людей с разным типом нервной системы.

А.В. Плужник

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОМОРФОЛОГІЇ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ

Кафедра патологічної анатомії

А.М. Березовський (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гіперпластичні процеси ендометрія досить поширені явища серед жінок та є однією із основних причин розвитку раку. Доброякісні захворювання ендометрія займають одне з провідних місць в структурі гінекологічних захворювань. Саме вони обумовлені перш за все високим ризиком малігнізації та проблемами,

пов'язаними з порушенням менструального циклу, дисфункціональними матковими кровотечами та анемією жінок.

Мета: Вивчення фактори розвитку гіперпластичних процесів та їх наслідки.

Матеріали: Робота виконувалась як підготовчий етап для дослідження причин, які здатні викликати захворювання та перебіг розвитку патології у жінок. Матеріалом для виконання роботи використовувалась сучасна література патологія гінекології В.М. Запорожан, М.Р.Цегельський, медичні статті з журналів Акушерство і гінекологія 2005, Гінеколог 2004.

Результати: Згідно з рекомендаціями Міжнародного товариства гінекологічних патологів, ВООЗ затверджено класифікацію гіперплазій ендометрія, яка включає 4 основні стани, які між собою мають патоморфологічну різницю. Кожний стан гіперплазії має свої особливості у діагностиці та лікуванні, тому для того щоб попередити розвиток кожного із станів даної патології слід ретельно розглянути та зробити аналіз для вискоєфективної профілактики та лікування. Гіперплазія ендометрія характеризується тривалим і рецидивуючим перебігом та відсутність специфічних симптомів, що зумовлюють складнощі для диференціальної діагностики на ранніх етапах.

Висновок: Враховуючи велику актуальність цієї проблеми потрібно звернути особливу увагу на клінічні прояви: нерегулярні або надмірні маткові кровотечі, вагінальні виділення, біль в животі, тривалі та важкі менструальні цикли, що дають підставу для виявлення гіперпластичних процесів. Крім того, гіперплазія ендометрія нерідко співіснує з такими захворюваннями, як міома матки, аденоміоз, які мають власні клінічні прояви (поєднання патології ендометрія і міометрія)

О.А. Польова, О.С. Ковальчук

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНЕ ВІДДЗЕРКАЛЕННЯ ПОСІДНАГО ВПЛИВУ ТОКСОПЛАЗМОЗУ ТА ЦИТОМЕГАЛІЇ НА ПЛІД

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.Т. Рауцкієне (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В наш час у всіх країнах світу спостерігається підвищення захворюваності такими внутрішньоклітинними опортуністичними інфекціями як токсоплазмоз та цитомегалія. Вони частіше зустрічаються у хворих на СНІД та вірусним гепатитом. Відома їх пагубна дія на плід у вагітних, але відомості про особливості подвійного впливу на плід ми в літературі не зустрічали.

Мета: Визначити патоморфологічні особливості рідкісного випадку подвійного впливу токсоплазмозу та цитомегалії у новонародженого, який помер в перші дні життя.

Матеріали та методи: Для морфологічного дослідження використано кропію померлої новонародженої дитини від матері, в якій виявлено рідкісне подвійне інфікування- паразитом *Toxoplasma gondii* та цитомегаловірусом.

Результати: Визначені особливо значні не сумісні з життям патоморфологічні зміни в головному мозку, які заключались в наявності кіст великих розмірів з чіткими, а іноді розрихленими контурами стінки. У фрагментах збереженої тканини мозку виявлялась значна і нерівномірно виражена лімфоїдна інфільтрація та повнокрів'я. Характерним був периваскулярний та загальний набряк тканини. Останній відокремлював ще збережену, але дистрофічно змінену тканину мозку від поширених, що охоплювали декілька полів зору, осередків ішемії і некрозу. В ділянках периваскулярного набряку і деструктуризації тканини мозку визначались різних розмірів макрофаги з жовтуватою цитоплазмою та різної інтенсивності фарбування та форми ядром. В зонах ішемії переважають макрофаги великих розмірів із включенням в цитоплазмі структур паразита, що в них розмножується. Дещо іншого характеру розвивались морфологічні зміни в нирках. Вони були більш характерними для цитомегаловірусної інфекції і заклечались в розвитку гігантоклітинної трансформації клітин епітелію звивистих каналців, яка була поширеною і різного ступеня вираженою. Навколо змінених каналців спостерігався набряк або інтенсивна лімфоїдноклітинна інфільтрація. Змінені епітеліоцити нагадували «око сови». В печінці мав місце значний набряк з розширенням перисинусоїдальних просторів, нерівномірне повнокрів'я та дезінтеграція балок гепатоцитів. Гігантоклітинна трансформація траплялась лише в окремих жовчних проточках. В легнях визначалась тяжка інтерстиціальна пневмонія. В деяких альвеолоцитах визначались зміни подібні до макрофагів головного мозку із подібними неядерними включеннями.

Висновки: При подвійному інфікування вагітних (токсоплазмозом та цитомегалією) в організмі новонародженого виявлені несумісні з життям морфологічні зміни головного мозку, нирок, легень. При цьому токсоплазмоз найбільше пошкоджує головний мозок, а цитомегалія нирки, тобто зберігається стандартна органотропність збудників.

С.І. Поніна
ПРОГРЕСУВАННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

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

Актуальність: Атеросклероз називають сучасною чумою людства. За останні роки значно збільшилась смертність (до 70%) від ішемічної хвороби серця (ІХС), головною причиною розвитку якої є атеросклероз. Характерною рисою захворювання є послідовне ураження судин, яке швидко прогресує у хворих на цукровий діабет.

Мета: Вивчення проявів атеросклерозу, пояснення причин, стадій розвитку та ускладнень у хворих на цукровий діабет.

Матеріали та методи: Матеріалами для досліджень слугувало 97 протоколів патолого-анатомічних досліджень Закарпатського обласного бюро судово-медичної експертизи за 2014-2015 рр.; секційний матеріал черевного відділу аорти.

Результати: Смерть від атеросклерозу настає у непрацездатному віці, а кількість померлих жіночої статі за останні два роки переважає кількість померлих чоловічої статі, також зафіксовано, що у 9% померлі страждали як на цукровий діабет, так і на атеросклероз. Досліджуючи секційний матеріал черевного відділу аорти, виявлено, що найчастіше у хворих атеросклероз зустрічався на стадіях атероматозу, виразкування та атерокальцинозу, що свідчить про швидке прогресування хвороби на фоні цукрового діабету.

Висновок: Атеросклероз — це хронічне захворювання, яке виникає в результаті порушення жирового та білкового обміну, характеризується ураженням артерій еластичного і еластично-м'язового типу у вигляді вогнищового відкладення в інтимі ліпідів та білків і реактивного розростання сполучної тканини, що призводить до звуження їх просвіту. Характерною рисою захворювання є послідовне ураження судин, яке швидко прогресує у хворих на цукровий діабет.

С.І. Поніна, Я.М. Демчишин
СТРУКТУРНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ

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

Актуальність: Сьогодні цукровий діабет 2-го типу і атеросклероз становлять важливу медико-соціальну проблему через значну поширеність, хронічний перебіг, серйозні ускладнення, що призводять до інвалідності та високих показників смертності

Мета: Виявити структурні зміни слизової шлунка при експериментальному атеросклерозі (класична методика Анічкова) і цукровому діабеті 2-го типу (дексаметазонова модель).

Матеріали та методи: Для відтворення експериментальної моделі атеросклерозу та цукрового діабету 2-го типу всі піддослідні тварини були розділені на 3 груп по 10 щурів: 1 - інтактні, 2 - щури, яким моделювався атеросклероз, 3 група - щури, яким моделювався цукровий діабет.

Результати: Масометричне дослідження показало, що протягом експерименту змінювалася маса піддослідних тварин та їх органів. Так при експериментальному атеросклерозі маса тіла зменшилася на 15%, а при експериментальному діабеті - на 20%. Маса шлунка тварин з експериментальним атеросклерозом була на 1,3% менше порівняно з масою органу інтактних тварин. Маса шлунка при експериментальному цукровому діабеті була на 33% менше в порівнянні з інтактною групою. Для гістологічного дослідження брали слизову дна шлунка. При експериментальному атеросклерозі зменшується кількість залоз шлунка, наявна дисплазія по типом атрофії. Спостерігаються поодинокі ерозії і склероз підслизового шару. Експериментальний цукровий діабет призводить до дистрофічних змін у слизовій оболонці, часто зустрічаються ерозії і виразки.

Висновок: Сьогодні проводиться багато досліджень, присвячених вивченню морфологічних змін клітин і тканин шлунка при патологічних станах, а саме: атеросклерозі і цукровому діабеті 2-го типу. Патологічні процеси, якими супроводжується атеросклероз і цукровий діабет, призводять до зміни структури, маси і розмірів шлунка.

О.А. Поплавська, В.Л. Зарудня
**ОСОБЛИВОСТІ ТИПУ МИСЛЕННЯ У ЛЮДЕЙ З РІЗНИМ ТИПОМ МОТОРНОЇ АСИМЕТРІЇ
ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

Кафедра нормальної фізіології
О.В. Власенко (асп.), С.В. Коновалов (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Специфіка функціональної асиметрії особистості часто реалізується у особливостях сприйняття нею стимулів зовнішнього середовища, особливостях обробки інформації, специфіці типу мислення. Актуальним є вивчення взаємозв'язку між психічними і моторними проявами латералізації півкуль головного мозку для кращого розуміння міжпівкульної взаємодії.

Мета: Дослідити наявність (відсутність) взаємозв'язку між моторною асиметрією півкуль головного мозку та типом мислення (абстрактно-логічний, просторово-образний, змішаний тип) у студентів-медиків II курсу.

Матеріали і методи: Для визначення типу моторної асиметрії використана "Методика визначення моторної асиметрії головного мозку", для діагностики специфіки типу мислення - методика Торренса. Обстежено 100 студентів-медиків віком від 17 до 21 року (осіб чоловічої статі -50, жіночої -50).

Результати: Встановлено, що кількість студентів з домінуванням моторної кори лівої півкулі ("правші") більша, ніж правої ("шульги") – відповідно $65\pm 4,77\%$ і $35\pm 4,77\%$. При цьому серед осіб чоловічої статі - $62\pm 6,86\%$ праворуких і $38\pm 6,86\%$ ліворуких, серед осіб жіночої статі - $68\pm 6,6\%$ праворуких і $32\pm 6,6\%$ ліворуких. Більша частина опитуваних має змішаний тип мислення - $73\pm 4,44\%$ ($76\pm 6,04\%$ - серед чоловіків і $70\pm 6,48\%$ - серед жінок), у $15\pm 3,57\%$ - просторово-образний тип мислення (у $12\pm 4,6\%$ жінок і $18\pm 5,43\%$ чоловіків), у $12\pm 3,25\%$ - абстрактно-логічний (у $12\pm 4,6\%$ і чоловіків, і жінок). Як у правшів, так і у шульгів переважає змішаний тип мислення – відповідно $47\pm 6,19\%$ ($42\pm 7\%$ у жінок і $52\pm 7\%$ у чоловіків) і $26\pm 7,4\%$ (у дівчат – $28\pm 6,35\%$, у хлопців – $24\pm 6,04\%$). Взаємозв'язок між моторною асиметрією півкуль головного мозку і типом мислення спостерігається лише у $19\pm 3,92\%$ опитуваних осіб: серед обстежуваних відношення "правша - абстрактно-логічний тип" спостерігається у $11\pm 3,13\%$ (серед жінок у $10\pm 4,24\%$, серед чоловіків у $12\pm 4,6\%$, "шульга - просторово-образний тип" – у $8\pm 2,71\%$ (у $8\pm 3,84\%$ як жінок, так і чоловіків).

Висновки: Результати дослідження свідчать про відсутність вираженого взаємозв'язку між моторною асиметрією півкуль головного мозку та типом мислення. Тобто можна зробити висновок про недоцільність ствердження, що моторна асиметрія мозку дає змогу визначати тип мислення людини або її творчі і аналітичні здібності. Проте формування функціональної асиметрії півкуль має безперечний зв'язок із віковими особливостями сприйняття інформації й мислення, що лежать в основі формування типологічних особливостей особистості.

Б.В. Плотиця

СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ ЯК ДЖЕРЕЛО ЛІКУВАННЯ СІМЕЙ ПОРОДІЛЬ ВІННИЦЬКОГО РЕГІОНУ

кафедра медичної біології, генетики, паразитології; кафедра фармації
В.В. Родінкова (д.біол.н., доц.); Т.Б. Васенко (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Стовбурові клітини – це неспеціалізовані (малодиференційовані) клітини, які є в організмі людини на всіх етапах його розвитку, починаючи з четвертого дня після запліднення і до глибокої старості. На даний момент стовбурові клітини застосовуються в загальноприйнятих протокольних схемах лікування таких захворювань як лейкози, деякі солідні пухлини, апластичні анемії, природжені порушення метаболізму, у лікуванні серцево-судинних, неврологічних та аутоімунних хвороб, в травматології та ортопедії, репродуктології та реконструктивній хірургії. Питання використання стовбурових клітин ще залишається відкритим, оскільки велика кількість можливих застосувань стовбурових клітин у медичних цілях не з'ясовані достеменно.

Мета: Встановлення сучасних можливостей лікування стовбуровими клітинами в Україні, зокрема, у Вінниці, та визначення шляхів застосування цих клітин.

Матеріали та методи: За даними жіночої консультації м. Вінниці серед вагітних жінок, що звертались протягом 2015-початку 2016 років, було вивчено статистичні дані 282 жінок, хворих на алергію. Усі породілі належали до різних вікових категорій, але найчастіше народжувати жінки 23, 28 та 30 років.

Результати: Статистика вказує на те, що найбільша частка породілів, у яких були проблеми зі здоров'ям, продемонструвала наявність алергій. Була визначена залежність між віком породілів та наявністю певного виду алергії. Дослідження властивостей стовбурових клітин і консультація з українським Інститутом клітинної терапії показали, що стовбурові клітини, отримані з плаценти та пуповинної крові новонароджених, можуть бути використані в цілях лікування алергій, позаяк мають протиалергічні властивості.

Висновки: Стовбурові клітини можуть бути придатними як для лікування дитини, під час народження якої були взяті, так і для її кровних братів, сестер, та батьків. Незважаючи на те, що їх можна зібрати лише один раз, зібрані клітини придатні до використання навіть після кількох десятків років зберігання, і така можливість доступна жителям України.

О.О. Равчук, А.К. Макогон
**МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПАТОГЕННО ІНДУКОВАНОГО АПОПТОЗУ ГЕПАТОЦИТІВ
ПРИ ХРОНІЧНОМУ ВІРУСНОМУ ГЕПАТИТІ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.О. Гаврилюк (д.мед.н., проф.)

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

Актуальність. Останнім часом все більшу увагу фахівців привертає нове явище – апоптоз – це регульована або запрограмована смерть клітин, що виникає під дією внутрішніх або зовнішніх чинників і проявляється глибоким порушенням енергетики клітини, руйнуванням ДНК і втратою клітиною частини генетичного матеріалу. Апоптоз урівноважує дію клітинної проліферації, регулює видалення уражених, старих та інфікованих клітин. Апоптоз є фундаментальним процесом регулювання імунної системи. Таким чином, апоптоз – це універсальний біологічний механізм пошкодження клітин печінкового і кістковомозкового походження при гепатиті С і В та іншого етіологічного генезу. Пригнічення чи неадекватне підсилення апоптозу призводить до виникнення патологічних змін органів і тканин, доказана пряма апоптична дія білків HCV і HBV у процесі її реплікації на клітини. А це свідчить про функціональне пошкодження імунної системи у хворих на ХГС і ХГВ. Апоптоз інфікованих лімфоцитів, активованих як частина вірусспецифічної імунної відповіді, призводить до їх видалення, що порушує противірусну активність імунної системи і сприяє розвитку персистенції вірусів і хронізації інфекційного процесу.

Мета. Вивчити гістологічні та імуногістохімічні прояви апоптозу гепатоцитів в біоптатах печінки у хворих хронічним вірусним гепатитом.

Матеріали і методи. Патогенно-індукований апоптоз гепатоцитів вивчали в трепанобіоптатах печінки у хворих на хронічний вірусний гепатит В і С у 18 хворих. Основні патогістологічні зміни в печінці досліджувались в серійних парафінових зрізах біоптатів, забарвлених гематоксиліном і еозином. Імуногістохімічне визначення експресії про- та антиапоптотичних білків проводилось з використанням моноклональних антитіл *Moa-Hup53 Protein* та з використанням моноклональних антитіл до каспази-3 *Moa-HuCaspaseAb-3, Clone3CSP03* (фірми «ThermoFisherScientificInc.», США) та системи візуалізації DAKOEnVision+ з діамінобензидином («ДАКО» – Данія).

Результати. При мікроскопії біоптатів печінки хворих на хронічні вірусні гепатити визначили патогенно індукований апоптоз поодиноких гепатоцитів, нерідко вдається розрізнити фазу апоптозу. В ранній ефекторній фазі апоптозу спостерігається конденсація хроматину і пікноз ядра з наявністю виступів каріолеми (ядро у вигляді тузової ягоди) при збереженому ядерці або визначаються тільки Каунсілмена, які частіше за все являють собою зморщені еозинофільні гепатоцити неправильної форми з інтенсивно гіперхромним ядром внаслідок каріопікнозу. Проявом пізньої фази апоптозу є конденсація і еозинофілія цитоплазми гепатоцита з наявністю в ній дрібних гіперхромних фрагментів ядра (ядерних апоптотичних тілець) внаслідок каріорексису. Фаза ініціації апоптозу, рання та пізня його ефекторна фаза також ідентифікуються при імуногістохімічному визначенні багатьох проапоптотичних і антиапоптотичних білків та ферментів. Для ідентифікації апоптозу гепатоцитів нами імуногістохімічно досліджена експресія проапоптотичного білка p53 та каспази-3 - ферменту ефекторної фази апоптозу. Проведені імуногістохімічні дослідження біоптатів печінки хворих на ХВГ В, С і В+С дали змогу виявити експресію p53 в ядрах гепатоцитів, при цьому, як при низькій, так і при високій гістологічній активності хронічного вірусного гепатиту, p53 позитивні гепатоцити малочисельні і виявляються в основному на периферії імуноклітинних «ступінчастих некрозів».

Висновки. Проведені нами дослідження показали, що при ХВГ апоптоз поодиноких гепатоцитів спостерігається рідше, ніж апоптоз гепатоцитів у вогнищах імуноклітинного кілінгу, але саме апоптоз поодиноких гепатоцитів є проявом вірусобумовленої деструкції печінки, в той час як апоптоз гепатоцитів у вогнищах імуноклітинного кілінгу відноється до імуноклітинної деструкції печінки. Найбільш надійним імуногістохімічним маркером апоптоза гепатоцитів є експресія каспази-3, яка свідчить про незворотню апоптотичну деградацію клітини.

А.В. Распутіна, М.М. Шверид

ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ ТА ПРАВОВА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р.Г. Жарлінська (к.е.н., доц.)

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

Актуальність: За даними Головного бюро судово-медичної експертизи МОЗ України, експертизи за «лікарськими справами» становили 18 % від загальної кількості комісійних експертиз по країні. Перше місце серед них займали справи із звинувачення хірургів (39,4 %), друге – акушерів-гінекологів (28,5 %), третє – педіатрів (10,7 %). Порушувались кримінальні справи і проти терапевтів у 8,3%, лікарів інших спеціальностей – 11,7 %, а також проти середніх медичних працівників – 1,4 %. Отже, правові аспекти лікарських помилок є актуальними і потребують вирішення.

Мета: проаналізувати дані літератури щодо поширеності розглядів юридичних справ з приводу правової

відповідальності щодо позовів до лікарів.

Методи та матеріали: бібліосемантичні, діалектичні (аналіз, синтез, індукція і дедукція), порівняння.

Результати: Залучення до юридичної відповідальності - кримінальної або цивільно-правової - вимагає доведення провини, наявності причинно-наслідкового зв'язку з настанням шкоди. Для визначення дефектів у наданій медичній допомозі чи послугі, судом беруться до уваги чинні стандарти та протоколи з певної спеціальності та призначається експертиза. Якісна медична допомога має надаватися в повній відповідності до стандартів діагностики та лікування тієї чи іншої хвороби. У разі лікарської помилки повинні бути встановлені недоліки надання медичної допомоги, невідповідність дій медичного працівника існуючим в сучасній медицині правилам, нормам, стандартам. Найбільш вагомим доказом наявності чи відсутності дефектів у наданні медичної допомоги є судово-медична експертиза. Експерт чи група експертів надають свій висновок на підставі наданої медичної документації. За результатами дослідження, нам стали відомі дані оцінки 1513 первинних медичних документів: У 36,4 % документів, що аналізувались, були виявлені грубі або суттєві порушення правил їх ведення, як-от: недбалість, неповнота, недопустима короткість щоденників, непослідовність викладення, відсутність даних динамічного спостереження, формулювання діагнозів без врахування сучасної класифікації хвороб, відсутність епікризів, результатів багатьох аналізів, листків призначень тощо. Усе це виключало (у 28,7 % випадків) або значно утруднювало (у 71,3 %) можливість прослідкувати тактику лікуючого лікаря та його думку про захворювання з урахуванням динаміки клінічного обстеження і спостереження, інших даних. У 2,6 % випадків виявлені факти прямої фальсифікації медичної документації, записи неправдивих даних про належне надання медичної допомоги. Ці недоліки ведення медичної документації можуть дати підставу на притягнення лікарів до відповідальності різних видів (адміністративної, дисциплінарної, цивільної та кримінальної).

Висновки: робота лікаря потребує сумлінного виконання своїх професійних обов'язків, акуратного та чіткого ведення медичної документації, обґрунтування зміни терапії, діагнозів, що у великій мірі захищає лікаря від можливого притягнення до різних видів відповідальності.

В.П. Рауцкіс

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СІМ'ЯНИКІВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ ПРИ ПОСТІЙНОМУ ВЖИВАННІ РАУНДАПСТІЙКОЇ ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНОЇ СОЇ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.О. Гаврилюк (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Генетично модифікована (ГМ) соя містить багато білків (до 40%), поліненасичених кислот, вітамінів, мікроелементів. Її включають до багатьох харчових продуктів, в тому числі й тих, що використовуються у харчуванні дітей, але остаточної думки щодо її безпеки ще не сформульовано. Ця проблема турбує науковців всієї планети. Останнім часом в науковій літературі з'явилась інформація про негативний вплив ГМ сої на репродуктивну здатність самців гризунів [Ермакова, 2009, Кулик, 2013] та чоловіків.

Мета: Провести експериментальне дослідження та вивчити морфофункціональні зміни ячок білих щурів четвертого покоління, які постійно споживали ГМ сою у кількості 15-20 % від всього раціону за сирим протеїном.

Матеріал та методи: Для дослідження використано 10 самців масою тіла 180-200 г, які представляли четверте покоління білих щурів, що постійно споживали ГМ сою (експеримент тривав три роки). Крім того, 5 самців служили контролем. Тварин забивали шляхом декапітації і забирали ячки. Шматочки тканини ячок фіксували, проводили через батарею спиртів і заключали в парафін за загально визнаною методикою. Зрізи тканини ячок фарбували гематоксилін-еозином і досліджували під мікроскопом.

Результати: Поряд із тваринами, що мали нормальну гістологічну будову, у окремих піддослідних самців спостерігалась водянка ячка з розповсюдженням лімфостазу на паренхіму, що супроводжувалося клітинним спустошенням прилеглих сім'яних каналців. У деяких самців спостерігались вогнища організації міжканальцевого вмісту, що призводило до деформації контурів та звуження просвіту каналців. У інших тварин в ячках траплялись зони особливо значного повнокрів'я з крововиливами та ознаками їх організації. Паралельно зустрічались осередки малокрів'я і набряку та зменшення в стромі кількості гормонально активних клітин Лейдига. В просвіті сім'яних каналців в таких ділянках виявлялись глибокі безядерні маси на фоні зменшення висоти сперматогенного епітелію. У деяких випадках визначались ознаки пошкодження гематотестикулярного бар'єру, що проявлялось підепітеліальним набряком з колапсом каналців, також з лімфоїдною інфільтрацією склерозованої строми. В таких осередках характерним був розвиток аутоімунного запалення. Про зниження функції сім'яників свідчили також сім'яні каналці, заповнені гомогенними щільними еозинофільними масами, в яких епітелій був ущільненим або повністю відсутнім. Траплялись випадки з повною дезорієнтацією клітин сперматогенного епітелію та вираженим склерозом строми.

Висновки: Раундапстійка генетично модифікована соя при постійному вживанні викликає значні морфофункціональні зміни в сім'яниках білих щурів четвертого покоління: дистрофія та некроз клітин

сперматогенного епітелію, ознаки аутоімунного запалення, дезорієнтація клітин сперматогенного епітелію зі звуженням просвіту сім'яних каналців та склероз строми. Вони свідчать про зниження репродуктивної функції.

Т.О. Рекун

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ ВИСТИЛКИ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ ЗОНИ

Кафедра гістології, цитології, ембріології.

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

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день ембріональне походження базального шару стравоходу залишається не з'ясованим, хоча існують припущення, що це відбувається з похідних стовбчастих клітин, прямі докази цього відсутні.

Мета: Встановити закономірності розвитку та становлення клітинних диферонів епітелію гастроєзофагальної зони.

Матеріали та методи: Проаналізовано 48 джерел іноземної та 31 вітчизняної літератури що до вивчення диференціації, детермінації епітеліальної вистилки гастроєзофагальної зони.

Результати: Війчасті клітини з'являються в середній третині і поширюються рострально і каудально й приблизно на десятому тижні один шар стовбчастих клітин заповнює обидва кінці стравоходу. Через 5 місяців, багатошаровий плоский епітелій спочатку з'являється в середній третині стравоходу і розповсюджується до рострального і каудального відділу, замінюючи війчасті клітини. Ці дослідження чітко описують заміну одного типу епітелію іншим, але процес не був вивчений щодо клітинних ліній (диферонів), так що невідомо, чи ця заміна обумовлена прямим перетворенням стовбчастих клітин у базальні епітеліоцити (трансдиференціювання) або внаслідок проліферації однієї популяції камбіальних клітин-попередників. Ще більш загадковим питанням залишається формування зони стравохідно-шлункового переходу (СШП). За даними одних авторів наявність циліндричного епітелію в зоні СШП вважається проявом рефлюксу і розглядається як метапластичний процес, за даними інших дослідників кардіальна слизова оболонка є нормальним проксимальним відділом слизової оболонки шлунка і може мати протяжність від декількох міліметрів до 3-4 см. Неоднозначне трактування залозистого епітелію, що виявляється при морфологічному дослідженні в перехідній зоні пов'язано з тим, що зона переходу у плодів повністю не вивчена. В цілому, перетворення одного клітинного або тканинного фенотипу в інший розглядається як метаплазія, яка може відбуватися як шляхом перетворення стовбурових клітин так і прямою конверсією вже диференційованих клітин. Останні дослідження свідчать про активну участь проміжних філаментів (цитокератинів) і транскрипційних факторів у спеціалізації клітин, морфо-, та органогенезі.

Висновок: Застосування молекулярно-біологічних маркерів є одним з пріоритетних напрямків для подальшого вивчення та розуміння процесів диференціації та детермінації епітеліальних диферонів гастроєзофагального з'єднання.

О.К. Рибак

ЕПІФІЗ: МІФИ ТА РЕАЛЬНІСТЬ

Кафедра анатомії людини

В.О. Тихолаз (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Епіфіз – найменш вивчена залоза внутрішньої секреції, з будовою та функціональною активністю якої пов'язано багато здогадок та міфів. Протягом тривалого часу епіфіз вважався місцем локалізації душі. Дослідження, проведені з другої половини ХХ сторіччя, дозволили спростувати недостовірну інформацію і визначити нові концепції щодо ролі епіфізу в нейрогуморальній регуляції організму людини. Однак складність вивчення, зокрема топографічна незручність, залишають нерозв'язаними певні аспекти фізіології епіфізу.

Мета: Висвітлити основні функції епіфізу та його роль у єдиній системі нейрогуморальної регуляції.

Матеріали та методи: Аналіз літературного матеріалу, сучасних джерел наукової інформації, наукових досліджень епіфізу, його гормонів та їх впливу на організм людини.

Результати: Основними клітинами епіфізу є пінеалоцити. Вони здатні до депонування і виділення гормонів. Пінеалоцити секретують у кров гуморальні регулятори – мелатонін, серотонін та допамін. В епіфізі інформація від нейронів, модифікована умовами освітлення, перетворюється у хімічні сигнали. Отримуючи інформацію про стан зовнішнього фотоперіодизму, епіфіз трансформує її в ендокринну відповідь, продукуючи мелатонін. Мелатонін виконує важливу функцію підтримання гомеостазу. Найбільш важливими фізіологічними проявами дії мелатоніну є посилення метаболізму, вплив на пігментний обмін, регуляція добових та сезонних ритмів, антигонадотропний ефект. Під впливом мелатоніну гальмується секреція гормонів росту та тиреотропного гормону. Мелатонін має антиоксидантний ефект, регулює статеве дозрівання, виконує біоритмологічну

функцію, терморегулює та індукує сон.

Попередником мелатоніну є серотонін, тобто його біосинтез є проміжним етапом в утворенні мелатоніну. Він бере участь в регуляції серцево-судинної діяльності, впливає на проникність судин і є медіатором в процесі нервової діяльності.

Серотонін, як і допамін, відіграє важливу роль в механізмах гіпоталамічної регуляції гормональних функцій гіпофізу.

Допамін є нейромедіатором, що викликає відчуття задоволення, цим самим впливає на процеси мотивації та навчання. Також він відіграє важливу роль у забезпеченні когнітивної діяльності.

Отримані в результаті досліджень біологічно активні речовини епіфізу впливають на електролітичний обмін та регулюють статевий цикл.

Висновки: Епіфіз – метаболічно активний орган, який входить до складу системи внутрішнього біологічного годинника, керує діяльністю ендокринних функцій гіпофізу та гіпоталамусу, регулює метаболізм, сприяє адаптації організму до змінних умов освітлення та відіграє важливу роль у взаємодії організму і середовища. Гормони епіфізу пригнічують біоелектричну активність мозку і нервово-психічну діяльність, надаючи снодійний і заспокійливий ефект.

Т.В.Рижків, Х.З.Живіцька, К.І.Кобаль

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДВРОГОЇ МАТКИ У ЖІНОК ДІТОРОДНОГО ВІКУ

Кафедра нормальної анатомії

Ю.І.Сушко (к.мед.н., ас.), О.М.Мота (к.мед.н., доц.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність. Однією з важливих проблем сучасної медицини є аномалії жіночої статевої системи, які можуть бути причиною безпліддя, викидня, передчасних пологів та інших ускладнень вагітності. Найчастіше зустрічаються такі аномалії, як однорога чи дворога матка. При чому, згідно з літературними даними серед усіх вроджених аномалій статевої системи 5% складає саме дворога матка.

Мета. Вивчити морфологічні особливості дворогої матки у жінок дітородного віку, і простежити зв'язок цієї аномалії з перебігом вагітності та пологів.

Матеріали та методи. Аналіз протоколів ультразвукового дослідження органів малого тазу у жінок дітородного віку. Ультразвукова діагностика проводилась на базі Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (сонограф "ESAOTEMyLab™50").

Результати. Нами було проведено ретроспективний аналіз протоколів 134 ультразвукових досліджень органів малого тазу у жінок, з яких відібрано 13, що належали жінкам дітородного віку (18-45 р.) з дворогою маткою. Середній вік жінок складав 28 років. У 6 випадках (46%) положення матки в anteflexio, у 5 (38%) – retroflexio і 2 (16%) – lateroflexio. Середня довжина матки в оглянутих пацієнток 43 ± 2 мм. Середнє значення передньо-заднього виміру матки дорівнювало 30 ± 3 мм. У 69% жінок спостерігалась симетричність матки, а у 31% - асиметричність. Ехоструктура міометрію у 85% пацієнток – однорідна, у 15% – неоднорідна. Згідно анамнезу 8 (62%) жінок у минулому мали вагітність, 5 жінок (38%) – не вагітніли. Серед них народжували 7 (54%), а у 4 пацієнток (31%) були викидні. З усіх 13 жінок з дворогою маткою, скарги на неможливість завагітніти були у 5 осіб (38%).

Висновки. Отже, дворога матка досить поширена аномалія жіночої статевої системи. Ця аномалія була причиною безпліддя у 5 обстежуваних пацієнток. 7 жінок народили з дворогою маткою. Дана аномалія може супроводжуватись наступними морфологічними змінами (асиметрія, зміна положення матки, зміна ехоструктури).

І.В.Романенко, В.В.Медяна, Я.М.Демчишин

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЕЧІНКИ ТА БІОХІМІЧНІ ЗМІНИ СИРОВАТКИ КРОВІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ГОСТРОМУ АЛКОГОЛЬНОМУ ГЕПАТИТІ

Кафедра патологічної фізіології

Н.А.Рикало (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Патологія печінки посідає одне з перших місць серед захворювань, від яких страждає населення, а алкогольна патологія печінки є однією з найбільш актуальних проблем гепатології (DayC.,2006). Печінка - орган, в якому відбувається біотрансформація етанолу: більше 80% одноразово введеної дози алкоголю підлягає перетворенню в печінці (Бауков Ю.И.,2008).

Мета: дослідити біохімічні показники сироватки крові та морфологічні зміни печінки при експериментальному гострому алкогольному гепатиті (ГАГ).

Матеріали та методи: для відтворення ГАГ було використано 24 нелінійних білих лабораторних щурі-самці масою 120-130г. Тварини були розділені на чотири групи: 1 – інтакт, 2 – тварини, що отримували 40% етанол у дозі 10 мл/кг, група 3 – 40% етанол у дозі 15мл/кг, група 4 – етанол у дозі 20мл/кг. Розчин етанолу вводився

інтрагастрально протягом 7 днів.

Після виведення тварин з експерименту під тіопенталовим наркозом здійснювали забір тканини печінки для гістологічних досліджень: шматочки печінки фіксували у 10% - розчині формаліну, зразки різали на мікротомі, що заморожує, зрізи фарбували суданом – III.

Окремо проводили забір сироватки крові для біохімічного дослідження. У сироватці визначали активність АЛТ, АСТ, концентрації загального білірубину і загального білка.

Результати: при світловій мікроскопії у тварин груп 2-4 виявлено ознаки жирової інфільтрації печінки. Найбільш виразні зміни відкладання жирових включень спостерігались в біоптатах печінки тварин групи 4, зокрема, скупчення нейтральних жирів розташовані внутрішньоклітинно у вакуолях, переважно в перилобулярній зоні печінкової часточки, місцями займаючи до 75% об'єму гепатоцитів без зміщення ядра; в окремих гепатоцитах, що розташовуються центрилобулярно спостерігаються лізосомальні інтрацелюлярні включення нейтральних жирів із зміщенням ядра.

Біохімічним дослідженням сироватки крові встановлено зростання АЛТ у групах 2-4, у групі 2 – у 2,3 рази, групі 3– у 2,92 рази у групі 4 – у 4,54 рази ($p < 0,05$) відносно інтакту. Активність АСТ зростала також залежно від дози отриманого етанолу: у групі 2 – у 4,78 рази, 3– у 11,8рази, 4 - у 15 разів ($p < 0,05$) у порівнянні з інтактними тваринами. Вказані зміни свідчать про ураження гепатоцитів з цитолізом клітин і виходом у кров ферментів. Про порушення білоксинтезуючої функції печінки свідчить достовірне ($p < 0,05$) зниження рівня загального білка у щурів при ГАГ, порівняно з інтактом: у 2 групі – на 1,47%, у 2 – на 7,12%, у 3 – на 35,41%. Про розвиток порушень пігментного обміну свідчить рівень загального білірубину, концентрація якого достовірно ($p < 0,05$) збільшилась відносно інтактної групи наступним чином: у групі 2 – в 1,41рази, у 3– в 2,4рази, у 4 – у 2,83рази.

Висновки: отримані результати морфологічних змін печінки та біохімічних змін сироватки крові при експериментальному моделюванні ГАГ вказують на наявність жирової інфільтрації печінки, синдрому цитолізу гепатоцитів, зміни білоксинтезуючої функції печінки та зміни у пігментному обміні, та підтверджують дозозалежні ефекти 40% розчину етанолу.

І.І. Савчук

ЕВОЛЮЦІЯ УЯВЛЕНЬ ПРО БІОСТРУМИ ТА СПОСОБИ ЇХ РЕЄСТРАЦІЇ

Кафедра нормальної фізіології

М.В. Йолтухівський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Розвиток досліджень електричних і магнітних явищ і розширення їх практичних застосувань викликали необхідність розробки методів вимірювання основних електричних величин і створення спеціальних електровимірювальних приладів. Принцип дії перших електровимірювальних приладів був заснований на відхиленні магнітної стрілки електричним струмом. Однак такі прилади були за суттю лише індикаторами струму. Особливості багатьох фізичних явищ змушують замість спостереження окремих моментів робити безперервний запис тривалого процесу. При цьому час перебігу процесу відіграє надзвичайно важливу роль. Процеси, що відбуваються досить швидко або дуже повільно, не можуть бути вивчені ніяким іншим способом, крім безперервного їх запису. Тому галузь розробки приладів, що реєструють слабо точні процеси, охоплює різноманітні явища, від самих тривалих до надзвичайно швидких. Пишуче перо та катодний осцилограф є двома границями, що визначають різноманітність приладів, що реєструють мінливі явища.

Мета: Виділити оптимальний спосіб реєстрації певних фізіологічних параметрів. У залежності від використаної методики виділяють три групи приладів, що реєструють: перша група працює за допомогою механічних записуючих пристосувань, до неї належать самописці - прилади, що дають запис чорнилом. До другої групи належать прилади, у яких використовується світловий промінь, що дає на фотографічний пластинці хід досліджуваної кривої. Нарешті, третя група користується електронним променем, який діє на флуоресцентний екран або фотографічний шар.

Матеріали та методи: Нами проведено аналіз електрометричних способів отримання інформації під час фізіологічних експериментів та встановлено особливості та доцільність використання вище описаних методів отримання електричних параметрів фізіологічних процесів.

Результати: Час установки пера самописних приладів, близький до 1 сек., однак, вдається понизити його до 0,2 сек. Для подальшого підвищення чутливості самописних приладів були зроблені спроби зменшити тертя пера шляхом додаткових його вібрацій. З метою вдосконалення використано метод алмазного запису, де алмазна голка дряпає целулоїдну, скляну або сталеву пластинку. Алмаз креслить надзвичайно тонку лінію, амплітуди коливань кривої становлять усього лише частки міліметра, але завдяки винятковій чистоті запису криву може бути збільшено в 100 — 500 раз. Подібний принцип, де йде запис на скляному циліндрі що накрутається по спіралі, завдяки дрібності запису займає дуже мало місця. Серед самописців, що використовують світловий пучок на першому місці слід поставити шлейфові осцилографи, що дають зміщення в 1 мм при струмі в 2 мА й власній частоті шлейфа близько 20 кГц. Після винаходу трубки Брауна, електронно-променева візуалізація та реєстрація електричних процесів має домінуючий характер.

Висновки: Правильний вибір доцільного методу реєстрації біологічних параметрів (механічних, електричних

та ін.) на теперішній час залишається актуальним та потребує виваженого підходу на етапі планування експерименту.

О.С. Садовий, А.О. Стоянов

ПОГІРШЕННЯ РОЗВИТКУ ТА МАНІФЕСТАЦІЇ УМОВНОГО РЕФЛЕКСУ АКТИВНОГО УНИКНЕННЯ В ДИНАМІЦІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології імені В. В. Підвисоцького

Р.С. Вастьянов (д.мед.н., проф.)

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність: Актуальність проблеми цукрового діабету (ЦД) є беззаперечною, оскільки існуючі статистичні дані свідчать про неухильне щорічне зростання таких хворих, хронізація патологічного процесу та частий розвиток в них ускладнень, які додатково до безпосередньо первинних знижують якість життя пацієнтів. Небезпечним є факт розвитку в більшості хворих на ЦД когнітивних розладів, які загалом не є об'єктом лікування. Вважаємо, що цей ланцюг в клінічному перебігу захворювання має бути досліджений для його урахування при розробці схеми комплексної патогенетично обґрунтованої фармакокорекції.

Мета: дослідити особливості процесу виробки умовної реакції активного уникнення (УРАУ) та вираженості процесів навчання, коротко- та довгострокової пам'яті в динаміці формування експериментального ЦД.

Матеріали та методи: ЦД у щурів відтворювали одноразовим внутрішньочеревинним введенням стрептозотоцину (СТЗ). Після верифікації розвитку ЦД за щурами спостерігали протягом 10 тижнів, досліджуючи динаміку змін УРАУ, яку відтворювали загальноприйнятним методом. При цьому за модельних умов, підраховуючи кількість суміщень безумовних стимулів (БС) та умовних стимулів (УС) оцінювали вираженість процесів навчання, коротко- та довгострокової пам'яті.

Результати: Розвиток в щурів УРАУ проводили, пред'являючи спочатку УС, а потім БС, добиваючись оптимальної кількості їх суміщень для розвитку реакції випередження. Починаючи з 4-го тижня формування ЦД кількість суміщень УС і БС, необхідних для виникнення УРАУ, була на 27 % менше, ніж у щурів в контролі ($p < 0,05$). Ці відмінності в динаміці СТЗ-індукованого ЦД набували максимуму на 8-му тижні дослідження ($p < 0,001$). В цей термін в щурів порушувалася короткочасна пам'ять, що проявлялося зростанням на 31 % кількості суміщень УС і БС, необхідних для виникнення УРАУ через добу з моменту його вироблення - тобто, короткочасна пам'ять ($p < 0,05$). На 5-му тижні дослідження ми реєстрували дворазове збільшення кількості суміщень УС і БС, необхідних для виникнення УРАУ через 7 діб з моменту вироблення УРАУ - тобто, довгочасна пам'ять ($p < 0,01$). Порушення коротко- та довгочасної пам'яті прогресували з терміном перебігу СТЗ-індукованого ЦД, набували максимальної вираженості на 7-му тижні дослідження ($p < 0,001$) та тривали до 10-го тижня дослідження.

Висновки: Перебіг СТЗ-спричиненого ЦД характеризується порушеннями розвитку та маніфестації УРАУ, що проявляється порушенням навчання та короткочасної пам'яті на 4-му тижні та довгочасної пам'яті на 5-му тижні дослідження. Отже, при складанні комплексної патогенетичної терапії ЦД слід враховувати показані амнестичні ефекти.

Ю.О. Садовська, І.А. Горюк, К.О. Смірнова, Д.П. Терновий, О.І. Ромак

ЗАСТОСУВАННЯ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ІНДУКОВАНОМУ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ У ЩУРІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ МАЄ СУТТЄВИЙ ПОЗИТИВНИЙ ВПЛИВ НА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОРГАНУ

Кафедра анатомії людини

О.Л. Холодкова (д. мед. н., професор)

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність: патогенетичне корегування цирозу печінки за допомогою впливу на розростання сполучної тканини в паренхімі органу.

Мета: дослідження ефективності використання мезенхімальних стовбурових клітин (МСК) для корекції фіброзних змін в паренхімі печінки в експерименті.

Матеріали та методи: експеримент проведений на 60 білих лабораторних щурах лінії Wistar. Фіброз печінки індукували шляхом перорального введення олійного розчину чотирьоххлористого вуглецю (CCL₄) в концентрації 50 % протягом 12 тижнів. Замість води для пиття тварини отримували 10% розчин етилового спирту. Мононуклеарну фракцію, що містить стовбурові клітини, отримували шляхом седиментації периферійної крові з додаванням гелофузіну. I група тварин слугувала інтактним контролем; II групі тварин індукували цироз печінки; III групі тварин з індукованим цирозом печінки вводили клітинну завісь МСК. Виведення тварин з експерименту проводилося через 4 та 6 тижнів після останнього введення CCL₄ або клітинної завісі. Гістологічне дослідження проводили за стандартною методикою з фарбуванням зрізів гематоксилін – еозином і за Ван Гізоном за допомогою світлового мікроскопа LeicaDMLS.

Результати дослідження. При патоморфологічному дослідженні у II групі тварин макроскопічно печінка бліда,

місцями насиченого темно-бурого кольору, спостерігаються дрібновузлові новоутворення. Мікроскопічно виявляються виражений набряк стінок судин, зернистість цитоплазми гепатоцитів, вогнища вакуольної дистрофії, лімфоцитарна інфільтрація. У печінковій тканині спостерігається внутрішньочастковий та порталний некроз. У більшості тварин виявляли значне розростання сполучної тканини та утворення хибних печінкових часточок. У тварин після введення МСК на тлі експериментального цирозу печінка бліда, розміри в межах норми. Мікроскопічно сполучна тканина розташована осередками, переважно в центрі печінкової часточки. В окремих ділянках виявляються повільно виражені запально-дистрофічні процеси, подекуди – вогнищевий некроз гепатоцитів, але у більшій частині органу спостерігається майже повне відтворення структурної цілісності тканини печінки.

Висновки. Таким чином, можна зробити висновок, що застосування МСК для корекції експериментального цирозу печінки у щурів має суттєвий позитивний ефект на відновлення її морфологічної структури.

І.В. Саприга, Т.В. Секрет

РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

К.В. Мусатова (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Кафедра медичної біології

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) є найбільш поширеною хворобою, що характеризується метаболічним порушенням, у першу чергу, вуглеводного обміну, що виникає внаслідок відносної або абсолютної нестачі гормону інсуліну або порушення його взаємодії з інсуліновими рецепторами організму, внаслідок чого виникає стійке збільшення вмісту глюкози в крові (гіперглікемія), що призводить до виникнення великої кількості ускладнень.

Мета дослідження. Проаналізувати поширеність ускладнень (ангіопатія, ретинопатія, енцефалопатія, кардіоміопатія, «діабетична ступня») при ЦД I і II типів в залежності від рівня глікемії та тривалості захворювання.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано дані лікарів-консультантів за спеціальностями ендокринологія та дитяча ендокринологія, які здійснювали візди до хворих на цукровий діабет. Проведено аналіз документів за 2013 – 2015 рр., в яких зареєстровано 750 хворих у віці 20-60 років, (140 чоловіків, 610 жінок) з тривалістю ЦД від 3 до 20 років. З обстежених 430 хворіли на ЦД II типу, 320 – на ЦД I типу. Для виконання поставленої мети, ми оцінювали частоту проявів ускладнень при ЦД I і II типів різної тривалості захворювання. Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали з використанням ліцензійної програми "Statistica 7".

Результати. На основі проведеного обстеження здійснювали з використанням ліцензійної програми "Statistica 7". Результати. На основі проведеного обстеження у хворих з ЦД I типу було діагностовано 6 випадків з ускладненням «діабетична ступня», 50 – нефропатії, 12 – ангіопатії, 10 – катаракти, 7 – нейропатії, 8 – енцефалопатії, 24 – кардіоміопатії, 18 – кетоацидозу. У хворих з ЦД II типу було діагностовано 14 випадків ускладнень діабетична ступня, 20 – нефропатія, 8 – ангіопатія, 10 – катаракта, 3 – нейропатія, 2 – енцефалопатія, 16 – кардіоміопатія, 2 – кетоацидоз. У хворих, які страждали на ЦД більше двадцяти років, найпоширенішими ускладненнями були нефропатія, ангіопатія сітківки та кардіоміопатія.

Висновки. Результати досліджень свідчать про те, що при тривалій декомпенсації ЦД, діагностується велика кількість діабетичних ускладнень внаслідок того, що продукти глікозилювання накопичуються у стінках судин, розвиваються дегенеративні зміни.

О.П. Сарафінюк

ЗМІНИ АМПЛІТУДНИХ РЕОВАЗОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ГОМІЛКИ У ВОЛЕЙБОЛІСТІВ ВИСОКОГО РІВНЯ СПОРТИВНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

Кафедра нормальної фізіології

В.М. Мороз (академік НМАН України, д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вивчення фізіологічних механізмів адаптації кровопостачання м'язів в окремих видах спорту має величезне значення для клінічної практики та спортивної медицини і є необхідним для науково-методичних рекомендацій з контролю, максимізації та оптимізації системного кровообігу в умовах тренувальної та змагальної діяльності (Кабачкова А.В. і др., 2014). Особливостям кардіодинаміки та системної гемодинаміки спортсменів присвячені численні публікації, в той час як розробок з вивчення та оцінки регіонального кровотоку мало. Ревовазографія є надзвичайно важливою в ході здійснення діагностики захворювань периферичних артерій і вен (Анзимиров В.Л. і др., 2012; Доронин І.В. і др., 2013). Це метод дослідження кровопостачання органів шляхом реєстрації коливань імпедансу, тобто повного (омічного і ємкісного) опору змінному струму високої частоти та низької амплітуди, пов'язаних із змінами кровонаповнення досліджуваних ділянок тіла (Гвозденко Т.А., Минеева Е.Е., 2007). На даний час не з'ясовані особливості периферичної гемодинаміки у спортсменів з різним характером фізичних навантажень, зокрема, у волейболістів – представників ігрових видів спорту швидко-силового спрямування з вибуховою витратою енергії.

Мета: Виявити зміни амплітудних показників реовазограми гомілки у волейболістів високого рівня спортивної майстерності юнацького віку.

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь особи чоловічої статі юнацького віку (від 17 до 21 року). Серед них: 90 юнаків, які не займалися спортом і на момент обстеження були практично здоровими, та 62 волейболісти високого рівня спортивної кваліфікації, які мали спортивний стаж не менше 3 років та на момент обстеження знаходились на підготовчому періоді тренувального циклу. Ревазографічні параметри визначали за допомогою комп'ютерного діагностичного комплексу, що забезпечує одночасну реєстрацію електрокардіограми, фонокардіограми, основної та диференціальної тетраполярної реограми та вимірювання артеріального тиску. Аналіз кількісних параметрів проведено за часовими, амплітудними параметрами та показниками, що походять від них, за методикою М.А. Ронкіна та Л.Б. Іванова (1997). Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали за допомогою U-критерія Мана-Уїтні.

Результати: Нами встановлено, що у волейболістів порівняно з юнаками, які не займалися спортом, достовірно більшими є значення базового імпедансу, амплітуди систолічної та діастолічної хвилі та виявлено тенденцію до більших значень амплітуди інцизури та швидкого кровонаповнення. Збільшення кровонаповнення якої-небудь судинної області (гіперволемія) характеризується збільшенням амплітуди і загостренням вершини систолічної хвилі, погано вираженою інцизурою і низьким розташуванням діастолічної хвилі, що підтверджує результати попередньо отримані І.В. Соколовою зі співав. (2007).

Висновки: У волейболістів юнацького віку під впливом систематичних тренувань відбувається збільшення амплітудних показників реовазограми гомілки.

А.О. Сасовець

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СПЕКТРУ ПОТУЖНОСТІ АЛЬФА-ДІАПАЗОНУ ЕЕГ ПІД ЧАС СКЛАДНОЇ РОЗУМОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Кафедра нормальної фізіології

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

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Електроенцефалографічне дослідження - одне з найбільш інформативних методів вивчення системної організації інтегративних процесів мозку людини при різних функціональних станах, розумової діяльності, уваги.

Мета: Вивчити вікові особливості організації кори головного мозку в альфа- піддіапазонах за умов складної розумової діяльності з вербальним та образним компонентами.

Матеріали та методи: Система комп'ютерної електроенцефалографії, метод розрахунку спектрів потужності, абстрактно-логічні тести за Худиком, наочно-образні тести Равенна за Худиком, метод варіаційної статистики t-критерія Стьюдента.

Результати: У стані функціонального спокою з розплющеними очима спостерігається генералізована десинхронізація альфа-діапазону та його піддіапазонів у всіх вікових групах. Проте, у молодшому віці зниження спектру потужності (СП) відмічене в передньолобових та тім'яно-потиличних ділянках обох півкуль в альфа-1 та альфа-2 піддіапазоні. У підлітків з'являються зменшення СП альфа-3 піддіапазону в нижньоскроневої ділянці лівої півкулі. Тоді як в юнацькому віці фіксується депресія альфа-2 та альфа-3 піддіапазонів в усіх ділянках кори. Під час абстрактно-логічного тесту у всіх вікових групах відбувається генералізоване зниження СП в альфа-піддіапазонах. У молодшому віці спостерігаються зрушення в альфа-3 піддіапазоні в обох потиличних, задньоскроневої та задньолобовій ділянках правої півкулі. У підлітковому віці депресія альфа-3 піддіапазону спостерігалась в лівій півкулі. У юнацькому віці - чітка генералізована депресія СП в альфа-3 піддіапазоні. Під час виконання наочно-образного завдання у всіх вікових групах відмічене зниження СП в альфа-1, альфа-2, альфа-3 піддіапазонах. У молодшому віці спостерігаються зрушення СП високочастотного альфа-3 піддіапазону, проте ці зрушення незначні. В основному, зниження СП є генералізованим в альфа-1 і альфа-2 піддіапазонах. У підлітковому віці відмічені зрушення СП в альфа-3 піддіапазоні в більшій мірі, ніж в молодшому віці. Депресія СП альфа-3 піддіапазону зафіксована в лобових та задньоскроневої та потиличних ділянках кори.

Висновки: 1) У стані функціонального спокою в дітей молодшого шкільного віку більш виражені спектри потужності альфа-1 та альфа-2 піддіапазонів, в юнацькому віці – альфа -3. 2) розплющування очей та складна розумова діяльність з вербальним та образним компонентом у всіх вікових групах викликають депресію всіх піддіапазонів альфа-хвиль ЕЕГ. Під час абстрактно-логічного тесту у всіх вікових групах відбувається генералізоване зниження СП в альфа-піддіапазонах. Найбільш реактивний є піддіапазон альфа-3. У молодшому віці більш активною є права півкуля; у підлітковому віці – ліва півкуля; в юнацькому віці – обидві півкулі взаємодоповнюють одна одну. 3) за умов наочно-образного мислення знижується СП альфа-3 піддіапазону, у передньолобових ділянках правої півкулі в підлітковому та юнацькому віці.

У.В. Сатурська, О.В. Сатурський
**ХОЛІНЕРГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЯК СТРЕС-ЛІМІТУВАЛЬНОГО
ЧИННИКА ПРИ СЕРЦЕВІЙ ПАТОЛОГІЇ**

Кафедра патологічної фізіології
Ю.І. Бондаренко (д.мед.н., проф.)
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України»
м. Тернопіль, Україна

Актуальність: відомо, що фізична активність допомагає організму підтримувати здоров'я, життєвий тонус, оптимізм. Люди, які регулярно займаються дозованими фізичними вправами, рідше хворіють та легше переносять захворювання. Особливо це стосується серцево-судинних захворювань. Однак у клінічних дослідженнях нерозкритими залишаються деякі патогенетичні механізми даних впливів. Цю можливість надає експериментальний метод.

Мета: з'ясувати закономірності впливу регулярних дозованих фізичних навантажень на стійкість міокарда до адреналінового пошкодження в експерименті на тваринах.

Матеріали та методи: досліди проведено на 60 білих нелінійних щурах масою 190-210 г, віком 5 місяців. Дозоване фізичне навантаження здійснювали у період до моделювання адреналінового пошкодження міокарда (АПМ) шляхом руху тварин по біговій доріжці зі швидкістю 280 мм/с протягом 10 хвилин щоденно 10 днів. АПМ моделювали введенням адреналіну гідротартрату у дозі 1 мг/кг в/м, відтворюючи експериментальний аналог стресорного пошкодження міокарда. Тварин досліджували через 1 та 24 год після ін'єкції, що відповідає початку та піку некротичних змін у серцевому м'язі. Використали методи варіаційної кардіоінтервалометрії та дослідження вмісту та ферментативного гідролізу ацетилхоліну у тканинах передсердь та шлуночків серця, статистичний метод.

Результати: у тренуваних тварин спостерігалось зменшення ЧСС, показника амплітуди моди та збільшення показників моди і варіаційного розмаху кардіоінтервалів, порівняно з нетренованими, що вказує на те, що відбулася перебудова регуляції серця автономною нервовою системою, а саме – посилення парасимпатичних впливів ще до початку моделювання стресорного пошкодження міокарда. Отже, серце тренуваних тварин на момент дії патологічного стресорного чинника було більш захищеним, оскільки працювало в економному режимі. Розвиток некротичного процесу в серці нетренованих тварин, незважаючи на зменшення активності гідролізу, супроводжується зменшенням вмісту ацетилхоліну в міокарді передсердь і шлуночків. У тренуваних при активнішому пригніченні холінергічної активності вміст медіатора в передсердях зберігається, а в шлуночках зменшення його рівня відбувається повільніше. Завдяки цьому у тренуваних тварин рівень ацетилхоліну в міокарді шлуночків залишається більший, ніж у нетренованих.

Висновки: Відмінності у ступені реалізації кардіотоксичного ефекту адреналіну при використанні дозованих фізичних навантажень зумовлена переважанням холінергічних впливів з боку вегетативної нервової системи на діяльність серця та збереженням більшого вмісту ацетилхоліну в серці тренуваних тварин, що сприяє менш інтенсивному пошкодженню міокарда при дії стресорних чинників.

Т.Ф. Сердюк

СИНДРОМ ТАУНСА-БРОКСА

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права
А.О. Гаврилук (д.мед.н., доц.), А.Г. Скорук (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день, не зважаючи на бурхливий розвиток медицини, науки і техніки, лікарі часто зустрічаються з хворобами, які мало згадуються в медичній літературі, або, в окремих випадках, взагалі не описані й ніколи раніше не спостерігалися в практичній діяльності медичних працівників. Яскравим прикладом цього є синдром Таунса-Брокса, вперше описаний у 1980 році. Вітальний прогноз для синдрому Таунса-Брокса порівняно не поганий, в той час як хворі з асоціацією VATER (дуже схожою до нього за клінічним перебігом) гинуть в перші дні після народження.

Мета: Дослідити особливості перебігу синдрому Таунса-Брокса та виділити основні патологічні стани, що його супроводжують.

Матеріали та методи: Аналіз, синтез, вивчення та порівняння матеріалів статей відомих наукових журналів.

Результати: Синдром Таунса-Брокса - це генетичне захворювання, яке вражає різні частини людського організму. Успадковується за аутосомно-домінантним типом, відзначається широким поліморфізмом клінічних проявів у різних членів сім'ї. Синдром зустрічається рідко і на даний час в літературі описано трохи більше 50 випадків його виявлення у хворих. Чоловіки і жінки хворіють з однаковою частотою. Названий він на честь авторів [Townes P., Brocks E., 1980], які вперше описали комплекс таких вад у чоловіка та 5 із 7 його дітей. Вади розвитку прямої кишки – одна з головних ознак синдрому – спостерігалися у 19 хворих із 51. Аноректальна атрезія і стеноз прямої кишки зустрічалися з однаковою частотою (50:50). Друга група діагностично важливих ознак – аномалії будови вушних раковин і глухота. Варіанти патології вушних раковин досить різноманітні: дисплазія (12/51), гіпоплазія (8/51), приаурикулярні «привіски» (10/51), рідше атрезія зовнішніх слухових ходів

(2/51). У 7 випадків була відмічена нейросенсорна туговухість. Третя група діагностичних ознак включає в себе вади дериватів променевої кістки, зазвичай у вигляді трьохфалангового I пальця (12/51) або полідактилії. Четверта група характерних порушень – патологія нирок і сечовивідних шляхів. Із 13 хворих, у яких спостерігалися патологічні зміни сечовидільної системи, у 3 виявили гіпоплазію нирок, ще у 3 – атрезії (чи стеноз) сечовивідних шляхів (в тому числі ускладнені гідронефрозом), у 1 – дистопія нирок. Інші вади розвитку внутрішніх органів не характерні. Інтелект хворих нормальний.

Висновки: Проаналізувавши дані наукових статей, можна зробити висновок, що синдром Таунса-Брокса зустрічається досить рідко і характеризується високим ступенем поліморфізму, що ускладнює його діагностику. Лише наявність 3 із 4 основних ознак (патологія прямої кишки, нирок, вушних раковин і трьохфаланговість I пальця чи полідактилія) при відсутності вад серця та стравоходу дає можливість поставити діагноз синдрому Таунса-Брокса.

К.В. Скиба

ОСОБЛИВОСТІ УСПАДКУВАННЯ МУЛЬТИФАКТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПРИКЛАДІ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Кафедра медичної біології

Т.І. Шевчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Будь-яка фенотипічна ознака, як нормальна, так і патологічна, є результатом взаємодії генотипу і факторів навколишнього середовища. Залежно від ступеня внеску генотипу і факторів зовнішнього середовища у формування патологічних ознак, виділяють: спадкові хвороби, зумовлені зміною генотипу; неспадкові, визначувані переважно середовищем; мультифакторіальні хвороби (або хвороби зі спадковою схильністю), що виникають у осіб з певним генотипом під дією провокуючих факторів зовнішнього середовища. Ревматоїдний артрит — найпоширеніша форма запального захворювання суглобів, що уражує близько 1% населення.

Мета: дослідити особливості успадкування мультифакторних захворювань на прикладі ревматоїдного артриту.

Матеріали та методи: огляд літературних джерел, аналіз результатів досліджень вчених в даній галузі.

Результати: Ревматоїдний артрит (РА) — хронічне системне імунізопальне захворювання сполучної тканини з прогресивним симетричним ерозивно-деструктивним ураженням переважно периферійних суглобів і характерними позасуглобовими проявами. Розвиток захворювання зумовлений багатьма патогенетичними механізмами, що взаємодіють у генетично схильному організмі. Однак на відміну від класичних генетичних хвороб розвитку ревматоїдного артриту сприяють чимало різних генів та їхніх комбінацій, і в різних пацієнтів вони можуть різнитися. Головний комплекс гістосумісності — єдина генетична ділянка послідовно пов'язана з ревматоїдним артритом. Це великий генетичний регіон на короткому плечі 6-ї хромосоми. Більша частина головного комплексу гістосумісності включає гени HLA. Найміцніший зв'язок з ревматоїдним артритом мають гени II класу HLA-регіону, зокрема HLA-DRB1. Існує функціональний зв'язок між носійством HLA-DR4 і виробленням антитіл до цитрулінованих білків. З ревматоїдним артритом асоціюються й інші гени, що регулюють імунну відповідь. До них належать ген, який кодує фактор некрозу пухлини-а (ФНП-а), що також перебуває в межах головного комплексу гістосумісності, специфічні гени імуноглобулінів, зокрема імуноглобуліну, що зв'язує Fc-рецептори. Є відомості про генетичні асоціації з іншими локусами цитокінів — інтерлейкіну-1 (ІЛ-1), ІЛ-3, ІЛ-4 й ІЛ-10, а також кортикотропін-рिलізінг-фактора. Припущення про ймовірну роль інфекції як пускового механізму розвитку ревматоїдного артриту ґрунтується на тому, що багато мікроорганізмів беруть участь у виникненні подібних до ревматоїдного артриту запальних артропатій у людей або у тварин.

Висновки: Розвиток РА зумовлений багатьма патогенетичними механізмами, що взаємодіють у генетично схильному організмі. Головний комплекс гістосумісності — єдина генетична ділянка, послідовно пов'язана з ревматоїдним артритом.

Б.Є. Сокрут, Ю.Е. Марченко

ІНВАЗИВНІ ФОРМИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ: МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА СТАТИСТИКА ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.О. Бевз (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак молочної залози займає перше місце серед усіх злоякісних новоутворень жінок. Серед загальної кількості випадків пухлинних захворювань молочної залози на долю інвазивних форм припадає близько 70%. При цьому середній показник смертності становить близько 39% у світі та близько 42% в Україні.

Мета: дослідити захворюваність на інфільтруючий рак молочної залози у Вінницькій області та порівняння із загальноукраїнськими показниками. Визначити частку гормонозалежного раку із загальної кількості випадків

за результатами імуногістохімічного аналізу пухлин молочної залози.

Матеріали і методи: вивчення статистичних даних Національного канцер-реєстру по захворюваності на рак молочної залози у різних регіонах України; вивчення статистичних даних Вінницького обласного онкодиспансеру; вивчення мікропрепаратів пухлин молочної залози, забарвлених гематоксиліном та еозином; вивчення імуногістохімічних препаратів молочної залози, статистична обробка даних.

Результат: Вивчення даних Національного канцер-реєстру України показало варіацію по захворюваності та смертності внаслідок злоякісних новоутворень молочної залози у різних роках по Вінницькій області та в цілому по Україні. На 2013 рік у Вінницькій області захворюваність склала 74,2 (жінки) та 0.8 (чоловіки) на 100 тис. населення, загальноукраїнські показники - відповідно 72.3 (жінки) та 0.7 (чоловіки) на 100 тис. населення. Показник смертності склав 30.2 (жінки) та 0.5 (чоловіки), загальноукраїнські показники – 32.3 (жінки) та 0.4 (чоловіки) на 100 тис. населення. У 2014 році захворюваність у Вінницькій області склала 62,8 (жінки) та 1.2 (чоловіки) на 100 тис. населення, загальноукраїнський показник - 64.6 (жінки) та 0.6 (чоловіки) на 100 тис. населення. Показник смертності у 2014 році у Вінницькій області – 25.8 (жінки) та 0.3 (чоловіки) на 100 тис. населення, загальноукраїнський показник - 29.3 (жінки) та 0.3 (чоловіки) на 100 тис. населення. Таким чином, у 2013 році загальна кількість виявлених випадків злоякісних новоутворень молочної залози у Вінницькій області на 3% перевищила загальноукраїнський показник і склала 73 випадки на 100 тис. населення. Смертність внаслідок раку молочної залози у 2013 році у Вінницькій області на 6% нижча, ніж середній загальноукраїнський показник і склала 30,6 випадка на 100 тис населення. У 2014 кількість виявлених випадків інвазивних форм злоякісних новоутворень молочної залози у Вінницькій області була на 2% нижча загальноукраїнського показника і склала 64 випадки на 100 тис. населення. Показник смертності у Вінницькій області на 13% менший, ніж загальноукраїнський показник і склав 26,1 випадки на 100 тис. населення.

Висновок: У 2014 році виявлено зниження випадків виявлення злоякісних новоутворень молочної залози у Вінницькій області на 11% у порівнянні за показниками 2013 року. Також наявне зниження смертності на 16% у порівнянні із показниками 2013 року.

Ю.О. Солонар

ГЕННА ТЕРАПІЯ. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ТА НАПРЯМКИ ГЕННОЇ ТЕРАПІЇ. ГЕННА ТЕРАПІЯ ПУХЛИН

Кафедра медичної біології

Т.І. Шевчук (к.мед.н., доц..)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Генна терапія – це перспективний напрям у розвитку сучасної медицини, суть якого зводиться до того, що найбільш радикальним способом боротьби з різноманітними генетичними захворюваннями є робота, направлена на виправлення або знищення самої генетичної причини захворювання, а не її наслідків. Генна терапія на сучасному етапі – це лікування спадкових, онкологічних, деяких інфекційних (вірусних) та інших захворювань шляхом введення генів у клітини пацієнтів з метою направлено виправлення генних дефектів або надання клітинам нових функцій. Це означає, що генна терапія може дати надію на видужування мільйонам людей з різних куточків світу.

Мета: Дослідити сучасні напрямки та перспективи генної терапії. Проаналізувати один із напрямків – генну терапію пухлин. Дізнатися про можливі способи лікування генетично детермінованих захворювань людини.

Матеріали та методи: Проведено збір дослідницького матеріалу і його аналіз. Було опрацьовано наукові видання, статті з молекулярної біотехнології, біоінженерії, медичної біології. Підібрано відповідні ілюстровані матеріали.

Результати: У результаті опрацювання відповідних матеріалів було визначено основні напрямки генної терапії, особливості та перспективи кожного з них. Детально опрацьовано один із напрямків генної терапії – генна терапія пухлин. Досліджено один із підходів генної терапії пухлин - підвищення чутливості пухлинних клітин до хімотерапевтичних препаратів. При цьому в клітини пухлини вводять гени, що кодують ферменти, які здатні трансформувати хімічні сполуки зі слаботоксичної у високотоксичну форму. За допомогою цього методу ведуться клінічні випробування на пацієнтах з раком яєчників, пухлиною мозку - гліобластою.

Висновки: Можна підсумувати, що у зв'язку з тим, що для багатьох спадкових захворювань ніяких достатньо ефективних способів лікування не існує, генна терапія, зважаючи на сьогоднішні здобутки цього напрямку в розвитку медицини, має право інтенсивно розвиватись, створюючи ефективні методи лікування для хвороб, від яких не виликовуються мільйони людей. А сучасні підходи до генної терапії пухлин засновані, по-перше, на нормалізації роботи мутованого гена і, по-друге, на навчанні імунної системи організму розпізнавати пухлинні антигени і активувати протипухлинну імунну відповідь. За короткий термін генною терапією пройдений величезний шлях, накопичено вражаючу кількість інформації, вкладено колосальні кошти. Хоча є ще чимало недосліджених «білих плям» у лікуванні генетично детермінованих захворювань людини.

Ю.С. Стрельнікова
**ВНУТРІШНЬОГІПОКАМПАЛЬНЕ ТА ВНІТРІШНЬОНІГРАЛЬНЕ ВВЕДЕННЯ АНТАГОНІСТУ
ІНТЕРЛЕЙКІН-1 РЕЦЕПТОРІВ СПРИЧИНЯ РОЗВИТОК ПРОТИСУДОМНОГО ЕФЕКТУ ЗА УМОВ
ПІКРОТОКСИНОВОГО КІНДЛІНГУ**

Кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології імені В. В. Підвисоцького
Р.С. Вастьянов (д.мед.н., проф.)
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність: В більшості своїй цитокіни вважаються модуляторами активності ЦНС, зважаючи на циркуляцію в організмі представників сімейства про- та протизапальних цитокінів. Відомо, що протягом перших декількох хвилин з моменту ініціації судомної активності з тканини мозку вивільняються прозапальні цитокіни та фактори росту, одним із представників яких є інтерлейкін-1-бета (IL-1 β). Показано, що IL-1 β змінює реактивність мозку щодо судомних впливів, модулює вираженість судомних реакцій та індукує просудомні впливи. З іншого боку, блокада активності рецепторів, з якими зв'язується IL-1 β спричиняє протисудомні ефекти за умов гострої та хронічної форм судомної активності. Інтерес викликає перспективна можливість регуляції реактивності мозку при кіндлінг –індукованому судомному синдромі за умов внутрішньомозкових введень антагоністу IL-1 β рецепторів (IL-1 β ар).

Мета: дослідити вплив внутрішньогіпокампаального (в/гіп) та внутрішньонігрального (в/н) введень IL-1 β ар на кіндлінг-індуковану судомну активність.

Матеріали та методи: Кіндлінг у щурів відтворювали щоденними одноразовими введеннями пікротоксину (ПКТ) підпороговою дозою. IL-1 β ар (5мкл) кіндлінговим щурам вводили білатерально в/гіп та в/н за координатами стереотаксичного атласу за 30 хв до введення конвульсанту. Судоми в щурів визначали візуально та оцінювали за загальноприйнятою 6-бальною шкалою.

Результати: ПКТ-індуковані судоми в кіндлінгових щурів характеризувалися розвитком генералізованих клоніко-тонічних судом з тонічною екстензією задніх кінцівок, повторними епізодами генералізованих нападів у 50% тварин. Латентний період перших судомних проявів дорівнював 10.2 \pm 1.4 хв. В/гіп введення IL-1 β ар спричинило розвиток у 60% кіндлінгових щурів ПКТ-індукованих судом у вигляді клоніко-тонічних судом з флексією передніх кінцівок, інтенсивність яких була менше порівняно з таким показником в контролі (p<0.05). Латентний період перших судомних проявів за таких умов перевищував контрольний показник на 27% (p<0.05). За умов в/н введення IL-1 β ар інтенсивність судомних реакцій в кіндлінгових щурів також була менше, ніж у щурів в контрольних спостереженнях (p<0.05), але латентний період перших судом був співставний з таким показником в контролі (p>0.05).

Висновки: Отримані результати свідчать про розвиток протисудомного ефекту за умов внутрішньомозкових введень IL-1 β ар, в механізмах реалізації яких важливе значення має регуляція цими утвореннями мозку хронічної судомної активності.

Показана можливість пригнічення кіндлінг-індукованої хронічної форми судомної активності шляхом блокади IL-1 β рецепторів.

А.А. Струтинська
ЛІМБІЧНА СИСТЕМА. ЛІМБІЧНИЙ ЕНЦЕФАЛІТ

Кафедра нормальної фізіології
П.Т. Дацишин (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М. І Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Всі ми знаємо, що лімбічна система – це комплекс структур середнього, проміжного і кінцевого мозку, що беруть участь в організації вісцеральних, мотиваційних і емоційних реакцій організму. Одним із клінічних захворювань лімбічної системи є лімбічний енцефаліт (ЛЕ).ЛЕ частіше розвивається, як варіант паранеопластичної патології з вибірковим ураженням нейронів лімбічної системи. Точна частота захворювання невідома. Найчастіше (60%) розвивається у чоловіків, які страждають на рак яєчок або простати. Рідше причиною розладу є злоякісна пухлина легенів, щитоподібної залози, молочної залози, яєчників, тератома середостіння. Розвитку ЛЕ може передувати онкопатологія періодом до двох років у 62% хворих або перебігати одночасно з нею. У 40% випадків захворювання має ідіопатичний характер.

Мета: Вивчення анатомічної будови та фізіологічних проявів лімбічної системи та їх відхилення.

Матеріали та методи: Реферування сучасних джерел наукової інформації. Збір матеріалу та його безпосередній аналіз.

Результати: Патогенез цього порушення пов'язаний з виробленням перехресно реактивних антитіл до клітин раку і нейрональних антигенів лімбічної системи, до якої належить поясна звивина, гіпокамп, мигдалеподібний комплекс, соскоподібні тіла, локалізовані в медіальному відділі скроневих часток. При цьому розладі виділяють два типи антитіл:1) внутрішньоклітинні (Ні, Ма2, CV2/CRMP3-5), частіше асоційовані з раком яєчок і легенів; 2) антитіла до клітинних мембран (наприклад, до рецепторів N-метил-D-аспартату), що спостерігаються при тимомі, тератомах або ідіопатичних формах захворювання. Специфічним для ЛЕ вважається підвищення титру анти-Ма2 антитіл, яке спостерігається у 82% хворих.

Висновок: Порушення функцій лімбічної системи проявляються при різних захворюваннях (травмах мозку, інтоксикаціях, нейроінфекціях, судинної патології, ендогенних психозах, неврозах) і бувають надзвичайно різноманітними за клінічною картиною. В залежності від локалізації та обсягу ураження, ці розлади можуть мати відношення до мотивацій, емоцій, вегетативним функціям і поєднуватися в різних пропорціях. Низькі пороги судомної активності лімбічної системи обумовлюють різні форми епілепсії: великі і малі форми судомних нападів, автоматизми, зміни свідомості (деперсоналізація і дереалізація), вегетативні пароксизми, яким передують або супроводжують різні форми зміни настрою у поєднанні з нюховими, смаковими і слуховими галюцинаціями.

В.М. Стульнова, А.В. Конюк, М.О. Науменко

ДІАГНОСТИКА ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ СИНЦІВ З САДНАМИ ЗА КОЛОРИМЕТРИЧНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ТРАВМОВАНОЇ ШКІРИ У СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: однією з актуальних проблем судової медицини є діагностика давності ушкодження шкіри, і зокрема, синців та саден.

Мета: розробити спосіб діагностики давності виникнення синців та саден за допомогою методики визначення і реєстрації кольору та розмірів ушкодження шкіри (Патент України №70759, G01N 21/21, 2012), з послідуною обробкою цифрових зображень.

Матеріали і методи: в експерименті на 4 добровольцях було досліджено 5 ушкодження, які локалізувалися на плечі-2, на стегні-4, на тулобі-3. Синці та садна утворювалися внаслідок удару пейнтбольної кулі масою 3,2 гр. зі швидкістю польоту кулі 290-280 фут/с. Опис і реєстрація ушкодження проводилася у визначені періоди часу: 30 с, 5хв, 15хв, 30хв, 1год, 3год, 6год, 12год, 24год, надалі кожні 24год, аж до зникнення ушкодження. Всього оброблено 99 цифрових зображень. Обробка проводилася комп'ютерною програмою MathCad з об'єктивним визначенням кольорових характеристик в системі RGB

Результат: синці давністю до 5хв – форма неправильно овальна, розмір 2.1x2.3, червоного кольору, у системі RGB 2,57,1. Синці в період до 1год – 2.3x2.5, неправильно овальні, червоного кольору, але в кінці першої доби зберігається пурпуровий, RGB 65,22,2. Синці в період 6-24год-овальні, 3.7x3.7; до кінця 24год по периферії з'являється жовто-зелене забарвлення, RGB -11,8,2. Синці в період 24-96год – овальні, 4.3x4.5, пурпурове і жовто-зелене забарвлення, RGB -7,5,3. Синці в період 4-7дб – овальні, 4.0x3.7, жовто-зеленого забарвлення, при збереженні пурпурового, RGB 7,0,2. Синці в період 7-10дб – овальні, 3.5x3.1, жовтого та жовто-зеленого забарвлення, RGB 6,3,2. Садна мали кільцеву, овальну та півмісяцеву форму. Розміри саден становили 0.8x1.2. У період до 6 год кірочка знаходилася нище поверхні шкіри; в період 6-24год – на рівні шкіри; в період 24-96год - над рівнем шкіри; в період 4-7дб, відшаровується; в період 7-10дб – відшарувалася.

Висновки: дані дослідження дозволили розробити спосіб судово-медичної діагностики давності виникнення садна та синця на основі зв'язку між колориметричними характеристиками травм шкіри та їх давністю.

Д.С. Сухань

ГЕОГРАФІЧНІ ВАРІАЦІЇ В ГЕНОМАХ HELICOBACTERPYLORI

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

С.В. Вернигородський (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день залишається до кінця не з'ясованим питання – чому контамінація бактерії *Helicobacterpylori* (*H. pylori*) у одних носіїв призводить до серйозних та небезпечних захворювань, а в інших їх не виникає. Залишаються відкритими питання щодо участі різних генотипів *H. pylori* у виникненні передракових змін слизової оболонки шлунка.

Мета: Встановити географічні варіації в геномах *H. pylori*.

Матеріали та методи: Проаналізовано 55 джерел іноземної та 35 вітчизняної літератури щодо географічного розповсюдження різних генотипів *H. pylori*.

Результати: Геном *H. pylori* містить близько 1600 генів, з яких 10% є життєво необхідними. Існує ряд генів, продукти яких - білки *CapA*, *VacA*, *IceA*, *BabA* вважають факторами патогенності. В даний час проводяться численні дослідження по генотипуванню і саме на підставі цього, визначають регіональні особливості *H. pylori*. Обширні дослідження, що були проведені в Європі і Азії, показують певний діапазон в частоті генів вірулентності *H. pylori* у людей в різних країнах. Так, в деяких азіатських і латиноамериканських країнах відсоток виявлення гена «острова патогенності», в середньому, однаковий (49,8%), а в Європі - в 1,5 рази вище (80,6%). В геномі *H. pylori* у азіатській популяції нижче відсоток виявлення гена вакуолізуючого токсину, ніж у Латинській Америці (в середньому, 40,2 і 73,6% відповідно). Виявлення алелі *VacAs1* коливається в незначних межах, так, в азіатських країнах - в 63,3%, в країнах Латинської Америки - в 73,6%. Дані по виявленню інших

алельних варіантів гена вакуолізуючого цитотоксину не систематичні і представлені лише по окремим країнам, тому судити про поширення вищезазначених генотипів неможливо. Генотип IseA1 в більш високому відсотку зустрічається у жителів Європи (67,6%), Азії (52%), ніж у населення Латинської Америки (36,5%). Генотип IseA2, навпаки, практично в 2 рази частіше виявляється в латиноамериканській популяції, ніж у жителів азіатських і європейських державах (52 і 67,6% відповідно). У Болгарії і Туреччині ген BabA виявлено в однаковому відсотку, в Мексиці відсоток виявлення цього гена низький. У Голландії та Португалії, наприклад, частка змішаних генотипів *H. pylori* в біопсіях ізолятів складає 8 і 29%, відповідно. Цей феномен, ймовірно, можна співвіднести з рівнем інфікування населення *H. pylori*. В Португалії рівень інфікування *H. pylori* дорослого населення становить приблизно 80%, в той час як в Голландії інфіковано всього 30% населення. У Росії 90% дорослого населення інфіковані *H. pylori*, в Україні понад 70%.

Висновки: Подальше вивчення генотипів *H. pylori* в різних регіонах України, зокрема у Вінницькій області є важливим для діагностики, профілактики *H. pylori*-асоційованих захворювань та звуженню груп онкоризику.

Л.А. Тереховська

ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ РИС ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ТА ЇХ ПРОГНОСТИЧНА ОЦІНКА

Кафедра нормальної фізіології

С.Ю. Макаров (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Процес навчальної підготовки майбутніх медичних працівників у стінах вищого навчального закладу передбачає не лише формування певної системи знань і умінь, які визначені освітньо-кваліфікаційними характеристиками, але й має забезпечувати розвиток специфічних рис особистості, які в повній мірі відповідають вимогам майбутньої професії. Тому особливої значущості набуває здійснення психофізіологічної оцінки властивостей особистості дівчат і юнаків, які здобувають медичний фах, встановлення рівня функціональної готовності їх організму до здійснення успішної навчальної діяльності.

Мета: Встановлення особливостей індивідуально-типологічних рис особистості студентів, що навчаються у медичному вищому навчальному закладі, та здійснення їх прогностичної оцінки.

Матеріали та методи: В ході проведених досліджень було обстежено 50 студентів (25 дівчат і 25 юнаків), які навчалися на 2 курсі медичного факультету Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. Особливості темпераменту визначались за допомогою опитувальника Айзенка, показники ситуаційної і особистісної тривожності – на підставі використання опитувальника Спілбергера, різні форми агресивних проявів особистості – завдяки застосуванню опитувальника Басса і Дарки.

Результати: Одержані результати на тлі майже аналогічних рівнів вираження екстравертованості особистості досліджуваних осіб, засвідчували достовірно більш суттєві значення нейротизму (відповідно $14,28 \pm 0,79$ балів у студенток і $12,00 \pm 0,79$ балів у студентів ($p < 0,05$)), а також більш високий рівень як ситуативної (відповідно $29,30 \pm 1,82$ балів і $26,60 \pm 1,82$ балів ($p > 0,05$)), так і особистісної (відповідно $45,08 \pm 1,94$ балів і $40,04 \pm 1,60$ балів ($p > 0,05$)) тривожності серед дівчат. Разом з тим серед юнаків реєструвались більш високі показники розвитку агресивних рис особистості, а саме: фізичної, вербальної і непрямой агресії, негативізму та роздратованості, причому відмінності значень рівня фізичної агресії набували статистично-значущих рис ($39,16 \pm 4,07$ балів у студенток і $56,32 \pm 4,13$ балів у студентів ($p < 0,05$)). Лише у разі визначення характеристик відчуття провини і образи більш високі величини були властиві для дівчат ($p > 0,05$).

Висновки: Дані, одержані в ході досліджень, засвідчують наявність цілого ряду статево-обумовлених відмінностей індивідуально-типологічних рис особистості студентів, які навчаються у медичному вищому навчальному закладі, і зокрема, визначають суттєво вищий рівень нейротизму і тривожнісних рис особистості у дівчат, а також агресивних проявів у юнаків, що має бути враховано під час здійснення прогностичної оцінки рівня функціональної готовності їх організму до навчання та успішного здійснення трудової діяльності в подальшому.

М.Д. Тимочко, Г.І. Ордак

СИНДРОМ САНФІЛІППО – МУКОПОЛІСАХАРИДОЗ ІІІ ТИПА

Кафедра патологічної фізіології

С.Г. Полінкевич (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром Санфіліппо- група клінічно подібних рідкісних спадкових хвороб, що відноситься до лізосомальних хвороб накопичення. Частота синдрому складає 1: 100000- 200000 новонароджених.

Мета: Дослідження основних аспектів патогенезу, клінічної симптоматики та лікування синдрому.

Матеріали та методи: використовувались теоретичні (аналіз сучасної наукової літератури, узагальнення, класифікація), емпіричні (опис).

Результати: Синдром був описаний в 1963 році американським вченим-педіатром Сільвестром Санфіліппо

(англ. SylvesterSanfilippo) зі співавторами. Дана група захворювань успадковується, як і переважна більшість лізосомних хвороб накопичення, за аутосомно-рецесивним типом успадкування. До захворювання призводять мутації чотирьох різних генів: лізосомної N-ацетилглюкозамінідази (мукополісахарідоз III A), ацетил-КоА-глюкозамінід-N-ацетилтрансферази (мукополісахарідоз III B), лізосомної N-ацетилглюкозамін-6-сульфатази (мукополісахарідоз III C), сульфамідази (мукополісахарідоз III D). Всі ферменти беруть участь в метаболізмі гепарансульфату.

При всіх підтипів мукополісахаридоза III відбувається порушення деградації гепарансульфату, що входить в структуру клітинних мембран, в тому числі мембран нейронів, що корелює з важким нейродегенеративним процесом, обумовленим кортикальною атрофією.

Захворювання проявляється зазвичай на 2-му році життя дитини; при цьому соматичні зміни незначні: відставання в рості, легкі скелетні зміни, іноді невелике збільшення печінки і селезінки, які часто не приваблюють уваги лікаря і хворого ставлять діагноз «неспецифічна розумова відсталість». Нерідко розвивається судомний синдром. Захворювання характеризується грубими порушеннями психіки, розумовою відсталістю (деменцією), ригідністю суглобів, гепатоспленомегалією. Хронічну діарею пояснюють залученістю в патологічний процес вегетативної нервової системи поряд з дисфункцією слизової кишечника. Нейросенсорна туговухість обумовлена, ймовірно, трьома причинами: частими отитами, деформаціями слухових кісточок і аномаліями внутрішнього вуха. Малорухливість суглобів - результат деформації метафізів, потовщення суглобової капсули по відношенню до відкладення в ній глікозаминогліканів і фіброзу. Серце уражається рідко, іноді вислуховується шум недостатності або стенозу мітрального клапана з відповідними проявами на електро- і ехокардіограмі. Відомі випадки важкої мітральної недостатності при типі B синдрому. Морфологічно стулки ригідні, потовщені, деформовані і укорочені хорди мітрального клапана. Хворі вмирають у віці до 30 років від приєдналися інфекцій.

Висновки: Дана патологія потребує подальшого вивчення з метою покращення методів діагностики та лікування.

А.В. Тимошенко, М.А. Новрузов, М.О. Цокур

СУДОВО-МЕДИЧНА ДІАГНОСТИКА УШКОДЖЕНЬ ШКІРИ ВІД ДІЇ ПНЕВМАТИЧНОЇ ЗБРОЇ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.І. Моканюк (к.мед.н., доц.) А.М. Перебетюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За останні роки в судово-медичній практиці зростає кількість експертиз пов'язаних з ушкодженнями, що виникли від дії пневматичної зброї.

Мета: Визначити особливості ушкодження шкіри від дії пневматичної зброї в залежності від дистанції пострілу, шляхом визначення наявності дефекту тканини та площі ушкодження.

Матеріали та методи: Для проведення дослідження використовувалась пневматична гвинтівка Kral 001 калібру 4.5мм. з довжиною ствола 455мм та з кулями Люман «Pointedpellets» 0.68г. В якості мішені використовувалась штучна шкіра чорного кольору. Постріли здійснювалися впритул, з відстаней 50 см., 1м, 3м, 5м, 10м, 15м, 20м, 25м, 30м. Вимірювалась маса мішені до та після пострілу. Ушкодження фотографувались цифровим апаратом NikonD50 разом з метричною шкалою. Цифрове фото оброблялось в комп'ютерній програмі Mathcad для визначення площі ушкоджень.

Результати: При пострілі впритул ушкодження мало точкову форму, діаметром 0.1см із здертими краями до 0.1см, втрата маси мішені - 0.0078г. При вистрілі з дистанції 50см. ушкодження округлої форми діаметром 0.2см із обідком здертя до 0.1см, втрата маси мішені - 0.0060г. При вистрілі з дистанції 1м. ушкодження має округлу форму, діаметром 0.2см, обідок здертя 0.1см, втрата маси - 0.0041г. При вистрілі з дистанції 3м. форма ушкодження округла, діаметр 0.3см, обідок здертя до 0.2см, втрата маси мішені - 0.0015г. При вистрілі з дистанції 5м. форма ушкодження округла, діаметр 0.3см, обідок здертя до 0.1см, втрата маси - 0.0015г. При вистрілі з дистанції 10м. форма ушкодження округла, діаметр 0.3см, обідок осадження до 0.1см, втрата маси становить 0.0014г. При пострілі з дистанції 15м форма ушкодження округла, діаметр 0.4см, втрата маси мішені - 0.0047г. При вистрілі з дистанції 20м. форма ушкодження округла, діаметр 0.4см, втрата маси мішені - 0.0039г. При пострілі з дистанції 25м. ушкодження округлої форми, діаметр 0.3см, втрата маси мішені - 0.0026г. При пострілі з дистанції 30м. форма ушкодження округла, діаметр 0.2см, втрата маси мішені - 0.0017г. Площа ушкодження складала від 0,0008см² при пострілі впритул до 0,1256см² при пострілі з дистанції 20м.

Висновки: Проведене дослідження дозволило встановити особливості ушкодження штучної шкіри від дії пневматичної зброї та визначити особливості, що дозволяють диференціювати їх в залежності від дистанції пострілу.

А.А.Токарчук, М.С.Кмитюк, Х.І.Замнифіст
СИНДРОМ БАРРЕТТА ЯК ПЕРЕДРАКОВИЙ СТАН СТРАВОХОДУ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

В.О.Бевз (ас.)

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

Актуальність: У 2013 році в Україні було зареєстровано 1855 випадків раку стравоходу та 1416 смертей від даного захворювання. Синдром Барретта – це облігатний передпухлинний стан стравоходу, який характеризується метаплазією епітеліальних клітин слизової оболонки стравоходу. Найчастіше даний синдром виникає як ускладнення гатроезофагеальної рефлексної хвороби. Вивчення та рання діагностика даного передракового стану дозволить попередити виникнення раку стравоходу, а тому є надзвичайно актуальним.

Мета: Вивчити причини, основні фактори ризику та морфологічні форми синдрому Барретта. Дослідити поширеність даного синдрому у Вінницькій області та Україні та частоту його поширення серед чоловічої та жіночої статі та різних вікових категорій населення.

Матеріали та методи: Було досліджено біопсійний матеріал стравоходу хворих. Матеріал брали з шести ділянок слизової оболонки стравоходу. Фіксація проводилась в 10% нейтральному формаліні. Матеріал проходив ацетон-ксилолову проводку з подальшою заливкою в парафін. Нарізка препаратів відбувалась на санному мікромомі МС-2 з товщиною зрізів до 5 мкм. Фарбували препарати гематоксилін-еозином з подальшим заключенням препарату в полістирол під покривне скло. Було вивчено статистичні дані Національного канцер-реєстру пухлин у різних регіонах України та дані Вінницького обласного онкодиспансеру.

Результати: Синдром Барретта, зумовлений хронічним запаленням слизової оболонки внаслідок гастроєзофагального рефлюкса. Зустрічається найчастіше у віці 55-60 років і сприяє розвитку аденокарциноми та плоскоклітинного раку стравоходу, підвищуючи ризик його виникнення в 30 разів. Синдром Барретта виникає в 12% випадків у хворих з гастроєзофагальним рефлюксом та рефлюкс-езофагітом, і у половини хворих має безсимптомний перебіг. Під час ендоскопічного дослідження можна виявити дисплазію епітелія стравоходу, а також аденокарциному в ранній стадії. У 2014 році рак стравоходу було діагностовано 1855 випадків раку стравоходу, з яких 1605 (86%) серед чоловіків та 250 (14%) серед жінок. Показник смертності – 1416 (76%). У Вінницькій області було зареєстровано 71 випадок даного захворювання, зокрема серед чоловіків – 39 (55%), а серед жінок – 32 (45%). Показник смертності – 61 (86%).

Висновок: Високий відсотковий показник смертності від раку стравоходу свідчить про пізню діагностику та низьку ефективність лікування даного захворювання. Саме діагностика та виявлення передпухлинних станів дозволить знизити даний показник в майбутньому.

С.В. Топольницька

**ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ЕМБРІОГЕНЕЗ
(ВИПАДОК З ПРАКТИКИ)**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права.

Вінницьке обласне патологоанатомічне бюро

А.Г. Скорук (ас.), К.А. Педоренко (лікар-патологоанатом)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вінницьке обласне патологоанатомічне бюро

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вплив куріння на розвиток плода відбувається шляхом проникнення шкідливих речовин через плаценту. При кожному затягуванні сигаретою виникає спазм судин, у тому числі і матково-плацентарних. Поступово структура плаценти змінюється, зменшуючись за формою і обсягом, а кровообіг знижується за рахунок стабільного звуження судин. Це викликає порушення харчування ембріона і гіпоксію (кисневе голодування). При регулярному курінні під час вагітності плід знаходиться в стані хронічної кисневої недостатності практично постійно.

Наслідок цього - затримка внутрішньоутробного розвитку плода (скорочено - ЗВУР), яка у дітей курців відзначається значно частіше, ніж у дітей некурящих жінок.

Паралельно з цим в кров плоду проникає нікотин - алкалоїд, який є отрутою, що впливає на нервову систему, бензидин, який здатний накопичуватися в нирках, мигдалинах, серці, а також чадний газ, що ще більше підсилює гіпоксію.

Мета: На основі клінічного випадку виявити основні патоморфологічні особливості впливу тютюнопаління на ембріогенез. Дослідити та проаналізувати основні макро- та специфічні і неспецифічні мікроскопічні зміни даного ембріона. Оцінити вплив тютюнопаління на перебіг вагітності та формування ускладнень в даному випадку.

Матеріали та методи: Дослідження проведено на трупі плода (самовільне переривання вагітності в терміні гестації 19-20 тижнів) на базі Вінницького обласного патологоанатомічного бюро, під час планового розтину. Були використані методи макро-мікропрепарування, морфометрії, фотодокументування.

Результати: Внаслідок впливу тютюнопаління на плід під час вагітності були виявлені множинні вродженні

вади розвитку кількох систем: несправжній чоловічий гермафродитизм, омфалоцеле, гофровані вушні раковини, нижня мікрогнатія, рудиментарні верхні та нижні кінцівки, гемолімфангіома задньої поверхні шиї, у сукупності це призвело до наступного самовільного переривання вагітності в терміні гестації 19-20 тижнів. У плаценті мікроскопічно визначалися: ознаки порушення мікроциркуляції, гнійно-некротичний вогнищевий хоріонамніоніт, децидуїт. При дослідженні некропсійного матеріалу виявлено гігрому шиї (гемолімфангіому), в ділянці внутрішніх статевих органів – серед фіброзної тканини структури подібні до сім'яних каналців, омфалоцеле – стінка грижового мішка складається зі шкіри та тканин пуповини. Дані результати дали змогу оцінити вплив тютюнопаління на перебіг ембріогенезу та формування вад розвитку.

Висновки: Оскільки природжені вади розвитку є: причиною приблизно 20 % смертей у неонатальному періоді, а також займають значне місце у практиці акушерства і гінекології, медичної генетики, дитячої хірургії й ортопедії, патологічної анатомії, то знання питань профілактики, етіології, патогенезу, лікування і прогнозу природжених вад розвитку мають велике значення.

Г.І. Тракало, Н.М. Гринчак
ПОШИРЕННЯ ГРУП КРОВІ У СВІТІ І ЇХ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Кафедра медичної біології

Н.М. Гринчак (к.б.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Група крові відіграє дуже важливу роль в житті кожної людини. Більшою мірою це пов'язано з його здоров'ям і характером. Сьогодні по групі крові можна визначити не тільки характер і звички, а й найбільш поширені хвороби, які можуть уражати людину. Це пояснюється тим, що однією з головних функцій плазми є саме захисна. Відповідно в тій чи іншій групі відсутня необхідна кількість захисних реакцій. Внаслідок цього людина частіше хворіє, і піддається навіть самим небезпечним захворюванням.

Мета: Метою нашого дослідження стало визначення зв'язку між групами крові і схильністю до різних захворювань, щоб прогнозувати шляхи розвитку хвороб та вчасно розробляти різні заходи їх профілактики.

Матеріали та методи: Дослідження проводились серед 100 студентів першого курсу шляхом анкетування для визначення поширення груп крові по системі АВ0 та схильність до певних груп захворювань. Кожній особі була представлена анкета з переліком хвороб. Оскільки студенти були віком до 20 років, а багато захворювань проявляються у більш зрілому віці, то було запропоновано з переліку вибрати і ті хвороби, якими уражені їх родичі з тією ж групою крові.

В анкеті представлені такі групи захворювань: 1) алергія, дисфункція щитовидної залози, гастрити, виразкова хвороба шлунка, астма, запалення жовчного міхура, інсульт; 2) синдром хронічної втоми, пневмонія, хвороби печінки, хвороби серцево-судинної системи, онкологічні захворювання; 3) ангіна, хвороби сечової системи, отит, радикуліт, стрептококові інфекції, симптоми хвороби Паркінсона; 4) анемія, ангіна, інсульт, дерматити, гіпертонія, гіпотонія, гайморит, серцева недостатність, вірусні захворювання.

Результати: В результаті нашого дослідження було виявлено, що найпоширенішою групою крові серед студентів першого курсу була II, а менше всього виявилось студентів з IV групою крові – 8%. У відношенні статей значно переважали жінки, чоловіків було лише 27%. За результатами анкетування у трьох з представлених чотирьох груп виявлено зв'язок між групами крові та схильністю до поданих захворювань. Це особи з I, II і III групами крові. Аналізуючи дане дослідження, ми можемо припускати, що люди з I групою крові більш схильні до серцево-судинних хвороб, алергій, гастритів; люди з II групою крові – до онкологічних хвороб, пневмоній; люди з III групою крові – до хвороб сечової системи, отитів, радикуліту; люди з IV групою крові - ангіни, інсультів, вірусних захворювань.

Висновки: Отже, знаючи до яких хвороб схильні люди з певними групами крові, лікарі можуть використовувати це для прогнозування шляхів розвитку певних хвороб і розробляти певні профілактичні заходи, що в свою чергу може зменшити прояв тих чи інших хвороб.

Р.В. Трофименко

**КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАРКІНСОНІЗМ
З УРАХУВАННЯМ ВНЕСКУ ГЛУМАТЕРГІЧНОЇ СИСТЕМИ В МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ
ЗАХВОРЮВАННЯ**

Кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології імені В. В. Підвисоцького

Р.С. Вастьянов (д.мед.н., проф.)

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність: Актуальність проблеми ведення хворих з паркінсонізмом є суттєвою, що обумовлено зростанням кількості хворих, їх помолодшання, його складні патогенетичні механізми та складність клінічного перебігу цього захворювання. Цілковито істотним є намагання підвищити ефективність існуючої терапії вказаного контингенту хворих, що, на наш погляд, можливе через урахування модуляції активності інших нейромедіаторних систем.

Мета: клінічна оцінка ефективності включення препарату «ПК-Мерц» в комплексне лікування хворих на паркінсонізм із застосуванням нейровізуалізаційних методів дослідження.

Матеріали та методи: Нами були обстежені 50 хворих на паркінсонізм із застосуванням електроміографічного (ЕМГ) та електронейроміографічного (ЕНМГ) методів досліджень. Хворі були розділені на 2 групи: пацієнтам 1-ї групи (n=37) призначали традиційне лікування. Хворим 2-ї групи (n=13) до традиційної схеми фармакокорекції додавали препарат «ПК-Мерц», який є похідним адамантану. Ефективність лікування оцінювали через визначення кількості хворих з відновленням моторної функції, усунення тремору та відновлення швидкості проведення імпульсу (ШПІ) по серединному нерву (СН) і великогомілковому нерву (ВГН).

Результати: У всіх хворих, яким до складу комплексного лікування включали «ПК-Мерц», після 3-4 його ін'єкцій зростала рухова активність, рухливість та ініціативність, що мало статистичні розбіжності порівняно з такими показниками у хворих 1-ї групи ($p < 0.05$). Після курсу лікування кількість хворих з тремором була менше ($p < 0.05$). Загалом сумарна кількість балів (за шкалою UPDRS) у хворих 2-ї групи була менше, ніж у хворих 1-ї групи (переважно за рахунок III розд.).

За 7 днів лікування хворих 2-ї групи ЕМГ-обстеження виявило в них меншу (на 42 %) амплітуду ЕМГ-кривої та частоту виникнення залпової активності (в 2.2 рази $p < 0.05$). Типові «екстрапірамідні постріли» не реєструвалися, що мало статистичні розбіжності щодо аналогічних показників до початку лікування та щодо таких показників за аналогічний період лікування у хворих 1-ї групи.

ЕНМГ показники у хворих 2-ї групи також швидше відновлювалися, що проявлялося зменшенням 25 % і на 24 %, відповідно, показників ШПІ по СН та ВГН при їх порівнянні з такими показниками до початку лікування ($p < 0.05$). Показники ШПІ по СН та ВГН виявилися також на 12 % і на 13 % менше, ніж у хворих 1-ї групи ($p < 0.05$).

Висновки: Отримані дані клінічного обстеження хворих на паркінсонізм підтвердили більшу ефективність схеми, до якої додано сполуку, антипаркінсонічна ефективність якої реалізується не лише через дофамін-, але й через глутаматергічні нейромедіаторні шляхи.

Ю.Ю. Трофіменко

МІКРОБНА КОНТАМІНАЦІЯ ЕНДОТРАХЕАЛЬНИХ ТРУБОК У ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

В.П. Ковальчук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема нозокоміальних інфекцій у новонароджених в останні роки набула великого значення для всіх країн світу у зв'язку з їх значним зростанням. Найбільшу небезпеку становлять вентилятор-асоційовані пневмонії, що розвиваються на тлі штучної вентиляції легенів (ШВЛ) у недоношених дітей. Такі пневмонії характеризуються важким перебігом і обумовлюють високий рівень летальності (14-37,5%). У етіології вентилятор-асоційованих пневмоній найчастіше відіграють роль збудники, здатні колонізувати поверхні ендотрахеальних інтубаційних трубок (ЕІТ) в процесі ШВЛ.

Метою нашого дослідження було дослідити видовий склад мікроорганізмів виділених з поверхні ендотрахеальних інтубаційних трубок у новонароджених, які знаходились на ШВЛ.

Матеріали та методи: Всього досліджено 36 ЕІТ, що не менше 4-х днів знаходились у дихальних шляхах новонароджених, яким у цей період проводилась ШВЛ. Визначення характеру мікробної контамінації ЕІТ проводили висівом з поверхні сегмента трубки шляхом прокатування по площині щільного поживного середовища. В процесі досліджень виділено 85 штами мікроорганізмів.

Результати: У новонароджених пацієнтів серед мікроорганізмів, що колонізували дихальні трубки, домінували представники кокової групи бактерій. Так стафілококи у монокультурі виділялись з поверхні трубок 58,3% обстежених пацієнтів. У решті пацієнтів стафілококи входили до складу мікробних асоціацій, що включали кандиди, ентеробактерії та ін. види мікроорганізмів. Другими за частотою виділення з поверхні ЕІТ новонароджених пацієнтів були представники роду *Enterococcus* (38,9%). У 16,7% випадків ентерококи були виділені у монокультурі, у решті – в асоціаціях з ентеробактеріями, кандидами та ін. мікроорганізмами. Ентеробактерії були представлені мікроорганізмами родів *Klebsiella* (22,2%) та *Enterobacter* (25%). При цьому представники роду *Enterobacter* у більшості випадків (13,9%) виділялись у вигляді монокультури, у решті випадків – в асоціаціях зі стафілококами, ентерококами, коринебактеріями. Частота виділення ферментуючих грамотрипних паличок була меншою і становила 11,2%. У 2 випадках (5,6%) дихальні трубки були колонізовані монокультурою бактерій роду *Acinetobacter*. І ще у 2 випадках акінетобактерії виділені у складі асоціації з стафілококами.

Частота виділення дріжджоподібних грибів роду *Candida* у новонароджених пацієнтів була високою і становила 22,2%.

Висновки: У колонізації поверхні ендотрахеальних інтубаційних трубок пацієнтів відділень інтенсивної терапії новонароджених найчастіше приймають участь грампозитивні коки та ентеробактерії. Представники

цих груп мікроорганізмів здатні викликати патологічні зміни у паренхімі легень і несуть загрозу виникнення вентилятор-асоційованих пневмоній.

Т.І. Трофімчук

ВПЛИВ ПРИЙОМУ ЇЖИ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ (ЗАГАЛЬНУ КІЛЬКІСТЬ ЛЕЙКОЦИТІВ ТА ЛЕЙКОЦИТАРНУ ФОРМУЛУ)

Кафедра гістології

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

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Досить часто, читаючи сучасні довідники та керівництва з лабораторної діагностики, ми стикаємось з інформацією, що забір крові для загального аналізу крові (ЗАК) необхідно проводити натщесерце. “Забір крові проводять вранці, натще. Між останнім прийомом їжі і здачею крові на дослідження повинно пройти не менше 8 годин...” (Посібник з клінічної лабораторної та функціональної діагностики захворювань внутрішніх органів). Автори подібних посібників припускають, що після прийому їжі розвивається фізіологічний аліментарний (постпрандіальний) лейкоцитоз, який міг би створити хибну картину крові і викликати складнощі у постановці правильного діагнозу. Але часто у практичних лікарів виникає питання: якщо пацієнт вже приймав їжу безпосередньо перед забором крові для ЗАК, чи можна брати до уваги результат цього аналізу?

Мета: Дослідити динаміку змін у загальній кількості лейкоцитів та у лейкоцитарній формулі, що виникають після прийому їжі, та коливання цих показників протягом декількох годин після їди.

Матеріали та методи: У дослідженні взяло участь 40 осіб віком від 10 до 38 років, серед яких 21 жінка та 19 чоловіків. Усі учасники були рівномірно розподілені на дві дослідні групи. В учасників з групи А кров на аналіз забирали натщесерце, через 15 хвилин та через годину після сніданку, тоді як учасникам групи В проводили забір крові натщесерце, через 15 хвилин і 3 години після сніданку. Для всіх учасників був запропонований стандартизований сніданок. У проміжках часу між заборами крові учасникам заборонялося вживати їжу, пити воду, виконувати якісь фізичні навантаження та курити. Підрахунок кількості лейкоцитів проводився на гематологічному аналізаторі MindrayBC 3000. Лейкоцитарна формула вираховувалася вручну за допомогою емсійного мікроскопа.

Результати: У ході дослідження було встановлено, що середня кількість лейкоцитів натщесерце у жінок становила $7,6 \cdot 10^9/\text{л}$, у чоловіків – $7,3 \cdot 10^9/\text{л}$. Середня кількість лейкоцитів через 15 хвилин після сніданку у жінок становила $8,1 \cdot 10^9/\text{л}$, а у чоловіків – $8,2 \cdot 10^9/\text{л}$. Середнє значення кількості лейкоцитів через годину після їжі становила $7,8 \cdot 10^9/\text{л}$ - у жінок та $5,6 \cdot 10^9/\text{л}$ – у чоловіків. Через 3 години після сніданку спостерігалися наступні зміни: $9,7 \cdot 10^9/\text{л}$ – середня кількість лейкоцитів у жінок, $9,1 \cdot 10^9/\text{л}$ – у чоловіків.

Висновки: Проаналізувавши отримані результати, можна прослідкувати тенденцію до збільшення загальної кількості лейкоцитів в осіб обох статей через 15 хвилин та через 3 години після їжі, останнє підвищення часто було найбільшим. Суттєвих змін в лейкоцитарній формулі не спостерігалося. Ми схилиємося до думки, що збільшення кількості лейкоцитів після прийому їжі має місце, але зазвичай воно не перевищує показників норми ($4-10 \cdot 10^9/\text{л}$). У такому випадку доречнішим є вживання терміну постпрандіальне підвищення кількості лейкоцитів, але ніяк не лейкоцитоз. Виходячи з цього, ми вважаємо, що забирати кров у пацієнтів, які вживали їжу перед виконанням загального аналізу крові, можна.

С.Т. Федитник

РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ЛЮДИНИ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Кафедра нормальної анатомії

О.М. Мота (к.мед.н., доц.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Остеопороз є поширеним захворюванням кісткової системи, яке на початкових стадіях протікає без видимих клінічних проявів. Найбільш уразливими до остеопорозу є поперековий та грудний відділи хребта, оскільки саме вони отримують найбільше навантаження. Інтегральним показником остеопорозу є зниження мінеральної щільності кісткової тканини, в першу чергу трабекулярної. Оскільки тіла хребців в основному складаються з губчастої тканини, яка першою піддається демінералізації, то ранніми рентгенологічними ознаками остеопорозу є підвищення рентген прозорості тіл хребців з подальшою їх деформацією. З огляду на це, вивчення якісних особливостей та кількісних показників хребців поперекового відділу хребта розширює можливості ранньої діагностики та профілактики остеопорозу.

Мета: Вивчити якісні характеристики та кількісні показники хребців поперекового відділу хребта людини в залежності від віку та статі.

Матеріали і методи: Проаналізовано 50 рентгенограм поперекового відділу хребта (28 рентгенограм осіб чоловічої та 22 жіночої статі) у прямій та бічній проекціях. Рентгенологічні обстеження проводились на базі

Львівської міської лікарні швидкої медичної допомоги. Розподіл рентгенограм здійснювали згідно віку обстежених (класифікація ВООЗ). На рентгенограмах вивчали ступінь рентгенпрозорості і характер рентгенмалюнку. Серед кількісних показників вимірювали 3 висотних розміри (передній, середній та задній), поперечний та сагітальний розміри тіл хребців. На підставі отриманих даних визначали індекси Барнетта-Нордіна, Рохліна і Шармазанової.

Результати: При вивченні якісних особливостей хребців зафіксовано, що підвищення рентгенпрозорості кісткової тканини тіл хребців спостерігається в осіб 1 зрілого віку. Такі рентгенологічні ознаки найбільш характерні для осіб жіночої статі 2 зрілого віку. Аналіз показників індекса Барнетта-Нордіна свідчить, що максимальне його значення (94-100%) характерне для осіб юнацького віку і поступово знижується до старечого. Найнижчий його показник становить 80,5% (L3 – осіб чоловічої статі). Для індекса Рохліна характерна та ж закономірність, що і для попереднього, тобто зниження з віком, однак уже у 2 зрілому віці, особливо у осіб жіночої статі, величина індекса значно зменшується (мінімальний показник становить 60,2% для L5). Також для осіб похилого та старечого віку обох статей величина даного індекса є нижче встановленої норми. Значення індекса Шармазанової дещо відрізняються від попередніх і в осіб юнацького віку, незалежно від статі, є дещо зниженим, коливаються в межах 41,4 - 44,0. Найнижчий показник даного індекса характерний для осіб жіночої статі 2 зрілого віку (36,1 - 39,2%).

Висновки: 1. Рентгенологічні дослідження дають змогу вивчити кількісні та якісні критерії остеопорозу на ранніх етапах. 2. Одним із ранніх проявів остеопорозу є підвищення рентгенпрозорості тіл хребців. 3. Для отримання об'єктивної картини стану мінеральної щільності кісток необхідно враховувати значення всіх вище вказаних індексів.

В.О. Федорченко, О.В. Кузовлева

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСТОСУВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.О. Гаврилюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Несприятливі умови, що склались в останні десятиліття, а саме епідемія вірусних гепатитів, зростання споживання алкоголю, поширення ожиріння та метаболічного синдрому, а відтак і НАСГ, обумовлюють подальше зростання кількості пацієнтів з термінальними захворюваннями печінки, пік якого, за даними епідеміологічного аналізу, припадає на 2010-2020 роки. Відображенням цього епідеміологічного процесу є збільшення частоти цирозу печінки та зростання смертності від цирозу як у світі, так і в Україні. Регенерація являється захисною реакцією печінки у відповідь на її пошкодження та визначається як комплекс регулюючих фізіологічних процесів проліферації гепатоцитів та непаренхіматозних клітин, які призводять до відновлення порушеної функції органа після його пошкодження. Зміна балансу між проліферацією печінкових клітин та їх загибеллю може лежати в основі формування цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми (ГЦК).

Метою нашого дослідження стало визначення в біопсіях печінки основних морфологічних маркерів проліферативної активності гепатоцитів.

Матеріали і методи. Патоморфологічні і імуногістохімічні дослідження виконанні на матеріалі трепанобіопсій 20 хворих на цироз печінки вірусного генезу. Основні патогістологічні зміни печінки досліджувались в серійних парафінових зрізах біоптатів, забарвлених гематоксиліном і еозином. Стан клітинної проліферації в печінці при хронічному вірусному гепатиті та цирозі печінки визначався з використанням моноклональних антитіл Ki-67 *MoA-HuKi-67 Antigen*, *CloneMIB-1* («ДАКО», Данія) та проти *PCNA* *Anti-ProliferativeCellNuclearAg (PCNA)*, *ClonePC10* («ДАКОСytomation», Данія), а також системи візуалізації EnVision+ («ДАКО» – Данія) з діамінобензидином.

Результати. Проведені патогістологічні і імуногістохімічні дослідження довели, що при цирозі печінки, на тлі зростаючого дефіциту гепатоцитів, максимальної виразності досягають компенсаторно-пристосувальні процеси в функціонуючих гепатоцитах. При мікроскопії зрізів печінки, забарвлених гематоксиліном та еозином, в хибних та атипичних дольках визначається значна кількість двоядерних гепатоцитів та гепатоцитів, які містять в крупному ядрі одне, або два-три крупних ядра. Багато гепатоцитів збільшені за площею цитоплазми та ядра та містять по два крупних гіперхромних ядра з одним-двома крупними ядрцями. Максимуму досягають адаптивні процеси в ядрах гепатоцитів: при наявності вакуолізації ядра в гепатоциті з'являється друге ядро або вакуоль в ядрі оточується двома-трьома ядрцями. Визначаються також крупні гепатоцити, які містять по 2-3 вауолізованих ядра і одночасно – до трьох ядер нормальної структури, тобто спостерігаються шестиядерні гепатоцити.

При цирозі також активується проліферативна активність печінкових клітин з експресією маркерів проліферації Ki67 та PCNA. Виконані імуногістохімічні дослідження показали, що при цирозі печінки серед проліферуючих клітин з експресією ядерного антигену Ki67 лідерами є епітеліоцити дрібних холангіол та фібробласти порталних трактів, а також лімфоцити центральної зони фолікулоподібних імуноклітинних інфільтратів порталних трактів. Експресія маркеру клітинної проліферації Ki67 визначається також в ядрах поодиноких

гепатоцитів та перисинусоїдальних зірчастих клітин. В той же час, при цирозі печінки експресія маркеру клітинної проліферації PCNA визначається в значно більшій кількості гепатоцитів. Експресія PCNA спостерігається в ядрах великої кількості гепатоцитів, розташованих в зонах імунітарної деструкції атипових долек циротично зміненої печінки, а також у вогнищах проліферації так званих овальних клітин, які є камбіальними клітинами для відновлення популяції гепатоцитів.

Висновки. Виконані нами дослідження доказали високу проліферативну активність печінкових клітин при цирозі печінки у хворих на ХВГ, яка обумовлена з одного боку необхідністю поповнення популяції гепатоцитів на тлі зростаючого їх дефіциту, а з іншого – інтенсивним новоутворенням фіброblastами надлишку колагену і інших молекул позаклітинного матриксу та новоутворенням дрібних холангіол в порталних трактах та в потовщених прошарках сполучної тканини.

Д.В. Філіпова

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТА ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра анатомії людини

О.В. Кузнецова (викладач)

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

м. Дніпропетровськ, Україна

Актуальність: Багато літніх людей стикаються з проблемою захворювання кісткової системи, особливо суглобів. Хронічними захворюваннями суглобів страждають більше 30% населення земної кулі, а це понад 700 млн чоловік (Коваленко, 2003). Проблема захворюваності суглобів є особливо актуальною у зв'язку зі збільшенням тривалості життя. Згідно епідеміологічних досліджень, у осіб старше 40 років патологія суглобів присутня в 50% випадках, а після 70 років - у 90% (Андрійчук, 2014).

Мета: Метою дослідження було виявлення розповсюдженості і причин виникнення захворювань суглобів та кісток у людей похилого віку на основі аналізу літературних даних.

Методи: Аналітичний огляд зарубіжних і вітчизняних наукових публікацій.

Результати: У роботі ми розглядаємо 3 основних захворювання суглобів і кісток, які найбільш часто зустрічаються у людей похилого віку – деформуючий остеоартроз, ревматоїдний артрит та остеопороз. Найбільшу статистику захворювань кісткової системи мають остеоартрози (26,5%) та супутні патології – артрити і остеопорози (Проценко, 2010). У структурі захворювань кісткової системи середні показники первинної інвалідності дорослих внаслідок остеоартрозу в 2011 р. становили 1,5 випадку на 10 тис. дорослого населення. За прогнозами на 2020 рік число хворих на остеоартроз буде становити біля 57 % населення земної кулі (Артеменко, 2005). Найвищі показники зареєстровано у Черкаській, Дніпропетровській, Вінницькій, Волинській областях та у м. Києві (Коваленко, 2012). В останні десятиріччя дана проблема розповсюдженості захворювань кісткової системи набула особливого значення внаслідок двох тісно пов'язаних демографічних процесів: різкого збільшення кількості людей літнього й старечого віку (Поворознюк, 2000).

Частими причинами провокуючими ці захворювання є (Заостровська, 2012; Мазуров 2008): 1) вікове зниження здатності клітин хрящової тканини до регенерації та втрата нею еластичності і стійкості до механічних осьових навантажень, особливо менісків. Людина з травмою меніску схильна до розвитку артрозу колінного суглоба; 2) вікове зниження рівня вироблення статевих гормонів сприяє розвитку остеопорозу, що знижує міцність кісткової тканини і веде до її більш швидкого зношування, особливо в області суглобових поверхонь. Сильніше від цього захворювання страждають жінки, у яких вікови й остеопороз починає розвиватися з клімаксом; 3) надмірна вага, а тим більше ожиріння, що спостерігається у багатьох літніх людей, веде до надмірного навантаження на колінні суглоби, і в них швидко розвивається артроз.

Висновки: На основі отриманих даних аналітичного огляду літератури, виявилось, що захворювання ревматоїдним артритом, остеопорозом та деформуючим остеоартрозом є досить актуальним, особливо для людей похилого віку. Причини виникнення цих захворювань досить різнобічні. Отже, необхідно звернути увагу на запобігання, а також на діагностику, профілактику і лікування таких захворювань та їх ускладнень за умови створення спеціальних громадських та державних програм.

І.Д. Цибулюк

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІМУНОЦИТАРНОЇ ІНФІЛЬТРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.О. Гаврилюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Функціональний стан імунної системи організму грає велику роль в розвитку інфекційного процесу, який в свою чергу або пригноблює імунну систему організму, або порушує регуляцію імунних реакцій. Дисфункція імунітету має велике значення в патогенезі інфекційних захворювань, і це особливо торкається системи мононуклеарних фагоцитів, що грають важливу роль в підтримці гомеостазу організму. В

печінці ця система представлена синусоїдальними, або непаренхіматозними, клітинами, а саме – ендотеліальними клітинами синусоїдів, зірчастими клітинами Іто і купферовськими клітинами печінки. Синусоїдальні клітини є неодмінними учасниками запальних реакцій, що обумовлено виробленням цими клітинами цитокінів. Мігруючі лімфоцити і циркулюючі макрофаги «прилипають» до синусоїдального епітелію і можуть проникати в паренхіматозний простір. Вони додатково вивільняють прозапальні цитокіни і хімічні радикали, що мають ушкоджувальну дію, викликаючи локальне скупчення потенційних патогенів. Початково запалення паренхіми печінки є результатом цитокінобумовленої активації синусоїдальних клітин, експресії ними адгезійних молекул, подальшого локального вивільнення прозапальних цитокінів і мобілізації циркулюючих лейкоцитів. Реплікація вірусів, вірусобумовлена деструктивна активність клітин і антитіл імунної системи запускають складні механізми руйнування інфікованих гепатоцитів.

Мета. Гістологічними та імуногістохімічними методами маркувати клітини імуноклітинних інфільтратів печінки хворих на хронічні вірусні гепатити.

Матеріали і методи. Патоморфологічні і імуногістохімічні дослідження виконанні на матеріалі трепанобіопсій 28 хворих на хронічний вірусний гепатит. Наявність і виразність імуноклітинної інфільтрації і імуноклітинної деструкції печінки визначалась в парафінових зрізах, забарвлених гематоксиліном і еозином та толюїдиновим синім, а також за допомогою імуногістохімічного виявлення CD8+ Т-кілерів, CD45R0+ Т-лімфоцитів, CD5+ Т-лімфоцитів, CD20+ В-лімфоцитів, CD68+ макрофагів в імуноклітинних інфільтратах портальних трактів, у внутрішньодолькових імуноклітинних інфільтратах, вогнищах імуноклітинного кілінгу гепатоцитів і локусах імуноклітинної інфільтрації перисинусоїдальних просторів, в перипортальних імуноклітинних «ступінчастих некрозах» і імуноклітинних «мостоподібних некрозах».

Результати. Важливою структурною особливістю хронічних вірусних гепатитів є значна деструкція гепатоцитів печінки імунними клітинами в осередках імуноклітинного кілінгу, в крайових зонах імуноклітинних «східчастих некрозів», в зонах порто-портальних і порто-центролобулярно-портальних імуноклітинних «мостовидних некрозів». Доказом феномену імуноклітинного кілінгу гепатоцитів є наявність в цих осередках імунних клітин цитотоксичної спрямованості, а також наявність в них гепатоцитів в фазі каріоцитолізу або апоптозу. Проведені нами дослідження показали, що у внутрішньодолькових вогнищах імуноклітинного кілінгу домінують CD8+Т-лімфоцити, присутні CD68+макрофаги Купфера і одиночні ріт-клітини, а в зонах імуноклітинних «східчастих некрозів» переважають CD8+Т-лімфоцити і CD68+макрофаги, є в наявності ріт -клітини. Проведені нами дослідження показали, що в осередках імуноклітинного кілінгу і в зонах імуноклітинних «східчастих некрозів» в оточенні імунокомпетентних клітин також виявляються гепатоцити, які гинуть шляхом каріоцитолізу.

Висновки. Визначений нами склад імуноцитарних інфільтратів внутрішньодолькових перисинусоїдальних просторів і портальних трактів, без сумніву, свідчить про активацію імунної відповіді хворого на гепатотропні віруси. Наслідком імуноклітинного кілінгу гепатоцитів є активація прихованого розвитку фіброзу печінки, прогресуючого із збільшенням імунодеструктивних процесів в печінці.

М.О. Цокур

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТІ ТА СТАДІЙ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.О. Гаврилук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. До теперішнього часу не існує лабораторних тестів чи неінвазивних методів, які б могли надійно оцінити некрозапальну активність, розвиток фіброзу та структурне ремоделювання печінки. Саме ці процеси лежать в основі розвитку хронічних вірусних гепатитів. Оскільки структурні зміни виникають раніше і вони більш виражені, а ніж їх клініко-функціональні прояви, тому морфологічну діагностику слід вважати ранньою діагностикою, у всякому випадку по відношенню до хвороб печінки. Морфологічне дослідження біоптатів стало важливим діагностичним інструментом і дозволило верифікувати етіологію захворювання та визначити важкість ураження печінки. Оцінені при біопсії стадія фіброзу, некрозапальна активність печінки в значній мірі визначають терапевтичну тактику та прогноз у кожного конкретного пацієнта.

Метою нашого дослідження стало встановити діагностичну цінність інвазивних маркерів фіброгенезу і визначити морфологічну характеристику активності та стадій перебігу хронічних вірусних гепатитів.

Матеріали і методи. Патоморфологічні і гістохімічні дослідження виконанні на матеріалі трепанобіопсій 36 хворих на хронічні вірусні гепатити. Основні патогістологічні зміни в печінці досліджувались в серійних парафінових зрізах біоптатів, забарвлених гематоксиліном і еозином, трибарвним методом Масона і методом ван-Гизон, в яких визначались індекс гістологічної активності за KnodellR.G. з співавт. (1981) і DesmetV. С. з співавт. (1995). Для визначення виразності і типу фіброзу аналізувався різний ступінь фіброзу печінки [F0 – відсутність фіброзу, F1 – слабкий фіброз портальних трактів, F2 – портальний фіброз з рідкісними септами в частках (помірний фіброз), F3 – множинні септи в частках без цирозу (тяжкий фіброз), F4 – цироз печінки)].

Результати. Нами встановлено, що розроблені і розповсюджені серед гепатологів системи напівкількісної оцінки індексу гістологічної активності гепатиту і стадії перебігу та фіброзу печінки мають безперечні переваги

і водночас – обмежену прогностичну цінність. Згідно прийнятих у світі градацій METAVIR (1994) і V.J. Desmet зі співавт. (1994) в біоптатах печінки хворих на хронічні вірусні гепатити визначається слабкий F1 фіброз, помірний F2 і тяжкий F3 фіброз, а також F4 - цироз печінки. Слід зазначити, що в цих градаціях, в основному, враховується портально-септальний фіброз, тому що на той час домінували уявлення про розвиток фіброзу печінки з портальних трактів. Проведені нами дослідження показали, що у хворих на хронічні вірусні гепатити, фіброз охоплює також перисинусоїдальні простори і центролобулярні вени. В гепатобіоптатах хворих крім портально-септального фіброзу, також визначається перисинусоїдально-центролобулярний і змішаний фіброз печінки різного ступеню виразності.

Висновки. Проведені нами гістологічні дослідження гепатобіопсій показали, що сучасні мікроскопічні, в поєднанні з гістохімічними дослідженнями гепатобіоптатів надають можливості більш об'єктивно визначати морфологічні ознаки вірусобумовленої деструкції (вірусобумовленого цитолізу), імуноклітинної інфільтрації і імуноклітинної деструкції печінки при хронічних вірусних гепатитах, що необхідно для призначення диференційованої антивірусної і імуномодулюючої терапії хворим на хронічні вірусні гепатити.

О.В. Чайковська, Н.С. Барзак

КОРЕЛЯЦІЯ МІЖ АКТИВНІСТЮ НЕЙРОНІВ ПЕРВИННОЇ ЗОРОВОЇ КОРИ І ЗМІНОЮ ПЛОЩІ ЗІНИЦІ

Кафедра нормальної фізіології

О.В. Власенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

TsurunoS. (Ph.D.), HosoyaT. (Ph.D.)

RikenBrainScienceInstitute, Japan

Актуальність: Питання взаємозв'язку структури і функції неокортексу, і те як елементарні нейронні ланцюги залучені у широкий спектр обробки інформації – ключове завдання нейрофізіології. Одним із важливих об'єктів є корково-підкоркові нейрони (SCPNs) – пірамідні нейрони V шару кори, які віддають проєкції до багатьох підкоркових структур. Мікроколони з SCPNs, організовані у радіальному напрямі, були ідентифіковані майже у всіх зонах кори ссавців, включаючи первинну зорову кору (HosoyaT., 2009). Висококорельована активність SCPNs в мікроколонках свідчить про те, що їх можна розглядати як елементарні функціональні одиниці. Основними питаннями щодо мікроколон з SCPNs є встановлення яку саме інформацію вони обробляють і як це обумовлює поведінку тварин.

Мета: Прогнозування зміни діаметру зіниці тварин на основі даних активності SCPNs первинної зорової кори (V1).

Матеріали і методи: В роботі були використані 5 мишей-самців лінії C57BL/6J. Двофотонна мікроскопія і кальцієві індикатори GCaMP3 (V1, L5, 0.4 Hz) були використані для запису активності SCPNs. Для реєстрації зміни площі зіниці використовували систему відеотрекінгу (500 Hz) і програмне забезпечення на базі Python і Matlab.

Результати: На основі даних активності SCPNs була побудована лінійна модель множинної регресії для прогнозування зміни площі зіниці. За даними SzabadiE. (2015), PintoL. (2013), активність сенсорних зон модулюється аферентними сигналами з вищих коркових зон і підкоркових структур, які контролюють загальний стан неспанья. Така модуляція має велике значення для обробки інформації, що надходить із зовнішнього середовища, прийняття рішень, генерування адекватної відповіді. Ймовірні ланцюги відповідальні за цю кореляцію включають генералізований вплив ретикулярної формації стовбура мозку через таламус, гіпоталамус і базальні ядра, як на сенсорні зони кори, так і парасимпатичні центри середнього мозку. За даними VinckM. (2015), така модуляція покращує сприйняття інформації сенсорними зонами і співвідношення сигнал-шум.

Висновки: Запропонована нами лінійна модель множинної регресії з високою точністю прогнозує зміну площі зіниці ока. Це свідчить про тісний зв'язок V1 із автономними центрами регуляції тонуусу м'язів зіниці.

О.В. Чемеринська, М.І. Гуменюк, Л.А. Корінчак

РЕФЛЕКСІЯ ЯК ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ МЕХАНІЗМ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ПОВЕДІНКИ

Кафедра нормальної фізіології

Л.С. Лойко (к.пс.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рефлексія - роздуми людини спрямовані на аналіз самої себе – власних станів, своїх вчинків і минулих подій. Завдяки рефлексії людина має можливість спостерігати за собою з боку і бачити себе очима людей, які її оточують. Одним із найважливіших гіпертекстів рефлексії є свідомість та мислення.

Мета: Показати, що рефлексія є одним з психофізіологічних механізмів регуляції поведінки, пов'язаний з свідомістю та мисленням, невіддільною частиною яких є типи вищої нервової діяльності.

Матеріали та методи: За допомогою тестів на визначення темпераменту, стану самооцінки, показників

артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, індексу Керд'ю встановили значення рефлексії як психофізіологічного механізму.

Результати: Дослідження проводилось з учнями 3, 6 та 9 класів. Вибірка складала 90 осіб. За допомогою нашого дослідження встановлено, що стиль діяльності кожної людини значною мірою залежить від типу вищої нервової діяльності, що є складовою структури її темпераменту. Оскільки людина є соціальною істотою, то для неї властиві такі форми мислення як самоаналіз, самоствердження та самопізнання. На все те, що людина сприймає з навколишнього середовища, вона відповідає різними реакціями. Розуміння того, що відбулося, свідоме ставлення до дійсності пояснюється тим, що діями керує свідомість.

Висновки: Оскільки кожна думка пов'язана з численними одночасними збудженнями різних часток кори великого мозку, лімбічної системи, гіпоталамусу, ретикулярної формації, стовбуру мозку, то теорія мислення, в основу якої покладено низку понять: біль, комфорт, різні модальності почуттів, пов'язана з інформаційним синтезом, процесом думання і знаходження відповіді. А оскільки різні типи ВНД сприймають все по-різному, то самосвідомість та самоаналіз впливатимуть на механізм поведінки.

Т.І. Чіхрай

ПАТОГЕНЕЗ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

Кафедра патологічної фізіології

О.М. Мордвінова (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. В останні десятиліття спостерігається бурхливий прогрес в розробці більш досконалих видів стрілецької зброї та боеприпасів вибухової дії. Прийняття цих засобів ураження живої сили на озброєння більшості армій обумовило значний ріст тяжкості вогнепальної бойової травми, збільшило частоту множинних та поєднаних поранень, збільшило об'єм ушкоджень.

Мета. Основним завданням дослідження було проведення літературного аналізу для визначення етіології та патогенезу вогнепальних ран, вивчення балістики раневого каналу, можливі варіанти перебігу та лікування таких ран.

Матеріали та методи: підбір науково-популярних статей, публікацій і підручників був здійснений у бібліотеці ВНМУ імені М.І. Пирогова із використанням іноземних публікацій.

Результати. Вогнепальне поранення - це механічна дія на тканини і органи снаряда стрілецької зброї або боеприпасу вибухової дії, що призводить до порушення їх цілісності з утворенням рани. Рановий канал при наскрізних пораненнях має вхідний і вихідний отвір, також присутні стінки каналу. Кулі чи осколки, що летять з великою швидкістю, проникаючи в тіло, передають енергію довколишнім тканинам, примушуючи їх рухатися нерівномірно спочатку в боки від раневого каналу, потім до його центру. Це призводить до формування тимчасової пульсуючої порожнини, яка досягає максимального розміру через 2-5 мс, утримується протягом 10-20 мс. Згідно класифікації представленою М.І. Кузіним (1977) виділяють три фази перебігу раневого процесу. Перша фаза - запалення (альтерація, ексудація і проліферація), яка поділена на два періоди: судинні реакції і очищення рани від мертвих тканин, спочатку це характеризується короткочасним спазмом, обумовлений рефлекторним звуженням артеріол внаслідок виділення катехоламінів. Порушення кровопостачання та зміни проникливості судинної стінки в зоні ураження викликає розвиток набряку тканин і метаболічного ацидозу. Відбувається ексудація плазми та лімфи, вихід та міграція лейкоцитів в ділянку рани, дегрануляція тучних клітин, що створює умови для очищення рани. Друга фаза - регенерації і третя фаза - реорганізація рубця та епітелізація. Розрізняють три класичні типи загоєння ран: загоєння первинним натягом, загоєння вторинним натягом, загоєння під струпом. Для незараження рани проводять ранню ПХО, яку виконують у першу добу після поранення, відстрочену - 2 доба і пізню, через 48 год.. Чим раніше проведено ПХО, тим більшою є вірогідність запобігання інфекційних ускладнень таких ран.

Висновки. Знання етіології та патогенезу вогнепальних ран, допоможе надавати правильну і кваліфіковану допомогу людям з таким видом поранень.

Ю.О. Шабала

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ (ФПН) ПРИ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНІЙ АНЕМІЇ (ЗДА)

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.О. Гаврилюк (д.мед.н., проф.), Т.М. Король (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: однією серед основних причин перинатальної захворюваності й смертності є плацентарна недостатність, що призводить до внутрішньоутробної гіпоксії й гіпотрофії плода. При тривалому перебігу анемії порушується функція плаценти, відбувається зміна її трофічної, метаболічної, гормонпродукуючої і газообмінної функцій, в результаті чого розвивається плацентарна недостатність.

Мета: на основі сучасних даних літератури та макро- і мікроскопічного дослідження плацент оцінити роль

залізодефіцитної анемії у розвитку фетоплацентарної недостатності у вагітних.

Матеріали і методи: Проаналізовано 68 випадків перебігу вагітності і пологів у жінок. Першу групу (38 осіб) склали жінки, в яких діагностовано залізодефіцитну анемію (основна група), другу групу (30 осіб) – жінки з фізіологічним перебігом вагітності (група порівняння). Використовувались органометричні, макроскопічні та загально-гістологічні методи дослідження.

Результати: Фетоплацентарна недостатність при залізодефіцитній анемії зумовлена різким зниженням рівня заліза в плаценті, зміною активності дихальних ферментів і металопротеїназ. Залізодефіцитна анемія у вагітних жінок негативно впливає на перебіг вагітності, розвиток плоду та пологи, на першому році життя у дітей спостерігається пригнічення еритропоезу і гіпохромна анемія. Розвиток ЗДА при вагітності є наслідком порушення рівноваги між підвищеною витратою заліза і його надходженням в організм. У зв'язку з цим для ЗДА вагітних характерні тканинна гіпоксія і пов'язані з цим ускладнення. В основі ФПН будь-якої етіології лежать порушення плацентарного кровообігу, включаючи мікроциркуляцію, і обмінних процесів, які тісно пов'язані між собою. Вони супроводжуються змінами кровотоку не тільки в плаценті, але також в організмі матері та плоду. При морфологічному дослідженні виявляли ознаки прискореного дозрівання кінцевих ворсинок і більш інтенсивного обміну між материнською і плодовою кровообмінами, що можна вважати компенсаторно-приспосувальним механізмом у відповідь на зменшену кількість еритроцитів у крові вагітної та зменшений вміст гемоглобіну в еритроцитах. Також виявили, що характерною гістологічною особливістю плацент є дисоційований тип дозрівання котиледонів, наявність псевдоінфарктів, фокальних некрозів ворсин, склерозу стромы ворсин і їх тромбоз.

Висновки: Таким чином, внутрішньоутробна гіпоксія спричинена ЗДА, будучи одним з основних проявів ФПН, веде до порушення розвитку або пошкодження ЦНС в 60-80%, збільшуючи частоту соматичної та інфекційної захворюваності, знижуючи адаптацію новонароджених в ранньому неонатальному періоді, приводячи до порушення психомоторного та інтелектуального розвитку дітей. Патоморфологічні дослідження доводять наявність компенсаторно-приспосувального механізму в системі мати-плацента-плід. Спостерігається прискорене дозрівання кінцевих ворсинок і більш інтенсивний обмін між материнською і плодовою кровообмінами, що супроводжується збільшенням об'єму і розмірів плаценти.

Ю.О. Шабала

ЦЕРВІКАЛЬНА ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНА НЕОПЛАЗІЯ (CIN), ДИСПЛАЗІЯ ШИЙКИ МАТКИ), ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Т.М. Король (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія являє собою захворювання шийки матки, що характеризується передраковим станом, і асоційоване з персистенцією і інтеграцією вірусу папіломи людини високого онкогенного ризику. За різними даними останніх 40 років канцерогенез шийки матки в більшій мірі викликається рядом вірусів, включаючи вірус Епштейна-Барра, цитомегаловірус, простий вірус герпесу II типу, проте провідне місце в розвитку неоплазії шийки матки займає вірус папіломи людини. Певні морфологічні зміни тканин шийки матки характеризуються інтенсивним, патологічним розмноженням клітин з ознаками атипії. Атипія - це втрата клітинами диференціювання і нормальної будови в результаті впровадження вірусу папіломи людини.

Мета: на основі сучасних даних літератури та макро- і мікроскопічного дослідження оцінити патогенез, сучасні методи діагностики та лікування цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (CIN).

Матеріали і методи: Проаналізовано 68 випадків цервікальної інтраепітеліальної неоплазії. Першу групу (38 осіб) склали жінки, в яких діагностовано дисплазію шийки матки (основна група), другу групу (30 осіб) – жінки без атипичних змін шийки матки (група порівняння). Використовувались органометричні, макроскопічні та загально-гістологічні методи дослідження.

Результати: Дисплазія шийки матки не має виражених клінічних проявів і не може бути виявлена під час огляду лікарем. Діагноз може бути поставлений тільки на основі даних цитологічного і гістологічного досліджень. При дисплазії відбувається перебудова епітеліального шару у цілому. Порушується тканинне диференціювання, що виражається в порушенні нормальної стратифікації, появі молодих недиференційованих клітинних елементів з ознаками атипії. Дисплазія може виникати як з боку попередників багаточарового плоского епітелію, так і з боку метапластично утвореного епітелію на тлі ендочервікса, поліпа, ектопії. При дисплазії багаточарового плоского епітелію відзначають порушення нормальної стратифікації. Пласт представлений молодими клітинами типу базальних і парабазальних, диференціювання яких відсутнє. Змінюються ядерно-цитоплазматичні співвідношення на користь ядра, останні стають поліморфними. З'являються клітини, що мітотично діляться, серед яких можуть бути одиничні атипичні мітози. Залежно від ступеня порушення стратифікації багаточарового плоского епітелію і вираженості атипії клітин розрізняють слабку (легку), помірну і різко виражену (важку) дисплазію.

Висновки: Таким чином, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія є поширеним інфекційним захворюванням у жінок різних вікових груп, що здатна прогресувати у онкогінекологічні захворювання. Цитологічні зміни

багатошарового плоского епітелію залежать від ступеня CIN. Вчасна діагностика та лікування цервікальних інтраепітеліальних неоплазій дозволить істотно зменшити кількість онкогінекологічних захворювань серед жінок.

М.П. Шванц, Д.І. Муромцев, В.В. Цимбалюк

ОСОБЛИВОСТІ РУХЛИВОСТІ НЕРВОВИХ ПРОЦЕСІВ, ОБ'ЄМУ ПАМ'ЯТІ ТА УВАГИ У ОСІБ З РІЗНОЮ ДОБОВОЮ РИТМІЧНІСТЮ

Кафедра нормальної фізіології

І.Т. Борейко (к.мед.н, доц..)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема добових періодичних змін фізіологічних функцій організму людини привертає увагу вчених різного фаху. Знання динаміки змін фізіологічних функцій організму дозволяє застосувати більш доцільні та ефективні методи навчання, лікування та оптимізації працездатності впродовж доби. Вивчення психофізіологічних показників протягом доби дасть можливість більш досконало розподіляти час роботи та відпочинку.

Мета: Вивчити та дослідити вплив біологічних ритмів на розумову працездатність студентів, встановити зв'язок між успішністю навчання та хронотипом і типом працездатності. Виявити взаємозв'язок між добовою ритмічністю та рухливістю нервових процесів, показниками уваги та пам'яті у студентів-медиків віком 18-19 років впродовж доби.

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь 50 студентів другого курсу чоловічої статі з різним хронотипом та типом працездатності. Оцінювання рухливості нервових процесів, показників пам'яті та уваги, хронотипу та типу працездатності відбувалося шляхом тестування за загальноприйнятими методиками.

Результати: До хронотипу «голуби» належать 29 студентів, «жайворонків»-13 та «сов»-8. Серед досліджуваних осіб більшість становили аритміки (29 осіб), менше-слабо виражений вечірній тип (10 осіб), чітко виражений вечірній тип (3 особи), слабо виражений ранковий тип (7 осіб) і лише одна особа-чітко виражений ранковий тип.

Висновки: Хронотипу «голуби» відповідають особи з аритмічним типом та слабо вираженим вечірнім типом працездатності. «жайворонкам»- незначна кількість аритміків і слабо та чітко виражений ранковий тип. До «сов»- особи зі слабо та чітко вираженим вечірнім типом працездатності. Найкращі показники обсягу короткочасної образної та вербальної пам'яті та об'єму уваги впродовж доби спостерігаються у осіб з хронотипом «голуби» та аритмічним типом працездатності. Рухливість нервових процесів краще виражена у «голубів». Очевидно, ця властивість нервової системи дозволяє їм швидко переключатися з одного виду діяльності на інший, бути активними впродовж усього дня. Дослідженні показники у «сов» та «жайворонків» виявилися низькими, що свідчить про те, що їм важко змінювати свій звичайний ритм і це погано впливає на успішність навчання та працездатність у незвичайних для їхньої активності час. Таким чином, можна стверджувати про залежність між біологічним ритмом, успішністю навчання студентів та їх працездатності впродовж доби.

О.Б. Шевня, В.В. Шавлюк., М.В. Архіпов

ВИВЧЕННЯ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВИМУ ДІАБЕТИ ТА ЙОГО ФІТОПРОФІЛАКТИЦІ

Кафедра гістології

О.І. Тереховська (к.мед.н, доц.),

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.М. Истошин (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: У 2015 році на Україні зареєстровано 1млн. 380 тис. хворих на цукровий діабет (ЦД). Серед них з ЦД 2-го типу – 1млн.280 тис.

Мета: дослідити зміни слизової шлунку при експериментальному ЦД та його фітопрофілактиці.

Матеріали та методи. Всі піддослідні тварини були розділені на 3 групи: 1 – інтактні, 2 – щурі, яким моделювався ЦД, 3 – лікування ЦД фітопрепаратом. Тваринам 2 та 3 груп – внутрішньошкірно вводився дексаметазон (0,125 мг/кг маси тіла протягом 15 днів). Тваринам 3 групи вводився фітопрепарат у вигляді відвару (1:10). Тварин виводили з експерименту шляхом декапітації під легким ефірним наркозом. Для біохімічного дослідження кров щурів збирали з черевної порожнини. Глюкозу крові вимірювали глюкометром фірми Баєр (Швейцарія). Для морфологічного дослідження видалений шлунок щура занурювали в 10% розчин нейтрального формаліну для фіксації. Отримані зрізи забарвлювали гематоксилін-еозином.

Результати. При ЦД рівень глюкози крові щурів був вищим на 30% ($5,67 \pm 0,67$ ммоль/л), профілактичне введення фітопрепарату приводило до зниження рівня глюкози крові на 10% ($3,95 \pm 0,65$ ммоль/л) у порівнянні з інтактними тваринами ($4,41 \pm 0,14$ ммоль/л). При експериментальній патології у тварин зареєстровано зменшення

маси тіла(на 20%) та шлунку (на 33%). Профілактика ЦД привела до збільшення маси органа на 25% у порівнянні з групою тварин без корекції.

Для гістологічного дослідження брали слизову дна шлунку інтактних тварин, вистелену високим призматичним епітелієм, що має шлункові ямки. Під ним – власна пластинка слизової, повністю заповнена залозами, які тісно прилягають одна до одної. Далі знаходиться м'язова пластинка слизової оболонки, утворена трьома шарами гладеньких міоцитів. Зовні від слизової оболонки присутня сполучнотканинна підслизова основа, що межує з м'язовою оболонкою. Просвіт власних залоз вузький, щілиноподібний. Основу тіла залози складають головні екзокриноцити – клітини з блідо забарвленою цитоплазмою, повернені до просвіту залози. В ділянці тіла та шийки знаходяться дрібні клітини-мукоцити. Зовні від головних клітин несущим шаром прилягають екзокриноцити. Проміжки між залозами заповнені тонкими прошарками сполучної тканини. Експериментальний ЦД призводить до дистрофічних змін у слизовій оболонці, її ерозії та виразки. Введення з профілактичною метою фітопрепарату призводить до відновлення структури і функції слизової оболонки шлунку.

Висновки. Екзогенне навантаження дексаметазоном викликає значне підвищення рівня глюкози крові, зменшення маси тварин та маси шлунка, дистрофії слизової дна шлунка, виникненню ерозій та виразок. Введення фітопрепарату має виражену органопротекторну дію.

О.М. Шишковський

ПАТОГЕНЕЗ ВТОРИННОГО УШКОДЖЕННЯ ТКАНИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ ЗА УМОВ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ

Кафедра патологічної фізіології

Н.А. Рикало (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: інсульт – це гостре порушення мозкового кровообігу, яке стоїть на першому місці по смертності та інвалідації серед неврологічних патологій. Щорічно в Україні фіксується понад 270 випадків мозкових інсультів на 100 тис. населення, 45 з яких закінчуються смертю, а 12,5% пацієнтів первинно визнані інвалідами внаслідок порушення мозкового кровообігу [НейроNews №3(8), 2008.].

Одним із важливих факторів, які впливають на віддалені наслідки ішемічного інсульту, є цукровий діабет та стресова гіперглікемія в гострий період ішемічного інсульту. Так, при глікемії за умов ішемії запускається каскад біохімічних реакцій, який призводить до накопичення лактату, вільних кисневих радикалів, ліпідних пероксидів у ділянці ішемії мозку. Це сприяє посиленню глутаматергічної ексайтотоксичності, подальшому порушенні цілісності гематоенцефалічного бар'єру та призводить до внутрішньоклітинного та вазогенного набряку головного мозку, в результаті якого збільшується зона ішемії [«Ишемический инсульт» Парфенов В.А., Хасанова Д.Р., 2012].

Мета: дослідити вплив гіперглікемії в гостру фазу ішемічного інсульту на віддалені наслідки.

Матеріали та методи: проведено аналіз 30 історій хвороб (16 чоловіків та 14 жінок) з «діагнозом гостре порушення мозкового кровообігу» (ГПМК) за ішемічним типом, які було розділено на 3 групи по 10 пацієнтів: 1) пацієнти з нормоглікемією, 2) з цукровим діабетом II типу 3) з гіперглікемією на фоні ГПМК.

Кожному пацієнтові від вступу до виписки проводився моніторинг рівня глюкози за допомогою біохімічного дослідження крові, оцінка ступеня неврологічного та функціонального дефіциту за шкалою NIH, NIH-кінцівок, Bartel. Отримані результати опрацьовані за допомогою t-критерія Стюдента і відображалися у вигляді середнього значення.

Результати: дослідження показало, що на першу добу найбільш тяжкі неврологічні дефіцити відмічаються у пацієнтів з максимальним рівнем глюкози в крові (середні показники неврологічного дефіциту по шкалі NIH у 1-й групі-4,5, у 2-й-9,6, у 3-й-9,3). За NIH-кінцівок відмічається аналогічний зв'язок (за NIH-кінцівок у 1-й групі 1,4, у 2-й-3,85, у 3-й-3,9).

Функціональний підсумок ішемічного інсульту за індексом Bartel, також виявив зв'язок з рівнем глюкози в гострий період. Найменший індекс спостерігався у хворих в яких на першу добу захворювання було виявлено гіперглікемію. Напроти у хворих з низьким рівнем глюкози в порівнянні з хворими в яких була стресова гіперглікемія та цукровий діабет відмічається більший індекс незалежності від сторонньої допомоги (від 14.5 до 30%).

Висновки: отже, незалежно від генезу гіперглікемії, в гострий період ішемічного інсульту вона сприяє посиленню неврологічного та функціонального дефіциту у віддалений період. Беручи до уваги роль порушення вуглеводного обміну в розвитку і прогресуванні ішемічного інсульту можна прийти до висновку, що корекція рівня глюкози крові представляє собою один із фундаментальних напрямків у комплексній терапії хворих з ішемічним інсультом.

О.Ю. Шишов
**РОЛЬ ГАСТРОЕНТЕРОПАНКРЕАТИЧНОЇ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ У РЕГУЛЯЦІЇ ПРОЦЕСІВ
ТРАВЛЕННЯ ТА МОЖЛИВІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ВІДХИЛЕННЯ ПРИ ЇЇ РОЗЛАДАХ**

Кафедра нормальної фізіології

І.Л. Рокунець (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Процеси травлення є важливими для організму так як забезпечують надходження в організм саме потрібних для трофіки та розвитку речовин у необхідних концентрація та доступних формах хімічної речовини. Система травлення виконує бар'єрну функцію виступаючи терміналом між середовищем та організмом людини. Нормальна фізіологічна регуляція цього процесу є одним з пріоритетних завдань організму, так як вона повинна забезпечити належне функціонування як трофічної так і бар'єрної функції шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Мета: Детально розглянути механізми впливу на ШКТ з точки зору фізіології процесів регуляції травлення саме ендокринною системою травного тракту, представленою APUD-системою. Встановити роль кожного з типів клітин гастроентеропанкреатичної ендокринної системи та їх вплив на травний канал та на організм вцілому. Описати можливі функціональні відхилення при гіпер чи гіпосекреції ендокриноцитів системи травлення, з подальшим розвитком патологічних станів.

Матеріалита методи: У процесі дослідження були використані дані клініко-лабораторних досліджень пацієнтів з функціональними розладами ШКТ та статистичні дані лабораторних досліджень пацієнтів з захворюваннями системи травлення (хімічний склад травних соків, жовчі, результати зондових методів дослідження, біохімічні показники плазми крові та ін.), які не мали характеру органічних пошкоджень. В якості контрольної групи нами були використані результати лабораторних досліджень фізіологічно здорових людей. Додатково проведено аналіз наукової літератури з приводу означеної проблеми.

Результати: В процесі дослідження описано детальну функцію кожного з типів секреторних клітин причетних до регулювання ШКТ, їх фізіологічну роль та участь в процесах травлення та вплив на інші системи організму. Проведено співставлення функціональних розладів з можливою функціональною некомпетентністю причетних до регулювання відділів дифузної ендокринної системи (ДЕС).

Висновок: APUD-система травного каналу є важливою складовою організму людини так як впливає на динаміку, послідовність процесів травлення всмоктування, та розвитку організму на рівні всіх систем. За суттю гастроентеропанкреатична ендокринна система є досить важливим регулятором травлення а її фізіологічна роль є ключовою. Усі можливі пошкодження секреторних клітин системи ДЕС призводять до суттєвих змін у метаболізмі організму, та формують сприятливі умови для функціональних розладів з подальшим розвитком захворювань.

Г.П. Шонаров
**ЗЕРКАЛЬНЫЕ НЕЙРОНЫ. АНАЛИЗ АНАЛИТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ФУНКЦИЙ,
СТРОЕНИЯ И РАБОТЫ В ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА**

Кафедра гистологии

И.С. Хрипков (к.мед.н.)

ГЗ «Днепропетровская Медицинская Академия»

г.Днепропетровск, Украина

Актуальность: Зеркальные нейроны – это один из самых задаваемых и актуальных вопросов в современной неврологии. Относительно недавнее открытие этой загадочной частицы нервной системы заставляет ещё больше углубиться в изучении и исследовании и познании зеркальных нейронов.

Цель: Повествование о важности зеркальных нейронов в целостности и работе нервной системы человека и животных.

Материалы и методы: Материалы на основании исследований Джакомо Риззолатти, исследования работы и возбудимости зеркальных нейронов путём внедрения электрода в головной мозг подопытного.

Результаты: На протяжении всего исследования после внедрения электрода активировались определённые группы нейронов, которые отвечают за повторение и усваивание информации.

Выводы: Зеркальные нейроны по праву считаются одними из важнейших клеток нашего организма, необходимые для путешествия по жизни. Без зеркальных нейронов нет контакта, нет спонтанных реакций и нет эмоционального понимания.

Н. І. Штурмаревич
ВОЛОССЯ – ПОКАЗНИК ЗДОРОВ'Я

Кафедра медичної біології
С.С. Хлестова (к.пед.н., доц.)

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

Актуальність: Волосся – це індикатор нашого здоров'я. Кращий засіб для збереження здоров'я волосся – здоровий спосіб життя, в тому числі збалансоване харчування. Що таке волосся в нашому житті? Волосся є найбільш помітною частиною нашої зовнішності і, хоча наявність волосся не є життєвою необхідністю для існування організму, воно відіграє значну роль у психічній рівновазі більшості людей. Крім широко відомих проблем волосся, таких як тьмяність, ламкість, сивина, лупа, себорея, облісіння і т.д. існують і інші захворювання, пов'язані з різними причинами: загальним станом організму або зовнішніми впливами.

Мета: Надати інформацію населенню про фактори, які можуть впливати на стан волосся, їх густоту, швидкість росту, фізіологічний і біохімічний склад.

Матеріали та методи: Визначення рівня обізнаності населення про існуючі типи волосся, анонімне анкетування, спостереження, аналіз наукової літератури.

Результати: Волосся складається в основному із кератину – особливої білкової речовини, яка містить у собі 4–5 % сірки, 20 % азоту, 17 % цистину, а також фосфор, цинк, натрій, кальцій, магній, залізо, марганець та мідь. Найважливішими речовинами, необхідними для росту волосся, є вітаміни групи В, особливо пантотенова кислота (вітамін В5). Для збереження кольору волосся необхідні: піридоксин (вітамін В6), пантотенова і фолієва кислоти. Якщо вранці з'їдати одну чашку затірки зі змелених неочищених зерен ячменю, вівса, пшениці і жита, то можна зупинити процес посивіння і навіть можливо відновити колір вже посивілого волосся.

Висновки: В ході роботи нами було визначено фактори, що впливають на стан волосся: стан нервової системи, стресові ситуації (чим частіше ви переживаєте стрес, тим повільніше росте волосся); вікові особливості (з віком волосся втрачає пігмент і міцність); куріння, алкогольні напої, порушення обміну речовин, шкідлива їжа, різні захворювання можуть сповільнити ріст волосся. Іноді, щоб прискорити зростання волосся, досить просто усунути всі ці чинники – перестати палити, почати правильно харчуватися і зайнятися спортом.

С.М. Якліч

**ВИЗНАЧЕННЯ ЗАКОНОМІРНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЮДЕЙ НА ВІРУС ГЕПАТИТУ С У М.
ВІННИЦІ**

Кафедра медичної біології
С.С. Хлестова (к.пед.н., доц.)

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

Актуальність: Захворювання на гепатит С – це важлива соціально-медична проблема, що представляє одну з найважливіших проблем медицини всіх країн світу. У світі на гепатит С хворіють приблизно 3% людей від усього населення (до 500 млн. осіб), в Україні 3% від кількості всього населення – це близько 1 млн. За даними Міністерства охорони здоров'я України хворих на вірусний гепатит С у 5 разів більше ніж хворих на ВІЛ/СНІД та у 5-6 разів більше ніж носіїв ВІЛ. У 70% випадків гепатит С переходить у хронічну форму.

Мета: Відслідкувати тенденцію розвитку захворювання на гепатит С серед населення у різних вікових категоріях, що дасть змогу оцінити та актуалізувати увагу населення до проблеми захворювання на гепатит С.

Матеріали та методи: Вивчення та порівняння статистичних даних Обласної станції переливання крові у м. Вінниці за 2013 – 2015 р.р., дані Міського центрального інформативного та аналітичного центру статистики та документації, анонімне опитування, аналіз наукової літератури.

Результати: Зібравши статистичні дані у Міському центральному інформативному та аналітичному центрі статистики та документації, ми представляємо результати моніторингу захворювання на вірус гепатиту С у м. Вінниці за 2013 – 2015 р.р. 2013 рік – від 0 до 14 років – 13 дітей; від 15 до 17 років – 3 людей; 18 років і старші – 554 людини. 2014 рік - від 0 до 14 років – 24 дитини; від 15 до 17 років – 4 людей; 18 років і старші – 567 людей. 2015 рік - від 0 до 14 років – 28 дітей; від 15 до 17 років – 5 людей; 18 років і старші – 571 людина.

Висновки: Проаналізувавши статистичні дані Обласної станції переливання крові у м. Вінниці за 2013 – 2015 р.р. та дані Міського центрального інформативного та аналітичного центру статистики та документації, а також анонімне опитування та аналіз наукової літератури, ми можемо зробити невтішні висновки щодо зазначеної проблеми, оскільки статистика різко зростає вгору, що нас насторожує. Отже, дана проблема залишається відкритою та потребує подальшого вивчення.

Суспільні науки



Social Sciences

Н.М. Амс
ПРАВА ПОРОДІЛЛІ. ПУПОВИННА КРОВ ТА СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
Р.Г. Жарлінська (к.е.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Не зважаючи на широкий терапевтичний потенціал стовбурових клітин, - це не панацея, а сучасний метод лікування, до якого лікар має визначити наявність показів і який має певні обмеження. На сьогоднішній день гемопоетичні стовбурові клітини використовують у лікуванні близько 100 захворювань. Знання і дотримання лікарем прав породіллі, а також порядку забору та зберігання пуповинної крові (ПК) є актуальним.

Матеріали та методи: наказ МОЗ України № 481 від 10.07.2014 «Про затвердження Порядку забору та тимчасового зберігання пуповинної (плацентарної) крові та/або плаценти», методи аналізу, синтезу, індукції, дедукції.

Результати: Забір ПК та/або плаценти відбувається лише за наявності договору між породіллею та ліцензованою установою. Забір та тимчасове зберігання ПК та/або плаценти здійснюються в акредитованих пологових стаціонарах за місцем пологів породіллі. Забір ПК та/або плаценти здійснюється відповідно до вільного та усвідомленого бажання вагітної на підставі її інформованої згоди на проведення забору пуповинної (плацентарної) крові та/або плаценти (форма № 096-1/о). Інформована згода повинна бути оформлена у пологовому стаціонарі до початку пологів та є додатком до історії пологів (форма № 096/о), форма якої затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 1999 року № 184. Засвідчена в установленому порядку копія інформованої згоди видається породіллі за її бажанням.. Рішення щодо можливості забору ПК та/або плаценти після підписання інформованої згоди приймає лікар - акушер-гінеколог, відповідальний за ведення пологів вагітної, з урахуванням акушерської ситуації, перебігу пологів, оцінки стану її здоров'я та відсутності протипоказань.

Висновки: Підбиваючи підсумок щодо нормативного регулювання використання пуповинної крові та плаценти в розрізі використання стовбурових клітин, головний акцент варто зробити на тому, що нині врегульовано загальні питання – дозволено таку діяльність, є певний порядок контролю за такою діяльністю, стовбурові клітини можуть бути використані як під час клінічних досліджень, так і під час лікування низки захворювань.

A.P. Velykyi
**THE ROLE OF ESCHERICHIA COLI IN POSTOPERATIVE COMPLICATIONS
IN PATIENTS OF SURGERY DEPARTMENT**

Department of Foreign Languages
I.K.Kozka (PhD, associate professor)
Kharkiv National Medical University
Kharkiv, Ukraine

Introduction. One of the traditional complications of abdominal surgery is postoperative peritonitis that serves as a direct cause of mortality that exceeds 50% of patients who have undergone abdominal surgery. Postoperative peritonitis (inflammation of the peritoneum) may develop if microorganisms (*Escherichia coli*) get into the peritoneum from the abdominal cavity.

The aim of the research is to study causes for getting *E. coli* into the peritoneum and find out its role and pathogenetic elements of postoperative complications.

Materials and Methods. *Escherichia coli* is a Gram-negative, rod-shaped bacterium that belongs to opportunistic microorganisms. It is a normal habitant of the lower intestine that survives in both aerobic and anaerobic conditions. It is highly resistant to antibiotics. *E. coli* can be detected by taking a specimen of pathological material. *E. coli* can be cultivated on differential and diagnostic Endo and Levine media. Medium-sized colonies are formed on solid media (2-4 mm). They are round and slightly cloudy, with smooth and shiny surface. Colonies have raspberry color with a metallic luster on Endo media. They are blue-violet on Levine media. This is explained by the fermentation of lactose, glucose, mannitol, maltose, sucrose, and other carbohydrates.

Results. *E. coli* causes purulent inflammatory diseases of the abdominal cavity and sepsis. A putrid decay of tissues with the development of severe intoxication seems to be a feature of such inflammatory processes. Postoperative peritonitis very frequently occurs as a result of suture line leaks. The following surgical errors can serve as causes of suture line leaks:

- Sutures of abnormal inflammatory tissues;
- Significant intestinal wall tension;
- Damage to intestinal walls with surgical instruments or hands;
- Either too many sutures leading to circulatory disorders and necrosis or a fewer number of stitches that do not provide sufficient hermetization.

Conclusions. Abdominal surgeons should keep in mind that it is necessary to take into account opportunistic bacteria serving as normal habitants of the abdominal organs, including *E. coli*, since they can lead to serious postoperative

complications in surgical patients.

Ю. О. Вітрова, К. Е. Гаврилець
РИНОК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
Р.Г. Жарлінська (к.е.н., доц.)

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

Актуальність: Ринок медичних послуг - сукупність всіх медичних технологій, виробів медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, що реалізуються в умовах конкурентної економіки. Ринок медпослуг у світі разом із супутніми ринками медобладнання та фармпрепаратів є одним з наймісткіших, адже турбота про життя і здоров'я людей є базовими для будь-якої країни. Від здоров'я населення країни залежить якість робочої сили, її продуктивність, а отже і ефективність виробництва в країні.

Мета: розглянути стан сучасної української медицини, етапи виникнення і формування ринків медичних послуг у регіонах України, властивості медичних послуг, розкрити проблеми, що існують сьогодні у цій галузі, вказати на деякі можливі шляхи їх вирішення та зробити висновок щодо конкурентоздатності медицини в Україні.

Матеріали та методи: бібліосемантичний, діалектичний (аналіз, синтез, індукція, дедукція), порівняння, аналогії.

Результати: У статті 49-ій Конституції України держава гарантує громадянам країни безкоштовну медичну допомогу в державних та комунальних закладах охорони здоров'я та передбачає, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних програм. В Законі України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" визначений рівень фінансування медицини у розмірі 10% від ВВП, в той час як сучасний розмір асигнувань ледь досягає 3%. Але навіть фінансування медицини у розмірі 10% від ВВП не виведе українську медицину на відповідний рівень. На сучасному етапі державні лікарні не можуть забезпечити відповідний рівень медичних послуг. Отже, з одного боку держава дає гарантії на безкоштовну медицину, а з іншого таких коштів в державі просто не існує. Пропозиції до розв'язання проблеми наступні: перехід до обов'язкового медичного страхування; введення посади медичного менеджера в закладах охорони здоров'я; розробка законодавства.

Висновки: Якщо казати про конкурентоздатність медицини в Україні, то можна виділити декілька моментів. По-перше, медичні кадри України є кваліфікованими й професійними. Незважаючи на зарплату державного лікаря, конкурс в медичні ВУЗи хоча і зменшується, але все ще є високим. Тобто, українські лікарі є конкурентоздатними, але якщо ситуація не зміниться на краще, то можливо відтік медичних кадрів за кордон посилиться, а підготовка їх буде значно відставати від технічного розвитку медичної галузі. По-друге, приватна медицина має великий потенціал в Україні. І тут знову такі маленьке "але". Подальший її розвиток залежить від вдосконалення нормативної бази та економічного зростання країни взагалі. По-третє, перспективною є страхова медицина, що існує в більшості західних країн, й не тільки розвинутих, але і в колишніх соціалістичних.

Н.Д.Ганизаде

NUMERALIA В АНАТОМИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ НОМЕНКЛАТУРЕ

Кафедра латинского языка и медицинской терминологии

А.В. Литовская (канд. филол. наук, ст. преп.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: Одной из основных проблем лингвистики являются этимологические исследования лексических заимствований из латинского и древнегреческого языков. Чтобы лучше понимать базовую медицинскую терминологию, следует овладеть системой образования латинских терминологических элементов. Особенно это касается имен числительных, ведь они играют важную роль в анатомической и клинической номенклатуре.

Цель: Проанализировать особенности употребления имен числительных, характер их функционирования в форме приставок, выявить различия в анатомической и клинической терминологии.

Материалы и методы: Для проведения работы использовались международная анатомическая номенклатура (www.unifr.ch/ifaa/Public/EntryPage/TA98%20Tree/Alpha/A11%20KWIC%20W%20L_A.htm) и «Энциклопедический словарь медицинских терминов» В.И. Покровского. Анализ проводился на основании сплошной выборки из номенклатуры и словаря.

Результаты: Наиболее используемы следующие числительные: primus (встречается 8 раз): digitus primus, a. intercostalis posterior prima; secundus (встречается 7 раз): digitus secundus, digitus secundus pedis; tertius (встречается 10 раз): dens molaris tertius, digitus tertius, m. fibularis tertius, m. peroneus tertius, n. occipitalis tertius; quartus: digitus quartus, ventriculus quartus, digitus quartus pedis; quintus: digitus quintus, m. abductor metatarsi quinti. Числительные sextus, septimus, octavus, nonus, decimus не употребляются. Однако они могут использоваться в форме греческих и латинских приставок (uni-, bi-, tri-, quadri-, octo-, quinque-), кроме числительных шести- и

семи-: unītas, ātisf; bilaterālis, e; triceps, cipītisn; quadrātus, a, um. В отличие от порядковых числительных, греческие и латинские префиксы используются как в анатомической, так и в клинической терминологии: mononucleāris, e; diminūtus, a, um; trigōnus, a, um; tetraplegia, aef. Стоит также отметить, что от числительных происходят имена прилагательные, которые широко используются в клинической терминологии: primarius, secundarius, quintanus (пятидневный).

Вывод: Для лучшего понимания предметов, основанных на знании латинского языка, а также для применения полученных знаний в анатомической и клинической терминологии, невозможно обойтись без умения правильного использования такой важной части речи, как числительное. Также стоит отметить, что в анатомической номенклатуре преобладают числительные латинского происхождения, а в клинической – греческого происхождения. Проведя данный анализ, можно сделать вывод, что латинские числительные являются продуктивными для формирования медицинской терминологии.

Д.В.Глухонюк

PATIENTS' TRUST TO PHYSICIANS

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Ю.М.Остраус(викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Actuality:The patient-physician relationship is considered to be the cornerstone of medical care.Trust is a defining element in any interpersonal relationship,but is particularly central to the patient-physician relationship.The new concerns about patients' trust have triggered recognition of the need for a better understanding of factors affecting the patient-physician relationship.The problem of patients' trust to physicians was actively studied abroad.Important contribution to the research of this problem was made by scientists H.Kurihara and T.Maeno from Japan,S.D. Pearson,L.H.Raeke and S.D.Goold from the USA.

The aim of our study is to determine the factors that affect patients' trust to physicians.

Materials and methods:The study using a questionnaire created in GoogleForms was conducted.The questionnaire included 7 questions and proposed variants of answers.Factors that might influence the patients' trust to physicians were chosen from the items reported in earlier studies conducted abroad.Finally we investigated six items,namely attire,age,gender,title,professional reputation and personal qualities.103 persons aged 16-51 years old(mean age-22)filled in the questionnaire.56(53,4%)women and 47(46,6%)men took part in the study.

Results:Summarizing the results of the study allows to conclude that the largest number of patients trust to physicians wearing white coats,to be specific 61,2% of respondents.Speech was found to have a significant impact on the trust for most examinees,that is for 89,8%. Age was also shown to be an important factor affecting the patients trust.50,5% of respondents assert that they trust most to the physicians aged 30-45 years old,while only 2% of examinees were found to trust to physicians aged over 60 years old.It should also be noted that 3% of patients trust to physicians under 30 years old.The results of the study indicate that gender doesn't influence trust to physicians for 70,7% of patients,while professional reputation plays more important role and has a significant impact on the trust of 82,8% of examinees.34,3% of respondents suppose physician's title(Candidate of Medical Sciences,Doctor of Medical Sciences,Honored Doctor of Ukraine) to affect patients' trust.The results of the study show that the largest number of respondents consider attentiveness the most important physicians' feature,to be specific 46,5%.Confidence was also noted to be a significant physicians' feature for 21,2% of patients.

Conclusions:The importance of trust in patient-physician relationships isn't questioned.For practicing clinicians and medical students,knowledge of factors fostering patients' trust in physicians can help to communicate with patients more effectively.We may conclude that to earn patients' trust a physician must be dressed in white coat,have good speech,be aged 30-45 years old,be attentive and have a good reputation.Gender and title don't have any influence on the trust of most patients.

Є.В. Григорук

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СФОРМОВАНOSTІ ЕТНІЧНИХ СТЕРЕОТИПІВ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Кафедра психології

Коломієць Л.І. (канд.пед.н., стр.викл.к.псих.)

Вінницький державний педагогічний університет імені М. Коцюбинського

м. Вінниця, Україна

Актуальність:Інтеграція з європейським співтовариством та розширення поліетнічного середовища нашої країни робить істотно значущою потребу толерантного та розуміючого до представників інших націй, а також створення психологічних умов для повноцінного адаптивного співжиття різних етнічних груп. В цьому контексті найбільш важливим питанням постає адаптація українців у поліетнічному середовищі, розвиток їхньої етнічної самосвідомості, підтримання політичної єдності, утвердження демократичних і гуманістичних цінностей співжиття, протидія сепаратизму, ксенофобії та екстремізму.

Мета: теоретично узагальнити і емпірично дослідити психологічні особливості сформованості етнічних

стереотипів студентської молоді.

Матеріали та методи: теоретичні: аналіз, узагальнення, синтез, систематизація, моделювання; емпіричні: спостереження, анкетування, тестування за методикою «Шкала соціальної дистанції» Е. Богардуса; методи кількісної та якісної обробки даних.

Результати: При проведенні дослідження нами було дігностовано 40 студентів ВДПУ та ВНМУ на предмет сформованості етнічних стереотипів та соціальної дистанції щодо представників інших етнічних груп.

Під час інтерпритації власних суджень досліджуваних щодо запропонованих етнічних груп, які подавались у вільному вигляді, ми помітили яскраво виражені позитивні авто- та негативно і позитивно спрямовані гетеростереотипи. Найбільше негативних гетеростереотипів проявилось стосовно росіян. Таку зміну поглядів на колишній братерський народ можна пояснити переходом позитивних гетеростереотипів у негативні, під дією політичної ситуації в країні. Студенти ВНМУ виявили більш терпиме ставлення до представників цієї нації, аніж студенти ВДПУ.

Для виявлення загальної картини ставлення досліджуваних до кожної етнічної групи, нами була розроблена система рис та оцінок ступеня їх прояву у кожного етносу на думку досліджуваних. Найбільш негативними рисами студенти ВДПУ наділили росіян, а студенти ВНМУ – росіян, арабів та циган. Етнічні стереотипи передаються між індивідами у соціумі та через ЗМІ, змінити їх можуть неприємні та травмуючі ситуації (наприклад з росіянами). Стереотипи у полікультурному середовищі можуть як підкріплюватись (араби), так і змінюватись (нігерійці).

Вплив полікультурного середовища прослідковується при вирахуванні загального показника соціальної дистанції. Ми визначили, що для студентів ВНМУ він є меншим (4), а для студентів ВДПУ – 5. Тобто студенти ВНМУ здатні підпускати представників різних етносів до себе як колег по роботі, за бажанням зближуватись чи віддалятись – це пояснюється тим, що вони кожного дня взаємодіють з більшою кількістю осіб, що представляють інші етнічні групи, на відміну від студентів ВДПУ, культурний простір яких є обмеженим.

Висновки: Експериментальне дослідження проблеми етнічних стереотипів дозволило нам підтвердити гіпотезу про вплив полі- та монокультурного середовища, в якому перебувають студенти, на формування у них стереотипів щодо представників різних етнічних груп.

M.M. Hurin, J.O.Katilova

HAZARDOUS EFFECT OF TOBACCO SMOKING ON POWER INDICES AND PHYSICAL ENDURANCE IN YOUNG PEOPLE

Foreign Languages Department

I.V. Simonova (lecturer)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality. By 2012 in Ukraine there were about 8.36 million people who regularly consume tobacco smoke. Most representatives of this group are not exposed to the scientific literature and evidence about the negative consequences of this habit. As a result, they do not have any motivation for the decision to abandon it - they need to feel directly all drawbacks they acquired during smoking. We believe it is advisable to evaluate physical endurance of the mentioned individuals, as the carbon oxide (CO) comes into the body it causes oxygen starvation of tissues by reducing the efficiency of the respiratory system functioning and the restrictions of physical activity.

Goal. To investigate the functional indices of the respiratory system at the stage of gas transport and indicators of physical activity in people with the bad habit and after forsaking it. To develop the practical basis for persuasion of skeptical smokers to give up smoking, as the hazards of this habit are accompanied by a feeling of chronic fatigue, weakness, inactivity and positive emotions after its refusal: "Make a man sensible of what he has lost."

Materials and methods. For the study, we used the analysis of CO in exhaling, the level of carboxyhemoglobin (CO HB %), fractions of carboxyhemoglobin (F CO HB %) using a gas analysis indicator MICRO CO. To study the power and physical endurance the program of physical exertion was created by the specialist fitness trainer. The study involved 12 volunteers. They were divided into 3 groups: group A (5 smokers with varying experience, one of them is a female of mesomorphic type), Group B (5 people who do not smoke, one of them is a female of mesomorphic type), Group C (2 smokers of endomorphic type with overweight. The power indices of all groups before the experiment were measured and the expiration spirometric analysis of each group representative was made. Group A and B stopped smoking for 1 month permanently. Thereafter three groups had physical exertions according to the same program for 1 hour per day 5 days a week for a month (30 days). During the last day of the study all the above-mentioned indices were re-measured and the analysis of incoming and outgoing information was objectively formed.

Results of study: The mean tobacco smoking experience in group A and B was 5,8 years. The level of CO in expiratory air in group A probably ($p < 0,05$) decreased from 8,6 to 5,2 ppm. Significant differences of above-noted index in comparison with groups A and B were not noted. The level of CO HB % in expiratory air in group A probably ($p < 0,05$) decreased from 1,376 to 0,832. There were no significant differences compared to above-noted index between groups A and B.

Conclusion: Smoking cessation improves respiratory system indices, particularly gas transport, but has no significant effect on physical endurance in the short-run perspective, as above-noted indices probably decreased in group A in comparison with group B.

Didukh Bohdana, Halatyn Ruslana
**NATURAL PROCREATIONAL TECHNOLOGIES(NAPROTECHNOLOGIES)ALTERNATIVE OF
ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES**

Chair of Foreign Languages
R.R. Vysotska (teacher)
Danylo Galycky Lviv National Medical University
Lviv, Ukraine

Topicality. Every year in the world the number of infertile couples is increasing, increasing also a demand for the use of reproductive technologies. Statistics show that infertility occurs in 15-20% of all couples. In this case the 55-65% women who are infertile, and 45-55% - men. According to the statistics of Ministry of Health of Ukraine, at this time about 1 million couples suffer from infertility.

Object. To inform about moral and ethical, natural and safe way to help infertile couples.

Methods. Analytical, descriptive and statistical.

Results. Rarely mentioned that in 80% of cases the cause of infertility in women is the abortion and the use of contraception, less - inflammation of the reproductive organs. The couple rarely think about alternative way to become parents - to adopt a child, preferring artificial insemination or surrogacy. Subsidiary reproductive techniques render a human for laboratory technology.

The Constitution says that "A person's life and health, honor and dignity, integrity and security are defined in Ukraine as the highest social value" (Article 3). Nevertheless, the order of the Ministry of Health of Ukraine of 04.02.1997 №24 approved conditions and procedure of artificial insemination and embryo implantation, method of in vitro fertilization and set the terms for conducting artificial insemination - that violated the dignity and inviolability of human life.

An alternative to assisted reproductive technologies NaProTechnologies is based on identifying the causes of infertility and correction of disorders of natural processes, providing advanced medical and surgical treatment. They were created in the 90s of the twentieth century by Thomas Hilgers, professor of University of Creighton, who was one of the first scientific who studied the natural cycle of a woman. With their help it is possible to get an early diagnosis and treatment of various gynecological disorders. NaProTechnologies is widely used in Ireland, England, France, Germany, Slovakia and Poland. Efficiency of Natural Procreational Technologies is confirmed by statistics - from 1100 infertile couples the 52.8% of them reached success. Through the use of an alternative method of assisted reproductive technologies the women of mature childbearing age (over 40) have a high probability of having a healthy baby.

Conclusion. NaProTechnologies is the only ethically permissible way of overcoming the problem of infertility. It is effective and, in addition, less cost methods compared with assisted reproductive technologies, the use of which should be excluded or minimized.

Б.В. Дністрянський
**ЕТИМОЛОГІЧНИЙ ТА ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧНИЙ АСПЕКТ НАЗВ АКУШЕРСЬКО-
ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ПРИЛАДІВ ТА ІНСТРУМЕНТІВ**

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Н.В.Логутіна (к.пед.наук, викладач)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність Власна медична термінологія з давніх часів використовується в практиці та в наукових дослідженнях різних галузей медичної науки. Історія європейської медицини та медичної термінології бере свій початок від часів Гіппократового збірника (Corpus Hippocratum), де вміщено понад 100 медичних творів цієї епохи. Знання латинської мови дозволяє сучасному лікарю розуміти суть використовуваних термінів, назв медичних приладів та інструментів.

Мета: дослідити етимологічний та лексико-семантичний аспект назв акушерсько-гінекологічних приладів та інструментів.

Матеріали і методи: Підбір здійснювався на реальному матеріалі наступним чином: було опрацьовано базові підручники та практикуми з акушерства і гінекології та оперативної хірургії. Для визначення етимології назв джерелом слугували: тритомний словник клінічних термінів та словник Terminologia medica polyglotta та електронні джерела.

Результати: Було відібрано та опрацьовано 91 термін, таких як амніоскоп, амніотом, аналізатор, ангиотриб, антропометр, біокалориметр, бронхоскоп, бутирометр, буж, вазофіксатор, вакуумекстрактор, вакуумаспіратор, вата, гачок, гемоалкометр, гістерограф, гістероскоп, денситометр, дефібрилятор, дзеркало, затискач, зонд екстрактор, електрокаутер, ендоскоп, естезіометр, інгалятор, канюля, кардіотокограф, кардіомонітор, катетер, кольпоскоп, корнцанг, кюретка, ланцет, ларингоскоп, лігатура, макротом, марля, маска, мандрен, манжет, манометр, масаж, меланжер, метрейринтер, мікрокаутер, мікротом, нейротахометр, нитка, ножиці, оксигемограф, осцилограф, осцилоскоп, паличка, пінцет, пов'язка, полотно, пульмокардіограф, реограф, скальпель, сонограф, стетоскоп, суспензорій, сфігмограф, тенотом, термокаутер, термоконтейнер, токограф, тонометр, тренажер, троакар, тромбоеластометр, ультрамікротом, уретроскоп, флеботонометр, фонокардіограф, фотокольпоскоп, шпатель, щипці, шприц. Після консультації фахівців кілька з них відпали як такі, що уже не

застосовуються, а ряд термінів зустрічались в джерелах лише один раз, застосовуються вузько профільно, тому не аналізувались як невалентні. Етимологічний аналіз пройшло 78 термінів-назв приладів та інструментів та 4 терміна - назв матеріалу для пов'язок.

Встановлено, що найбільший відсоток (а саме 42,2 %) складають терміни грецького походження (їх 38); 25-терміни латинського походження (складають 27,6% від усієї кількості). Терміни грецько-латинського походження (їх достатньо - кількісно 11) складають 12,2 %, 8 термінів (а саме 9,6%) французького походження, 4 терміни німецького походження (вони складають 3,6%), 1 термін (1,2%) грецько – англійського походження і термін (1,2%) грецько-арабського походження.

Висновки: При оцінці термінів в етимологічному аспекті, проведено порівняльний лінгвістичний аналіз, який виявив латинське грецьке та іншомовне походження термінів в назвах акушерсько-гінекологічних приладів та інструментів, що дозволяє констатувати взаємовплив різних мов на розвиток медичної термінології.

Б.Є. Довгоборець

MINERALS AND VITAMINS FOR STRONG, LONG HAIR AND NAILS

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О.П. Горпинюк (ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Actuality: Fashion trends come and go, but one look has always been in style: strong, sleek hair and nails. Cells hair and nails require basically the same nutrients to grow healthily. Dry, brittle hair and nails are the indications of ill-health, so you need to get in your body ASAP.

Aim: To learn the essential nutrients for strong, long hair and nails.

Materials: Hair and nails are made of a protein called keratin. Your body needs amino acids which you can only take in by eating protein. Consume plenty of chicken and loin, sirloin, and round cuts to get protein. For vegetarians get enough protein from extra nuts, soybeans and whole grains. The mineral zinc is vital to healthy cell division. Your hair and nails need a constant flow of zinc in order to generate strong cells. Seafood is a common source of zinc in everyday diets. You can also find zinc in some red meats as well as legumes and whole grains. Strong bones, strong teeth, strong nails, and strong hair — calcium does it all, so when your system lacks sufficient calcium, you can see it clearly in the health of your hair and nails. Most people are familiar with standard calcium-rich foods: dairy products, white beans, leafy greens, nuts, etc. Vitamin D and other nutrients necessary for calcium absorption. You can try drinking a daily cup of horsetail tea or snacking on a can of tuna to make sure you get adequate vitamin D. If you suffer prolonged periods of stress, magnesium is the best all-natural anti-stress mineral. It prevents hair loss and unsightly ridges on nails which can be caused by poor diet and untenable stress. Pumpkin seeds are the most magnesium-rich food followed closely by dark chocolate. Biotin is highly regarded as a hair-saver. Doctors prescribe biotin to sufferers of alopecia, an autoimmune disorder, marked by hair loss. Biotin can be found in a bananas and legumes including peanuts and lentils. Instead of smearing yourself with oil and sitting in the sun you should ingest some oily omega-3s to gain the naturally soft skin, sleek hair, and shiny nails. Salmon, tuna, mackerel, and sardines are full of omega-3s, but if you aren't feeling fishy, you can also consume walnuts, flaxseed, and even eggs to get a sufficient daily dose.

Summary: So hair loss affects both men and women. Eat the correct balance of the following vitamins and minerals to supply hair with all that it needs to remain shiny, lustrous and strong. You really are what you eat. So, if you're looking for healthy hair and glowing skin try these fabulous foods today.

М. М. Душний, У-М. О. Панчук, Ю. О. Святун

ЦІЛЮЩИЙ СВІТ ЙОГИ

Кафедра філософії та економіки

І. З. Держко (д. філ. н., проф.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Людина 21 століття піддається щоденним стресам, часом депресії, яка може тривати протягом довгого періоду часу, наслідком чого є проблеми зі здоров'ям, в сім'ї, на роботі та інших сферах життя. Підсилює дію стресу ослаблене тіло, через відсутність фізичних навантажень. Вирішення даної проблеми знайшли ще близько 5000 років тому – йога. Поєднання духовних і фізичних практик дає можливість людині розвиватися в усіх сферах, а головне пізнати спокій та гармонію.

Мета: Вивчити вплив йоги на розвиток особистісної гармонії, фізичного стану і боротьби зі стресом

Матеріали і методи: Було опрацьовано матеріали з інтернету, досліджено праці іноземних науковців, проведено статистичні дослідження серед студентів.

Результати: У результаті проведеної роботи ми опрацьовали різноманітні праці науковців, провели дослідження серед практикуючих йогів та студентів-медиків, і таким чином визначили основні концепції вчення про йогу та ставлення окремих індивідуумів до нього. Було з'ясовано, що більшість студентів Львівського національного медичного університету не вірять у ефективність йоги як способу відновити баланс

між фізичною і духовною сферами життя людини. Водночас, люди, що опанували техніку йоги, впевнено стверджують про її позитивний вплив і радять поширювати даний світогляд серед широких кругів населення.

Висновки: Комплекс дихальних практик в поєднанні з фізичними вправами здійснюють позитивний вплив на стан організму як із фізіологічної, так із психологічної точок зору. Регулярні заняття йогою допомагають впорядкувати думки та в лікуванні хворіб різних систем організму, а також збільшують стресостійкість та сприяє духовному відновленню.

Л.С. Іванова

TYPES AND RISK FACTORS OF CHILDHOOD LEUKEMIA

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Горпинюк О.П. (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Actuality: Leukemia is a cancer that starts in early blood-forming cells found in the bone marrow. It is a cancer of the white blood cells but some leukemias start in other blood cell types.

Purpose: To review the medical literature in order to get more information about the major types and risk factors of leukemia.

Materials: Any of the blood-forming cells from the bone marrow can turn into a leukemia cell. Once this change takes place, the leukemia cells no longer mature in a normal way. They might reproduce quickly, and not die when they should. These cells build up in the bone marrow, crowding out normal cells. In most cases, the leukemia cells spill into the bloodstream fairly quickly. From there they can go to other body parts as the lymphnodes, spleen, liver, central nervous system, testicles, or other organs, keeping other body cells from doing their work.

Results: The major types of leukemia are:

- Acute lymphocytic leukemia (ALL) - the most common type of leukemia in young children.
- Acute myelogenous leukemia (AML) - a common type of leukemia occurring in children and adults.
- Chronic lymphocytic leukemia (CLL) - the most common chronic adult leukemia. With CLL you may feel well for years without needing treatment.
- Chronic myelogenous leukemia (CML). A person with CML may have few or no symptoms for months or years before entering a phase in which the leukemia cells grow more quickly.
- Other rarer types of leukemia exist including hairy cell leukemia, myelodysplastic syndromes and myeloproliferative disorders.

Factors that may increase your risk of developing some types of leukemia include:

- Previous cancer treatment (certain types of chemotherapy and radiation therapy for other cancers risk) increase of developing certain types of leukemia.
- Genetic disorders (e.g.: as Down syndrome) are associated with an increased leukemia risk.
- Exposure to certain chemicals also increases risk of leukemia (e.g.: benzene — is found in gasoline and is used by the chemical industry).

Cigarette smoking increases the risk of AML and others.

Conclusion: Scientists don't understand the exact causes of leukemia. It seems to develop from a combination of genetic and environmental factors.

Doctors classify leukemia based on its speed of progression and the type of cells involved.

Leukaemia accounts for around a third (30%) of cancer cases.

ALL accounts:

- for around four-fifths (78%) of all leukaemias diagnosed in children and as such largely determines the age and sex pattern for childhood leukaemia overall,
- for 15% of childhood leukaemia; incidence rates are highest in infants (under one-year-olds) and show little variation with age.

K.V. Kolomiets

THE DIAGNOSTICS OF LEFT-HANDEDNESS AND FEATURES OF WORK WITH LEFT-HANDED CHILDREN

The department of foreign languages with Latin language and medical terminology course

Moroz V. O. (Senior Lecturer)

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsa, Ukraine

The topic actuality: modern teachers indicate the problem of teaching left-handed children at the school as the most serious and important. The problem of differences left-handed children from right-handed, their diagnostics, specific psychological features are the discussed question today. Therefore, the investigation of this problem is actual.

The purpose of the research: to reveal features of left-handed children in school, family and society, to develop

recommendations for teachers, parents, contributing to their adaptation.

The left-handedness is a recessive gene, that's why left-handed people are less common, than the right-handed. It is well-known, that among adults only 10% are left-handed. In a right-handed society all things are created for the convenience of the majority. Some people fail to see the problem of left-handed, some parents and teachers consider it a defect that must be eradicated. Among progressive scientists, there are debates about teaching of these children.

Research methods: analysis and general conclusion of psychological and pedagogical information, observation, questioning, conversation, testing, experiment, analysis of products of activity.

Results:

- In the pre-school institution the percentage of left-handed is 23, and in school – 15%.
- As a result of the analysis of genealogy was found that left-handedness is transmitted as a recessive gene from generation to generation. Re-teaching does not cause the formation of right-handedness.
- The analysis of the questionnaire showed that 63.3% of primary school teachers do not consider left-handedness a problem, and 26.7 % recognize this as a specific feature of the students and pay attention to this during the educational process.
- Left-handers have more fears than their right-handed peers.
- Investigated, that left-handed children have chosen a more creative professions.

Conclusions: investigating psycho-physiological features of left-handed children, we came to the conclusion that they have some problems with adaptation to the surrounding world. They also have difficulties in the learning process. Studies have shown that left-handed child requires special teaching methods, careful monitoring and psychological and pedagogical support. They may have different neurological diseases. The problems in teaching this category of children arise due to unskilled retraining, lack of adequate care and psychological support in the process of learning which is traditionally oriented on right-handed students. During the research we came to the conclusion that left-handed children are intellectually on a par with their peers. The left-handedness is not a problem and we must accept the human as he is.

О.М. Корнова

CHILD'S RISK FOR PNEUMONIA AND ITS PREVENTION

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Горпинюк О.П. (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Actuality: Pneumonia is an infection in one or both lungs which can be caused by bacteria, viruses, fungi and parasites. Viruses are usually the cause of pneumonia in children. Often, pneumonia begins after an infection of the upper respiratory tract (nose and throat). This causes fluid to collect in the lung making it hard to breathe. Pneumonia can also occur if foreign material such as food or stomach acid is inhaled into the lungs.

Aim: To learn the signs and symptoms of pneumonia . To review the medical literature searching new ways of pneumonia prevention in children.

Materials and methods: The signs and symptoms depend on what caused the pneumonia and the child's age. The signs and symptoms of bacterial pneumonia usually begin more quickly than they do with viral pneumonia. Your child may have any of the following:

- Shortness of breath or trouble breathing
- Abdominal pain near your child's ribs
- Cough
- Crying more than usual or more irritable or fussy than normal
- Pale or bluish lips, fingernails or toenails

Your child's healthcare provider may be able to diagnose pneumonia by his exam. He will test your child's oxygen levels using a pulse oximeter. If your child has low oxygen levels his healthcare provider may do any of the following: a chest x-ray, blood tests or a nasal swab.

Many children can be treated at a doctor's office or at home. If the pneumonia is severe the healthcare provider may want your child to stay in the hospital for treatment. Trouble breathing dehydration, high fever and the need for oxygen or medicines are reasons to stay in the hospital.

Antibiotics may be given if your child has bacterial pneumonia. Viral pneumonia will usually go away without antibiotics. Your child may need extra oxygen if his blood oxygen level is lower than it should be. Your child may get oxygen through a mask placed over his nose and mouth or through small tubes placed in his nostrils. Child's risk for pneumonia :

- Premature birth
- Asthma or certain genetic disorders
- Poor nutrition
- A weak immune system
- Spending time in a crowded place

Summary: How can pneumonia be prevented?

- Your child may be able to take antibiotics to prevent pneumonia if he has been exposed to it.
- He may also be able to take antibiotics if he has a weak immune system.
- Do not let anyone smoke around your child.
- Smoke can make your child's coughing or breathing worse.
- To learn the signs and symptoms of pneumonia.
- Get your child vaccinated against viruses or bacteria that cause infections such as the flu and pneumonia.
- Keep your child away from people with symptoms of a respiratory infection such as sore throat or cough.
- Wash your hands and your child's hands often with soap to prevent the spread of germs.

О.А. Лавренчук

ПРАВА ПОРАНЕНИХ У ЗОНІ АТО У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.О. Верлан-Кульшенко (викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Учасники антитерористичної операції зіштовхуються зі значною кількістю проблем зокрема і у реалізації своїх прав у сфері охорони здоров'я, від отримання статусу учасника бойових і дій до визнання статусу інвалід війни.

Мета: Розглянути та проаналізувати особливості реалізації права на охорону здоров'я пораненими учасниками антитерористичної операції.

Матеріали та методи: Нормативно-правова оцінка підзаконних актів, які регулюють права учасників антитерористичної операції. Проведено порівняльно-правовий та прогностичний аналіз.

Результати: Учасники АТО, як і інші пацієнти мають загальні права у сфері охорони здоров'я. Крім того вони наділені спеціальними правами, які регламентуються загальним і спеціальним законодавством, зокрема, Законом України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» та Законом України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту».

Інваліди війни мають такі спеціальні права:

- 1) безплатне одержання ліків, лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та виробів медичного призначення за рецептами лікарів;
- 2) позачергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування з дорогоцінних металів), безплатне забезпечення іншими протезами і протезно-ортопедичними виробами;
- 3) безплатне позачергове щорічне забезпечення санаторно-курортним лікуванням з компенсацією вартості проїзду до санаторно-курортного закладу і назад.
- 4) позачергове обслуговування амбулаторно-поліклінічними закладами, а також позачергова госпіталізація.
- 5) право на щорічне медичне обстеження і диспансеризацію із залученням необхідних спеціалістів;
- 6) позачергове працевлаштування за спеціальністю відповідно до підготовки та висновків медико-соціальної експертизи.
- 7) позачергове безплатне забезпечення автомобілем (за наявності медичних показань для забезпечення автомобілем) на термін експлуатації до десяти років (з наступною заміною на новий), виплата компенсації на бензин (пальне), ремонт, технічне обслуговування автомобілів або на транспортне обслуговування в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Висновки: Особи поранені у ході антитерористичної операції поряд із загальними правами у сфері охорони здоров'я мають ще й спеціальні права. Перед нами постає проблема регламентації отримання статусу інваліда війни, або отримання статусу учасника бойових дій учасниками антитерористичної операції.

Т.Н. Ладька

АНАЛИЗ ОБРАЗОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ ОТ ПРИСТАВОК ГРЕЧЕСКОГО И ЛАТИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Кафедра латинского языка и медицинской терминологии

Д.С.Корманова

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: Для изучения клинического термина необходимы знания, основанные на анализе отдельных компонентов, которые называются терминологическими элементами. Терминологический элемент – это структурная единица (основа, корень, суффикс, приставка) клинического термина, которая имеет определенное фиксированное значение и написание. Для понимания базовой медицинской терминологии необходимо овладеть системой образования греко-латинских терминологических элементов.

Цель: Кроме умения сознательно и грамотно образовывать клинические термины, необходимо и знать разницу между способом получения термина, а также иметь понятие о происхождении отдельных

терминоэлементов.

Матеріали і методи: Для проведення дослідження ми взяли числительные латинского и греческого происхождения. Использовали их в роли приставок, употребляющие в клинических терминах: одно- (моно-/греч. – uni-/лат.), дву- (di-/греч. -bi-/лат), трех- (tri-/греч. - tri-/лат.) и т.д. Всю процедуру анализа проводили по словарю В.И.Покровского.

Результаты: Используя латинскую приставку uni- можно получить 12 терминов: unicellularnis, unicornis и т.д., а благодаря греческой приставки моно- образовано 15 терминов: monocythus, monarthritis и т.д.; с помощью латинской приставки bi- образовано 19 терминов: bigemina, bigeminus, a, um и т.д., а от греческой приставки di- произошло 18 клинических терминов: diplegia, diploia и т.д.; используя приставку tri- (которая одинакова в обоих случаях) можно образовать 16 терминов (8 от латинской приставки и 8 от греческой): trigemina, triplex и т.д.; при помощи латинской приставки quadric- образовано 9 терминов: quadrigeminus и т.д., а от греческой приставки tetra- получено только 3 термина. Клинических терминов с числительными пяти- и семи- в словаре нет. От греческой приставки oct- (восемь) образован лишь 1 термин: octāna, aef (febris). Однако стоит отметить, что существуют в терминологии два термина, где можно встретить латинское числительное «двенадцать» в роли приставки: duodenitis и duodenum.

Вывод: Благодаря проведенному анализу можно сделать вывод, что для образования клинических терминов можно использовать и числительные в роли приставок латинского происхождения. Комбинируя их с приставками греческого происхождения, получают такие данные: 60 терминов, полученных с помощью числительных приставок латинского происхождения, и 62 термина имеют соответственно греческое происхождение.

I.B. Лепешко

ПРАВОВИЙ АСПЕКТ ТА ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р.Г. Жарлінська (к.е.н., доц.)

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

Актуальність. Найбільш гострою демографічною проблемою сучасної України є надзвичайно високий рівень смертності населення, який непинно зростає. За даними Державного комітету статистики України, впродовжостанніх п'яти років смертність в Україні становить близько 600 тисяч осіб на рік, у 2015 році смертність населення досягла рівня 14,7%. За даними національних та міжнародних експертів, в Україні щороку не менше 500 тисяч осіб потребують паліативної допомоги, зокрема, це дорослі та діти в термінальних стадіях онкологічних і серцево-судинних захворювань, СНІДу і туберкульозу, хворі з важкими травматичними і дегенеративними ураженнями головного і спинного мозку, периферичної нервової системи і опорно-рухового апарату, інваліди та люди старечого віку тощо. З урахуванням рідних та близьких тяжкохворих кількість осіб, що потребують паліативної допомоги в Україні становить близько 1,5 мільйонів осіб, що робить цю проблему одним з найбільш важливих медико-соціальних завдань уряду та суспільства.

Мета роботи. Метою роботи стало вивчення правового аспекту надання паліативної допомоги в Україні, оцінка ефективності виконання урядових програм стосовно організації паліативних відділень та хоспісів в Україні.

Матеріали і методи дослідження. Було проаналізовано комплекти нормативно-правових актів, що стосуються надання допомоги хворим на туберкульоз, онкологічну патологію та ВІЛ/СНІД та Наказ МОЗ України «Про організацію паліативної допомоги в Україні» від 21.01.2013.

Результати. Попри наявність значної нормативно-правової основи для розгортання системи паліативної допомоги, нині в Україні функціонують лише 2 спеціалізовані центри паліативної та хоспісної допомоги (м.Івано-Франківськ та м.Харків), 7 хоспісів (Львівська, Волинська, Житомирська, Чернівецька, Харківська та Херсонська області) та близько 60 відділень(палат) паліативної та хоспісної допомоги, у яких розгорнуто біля 1,5 тисячі ліжок для паліативних хворих, при мінімальній потребі у 4,5 тисячах. Спеціалізована паліативна допомога дітям надається у єдиному дитячому хоспісі на Івано-Франківщині.

Висновки. Отже, сьогодні система поки що не може забезпечити доступність та безперервність надання паліативної та хоспісної допомоги пацієнтам та членам їхніх сімей відповідно до міжнародних підходів та стандартів. Тому потрібно і надалі розвивати систему надання паліативної допомоги задля забезпечення потреби громадян як в стаціонарних закладах з надання паліативної допомоги, так і завдяки розвитку служби паліативної допомоги та догляду вдома, збільшити та урізноманітнити форми та методи паліативної допомоги, що надасть можливість підвищити її доступність, сформувати ефективну систему додаткового навчання медичних працівників з питань паліативної допомоги, діагностики та лікування болю при наданні паліативної допомоги, соціальної, психологічної та духовної допомоги паліативним хворим та їхнім рідним.

Т.С. Лимар, Я.Й. Тросцінська
СТРАХОВА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ: ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р. Г. Жарлінська (к.е.н., доц.)

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

Актуальність: Трансформація медичної галузі у ринкову економіку супроводжується виникненням низки соціальних проблем у сфері охорони здоров'я. Бюджетних коштів не вистачає на заробітну плату персоналу, придбання медикаментів, обладнання, ремонту лікарень, харчування хворих. Страхова медицина – одна з складових ефективного функціонування системи охорони здоров'я, що є формою захисту від загрози здоров'ю і життю людини.

Мета: Аналіз перспектив, напрямків, переваг страхової медицини в Україні.

Матеріали та методи: Розглянуто низку літературних джерел із проблематики запровадження страхової медицини та Закон України "Про страхування", використано методи порівняння, аналізу, синтезу.

Результати: Страхова медицина охоплює фінансування наукових досліджень, підготовку медичних кадрів, витрати на розвиток матеріально-технічної бази лікувальних закладів, надання медичної допомоги населенню й ґрунтується на певних принципах: забезпечення економічної та соціальної захищеності середніх і малозабезпечених верств населення, гарантованість права кожного громадянина на якісну медичну допомогу, обов'язковість внесків як фізичних, так і юридичних осіб. Важливим елементом страхової медицини є обов'язкове медичне страхування, при якому надається рівне право на весь обсяг медичної допомоги, незалежно від величини виплачених сум страхового внеску. Допомога отримується на всій території держави і за межами постійного місця проживання. Застрахований має вибір місця отримання медичної допомоги, лікувального закладу і лікаря, що мають договір про участь у програмах страхування з організацією, де застраховано конкретних громадян. Обсяг гарантованої медичної допомоги населенню за обов'язковим медичним страхуванням відповідає розміру страхових виплат, але не менше базової програми, яка будується на основі стандартів надання медичної допомоги. Обов'язкове медичне страхування непрацюючого населення здійснюється згідно з договорами адміністрацій територій зі страховими організаціями. Для здійснення умов та якісного функціонування засад страхової медицини необхідним є проведення ряду заходів організаційного характеру та реформація системи медичного обслуговування в цілому.

Висновки: Виходячи з вищесказаного випливає, що страхова медицина - це шлях для виходу охорони здоров'я України з економічної й соціальної кризи. Лише реформація системи медичного обслуговування з подальшим переходом до обов'язкового страхування громадян – єдине, що зможе розв'язати більшість проблем медичної галузі держави.

Т.О. Луцюк

SAVANT SYNDROME. WHERE WE HAVE BEEN. WHAT WE KNOW

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О. П. Горпинюк (ст. викл.)

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

Actuality: Savant syndrome is rare extraordinary condition. Many persons with autistic disorder have such remarkable abilities in varying degrees.

Purpose: To get more knowledge about Savant syndrome: history, well-known Savants. «Savant» was derived from the French word savoir meaning «to know». The term «idiot savant» was replaced with «savant syndrome» which is now widely used. The first Tredgold's work on savant syndrome was in his 1914 textbook, Mental Deficiency. In 1978, Hill reviewed the literature between 1890 and 1978 including 60 reports involving over 100 savants. That same year, Rimland provided a summary of his data on «special abilities» in 531 cases from a survey population of 5400 children with autism. Treffert in 1988, gave more detail on all of those earlier cases. Since 1988, there have been 6 books on the topic, and several other reviews with extensive literature.

Materials: Savant syndrome has a long history. Benjamin Rush described the calculating ability of Thomas Fuller. Having been asked how many seconds a man had lived who was 70 years, 17 days and 12 hours old, he gave the correct answer of 2,210,500,800 in 90 seconds. The first description of savant syndrome in a scientific paper appeared in German psychology journal in 1783 describing the case of Jedediah Buxton, a lightning calculator with extraordinary memory. Without a doubt, the best-known autistic savant is a fictional one: Raymond Babbitt, as portrayed by Dustin Hoffman in movie *Rain Man*. The original inspiration for the savant portrayed in *Rain Man* was a now 53-year-old male who has memorized over 8600 books and has encyclopedic knowledge of geography, music, literature, history, sports, calendar-calculating abilities and the ability to read extremely rapidly, simultaneously scanning 1 page with left eye, the other page with the right.

Results: The condition is rare but 1 in 10 autistic persons show some savant skills.

- Males outnumber females in this syndrome.
- Savant skills typically occur in narrow range of special abilities (music, calendar calculating, Mathematics etc.)

- The special skills are accompanied by prodigious memory.
- It can be congenital or acquired following brain injury or infancy disease, childhood, or adult life.
- Savant skills characteristically continue, rather than disappear, and with continued use, the special abilities either persist at the same level or actually increase.

Conclusion: Savant syndrome remains a «challenge to our capabilities». The real significance of syndrome lies in our inability to explain it. More progress has been made in the past 15 years in better understanding and explaining this syndrome than in the previous 100 years.

Ю.М. Лях

ЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ В СИСТЕМІ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОХВОРИМ ДІТЯМ В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
 А.О. Гаврилюк (д.мед.н, проф.), Р.Г. Жарлінська (к.е.н., доц.)
 Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
 м. Вінниця, Україна

Актуальність: Згідно з даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) в Україні щороку діагностують рак у близько тисячі дітей віком до 17 років. З кожним роком частота виявлення онкопатологій серед пацієнтів дитячого віку зростає. Життя з невтішним діагнозом сповнене труднощів, які обумовлені віковими особливостями, соціальним статусом пацієнта, необхідністю подальшого розвитку дитини, а не тільки розвитком захворювання. Незважаючи на зроблені кроки на шляху до модернізації системи охорони здоров'я, паліативна допомога в Україні залишається під відкритим питанням, так як для її цілковитої реалізації є необхідним наявність дитячих хоспісів та відповідних паліативних відділень з спеціально підготованим персоналом, можливість адекватного знеболення

Мета: Проаналізувати стан етико-правових аспектів в системі надання паліативної допомоги онкохворим дітям в Україні. Довести необхідність внесення змін до чинного законодавства. Запропонувати можливі шляхи розв'язання наявних проблем.

Матеріали і методи: Використано норми правових актів, що врегульовують відносини в сфері Паліативної допомоги в Україні. Застосовано діалектичні методи (аналіз, синтез, індукцію, дедукцію), порівняння, аналогію.

Результати: Аналіз постанов КМУ, матеріалів Конституції України, Законів України та Наказів МОЗ дозволив встановити той факт, що чинне законодавство України на даний момент не в змозі в повній мірі забезпечити захист прав інкурабельних пацієнтів України. У зв'язку з відсутністю хоспісів та паліативних відділень в більшості регіонів пацієнти при необхідності знаходяться в умовах стаціонару, де в свою чергу відсутній компетентний персонал в необхідній кількості. Також, повстає потреба в залученні до паліативної допомоги, не тільки лікарів та середнього медичного персоналу, а й реабілітолога, психолога, корекційного педагога, соціального працівника, волонтерів та інших фахівців за потребою. Невеликочисні хворі мають гостру потребу в адекватному знеболенні, яким вони можуть бути забезпечені тільки в умовах хоспісу, паліативного відділення чи стаціонару. Діти з онкологічними захворюваннями частіше за все потребують спільного перебування з батьками. Дані обставини змушують батьків звільнитись з місця працевлаштування, що суттєво погіршує і без того складне матеріальне становище сім'ї.

Висновки: На даному етапі розвитку українське суспільство не здатне адекватно оцінити статус паліативного пацієнта, що в свою чергу сприяє формуванню «синдрому Жертви». Крім цього, відсутність адекватного фінансування не дозволяє забезпечити відповідну допомогу на термінальних етапах життя.

Т. Майданевич, В. Чорний

ЕЛЕКТРОННА ПЕТИЦІЯ ЯК ОСОБЛИВА ФОРМА ЗВЕРНЕННЯ ГРОМАДЯН В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
 О.Ф. Адамчук (викладач)
 Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
 м. Вінниця, Україна

Актуальність: Згідно з ч.3 ст.5 Закону України "Про звернення громадян" електронна петиція є особливою формою колективного звернення громадян до Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України або органу місцевого самоврядування. Попри законодавче визначення поняття, правова природа інституту електронної петиції є неоднозначною.

Мета: Проаналізувати основні питання, які відображені у електронних петиціях громадян України, порівняти європейську та вітчизняну практику застосування петицій, окреслити шляхи вдосконалення українського законодавства.

Матеріали та методи: законодавство України про практику застосування петицій. Методи: анкетування, порівняльно-правовий, статистичний.

Результати: Інститут петиції був імплементований в систему українського законодавства Законом України «Про внесення змін до Закону України "Про звернення громадян" щодо електронного звернення та електронної петиції» від 2 липня 2015 року. Консультативні петиції запроваджуються для аналізу суспільної думки та

виявлення гострих і болючих проблем суспільства і влади. Правових наслідків така петиція не має. В Україні запроваджена саме консультативна петиція, проте це, на думку співавтора альтернативного законопроекту про впровадження системи електронних петицій в Україні, голови правління Українського центру прямої демократії, експерта І.Куруса – поки відсутня чітка ідентифікація особи, яка підписує петицію, петиція може мати виключно консультативний характер.

Проблемою деяких петицій, що подаються Президенту України, Верховній Раді України та Кабінету Міністрів України є невеликий масштаб та локальність питань, що порушуються в таких петиціях. Наприклад, в петиції №22/019990-еп від 16.01. 2016 «Відновлення руху поїздів по станції Красноармійськ», що адресується Президенту, порушена проблема має масштаб, що не стосується більше, ніж двадцяти тисяч осіб – особи, що є потенційними пасажирами потягів. Тому складно говорити про можливість набрання цієї петицією 25 тис. підписів. Крім того, попри доступність для більшості населення можливість подання петиції або голосування за неї залишається сумнівною в районах, що мають обмежене покриття мережею Інтернет. Зокрема, віддалені села та селища часто не мають покриття такою мережею, а громадяни в таких поселеннях не мають до того ж техніки для подання петиції до відповідного органу або голосування за вже створену петицію. Обмежені можливості також і в громадян похилого віку для втілення таких прав.

Висновки: Отже, інститут електронної петиції – в цілому позитивне нововведення, що має на меті налагодити зв'язок між владою та народом.

О.Ю. Макарицька

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗГОДИ ТА ВІДМОВИ ВІД МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.О. Верлан-Кульшенко (вкл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сьогодні в Україні немає єдиних вимог до процедур й документального оформлення згоди та відмови від втручання у сфери здоров'я. Вибір способів юридичного закріплення інформованої згоди (чи відмови) пацієнта на медичне втручання визначається формою власності, специфікою лікувального закладу та характером передбачуваного втручання.

Мета: Визначити недоліки діючої інформованої згоди на медичне втручання та запропонувати правовий вираз документального оформлення відмови.

Матеріали та методи: Теоретичні (аналіз діючого законодавства України про охорону здоров'я,) та статистичні (анкетування, порівняння).

Результати: В Україні існує лише «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення» (затверджена наказом МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 форма №003-6/о) проте навіть в цьому документі визначаються розбіжності з чинним законодавством України. Із назви форми випливає, що згода у письмовій формі передбачена лише на два сегменти медичного втручання - лікування і діагностику. Відповідно до ч. 1 ст. 42 Основ передбачено, що медичне втручання - це застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини. А відтак, можна стверджувати, що зазначена форма не поширюється на профілактику. Аналіз форми № 003-6/о дає підстави вважати, що документ розроблено без урахування вимог законодавства щодо критерію компетентності, зокрема вікового цензу, особливостей правового статусу. Відповідно до ч. 1 ст. 43 Основ, надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років, проводиться за спільною згодою осіб. Згідно з наказом МОЗ України «Про затвердження тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді» від 02.06.2009 р. № 382, особам від 14 до 18 років медичне втручання здійснюється за згодою безпосередньо неповнолітнього пацієнта та з дозволу батьків (опікунів). Отже, текст форми згоди не розрахований на різні категорії пацієнтів, тобто малолітніх, неповнолітніх і повнолітніх. Також незрозуміло, яку ж форму необхідно заповнювати, якщо пацієнт недієздатний чи обмежено дієздатний, адже здійснення права на згоду має свої особливості, виходячи зі специфіки правового статусу таких осіб. Недієздатні особи некомпетентні надавати згоду на медичне втручання, а про обмежено дієздатних «забув» законодавець. Якщо розглядати стоматологію, косметологію та народну медицину, то там взагалі відсутня вимога отримувати згоду на медичне втручання. Так і не з'ясоване питання про заповнення відповідного документу в приватних клініках чи на фельдшерсько-акушерських пунктах, вже не кажучи про те, що законодавством взагалі не передбачено документально підтвердженої відмови від медичного втручання.

Висновок: Проаналізувавши правову природу форми №003-6/о ми встановили, що її доцільно нормативно доопрацювати, аби оптимізувати здійснення медичної практики та створити окрему документальну відмову, що передбачатиме всі аспекти поставленої проблеми.

О.О. Мельник, О.В. Жураховська
ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ ПОМЕРЛИХ ДОНОРІВ: ПРОБЛЕМИ ПРАВОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.П.Гель (доц., к.ю.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: даної теми зумовлена тим, що незважаючи на те, що в Україні існує низка нормативно-правових актів, які регулюють трансплантацію органів та тканин від живих та померлих осіб, їх порядок, наслідки, проте на сьогодні як в Україні, так і в окремих зарубіжних країнах залишаються невирішеними питання щодо більш досконалого правового регулювання процесу надання згоди на трансплантацію органів живими та померлими особами. Більш того, законодавство України містить не лише прогалини в регулюванні цього питання, а й колізійні норми, наявність яких аж ніяк не сприяє поширенню трансплантації органів та тканин у нашій державі.

Мета: обґрунтувати необхідність удосконалення нормативно-правової бази України у сфері регулювання трансплантації.

Матеріали та методи: Проведено аналіз статей Конституції України, Цивільного Кодексу України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про інформацію», «Про телебачення та радіомовлення», інших підзаконних актів. Методи: порівняльно-правовий, формально-логічний, аналітичний, прогностичний.

Результати: В Україні діє Закон «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» (чинний з 16.07.1999р.), згідно цього закону в Україні закріплена презумпція незгоди. Вона передбачає трансплантація органів людини лише за наявності її прижиттєвої згоди, а після смерті людини – дозволу її родичів або чоловіка/дружини померлого. Залежно від специфіки законодавчого забезпечення наведених моделей трансплантації в світі можна виділити дві системи – презумпцію згоди і презумпцію незгоди.

В юридичній літературі немає єдності поглядів з приводу правової обґрунтованості презумпції згоди: її прихильники посилаються на пріоритет інтересів живої людини над померлою, а противники презумпції вказують на її несумісність з перевагами вибору, висловлення волі. Вважається, що завдяки використанню презумпції незгоди знижується потенційна можливість криміналізації цієї галузі медицини, підтримується впевненість щодо гідного ставлення до її тіла після смерті. Крім того, знижується можливість недбалого лікування важкохворих осіб, які є потенційними донорами, незважаючи на відсутність згоди при житті, оскільки існує безліч випадків у практиці інших країн, коли важкохворі особи або особи, які були в критичному стані здоров'я, не отримали всю можливу медичну допомогу у зв'язку з тим, що вони були потенційними донорами

Тобто, з одного боку презумпція незгоди закріплює право людини самостійно на власний розсуд розпоряджатися її органами, а з іншого – презумпція згоди більш вигідна суспільству в цілому, оскільки вирішить проблему з дефіцитом донорських органів.

Висновки: Проведене дослідження свідчить, що чинне національне законодавство, що регулює трансплантацію людських органів містить ряд недоліків і прогалин та потребує подальшого вдосконалення, зокрема в частині регулювання питання про надання згоди на трансплантацію органів та (або) тканин померлих осіб.

A.V. Moshenska, T.V. Sekret

LEGAL ASPECTS OF THE DOCTOR- RESUSCITATOR, PASSIVE EUTHANASIA

Department of Pathological Anatomy, Forensic Medicine and Law

O. O. Verlan-Kulshenko (teacher)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

Importance: Passive euthanasia occurs when the patient dies because the medical professionals either don't do something necessary to keep the patient alive, or when they stop doing something that is keeping the patient alive. Especially resuscitator must resolve what to do in this situation. Conflicting views on euthanasia of ethical and medical positions have caused controversy and legal assessment of this phenomenon, which could not find its mark in the legislation of different countries.

Objective: To conduct a comparative analysis of legal regulation of passive euthanasia in different countries and Ukraine; determine the best way to solve this issue, find out the basic rights and duties of the doctor-resuscitator.

Materials and Methods: Analysis of legal documents subject to the following: h. 3. 52 "Basic Laws of Ukraine on Health Care", ch. 1 or 2 tbsp. 115 of the Criminal Code of Ukraine, the Criminal Code: Denmark (§ 240), Poland (art. 151), Belarus (146); comparative legal, prognostic, sociological methods.

Results: Passive euthanasia is not considered a crime in Sweden and Finland, and Belgium (2002) and the Netherlands (1994) it is permitted by law. For instance, in 2000 in the Netherlands officially reported 2216 cases eutanaziyi. In most of the world eutanaziya or statutory or banned it, as, for example, made in the United Kingdom, the Russian Federation and Ukraine. Passive euthanasia is an offense under Art. 115 of the Criminal Code of Ukraine, will be absent due to the absence of the object of the crime - life as passive euthanasia can be used only for patients whose vital functions without artificial maintenance of life can no longer be made. Unsustainability subject of euthanasia in this case is

confirmed by a medical diagnosis. Under the complicated medical terms (diagnosis) hidden subtext to the impotence of modern medicine incurable illness. From experience we know that this diagnosis is discussed on medical consultation and further decisions are collective in nature. However, the doctor-resuscitator should convey the depth of the situation to the relatives of the patient, and only after informed consent may be decided to disconnect it from the apparatus of artificial life support. Only in this way provides the resuscitator legally own "alibi".

Conclusions: Thus, at the time of passive euthanasia, the patient is actually viable for medical reasons. But contrary to this practice, qualifying action on disconnection of the doctor patient from artificial life support devices as murder, while the object of the crime actually missing. Thus, it is in this case observed in practice a kind of substitution of concepts. The legislator, identifying signs of murder (first part of Art. 115), says attacks on human life, while in practice contains a concept and a situation where qualitative aspects of life exists. After analyzing the current legislation we see no what resuscitator resolved the issue of action in a situation.

С.В. Нечипоренко, Б.Д. Мазуркова
ЕВТАНАЗІЯ- ПРАВО НА СМЕРТЬ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
Р.Г. Жарлінська (к.е.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сучасна правова система закріплює безліч особистих немайнових прав, які належать кожній людині, проте головним і фундаментальним із них є право на життя.

З огляду на це, існує право розпоряджатися своїм життям, що тлумачиться як можливість піддавати його значному ризику або навіть приймати рішення про припинення життя, що і породжує багато дискусій в тому числі і навколо теми евтаназії. Саме право на життя чи на смерть вже протягом багатьох років є предметом для обговорення як юристів і медиків, так і суспільства в цілому.

Мета: Розглянути різні аспекти евтаназії та проаналізувати міжнародний досвід у цій сфері.

Матеріали і методи: Нормативно-правові акти, діалектичні методи (аналіз, синтез, індукція, дедукція), порівняння, аналогія.

Евтаназія – це діяння, яке свідомо і умисно вчиняється медичним працівником за неодноразовим і категоричним проханням невиліковно хворого з метою припинення фізичних страждань, що має результатом смерть пацієнта.

Медицина виділяє пасивну і активну евтаназії.

Пасивна евтаназія передбачає припинення надання лікування\допомоги, що прискорює смерть пацієнта. Активна евтаназія передбачає введення пацієнту певних лікарських препаратів, які визивають швидку і безболісну смерть, така евтаназія реалізується через різні форми.

В багатьох країнах світу зараз йде тенденція щодо легалізації можливості застосування евтаназії. Серед таких країн можемо виділити Нідерланди, Бельгію, Фінляндію, Швецію.

Національним законодавством не визнається будь-яка форма евтаназії в Україні, зокрема, про це йдеться в п. 2 ст. 52 Основ законодавства про охорону здоров'я України, який забороняє пасивну евтаназію, а також в п. 3 ст. 52 цього нормативного акту, де забороняється й активна евтаназія.

Аналіз сучасних правових доктрин у сфері права на евтаназію дає змогу виокремити три основні групи поглядів:

Правові доктрини, які категорично заперечують право на евтаназію. Представники цієї групи наполягають на тому, що легалізація евтаназії може призвести до зловживань, до втрати хоспісів, а також до паралізації наукового прогресу в медичній сфері.

Правові доктрини, які обґрунтовують, що право на евтаназію залежить від волі людини. Відповідно до цієї правової доктрини найголовнішим постулатом є визнання автономії особистості, права людини самій розв'язувати всі питання, що стосуються її організму, психіки, емоційного статусу.

Правові доктрини, які обґрунтовують, що право на евтаназію витікає із права на життя. Згідно з цією правовою доктриною право на життя логічно передбачає і право на смерть.

Висновки: Проблема евтаназії потребує правової регламентації. Від її розв'язання залежить доля багатьох безнадійнохворих людей, які останні роки перебувають у лікарнях.

І.А. Ошовський, Д.А. Манжелєєв
**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА ЗА
КОРДОНОМ: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
Р.Г. Жарлінська (к.е.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Необхідність обов'язкового медичного страхування зумовлена потребою в економічному та соціальному захисті громадян щодо отримання ними гарантованого рівня та обсягу медичних послуг,

незалежно від рівня добробуту та соціального стану громадян. Основною ознакою обов'язкового медичного страхування є те, що всі громадяни незалежно від віку, статті, стану здоров'я, місця проживання, рівня особистого доходу мають право на отримання медичних послуг. Отже, це служить певним соціально-економічним каркасом для малозабезпечених та середніх верств населення, що гарантує право кожному громадянину на отримання мінімально необхідного пакету медичних послуг.

Мета: дослідити стан системи медичного страхування в Україні та США на основі аналізу нормативно-правової бази.

Матеріали та методи: Проаналізовано нормативно-правову та джерельну базу щодо медичного страхування в Україні та США.

Результати: Як засвідчили проведені дослідження, реально існуючих законів та підзаконних актів, які б регулювали систему надання медичної допомоги у страхових випадках в Україні, а також лікувальних закладів, які б забезпечували таку допомогу на даний момент немає. Планується впровадження страхової медицини, яка ґрунтується на принципі обмеження доступу приватних страхових компаній до формування страхового фонду, що формується на рівні видатків підприємців і підпорядковується державі. В США витрати на охорону здоров'я становлять 15% ВВП і близько 40% видатків із бюджету на охорону здоров'я витрачається на фінансування двох основних програм – Медікер та Медікейд. На наш погляд, перепонами у розвитку страхової медицини в Україні є: недостатнє фінансування сфери охорони здоров'я, застаріла матеріальна база, низький рівень медичного обслуговування, дефіцит лікарських препаратів, уявна безкоштовність медичної допомоги, низький соціальний рівень громадян. На протипагу проблемам, нами визначені й переваги страхової медицини: більша доступність, якість і повнота в наданні медичних послуг за рахунок ефективного потоку фінансів та активному контролю дотримання стандартів надання медичної допомоги, зведення нанівець будь-яких фінансових розрахунків у лікарні.

Висновки: На даний момент система медичного страхування в Україні існує лише теоретично. Безперечно, запровадження на законодавчому рівні та подальший розвиток цієї системи якнайкраще вплине на стан надання медичної допомоги у нашій державі.

Маємо надію, що розпочатий процес реформування системи охорони здоров'я буде спиратися на питання запровадження страхової медицини, і через певний час рівень медичного страхування в Україні досягне рівня країн, страхова медицина яких вважається взірцем.

Д.В. Павлюк

СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В ГЕМАТОЛОГІЇ

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови

І.О. Котик (викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: латинська і грецька мови відіграють надзвичайно важливу роль у походженні термінів в медицині. Швидкий розвиток медицини потребує від сучасного лікаря знання семантики і етимології медичних термінів, кількість яких з кожним роком збільшується.

Метою нашого дослідження було розглянути словотвірні та структурні особливості клінічних термінів, які застосовуються у гематології, і простежити механізм їх виникнення, виявити системні зв'язки слів-термінів.

Матеріали: терміни номенклатури нозологічних одиниць клінічної терміносистеми. **Методи:** описовий та метод спостереження.

Результати: проаналізувавши близько сотні слів, пов'язаних з назвами методів діагностики та лікування, захворювань крові, що застосовуються у гематології, клінічні терміни були поділені на етимологічні групи: терміни, що складаються суто з грецьких коренів; терміни, що складаються з грецьких та латинських коренів і терміни, що складаються суто з латинських коренів. Наприклад, гематемезіс (грец. *haemaiμα* кров + грец. *emesisεμετός* блювота) – кровава блювота, симптом шлункової або кишкової кровотечі; п'явка (*sanguisuga* – лат. *sanguis* кров + лат. *sugare* сосати) – медична п'явка відома в медицині, завдяки антикоагулятивним властивостям її слини; гемоглобін (грец. *haemaiμα* кров + лат. *globus* шар) – білок, що переносить кисень, пігмент крові; *hemosiderosis* (грец. *haemaiμα* кров + грец. *siderosσίδερο* залізо) відкладання гемосідеріна (залізовмісний продукт розпаду гемоглобіну) в тканинах і органах тіла людини; *haemostyptica* (грец. *haemaiμα* кров + грец. *styptikosστυπτικός* в'язкий) – кровоспинні (гемостатичні) засоби.

Висновки: в структурі клінічних гематологічних термінів переважають латинські та грецькі корені, знання яких є необхідним для майбутнього лікаря.

Г.В. Пелих, Г. В. Бичковська
ЕВТАНАЗІЯ В КОНТЕКСТІ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.П. Гель (доц., к.ю.н.)

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

Актуальність: Життя людини в Україні визначається найвищою соціальною цінністю, а право на життя є найважливішим серед особистих немайнових прав людини. Актуальність даного питання полягає в тому, що існує цілий ряд питань що пов'язаний з питанням евтаназії, відповіді на які і досі не знайдено. Суперечливість даної проблеми є надзвичайно різноманітна, адже евтаназію можна розглядати з точки зору культури, релігії, морально-етичних норм, проте основним є правовий аспект. «Кожна людина має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави - захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань» ст.27 Конституції України .

Мета: дослідити та проаналізувати літературу, яка допоможе ознайомитись і зрозуміти правовий аспект евтаназії в контексті права на життя.

Методи: Для нашої роботи ми проаналізували результати попередніх досліджень порівняльно-правовим та формально-логічним методом. Була опрацьована література для встановлення правового статусу та правових аспектів питання евтаназії. В своїй роботі ми керувалися Конституцією України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, ЦК

Результати: Евтаназія – це умисні дії чи бездіяльність медичних працівників (або інших осіб), які здійснюються ними за наявності письмово оформленого клопотання пацієнта (або "заяви на випадок смерті") або ж усного клопотання, якщо фізичний стан унеможливає письмову форму клопотання пацієнта, який перебуває у стані, коли усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, з дотриманням законодавчо встановлених умов, з метою припинення його фізичних, психічних і моральних страждань, у результаті яких реалізується право на гідну смерть. Норма, яка забороняє евтаназію закріплена у ч. 4 ст. 281 ЦК, та у ч. 3 ст. 52 Основ і передбачає наступне: «Медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковного хворого з метою припинення його страждань». Наприклад, у 2002 році в Нідерландах прийнято «Закон про припинення життя за бажанням чи допомогою в самогубстві».

Висновки: Право на життя є найважливішим у нашій державі, але враховуючи показники смертності, економічний рівень – життя окремої людини знецінюється. Проблема легалізації евтаназії в Україні залишається відкритою, адже за всіма правовими аспектами вона забороняється. Проте, починає легалізуватися у зарубіжних країнах (Нідерланди, США, Бельгії), де значно краще розвинена система охорони здоров'я та правовий контроль правильності виконання евтаназії, тим самим допомагаючи уникнути страждань багатьом тяжко хворим людям.

О.О.Петричук

SHOCK AS A SERIOUS CONDITION

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

Горпинюк О.П. (ст.викл.)

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

Actuality: Traumatic shock is a serious condition accompanied by severe disturbances of functions of vital organs, especially the circulatory and respiratory systems. Similar clinical manifestations of state can occur when there is heavy blood loss, not associated with trauma, allergic reactions and intoxication. Large losses of plasma and other fluids from diarrhea, debilitating, extensive burns, acute pancreatitis, peritonitis, and other cause the development of serious disorders called hypovolemic shock.

Aim: To learn the pathophysiology and the main methods of giving first aid in shock.

Methods: There are four stages of shock:

Initial. During this stage the hypoperfusion state causes hypoxia. Due to the lack of oxygen the cells perform lactic acid fermentation.

Compensatory. The body employing physiological mechanisms characterizes this state including neural, hormonal and bio-chemical mechanisms in an attempt to reverse the condition. As a result of acidosis the person will begin to hyperventilate in order to rid the body of CO₂. The baroreceptors in the arteries detect the resulting hypotension causing epinephrine and norepinephrine release. Norepinephrine causes predominately mild vasoconstriction increasing heart rate whereas epinephrine predominately causes an increase in heart rate with a small effect on the vascular tone; the combined effect results in blood pressure increase.

Progressive. Should the cause of the crisis not be successfully treated, the shock will proceed to the progressive stage and the compensatory mechanisms begin to fail. Due to this the hydrostatic pressure will increase leading to fluid and protein leakage into the surrounding tissues. The prolonged vasoconstriction will also cause the vital organs to be compromised due to reduced perfusion. If the bowel becomes sufficiently ischemic bacteria may enter the blood stream resulting in the increased complication of endotoxic shock.

Refractory. At this stage the vital organs have failed and the shock can no longer be preserved. Brain damage and cell death occur and death will transpire immediately.

Summary: Emergency medical activities in the treatment of various forms of shock in fact are similar and should include measures to address the acute disturbance of circulation and respiration. Other methods of intensive therapy are carried out taking into account the causes of shock, the peculiarities of its pathogenesis and related disorders. Treatment of shocks should include: intense infusion-transfusion therapy, bleeding control, elimination of acute respiratory failure and other pathological impulses holding the pathogenic drug therapy.

Using intensive multimodality therapy with early start allows to prevent the development of irreversible shock.

M.V. Pisartsova

SYSTEM-VECTOR PSYCHOLOGY

Foreign Languages Department

I.V. Simonova (lecturer)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Actuality: Why does one child become an example for all of its peers, and another one is the cause of their parents shame at parents' meetings? Why the most sacred wish for some people is children, family and comfortable home, and for others - alienated life in the monastery. And the case is not in education or not even in the genes. The answer to these questions can be found in a fundamentally new direction of psychology. True psychology not only raises the question, but it also solves the problem, helps to make the right decisions in difficult situations. System-vector psychology - a breakthrough in science of individual. It works as a litmus test to determine the psychological state, create a harmonious model of relations at the level of the individual, group of individuals, society and humanity in general.

Aim: To review in details the basic character types (vectors) of system-vector psychology. To determine the role of representatives of one vector or another in a primitive society, the anatomic features of body structure, typical directions of behavior. Summarizing considered facts to conclude the practicability of using this area of psychology in modern life.

Materials and methods: Collection and analysis of theoretical materials in the form of theoretical articles from historical, psychological and medical reference books.

Results: Nature has created us as a group whose aims and objectives are clear: the group must survive and extend themselves in time, in order to give the next generation. It is the united system in which all eight vectors are present (audio, visual, olfactory, oral, urethral, anal, muscle, skin). Each plays a unique role, fulfilling its specific function. Considering the role of each vector in the primitive society, we can draw an analogy with the modern life. Audio vector served as a night guard in the original tribe. It did not sleep while everyone was sleeping, listened to unusual sounds. Visual, in its turn, served as a day guard. The main assignment of the olfactory vector was external reconnaissance - the dangers of the landscape, and oral - warning of the dangers of his gang due to cry. Urethral vector is the leader in his nature. He ensured the future movement of the tribe. Skin vector commanded the army, he kept discipline in the pack, while anal vector provided clean and tidy. Muscle man served as a soldier in the war and a builder in the cave. Exactly this division of roles in the group, the ratio of all eight vectors together, their interaction with each other and the hierarchy in relation to each other - all this is thoroughly investigated by system-vector psychology.

Conclusions: This systemic approach allows you to fill all the gaps concerning the behavior of the modern human. System thinking helps understand any field of knowledge about a man in this world and this thought allows more objectively and soberly to evaluate everything that is happening around, irrespective of its own physiology.

М. І Піщуліна

ПРАВОВА РЕГЛАМЕНТАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ТА ХВОРИМ НА СНІД

Кафедра патологічної морфології, судової медицини та медичного права

Р.Г Жарлінська (к.е.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Актуальність: На сьогоднішній день питання поширення розповсюдженості ВІЛ інфекції в Україні стоїть дуже гостро. З кожним днем все більше і більше людей стикаються з цією проблемою, а також з проблемою отримання медичної допомоги. Конституція України стверджує, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, але в реальному житті ситуація набагато гірше.

Мета: Розкрити особливості надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД у медичних закладах України

Матеріали та методи: Проаналізовано нормативно-правові акти, що регулюють порядок надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД. Під час досліджень були використані гносеологічний, порівняльно-правовий, статистичний та соціологічний методи.

Результати: Нажаль, досить великий відсоток медичних співробітників намагаються уникнути контакту з ВІЛ-інфікованими та відмовляють їм у наданні медичної допомоги. Ознайомлення ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД з їх правами, поширення інформації серед медичного персоналу та населення щодо шляхів передачі та

способів самозахисту від ВІЛ, моральна підтримка та відсутність відстороненості від хворих можуть суттєво поліпшити ситуацію, що склалася на даний момент.

Висновки: Таким чином, проаналізувавши чинне законодавство України, що регламентує забезпечення якісної медичної допомоги та покарання за відмову у наданні її, можна стверджувати, що воно відповідає міжнародному законодавству і людина, хвора на ВІЛ та СНІД, є законодавчо захищеною і має усі права громадянина України.

A.V. Ponomaryeva

REVITALIZATION IS A STEM CELL REJUVENATION

Department of Foreign Languages

I.K.Kozka (PhD, associate professor)

Kharkiv National Medical University

Kharkiv, Ukraine

Introduction. Rejuvenation and body regeneration seem to be a promising field of stem cell application. Modern regenerative technologies have been successfully used in many countries all over the world. They can be used not only to treat various diseases but also to rejuvenate, improve the quality of life, extend the full-fledged and active longevity, treat chronic fatigue syndrome and consequences of continuous stresses. These unique opportunities are available thanks to our own stem cells. Stem cells are immature cells that are capable of self-renewal and differentiation into various tissues. Revitalization that literally means "life" from the Latin is based on the fact mentioned above. It is a new rejuvenation technique that implies the use of stem cells and allows regenerating incipient injuries to organs and tissues.

The aim of the research is to study the influence of stem cells on the vital functions of the body.

Materials and Methods. The use of stem cells for body regeneration is a complex multi-level process. All patients should undergo a thorough examination. It includes a wide range of tests, which allow diagnosing abnormalities and diseases, as well as predicting the development of serious diseases in the future. Then, a small portion of bone marrow or adipose tissue is taken to obtain stem cells. Bone marrow is obtained by puncture of the iliac crest under anesthesia. To collect bone marrow, a small incision is made in the lower abdomen under local anesthesia. Cells are grown under special conditions until the necessary quantity will be available. The average duration of this period is one or two months.

Results. At the time of birth the bone marrow contains one stem cell in 10,000 hematopoietic cells. At the age of 50 half a million ordinary cells contain one stem cell. This number reaches one million cells in 70-year-old individuals. Patients receive 200-300 million stem cells, and the number of ordinary cells increases thousand times as a result of treatment. Some authors have reported that the aging process starts around 30. The intense pace of modern life and stress result in spending a lot of energy and speeding up this process. Those who want to match the pace of time, feel and look young, can improve their health in the natural way without using chemicals. Injections of stem cells contribute to:

1. Increased working efficiency
2. Memory improvement
3. Immunity normalization
4. Quick stress elimination
5. Sleep normalization

Conclusions. Thus, the discovery of stem cells can be considered to be a revolution in the struggle for human health and longevity. Revitalization is a promising field in application of stem cells. Their use greatly improves body functions, prevents the development of numerous diseases, slows down the progression of existing ones, and improves the appearance.

С.В. Приходько

ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ АБОРТУ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини і права

Р. Г. Жарлінська (к.е.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Наша країна займає перше місце по кількості абортів в Європі і перші рядки в цій сумній статистиці в усьому світі. Отже, проблема правового регулювання абортів в Україні є актуальною.

Мета: Дослідити та проаналізувати усі правові проблеми регулювання штучного переривання вагітності в Україні. Сформулювати основні принципи, на яких доцільно базувати правове регулювання абортів

Матеріали та методи: Діалектичні (індукція, дедукція, аналіз, синтез) порівняння, аналогії.

Результати: Законодавче регулювання абортів доцільно формувати на наступних принципах: 1. повага до права жінки самостійно розпоряджатися ситуацією про наявність вагітності; 2. створення умов щодо попередження проведення кримінальних штучних переривань вагітності; 3. декларування та впровадження в життя державної політики, спрямованої на зменшення кількості абортів як засобу регулювання народжуваності.

Висновок: Досліджуючи аспекти правового регулювання абортів ми визначили, що проблема абортів концентрує в собі відносини між людьми на рівні морального, юридичного, соціально-політичного, релігійного, наукової свідомості. Розглянувши проблеми абортів на кожному з цих рівнів, ми сформулювали принципи, на яких доцільно формувати законодавче регулювання абортів.

V.V. Savina

HISTORY OF CLONING AND ITS RELEVANCE IN CONTEMPORARY WORLD

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

A.L. Yatsenko (Senior Lecturer)

Vinnitsya National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

Background: Advances in cloning have generated a lot of questions. New opportunities have appeared: to bring genetically modified products to the market, to create innovative drugs, to transplant organs, to solve the problem of infertility and free humanity from certain hereditary diseases. However, a number of problems including technical, social, ethical, legal and religious should be considered.

Objective: to trace the history of cloning, to determine the level of its development nowadays, to study modern discoveries in this area.

Materials and methods: gathering information on the subject, its generalization, abstraction, explanation and classification.

Results: It was investigated that the first steps in cloning animals had been made about a hundred years ago by zoologist of Moscow University O. Tyhomyrov. In 30s of the twentieth century academicians B. Astrurov and V. Strunnikov received the first cloned silkworms with low viability. History of vertebrata cloning began in 40-ies of the last century: Russian embryologist Professor G. Lopashov developed the method of nuclear transfer on frogs, which had become the basis for current experiments on cloning. In the last mid-century embryologists R. Brig, T. King and J. Gerdon performed similar experiments on frogs, resulting in tadpole development. In 1996 the cloned sheep Megan and Morag were born, and later Dolly appeared with normal life expectancy. In 1981 the first mice were born due to cloning. In July 1998 in Seoul University 50 mice were cloned. Later it was proved that human organs as well as man himself were likely to be cloned in this way. Thus, in November 2001, the magazine "Scientific American" published information about first ever cloning of human embryos. In October 13, 2001 in the laboratory of Advanced Cell Technology Company early human embryos were seen under the microscope. Later rumors appeared about the birth of a cloned girl, but this fact was not confirmed. Nowadays there is a group of scientists whose aim is to clone a mammoth using DNA, although the likelihood of that is very small. In May 2013 on Lyakhovsky Islands Russian scientists found the remnants of a mammoth with preserved muscular tissue having the color of fresh meat and blood in liquid form. The best possible result that can be achieved by enthusiasts of cloning is a cell with "viable" DNA.

Recently, researchers from Science and Health University of Oregon developed the cloned embryos to the stage required for obtaining stem cells.

Conclusions: Thus, the history of cloning is very impressive and dynamic. This field continues to develop nowadays. Doctors advocate for therapeutic cloning, because it will provide real help for people and can save their lives. Representatives of almost all confessions are against cloning at all. However, science must develop, but bioethical principles should be followed as well. All the advances in science should be used for the benefit of a man.

К.С. Серга, О.Р. Дацків

ДОНОРСТВО КРОВІ: ПРАВОВІ АСПЕКТИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

А.П.Гель (доц., к.ю.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Донорство у нашій країні, як правило, стало проблемою хворих та лікарів, а не справою суспільства. Населення недостатньо обізнане у питанні донорства крові у зв'язку з недостатнім його інформуванням, роботою соціальних служб тощо.

Мета: На основі аналізу наукових публікацій, чинного законодавства і Закону України "Про донорство крові та її компонентів," з'ясувати права та пільги донорів, визначити основні завдання його покращання.

Матеріали та методи: Аналіз наукової літератури, чинного законодавства та Закону України "Про донорство крові та її компонентів".

Результати: Згідно зі ст. 8 Закону України "Про донорство крові та її компонентів" передбачено захист прав донора, у т. ч. й трудових. Держава гарантує захист прав донора та охорону його здоров'я, а також надає йому пільги: у день давання крові, а також в день медичного обстеження працівник, який виявив бажання стати донором, звільняється від роботи на підприємстві незалежно від форм власності зі збереженням за ним середнього заробітку. Донори з числа студентів вищих навчальних закладів та учнів професійних навчально-виховних закладів у зазначені дні звільняються від занять. У разі давання крові у період щорічної відпустки, ця відпустка продовжується на відповідну кількість днів з урахуванням надання працівнику додаткового дня

відпочинку за кожний день давання крові. В день давання крові та її компонентів донор забезпечується безкоштовними сніданком та обідом. У разі неможливості забезпечення таким харчуванням відповідний заклад охорони здоров'я має відшкодувати донору готівкову вартість відповідних наборів харчування (ч. 7 ст. 9 Закону). Донорам, які протягом року безоплатно здали кров у сумарній кількості, що дорівнює двом разовим максимально допустимим дозам, допомога по тимчасовій непрацездатності у зв'язку з захворюванням виплачується у розмірі 100% середньої заробітної плати донора незалежно від стажу роботи. Учня професійних закладів, студентам ВНЗ, які протягом року безоплатно здали кров у сумарній кількості, що дорівнює двом разовим допустимим дозам, надається право на одержання грошової допомоги у розмірі 25% встановленої у навчальному закладі стипендії протягом 6 місяців після здачі крові у зазначеній кількості. Слід зважати також на те, що протягом року після здачі крові у кількості, зазначеній вище, донори мають право першочергового придбання путівок для санаторно-курортного лікування. Донори, які безоплатно здали кров у кількості 40 разових максимально допустимих доз або плазму крові в кількості 60 разових максимально допустимих доз, незалежно від часу їх здачі, набувають статусу Почесного донора України.

Висновок: Ефективним вирішенням проблеми у сучасних суспільних реаліях може стати подальший розвиток та вдосконалення інформаційної діяльності соціальних програм з розвитку донорства крові, заохочення громадян шляхом підвищення оплати донорства та підвищення пільг для донорів.

Т.В. Снятинська

SPECIFIC TREATMENT OF PNEUMONIA IN CHILDREN OF ALLAGE GROUPS

Кафедра іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології

О.П. Горпинюк (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Actuality: *Pneumonia* is an infection of the lungs caused by fungi, bacteria or viruses. Treatment for pneumonia involves curing the infection and preventing complications. Mild cases of pneumonia can usually be treated at home with antibiotics and plenty of rest and fluids. More severe cases may need hospital treatment.

Aim: To learn the types and specific treatment of pneumonia in child's aged 1 week to 5 years. Babies who were born prematurely with heart or lung problem or who have leukaemia or a condition that weakens their immune system are more likely to have severe pneumonia.

Children with severe infection and symptoms that are rapidly worsening will need other types of antibiotics and they may also need to go to hospital, where the antibiotics will be given intravenously and the type of antibiotic will depend on bacteria causing the infection.

Your doctor will usually prescribe Amoxicillin. Amoxicillin is effective against the bacterium (*Streptococcus pneumoniae*) and this is for treating *Mycobacterium pneumoniae* bacteria. Your doctor may prescribe also Clarithromycin or Roxithromycin orally.

Materials and methods: Babies 1 week old or less will be given antibiotics (usually Benzylpenicillin plus Gentamicin) intravenously in hospital.

Babies aged 1 week to 4 months who have symptoms of pneumonia but no fever will usually be given Azithromycin (taken by mouth; e.g. Zithromax) or Erythromycin. Babies who have symptoms of pneumonia and a fever will usually be given Benzylpenicillin or Cefotaxime intravenously in hospital.

When pneumonia occurs in children aged 4 months to 5 years it is usually caused by a virus (e.g. respiratory syncytial virus or flu virus), so antibiotics won't be effective. Antibiotics don't kill viruses. In viral pneumonia Paracetamol or Ibuprofen can help relieve pain and fever.

If your child's pneumonia is caused by bacteria (based on the results of laboratory tests) then your doctor will prescribe antibiotics. If your child's symptoms are not severe Amoxicillin (tablets, capsules or liquid; e.g. Amoxil) will usually be prescribed. If your child's symptoms haven't improved at all 2 days after starting antibiotic treatment or their symptoms get worse see your doctor.

Summary: Specific treatments depend on the type and severity of pneumonia, child's age and his overall health. The options include:

- Fever reducers. These include drugs such as aspirin, Ibuprofen (Advil, Motrin IB, others) and Acetaminophen (Tylenol).
- Cough medicine. This medicine may be used to calm your cough so that you can rest. Because coughing helps loosen and move fluid from your lungs, it's a good idea not to eliminate your cough completely.
- Antibiotics. These medicines are used to treat bacterial pneumonia. It may take time to identify the type of bacteria causing your pneumonia and to choose the best antibiotic to treat it. Antibiotics are usually needed to treat pneumonia in children who are younger than 4 months or older than 5.

O.V. Stepanenko

ALTERNATIVES TO ANTIBIOTICS

Кафедра іноземних мов

І.В.Сімонова (викл.)

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

Actuality: Antibiotics have saved innumerable quantity of lives and enabled the development of modern medicine over the past 70 years. However, it is clear that the success of antibiotics might only have been temporary and now we expect a long-term and perhaps never-ending challenge to find new therapies to combat antibiotic-resistant bacteria. A broader approach to problem solution of bacterial infection is needed.

Purpose: Taking into account the increase of antimicrobial resistance and challenges faced by the researchers in the discovery and development of standard antibacterial agents that lead to a very small choice of new therapies, it would be prudent to explore the potential of non-traditional approaches.

Materials and methods: The survey of medical journals as an internet survey.

Results: Currently, there are 10 prioritized alternative approaches and 9 additional ones. The first group includes: antibodies (bind to and inactivate a pathogen, its virulence factors, or its toxins), probiotics (live microorganisms, when administered in adequate amounts, improve health of the host organism), lysins (enzymes used by bacteriophages to destroy the cell wall of a target bacterium and are potential replacements for antibiotics because of their direct antibacterial action, and as adjuncts because they act to reduce bacterial burden, weaken biofilms, or both), natural bacteriophages strains (they infect and kill bacteria, and have the potential to replace antibiotics for some indications), artificially synthesized bacteriophages, immune stimulators, vaccines, antimicrobial peptides, host defence peptides and innate defence peptides, antibiofilm peptides. The second group of approaches consists of immune suppression, anti-resistance nucleic acids, antibacterial nucleic acids, absorption of toxins using liposomes, antibiotic-degrading enzymes to reduce selection of resistance, iron chelation, alphas, apheresis of protective antibodies and immune stimulation of P4 peptide. Results from studies of these approaches can be received and they will hold a promise if adequate funding is available for researchers.

Conclusion: The aim of this theoretical research was to find out what is the most promising alternative to antibiotics for the clinical use. According to the data, researchers and the pharmaceutical industry have successfully generated a diverse range of potential alternatives to antibiotics preclinical optimisation. Thus, it will still be necessary to use traditional antibiotics. If we depend on alternatives to antibiotics in the future, we must augment our potential and substantially increase the number of projects now. In the long-term substantial and sustainable funding will be needed to promote and use wider alternatives-to-antibiotics. Antimicrobial resistance has to become a major international science programme to provide the solutions needed by the society.

Т.І. Степанюк, О.В. Гордійчук

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ШТУЧНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ В УКРАЇНІ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

Р.Г.Жарлінська (к.е.н., доц.)

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

Актуальність. Відтворення людиною собі подібних-фундаментальний закон і найбільше таїнство природи. Людина прагне залишити потомство, щоб продовжити свій рід. Регульовані складним комплексом біологічних, психологічних, духовних і соціальних законів, репродуктивні процеси в усі часи представляли інтерес для їх вивчення. Застосування методів штучної інсемінації (запліднення) пов'язане з категорією проблем, що стосуються комерціалізації та криміналізації народження дітей за допомогою сурогатного виношування. Чинне законодавство України у сфері застосування таких методів запліднення наразі не відрізняється повнотою регулювання, а відсутність певних законодавчих норм дає змогу використовувати методи штучного запліднення з метою, яка не тільки не відповідає морально-етичним нормам, але й створює основу для виникнення кримінальної відповідальності.

Мета. Дати загальне поняття репродуктивних прав людини і місце права на запліднення в системі міжнародних прав людини; відобразити всі негативні і позитивні моменти застосування штучного запліднення; розглянути, як законодавчо регулюється процес штучного запліднення в міжнародному праві та в деяких окремих зарубіжних державах; вивчити основні нормативні акти, що регулюють процедуру штучного запліднення в Україні.

Матеріали та методи. Проаналізовано нормативно-правові акти з проблематики дослідження, використано діалектичні методи та системний аналіз.

Результати. Створення ефективного механізму правового захисту штучного запліднення багато в чому залежить від вдосконалення законодавчої бази, що регулює ці репродуктивні методи. Права людини займають особливе місце в системі міжнародного права. У міжнародному праві останнім часом велику увагу привертає проблема регламентації і реалізації права на репродуктивний вибір. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» закріплює право кожної жінки на застосування методів штучного запліднення або імплантації зародка. Так, ст. 48 зазначає: «Застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими МОЗ України, за медичними показаннями

повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці».

Висновки. СК України приділяє увагу питанням реалізації громадянами своїх прав у сфері репродуктивних технологій. Однак, варто наголосити, що кодекс залишає поза увагою правового регулювання більшість проблемних питань, які виникають у зв'язку із застосуванням методів штучного запліднення. Тому для вирішення цих питань ми пропонуємо звернутись до Положення про запліднення *in vitro* і трансплантацію ембріонів (ВМА, 1987) прийнятого Всесвітньою медичною асоціацією в 1987 р.

Takyi Collins (Ghana)
COR VITA EST
Foreign languages Department
Latin language and the fundamentals of medical terminology Course
Sophia Tykholaz (Associate Professor)
Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsya, Ukraine

Relevance: The heart is a remarkable organ. It is the first to develop in the embryo and serves as the center of the cardiovascular system and it is vitally responsible for just about everything that gives the body life, ranging from the transportation of oxygen to the success of our immune system. Thus, it pumps blood throughout the body, beating approximately 72 times per minute. It can also be seen as the gateway to our soul. “Show me a man without a heart and I will show you a living ghost”. This justifies that you cannot live without a heart. Having a healthy heart means having a healthy lifestyle. However, the foods we eat and the amount of activity we choose to take part in can dramatically affect the overall health of the heart and the many other tissues that make up the cardiovascular system.

Objective: The main objective of this research is to discover ways of keeping a healthy heart. Dealing with the heart could be very difficult because diseases of it could be classified into so many categories, but for the purpose of this research Congenital Heart Disease – CHD (*morbus cordis congenitus*) and Acquired Heart Disease (*morbus cordis acquisitus*) would be considered, especially the latter. The CHD could be treated strictly by surgery while the Acquired could be controlled and prevented by healthy lifestyles and some nutrients from plant remedies. Among the nutrients are Omega-3 fatty acids. There are animal and plant sources of this life saving nutrient but the research will determine the healthier among the two. The animal source is mainly from fish and the plant source from flaxseed oil (*Oleum Lini usitatissimi*), Walnuts (Persian walnut – *Juglans regia*, black walnut – *Juglans nigra*, butter nuts – *Juglans cinerea*, etc.), and hempseed (*Cannabis sativa*). Foxglove plant (*Digitalis purpurea*) is also a plant although does not contain Omega-3 fatty acids, it has cardiac glycosides for treating cardiac conditions. The next step is to focus on certain lifestyles that are beneficial and deadly to the heart.

Materials and Methods: Personal interaction with practicing cardiologists and other resource persons. The methods used were also based on the experiments performed by trusted doctors on plants which contained Omega-3 fatty acids and cardiac glycosides.

Results: Three types of Omega-3 fatty acid (Alpha linolenic acid ALA- found in plants, eicosapentaenoic acid EPA and docosahexaenoic acid DHA found in animals) were identified. ALA from the plant source appeared healthier than EPA and DHA which are animal based. The above studied plants gave similar relevance to heart functioning. In summary Omega-3 fatty acids; are important in conducting electrical impulses in the heart (30% decrease risk of sudden death from heart diseases), help prevent the buildup of cholesterol that closes the arteries which can lead to heart attack and stroke, keep blood platelets from becoming sticky and clumping to form blood clot, decrease blood viscosity, enhance the benefits of anti-inflammatory medications and serve as antioxidants. Daily exercise, drinking of enough water, managing of stress, cut down on salt and processed foods, quit smoking and regular check-ups were among the discovered lifestyles of keeping a healthy heart.

Conclusion: There is no doubt that the heart is the center of life but ignorance of this fact could be a silent killer. Nearly 17 million people worldwide die from heart diseases and stroke yearly. This is very appalling but we as humans have the power to control these deaths aside the Congenital Heart Diseases. We much recognize the importance of the heart as the center of our spirit, feeling and our love for one another and if this love is absent, then the world is not much better than a hell.

М.О. Таранушенко, А.Гарсія Коваленко
**ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ ПЛОДУ ЛЮДИНИ В УКРАЇНСЬКОМУ
ЗАКОНОДАВСТВІ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
О.О.Верлан-Кульшенко (викладач)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Україна в 1991 році ратифікувала Декларацію прав дитини та Конвенцію про права дитини, проте у вітчизняному законодавстві відсутні єдині підходи стосовно правового статусу заплідненої клітини як

зародженого життя, ембріона та плоду. Розвиток сучасних репродуктивних технологій робить дане питання ще більш актуальним.

Мета: Проаналізувати українське законодавство, що регулює сферу репродуктивних прав, визначити права плоду у світовій та українській юридичній науці, окреслити шляхи реформування основних законодавчих актів, що регламентують права плоду.

Матеріали та методи: Проведено аналіз статей Конституції України, Цивільного Кодексу України, Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Декларації прав дитини, Конвенції про права дитини та інших підзаконних актів. Методи: порівняльно-прогностичний, статистичний, метод правового аналізу.

Результати: Згідно з ст. 2 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод та статтею 27 Конституції України кожній людині гарантується право на життя. Проте, через відсутність єдності в твердженнях щодо моменту початку людського життя, в науковій літературі та відповідних законодавстві спостерігається «триместрова» градація цінності людського життя, відповідно до якої в перший триместр вагітності для її переривання достатньо лише бажання жінки, в другому триместрі вагітність можливо перервати при наявності якихось соціальних показників та у третьому триместрі переривання можливе лише за вагомих медичних показників.

Критерії реєстрації новонароджених, рекомендовані ВООЗ, визначати що реєструються немовлята, які народилися після 22 тижня вагітності з масою тіла більше 500г та подають ознаки життя. В нашій країні дитина з занадто низькою масою тіла чи дитина народжена до 22 тижня вагітності не визнається суб'єктом права. Згідно законодавства, така дитина вважається не новонародженою, а абортивним матеріалом.

Висновки: Отже, з метою гармонізації вітчизняного законодавства відповідно до європейських норм, необхідно внести зміни в наказ МОЗ України № 179 від 29.03.2006, згідно яких визнати народжених життєздатними до 22 тижня чи з масою менше 500г повноцінними особами.

О.І. Трухманова

ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛІЗМУ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

Кафедра філософії та суспільних наук

К.М.Вергелес (к. ф. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

На поч. ХХІ ст. спостерігається зміцнення інтеграції країн та суспільств з світовим оточенням при зростанні внутрішньої різноманітності співтовариств, що входить у суперечність із завданнями з розвитку культури народу окремо взятої країни, оскільки вона переплітається з гносеологічними проблемами буття людини та світу. Постає завдання організації співіснування різних культур у рамках одного суспільства в умовах глобалізації та формування окремих, індивідуальних типів світогляду.

Як один з варіантів вирішення пропонується мультикультуралізм як філософський світогляд і філософська теорія, які стверджують: наявність у суспільстві багатьох культур — це природний стан суспільного життя.

В Україні в останні десятиліття відбулося накладання в часі та просторі процесів модерну та постмодерну. Модерні процеси як процеси відновлення державності вимагають центрованої логіки та відбуваються в умовах виникнення в розвинутих країнах світу постмодернових процесів з «детериторіалізацією» та денацифікацією особистісного культурного світу, плюралістичністю та діалогічністю. Співіснування та конфлікт протилежних принципів, як зазначає Д. Вовк, «розглядається як ускладнюючий чинник в усвідомленні завдань розвитку української державності». Проте сучасні умови вимагають визначення позиції України щодо мультикультуралізму як політико-ідеологічного та теоретико-світоглядного конструкта, як елемента логіки постмодерну.

Західноєвропейська дискусія щодо проблеми культурного різноманіття триває з 80-х років, коли з'явилися відчутні наслідки соціального песимізму постмодерну. Здійснювалися спроби обґрунтувати опір особистості стереотипам масової свідомості, диктату масової культури, ідеологічним тискам на формування світогляду; виникає теорія мультикультурної справедливості.

Український дослідник Гордієнко А.В. вважає, що «індивіди повинні вийти за жорсткі рамки своєї ідентичності»

В Європі мультикультуралізм став основою буття успішних країн, які опинилися в зоні імміграційних потоків. На відміну від країн іммігрантського походження, для європейських це призвело до кризи традиційної національної держави, створило загрозу соціокультурній безпеці.

Суперечлива реакція на результати мультикультуралізму доводить, що на початку ХХІ ст. світ опинився перед вибором між цінностями толерантності, з одного боку, і прагненням захистити власну ідентичність - з іншого.

Країни Нового Світу США та Канада з успіхом справляються з процесом міжнародної міграції, створивши надійну модель, інтегруючи мільйони емігрантів. Досвід мультикультуралізму країн західної Європи, США і Канади є цінним і повчальним для України у процесі формування незалежного національного світогляду.

O.V. Yuriy
THE EFFECTS OF ATMOSPHERE ON PEOPLE'S HEALTHS

Foreign Languages Department
I.V. Simonova (lecturer)
National Pirogov Memorial Medical University
Vinnytsia, Ukraine

Actuality: People's activity affects the Earth for the last thousand years. Nowadays it becomes the most important source of pollution in our environment. It results in reduction of soil fertility, desertification and ground degradation, air and water pollution, extinction of species and ecosystems. Besides, there is a negative influence of environment on people's health and lifetime. According to the statistics more than 80% of illnesses relate with the air we breathe, water we drink and ground we walk on.

Aim: To explore the features of atmosphere influence on people's health. To follow the action mechanism of natural and anthropogenic factors in appearance of diseases. To define the main task of mankind on ecological problems.

Materials and methods: Materials of research are the scientific works of Ionov I.D., Kiselev A.A., Karol I.L. The analysis of scientific information sources was conducted.

Results: Air pollution is the most serious danger for people's health. These are the results of researches on the presence of a significant amount in air dust, heavy metals and chemicals.

The main sources of pollution are also industrial enterprises, which spray harmful mixture through a pipe factory and waste drained into rivers. Harmful substances (arsenic, lead, mercury, cadmium, zinc, chromium, nickel, copper and cobalt) transfer into food and human body through the atmosphere, ground and water.

Besides technological factors, weather and climate have an influence on people's health as well. The influence of a high temperature on body causes decrease in attention, abnormality of precision and coordination, change of immunological reactivity (blood produces specifically antibodies - heat agglutinins and hemolysin which cause agglutination of red blood cells and their death). Anemia and hypovitaminosis in groups C and B (vitamins are lost through sweat).

The effect of low temperature on human body causes to strain the system of thermoregulation. Hypothermia is observed with prolonged action of low temperatures. In this condition there is oppression of CNS, that reduces the sensitivity of nerve cells to oxygen deficiency and subsequent decrease in temperature; weakens metabolism, the body becomes less sensitive to infection and intoxication, the immune system does not function properly.

Conclusions: So we see, the main aim of mankind today is a full awareness of the importance of environmental issues and their radical decision. It is necessary to develop new methods of energy. Humanity as a single entity must begin to address these issues, because if it fails, the Earth will soon cease to exist as a planet suitable for living organisms.

А.Ю. Яворська
ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЕТНІЧНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ СТУДЕНТІВ

Кафедра психології
Л. І. Коломієць (к.пед.н. ст.викладач)
Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського
м. Вінниця, Україна

Актуальність: у зв'язку з розширенням міжетнічних контактів українців, вивчення індивідуально-психологічних чинників етнічної толерантності надзвичайно важливе в українському суспільстві.

Мета: теоретично обґрунтувати і дослідити індивідуально-психологічні чинники етнічної толерантності студентів.

Матеріали та методи: використовувалися теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення); емпіричні (бесіда, тестування – експрес-опитувальник «Індекс толерантності» (Г. Солдатова, О. Кравцова, О. Хухлаєв, Л. Шайгерова) [1, с.316], методика для визначення типів етнічної ідентичності (Г. Солдатова, С. Рижова)[2, с.140], опитувальник 16 PF Р. Б. Кеттелла (форма С), опитувальник комунікативної толерантності В. В. Бойко [1, с.327]) та методи кількісної і якісної обробки даних (програма SPSS 17.0).

Етнічна толерантність – це відсутність негативного ставлення до представників різних етнічних спільнот, наявність позитивного образу іншої етнокультури при збереженні позитивного сприймання власної.

Дослідження проводилося на базі Вінницького державного педагогічного університету ім. М. Коцюбинського й Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. До діагностики було залучено 40 студентів спеціальностей «Психологія» і «Лікувальна справа».

Результати: Переважаючими є середні (72,5%) та високі (22,5%) показники розвитку етнічної толерантності у досліджуваних студентів. У студентів-медиків показники високого рівня етнічної толерантності мають вищі прояви (25%) порівняно з результатами студентів-психологів (20%). Це, на нашу думку, пов'язано з умовами соціокультурного середовища, суб'єктивним досвідом спілкування майбутніх фахівців.

За допомогою програми SPSS 17.0 було виявлено негативний кореляційний зв'язок етнічної толерантності з такими особистісними чинниками і властивостями як етногеоїзм ($r_{xy}=-0,612$, при $p \geq 0,01$), етноізоляціонізм ($r_{xy}=-0,459$, при $p \geq 0,01$), етнофанатизм ($r_{xy}=-0,354$, при $p \geq 0,05$), невміння прощати помилки ($r_{xy}=-0,319$, при $p \geq 0,05$), прагнення підігнати партнера під себе ($r_{xy}=-0,523$, при $p \geq 0,01$), що свідчить про те, що ці особливості не є підґрунтям для формування толерантності, а навпаки є чинниками інтолерантності особистості. Водночас, було встановлено позитивний кореляційний зв'язок між показниками етнічної толерантності й емоційною стійкістю

($r_{xy}=0,327$, при $p\geq 0,05$), консерватизмом ($r_{xy}=0,449$, при $p\geq 0,01$), нонконформізмом ($r_{xy}=0,416$, при $p\geq 0,01$), сміливістю ($r_{xy}=0,438$, при $p\geq 0,01$).

Висновки: отримані результати дають можливість стверджувати, що студенти вищих навчальних закладів у цілому проявляють позитивне та терпеливе ставлення до представників інших етнічних спільнот. Індивідуально-психологічними чинниками, які детермінують етнічну толерантність студентів, є емоційна стійкість, консерватизм, нонконформізм, сміливість.

О.В. Яременко

СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ТРАНСГЕНДЕРІВ В УКРАЇНІ

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: Тих людей, чия гендерна ідентичність тією чи іншою мірою не відповідає їх біологічній статі, називають трансгендерами. Ця група хоч і входить до спільноти ЛГБТ (лесбійки, геї, бісексуали, трансгендери), яка бореться за права людини за ознакою СОГІ (сексуальна орієнтація та гендерна ідентичність), але залишається маргінальною навіть у ній. Тематиці сексуальної орієнтації, як у дослідженнях, так і у активізмі, приділено більше уваги, ніж темі гендерної ідентичності. Якщо питанням захисту і забезпечення прав людини і громадянина приділяється належна увага, то стосовно забезпечення права на гендерну ідентичність як і безпосередньому визначенню сутності останнього, на жаль, достатньої уваги практично не приділяється. Сьогодні в українському суспільстві трансгендери є закритою та невидимою групою, їх потреби багато в чому ігноруються державою, а права порушуються.

Мета: поставити проблеми трансгендерних людей на порядок денний суспільного обговорення, привернути увагу держави та громадськості до їх потреб та зменшити рівень стигматизації даної соціальної групи, окреслити проблемні моменти дотримання громадянських прав трансгендерних людей в Україні, зокрема в доступі до медичної допомоги та послуг, а також з'ясувати сутність та природу права на гендерну ідентичність.

Матеріали та методи: проаналізовано нормативно-правову базу з проблематики дослідження, використано методи аналізу, синтезу, бібліосемантичний.

Результати: Основні проблеми трансгендерів, виявлені в результаті дослідження: відсутність інформації про трансгендерність і процедуру зміни статі, відсутність спеціалізованих медичних центрів і клінік, ускладнений доступ до послуг охорони здоров'я та спеціалізованих медичних послуг, ускладнений процес отримання дозволу на зміну (корекцію) статевої належності, юридичні труднощі, пов'язані з оформленням, зміною чи пред'явленням документів, що засвідчують особу. Також найбільш поширеною проблемою є дискримінація на основі гендерної ідентичності у сфері навчання та охорони здоров'я (з боку медичних працівників), у трудовій сфері та у побуті (з боку членів сім'ї).

Висновки: Для вирішення цих проблем необхідна державна підтримка заходів, спрямованих на впровадження швидких та прозорих процедур зі зміни імені та статі трансгендерів, розробка нового алгоритму зміни документів, надання кваліфікованої медичної, психологічної та юридичної допомоги. Необхідно створювати медико-психологічні служби, медичні центри (особливо в регіонах), ввести в програму підготовки медичних спеціалістів спецкурси по трансгендерній тематиці. Паралельно необхідно проводити роботу по зміні суспільної свідомості, подолання трансфобії і викорінення дискримінації трансгендерних людей.

**МЕДИКО-
ПРОФІЛАКТИЧНИЙ
НАПРЯМ**



PUBLIC HEALTH

O.S. Motuzenko
ENVIRONMENTAL EVALUATION OF WATER CLEANING WITH BASALTIC TUFF

Department of hygiene and ecology

N.Y. Lukina (as.)

Vinnitsya National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

Relevance: The global environmental crisis requires an urgent solution of problems of natural and waste waters from pollutants of various kinds. This indicates the relevance of a comprehensive investigation on the study of natural mineral basalt tuff in the process of removing pollutants of various kinds from water.

Objective: To implement an environmental assessment of the effectiveness and feasibility of water purification through basaltic tuff.

Methods and materials: analysis, synthesis, comparison and generalization based on ecological and biochemical scientific literature, my own research and observations.

Results: 1) The study showed that the basaltic tuffs have multifunctional adsorption properties and can be used for water purification from ionic and molecular contamination.

2) We see that at water treatment from the ions of Mn (heavy metal) is more effective a sorption method with the help of basaltic tuff than other methods.

3) We determined that after cleaning with a basaltic tuff, content of macro elements in the water does not exceed a norm, and on some occasion equals a zero.

4) It was set that effective is a sorption method of water treatment with the help of absorbent carbon, but now on the water-purifying stations of Ukraine this method is used exceptionally for drinkable water treatment. But having regard to circumstance that price 1 kg of absorbent carbon present 72-97 hrn, and cost 1 kg of natural basaltic tuff - 3-5 hrn, and it is at 19-24 times less than economically more expedient and more clever it would be to use a basaltic tuff.

Conclusions: 1. Nowadays the environmental situation in the world and Ukraine in particular has led to a significant deterioration of both surface and groundwater.

2. Many methods of water treatment are outdated.

3. Adsorption technology involving natural mineral sorbents is among the most promising methods of water purification of various contaminants and depends on the chemical nature of sorbent and its availability.

4. As a possible option is using a natural mineral basalt tuff as a sorbent in water purification. This option is a viable choice due to the high porosity of the mineral, the ability to absorb agents of inorganic and organic origin out of the water environment, cheap and large mineral deposits in Ukraine. It is unfortunate that due to fragmentation of research, basaltic tuffs are not yet widely used in water treatment and purification practice.

Н.О. Аршутова

БІОЛОГІЧНИЙ ТА КАЛЕНДАРНИЙ ВІК СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Кафедра загальної гігієни та екології

Л.М. Ваколюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Мільйони людей у всьому світі не задоволені станом свого здоров'я, що пов'язано із їхнім біологічним віком. Відомо, що всі люди старіють по-різному. Багато в чому це залежить від спадковості і способу життя. Особливо це стає помітно у другій половині життя, коли ровесники можуть сильно відрізнятись за станом свого здоров'я, а значить, за біологічним віком. Хтось здається набагато молодшим за свої роки (як правило, це люди, що зберігають оптимістичний настрій, з активною життєвою позицією, що стежать за собою і своїм здоров'ям), а хтось значно старшим. Отже, у людей можуть спостерігатися значні розбіжності за темпами вікових змін.

Мета: Встановити відповідність між біологічним та календарним віком студентів медичного факультету.

Матеріали та методи: У роботі взяли участь студенти 19-21 віку. Вони були розділені згідно з курсом навчання на 3 групи по 20 осіб відповідно I, II, III курсів. Ми використовували контрольні тести визначення біологічного віку для дорослих людей. Порівнювали отримані результати із календарним віком студентів, встановлювали їх відповідність та розбіжність.

Результати: Встановлено, що у першій групі студентів (I курс) спостерігалась відповідність їхнього календарного та біологічного віку. Це пояснюється більшою стійкістю морфологічних показників, меншою мірою психологічною стійкістю, що відображають загальну працездатність, здоров'я і можливості адаптації студентів. У другій групі (II курс) спостерігалась розбіжність між біологічним та календарним віком. Самі студенти були вражені отриманими результатами. Вони пояснюють ці дані із збільшеними навантаженнями на організм та здоров'я, збільшенням часу підготовки до навчання, порушення режиму дня та стресовими факторами. У третій групі (III курс) виявилась різка розбіжність між біологічним та календарним віком. Вони пов'язують результати із надмірним навантаженням під час підготовки до занять, нестабільністю психоемоційного фону.

Висновки: Біологічний вік є результатом власних особистих даних, таких як: звички, спосіб життя, харчування, емоційна стійкість, образ думок та режим дня.

А.Р. Бабаева
**ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ТЕННИСИСТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ
ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА**

Кафедра физической реабилитации, спортивной медицины с курсом физического воспитания и здоровья
М.П. Кириченко (к.мед.н., доц.)
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

Актуальность. Ежегодно большое количество молодых людей начинают заниматься теннисом, имея больше преимуществ для индивидуального физического развития по сравнению с другими видами спорта, теннис может оказывать и отрицательное воздействие на организм. При игнорировании специальной тренировки спины и позвоночного столба возможны негативные проявления при занятиях теннисом. Наиболее часто поражается пояснично-крестцовые и грудные отделы позвоночного столба.

Цель исследования. Анализ профилактической и лечебной коррекции проявлений остеохондроза у теннисистов различной квалификации.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 47 человек, в возрасте от 17 до 30 лет с диагностированным остеохондрозом грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночного столба. У наблюдаемых спортсменов периодически отмечается болевой синдром.

Результаты исследования. В группе отмечались значительные улучшения показателей позвоночного столба, причем подвижность пояснично-крестцового отдела восстанавливалась быстрее и амплитуднее по сравнению с грудным отделом позвоночника, что особенно проявлялось при активных и пассивных движениях во всех плоскостях.

Выводы. 1. Остеохондроз грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночного столба следует рассматривать как специальную спортивную патологию теннисиста.

2. Качество реабилитационных упражнений прямо пропорционально возрасту, спортивному стажу спортсмена и пораженному отделу позвоночника.

3. Критерием эффективности реабилитации является: подвижность грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника во фронтальной, сагитальной и поперечной плоскостях.

Р.О. Бенцак
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД. «ДОНБАСЬКИЙ СИНДРОМ»

Кафедра медицины катастроф та військової медицини
Н.Д. Корольова (к.психол.н., доц.)
Вінницький національний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Війна на Донбасі – це не тільки загиблі й поранені. Серед військових та бійців добровольчих батальйонів турбує зростання так званих психогенних розладів, які вже отримали назву "донбаський синдром" за аналогією з "в'єтнамським" і "афганським". З початку проведення АТО, ні українські ЗС, ні інші служби не були готові до таких масштабних проблем у військовослужбовців як ПТСР.

Мета дослідження. Дослідити та проаналізувати рівень психічних розладів серед військовослужбовців

Матеріали і методи. Аналіз та узагальнення наукової та методичної літератури.

Результати. Для 80 відсотків контингенту, який побував у зоні бойових дій на сході України, характерні агресивність, запальність, напади гніву, стан тривоги, порушення сну, розсіяна увага, тремор (тремтіння) рук, інші ознаки впливу психотравмуючих чинників. За даними проведеного опитування, було встановлено ряд закономірностей, при яких військовослужбовці отримали психологічну травму, а саме: загибель побратимів, почуття провини, фізичне виснаження. Лікування ПТСР проводили за допомогою психотерапії та медикаментозно. В терапії ПТСР використовують практично всі групи психотропних препаратів: антидепресанти, транквілізатори, бета-блокатори, гіпнотики, нейролептики, в окремих випадках - антиковульсанти (стабілізатори настрою) та психостимулятори.

Висновок. В ході проведеного дослідження було виявлено, що в Україні на період початку проведення АТО, був відсутній механізм надання якісної психологічної допомоги учасникам бойових дій та відсутність психологічної підготовки військових та бійців добровольчих батальйонів до ведення бойових дій.

А.М. Бобр, І.А. Дорофеева
МЕДИЧНІ ПРОГНОЗИ ПОГОДИ ЦЕ НЕ ТІЛЬКИ ІНФОРМАЦІЯ ПРО ТЕМПЕРАТУРУ ПОВІТРЯ

Кафедра загальної гігієни та екології

Н.М. Фещук (ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серед великого переліку зовнішніх чинників, що впливають на здоров'я людини є погодні: температура, відносна вологість, атмосферний тиск, рух повітря його напрямок та характер, атмосферні опади, сонячна радіація тощо. Саме ці складові формують погоду та впливають на людину: оптимально, гостро чи подразливо. На основі вивчення реакції людей на погодні прояви науковцями встановлено, що абсолютна більшість дорослого населення є погодозалежними (метеочутливими). Погодні зміни часто зумовлюють загострення серцево-судинних та нервових захворювань, більш болісно нагадують про себе хвороби дихальної системи та опорно-рухового апарату та ін. Тобто надання завчасно повної інформації про погоду, а також достеменних прогнозів погоди було б цінним як для погодозалежних людей так і лікарів, тобто є доцільними медичні прогнози погоди.

Мета: Дізнатись який реальний рівень зацікавленості населення до погоди та її окремих складових, метеозалежність, чи задоволені вони інформацією про погоду. Нині засоби масової інформації у більшості випадків обмежується лише повідомленнями про температуру повітря та можливість опадів часто у поєднанні з розлогою рекламою.

Матеріали та методи: Стосовно даної проблеми нами проведено понад 150 анкетувань, вивчалась також відповідна література та інформація про погоду із телебачення, радіостанцій та газет.

Результати: Серед респондентів 17-25 років 83% мало цікавляться прогнозами погоди і лише 23% вказують на погіршення самопочуття при проходженні атмосферних фронтів. Протилежними виявились показники серед опитуваних 50-70 років і зокрема: 85% щоденно дізнаються про погоду, більшість скаржаться на погіршення стану здоров'я, як на передодні, так, і при проходженні атмосферних фронтів, серед них 80% незадоволених повнотою інформації про погоду і особливо довготривалими прогнозами, вони бажають дізнатися якою має бути не тільки температура повітря, а й атмосферний тиск, відносна вологість, напрямок та характер руху повітря його аероіонний стан тощо, або по-іншому їх цікавлять медичні прогнози погоди.

Висновок: Аналізуючи отримані матеріали ми вважаємо що існуюча інформація про реальний стан погоди не повна, а прогнози погоди майже відсутні, практично не оприлюднюються медичні прогнози погоди. Медичні прогнози погоди визначали б як тактику лікаря так і поведінку метеочутливих людей щодо обрання ощадного режиму, прийняття ліків, фізичних навантажень тощо. Нині метеорологічні станції володіють щоденною розлогою інформацією щодо фізичних та хімічних станів повітря, залишається лише використати їх для оприлюднення так необхідних медичних прогнозів.

Т.О. Бойко

ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПІСЛЯ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.Д. Корольова (к.психол.н.,доц.), С.М. Пашковський (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Наша пам'ять і пам'ять багатьох наступних поколінь знову і знову буде повертатися до трагічних квітневих днів 1986 року. Тридцятиріччя чорнобильської катастрофи має дати імпульс активізації роботи з вирішення багатьох проблем, які завдала українському суспільству Чорнобильська катастрофа.

Мета: Визначити структуру та стан здоров'я населення, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС.

Матеріали та методи: Аналіз сучасних джерел інформації, обробка наукової літератури та статистична оцінка отриманих результатів.

Результати: За результатами проведених досліджень, стан здоров'я населення, яке постраждало в післяаварійний період, значно погіршився. У постраждалих встановлено зростання частоти ранніх форм раку - лейкемії, раку щитоподібної та молочної залози, а також пізніх форм раку легень, підшлункової залози та сечовивідних шляхів. Кількість випадків раку щитоподібної залози серед дітей в 33 рази перевищує дочорнобильський щорічний рівень. У дорослих частота раку щитоподібної залози перевищує середні показники в Україні: у ліквідаторів - у 4,8 раза вища очікуваного рівня, в евакуйованих з 30-кілометрової зони - у 4,1 раза, у мешканців радіоактивно забруднених територій - в 1,3 раза. Провідне місце у структурі захворюваності та смертності належить хворобам системи кровообігу. Катастрофічно підвищується їх поширеність у осіб різного віку, а також розвиток ускладнень, що призводять до ранньої інвалідності та смертності. Смертність дорослого населення підвищилася порівняно з минулими роками і становить 20,05 на 10 тис. Частка здорових серед даного контингенту протягом періоду спостереження зменшується, збільшується кількість осіб з хронічними захворюваннями. В основному це хвороби органів травлення, нервової системи, органів кровообігу. За результатами клінічних досліджень встановлено, що серед дітей, які народилися від батьків, евакуйованих у дитячому віці з м. Прип'ять та 30-кілометрової зони та дітей - мешканців 2-3-ї зони радіоактивного забруднення, батьки яких на час аварії були дітьми, проживали та проживають дотепер у цих

населених пунктах, кількість практично здорових за останні 5 років не перевищувала 10%, а індекс патологічної ураженості сягав - 5,39. Фізичний розвиток, який є одним з основних критеріїв, що характеризує стан здоров'я у 62,40–62,58% дітей відрізняється дисгармонічністю.

Висновки: Ключовою проблемою сьогодення є об'єктивізація ризиків онкологічних і не онкологічних захворювань, спричинених радіаційним опроміненням. Наслідки тільки значного радіаційного опромінення виявляються через дні, тижні, наслідки меншого радіаційного опромінення є віддаленими у часі - виявляються через десятки років (в першу чергу, онкологічні захворювання).

Д.О. Гаврилюк, О.О. Боровська
ЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ СНУ З ВПЛИВОМ НА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ
Кафедра загальної гігієни та екології
Т.В. Шевчук (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сон є дуже важливою складовою здоров'я для нашого організму, а також є одним із найефективніших методів відновлення організму. Особливо важливий сон для відновлення функцій нервової системи та головного мозку. Під час сну сповільнюються всі процеси в організмі. Всі органи і тканини відпочивають і відновлюють свої функції. Біологічне значення сну полягає у відновленні працездатності організму, стомленого під час періоду неспанья. В наш час, через високий рівень урбанізації, динамічний розвиток технічного прогресу, тривалий робочий день, значне навантаження, як емоційне, так і фізичне, ритм життя, сну надається все менше значення, що відображається на працездатності.

Мета: Оцінити значення сну для нормальної життєдіяльності організму, його стресостійкості та працездатності.

Матеріали та методи: Статистична обробка результатів анкетування 100 студентів ВНМУ 3-6 курсів.

Результати: В результаті статистичної обробки, отримано такі результати: серед студентів, що сплять по 3-4 год в день, 56% почувають себе невиспаними, 71% мають знижену працездатність, 23% роздратовані, 64% скаржаться на головний біль та зниження опірності організму до інфекцій, 91% втомлені, 63% неухважні, 5% висипаються, 29% мають високу успішність. Студенти, які сплять по 5-6 год в день, 79% почувають себе невиспаними, 56% мають знижену працездатність, 14% роздратовані, 48% скаржаться на головний біль та зниження опірності організму до інфекцій, 72% втомлені, 39% неухважні, 12% висипаються, 48% мають високу успішність. Студенти, які сплять по 7 год і більше, 29% почувають себе невиспаними, 13% мають знижену працездатність, 7% роздратовані, 29% скаржаться на головний біль та зниження опірності організму до інфекцій, 44% втомлені, 18% неухважні, 68% висипаються, 62% мають високу успішність.

Висновки: Враховуючи проведені дослідження, можна сказати, що сон є невід'ємною складовою нормального функціонування організму, ефективності праці, формування здорового імунітету. Люди, які сплять по 7 годин і більше, почувають себе менш втомленими, налаштованими на працю, менше хворіють та працездатність в них вища. Коли ж спостерігається нестача сну, порушується мозкова активність, людина стає неухважною, втомленою, частіше хворіє. Отже, сон – має вагомий вплив на працездатність і нехтувати ним може призвести до негативних наслідків.

О.В. Бур'ян
**ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА УМОВ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ТА ДОТРИМАННЯ
ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМУ В ОПЕРАЦІЙНОМУ БЛОЦІ ЛІКАРЕНЬ**

Кафедра загальної гігієни та екології
Т.І. Гончарук (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Операційні кімнати – це приміщення, де пацієнтам проводять хірургічні операції, отже вони мають підвищений ризик інфікування хірургічними інфекціями, тому санітарно-протиепідемічний режим включає певні спеціальні вимоги до операційних блоків. Висока напруженість, важкість та тривалість роботи медичного персоналу в операційному блоці вимагає створення безпечних умов праці, забезпечення оптимального освітлення та певних мікрокліматичних умов, що необхідно для запобігання перевтоми та зменшення кількості лікарських помилок.

Мета: Перевірити, чи відповідають операційні блоки лікарень діючим санітарно-гігієнічним та санітарно-протиепідемічним вимогам.

Матеріали та методи: У цьому дослідженні було застосовано метод санітарного обстеження та опису, схема якого була створена на основі СанПіН 5179-90 та ДБН В.2.2-10-2001. Було обстежено сім операційних блоків шести лікарень районного, міського та обласного рівнів.

Результати: У п'ятьох з семи операційних блоків не було окремих септичних та асептичних проходів, в одному оперблоці замість ліктьових змішувачів були вентиляльні, лише в двох була наявна прихована прокладка опалювальних батарей. Вентиляційна система тільки одного операційного блоку була оснащена механічним

спонуканням та механічними й бактеріальними фільтрами. В двох операційних кімнатах не було кондиціонерів, ще дві мали по два операційних столи для одночасного проведення двох операцій. В одній з операційних відсутній відсмоктувач для наркозного апарату, тому наркозна суміш забруднює повітря. Вікна лише двох операційних з семи були орієнтовані на північні румби горизонту. Невідповідність орієнтації вікон операційних кімнат може порушувати оптичні умови для хірурга. Наприклад, дуже важливим є відношення яскравості освітлення рани до освітленості прилеглих тканин. Температура та вологість повітря жодної з операційних кімнат не відповідає нормам, а також всюди проводилась природна вентиляція, що є недопустимим.

Висновки: Серед обстежених операційних блоків не було жодного, який би повністю відповідав санітарно-гігієнічним та санітарно-протиепідемічним вимогам. Серед основних недоліків відзначено проведення повітрообміну природнім шляхом, відсутність розділеності потоків на септичний та асептичний, відсутність механічних, бактеріальних фільтрів, механічного спонукання у вентиляційній системі, прихованої прокладки опалювальних батарей. Ці фактори збільшують забрудненість повітря і порушують стерильність в операційній кімнаті. Недотримання оптимальної вологості та температури повітря, відсутність кондиціонування повітря в операційних кімнатах не сприяють створенню комфортних мікрокліматичних умов, які, враховуючи специфіку роботи, необхідні для персоналу, а також для підтримання гомеостазу пацієнта. Наявність двох операційних столів в операційних кімнатах і, відповідно, використання однієї кімнати двома бригадами не сприяє збереженню чистоти повітря і якісній праці хірургів, а крім того, несприятливо діє на психіку хворих.

А.В. Ваколюк, Г.О. Влодек

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНДАРТІВ ДИТЯЧОЇ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА У КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Р.В. Харковенко (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Щороку приблизно у тисячі українських дітей діагностують онкозахворювання. Кожен другий пацієнт помирає, а значить, потребує паліативної допомоги – підвищення якості останніх днів життя. Попри велику кількість невиліковних маленьких пацієнтів, в Україні лише один дитячий хоспіс та проблеми з отриманням дитячого знеболювального. При цьому стандарти надання паліативної допомоги в країнах ЄС є значно вищими і дуже важливо досліджувати систему сусідів, аби впроваджувати відповідні норми в Україні.

Мета: Порівняти систему, вимоги та організацію надання паліативної допомоги в країнах ЄС та Україні.

Матеріали та методи: Аналіз матеріалів іноземної наукової літератури, нормативів Єврокомісії та рішень Європарламенту щодо паліативної допомоги, головного документу регулюючого дану структуру White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Робота з онкохворими дітьми в ВОКЛ, соціальною організацією Ресурсний центр ВНМУ ім. М.І. Пирогова в рамках проекту «Цінуй диття. Паліативна та хоспісна допомога дітям».

Результати: В європейській медицині паліативна допомога розділена порівнево (загальний та спеціальний рівень), має чіткі рекомендації залежно від класу нозології, стадії захворювання, ускладнень, окремі рекомендації для дітей, підлітків, дорослих та осіб похилого віку. Обов'язковим є надати паліативну допомогу усім, хто її потребує, вчасно та якісно. Це повинно входити в страхування. За це відповідає група окремих працівників. Щодо України стандарти є нижчими, адже в нас відсутня чітка класифікація різновидів паліативної допомоги, значно менша кількість хоспісних лікарень та цим видом паліативної допомоги забезпечують не усіх хворих, які її потребують.

Висновки: Україна – п'ята за показником дитячих онкозахворювань: за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку у тисячі дітей виявляють рак. Лише 47% пацієнтів виліковуються, на відміну від 70% показника на Заході. Це свідчить про те, що кожна друга дитина помирає від раку, а значить – потребує паліативної допомоги. Вивчення досвіду країн ЄС проводиться саме для того, щоб покращити рівень відповідної допомоги в Україні, та перейняти важливі моменти формування норм допомоги для дітей. Також сприяти розвитку системи хоспісів шляхом залучення уваги людей до актуальної проблеми нашої країни. Створення подібних закладів звичайно не вирішить усіх проблем паліативної допомоги, але важливо, щоб діти, які потребують медичної допомоги, могли її отримати.

Ю.О. Василець

ЗАМІНА ДЖГУТА У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПРИ ТРИВАЛОМУ ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Н.Д. Корольова (к.психол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Відомо, що рятуючі життя маніпуляції мають переваги над діагностичними діями у фазі «Ефективного вогню противника» в стандартах ТССС та фазі «Прямої загрози» в стандартах. У вищевказаних фазах на першочерговим завданням є зупинка зовнішньої кровотечі з ран кінцівок за допомогою агресивного

використання джгута. В сучасних рекомендаціях з надання допомоги травмованим вказується, що як тільки дозволяє ситуація, повинно бути зроблена повторна оцінка необхідності використання джгута та прийнято рішення щодо його конверсії. Слід пам'ятати, що оцінка повинна бути зроблена якомога скоріше, однак не пізніше ніж через 2 години після первинного накладання джгута.

Мета: Описати процедуру безпечної конверсії джгута відповідно до сучасних положень.

Результати. За даними джерел літератури, відомі численні успішні випадки збереження життя при використанні сучасних варіантів джгутів. Разом з тим накладання джгута з одного боку рятує життя при кровотечі, з іншого може призвести до виникнення ускладнень таких як невропатії, ампутації, особливо у випадку значної затримки часу догоспітального етапу. Відповідно до сучасних рекомендацій з надання допомоги травмованим, як тільки дозволяє ситуація, повинна проводитися повторна оцінка необхідності використання джгута та прийняття рішення щодо його конверсії. Однозначних критеріїв конверсії не має, але це, як правило, слід проводити у таких випадках: конверсія повинна проводитися якомога швидше якщо дозволяють умови, однак не пізніше двох годин після первинного накладання; конверсія повинна проводитися в будь-який підходящий момент на наступному рівні надання допомоги на догоспітальному етапі, однак не для джгутів, що накладені пізніше, ніж 6 годин; пізніше, ніж 6 годин - є небезпечним. Концепція «плюс 1» передбачає використання додаткового джгута на кожен кінцівку де вже накладено джгут. Це виконується з двох причин: по перше, якщо вже накладений джгут зламається під час конверсії вже буде готовий джгут готовий для того, щоб його затягнути. Джгути чутливі до впливу навколишніх факторів та дії сил при сильному затягуванні під час накладання. По друге, це те, що важко визначити стадію ресусцитації у пораненого. Введення інфузійних розчинів, препаратів крові та проведення знеболення, наприклад кетаміном призводить до зростання показника артеріального тиску за межі принципу гіпотензивної ресусцитації. Другий накладений джгут, що готовий до використання значно зменшує час кровотечі, у випадку коли вона раптово повториться.

Висновки. Таким чином, військова медицина зробила важливий внесок в покращення надання допомоги травмованим з масивними зовнішніми кровотечами, шляхом широкого впровадження джгутів та підтвердження їх ефективності численними науковими роботами. Концепція «плюс один» має право на життя, її впровадження може значно зменшити ризик смерті внаслідок раптового поновлення кровотечі. Джгути є дієвим засобом зупинки кровотечі з кінцівок, однак слід враховувати можливість розвитку ускладнень та використовувати при нагоді їх конверсію.

А.Н. Войт, А.В. Шаньгин

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПСИХОГЕННОГО ФАКТОРА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВОДИТЕЛЕЙ

Кафедра гигиены и медицинской экологии

В.В. Бабиенко (д.мед.н., проф.)

Одесский национальный медицинский университет

г. Одесса, Украина

Актуальность. Профессия водителя автотранспорта (АТ), в настоящее время является одной из самых массовых. Под влиянием комплекса факторов различной интенсивности и продолжительности у водителей формируются профессиональные и профессионально обусловленные заболевания, которые являются недостаточно изученными и нуждаются в разработке эффективных мер профилактики.

Цель работы. Определить неблагоприятные факторы условий труда и выявить особенности формирования патологии у водителей. Разработать систему организационных, гигиенических и лечебно-профилактических мер по снижению неблагоприятных воздействий на организм.

Материалы и методы: Исследованию подлежало 30 водителей маршрутных транспортных средств (МТС) (основная группа) и 30 водителей использующие легковые транспортные средства в личных целях не менее 2-х часов в день (контрольная группа). Все водители были мужского пола в возрасте от 27 до 52 лет, с водительским стажем более 5 лет. Выбор пациентов для исследования проводился методом сплошной выборки.

Для оценки нервно-психического напряжения (НПН) водителям, входящим в группы исследования было предложено пройти анкетирование по методике Т. Немчина. Так же у всех исследуемых водителей измерялись показатели уровня глюкозы в крови натощак, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и уровня артериального давления (АД)

Результаты: При оценке НПН после рабочей смены у 72% водителей основной группы наблюдалось значительное ухудшение психосоматического состояния. Так же у водителей основной группы отмечалось снижение трудоспособности, быстрая утомляемость, появление физического дискомфорта (3 степень НПН). В контрольной группе у большинства исследуемых наблюдалась относительная сохранность характеристик психического и соматического состояния здоровья (1-2 ст. НПН).

У 69,3% водителей основной группы отмечено повышение АД по сравнению с исходными данными, в то время как у водителей контрольной группы только у 17% водителей. Тахикардия у водителей основной группы наблюдалась в 75,6% случаев, а у водителей контрольной группы лишь в 21% случаев. Исследуя показатели глюкозы крови, было отмечено наличие гипергликемии после маршрута у 63,7% исследуемых водителей основной группы и у 7% водителей контрольной группы.

Вывод: Наличие стрессовых ситуаций во время управления транспортным средством приводит к снижению работоспособности водителей и наносит значительный урон их здоровью. Изучая показатели АД установлено, что количество водителей с гипертонической болезнью выше среди водителей основной группы исследования. Также отмечено зависимость развития гипертонической болезни в зависимости от водительского стажа. По данным полученных исследований разработан комплекс профилактических рекомендаций для водителей маршрутных транспортных средств.

В.Ю. Годлевська, Т.В. Скочко

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Н. Д. Корольова (к.психол.н., доц.), С.М. Пашковський (ас.)
Вінницький національний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Синдром емоційного вигорання є досить розповсюдженою патологією, оскільки практично будь-яка професійна діяльність потребує значних емоційних, розумових та практичних зусиль. Існує так звана «група ризику» працівників, які найбільш схильні до вигорання – це ті, хто працює у сфері «людина-людина» і в силу своєї професії змушені багато і інтенсивно спілкуватись з іншими людьми. До факторів, які впливають на вигорання належать індивідуальні особливості нервової системи і темпераменту. Однією з професій зі значним ризиком виникнення синдрому емоційного вигорання є професія медичного працівника.

Мета дослідження. Визначення синдрому емоційного вигорання у медичних працівників.

Матеріали і методи. Обстеження проводилось на базі хірургічних відділень ВМКЦ Центрального регіону. Було обстежено 40 медичних працівників за допомогою теста визначення рівня агресивності Басса і Дарка, методики діагностики домінуючої стратегії психологічного захисту в спілкуванні В.В. Бойко, опитувальник для визначення ступеню хронічної втоми.

Результати. За визначенням ВООЗ, синдром емоційного вигорання - це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, яке характеризується порушенням продуктивності в роботі, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю або інших психоактивних речовин для отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізичної залежності та (у багатьох випадках) суїцидальної поведінки. За даними методики В.В.Бойко, встановлено, що домінуючою стратегією психологічного захисту є агресія, на другому місці доброзичливість, і завершає -уникнення. За даними методики Басса і Дарка індекс агресивності становить 60% та індекс ворожості - 65%. За даними методики для визначення ступеня хронічної втоми встановлено, що сукупність балів варіює у межах від $26 < IXRV \leq 37$ балів, що вказує на виражений ступінь хронічної втоми серед медичних працівників. Агресія – це поведінка, яка спричиняє шкоду іншим людям. Агресія проявляється у побитті інших людей, у вербальних образах, погрозах, ворожих насмішках, жартах, а також містить непрямі форми фізичної та вербальної агресії (бойкот, ворожа міміка та жестикуляція). Виділяють такі види агресії: фізична агресія, непряма, роздратування, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія, відчуття провини.

Висновок. Таким чином, заданими проведеного обстеження, встановлено, що лікарі користуються механізмом захисту агресії, котрий можна розділити як на мотиваційну агресію, так і на інструментальну, з виду агресії перевага надається вербальній агресії. За даними теста Басса і Дарка, спостерігається високий показник агресивності та ворожості, а за даними методики для визначення ступеня хронічної втоми спостерігається виражений ступінь втоми.

В.Ю. Годлевська, Т.В. Скочко

ВИЗНАЧЕННЯ ЗОВНІШНІХ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ФАКТОРІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Н.Д. Корольова (к.психол.н., доц.), С.О. Петрук (к.мед.н.), С.М. Пашковський (ас.)
Вінницький національний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. В теперішній час складні соціально-політичні умови в Україні ставлять перед військово-медичною службою завдання удосконалення системи психопрофілактики військовослужбовців, які направляються в зону бойових дій. Військовослужбовці без попередніх психопрофілактичних заходів в умовах збройного конфлікту схильні до впливу бойового стресу. Зважаючи на те, що бойові дії на сході України є незвичними, нетиповими, такими, що виходять за межі буденності та в свою чергу, накладають значний відбиток на психічне здоров'я українців – як тих, що перебувають в областях, де триває протистояння, так і в тих, хто веде мирний спосіб життя.

Мета дослідження. Визначення зовнішніх психотравмуючих факторів, котрі впливають на військовослужбовців в зоні АТО.

Матеріали і методи. Всього анонімним соціологічним опитуванням було охоплено 75 військовослужбовців, які перебували у хірургічному та терапевтичному відділеннях ВМКЦ Центрального регіону.

Результати. На психічне здоров'я військовослужбовців впливає цілий ряд факторів, серед яких суттєве значення відіграють зовнішні фактори, котрі пов'язані з особливостями військової служби. В підсвідомості кожної людини в умовах бойової обстановки присутні ті або інші страхи (переживання), характерні саме для цієї людини. Ці страхи є фоном, що формує "сюжет" можливої майбутньої клінічної картини психічного розладу. Страх одна із основних причин дезадаптивної поведінки військовослужбовця. В залежності від ситуації та особливостей особистості, переживання страху варіює в широкому діапазоні відтінків: невпевненість, тривога, переляк, паніка, розчарування, жах. Під час дослідження було виділено 15 зовнішніх психотравмуючих факторів. Дезадаптуючими факторами були виділені: "Страх стати інвалідом (в результаті поранення)", "Боязнь полону", "Страх загинути", а найменшу небезпеку на їх погляд становили фактори: "Недоїдання" та "Соціальна ізоляція: недоступність до ЗМІ (ТВ, інтернет, преса) і т.ін."

Висновок. За даними проведеного нами обстеження з вивчення зовнішніх психотравмуючих факторів, котрі впливають на військовослужбовців, вибір підходів до попередження (зниження ризику) розвитку психогенних розладів має базуватися не на знанні тих або інших методик, а виходячи із особистісних властивостей пацієнта і найбільш значимих для нього психотравмуючих факторів. Психопрофілактична робота в передбойовий період повинна складатися, перш за все, із наступних етапів: 1) психіатричний відбір військовослужбовців (без ознак психічних розладів) має реалізовуватися на рівні спеціалістів військових комісаріатів; 2) формування стійкості до психоруйнівного впливу бойової обстановки.

А.О. Горинь

САМООЦІНКА ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ФЕХТУВАЛЬНИКІВ-ПОЧАТКІВЦІВ

Кафедра фізичного виховання та спортивної медицини

А.І. Хохла (к. фіз. вих. і спорту, ст. викл.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Фехтування – один з видів спортивних єдиноборств, змагальна діяльність якого характеризується прийняттям тактичних рішень в умовах дефіциту часу та простору. А це у свою чергу може бути забезпечене лише при постійній концентрації у процесі змагального поєдинку, умінні приймати точні, виважені та необхідні рішення без попередньої підготовки та творчий, нестандартний підхід у власних діях. Психічні стани - це психологічна характеристика, що показує відносно статичні та перманентні моменти душевних переживань. Серед негативних психічних станів слід виділити тривожність, агресивність, ригідність і фрустрацію. Підвищення рівня будь-якого з факторів призводить до вибору неправильної моделі поведінки, що відображається на успіхах фехтувальника. З цього випливає, що однією із ключових характеристик для ефективного ведення спортивної боротьби фехтувальників є належний рівень негативних психічних станів

Мета – визначити самооцінку психічних станів фехтувальників-початківців

Матеріали та методи. У ході проведеного дослідження було протестовано 8 фехтувальників-початківців, які займалися у навчально-тренувальних групах з бойового фехтування ЛНМУ ім. Д. Галицького, зі стажем занять 6 місяців. Психічні стани ми досліджували за методикою самооцінки психічних станів Г. Айзенка.

Також використовувались наступні методи дослідження: аналіз та узагальнення, педагогічного спостереження, методи математичної статистики.

Результати: У результаті дослідження ми отримали широкий діапазон результатів щодо психічних станів спортсменів. Аналізуючи відповіді на запитання щодо тривожності фехтувальників, нами встановлено середній бал близько 6,3, що свідчить про нетривожність даних спортсменів. При тому варто зазначити, що серед отриманих нами результатів щодо тривожності мінімальний бал був 5, а максимальний – 8. Середній бал рівня фрустрації фехтувальників склав близько 5,3, при тому мінімальний та максимальний бали коливались в діапазоні від 3 до 8, що свідчить про нефрустрованість спортсменів. Аналіз отриманих результатів щодо агресивності фехтувальників показав середню оцінку близько 7,8 балів. Цей показник свідчить про витриманість спортсменів, хоч і є дуже близьким до середнього рівня агресивності. При цьому мінімальний бал дорівнював 5, а максимальний – 8. Середній показник ригідності фехтувальників становив 7,5, що означає відсутність ригідності, хоч і спостерігається тенденція до середнього рівня ригідності. Зазначаємо, що мінімальний бал становив 5, а максимальний – 10.

Висновки: Встановлено, що у самооцінці фехтувальників тривожність та фрустрація є низькою, а от агресивність та ригідність є наближеними до середнього рівня, що може бути зумовленою специфікою даного виду єдиноборств.

Ю.В.Гуцуляк, А.В.Мошенська, Т.В.Секрет, О.Токарчук
**ПОРІВНЯННЯ ПОТРЕБ В ПАЛІАТИВНІЙ ДОПОМОЗІ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО ТА ДИТЯЧОГО
НАСЕЛЕННЯ**

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
Р.В. Харковенко (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Із близько 100 тисяч онкологічних хворих і понад 5 тисяч хворих на СНІД, які щороку помирають в нашій країні: 5% помирають в медичних закладах де отримують необхідну спеціалізовану медичну допомогу і знеболання; близько 85% пацієнтів помирають вдома, а решта 10% - в інших місцях. За оцінкою міжнародних і вітчизняних експертів в Україні розвиток паліативної допомоги не відповідає існуючим і швидко зростаючим потребам населення в цьому виді медичної допомоги та ще далекий від стандартів паліативної допомоги, які існують в більшості країн Європи.

Мета: Порівняти потреби в паліативній допомозі серед дорослого та дитячого населення України.

Матеріали і методи : проведено огляд та аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють проблему паліативної допомоги серед дитячого та дорослого населення України.

Результати дослідження: В результаті статистичної обробки даних, виявлено щокількість вмираючих дітей низька порівняно з дорослими. Характерною рисою дитинства є постійний фізичний, емоційний та інтелектуальний розвиток. Діти, що переживають стани, що обмежують їхнє життя, або загрожують їхньому життю, проходять через безліч перехідних періодів протягом цього періоду. У хоспісі для дорослих до 90% це пацієнти з онкологічними хворобами у термінальній стадії. Діти мають більший ризик отримати недостатнє лікування і обезболання. Період часу, протягом якого триває дитяче захворювання, відрізняється від перебігу хвороби дорослої людини; паліативна допомога може тривати всього кілька днів або місяців, або розтягуватися на багато років.

Висновок : Отримані результати свідчать, що і у структурі потреб в паліативній допомозі серед дитячого та дорослого населення є істотні відмінності. Дослідження показали, що в Україні практично відсутня струнка система додипломної підготовки лікарів з ПД. В Україні, не проводяться системні заходи щодо створення та підтримки волонтерської ініціативи, відсутні необхідні програми підготовки волонтерів, не проводиться системна робота з формування їх мотивації.

Ю.А.Гушинець, І.І. Шинкарук
ЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ СЕРЦЯ У СПОРТСМЕНІВ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ФУТБОЛОМ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК
Л.А. Сарафинюк (д.б.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дослідження електричної активності серця – один із головних та найбільш розповсюджених методів об'єктивної оцінки функціонального стану серця, пов'язаних як із фізіологією діючого стану організму, так із деякими клінічними проблемами, що виникають при нераціональному тренувальному режимі у спортсменів. Провідним фактором, який лімітує ступінь фізичної працездатності спортсмена, є стан серцево-судинної системи (Коробейніков Г.В. та ін., 2007; Хайретдинова Г.А. и др., 2010; Михалюк Е.Л. и др., 2011; Юрьев С.Ю., 2012). При інтерпретації електрокардіографічних (ЕКГ) показників мають значення вікові норми та «порогові значення», вихід поза які обов'язково привертає увагу лікаря (Макаров Л.М. и др., 2006; Купріянова О.О., 2009).

Мета: Визначити зміни електричної активності серця за результатами ЕКГ досліджень у спортсменів, які займаються футболом.

Матеріали та методи: Було проаналізовано електрокардіограми 20 футболістів, які займаються у спортивній секції на базі Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, з метою виявлення змін показників електричної активності серця. Спортивний стаж усіх футболістів не менше 3 років. Середній вік спортсменів $19 \pm 0,8$ роки. ЕКГ розшифровувалась за стандартною схемою: для визначення гіпертрофії лівого шлуночка ми використовували індекс Соколова ($RV_5, 6 + SV_{1,2} \geq 28$ мм), аналіз серцевого ритму (наявність зубця Р), підрахунок частоти серцевих скорочень (ЧСС), оцінка функції провідності (наявність блокад АВ вузла та ніжок Гісса), збудливості (присутність пароксизм та фібриляції).

Результати: 3 20 футболістів було виявлено гіпертрофію лівого шлуночка у 17 спортсменів (85 %), нормальна частота скорочення серця у 7 спортсменів (35 %), синусова брадикардія – у 11 (55 %), синусова тахікардія у 2 (10 %). Порушення провідності серця, а саме фібриляція передсердь наявна у 1 футболіста (5 %), синусовий ритм спостерігається у всіх із 20 спортсменів (100 %).

Висновок: Таким чином було виявлено зміни електрокардіограми у спортсменів, які можуть вказувати на наявність адаптаційного процесу серцево-судинної системи при тривалому фізичному навантаженні або на можливість присутності певного відхилення в стані здоров'я спортсменів, етіологію яких можливо встановити при призначенні додаткових методів дослідження та детального збору анамнезу.

Я.М. Демчишин
**АДАПТАЦІЯ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОДИНАМІКИ У СТУДЕНТІВ РІЗНИХ ВЕГЕТОТИПІВ ПРИ
ФІЗИЧНОМУ ТА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОМУ НАВАНТАЖЕННІ**

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

О.В. Лежньова (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність обраної теми зумовлена різкою зміною характеру інтенсивності навчального процесу у студентів 2-4 курсів, що викликає підвищені вимоги до адаптаційних можливостей організму. Саме в цьому періоді можливий розвиток передпатологічних станів вісцеральних систем, а саме – серцево-судинної системи (ССС). Оскільки адаптація показників гемодинаміки залежить від типу автономної нервової системи (АНС), тому актуальною проблемою є дослідження взаємозв'язку між психофізіологічними характеристиками індивіда та участю АНС у регуляції показників ССС під час розумового та фізичного навантаження.

Мета дослідження: встановлення закономірностей пристосування показників гемодинаміки студентів 2-4 курсів різних вегетотипів до фізичного та розумового навантаження; дослідити особливості оцінки результату проби Руф'є в залежності від типу АНС.

Матеріали та методи. Для оцінки часової динаміки змін адаптаційного потенціалу ССС було проведено аналіз наступних показників гемодинаміки: частота серцевих скорочень (ЧСС), систолічний та діастолічний тиск (АТс і АТд), ударний об'єм крові (УОК), хвилинний об'єм крові (ХОК), індекс Робінсона (ІРОБ), індекс Кердо, коефіцієнт економичності кровообігу (КЕК). Об'єктом дослідження були 90 здорових юнаків віком 18-20 років з різними типами АНС, а саме: 30 студентів симпатотоніків (з переважанням симпатичної АНС), 30 – парасимпатикотоніків (з домінуванням парасимпатичної АНС) та 30 еутоніків. Частоту серцевих скорочень вимірювали за допомогою пульсоксиметра CMS50DL, артеріальний тиск – за методом Короткова апаратом ММТ-3. Фізичне навантаження надавали дозовано (за методикою проведення проби Руф'є із визначенням індексу Руф'є).

Результати. Проаналізувавши показники після навантаження отримали, що коефіцієнт економичності кровообігу (КЕК) підтверджує те, що найбільш напруженою робота міокарда була у ваготоніків (3221,8±398,2) і найменш напруженою – в еутоніків (2606,2±631,9). Студенти-симпатикотоніки зайняли проміжне становище зі значенням КЕК (3194,2±753,11) із врахуванням похибки 0,12. Приріст ЧСС після навантаження відбувся наступним розподілом: еутоніків – (71,8±5,5), симпатотоніки – (79,7±4,19), ваготоніки – (72,4±3,42).

Висновки. Проаналізувавши отримані результати, встановили, що студенти із переважанням парасимпатичного типу АНС під час інтелектуального та фізичного навантаження перебували в стані найбільшого напруження діяльності ССС (у порівнянні із іншими вегетотипами). Отже, адаптаційні реакції гемодинамічних показників на розумові та фізичні навантаження у студентів 2-4 курсів визначаються функціональним станом автономної нервової системи, зокрема співвідношенням активності її сегментарних та над сегментарних відділів, ступеня реактивності периферичної ланки та енергетичною структурою організму. Гемодинамічні реакції під час розумового та фізичного навантаження істотно залежать від особливостей АНС індивіда. Результат проби Руф'є не враховує тип АНС, що створює хибне враження про функціональний стан ССС.

С.В. Дяченко, І.В. Кучер

**МЕДІАТИВНИЙ МЕТОД, ЯК СУЧАСНА АЛЬТЕРНАТИВА ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТІВ У СФЕРІ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ДОСУДОВОМУ РІВНІ**

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права

О.О. Верлан – Кульшенко (викл.)

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

Актуальність: Медіація важлива не тільки як метод досудового врегулювання конфліктів, а і як своєрідний індикатор системних помилок. Вона забезпечить зменшення кількості необгрунтованих скарг, зросте престиж лікарів, довіра пацієнтів до якості надання медичної допомоги.

Мета: провести глибокий аналіз дієвості медіації для розв'язання конфліктів у медицині, з'ясувати її ефективність у різних сферах медичної діяльності.

Матеріали та методи: Проведено аналіз публікацій відомих вітчизняних та закордонних фахівців у сфері медіації, рекомендації Ради Європи "Про посередництво в кримінальних справах", рекомендації Комітету Міністрів Ради Європи "Про медіацію в цивільних справах" та "Про сімейну медіацію", рішення Ради Європейського союзу "Про місце жертв злочинів у кримінальному судочинстві". Методи: прогностичний, порівняльно-правовий, статистичний, аналітичний, формально-логічний.

Результати : За результатами здійсненого аналізу статей було досліджено, що медіація є найбільш яскравою формою альтернативного вирішення спорів. Під час процедури медіації сторони, які беруть участь в конфлікті, самостійно приходять до взаємовигідного рішення, спираючись на досвід, знання і вміння медіатора.

Висновки : Крім незалежної медичної експертизи і різних медичних асоціацій, медіація - новий інститут у вирішенні конфліктів "лікар-пацієнт". Будь-який конфлікт часто виростає з непорозуміння і відсутності етики спілкування. Медіація допомагає вирішувати ці конфлікти в системі охорони здоров'я. Крім того, ця процедура

дозволяє удосконалювати якість послуг, що надаються.

О.С.Ковальчук, О.П.Струсевиц
**СТАТИСТИЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ МОЛОКА КОРІВ В СЕЛАХ
ВІННИЦЬКОЇ ТА ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ З ЧАСТОТОЮ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЛЮДЕЙ НА
ЛЕЙКОЗИ**

Кафедра Загальної гігієни та екології
С.О.Латанюк (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: молоко та молочна продукція є важливою складовою харчування населення, тож дотримання санітарно-гігієнічних норм та оцінка якості молока корів, що випасаються на територіях з різними кліматичними та екологічними особливостями є важливою гігієнічною проблемою. Після аварії на ЧАЕС, радикально змінились умови використання харчових продуктів. Збільшилась частота виникнення хвороб крові, в тому числі лейкозів, на територіях, що прилягають до чорнобильської зони відчуження.

Мета: дослідити особливості санітарно-гігієнічного стану молока, включаючи рівень радіаційного забруднення. Отримані дані мають науково-практичне та соціальне значення і є основою для прийняття рішень щодо проблем безпеки вживання молока та молочної продукції населенням та впливу якості молока на здоров'я людей.

Матеріали: молоко корів із двох місцевостей: село Попелюхи, Мурованокуріловецького рн, Вінницької обл. та село Фосня, Овруцького рн, Житомирської обл; дані аналізу молока, дані по раціону харчування худоби та якості пасовиськ, статистика частоти виникнення лейкозів на відповідних територіях за 1995-2014 рр.

Методи: лабораторно-хімічні тарадіометричні методи дослідження молока, порівняльні методи дослідження санітарно-гігієнічних особливостей молока, соціальні методи дослідження стану споживання молока та молочних продуктів з різними санітарно-гігієнічними показниками сільським та міським населенням України, аналіз статистичних даних.

Результати: Отримані дані показали, що молоко корів з ферм с.Попелюхи в 2014 р відрізнялись від молока корів с.Фосня за жирністю, яка становила в середньому відповідно $3,9 \pm 0,05\%$ та $3,1 \pm 0,04\%$ ($p < 0,05$), білка – відповідно $3,1 \pm 0,04\%$ і $2,6 \pm 0,03$ ($p < 0,05$), та за радіоактивним забрудненням – вміст Cs137 та Sr90 відповідно становив $62 \pm 0,01$ Бк/кг і $3,9 \pm 0,05$ Бк/кг в с. Попелюхи, та $98 \pm 0,02$ Бк/кг ($p < 0,05$), і $17 \pm 0,08$ Бк/кг ($p < 0,05$), в с. Фосня. Це не перевищувало допустимих норм (100 Бк/кг та 20 Бк/кг), але захворюваність лейкозами в цих районах в 2014 р становила $2,27 \pm 0,01$ та $9,83 \pm 0,01$ випадків на 10000 населення ($p < 0,05$). Відмічається достовірний зв'язок радіоактивного забруднення з захворюваністю за критерієм Пірсона ($p < 0,05$).

Висновки: при виборі молока для вживання зважати на кілька показників: 1) Територія утримання та випасання корів. Оскільки, молоко є хорошим середовищем для розмноження бактерій, то його в непереробленому виді транспортують лише на невеликі відстанні, тому місце фасування і заготовки молока тотожне. Північні території України мають дещо вищий рівень радіаційного забруднення. Що негативно відобразилось на динаміці виникнення лейкозів в жителів Овруцького району. 2) Врахувати рівень жирів: для людей з певними захворюваннями не рекомендовано вживати молоко підвищеної жирності. 3) Перевірити дату фасування та не вживати продукти із простроченим терміном зберігання. 4) У районах підвищеного радіаційного контролю обмежено вживати молокопродукти, вироблені із молока корів, що випасаються на цій же території.

А.В. Ковтун
ОЦІНКА ЯКОСТІ ШОКОЛАДУ НА УКРАЇНСЬКОМУ РИНКУ

Кафедра загальної гігієни та екології
Л.І. Григорчук (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Кожен споживач має змогу вибрати для себе шоколад відповідної до його вимог якості, проводячи представлені у роботі тести в домашніх умовах.

Мета: Оцінити якість шоколаду на українському ринку за допомогою тестів.

Матеріали та методи: У досліді на визначення якості шоколаду були проведені ряд досліджень: відповідність маркування шоколаду до критеріїв та норм, оцінка складу шоколаду, термін споживання (у нормі до 12 місяців при температурі $(18 \pm 3) ^\circ\text{C}$, зовнішній вигляд (колір: темно-коричневий, форма правильна без деформацій, поверхня блискуча, злам матовий). Тест №1 (молоко) – визначення, в якій кількості міститься какао-масло і какао-порошок: занурити шматочок шоколаду в склянку з молоком, якщо він потонує, то більше у складі какао-масло, що є набагато корисніше, ніж какао-порошок. Тест №2 – на виявлення какао масла або тваринного жиру: помістити шматочок шоколаду в морозилку, а потім нагріти, в результаті – поява “посивіння” (гранули какао-масла). Тест №3 – на однорідну консистенцію при нагріванні. Тест №4 – на виявлення відсотку шоколаду і наявності домішок: тримати шматочок шоколаду двома пальцями, відсутність танення свідчить про гарну

якість. Тест №5 – на виявлення сторонніх домішок: відсутність осаду після нагрівання на водяній бані свідчить про гарну якість шоколаду. Тест №6 – на вміст борошна: додавання йоду до розтопленого шоколаду – зелений .
Результати: Шоколад "Ritter sport" – 46 балів, шоколад "Amour" – 43 бала, шоколад "Roshen" – 41 бал, шоколад "Millennium" – 39 балів, шоколад "Світоч" – 33 бала.

Висновки: Були досліджені 5 зразків шоколадних плиток. У результаті практичних дослідів встановлена наступна послідовність якості шоколаду: I місце – шоколад "Ritter sport"; II місце – шоколад "Amour"; III місце – шоколад "Roshen"; IV місце – шоколад "Millennium"; V місце – шоколад "Світоч". Провівши ряд цих досліджень, ми зрозуміли, що не завжди продукти харчової промисловості відповідають всім критеріям якості. Звичайно, результати наших досліджень не можуть використовуватися для вибракування продукції, яку виробляють підприємства харчової промисловості. Для цього існують спеціалізовані державні установи. Такі дослідження важливі для нас, оскільки дають можливість в такій складний час, коли полиці наших магазинів переповнені не зовсім якісною продукцією, самим визначити якість тих чи інших продуктів.

К.В. Коломієць

ВПЛИВИ РІЗНИХ ЧИННИКІВ НА ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ РІЗНОЇ ВІКОВОЇ КАТЕГОРІЇ

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

І.В. Лисак (к.н. з фіз. вих. та спорту, ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. У сучасному світі особлива увага надається спортивному вихованню молодого покоління, адже саме у здоровому, спортивному тілі здоровий дух. І на сьогодні є актуальним дослідження впливу не тільки генетичних ознак, а й навколишніх чинників для розробки оптимального тренування та навіть для вибору виду спорту.

Мета: визначити вплив різних факторів (ліворукості, біоритмів, харчування, музики) на ефективність спортивних досягнень дітей різної вікової категорії.

Матеріали та методи: аналіз та систематизація літератури, опитування, тестування, спостереження, методи математичної статистики.

Результати: Серед п'ятикласників було проведено моделювання родовідних дерев з метою виявити успадкування ліворукості та вплив її на ефективність дітей на уроках фізкультури. Ліворукі діти відставали від своїх праворуких однолітків при виконанні різних фізичних вправ, наявна проблема із правильним визначенням сторін, послідовністю виконання завдання.

Серед одинадцятикласників було проведено дослідження на вплив музики під час фізичних навантажень. Було доведено, що правильно підібрана музика допомагає сконцентруватись на виконанні вправ, але якщо вони є нескладними.

Серед спортсменів було проведено опитування, метою якого було встановити відповідність їхнього раціону до стандартів здорового харчування. Результати показали, що спортсмени намагаються споживати лише корисну їжу, але і наявні порушення.

Було проведено експеримент, метою якого було довести вплив біоритмів на ефективність тренування та самопочуття спортсменів. Для «жаворонків» найкращими були ранкові фізичні навантаження. «Совам» краще підійшли вечірні тренування. «Голуби» почували себе добре і під час ранкових, так і під час вечірніх тренувань, ефективність відрізнялась незначно.

Висновки. Безліч факторів впливають на ефективність тренування та його результативність. Тому є необхідним враховувати їх при виборі секції для дитини, підбору режиму тренування і сумісність його зі звичайним режимом та біоритмами.

Я.О. Кондратюк

ЗНАЧЕННЯ ХРОНІЧНОГО МІЕЛОЇДНОГО ЛЕЙКОЗУ У СТРУКТУРІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ЛЕЙКОЗИ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

А. В. Дерезюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічний мієлолейкоз або хронічний мієлоїдний лейкоз (ХМЛ) — захворювання, що є доволі поширеним у гематологічній практиці. Єдиним відомим фактором ризику виникнення даного захворювання є велика доза іонізуючого випромінювання, що впливає на спадковий апарат, тому в основному на хронічний мієлолейкоз хворіють люди старшого та похилого віку, що змушує звертати велику увагу на це захворювання та проводити постійну та ретельну статистичну обробку даних на всіх рівнях організації охорони здоров'я.

Мета: Вивчити структуру захворюваності на хронічний мієлоїдний лейкоз серед пухлинних захворювань білої крові.

Матеріали та методи: Аналіз літературних джерел та наданих статистичних даних.

Результати: Хронічний мієлолейкоз або хронічний мієлоїдний лейкоз (ХМЛ) — пухлинний процес, що

виникає з клітин-попередників мієлопоезу, проліферація та диференціювання яких спричинює розширення паростків кровотворення, представлених переважно зрілими й проміжними формами.

На сучасного етапі розвитку онкології та гематології для постановки діагнозу ХМЛ використовують такі методи діагностики як загальний аналіз крові, біохімічне дослідження крові, біопсія кісткового мозку. Після отриманих результатів, свідчать про наявність захворювання, фазу та можливий прогноз. Факторами, що впливають на прогноз та ефективність лікування будуть вік хворого, фаза ХМЛ, розміри селезінки, загальний стан хворого.

За останніми даними хронічний мієлоїдний лейкоз (ХМЛ) становить 14% усіх інших лейкозів. Щорічна захворюваність складає 1-6 випадків на 100000 чоловік. Захворюваність на ХМЛ збільшується в геометричній прогресії з віком. Середній вік на момент постановки діагнозу становить 67 років. За статистичними даними 2014 року у Вінницькій області було діагностовано 15 випадків захворювання (з них 6 чоловіки, а 9 – жінки), що у порівнянні з 2013 роком (12 випадків, з яких 5 чоловіки, а 7 – жінки) свідчить про збільшення кількості пацієнтів з даним захворюванням, і тягне за собою збільшення потреби у відповідних ліках та фінансовій допомозі.

Висновок: За допомогою статистичної обробки даних гематологічного відділення ВОКЛ ім. М. І. Пирогова можна стверджувати, що структура захворюваності на хронічний мієлолейкоз серед інших лейкозів, на прикладі Вінницької області, свідчить про збільшення кількості хворих на хронічний мієлоїдний лейкоз та потребує відповідних змін у організації охорони здоров'я.

Я.О. Кондратюк

ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ЛІКУВАННІ СПОНДИЛОЛІТЕЗІВ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

А.М. Ціхомський (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Спондилолітез – патологічний стан, що доволі часто зустрічається у практиці вертебрологів, неврологів та нейрохірургів. Серед багатьох осіб найбільше з даною патологією хребта зустрічаються спортсмени, які постійно піддаються травмуючому чиннику. Спондилолітез може привести до деформації хребта, а також до звуження каналу хребта (стеноз центральної частини каналу хребта) або до здавлення корінців нервів, що виходять з міжхребцевих отворів (форамінальний стеноз). Тому дане порушення може також дити до багатьох функціональних порушень з боку інших органів та систем.

Мета: Вивчити вплив лікувально-фізичної культури у лікуванні спондилолітезів та порівняти її з хірургічними методами корекції.

Матеріали та методи: Аналіз літературних джерел та наданих статистичних даних.

Результати: Спондилолітез – патологічний стан, при якому один з хребців зміщується вперед (антеролітез) або назад (ретролітез) по відношенню до інших хребців. Найчастіше факторами ризику є наявність спінальних захворювань у родичів, повторна травма або пере розтягання нижньої частини спини поперекового відділу хребта. Існують такі види спондилолітезів: диспластичний (розвивається за наявності вроджених вад розвитку хребців), істмічний (утворення фіброзної тканини на місці мікротріщини, викликана травмою), дегенеративний (розвивається внаслідок артритичних змін у ділянці суглобів хребців внаслідок дегенерації хряща), травматичний (може бути викликаний переломом ніжки чи дуги хребця або суглоба) та патологічний (викликаний дефектом у кістковій тканині, наприклад, пухлиною). Симптомами даного порушення є біль у попереку, біль, що поширюється на ногу, оніміння нижньої кінцівки та її поколювання. Існують як консервативні, так і хірургічні методи лікування спондилолітезів. Серед хірургічних найбільш поширеними є спінальна декомпресія, спондилодез та трансфорамінальна чи задня через хребцева фіксація. Останні дослідження вказують, що застосування вправ, які спрямовані на витягування поперекового відділу хребта та вправлення на правильне місце нижчележачого хребця є більш ефективними, більш фізіологічними методом, що профілакує розвиток рецидивів за рахунок формування міцного м'язового каркасу, що сприяє цьому. Також даний метод є доступнішим в фінансовому плані, а також знижує ризик утворення супутніх патологій, які можуть виникати при хірургічному методі.

Висновок: Отже, на основі вивченої літератури та статистичних показників, можна стверджувати, що застосування ЛФК у лікуванні спондилолітезів є основним методом лікування і має ряд переваг на відміну від хірургічного методу.

С.І. Коновал

ВПЛИВ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА РОЗУМОВУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СПОРТСМЕНІВ, КОТРИ ЗАЙМАЮТЬСЯ ЛЕГКОЮ АТЛЕТИКОЮ

Фізичне виховання, спортивна медицина та фізична реабілітація

Н.В. Киван – Мультиан(ст.викл.), О.Ю. Іваночко(доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Основна увага фахівців фізичного виховання і спорту, а також тренерів, спрямована на оптимізацію спортивного тренування. Досконалий рівень спортивних досягнень потребує пошуку нових шляхів формування, корекції й підтримки високої працездатності у спортсменів. Тому проблема вивчення розумової працездатності і механізмів їх формування є важливою й актуальною проблемою. Навчання у вищій й заняття спортом високих досягнень ставлять перед студентами високі вимоги. Студентам для підтримки високого рівня спортивної майстерності доводиться витратити не тільки вільний, але і часто навчальний час. Великі фізичні і розумові навантаження приводять до загальної втоми, часто знижуючи розумову працездатність студентів-спортсменів.

Мета: Проаналізувати вплив фізичного навантаження на рівень розумової працездатності у спортсменів різних розрядів, котрі займаються легкою атлетикою.

Матеріали та методи дослідження: Рівень розумової працездатності визначався за допомогою таблиці з кільцями Ландольта та проводилися математичні обрахунки показників, отриманих після перегляду таблиць. З показників визначали кількість переглянутих знаків, кількість правильно та неправильно закреслених знаків, кількість пропущених знаків, за формулами визначали ШПЗІ, ЧАОЗ, коефіцієнт точності та коефіцієнт продуктивності. Було протестовано 18 осіб, II розряд та КМС, котрі займаються легкою атлетикою.

Результати: Аналіз отриманих результатів показав, що до фізичного навантаження у спортсменів II розряду більшість кількісних показників (кількість переглянутих знаків, кількість правильно закреслених знаків, ШПЗІ, ЧАОЗ), крім ШПЗІ, була нижча, ніж у інших спортсменів. У КМС ці показники, крім ШПЗІ були вищими.

Якісні показники (кількість пропущених знаків, кількість неправильно закреслених знаків, коефіцієнт точності, коефіцієнт продуктивності) до тренування у КМС були кращими, ніж у спортсменів II розряду.

Після тренування аеробного характеру кількісні показники у КМС погіршилися (крім ШПЗІ), у спортсменів II розряду всі кількісні показники стали нижчими, ніж до навантаження. Якісні показники розумової працездатності у спортсменів II розряду покращилися або залишилися без змін, у КМС ці показники стали нижчі, ніж до тренування.

Висновки: Під впливом постійних та тривалих фізичних навантажень у КМС до навантаження практично всі показники розумової працездатності були кращі, ніж у спортсменів II розряду. Можна говорити про позитивний вплив фізичних навантажень на розумову працездатність.

Після фізичного навантаження у КМС більшість показників розумової працездатності знизилася. Тренування з більшою інтенсивністю у КМС привело до втоми, і це відбилося на показниках розумової працездатності.

А.В. Кравченко

ОЦІНКА РОЗВИТКУ МОРФОЛОГІЧНИХ ОЗНАК У СПОРТСМЕНОК

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

І. В. Лисак (к.н. з фіз. вих. та спорту, ст.викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Прогноз спортивної обдарованості людини є можливою науковою і практичною проблемою теорії спорту. Правильний прогноз визначає ефективність всієї багаторічної системи спортивного відбору. Одним із напрямів його вирішення є вивчення генетичних особливостей розвитку загальних і спеціальних здібностей людини. Ознаки, які мають суттєву спадкову обумовленість в розвитку є інформативними в системі генетичного прогнозу спортивної обдарованості. Морфологічний статус людини багато в чому визначає його функціональні можливості, від яких залежить схильність до різних видів спорту. Представники різних видів спорту розрізняються не тільки тотальними розмірами та пропорціями тіла, а й співвідношенням компонентів

Мета. Дослідити особливості морфологічних ознак (тотальних розмірів тіла та формування жирової тканини) у дівчат загальної популяції та у спортсменок.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні прийняли участь – 50 спортсменок (легка атлетика, баскетбол, художня гімнастика) та 70 дівчат загальної популяції. У дослідженні вимірювались антропометричні показники: довжина і маса тіла, товщина 7 жирових складок (на трицепсі, біцепсі і передпліччі руки, під лопаткою, над клубовою кісткою, на стегні та на литці ноги).

Результати. За довжиною тіла тотальної різниці між дівчатами загальної популяції і спортсменками, які займаються баскетболом, легкою атлетикою та художньою гімнастикою не існувало. Більша довжина тіла (приблизно 20 см) мають баскетболістки ($X \pm S = 186,33 \pm 3,24$ см). Щодо маси тіла вона найбільша у групі баскетболісток баскетболістки ($X \pm S = 70,93 \pm 2,74$ кг). Варіація маси тіла у спортсменок в межах 50,60 – 65,88 кг, а у дівчат загальної популяції вона була ($X \pm S = 55,8 \pm 7,0$ кг). Значна варіація у масі тіла була у дівчат, які займаються легкою атлетикою (від 59 до 90 кг).

Порівнюючи товщину шкірно-жирових складок у дівчат загальної популяції і спортсменок відмічено таку тенденцію: шкірно-жирові складки у дівчат-спортсменок більш товщі, ніж у дівчат загальної популяції. Проте спортсменки, що займаються художньою гімнастикою мали щодо всіх шкірно-жирових складок менші антропометричні показники в порівнянні з дівчатами студентками та спортсменками інших видів спорту..

Висновки. У зв'язку з високою генетичною обумовленістю розвитку довжини і маси тіла завданням спортивного відбору є визначення дітей перспективних до певного виду спорту за антропометричними показниками. У досліджених дівчат найтонший прошарок жиру спостерігається на передпліччі, а найтовщий – на стегні. У дівчат, що займаються спортом товщина підшкірно-жирових складок тіла може бути значнішою. Тренування не можуть сприяти збільшенню жирового прошарку тіла.

Т.В. Кузьмінець

ПРИЧИНИ ПОЯВИ ГОЛОВНИХ БОЛЕЙ У СТУДЕНТІВ ВНМУ ІМ.М.І.ПИРОГОВА

Кафедра загальної гігієни та екології

С.О. Латанюк (к.біол.н., доц.)

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

Актуальність: Головний біль – це один із загальних симптомів, що може бути ознакою багатьох захворювань і є одним з критеріїв оцінки стану нервової, кровоносної систем організму. Чіткий опис головного болю та визначення його причин є необхідною умовою для постановки правильного діагнозу, призначення лікування та можливості його профілактики. Визначення причини появи первинних головних болей у студентів допоможе знайти якісно інші шляхи їх усунення та попередження. Поява частих болей психогенного характеру в поєднанні з іншим супутнім захворюванням може призвести до негативних наслідків та ускладнень. Спеціальні дослідження показали, що головний біль (ГБ) зустрічається серед населення різних країн у 50 – 90 %. Реальні економічні втрати суспільства від ГБ важко підрахувати, оскільки, ті хворі, що не звертаються за лікарською допомогою працюють менш продуктивно. А більше 60 % хворих з ГБ – особи працездатного віку. Отже, головний біль являє собою важливу не тільки клінічну, але й медико-соціальну проблему.

Мета: Існує 4 відомих види первинних ГБ: мігрень, біль голови напруги (БГН), кластерний біль та невралгія трійчастого нерва. Головною ланкою в патогенезі мігрені є генералізоване порушення вазомоторної іннервації у вигляді нестійкого тону не лише церебральних, а й периферичних нервів, а також оксид азоту – що є медіатором нейрогенного запалення, що призводить до вазодилатації. Причинами є генетично детермінована недостатність у функціонування ноцицептивних систем, вплив дистресорних ефектів.

БГН – це неврологічний розлад, що характеризується схильністю до приступів легко-помірних цефалгій з певними асоційованими симптомами. Поява цих болей пов'язана з активацією над збудливих периферичних аферентних нейронів у м'язах шиї та голови.

Кластерний біль трактують як гіпоталамічний синдром, тобто залучення як периферичних так і центральних структур, що проявляється агресивністю, розладами сну, тривожністю, ендокринними і вегетативними симптомами.

Результати: Проведено аналіз даних літератури щодо появи та механізмів розвитку ГБ, а також анкетування та статистична обробка даних. За результатами анкетування, використовуючи критерій Пірсона встановлена залежність появи ГБ від навантаження четвертими парами та недоїдання у студентів ВНМУ ім.М.І.Пирогова з імовірністю 99,5% та залежність ГБ від кількості годин підготовки до занять з імовірністю 99,9% також встановлено відсутність прямої залежності щодо наявності ГБ та прослуховування музики в навушниках та від роботи перед монітором.

А.С. Куржос

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАГАЛЬНОЇ ТА ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В М. ВІННИЦІ ТА ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

О.В. Кузик (ас.)

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

Актуальність: Гіпертонічна хвороба (ГХ) – захворювання, яке характеризується постійним підвищенням артеріального тиску. В Україні сьогодні налічується 13 млн гіпертоніків, це 32 % дорослого населення і належить до захворювань, які скорочують тривалість життя, призводять до інвалідності та смерті. На території України смертність населення від серцево-судинних хвороб знаходиться на першому місці, Вінницька область не є виключенням. Важливо знати, що на початкових стадіях гіпертонічна хвороба може ніяк не проявлятися і не впливати на самопочуття. Але смерть таких пацієнтів настає саме від ускладнень. Сучасні наукові дослідження довели, що ці патологічні зміни можна попередити, якщо бути уважними до себе. У випадку перевищення артеріального тиску більше як 140/90 мм рт. ст. – необхідно обов'язково звернутися до лікаря. Прийом медикаментозних препаратів є важливою складовою ефективного комплексного лікування

гіпертонічної хвороби.

Мета: проаналізувати структуру загальної та первинної захворюваності на гіпертонічну хворобу населення м. Вінниці та Вінницької області за 2014 та 2015 роки до та після нововведеного проекту Кабінету Міністрів України від 25.04.12 року № 340 «Про реалізацію пілотного проекту щодо державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою» в м. Вінниці та Вінницької області за 2014-2015 рр. для визначення ефективності даного проекту та зменшення числа хворих на гіпертонічну хворобу.

Матеріали та методи: для досягнення поставленої мети було проаналізовано основні показники звітності лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) м. Вінниці та Вінницької області за допомогою звітної Форми №20 (затверджена Наказом МОЗ України від 10.07.2007 №378 (із змінами і доповненнями, внесеними наказом МОЗ від 17.06.2013 №511)).

Результати: показники звітності лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) м. Вінниці та Вінницької області за Формою №20 склали: загальна захворюваність на ГХ м. Вінниці станом на 2015 р. на 10 000 населення – 2075,48 , в 2014 р. – 2087,97 осіб, у Вінницькій області в 2015 р. – 2632,61 , в 2014 р. – 2648,05 осіб. Показники первинної захворюваності на ГХ м. Вінниці станом на 2015 р. на 10 000 населення склали 123,6, 2014 р. – 115,86. В вінницькій області – 165,49 в 2015 р., в 2014 р. – 181,17.

Висновки: проаналізувавши структуру загальної та первинної захворюваності на гіпертонічну хворобу населення м. Вінниці та Вінницької області за 2014 та 2015 роки до та після проведення реімбурсації на антигіпертензивні лікарські засоби, можна говорити про те що в зв'язку з впровадженням даного проекту збільшилось виявлення первинної захворюваності на ГХ саме в м. Вінниця в порівнянні з Вінницькою обл. так як пілотний проект продовжувався протягом 2015 р., а в області закінчився в кінці 2014 року.

О.В. Лазюк, І.В. Пасічняк

ВОГНЕПАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ, ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.С. Тарасюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Поширеність вогнепальних поранень (ВП) у сучасному світі пов'язана з криміналізацією суспільства, терористичними загрозами, збільшенням числа військових конфліктів і громадських заворушень. За останні 1,5 року в Україні відзначено зростання числа ВП під час революційних подій у січні — лютому 2014 р., військових подій на Сході країни та внаслідок збільшення кількості вогнепальної зброї (переважно нелегальної) на руках у населення.

Мета: Дослідження клінічних особливостей, принципів діагностики та лікування поранень, нанесених сучасною вогнепальною зброєю.

Матеріали та методи: Вивчення, опрацювання і аналіз наукових джерел. Експериментальне дослідження лікування військовослужбовців, що повернулись з АТО.

Результати: ВП виникають при пострілах з усіх видів вогнепальної зброї, вибухах боєприпасів та різноманітних вибухових речовин і характеризуються значними ушкодженнями тканин і органів, складністю хірургічного лікування та високим ризиком ускладнень, що загрожують життю потерпілого та спричиняють інвалідність. На сьогодні існує чітке розуміння патогенезу ВП, згідно з яким на відміну від інших травматичних ушкоджень снаряд (куля, осколок), що ранив, не лише руйнує тканини у міру свого просування, але й передає їм значну кінетичну енергію, що спричиняє комплекс структурно-функціональних порушень.

Первинне ушкодження шкіри та її розрив забезпечує головна ударна хвиля, що являє собою спресоване повітря під час руху снаряда. Слідом за ним в утворену рану потрапляє куля чи осколок, що розширює її, просувається вперед у м'які тканини, руйнує та розшаровує їх, створюючи рановий канал.

Протягом перших годин після поранення в тканинах розвивається активний запальний процес, наростає набряк, прогресує некроз тканин. На 2–3-й день після травми розвиваються інфекційні ускладнення та гнійне запалення, що триває до 2 тижнів і закінчується відторгненням некротичних мас, очищенням і загоєнням рани.

Вибір адекватної лікувальної тактики при різних типах ВП базується на результатах комплексного обстеження хворого, що має бути проведено в максимально стислі строки.

Першочергово необхідно оцінити загальний стан хворого, ступінь порушення життєвоважливих функцій і потребу в реанімаційних заходах. Після цього проводять ретельне обстеження ділянки ураження, під час якого необхідно встановити вид зброї, характер ушкоджуючих елементів, що спричинили поранення, наявність ушкоджень суміжних ділянок.

Невідкладна допомога постраждалим із ВП проводиться відповідно до стандартів і включає реанімаційні заходи з відновленням прохідності дихальних шляхів, зупинку кровотечі та проведення комплексу протишокових заходів. Після необхідних процедур у максимально стислі терміни пацієнта переводять в операційну для проведення життєво- та органозберігаючих втручань.

Висновок: Таким чином, поранення, завдані сучасною вогнепальною зброєю, характеризуються значною тяжкістю, високим ризиком ускладнень у найближчому та віддаленому періоді і становлять значні складності для лікування.

В.П. Лепетун
**АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОТЕЗУВАННЯ В СЬОГОДЕННІ УКРАЇНИ ТА ПРОЕКТ СОЛОМІЇ ВІТВИЦЬКОЇ
“ПЕРЕМОЖЦІ”**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Н.В. Кривецька (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Протезування – важлива медико-соціальна проблема, яка не повинна залишити байдужим нікого, тим більше, коли східна частина країни знаходиться в надзвичайному стані. Для її вирішення потрібно не лише матеріальне забезпечення країни, але й повноцінне медичне оснащення та максимальна підтримка соціуму.

Мета: Основною метою протезування є забезпечення компенсації відсутньої або лікування порушеної функції органів опори і руху за допомогою спеціальних медичних пристроїв – протезів.

Матеріали та методи: Використання літературних та наукових джерел, журналістських статей та проекту журналістики Соломії Вітвицької “Переможці”.

Результати: Від 3 по 21 лютого в холі Національного музею Тараса Шевченка в Києві триває спільний мультимедійний проект ТСН та Viva “Переможці”. Це 18 історій молодих хлопців, які втратили кінцівку, але при цьому живуть повноцінним життям, не нарікають на обставини, а просто бачать перед собою перешкоди і, докладаючи максимальні зусилля, долають їх. Автором ідеї та куратором проекту, який охоплює фотоекспозицію, телесюжети і спецвипуск журналу Viva, стала ведуча каналу “1+1” Соломія Вітвицька. Жалощі – останнє почуття, яке виникає при перегляді чорно-білих фото, які наче віддзеркалюють життєву силу та оптимізм героїв. Метою цього проекту є максимальне представлення проблеми реабілітації втрачених кінцівок у сьогоденні. На кожному знімку, американський фоторепортер Йозеф Сивенький намагався якнайкраще показати протез, не приховуючи його, для того, щоб кожний пересічний громадянин звернув увагу і задумався щодо масштабів даної проблеми і шляхів її вирішення. Усі кошти з продажу підуть на розвиток сучасного протезування в Україні. В майбутньому даний проект планують представити у Канаді, США, що дасть можливість отримати світову підтримку. Завдяки подібним проектам ми стаємо на крок ближче до розвитку протезування в Україні.

Висновки: Галузь протезування в Україні повинна бути на максимально розвинутому рівні. Для досягнення цієї мети повинен сприяти кожний громадянин. Найпростішим внеском у створення протеза для бійців АТО – є акція по збору кришечок, які є вкрай необхідними. Пластикова пляшка та кришка, вироблені з різних видів пластику, дробляться в гранули і використовуються як сировина або продаються. Виручені кошти спрямовуються на протез для конкретного бійця. При максимальному залученні людей, ми зможемо повернути до життя не одного хлопця, для якого існування припинило бути в нормальних, як для нас, умовах. Створення та проведення благодійних акцій, концертів, виставок, по збору коштів для нас не поставить великої проблеми, а для когось це ще одне, врятоване життя.

Т.О. Луцук
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ПРИ НЕПРАВИЛЬНИХ ПОЛОЖЕННЯХ І ТАЗОВОМУ
ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛОДУ**

Кафедра фізичного виховання та ЛФК
Л.І. Мичковська (ст. викл.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: жінка покликана виконувати роль продовжувача людського роду, а це накладає свій відбиток на її фізичну будову і на деякі функціональні особливості організму. Фізична культура як важливий засіб зміцнення здоров'я, профілактики і лікування захворювань набуває все більшого поширення в акушерсько-гінекологічній практиці. Неправильні положення і тазові передлежання плоду небезпечні загрозою мимовільного переривання вагітності, розвитком гестозу та фетоплацентарної недостатності, а ці стани, у свою чергу, негативно впливають на дозрівання нервової, ендокринної та інших систем, підвищується частота розвитку вроджених вад серця, ЦНС, ШКТ, опорно-рухового апарату у плоду. Крім того, у дітей, народжених в тазовому передлежанні, нерідко визначаються внутрішньочерепні травми, енцефалопатія, травми хребта, дисплазія тазостегнових суглобів. Серед ускладнень у матері слід зазначити високу частоту несвоєчасного виливання навколоплідних вод, аномалій родової діяльності, затяжних пологів, оперативних втручань, інфікування тощо.

Мета: визначити ефективність фізичних вправ при неправильних положеннях і тазовому передлежанні плоду.

Методи дослідження: у дослідженні взяли участь 20 вагітних, які були розділені на 2 групи по 10 жінок. Група А – вагітні з тазовими передлежаннями плоду. Група Б – вагітні з неправильними положеннями плоду. Дані групи виконували протягом 5 тижнів комплекс спеціально розроблених вправ у поєднанні із дихальною гімнастикою. Ефективність оцінювали на основі анкетування та об'єктивних даних додаткових лабораторних та інструментальних методів обстежень.

Результати: дослідження показало, що позитивний ефект даного комплексу спостерігався у 52% вагітних

групи А та у 65% групи Б. Крім того, вагітні відзначили покращення загального стану, зменшення болю у попереку, нормалізацію роботи шлунково-кишкового тракту та сну. Фізичними вправами перевели у поздовжнє положення плоду 6 з 10 вагітних, у інших 4 спостерігали максимальне наближення до норми. Серед вагітних з тазовими передлежаннями даний комплекс скорегував 5 випадків з 10. У інших 5 вагітних спостерігалася позитивна динаміка повороту плоду в головне передлежання. У жодної із вагітних, які брали участь у дослідженні, не зафіксувала погіршення фізичного стану і самопочуття, негативного прогресування патологічних положень та передлежань плоду.

Висновки: отже, виходячи з отриманих даних, варто зробити висновок, що фізичні вправи сприятливо впливають як на протікання самої вагітності, так і на процес пологів і стан жінки після пологів, знижують частоту пологів в тазовому передлежанні та неправильному положенні плоду, що запобігає необхідності кесаревих розтинів і перинатальних втрат при цьому.

Ю.М. Лях, Б.З. Гулобов

ДОСТУПІСТЬ ЗНЕБОЛЕННЯ ДЛЯ ПАЛІАТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ ДОРΟΣЛОГО ТА ДИТЯЧОГО ВІКУ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
В.Л. Пилипчук (к.мед.н., доц.), Р.В. Харковенко (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Питання знеболення при невиліковних хворобах в Україні є дуже актуальним, адже лише від злоякісних захворювань щорічно помирають близько 100 тис. осіб, а від СНІД ще понад 5 тисяч. З них усіх лише 5% отримують відповідне знеболення, решта йдуть з життя в страшних муках.

Мета: Визначити проблеми, які постають в організації паліативної допомоги, складнощі на шляху до отримання знеболюючих препаратів та знайти їх можливі вирішення.

Матеріали і методи: Матеріалами для дослідження були накази МОЗ України, зокрема № 311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі», №11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів в установах охорони здоров'я України» та №529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я». Також були досліджені положення ВООЗ, Всесвітньої медичної асоціації (ВМА) та принципи Паризької Хартії щодо знеболення при хронічному больовому синдромі (ХБС). Дані документи на сьогоднішній день регулюють призначення наркотичних знеболюючих засобів для паліативної допомоги.

Результати: На даному етапі розвитку Україна не має правових актів, що могли б детально і вичерпно зазначити можливості використання наркотичних анальгетиків для інкурабельних хворих. Також державні закупівлі не в змозі повністю забезпечити пацієнтів відповідними ліками.

Окремим питанням було розглянуто призначення сильнодіючих знеболюючих дітям. Так як в Україні немає наказів, в яких був б чітко зазначений план щодо анальгезії у дітей, її проводять згідно протоколів лікування основного захворювання. Для дітей до 2-х річного віку взагалі відсутні зареєстровані сильнодіючі знеболюючі.

Висновки: Внаслідок проведеного аналізу законів, актів і положень як України, так і всесвітніх організацій можна стверджувати, що питання адекватного знеболення для паліативних пацієнтів залишається до кінця не вирішеним і потребує корекції та суттєвих змін. Ці зміни мають стосуватись як самих ліків, їх вартості та доступності, так і порядку призначення та способу отримання необхідних анальгетиків.

О.Ю. Макарицька

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я
І.В. Паламар (к.мед.н., доц.), О.В. Ткаченко (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день проблема цукрового діабету (ЦД) постає досить гостро, це обумовлено тим, що незважаючи на дослідження патогенетичних та патофізіологічних механізмів розвитку його ускладнень, вдосконалення технологій лікування, залишається високий рівень смертності, спричиненої швидким прогресуванням атеросклерозу з виникненням інфаркту міокарда та інсультів. В Україні зареєстровано більше мільйона хворих на ЦД (близько 2% населення). Фактично, захворюваність в 2-3 рази вища. Більше 50% людей з ЦД не знають про свій стан, в деяких країнах необізнаність сягає 80%.

Мета: Дослідження розвитку та перебігу захворювання на ЦД, визначення структури ускладнень.

Матеріали та методи: У роботі використовувалися теоретичні методи (аналіз, порівняння, моделювання, узагальнення, класифікація), емпіричні методи (опитування, бесіда, опис) та методи обробки даних (реєстрування, ранжування, метод статичного аналізу)

Результати: На базі комунального закладу « Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини

катастроф ” Рівненської обласної Ради нами було проведено аналіз по виїздах лікарів-консультантів за спеціальностями ендокринологія та дитяча ендокринологія за 2014- 2015 роки . Було опрацьовано 550 рапортів про виконання завдання по виклику лікаря-консультанта. Встановлено: серед хворих переважали люди 20-40 річного віку (450, 56%), з них – 220 (27,5%) чоловіки, 580 (72,5%) жінки. Стаж захворювання на цукровий діабет у пацієнтів складав: до трьох років – 195 чол. (24%), 5- 10 років – 162 (20%). Найчастіше зустрічався II тип ЦД – 475 чол. (59%), а перший становив 325чол. (41%). Серед ускладнень у людей, які страждали на ЦД більше двадцяти років, найпоширенішими були нефропатія (23%), ангиопатія сітківки (11%), кардіоміопатія (9%).

Висновок:ЦД — найнебезпечніший виклик людству в XXI столітті. Згідно даних Міжнародної Діабетичної Федерації, на сьогодні в світі на ЦД страждає 194 мільйонів людей. Діабет посідає 4-те місце серед причин смерті населення розвинених країн. За даними ВООЗ, реальна смертність з приводу ЦД сягає 3,2 мільйони щорічно. Інакше кажучи, щохвилини на планеті помирають 6 людей і переважно від інсультів (42%), інфарктів (35%). Згідно останніх даних кількість смертей неупинно продовжує зростати. Якщо порівнювати 2013 та 2015 роки, показники летальності зросли на 1,5%. Ймовірною причиною такої негативної динаміки можна вважати пізні звернення пацієнтів за допомогою, зростання хворих з супутніми патологіями серцево-судинної системи, неефективність лікування та недотримання рекомендацій лікуючого лікаря. Серед інших захворювань ЦД характеризується найбільш ранньою інвалідизацією. У різних країнах товариства сліпих на 60–85 % формують хворі на ЦД. Серед таких хворих інфаркт міокарда (ІМ) діагностується у 2–5 разів частіше, ніж у популяції того ж віку; гангрена нижніх кінцівок трапляється у 200 разів частіше; 50–70 % усіх ампутацій нижніх кінцівок, не пов’язаних із травматизмом, припадає на хворих із діабетом.

Т.В. Мацьків

СУЇЦИД ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУСПІЛЬСТВА

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.С. Тарасюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Нині однією з актуальних проблем в країні є самогубство. Україна ввійшла до групи країн із високим рівнем суїцидів (більше 20 самогубств на 100 тис. населення). Дане дослідження допоможе з’ясувати причини вчинення самогубств і методи їх запобігання.

Мета: Обґрунтувати проблему суїциду як соціальне явище; оцінити чинники, що впливають на самогубство; проаналізувати причини суїцидів у зоні АТО; вивчити вплив подій на Сході як основний фактор впливу на вчинення суїцидів серед військових.

Методи дослідження: За даними літератури проаналізувати проблеми суїциду, провести опитування, проаналізувати отримані результати дослідження, підвести підсумок.

Результати: Самогубство - це автоагресія, навмисне самопозбавлення життя. Суїцид треба вивчати в межах соціального оточення конкретної людини, брати до уваги проблеми й прагнення оточуючих. Важливо розуміти стан індивіда. Молодь найбільш вразлива до негараздів у суспільстві. Чинники, що є причиною самогубств: алкоголізм, наркоманія, депресія; ВІЛ/СНІД; фінансові проблеми; психічне і фізичне кривдження дорослими; події, що розгортаються на Сході країни: вторгнення в Україну, військовий конфлікт, масова іммобілізація, паніка населення. Згідно з результатами психологічних досліджень 27,2% дітей 10-17 років втрачають бажання жити, 17,8% - вважають, що нікому не потрібні, 25,5% - не відчувають допомоги близьких, 51,9% - не стримуються в ситуації конфлікту. Все більше військових вчиняють самогубство. У момент затишшя боїв на Донбасі постає питання психологічної реабілітації військових в АТО. За даними Міністерства оборони, з 2014 р. з життям покінчив 171 український солдат, але реальні цифри набагато вищі. В період між «відправкою із АТО і поверненням додому» багато впадають в депресію і «починають пити», бо «не можуть без товаришів». Бої ведуться за допомогою мінометів, а у більшості військових немає бойового досвіду. Найважче для них - винесення тіл. Найчастіше ці тіла розірвані і в дуже поганому стані. Розрадою для бійців є алкоголь і наркотики, а ті хто не справляється «накладають на себе руки». У листопаді був прийнятий закон про психологічну реабілітацію солдат, які повернулися з фронту, але дата й умови реалізації цієї програми досі невідомі. Крім того, хоча прибулим з фронту надають психологічну допомогу, не можна забувати про довгострокові наслідки.

Висновки: Для того, щоб запобігти суїцидам серед суспільства треба проводити соціально-педагогічні програми профілактики суїцидальної поведінки і виконувати такі правила: прийняти суїциданта як особистість, надавати підтримку, вселяти надію, не залишати людину у випадку ситуації високого суїцидального ризику.

Н.О. Мельніченко, Я.В. Вербіцька, С.П. Шута
ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СПОРТИВНОГО ХАРЧУВАННЯ СПОРТСМЕНАМИ

Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини
В.В. Чернявський (к.мед.н., доц.)
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: Займаючись спортом професійно, у спортсмена виникає необхідність в суттєво іншій кількості і співвідношенні поживних речовин, які не так легко забезпечити вживанням традиційних харчових продуктів. І тоді на допомогу приходять спортивне харчування, яке значно полегшує дотримуватись збалансованого харчування для досягнення кращих результатів.

Мета: Визначити доцільність використання спортивного харчування для людей, котрі займаються надмірним фізичним навантаженням на прикладі бодібілдингу.

Завдання: систематизувати спортивне харчування по групам залежно від складу і механізму дії; визначити які з груп доцільно використовувати в бодібілдингу; дослідити ефективність використання спортивного харчування.

Матеріали та методи дослідження: У дослідженні брали участь 30 спортсменів, котрі займаються професійно силовими фізичними навантаженнями, а саме бодібілдингом. В I групу увійшло 16 спортсменів, які систематично використовували спортивне харчування. В II групу (контрольну) увійшло 14 спортсменів, які дотримувались раціонального харчування без використання спортивних добавок.

Результати: Продукти спортивного харчування можна розділити на кілька груп залежно від складу і механізму дії: білки і їх складні суміші; амінокислоти; напої вуглеводно-мінеральні і енергетичні; вуглеводно-білкові суміші; вітамінно-мінеральні комплекси; спалювачі жиру; замінники їжі; засоби для зміцнення зв'язок і суглобів; спеціальні препарати і природні метаболіти.

Спортивне харчування використовують в практиці бодібілдингу для вирішення таких конкретних завдань: харчування в зазначений час, коли немає можливості поповнити енергетичні запаси; прискорення процесів відновлення після тренувань; регуляція водно-сольового обміну і терморегуляція; розвиток м'язової маси спортсмена; зміна якісної орієнтації добового раціону в залежності від спрямованості тренувальних навантажень.

Через 6 місяців після початку експерименту нами було визначено такі критерії, як антропометричні дані, динамометричні показники, склад тіла, функціональний стан організму, суб'єктивне сприйняття спортсменів. Отримані результати відображають чітку картину, що група спортсменів, яка використовувала спортивне харчування мала кращу витривалість (на 12%); спостерігається зменшення випадків травматизму, перетренованості (на 15%); збільшенню об'ємів плеча, стегна, грудної клітки (на 7%); збільшенню м'язового складу тіла (на 8%); прискоренню регенерації м'язової тканини (суб'єктивне відчуття спортсменів), $p < 0,05$.

Висновки: Щільний графік тренувального процесу та повсякденної діяльності призводять до порушень режиму харчування і рідкого прийому їжі, що сприяє недостатності в мікро- і макронутрієнтів. Досягнення спортивного результату залежить від правильної організації харчування. В даний час актуально використання в раціоні спортсменів, поряд з традиційними натуральними харчовими продуктами ще й спортивного харчування, яке значно покращує ефективність тренувань і прискорює відновний період.

А.А. Моїсєнко

**ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЙ НА ШАХТАХ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Н.Д. Корольова (к.психол.н., доц.), М.В. Матвійчук (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Проблема високої аварійності вугільних шахт в Україні залишається гострою. Перш за все, така ситуація обумовлена несприятливими умовами видобутку. Так, майже 12% гірських виробок не відповідають вимогам паспортів. Ускладняється ситуація і зі зношеністю основних фондів, відсутністю фінансування, тощо. За кількістю смертей на видобуту тонну вугілля, Україна займає лідируючу позицію серед країн світу. Аварії, що трапляються на шахтах України дуже часто носять катастрофічний характер. Внаслідок цих аварій гинуть люди, відбувається значне руйнування будівель та обладнання.

Мета дослідження. Аналіз проблем організації лікувально-евакуаційного забезпечення постраждалих внаслідок аварій на шахтах.

Матеріали і методи. Аналіз та узагальнення наукової та методичної літератури.

Результати. Аварії на шахтах мають свої особливості щодо умов організації лікувально-евакуаційних заходів. Інформація про аварію на шахті надходить у чергову воєнізовану гірничорятувальну частину, станцію ШМД, оперативним черговим управлінням з надзвичайних ситуацій, оповіщається диспетчер Центру екстреної медичної допомоги. Для оперативного керівництва заходами з організації та надання медичної допомоги постраждалим створюються оперативні групи. Система надання медичної допомоги постраждалим складається з таких етапів: перша медична допомога, що надається на місці аварії (до і після звільнення постраждалого з завалу);

транспортування постраждалого по лаві чи зрушеній частині штреку на підземну медичну базу (ПМБ); перша лікарська допомога на підземній медичній базі; транспортування постраждалого по шахті на поверхню; кваліфікована медична допомога в стаціонарі медсанчастини шахти або у медичному закладі ДСМК; спеціалізована медична допомога надається в спеціалізованих медичних центрах або відділеннях багатопрофільних лікарень. При наданні медичної допомоги постраждалим необхідно враховувати взаємообтяжувальну дію компонентів комбінованого ураження, переважання в клінічній картині опікових уражень з виникненням опікового шоку, наявність отруєння оксидом вуглецю, різкі розлади дихальної функції.

Висновок. Таким чином, при організації лікувально-евакуаційних заходів при техногенних катастрофах обов'язковою умовою є врахування особливостей формування медико-санітарної обстановки в осередку НС, що визначає тактику організації медичного забезпечення населення і учасників ліквідації її наслідків, підвищує ефективність цих заходів, сприяє зниженню летальності та інвалідності серед постраждалих, скороченню термінів їх лікування.

В.О. Мовчанюк

ДУМКА НАСЕЛЕННЯ ЩОДО ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЦЕНТРАХ ПМСД МІСТА ВІННИЦІ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

Г.С. Черешнюк (Заслужений лікар України, ст. викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: З початку впровадження реформи в місті Вінниці відкрито п'ять Центрів ПМСД. Результатом реалізації пілотного проекту стало досягнення основної його мети-забезпечення якості та доступності надання медичної допомоги населенню. Діюча система охорони здоров'я безсумнівно потребує структурного оновлення, проте її реформування не завжди задовільняло пацієнтів і медичних працівників.

Мета: Вивчити думку населення м. Вінниці щодо якості медичних послуг в Центрах ПМСД.

Матеріали та методи: Нами застосовувались медико-соціологічний, статистичний та аналітичний методи. Матеріалами дослідження були результати опитування пацієнтів в п'яти Центрах ПМСД м. Вінниці, які знайшли своє відображення в статистичних картках- спеціально розроблених анкетах.

Результати: Нами розроблено і проаналізовано 350 анкет. Серед опитуваних 31,4% - пацієнти чоловічої статі, 68,6% - жіночої. Найбільше серед опитуваних були люди 18-34 років (52,5%); 85% населення, яке звертається в Центр ПМСД, знають де вони обслуговуються; 72% опитаних обслуговуються у сімейного лікаря, а 85% знає свого сімейного лікаря в обличчя. Більше половини опитаних знають, що мають право вільно обирати лікаря, але 45% все ж ще не знають, що мають на це право. Інформацію про вільний вибір лікаря третина пацієнтів дізнається від засобів масової інформації, а від керівництва Центрами у 3,1%. Задоволені якістю надання медичних послуг 67,4% опитаних, а більше половини віднесли якість надання медичної допомоги до середнього рівня і лише 8,5% - до високого. Майже кожний четвертий пацієнт оцінив рівень надання медичної допомоги як низький. Незважаючи на те, що майже 90% опитаних віднесли рівень надання медичної допомоги до середнього і низького, але біля 70% людей не хотіли б змінити свого сімейного лікаря, однак 23,7% все ж таки хотіли змінити його. 58,6% опитаних вказали на те, що сімейний лікар не проводить з ними бесіди щодо здорового способу життя, профілактики захворювань. На питання якому лікарю батьки віддають перевагу при обслуговуванні дітей, більше 50% відповіли - педіатру. Майже без черги потрапили на консультацію до вузького спеціаліста 46,2% опитаних, але декілька годин стояли в черзі майже кожний третій пацієнт. На питання чи вимагали сімейні лікарі у пацієнтів гонорари 95% дали від'ємну відповідь, але 2,8% відповіли, що так.

Висновки: Таким чином, основними результатами реформування системи охорони здоров'я в місті на первинному рівні за останні чотири роки в усіх Центрах ПМСД стосовно якості і доступності надання медичної допомоги стали, як позитивні (їх більше) досягнення так і проблемні моменти. Пропозиції: 1.3 метою збереження дієвого постійного контролю за роботою закладів первинного рівня необхідно здійснювати постійний моніторинг діяльності закладів ПМСД. 2. Для вирішення проблем підвищення кваліфікації кадрового забезпечення первинної ланки організувати постійно-діючі курси в Центрах ПМСД без відриву від роботи по педіатрії, терапії, кардіології, невідкладним станам, тощо.

І.І. Мотрук, О.О. Паламарчук

ВПЛИВ ГЛОБАЛЬНОГО ПОТЕПЛІННЯ НА ПИЛКУВАННЯ ЗЛАКОВИХ ТРАВ (РОАСЕАЕ)

Кафедра загальної гігієни та екології

В.В. Родінкова (д.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Злакові трави вважаються головними причинними алергенами, що викликають сезонну алергію у центральному регіоні України. Сезон пилкування злакових трав змінюється впродовж останніх десяти років через глобальне потепління. Нові особливості сезону потребують контролю за встановленням кореляційних

зв'язків між факторами, що впливають на пилювання, та кліматичними параметрами.

Мета: Коректне алергопрогнозування на наступний період у рамках профілактики сезонної алергії.

Матеріали та методи: Підрахунок та аналіз вмісту пилю у 1999 і 2000 р.р. був отриманий гравіметричним методом на трьох станціях моніторингу, розташованих у Вінниці на відносній висоті 25 м. Відбір проб з 2009 по 2014 р.р. для визначення концентрації пилю у 1 м³ атмосферного повітря проводився волюметричним методом, з використанням вловлювача пилю та спор Буркард.

Для первинної підготовки таблиць та проміжних розрахунків використовувався пакет *Excel*. Основна частина математичної обробки виконувалась з використанням стандартних статистичних пакетів *STATISTICA 10*. Був досліджений взаємозв'язок між підрахунком кількості пилю злакових і середньою температурою повітря, точкою роси, відносною вологістю і дефіцитом вологості у 2012-2014 р.р.

Результати: Родина Тонконогових, представники якої продукують алергенний пилюк, включає до 20 родів цих рослин в Україні. Члени родини Poaceae наразі демонструють тенденцію раннього початку і кінця сезону пилювання, у порівнянні з 1999 і 2000 роками. Концентрація пилю злакових за серпень була незначною за останні роки спостереження у порівнянні з попереднім періодом. Адже у серпні 1999 і 2000 р.р. реєструвались сезонні максимуми пилювання, або близькі до них значення.

У останні три роки найбільш активне розповсюдження пилю злакових трав розпочинається в атмосфері міста Вінниці у середині травня і закінчується у середині липня. У 1999 і 2000 роках найбільш активне пилювання розпочиналось на початку червня, двома тижнями пізніше, ніж у 2012-2014 рр., і закінчувалось у кінці червня. Наразі початок сезону палінації Тонконогових реєструється на початку травня, у той час як у 1999 і 2000 р.р. він спостерігався у середині травня.

Середня температура повітря (позитивна кореляція) і відносна вологість повітря (негативна кореляція) були основними двома параметрами, з якими концентрація пилю злаків помірно корелювала в усі 3 роки спостереження. Точка роси позитивно корелювала з підрахунком кількості пилю у 2013 році.

Висновки: Члени родини Тонконогових демонструють тенденцію раннього початку і кінця сезону пилювання у порівнянні з 1999 і 2000 роками. Наразі найбільш активне розповсюдження пилю рослин починається у середині травня і закінчується у середині червня. Початок сезону пилювання злакових трав у 2012-2014 рр. реєструється двома тижнями раніше ніж у 1999 і 2000 рр. Середньодобова температура повітря (позитивна кореляція) і відносна вологість повітря (негативна кореляція) були основними двома метеорологічними показниками, які мали кореляційний зв'язок із змінами концентрації пилю Poaceae в усі роки досліджень.

М.С. Музика

КОМПЛЕКСНИЙ КОНТРОЛЬ РОЗВИТКУ КООРДИНАЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ СТУДЕНТІВ-БАСКЕТБОЛІСТІВ ВНМУ

Кафедра фізичного виховання

С.В. Дусь (викл.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У наш час існує практична потреба в більш досконалих методиках підготовки спортивного резерву баскетболістів, змушує шукати нові шляхи модернізації навчально-тренувального процесу на початковому етапі спортивного тренування. Аналіз навчальної програми з баскетболу свідчить, що у ній не запропоновано шкали оцінки показників фізичного розвитку, тому тренерам складно оцінити відставання або випередження довжини, маси тіла та ін. показників, а також взаємопов'язати їх з модельними показниками техніко-тактичних дій під час змагальної діяльності на етапі попередньої базової підготовки. Тому даний напрямок досліджень є актуальним для баскетболу сьогодення.

Мета: На основі теоретичного аналізу та за результатами комплексного контролю надати якісну оцінку розвитку координаційних здібностей студентів-баскетболістів ВНМУ.

Матеріали та методи: аналіз науково-методичної літератури, спостереження, тестування координаційних здібностей, методи математичної статистики.

Результати: Для оцінки координаційних здібностей студентів-баскетболістів ми застосували один із видів комплексного контролю, що включає декілька тестів. Тести проводились окремо як для хлопців, так і для дівчат. В дослідженні взяли участь 47 студентів з них 28 хлопців і 19 дівчат. Для оцінки просторово-часових та динамічних параметрів руху ми використали такий тест як човниковий біг 4x9 м. Слід зазначити, що показники хлопців достовірно краще, ніж дівчат-баскетболісток. Досягти високих результатів у руховій діяльності можна лише за умови, якщо студент оволодіє здатністю оцінювати і тонко регулювати динамічні, часові і просторові параметри рухів. Відомо, що баскетболісти здатні регулювати силу кидка і траєкторію польоту м'яча, досягаючи 100 % — результату при виконанні кидків в кошик з різних точок майданчика. Тест «Ходьба до цілі» ми використали для оцінки рівня розвитку здібностей орієнтації в просторі. В цьому тесті також хлопці проявили краще вміння орієнтуватись у складних ситуаціях, здатності керувати динамічними і кінематичними характеристиками рухів. Вправа «фламінго» визначала розвиток статичної рівноваги. Спостереження показало, що статична і статокінетична рівновага краще розвинена у дівчат. Для оцінки розвитку здібностей ритмічної діяльності ми застосували тест «Ритмічне постукування руками». Більш позитивні результати показали дівчата. У баскетболі найдрібніші відхилення від заданого ритму рухів, що виражаються у зміні напрямку, швидкості,

прискорення, точності прикладених зусиль, чергуванні напруження і розслаблення м'язів, суттєво впливають на якість їх виконання.

Висновки: Порівнюючи результати рівня розвитку фізичних якостей студентів-баскетболістів ВНМУ, слід відмітити, що показники хлопців, в основному, достовірно вищі, ніж результати дівчат. У порівнянні з хлопцями у дівчат нижчий рівень розвитку сили та швидкості рухової реакції. Проте у них краще розвинута якість, як почуття ритму.

А.І. Новак

ВПЛИВ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ НА ПЕРЕБІГ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ КОМПЛЕКСОМ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Ю.Й. Рудий (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гіпертонічну хворобу розглядають як захворювання, що розвивається на ґрунті порушень кортико-вісцеральних співвідношень у зв'язку з виникненням осередку застійного порушення на ділянці судино-регулюючих центрів у корі головного мозку і підкірці. Встановлено, що страждаючі гіпертонічною хворобою складають 15 — 20% дорослого населення за даними різних епідеміологічних досліджень. А в сільській місцевості перебіг гіпертонічної хвороби значно варіює у зв'язку із значними фізичними навантаженнями.

Мета: Оцінити вплив трудової діяльності на перебіг гіпертонічної хвороби сільських жителів, виявити недоліки та скорегувати їх комплексом фізичних вправ, розробити реабілітаційну програму немедикаментозного відновного лікування хворих з артеріальною гіпертензією I ступеня.

Матеріалитаметоди: метод аналізу літератури, медико-біологічне дослідження (вимірювання АТ, ЧСС, проба Штанге, Генче, ЕКГ), математико-статистичний метод обробки даних.

Результати: Дослідженню підлягали 2 групи людей (10 осіб чоловічої статі віком від 40 до 50 років) з артеріальною гіпертензією I ступеня (САТ 140-159, ДАТ 90-99 мм рт.ст.). Добровольцям проводилося вимірювання АТ до та після звичайного для них навантаження. Трудова діяльність закономірно спричиняла підвищення АТ (до 160-170/100-110 мм рт. ст.). Контрольна група працювала у звичайному режимі, а в режим рухової активності дослідної було введено комплекс вправ на термін 1 місяця. Засоби фізичної реабілітації (дозована ходьба, гігієнічна гімнастика, гідрокінезотерапія, дихальні вправи) нормалізували показники артеріального тиску і пульсу відповідно стадії гіпертонічної хвороби і забезпечили повноцінну адаптацію до фізичних навантажень у сільській місцевості. У досліджуваній групі показники АТ після фізичної роботи знизились на 5-7 мм рт. ст., а в контрольній залишилися на вихідному рівні.

Висновки: Завдяки фізичним вправам додатково розкривається величезна кількість резервних капілярів і АТ може дещо знизитися, оскільки зменшується периферичний опір і серцю досить виконати меншу роботу. Хворим на гіпертонічну хворобу першої стадії, яких перевели на тренувальний режим, показані вправи, розраховані на роботу всіх м'язових груп. Амплітуда повна, темп середній. При виконанні статичних вправ навантаження рівномірно розподіляється, крім плечового пояса, на м'язи спини, грудної клітки, живота і особливо ніг. Кількість повторень вправ — 8–10 разів. Співвідношення загальнорозвиваючих і дихальних вправ — 4:1. Фізіологічна крива занять гімнастикою має 2–3 вершини залежно від стану фізичної активності хворих. Тривалість заняття — 40–60 хв.

І.В. Ометюх

ПРОЛЕЖНІ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ З ЗАСТОСУВАННЯМ ПОЄДНАННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Кафедра сімейної медицини та дерматології, венерології

А.Р.Вергун (к.мед.н., доц.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність. Пролежень – це виразково-некротичний процес, який розвивається у виснажених лежачих хворих на тих ділянках тіла, які сприймають найбільший тиск постелі. Головними причинами пролежня є ішемія та нейротрофічні зміни тканин, спричинені їх хронічною компресією. Найбільш важливими факторами, що сприяють утворенню пролежневих виразок є безперервний тиск, тертя, патологічна вологість м'яких тканин, попадання на шкірні покриви фізіологічних виділень з подальшою мацерацією на фоні тривало існуючого вимушеного положення хворого та гіподинамії. Наявність пролежнів може детермінувати розвиток гнійно-запальних ускладнень, які мають специфічний перебіг та тяжко піддаються комплексному хірургічному лікуванню. Міжнародна класифікація пролежнів запропонована спільними настановами щодо профілактики та лікування пролежнів Європейської експертної комісії з пролежнів диференційовано чотири стадії патологічного процесу.

Мета. Створення раціональної патогенетично обґрунтованої схеми догляду та лікування пролежнів крижово-

куприкової ділянки.

Матеріали та методи. Нами проведено комплексне лікування пролежнів крижово-куприкової ділянки у 32 пацієнтів, віком 52-88 років, 18 жінок та 12 чоловіків, з пролежнями II стадії крижово-куприкових ділянок, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділеннях паліативної допомоги комунальної 4-ої клінічної лікарні м. Львова.

Результати. Причиною виникнення пролежнів було тривале вимушене положення тіла у поєднанні з гіподинамією у 16 хворих після перенесеного порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом, у 9 – з інкурабельною онкологічною патологією, у інших 4 – після неопераваного зламу шийки стегнової кістки, у 2 хворих ревматоїдним артритом та у 1 пацієнтки з розсіяним склерозом. ЦВХ, ІХС, гіпертонічну хворобу II-III ст констатовано у всіх випадках. У 18 осіб констатовано локальну гіперемію, мацерацію з формуванням гнійної рани, коагуляційні некрози – у 5 та коліквацийні – у інших 9 пацієнтів. У випадках некрозу та нагноєння було проведено адекватну хірургічну санацію. Місцево застосовано пропорційну суміш діоксизолу та йоддицерину з додаванням окремих складників (димексиду та лідокаїну) для посилення іонотранспортувальної та місцевої анальгезуючої (анестезуючої) дії утвореної емульсії. Змішування 25 мл розчину діоксизолу, 25 мл розчину йоддицерину, 10 мл 30% розчину димексиду, 4 мл 10% лідокаїну призводило до формування емульсії з необхідними антисептичними та місцево анестезуючими властивостями. Суміш готувалась екстемпорально, зберігалась у темному прохолодному місці. Критерієм ефективності догляду було формування чистої гранулюючої ранової поверхні з мінімальною ексудацією з наявністю крайової епітелізації, що було констатовано у всіх клінічних спостереженнях, та (або) формування кірки, що констатовано нами у 2 пацієнтів.

Висновок. Запропоноване нами місцеве лікування має високу антибактерійну активність, внаслідок наявності антисептиків та димексиду для покращення проникності у м'які тканини.

А.Є. Отчик, А.М. Зінчук, О.Г. Зінчук

ВПЛИВ ЯКОСТІ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ЛЕГЕНІВ НА ДОВІРУ ПАЦІЄНТА ЛІКАРЮ

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

В.А. Огнев (д.мед.н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Визначальним заходом боротьби із захворюванням на рак легенів є ефективне лікування хворих на зазначену патологію та її ускладнень на всіх рівнях сучасної системи надання медичної допомоги, а на самперед для успішного впровадження у життя вищезазначеного необхідно виявляти це захворювання на ранніх стадіях його розвитку. Оптимальна якість надання медичної допомоги забезпечується наявністю необхідної інформації щодо використання сучасних інформаційних технологій та визначення доступу пацієнтів та громадян до цієї інформації. Дані соціологічних досліджень, незважаючи на суб'єктивний характер, є одним із джерел визначення задоволеності пацієнта якістю наданої медичної послуги.

Мета: Вивчити якість надання допомоги на догоспітальному етапі хворим на рак легенів.

Матеріали та методи: Нами вивчалась система організації та надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам із захворюванням на рак легенів, які проживають у м. Харкові та Харківській області. Експертиза якості медичної допомоги проводилась через визначення ступеня відхилення від медичних стандартів та оцінки задоволеності пацієнтів.

Результати: За даними опитування аналіз планових звертань до дільничного лікаря-онколога за рік пацієнтів із захворюванням на рак легенів показав, що більшість з них відвідувала цього лікаря 1-2 рази на рік (43,3±3,3%), 3 та більше разів - 32,5±3,1% пацієнтів, а 24,2±2,8% не відвідувала його зовсім. До онко-пульмонологів консультативної поліклініки при обласному клінічному онкологічному центрі м. Харкова планово зверталось від одного до шести разів на рік 41,1±3,2% пацієнтів із захворюванням на рак легенів, 40,7±3,2% звертались більше 6 разів на рік, а в той же час 18,2±2,5% пацієнтів не відвідували цих спеціалістів жодного разу. Слід зазначити, що дані опитування певною мірою відрізняються від результатів експертного оцінювання, де щомісячні відвідування лікаря-онколога отримали оцінку 4,18. Пацієнти, що не відвідували онколога амбулаторного закладу з певною регулярністю наглядались торакальними хірургами обласного клінічного онкологічного центру, що вдалося виявити під час опитування. 82,7±2,5% усіх опитаних зазначили, що хоча б 1 раз на рік відвідують цих лікарів з метою амбулаторних консультацій. У межах вивчення задоволеності якістю медичної допомоги досліджувались думки пацієнтів відносно роботи лікарів, що проводилась по 5-ти бальній шкалі. Пацієнти із захворюванням на рак легенів оцінили роботу дільничних лікарів-онкологів наступним чином: на відмінно – 29,4±3,0%, на добре 16,5±2,4% та на задовільно – 23,4±2,8%, незадоволені роботою цих лікарів – 7,0±1,7% опитаних, інші (23,8±2,8%) відмовились відповідати.

Висновок: Отримані дані свідчать про неповне використання ресурсів амбулаторного обслуговування в роботі із хворими на рак легенів, а також про наявність резервів щодо покращення організації медико-санітарної допомоги цим хворим на догоспітальному етапі.

О.В. Павлік
КОРИСТЬ І НЕБЕЗПЕКА МОЛОЧНИХ ПРОДУКТІВ

Кафедра загальної гігієни і екології
Л.І. Григорчук (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: З самого дитинства практично кожна людина дотримується думки, що корисніше напою, ніж молоко, немає. Адже це перше, що потрапляє в наш організм з моменту народження, отже, на думку багатьох, корисні всі молочні продукти. Майже кожного дня ми вживаємо різні молочні продукти. Одні роблять це для того, щоб схуднути, інші - заради користі організму, а деякі просто тому, що вони смачні. Однак, як впливають на наше здоров'я творог, молоко, йогурт, сметана, чи є певна небезпека при їхньому споживанні?

Мета: Метою даного дослідження було визначення впливу молочних продуктів на організм людини, за допомогою опитування визначити прихильність студентів до одного з видів молочної продукції, вплив реклами та інших чинників при купівлі даної продукції, позитивні і негативні наслідки після вживання молочнокислої продукції.

Матеріали та методи: За допомогою онлайн-анкети було проведено опитування 78 студентів, які споживають молочні продукти. При обробці даних застосовувались статистичні методи обрахунку.

Результати: В ході проведення онлайн-опитування студентів, було встановлено, що більшість надають перевагу купівлі молочних продуктів в магазині (85,9%), 97% опитуваних звертають увагу на термін придатності, у 23,1% спостерігається вплив реклами на рішення купити той або інший продукт, 55% звертають увагу на художнє оформлення упаковки, 89,7% вважають, що в основному якість впливає на вибір молочної продукції, більша половина опитуваних при купівлі не звертають увагу на склад продуктів, 83,3% студентів надають перевагу йогурту з усіх молочних продуктів.

Висновки: Завдяки лікувальним та дієтичним властивостям молочні продукти широко використовуються у харчуванні людей. Дієтичні і лікувальні властивості молочнокислих продуктів зумовлені наявністю в них молочної кислоти, значної кількості живих молочнокислих бактерій, а також наявністю антибіотичних речовин, що володіють бактеріостатичною і бактерицидною дією на гнильну і хвороботворну мікрофлору кишківника. В ході опитування, більшість студентів надали перевагу йогурту, але слід пам'ятати, що куплені йогурти не такі вже і корисні, адже містять добавки для підвищення кислотності, штучні підсолоджувачі, барвники, підсилювачі смаку та ароматизатори, що може значно нашкодити здоров'ю. Також необхідно, щоб при купівлі молочної продукції покупці звертали увагу не лише на термін зберігання, а і на склад продуктів, що теж є дуже важливим.

Н.К. Покровська
АСТЕНОВЕГЕТАТИВНИЙ СИНДРОМ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ГРЗ

Кафедра фізичного виховання і спортивної медицини
Г.М. Магльована (к.мед.н., доц.)
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
м. Львів, Україна

Актуальність: Астеновегетативний синдром часто пов'язують з виснаженням функціональних можливостей організму в результаті перенесеного захворювання, що викликає порушення функцій регуляторних систем – вегетативної, ендокринної та імунної. Інтерес і складність проблеми астеновегетативного синдрому полягає в тому, що вона є комплексною: медичною, психологічною та педагогічною.

Мета роботи: вивчити перебіг періоду реконвалесценції після гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) дихальних шляхів у студентів-медиків.

Матеріали та методи: проаналізований перебіг періоду реконвалесценції після ГРЗ у 128 студентів-медиків. Діагностичне обстеження включало в себе клінічну оцінку проявів вегетативної дисфункції, психологічне дослідження, неврологічне обстеження, електрокардіографію (ЕКГ).

Результати досліджень: в обстежену групу було включено 128 студентів-медиків, які перенесли вірусні та вірусно-бактеріальні ГРЗ дихальних шляхів протягом осінньо-зимового періоду 2015-16 рр. Серед обстежених переважали жінки і склали 67,2%.

52 пацієнти (40,6%) не пред'являли жодних скарг після перенесеного захворювання. У 68 (53,1%) осіб виникало почуття втоми, яке турбувало від 3 до 12 днів після перенесеного захворювання. Періодичний головний біль турбував 15 (22,0%) осіб, відчуття серцебиття – 13 (19,1%) пацієнтів, «перебої» у роботі серця – у 5 (7,4%) осіб, знижений апетит – у 14 (20,6%) студентів, підвищена пітливість – у 11 (16,2%). Емоційні розлади різного ступеня вираженості у вигляді тривожності, порушення сну, безпричинного плачу відмічені в 19 (28,0%) осіб.

Розлади поведінки, зокрема, імпульсивність, підвищена або різко знижена рухова активність, дефіцит уваги спостерігалися у 48 (70,6%) реконвалесцентів. У 8 (11,8%) студентів виявлені розлади короточасної і довготривалої пам'яті.

Функціональний стан серцево-судинної системи розглядався на підставі даних ЕКГ. Синусова тахікардія від 84 до 125 уд/хв за даними ЕКГ була виявлена у 36 (41%) осіб із 76, у 5 осіб виявлена екстрасистолія, можливо, як результат екстракардіальних впливів (посилення симпатичної інервації серця або ослаблення вагусної на тлі

психоемоційного збудження) при відсутності органічної патології серця, так звана «нервова тахікардія».

Висновки: Проведене дослідження показало, що у 59,4% студентів, які перенесли ГРЗ, є симптоми астеновегетативного синдрому різного ступеню вираженості у вигляді психоемоційних (стомлюваність, тривожність, емоційна нестійкість, відволікання, порушення сну) і соматоневрологічних (головний біль, зниження апетиту, серцебиття, тахікардія) порушень. Ці порушення негативно впливають на процес реконвалесценції після перенесених інфекційних захворювань, подовжуючи цей період і погіршуючи якість життя пацієнтів.

А.А. Попик, В.В. Фіщук

ДИНАМІКА ДОСТАВЛЕННЯ ХВОРИХ ДЛЯ КОРОНАРНОГО СТЕНТУВАННЯ БРИГАДАМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

В.В. Фіщук (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: на сьогоднішній день основною причиною передчасної смертності населення є хвороби системи кровообігу, зокрема: ІХС (інфаркт міокарда). Одним із сучасних методів усунення даної патології є коронарне стентування (КС), що дозволяє на тривалий час збільшити і зберегти просвіт ураженої артерії, що необхідний для течії крові.

Мета: проаналізувати динаміку застосування КС після екстреної медичної допомоги у Вінницькій обл.

Матеріали та методи: для вивчення питання впровадження коронарографії та проведення КС хворим у Вінницькій обл. використувувався матеріал діяльності Вінницької міської клінічної лікарні №1 та оперативні звітні дані станцій екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (ЕМД та МК) і моніторингові показники Вінницького обласного центру ЕМД та МК.

Результати: аналіз динаміки кількості доставлених хворих для КС проводився за період з 28.06.2013 р. по 31.12.2015 р. в розрізі станцій ЕМД та МК Вінницької обл.: Вінницької, Бершадської, Гайсинської, Могилів-Подільської, Хмельницької. Найбільшу кількість хворих зі значною тенденцією щорічного збільшення доставляли бригади Вінницької станції ЕМД та МК - 1556, значно меншу кількість доставляли хворих бригади таких станцій ЕМД та МК як: Бершадська - 7, Могилів-Подільська - 13, Гайсинська - 14.

Висновки: 1) у Вінницькій обл. за період з 28.06.2013. по 31.12.2015. наявна позитивна динаміка збільшення кількості хворих доставлених бригадами станцій ЕМД та МК для КС (з 168 до 627);

2) відмічена нерівномірна кількість доставлених хворих бригадами ЕМД та МК різних станцій Вінницької обл., що на наш погляд пояснюється віддаленістю місця проживання хворих від обласного центру, де створений Вінницький регіональний центр серцево-судинної патології;

3) щорічне збільшення кількості проведених коронарних стентувань хворим з патологією серцево-судинної системи пов'язане з доступністю вказаного малоінвазивного методу завдяки безкоштовному забезпеченню пацієнтів стентами, які закупляються за бюджетні кошти;

4) проведена в попередні роки значна санітарно-освітня, роз'яснювальна робота серед медичних працівників, хворих і населення, а також підтверджена ефективність вказаного сучасного методу лікування та профілактики дала значний позитивний результат;

5) вказані досягнуті результати стали можливі завдяки підтримці влади, департаментів охорони здоров'я області та м.Вінниці і керівництва Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;

6) на наш погляд покращити доступність даного методу для хворих можливо за рахунок впровадження КС в оточуючих лікарнях інтенсивного лікування Вінницької обл.

Т.Ф. Сердюк

РЕЖИМ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ УЧНІВ

Кафедра загальної гігієни та екології

Л.І. Григорчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Режим дня - це розподіл часу на всі види добової діяльності та відпочинку з урахуванням віку, стану здоров'я та особливостей особистості. Організм підлітків дуже чутливий до впливу несприятливих факторів навколишнього середовища, отже, особливо потребує ефективних засобів захисту. До таких засобів відноситься раціональний режим дня. Раціональним визнається такий режим, який створюється з урахуванням законів вищої нервової діяльності, добових біоритмів, а також вікових можливостей організму. Раціонально побудований режим сприяє оптимальній працездатності, попереджає стомлення, зміцнює здоров'я.

Мета: Дослідити і дати оцінку режиму праці та відпочинку учнів загальноосвітньої школи. Порівняти отримані показники анкетування з гігієнічними нормативами. Зробити висновки щодо дотримання учнями режиму праці й відпочинку та впливу цього чинника на їх здоров'я.

Матеріали та методи: Для того, щоб визначити чи раціонально учні школи планують свій день, було вирішено

провести анонімне опитування(анкетування) школярів 5-11 класів. Для порівняльної характеристики використовувалися гігієнічні нормативи 2013 року.

Результати:: Оцінивши дані анкетування (анкета з 8 запитань: 1) Клас; 2) Година, о котрій ти зазвичай прокидаєшся; 3) Година, о котрій ти зазвичай лягаєш спати; 4) Скільки часу ти проводиш за комп'ютером у дні навчання?; 5) Скільки часу у тебе займає перегляд телевізора у дні навчання?; 6) Скільки часу ти проводиш за комп'ютером у вихідні дні?; 7) Скільки часу у тебе займає перегляд телевізора у вихідні дні?; 8) Тривалість прогулянок на свіжому повітрі.) та порівнявши їх з гігієнічними вимогами, було визначено, що учні школи 5-11 класів не дотримуються раціонального режиму дня.

Висновки:Аналізуючи усі отримані дані внаслідок опитування, (було опитано 103 із 120 учнів), ми можемо зробити відповідні висновки. 1) Учні школи не досягають (жоден із класів не досягнув позначки тривалості сну, рекомендованої гігієнічними вимогами). Особливо це стосується 9-10 класів, які лягають спати о 23:30 год., і 11 класу – 23:30 год. 2) Учні 9 класу занадто багато часу проводять біля комп'ютера та телевізора (у дні навчання 4 години, у вихідні понад 8 годин). Скоріше за все, це і є причиною недосипання школярів. Найменше часу з усіх опитаних класів біля комп'ютера й телевізора проводять 8 і 10 класи. 3) Щодо тривалості прогулянок школярів, то найдовше перебувають на свіжому повітрі учні 6 і 9 класів (навіть перевищили гігієнічні вимоги), а найменше 5 і 10 класів. Отож, учням школи, у якій проводилося дослідження, було пояснено негативні сторони нераціонального розподілу дня та надані рекомендації щодо того, як зробити його таким, щоб він не шкодив їхньому здоров'ю.

Я.С. Скоробогач, Т.П. Березівська

ПОРІВНЯННЯ ЯКОСТІ ВОДИ З КРИНИЦЬ, АРТЕЗІАНСЬКИХ СВЕРДЛОВИН ТА ВОДОПРОВОДУ

Кафедра загальної гігієни та екології

Т.І. Гончарук (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вода є необхідною умовою і складовою частиною життя на Землі. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), щороку у світі біля 25% населення піддається ризику споживання неякісної питної води, а більше як 80% усіх захворювань людини безпосередньо пов'язано із вживанням неякісної води, до складу якої входять речовини, що можуть викликати токсичні ефекти. За запасами води, доступними для використання, Україна належить до малозабезпечених країн. Україна, перебуваючи в несприятливих умовах щодо водних ресурсів, не повністю реалізовує цільові програми стосовно збереження й ощадливого використання запасів питної води.

Мета: Порівняти результати лабораторних досліджень якості води з різних вододжерел.

Матеріали та методи: Щоб досягти поставленої мети, дослідження проведено за порівняльними даними протоколів випробувань води з криниць, артезіанських свердловин та водогонів.

Результати: Результатами дослідження питної води із криниці є відхилення від норми за такими показниками:

Жорсткість: допустимі рівні – не більше 10,0. Фактичне значення – 18,4.

Нітрати: допустимі рівні – не більше 50,0. Фактичне значення – 109,0.

Загальні коліформи: допустимі рівні – не допускається. Фактичне значення – 9,9.

Escherichiacoli.: допустимі рівні – не допускається. Фактичне значення – виявлено > 20

Результатами дослідження питної води з артезвердловини є наявність усіх показників у межах норми.

Результатами дослідження питної води з водопровідної мережі є незначні відхилення :

Каламутність: допустимі рівні – 1,0. Фактичне значення – 1,14.

Висновки: Якість води із артезіанської свердловини є найкращою, оскільки міжпластові водонапірні води є найбільш захищеними від бактеріального забруднення та мають стабільний хімічний склад. Вода із водогону, джерелом водопостачання якого є артезіанська свердловина, гірша по якості, що обумовлено її можливим вторинним забрудненням при проходженні по водогінній мережі. Причиною може бути незадовільний санітарно-технічний стан водопровідних труб (зношеність, прориви) та водопровідних споруд (водонапірної вежі, водопідйомного устаткування, надсвердловинних павільйонів, тощо).

Проте, якість водопровідної води набагато краща та більш гарантована в порівнянні з криничною водою. Оскільки, водопровід є стабільною та контрольованою інженерною спорудою, яка здійснює водозабір з джерела, оброблення води з доведенням її якості до вимог діючого стандарту, призначену для централізованого водопостачання населених пунктів. Вода криниць – це рунтові води, якість яких слабо захищена та залежить як від природного складу ґрунту, так і від техногенних чинників, зокрема наявності в радіусі 20-50 м різноманітних джерел забруднення.

Ю.С. Степанчук
**ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ТИМЧАСОВИХ МЕТОДІВ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧ У БОЙОВИХ
УМОВАХ**

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
В.С. Тарасюк (д.мед.н, проф.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: З винаходом та постійним вдосконаленням сучасних тимчасових кровоспинних методів, показник смертності від кровотеч поступово знижується, проте кожний засіб має певний ряд переваг та недоліків в залежності від умов їхнього застосування. **Мета:** Проаналізувати ефективність тимчасових кровоспинних засобів за різних видів і локалізацій кровотеч. Порівняти їхні характеристики. Показати доцільність використання засобів в умовах АТО.

Матеріали та методи: Теоретичний аналіз наукової та методичної літератури.

Результати: До найбільш ефективних тимчасових засобів зупинки кровотечі, які в даний час є в розпорядженні української армії, відносять джгут САТ (український аналог 'Січ') та Есмарха. Джгут САТ має ряд переваг над джгутом Есмарха, які є досить помітними: стійкий за низьких температур, простий у накладанні, надійний у фіксації, можливість накладання на оголену шкіру. Недоліками турнікету САТ як і будь якого іншого джгута є посттурнікетний синдром, компартмент синдром, синдром тривалого стиснення, нездатність зупинити кровотечі на шиї та тулубі, відносно невеликий час, на який його можна накладати. Хімічні засоби зупинки кровотеч Celox, ChitoGauze, QUIKCLOT, Гемостоп. ChitoGauze, Celox- високоефективний контактний гемостатик на основі хітозана, значною перевагою цього контактного гемостатика є: не потребує особливих умов зберігання, ефективність не знижується при низькій температурі, не потребує великих зусиль у використанні. Недоліки Celox: потребує обережного поводження з ним (при потрапленні в очі може викликати сліпоту, в дихальних шляхах зупинку дихання, ядуху), можливі хімічні опіки, важко видалити з оточуючих тканин при операціях, висока вартість, через що армія недостатньо ним забезпечена. QuikClotCombatGauze в порівнянні з целоком: не залишає хімічних опіків, має покращений контакт з ранюю, відразу готовий до застосування, не потрібно вимивати з рани залишки гранул, фіксуються на рентгенівських плівках, завдяки синій смужці посередині. Новою розробкою українських науковців у зв'язку з ситуацією на сході є засіб "Кровоспас". Склад гемостатику вчені не називають, проте вартість буде в рази меншою від Celox чи QuikClot. В експериментах засіб перевершує інші гемостатики у швидкості згортання крові. По своїй структурі згусток крові нагадує щільну пластилінову масу.

Висновки: Широке використання джгута САТ в умовах бойових дій та його подальше впровадження необхідне для української армії. Контактні засоби зупинки кровотеч компенсують деякі недоліки джгутів, тому целокс, ChitoGauze, QuikClot є необхідні медичні засоби, якими повинні бути забезпечені всі військовослужбовці, рятувальники, бригади ШМД, спортсмени.

В.А. Тростенюк
ПОРІВНЯННЯ ЗВИЧАЙНИХ ТА ЕЛЕКТРОННИХ ЦИГАРОК
Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Т.М. Сидорчук (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Останнім часом набувають великої популярності електронні цигарки, поступово витісняючи звичайні. Дане дослідження допоможе краще зрозуміти, що менше зашкодить Вашому здоров'ю, а що, навпаки, більше.

Мета: Дослідити позитивні та негативні якості електронних та звичайних цигарок.

Матеріали та методи: В дослідженні використовувався порівняльно-описовий метод.

Результати: Те, що куріння тютюну завдає серйозної шкоди здоров'ю організму людини вже не викликає сумнівів. Сигарета містить більше 4000 шкідливих речовин. Перш за все, це смола. Вона містить в собі канцерогенні речовини, які подразнюють тканини бронхів та легень. По-друге, вміст нікотину. Нікотин - це наркотична речовина, яка надає стимулюючу дію. Нікотин, також як і будь-яка інша наркотична речовина, викликає залежність. По-третє, містить токсичні гази, а саме ціаністий водень, азот, окис вуглецю та інші. Ще один отруйний компонент, що міститься в тютюновому диму, - чадний газ. Він, як відомо, утворює з гемоглобіном міцну сполуку, через що організм страждає від кисневого голодування.

Проте електронна сигарета також має ряд негативних характеристик. Результати хімічної експертизи, вибірково проведеної Управлінням з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США, показали, що "нешкідливі" цигарки можуть бути небезпечними для здоров'я. У половині картриджів цигарок, які підлягали перевірці, було виявлено канцерогенний активний нітрозамін. Ця отруйна речовина навіть у малих кількостях може сприяти розвитку в організмі ракових клітин. Крім цього, наявний диацетил та акролеїн, очищений нікотин, пропіленгліколь, ароматичні компоненти, все це негативно відображається на здоров'ї курця. Дія нікотину призводить до звуження кровоносних судин, що викликає кисневе голодування всіх органів, а найголовніше - мозку. Нікотин викликає втончення судин, що з часом може викликати не тільки геморагічний

інсульт, але й інфаркт міокарда, хвороби нирок тощо. Додатково, нікотин викликає мутації клітин, що зростають з поколіннями, скорочуючи в рази життя дітей, чії бабусі, дідусі або батьки, мали цю шкідливу звичку. На жаль, на цьому шкода нікотину не вичерпується.

Висновки: Електронні цигарки дійсно мають перевагу. Вони пожежобезпечні, зменшується негативний вплив на екологію, вигідніші в ціні, а що саме основне менше шкодять курцю та не впливають на оточуючих. І все ж таки досі ще невідомо точно про склад всіх хімічних речовин е-цигарок. В деяких знайдені, крім наведених, формальдегід, діетиленгліколь. Електронна цигарка хоча і наносить менше шкоди здоров'ю, в порівнянні з звичайною, проте згубну дію має також не маленьку. І будь-яка цигарка, будь то звичайна чи електронна, але вона цигарка, вона шкодить Вашому і оточуючим здоров'ю. Будь-яка цигарка викликає залежність, як фізичну, так і психологічну. Організму важче позбавитись від психологічної залежності, ніж від фізичної. Це, звичайно, величезний фактор, з яким може допомогти поборотись е-цигарка, але не потрібно зловживати.

М.І.Чвертневич

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ФЕРТИЛЬНОСТІ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я

О.В.Ткаченко (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Свідченням благополуччя країни є позитивний показник природнього приросту. Його регуляція як складова демографічної політики спрямована на контроль та покращення соціально-культурного рівня, науково-технічного прогресу, вдосконалення медичного забезпечення. Природній приріст залежить від народжуваності, що є непрямомою ознакою здоров'я населення. Біологічним підґрунтям народжуваності є здатність людини до відтворення потомства - плідність. Показники фертильності мають вагомий вплив на оцінку структури населення, а від того і на його здоров'я.

Мета: статистичний аналіз сучасного характеру режиму народжуваності в Україні, дослідження впливу показників фертильності на здоров'я населення, особливості плідності в різних областях, порівняння показників шлюбної та позашлюбної плідності та їх вплив на демографію країни.

Матеріали та методи: Державне бюро статистики України, демографічний словник, матеріали спеціально організованих вибіркового обстежень: «Молодь України: спосіб життя та ціннісні орієнтації». Методи: системно-структурний, порівняльний, аналітичний.

Результати: за останніми даними статистичного бюро сумарний коефіцієнт фертильності в Україні становив 1,51 дітей на жінку. Традиційно він є вищим у сільського населення (1,83 дітей проти 1,37 у міського). Найвищий сумарний коефіцієнт народжуваності характерний для західних областей, найнижчий - для східних. Спостерігається тенденція до збільшення позашлюбної народжуваності: у міського населення — 21,1% (максимальна 32,2 — 32,9% у Херсонській та Кіровоградській областях, мінімальна 7,5 — 8,2% у Тернопільській та Львівській областях); у сільського населення — 23,3% (максимальна 40,0 — 41,4% у Миколаївській та Кіровоградській областях, мінімальна 7,5 — 7,6% у Львівській та Тернопільській областях). Це говорить про зміну дітородних традицій, ламку сталих сімейних засад. Високий ступінь орієнтації жінок на позасімейну сферу (зайнятість, робота, освіта) неминуче знижує настанови на народження дітей. Для зміни ситуації та підвищення рівня шлюбної фертильності необхідні умови встановлення справжньої рівності подружжя, реальних можливостей поєднання сімейних та додаткових інтересів.

Висновки: На території України чисельність населення значно зменшується у зв'язку з низькими соціально-економічними умовами, високою смертністю, еміграцією населення. Близько 90% жінок активно залучені до суспільного життя, збільшується рівень безпліддя та зниження репродуктивного здоров'я серед жінок дітородного віку. Тенденція до збільшення позашлюбної плідності переважає у сільського населення та здебільшого в центральних та південних областях. Це матиме свій внесок в формуванні світогляду майбутнього покоління, відобразиться на структурі захворюваності та показниках здоров'я в цілому. Проте поступове зростання рівня життя та широкі можливості зайнятості можуть стати тим загальним тлом, яке додаватиме упевненості мешканцям України в майбутньому їх дітей.

М.І.Чвертневич

ПРИНЦИПИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Ю.Й.Рудий(к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Інсульт вже тривалий час є серйозною проблемою, оскільки в більшості пацієнтів, що вижили, значно погіршується якість життя, 20–25% із них до кінця життя потребують сторонньої допомоги у повсякденних справах. Інсульт сьогодні – основна причина інвалідизації населення. Для набуття оптимальної самостійності пацієнтові потрібна допомога фахівців фізичної реабілітації.

Мета: розкрити сучасні підходи щодо реабілітації хворих після перенесеного інсульту, огляд сучасних

методик, визначення їх особливостей та ефективності.

Матеріали та методи: матеріали Всесвітньої конференції фізичної терапії, науково-практичний журнал "Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія". Методи: теоретичний аналіз, статистично-оглядовий.

Результати: У світовій практиці в реабілітація після інсульту провідне місце займає інтегрований підхід за участі декількох спеціалістів: фізичного реабілітолога, ерготерапевта, логопеда, медичного психолога. Ефективними є такі методики: позиціонування - для профілактики патологічних поз, контрактур чи болю; силові тренування для покращення м'язової сили й координації, тренування перенесення ваги тіла - швидше відновлює навик ходьби; відновлення амплітуди рухів - шляхом виконання активних чи пасивних вправ для зменшення спастичності; вправи на покращення координації та рівноваги проводяться з м'ячами, на м'яких поверхнях зі зменшенням площі опори; заняття на дрібну моторику направлені на активну участь кисті та пальців у цілеспрямованій діяльності (ігри, маніпуляції з предметами); методика тимчасового обмеження активності здорової кінцівки, або терапія примусового використання, - обмеження використання неушкодженої кінцівки під час тренування ураженої; сенсорне тренування - для відновлення сприйняття схеми тіла, чутливості та зменшення наслідків синдрому ігнорування, когнітивне тренування - щоб покращити пам'ять, мислення, увагу і зменшити прояви апраксії; дзеркальна терапія для відновлення рухової функції ураженої кінцівки на основі отриманої сенсорної інформації про її активність, дихальні вправи з метою покращення вентиляції легень, рухливості грудної клітки; кінезіологічне тейпування - накладання еластичної клейкої стрічки для зменшення набряку, болю, стимуляції активного руху в паретичних кінцівках; використання автоматизованих пристроїв. Основними принципами є ранній початок, системність, тривалість, адекватність і комплексність.

Висновки: Доведено, що застосування засобів фізичної реабілітації зменшує ризик виникнення різних ускладнень, сприяє відновленню порушених рухових функцій, готує пацієнтів до вертикалізації та набуття елементарних навичок самообслуговування. Значна поширеність сьогодні різних видів інсульту серед різних вікових груп, у тому числі дітей і молоді, а також великий ступінь інвалідизації осіб, які перенесли інсульт, вимагає глибокого аналізу наукових даних стосовно можливостей фізичної реабілітації після перенесеного інсульту. Це дасть можливість підвищити ефективність відновлювальної кінезотерапії.

А.Н. Чурсина, Б.М. Микаилова

ВЛИЯНИЕ СВИНЦА НА РАЗВИТИЕ ПЛАЦЕНТЫ.

Кафедра общей гигиены

Э.Н. Белецкая (д.м.н., проф.)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

г. Днепропетровск, Украина

Актуальность темы. Загрязнение окружающей среды оказывает выраженное воздействие на формирование популяционного здоровья населения.

Ухудшение экологической обстановки является одним из лидирующих факторов в нарушении репродуктивной функции женщины и фактором риска для здоровья ребенка. Среди наиболее опасных техногенных загрязнителей являются тяжелые металлы (ТМ) – свинец (WHO, 2007). Принятые нормативы безопасного содержания свинца в организме женщин репродуктивного возраста и детей существенно различаются, что создает условия для усиления его воздействия во внутриутробный период развития.

Цель работы: выявить особенности развития и функционирования гематоплацентарного барьера под влиянием свинца на организм беременной в натуральных и экспериментальных условиях.

Материалы и методы исследования. Были проведены натурные и экспериментальные исследований по выявлению особенностей развития плаценты при воздействии свинца. Для натуральных исследований отобраны беременные женщины г.Днепропетровска в возрасте 20-25 лет, первородящие во втором триместре беременности, замужние, без профессиональных экспозиций ТМ, соматических, наследственных заболеваний и вредных привычек.

Результаты и их обсуждение. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что нарушение развития плаценты под воздействием свинца происходит как в результате его прямого токсического действия, так и за счет нарушения процессов гемодинамики. Так, в результате натуральных исследований установлено, что в условиях техногенных территорий биосубстраты системы «мать-плацента-плод» содержат свинец в повышенных концентрациях, - на уровне $1,3 \pm 0,11$ мг/кг, что в 1,4 раза превышает аналогичные показатели для экологически чистых территорий.

Результаты натуральных исследований подтверждаются серией экспериментальных работ, в которых показано, что при физиологической беременности в плаценте крыс накапливается, в среднем, $0,096 \pm 0,015$ мг/кг свинца, что в 1,3-1,6 раза ($p < 0,05$) выше по сравнению с другими биосубстратами.

Выводы. Длительный контакт во время беременности со свинцом, приводит к повреждению фетоплацентарного комплекса с развитием плацентарной дисфункции, которые реализуются в дальнейшем осложнениями беременности. Плацента характеризуется высокой чувствительностью к внешним факторам химического воздействия, что позволяет обосновать включение плаценты как биомаркера в дизайн биомониторинговых исследований населения промышленных регионов и, таким образом, повысит эффективность защиты здоровья детей уже на этапе антенатального их развития.

Т.С. Шеремета
**ЛІКУВАННЯ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З
ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ В ДІЛЯНКУ ГРУДНОЇ КЛІТКИ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АТО.**

Кафедра військової хірургії
С.А. Асланян (к.мед.н., доц.)
Українська військово-медична академія
м. Київ, Україна

Актуальність: Станом на 09.02.15 за даними НГВМКЦ (м. Київ) 11,7% від усіх поранень в зоні проведення АТО припадає на ділянку грудної клітки. У тому числі 14,4%- проникаючі, 7,5% з ушкодженням легень. Отже, практично кожне десяте поранення спостерігається в ділянку грудної клітки, а враховуючи важкість поранень та анатомо-фізіологічну значущість цієї ділянки, дана проблема залишається важливою для військової медицини.

Відсутність досвіду організації медичного забезпечення при застосуванні ЗСУ у локальних збройних конфліктах, до яких відноситься АТО, вимагає ретельного дослідження для оптимізації надання хірургічної допомоги на етапах медичної евакуації (ЕМЕ) для усіх поранених, та насамперед для поранених в ділянку грудної клітки.

Мета: Дослідження об'ємів та видів наданої хірургічної допомоги пораненим в ділянку грудної клітки ЕМЕ в умовах АТО.

Матеріали та методи: Проведено аналіз історій хвороби та документів медичної звітності поранених з вогнепальними ушкодженнями грудної клітки в умовах АТО, які надходили на лікування до НГВМКЦ за період від 01.2015 до 04.2015 року включно, з вивченням основних шляхів та ЕМЕ і обсягів хірургічної допомоги, яку було надано відповідно до їх рівня.

Результати: Серед пацієнтів з вогнепальними пораненнями в ділянку грудної клітки в умовах АТО, які надходили на лікування до клініки торакальної хірургії НГВМКЦ, як до ЕМЕ IV-го рівня, 100% становлять чоловіки, середнім віком 33,6 роки, 92,3 % з яких мобілізовані рядового складу, 7,7% - молодший офіцерський склад. 53% з яких використовували бронежилети 4 класу та вище; 38,46% яких пройшло по 4, 30,76% – по 5, 15,40% - по 7, 15,38% – по 3 ЕМЕ. До цивільних лікувальних закладів на шляхах евакуації надходили 76,92% поранених. Згідно з медичною документацією, у 15,38% доставлених на II рівень був легкий стан, у 30,77% - середній, у 53,85% – важкий та вкрай важкий. Для перевезення у 76,92 % поранених, було застосовано санітарну авіацію. У 7,69% випадків проведено одне оперативне втручання, у 23,07% - два, у 23,08% - три, у 7,7% - 4, у 38,46% - 5 і більше на різних ЕМЕ. Розглянуто клінічне спостереження з використанням ВАК-терапії у важкопораненого у ділянку грудної клітки.

Висновки: 1) Застосування бронежилетів в умовах АТО є суттєвим засобом зменшення важкості поранення та збереження життя, однак незважаючи на це 11,7% поранених отримали ушкодження саме грудної клітки, що привертає увагу до цієї проблеми. 2) Вкорочення кількості ЕМЕ в умовах АТО реалізується за рахунок санітарної авіації та має тенденцію руху до міжнародних стандартів. 3) Застосування ВАК-терапії на госпітальному етапі дозволяє покращувати якість лікування, долати ускладнення, та рятувати життя пораненим.

Ю.В. Шило, В.М.Стульнова, І.О. Моканюк
ДВІ ПОСТАТІ - ДВІ СТОРІНКИ ІСТОРІЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Кафедра патологічної анатомії, судової медицини та права
Моканюк О.І.(к.мед.н. доц.)

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

Актуальність: Знайомство з минулим має важливе значення для всіх нас, хто живе в сьогоденні. Кажуть, що той, хто немає минулого – не вартий майбутнього. І сьогодні, зважаючи на складну ситуацію в нашій країні до майбутнього ми йдемо, озираячись на минуле і ще з більшим бажанням вивчаєм події минулого адже, це велике надбання, яким не можна нехтувати.

Мета: Дослідити внесок і роль професора Лейбовича Я.Л. та доц. Дорошенко С.А. у розвиток вітчизняної судової медицини.

Матеріали та методи: Інформацію отримали шляхом вивчення архіву ВНМУ імені М.І.Пирогова, Державного архіву Вінницької області та літературних джерел.

Результати: Цікаво прослідкувати за розвитком судової медицини на території радянського союзу, що відбувався завдяки активній праці та внеску сміливих і неординарних постатей проф. Я.Л. Лейбовича та доц. А.С. Дорошенко. Неможливо не зазначити участь проф. Лейбовича Я.Л. у формуванні нового її напрямку, як в клінічному, так і в практичному аспекті. Немало зусиль та енергії спрямував Я.Л.Лейбович на організацію важливого завдання – розробки програми розвитку державної судово-медичної служби, її структури та форми діяльності. У той же час приймав участь у практичній підготовці медичних експертів і судових хіміків, організації цілої мережі лабораторій для дослідження речових доказів. Був автором великої кількості публікацій, які присвятив питанням організації та стану судово-медичної служби. З 1939 по 1941 рр. був

завідувачем кафедри судової медицини Вінницького медичного інституту.

З 41 по 43 рр завідувачем кафедри судової медицини був Дорошенко С.А. Він входив у склад міжнародної комісії по розслідуванню злочинів НКВС, яка працювала у м. Вінниця в 1942 р. Дорошенко С.А. став не тільки першим алей єдиним судово-медичним експертом в радянському союзі, який офіційно своїм підписом засвідчив про злodianня комуністичної влади. Його життя після війни та від'їзду з Вінниці невідомо.

Висновок : Ми вважаємо, що необхідно повернути на сторінки історії вітчизняної судової медицини ім'я проф. Лейбовича Я.Л. та Дорошенка С.А., які завдяки старанням радянської влади, були несправедливо стерті.

Т.С. Ширінга

ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД СТУДЕНТІВ. ОСНОВИ ТА ПРОБЛЕМАТИКА МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.

Кафедра фізичного виховання та ЛФК

Л.І.Мичковська (ст.викл.)

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

Актуальність: Серед основних проблемних питань охорони здоров'я є серцево-судинні захворювання серед населення України. В Європі гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є причиною смерті кожного шостого чоловіка і кожної сьомої жінки. В Україні хворобами системи кровообігу (ХСК) охоплено близько 25,9 млн осіб (53% населення), серед них працездатного віку – 9,3 млн (Державна служба статистики України, 2012). Зростання загальної смертності населення, зниження очікуваної тривалості життя викликає серйозну тривогу і свідчить про недостатню ефективність профілактичних заходів, що проводяться. Аналіз показників захворювань кардіоваскулярної системи показав, що в основну категорію з високим ризиком захворюваності потрапляють особи працездатного віку, що ведуть малорухомий спосіб життя. Цей фактор ризику простежується серед числа студентів. Спостерігається динаміка зростання частоти випадків серцево-судинних захворювань серед студентів 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015 навчальних років з показаннями до проходження курсу фізичного виховання в спецгрупі. Вивчення структури захворюваності та порівняльна оцінка даних дає можливість визначити поширеність певних нозологій та створення оптимальних правил профілактики та лікування захворювань серцево-судинної системи та запровадження інформування населення про фактори ризику даних патологій.

Мета: Визначити показники захворюваності серед студентів спецгруп на серцево-судинні захворювання загалом та по окремих їх нозологіях; комбіновані діагнози як наслідок захворювань кардіоваскулярної системи у студентів 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015 навчальних років. Встановити тенденцію змін вищезгаданих показників. Обґрунтувати вдосконалення методики фізичного виховання у лікуванні та покращенні стану студентів із спецгруп та підвищити культуру профілактики захворювань данного ряду серед студентів основних груп.

Матеріали та методи: Огляд статистичної звітності інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики. У ході дослідження було використано методи математичної статистики для відсоткового розрахунку поширеності хвороб системи кровообігу.

Результати: В ході дослідження було опрацьовано карти медичного огляду студентів 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015 навчальних років, у кількості 100 на кожен навчальний рік. Загалом, серед молодих людей, що займаються у спецгрупах у віці до 21 року з діагнозом ВСД - 48% (ВСД по змішаному типу- 25-28%, нейроциркуляторна дистонія по гіпертонічному типу - 11- 13%, ВСД за гіпотонічним типом 6 - 8%), пролапс мітрального клапана 1, 2 ступеня із супутніми захворюваннями 4- 6%, інші - 6-8%; хвороби зорового аналізатора 36 - 38%, ДЦП - 1%. Спостереження динаміки зростання серцево-судинних захворювань в даний період.

Висновки: Негативний вплив факторів зовнішнього середовища викликає загальний адаптаційний синдром. Аби зменшити " ціну адаптації" помірне зростання фізичної активності збільшило рівень функціональних можливостей.

С.В.Яковець

СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ОЖИРІННЯ

Кафедра загальної гігієни та екології

Л.І. Григорчук (к.мед.н., доц.), І.В. Сергета (д.мед.н., проф.)

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

Актуальність: Ожиріння як проблема є дуже актуальною темою. Справа в тому, що у світі дуже великий відсоток людей, які страждають цим недугом. Ожиріння як явище охоплює усі сфери життя людини. Починаючи від неправильного раціону харчування, культури харчування, стилю життя, людина проходить свій шлях і опиняється на нижчому соціальному шаблі. Її ніхто не дорікає, не чинить тиску, але ожиріння заважає їй жити так як раніше.

Мета: Проаналізувати проблематику ожиріння як хвороби у світі і в Україні зокрема. Дослідити ставлення

молоді до цієї проблеми і дати характеристику їхнім поглядам щодо цього.

Матеріали та методи: В дослідженні використовувалися матеріали з наукових праць вчених та фахівців у даній галузі. Статистичні дані, отримані з різних джерел. А також соціальне опитування серед молоді, віком 20-30 років.

Результати: ВООЗ розглядає ожиріння як епідемію. За прогнозами, число хворих у 2025 році, зросте до 300 млн. чол. у світі. Це – одна з найскладніших медико-соціальних проблем сучасності. Широке розповсюдження, тісний зв'язок із способом життя і надзвичайно висока смертність від його наслідків вимагають об'єднання зусиль лікарів різних спеціальностей, а також органів охорони здоров'я з метою своєчасного виявлення та здійснення широкомасштабних профілактичних і лікувальних заходів.

Проведене соціологічне опитування показало, що близько 30% молоді позиціонують себе в суспільстві як людину з надлишковою вагою.

Висновки: Аналізуючи дане дослідження, можна сказати, що у світі зростає кількість хвороб, пов'язаних з ожирінням. Починаючи з раннього віку, люди нехтують елементарними нормами і правилами харчування, ведуть малорухливий спосіб життя, тим самим поповнюючи списки хворих, які мають проблеми з зайвою вагою.

ФІЗИКО- ХІМІЧНИЙ НАПРЯМ



PHYSICS AND CHEMISTRY

K. Y. Barkasi, S. Yu. Yurikova
THE PERSPECTIVES OF USE OF CLOUD TECHNOLOGIES IN MEDICINE

Department of Biophysics, Informatics and medical equipment

Yu. P. Gulchak (as. professor, Ph.D.)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnytsya, Ukraine

Actuality: Introduction of high-performance networks into medical practice, relatively low cost of the PCs and storage devices and the widespread adoption of virtualization, graphics led to the growth of databases and computing operations. The best solution for this problem is the use of so-called "cloud" technologies.

Aim: To systematize the problems and prospects of "cloud" technologies in medical practice and to identify the ways of their solutions at the stage of reforming the healthcare industry in Ukraine. To consider the most important problem of protection of personal data in the cloud.

Materials and methods: Collection and analysis of the theoretical articles from foreign and domestic journals and survey of Internet.

Results: Cloud computing is a kind of Internet-based computing that provides shared processing resources and data to computers and other devices on demand. It can be promptly provided and released with minimal management costs and calls to the provider. Cloud services should guarantee the security of personal data of patients outside the medical establishment. If the access to the cloud is implemented through an open channel of communication, there is a risk that an attacker can get access to information. The solution for this problem is to use a secure Intranet network and mandatory encryption of personal data during transmission and storage in the "cloud" environment, ensure the strict two-factor user authentication.

Conclusions : The issue of information security in cloud services needs an improvement in many aspects. An analysis of the current state of use of cloud technology in medicine justifies the application only the private clouds.

Я.В.Габорець

Лауреати Нобелівської премії, вихідці з України

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.В.Смірнова (к.х.н., доц.)

Вінницький Національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Роль хімічних знань у пізнанні природи важко переоцінити. Сучасна хімія представлена безліччю різних напрямів розвитку знань про речовини й способи їх перетворення. Однак вона не є простою сумою знань про сполуки, оскільки досягнення в даній галузі накопичувалися протягом багатьох століть завдяки клопіткій праці численних поколінь науковців-хіміків.

Мета: Висвітлити роль Нобелівських лауреатів вчених-хіміків у розвитку хімії як науки

Матеріали та методи: Сучасна хімія - це високопорядкована система знань, що стрімко й цілеспрямовано розвивається у взаємодії із системами знань інших наук. Тому не можна не згадати ім'я сучасного американського вченого Роалда Гофмана. Видатний хімік народився в м.Золочів Львівської області. У 1944 р. він переїхав до Польщі. Зараз проживає у США. В 1981 р. став лауреатом Нобелівської премії "за розробку теорії протікання хімічних реакцій". Дана теорія значно розширює можливості для планування перебігу хімічних експериментів.

Жорж Шарпак (1924-2010) – ще одна непересічна особистість, ім'я якої відоме всьому світу завдяки відкриттю камер Шарпака, що на даному етапі розвитку науки знаходять своє застосування як у хімії, так і у фізиці. Прилад дозволяє визначити величину іонізації, встановити точні координати проходу електронних часток. Камера Шарпака відкрила новий напрямок у створенні вимірювальних приладів у ядерній фізиці, а загальні принципи та технічні новачки використовуються й у прискорювачах елементарних часток, зокрема у Великому адронному колайдері. Шарпак народився в селі Дубровиця (Україна) в єврейській родині польського походження. Коли Георгію минуло сім років, його родина переїхала до Парижа. Нобелівською премією вчиний був нагороджений в 1992 році.

Особливу увагу варто звернути на наукові досягнення Миколи Семенова, хіміко-фізика, одного з основоположників хімічної фізики, академіка АН СРСР, лауреата Нобелівської премії з хімії «за формування теорії ланцюгових реакцій». Семенов мав українське коріння, оскільки його батьки, за професією вчителі, були вихідцями з с. Мала Тернівка Запорізької області. Ідеї Семенова знайшли застосування в науці (реакції полімеризації) і в промисловому виробництві полімерів, дослідженнях металокомплексного каталізу, у вивченні каталітичних процесів в біологічних системах.

Результати: вивчивши та дослідивши біографії восьми видатних вчених-лауреатів Нобелівської премії в галузі хімії, вдалося прослідкувати їхнє українське походження.

Висновки: українські вчені зробили неocenний внесок в розвиток світової науки.

Т.Л. Домбровська
ВПЛИВ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ НА РІВЕНЬ ЦИСТЕЇНУ ТА ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В КРОВІ

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.М. Нечипорук (к.біол.н., ас.)

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

Актуальність: гіпер- та гіпотирозидизм, можуть супроводжуватися судинними розладами, розвитком атеросклерозу, тромбофіліями. Фактором ризику ендотеліальної дисфункції, хвороби Альцгеймера, атеросклерозу і посиленого тромбоутворення є також порушення обміну сірковмісних амінокислот. Гіпотеза: можливо кардіоваскулярні розлади, що мають місце при гіпо- та гіперпродукції гормонів щитовидної залози, зумовлені, хоча б частково, порушенням метаболізму сірковмісних амінокислот в організмі, зокрема цистеїну та гідроген сульфід (H₂S).

Мета: дослідити вплив гормонів щитоподібної залози на вміст цистеїну та H₂S в сироватці крові експериментальних тварин.

Матеріали та методи: для досліджень було використано 40 безпородних шурів-самців, яких поділили на 5 груп: 1 – контроль (8 тварин, яким інтрагастрально вводили розчин 1% крохмалю); 2-а група та 3-а група – тварини, у яких викликали гіпертиреоз (8 тварин, яким протягом 14 днів та 21 дня вводили інтрагастрально L-тироксин на 1% розчині крохмалю по 200 мкг/кг на добу); 4-а група та 5-а група – тварини, у яких викликали гіпотиреоз (8 тварин, яким щоденно протягом 14 днів та 21 дня вводили мерказоліл на 1% розчині крохмалю інтрагастрально по 10 мг/кг на добу). Мерказоліл блокує фермент пероксидазу, що бере участь в йодуванні тироніну в щитовидній залозі до трийод- і тетраїодтироніну та знижує інкрецію тироксину. Для досліджень використовували сироватку крові, в якій визначали загальний вміст цистеїну та гідроген сульфід.

Результати: Встановлено, що при експериментальному гіпотиреозі після введення мерказолілу має зростання вмісту цистеїну в плазмі крові шурів на 14-ту добу – на 24% та 21-у добу – на 39%. Водночас, при введенні L-тироксину, протягом 14-и і 21-ї доби достовірного ефекту на рівень цистеїну в крові не справило. При введенні L-тироксину шурам протягом 14-и і 21-го дня призводило до зростання рівня H₂S в сироватці крові експериментальних тварин, проте при статистичному аналізі зміни виявилися недостовірними. При застосуванні мерказолілу протягом 14-и днів рівень H₂S достовірно знижувався на 17%, а протягом 21-го дня він достовірно знизився на 24%.

Висновок: Таким чином, введення шурам мерказолілу протягом 14-ти та 21-ти діб викликає достовірне різке пригнічення функції щитоподібної залози, що супроводжується збільшенням вмісту цистеїну в крові з одночасним зниженням рівня H₂S, що може бути вагомим фактором ризику виникнення кардіоваскулярних ускладнень у пацієнтів при гіпотиреозі.

О.Ю. Бабійчук, А.С. Данилюк

БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ВІДДАЛЕНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.В. Ладутько (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Цукровий діабет - це гетерогенна група порушень в плані етіології та патогенезу, що характеризується гіперглікемією натще, глюкозурією і супроводжується порушенням ліпідного і білкового обміну. Вважається, що саме комплекс ускладнень погіршує стан пацієнта і визначає тяжкість діабету. Розуміння біохімічних механізмів впливу та перебігу даних ускладнень відіграє основну роль у їх своєчасному виявленні та профілактиці, що підкреслює актуальність даної теми.

Мета роботи: Дослідити біохімічні аспекти ускладнень при цукровому діабеті.

Матеріали та методи: Матеріалами для дослідження стали роботи різних науковців, у тому числі О.В. Кузишина, Н.В. Ковалишина та Х.В.Алмашина (2011р.). Методами було аналітичне опрацювання наукової літератури.

Результати: При цукровому діабеті порушенні регуляторні ефекти інсуліну в результаті зниження його секреції або розвитку нечутливості тканин до його дії. Цукровий діабет залежить від того в якій ланці метаболізму порушена інсулінова регуляція. Використання глюкози знижується на різних етапах її перетворення - гліколітичному, циклі трикарбонових кислот, пентозо-фосфатному, що призводить до перетворення глюкозо-6-фосфату в глюкозу і надходження її з клітин у міжклітинний простір і кров. Пригнічується активність ряду ферментів, зокрема аденілатциклази, що сприяє утворенню регулюючого клітинного обміну циклічного 3,5-АМФ. Знижуються процеси глікогенного утворення і депонування глюкози в печінці і м'язах. Підсилюються глюконеогенез, тобто утворення глюкози з білків і жирів. Всі ці процеси призводять до підвищення рівня глюкози в крові. Тривала гіперглікемія негативно сказується на стані здоров'я діабетиків. Наслідками впливу гіперглікемії є: неферментативне глікозилювання білків, що змінює їх властивості і погіршує функції; ферментативне глікозилювання, яке призводить до збільшення швидкості синтезу гліколіпідів, глікопротеїнів і протеогліканів, надлишок яких збільшує в'язкість крові. У діабетиків відбувається накопичення сорбітолу, який утворюється при відновленні глюкози, погано проникає через клітинні мембрани, що призводить до

осмотичного набухання та порушення функцій клітин.

Пошкодження тканин розвивається в багатьох органах. Найбільш частими ускладненнями є ураження нирок, сітківки і кришталика ока, нервів та артерій.

Висновки: Віддалені ускладнення цукрового діабету є результатом мікросудинних змін та макросудинних порушень. При цьому спостерігаються: мікроангіопатії (ретинопатії — сліпота, макулопатія, нефропатія); катаракта (глікозилювання білків-кристалінів, внаслідок чого утворюються крупні агрегати, які розсіюють світло, викликають помутніння кришталика, зменшуючи його прозорість); тканинні гіпоксії, до яких призводить глікозилювання білків (гемоглобін HbA_{1c}); атеросклероз в результаті гіпертензії і дисліпідемії (підвищення тригліцеридів та холестерину у ЛПДНЩ, зниження холестерину у ЛПВЩ); протеїнурія (пацієнти з мікроальбумінурією є групою ризику ниркової недостатності і судинних хвороб).

О.С. Баглюк

«МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗЫ И ИХ ИНГИБИТОРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

Кафедра Биохимии, медицинской и фармацевтической химии

А.И. Шевцова (д.б.н., проф.)

ГУ "Днепропетровская медицинская академия"

г. Днепропетровск, Украина

Актуальность: Матриксные металлопротеазы относятся к семейству цинковых кальций-зависимых протеаз и насчитывают свыше 30 форм, отличающихся по структурной организации, субстратной специфичности и биологической активности. Данные соединения синтезируются рядом клеток в основном в неактивной форме и после частичного протеолиза проявляют относительно малую активность, в то время как воспалительные цитокины и факторы роста стимулируют ее повышение. Следуя из всего вышесказанного, актуальность исследования группы данных соединений может быть определена через проведение параллели между концентрацией матриксных металлопротеаз в крови и текущим состоянием пролиферативных систем организма.

Цель: Исследование возможности мониторинга различных изоформ матриксных металлопротеаз и их ингибиторов в крови, как показателя активности различных пролиферативных систем.

Материалы и методы: Проанализированы отечественные и зарубежные литературные источники с углубленным изучением физиологического воздействия матриксных металлопротеаз на экстрацеллюлярное пространство и их роль в развитии и диагностике сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты: На данном этапе известно, что уровень активности ряда матриксных металлопротеаз и их ингибиторов может быть маркером системных нарушений сердечно-сосудистой системы. Так, повышенная активность желатиназы В (ММП-9) и ТИМП-1 может предшествовать ишемической болезни сердца, тогда как в нормальной сосудистой стенке обычно можно найти ММП-2, ТИМП-1 и ТИМП-2. Также выявлена прямая корреляционная зависимость между объемом атеросклеротического поражения коронарного русла и уровнем ММП-9 в крови, а активность ММП-2 коррелирует с опухолевой инвазией и диссеминацией клеток множественной миеломы.

Выводы: В целом можем сказать, что группа металлопротеаз и их ингибиторов, в норме поддерживающие состав ЭЦМ и способствующие ангиогенезу, в случае нарушения регуляции их деятельности может приводить к различным сердечно-сосудистым заболеваниям. По уровню активности отдельных представителей данной группы можно предупреждать развитие таких нарушений, а тканевые ингибиторы, а также α - и β -макроглобулины, могут быть использованы для их компенсации и лечения.

К.Й. Баркасі, С.Ю. Юрікова

ДИСАДИПОКІНЕМІЯ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ РЯДУ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра біологічної та загальної хімії

К.М. Тубулкан (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Адипоцитокіни — група поліпептидних гормонів, що синтезуються клітинами жирової тканини, і регулюють функції різних органів та тканин. Існують два типи гормонів жирової тканини: справжні адипокіни (лептин, адипонектин) та неспецифічні, які секретуються при дисфункції адипоцитів. Дисбаланс між ліпоцитокінами може призводити до порушень ліпідного та вуглеводного обміну, що зумовлює розвиток компонентів метаболічного синдрому та цукрового діабету.

Мета: Систематизувати дані щодо ендокринних властивостей жирової тканини та встановити роль адипоцитокінів у розвитку ожиріння, метаболічного синдрому та цукрового діабету.

Матеріали та методи: Аналіз матеріалів статей вітчизняних та зарубіжних журналів, а також електронних версій журналів в пошукових системах інтернету Google та PubMed.

Результати: Лептин — гормон білкової природи, який секретується виключно в адипоцитах.

Лептин виявляє антистеатогенні властивості, регулює внутрішньоклітинний гомеостаз глюкози. Лептин

пригнічує синтез нейропептиду Y у гіпоталамусі, що призводить до зниження апетиту, підвищення тону симпатичної нервової системи, активації ліполізу.Порушення його секреції є фундаментом для розвитку ожиріння.Адипонектин синтезується переважно адипоцитами вісцеральної області. Він стимулює аденозинмонофосфаткіназу через гальмування ацетил-КоА-карбоксилази. Активація даного ферменту у м'язах стимулює окислення жирних кислот, включення глюкози й утворення лактату, у печінці — зменшення кількості ферментів глюконеогенезу, і, як результат,гіпоглікемія. Гіперлептинемія та лептинорезистентність є провідними чинниками розвитку метаболічного синдрому. Зниження рівня адипонектину в осіб з ожирінням розглядається як предиктор метаболічного синдрому і фактор високого ризику розвитку кардіоваскулярної патології.При цукровому діабеті 2 типу визначається резистентність до лептину. Збільшення рівня адипонектину запускає механізми зниження рівня глюкози шляхом інгібування експресії печінкових ферментів глюконеогенезу і частково продукції ендогенної глюкози у хворих на цукровий діабет 1 та 2 типу .

Висновки: Гормони жирової тканини суттєво впливають на стан організму в цілому і можуть провокувати різноманітні захворювання за найменших змін їхньої концентрації в крові. Ендокринна функція адипоцитів ще не достатньо вивчена, але механізми дії основних гормонів жирової тканини дають змогу лікарям по-новому поглянути на такі проблеми, як ожиріння, метаболічний синдром, цукровий діабет.

О.В. Беца

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЙОДОДЕФІЦИТУ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ МОЗКУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВІКОМ 16-18 РОКІВ

Циклова комісія спец.-лабораторних дисциплін

Дубінська де Атункар О.А.,Бабій О.В.

Вінницький медичний коледж ім. акад. Д.К. Заболотного

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ряд досліджень, проведених за останні роки у двадцяти двох областях України за участю МОЗ України, показали, що практично на всій території нашої держави має місце помірний йододефіцит. Йододефіцит формує відстале суспільство, країна втрачає інтелект, освітній, професійний та науковий потенціал.

Мета дослідження: проведення біохімічного моніторингу забезпечення йодом серед студентської молоді та дослідження впливу профілактичних заходів щодо йододефіциту на когнітивні функції мозку.

Методи та матеріали дослідження: Обстежено 60 студентів віком 16-18 років, які проживають у Вінницькій області. На початку дослідження було проведено анкетування з метою визначення середньодобового споживання йоду з продуктами харчування. Когнітивні функції мозку досліджували за результатами IQ- тесту прогресивних матриць Равена. Скринінг йододефіциту проводили по концентрації йоду в сечі набором «Йодотест». Стан гіпофізарно-тиреоїдної системи оцінювали за даними ультразвукової діагностики (УЗД) щитоподібної залози та за вмістом тиреотропного гормону (ТТГ), тироксину (Т4), трийодтироніну (Т3), тиреоглобуліну та тиреопероксидази в сироватці крові. Йодопрофілактику (ЙП) здійснювали корекцією раціону харчування йодованою сіллю протягом 6 місяців. Після чого повторно визначали біохімічні показники забезпеченості йодом та оцінювали когнітивні функції студентів. Паралельно досліджували залежність вмісту йоду в йодованій солі різних торгових марок від умов зберігання протягом одного року.

Результати дослідження: За анкетними даними було встановлено, що 80% респондентів вживають менше ніж 150 мкг йоду на добу з продуктами харчування. За результатами тесту Равена IQ вище середнього рівня мали 3,3% студентів, середній рівень - 55%, нижче середнього – 31,7% та дуже низький – 10%. Результати УЗД щитоподібної залози відповідали нормальним показникам у всіх обстежених. При дослідженні сечі був виявлений легкий ступінь йододефіциту у 37% обстежених, середні показники гормональної панелі знаходились в межах референтних значень. При повторних дослідженнях через півроку після початку корекції раціону харчування йодованою сіллю середній показник уринарної екскреції йоду у 100% обстежуваних досягнув норми, рівень ТТГ знизився на 10,9% , а рівень Т3 і Т4 підвищився на 5,6%; середній показник рівня IQ студентів збільшився на 10% в кожній групі. Результати титриметричного аналізу концентрації йоду в солі різних торгових марок відповідали вимогам ГОСТу 4202-75, причому кількість йоду протягом одного року зберігання в повторно закритій упаковці в середньому зменшувалась на 5%, а у відкритій - на 20%.

Висновки: При вживанні солі з вмістом йоду 40±15мг на 1 кг сприяє нормалізації значень уринарної екскреції йоду. ЙП позитивно впливає на стан гіпофізарно-тиреоїдної системи та покращує когнітивні функції студентів. Вміст йоду в йодованій солі залишається в межах норми протягом одного року незалежно від умов зберігання.

В.П. Гавриш

МОНІТОРИНГ ДЕФІЦИТУ МАГНІЮ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В РІЗНІ ПЕРІОДИ НАВЧАННЯ

Циклова комісія спец.-лабораторних дисциплін

О.В. Бабій, О.А. Дубінська де Атункар

Вінницький медичний коледж ім. акад. Д.К. Заболотного

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Поширеність дефіциту магнію в популяції серед дорослого населення становить від 16 до 42%. Недостатність магнію впливає на функції всіх систем організму і спричиняє загальні порушення, у тому числі знижує стійкість організму до стресу. Проблема стресу в останній час є однією з найбільш актуальних тем в психологічній практиці, а проблема екзаменаційного стресу, зокрема, щорічно зачіпає значні контингенти студентської молоді.

Мета: Вивчення особливостей магнієвого профілю та показників стійкості організму до стресу студентів у різні періоди навчання.

Методи та матеріали дослідження: Анкетування, в якому брали участь 65 студентів жіночої статі третього курсу Вінницького медичного коледжу, проводилось на початку навчання та в передсесійний період. Анкета включала питання, які характеризують основні параметри способу життя, харчування, фізіологічного стану організму. Були проведені загальний аналіз крові та аналіз крові на глюкозу. Дослідження рівня тривожності проводили за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна в вересні, грудні, січні та лютому. Паралельно досліджували рівень магнію в сироватці крові.

Результати дослідження: Аналіз нутрієнтного складу раціону показав наявність дисбалансу за вмістом білків, жирів, вуглеводів в харчуванні студентів. Були встановлені порушення мінерального складу раціону за вмістом магнію (від 43,5 до 48,1%) та кальцію (від 16,4 до 19,6%), причому в передсесійний період кількість магнієвого нутрієнта була ще більше знижена за рахунок відсутності в раціоні свіжих листових овочів та фруктів. Також мали місце ознаки порушень процесів збудження та гальмування в центральній нервовій системі: судоми м'язів, головний біль, запаморочення, роздратованість та порушення сну. При проведенні загального аналізу крові нормальні показники мали 90% обстежених; вміст глюкози в крові у всіх студентів був в нормі. У вересні рівень магнію в сироватці крові в межах референтних значень був встановлений у 80% студентів, причому рівні тривожності у групах з різними показниками магнію суттєво не відрізнялися. В передсесійний період спостерігалось зниження концентрації магнію в сироватці крові у 66,2% обстежених, що корелювало з підвищенням у них рівнів як особової так і реактивної тривожності. В січні місяці абсолютні показники магнію в сироватці крові у досліджуваних дещо знизились в порівнянні з груднем, підвищені рівні тривожності реєструвалися рідко. В лютому місяці концентрація магнію в сироватці крові досягла нижніх границь норми завдяки дотриманню рекомендацій щодо вживання магнієвмісних продуктів харчування.

Висновки: Під час стресових ситуацій витрачається і виводиться підвищена кількість вільного іонізованого магнію, тому екзогенне введення додаткових кількостей катіона сприяє підвищенню резистентності до екстремальних впливів. Також, крім збалансованого раціону харчування, є сенс рекомендувати заздалегідь розпочати додатковий прийом препаратів магнію перед прогнозованими психічними та фізичними перевантаженнями

Д.В. Глухонюк

БІОЛОГІЧНІ ТА ІМУННІ ВЛАСТИВОСТІ ПОЛІРЕАКТИВНИХ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

М.Б.Луцюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Поліреактивні імуноглобуліни (ПРИГ) є одним із компонентів інтактних сироваток крові людини і тварин. Механізм їх неспецифічної взаємодії з антигенами значно відрізняється від механізму зв'язування специфічних антитіл із відповідними антигенами. Дослідження впливу ПРИГ на такі процеси як фагоцитоз мікроорганізмів або розвиток злоякісних пухлин вказує на те, що вони можуть відігравати відповідну роль у захисті організму від інфекцій або за розвиток різноманітних патологічних процесів.

Мета: Встановити біологічні властивості ПРИГ. Розглянути спільні та відмінні риси між натуральними антитілами і ПРИГ.

Матеріали та методи: Дослідження проводилося шляхом аналізу праць співробітників Інституту біохімії ім.О.В.Паладіна НАН України: А.Бобровника, М.А.Демченка, С.В.Комісаренка та інших.

Результати: Імуноглобуліни сироваток тварин, оброблені розчинами хаотропних солей (3,0-5,0М розчин KSCN) чи підкислені до рН 2,0-2,5 з метою дисоціації імуних комплексів, набувають здатність в декілька разів сильніше зв'язуватися з різними антигенами, ніж вихідні імуноглобуліни сироваток. До подібної активації також призводило окиснення (до рН 2,0-3,0) чи підлужування (до рН 11,0-12,0) та прогрівання сироваток 10-20хв при 58-60 °С. Отримані зразки практично не мали специфічності і були здатні однаково реагувати з різноманітними антигенами, саме тому вони отримали назву – поліреактивні імуноглобуліни. Причиною набуття поліреактивних властивостей є здатність молекул змінювати власну конформацію, внаслідок чого специфічні антитіла трансформуються у ПРИГ. Процесу трансформації в першу чергу піддаються 2 Fab-ділянки

імуноглобулінів, тоді як Fc-ділянка залишається незмінною, завдяки чому ПРІГ здатні опсонізувати бактерії, зв'язувати комплемент і стафілококовий протеїн А. Неспецифічність ПРІГ проявляється тим, що вона пов'язана з підвищеною гнучкістю поліпептидного ланцюга антитіл в місці їх з'єднання з антигенами, що обумовлено набуттям ПРІГ гідрофобних властивостей в процесі трансформації. До факторів активації ПРІГ також відносять активні форми кисню, розчин етанолу (30-40% при $T=37^{\circ}\text{C}$) та 40-80%-й розчин диметилсульфоксиду.

Висновок: ПРІГ є одним із компонентів першої лінії захисту від інфекцій (фагоцитоз). Також вони незначно впливають на рівень гуморального імунітету, посилюючи утворення антитіл до деяких антигенів. Здатність ПРІГ сполучатися з стінками кровоносних судин, а також брати участь у реакції зв'язування комплементу, робить можливою участь ПРІГ у розвитку атеросклерозу. При злоякісних новоутвореннях поліреактивні імуноглобуліни в значній степені стимулюють пухлинний ріст. ПРІГ є притаганими різним групам крові, тому під час переливання натуральні антитіла можуть перетворюватися на поліреактивні імуноглобуліни під дією активних форм кисню, що може призвести до руйнування власних еритроцитів крові, тобто виникнення аутоімунного процесу. Це свідчить про необхідність проведення спеціальних досліджень в галузі імуногематології.

Л.Г. Гришук

ВПЛИВ ЕЙКОЗАНОЇДІВ НА ОВАРІАЛЬНО-МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦИКЛ, ФЕРТИЛЬНІСТЬ ТА ГЕСТАЦІЮ

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.В. Ладутько (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останні десятиліття простагландини, група ейкозаноїдів, похідних арахідонової кислоти, та подібні до них речовини (лейкотрієни, простацикліни, тромбокساني) стали предметом детального вивчення. Вони володіють широким спектром фізіологічної дії, частиною якого є їх участь в репродуктивних процесах. Сучасне розуміння точного механізму дії цих сполук залишається поверхневим, тоді як можливості їх застосування в клінічній медицині чимраз зростають.

Мета: Дослідження ролі простагландинів та інших ейкозаноїдів у репродуктивному циклі та можливих варіантів їх використання в акушерській практиці.

Матеріали та методи: Матеріалами для дослідження стали роботи різних науковців: Суне Бергстрема, Бенгта Самуельсона, Девіда Армстронга, Kenneth E. Clark, Leslie Myatt, Y. Yoshimura. Методом роботи є опрацювання наукової літератури.

Результати: Простагландини є аутокринними або паракринними регуляторами, що мають подібну структуру, але часто діють протилежно відносно один одного. Дія ейкозаноїдів проявляється практично на кожному етапі жіночого репродуктивного циклу. Результати біопсії показують послідовні зміни рівнів PGE₁ та PGF_{2α} протягом менструального циклу під впливом зміни кількості прогестерону та при міграції овоцита та сперматозоїда. Доведено участь PGF_{2α} у розвитку дисменореї за рахунок його вазоконстрикторних властивостей. Під час овуляції ейкозаноїди залучені до трьох етапів: дозрівання фолікула; його розриву та виходу овоцита; формування жовтого тіла. Фізіологічним лютеолізином є PGF_{2α}, що може діяти безпосередньо на лютеоцити як антагоніст ЛГ та ХГТ, або опосередковано, спрямовуючи кровотік в обхід жовтого тіла. PGF_{2α} викликає скорочення маткових труб, тоді як PGE₂ та PGI₂ є релаксантами. Рівні ейкозаноїдів істотно зростають у місці, де повинна відбутися імплантація, лімітуючим фактором при цьому є циклооксигеназа. Під час вагітності особливу вагу має простациклін PGI₂, що відповідає за вазодилатацію та зменшення периферичного опору судин. Зниження його рівня спостерігається при прееклампсії, гіпертензії вагітних, вагітностях з обмеженнями маткового зростання. Регуляція маткового кровотоку відбувається через прямий вплив на гладку мускулатуру судин (PGE); зниження маткового кровотоку шляхом підвищення м'язового тонуусу і механічної компресії судин (PGE, PGF); потенціацію чи депресію адренергічних синапсів. Зростання рівня простагландинів в амніотичній рідині стимулює пологи по механізму паракринної регуляції маткових скорочень.

Висновки: Різноманітність біологічних властивостей ейкозаноїдів зумовила їх широке застосування при лікуванні акушерських патологій. Яскравими зразками інтеграції теоретичних досліджень і клінічної медицини є лікування дисменореї інгібіторами синтезу простагландинів, використання простагландинів та їх синтетичних аналогів для переривання вагітності в разі внутрішньоутробної загибелі плода, аненцефалії, пухирного занеску, а також при підготовці вагітних до пологів.

М.М. Гурін, А.А. Струтинська
**ВПЛИВ ЦУКРОЗНИЖУЮЧОГО ПРЕПАРАТУ МЕТФОРМІНУ НА ПРОДУКЦІЮ ГІДРОГЕН
СУЛЬФІДУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ІНТАКТНИХ ЩУРІВ**

Кафедра біологічної та загальної хімії

А.В. Мельник (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Останнім часом увагу науковців привертає біологічно-активна молекула гідроген сульфід (H_2S), яка є антиоксидантом, вазодилататором, цитопротектором, посилює процеси фільтрації в нирках. Утворення H_2S в нирках відбувається переважно з цистеїну, гомоцистеїну та α -кетоглутарату за участі ензимів цистатіонін- γ -ліази (ЦГЛ), цистатіонін- β -синтази (ЦБС) та 3-меркаптопіруватсульфуртрансферази, супряженої з цистеїнамінотрансферазою (3-МСТ/ЦАТ). Продукція H_2S в нирках змінюється на тлі прийому деяких лікарських препаратів (цисплатину, аторвастатину), що розкриває деякі механізми їх впливу на стан нирок. Залишається невідомим вплив метформіну (цукрознижуючого препарату) на синтез H_2S та функціональний стан нирок.

Мета роботи: Дослідити вплив метформіну на вміст H_2S , активність H_2S -продукуючих ензимів та біохімічні показники стану нирок інтактних щурів.

Матеріали та методи: Досліди проведені на 20 білих нелінійних щурах, які порівнювали були розподілені на 2 групи: I група (контроль) - інтактні тварини; II група (дослід) - тварини, які отримували метформін (в дозі 300 мг/кг маси тіла на добу інтрагастрально) протягом 2 тижнів. Дослідження продукції H_2S в нирках проводили на основі визначення вмісту H_2S та активності ЦГЛ, ЦБС та 3-МСТ/ЦАТ в гомогенатах нирок. Для оцінки стану нирок щурів оцінювали кліренс креатиніну, вміст в нирках АТФ, АДФ, маркерів пероксидації ліпідів (малоновий діальдегід, МДА) та білків (карбонільні групи білків, КГП).

Результати: Застосування метформіну супроводжується зростанням вмісту H_2S в нирках (на 15%, $p < 0,05$), збільшенням активності ЦГЛ (на 16,5%, $p < 0,05$), ЦБС (на 15,4%, $p < 0,05$) та 3-МСТ/ЦАТ (на 8,52%, $p > 0,05$), порівняно з контролем. За цих умов реєструється посилення фільтраційної функції нирок (кліренс креатиніну зростає на 14,8%, $p < 0,05$), покращення енергетичного обміну в нирках (рівень АТФ зростає на 14,6%, а вміст АДФ зменшується на 12,4%, $p < 0,05$) та зменшення активності процесів пероксидації ліпідів та білків в нирках (вміст МДА та КГП зменшується на 18-24%, $p < 0,05$), відносно контролю. Кореляційний аналіз показав, що вміст H_2S та активність H_2S -продукуючих ензимів в нирках прямо корелює з кліренсом креатиніну, рівнем АТФ в нирках ($r = 0,52-0,59$, $p < 0,05$) та обернено корелює з вмістом АДФ, МДА та КГП в нирках ($r = -0,48-0,56$, $p < 0,05$).

Висновки: Застосування метформіну збільшує продукцію H_2S в нирках, що асоціюється з посиленням гломерулярної фільтрації, покращенням енергетичного обміну та зменшенням активності процесів пероксидації ліпідів та білків у нирках інтактних щурів. Подальші дослідження в цьому напрямку дозволять поглибити уявлення щодо можливих шляхів корекції патології нирок за умов цукрового діабету.

Я.В. Джадан, М.О.Салій, С.О. Росохай, М.С. Хижняк

ВПЛИВ ЕЙКОЗАНОЇДІВ НА СИСТЕМИ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З.Личик (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ейкозаноїди володіють надзвичайно великою фізіологічною активністю в організмі людини, тому вивчення цієї групи біологічно активних речовин є досить важливим аспектом сучасної біологічної хімії. Вони є вторинними месенджерами гормонів, які контролюють скорочення гладенької мускулатури, впливають на кісткову тканину, периферичну нервову систему та імунітет. Ейкозаноїди – локальні біорегулятори. Слід відмітити величезну роль цих речовин у зсіданні крові та появі запальних процесів. Дослідження показують, що ці хімічні речовини мають здатність прискорювати пологи, адже викликають скорочення мускулатури матки, що є важливим в акушерській діяльності. Вивчення вмісту ейкозаноїдів у пацієнтів має суттєве значення не тільки для з'ясування причин виникнення патології, але й для пошуку шляхів ефективного лікування.

Мета: Проаналізувати вплив ейкозаноїдів на функціональні системи організму, дослідити механізм утворення даних біорегуляторів, а також подати їх коротку класифікацію. **Матеріали та методи:** Проведений аналіз сучасних джерел наукової інформації про процеси утворення, структуру та використання в медицині відповідних груп ейкозаноїдів. Методом роботи є опрацювання наукової літератури.

Результати: Дослідження дали змогу більш глибоко оцінити вплив ейкозаноїдів на людський організм - регуляцію метаболізму, функціонування всіх органів та систем, участь цих біологічно активних речовин у розвитку безлічі захворювань. Отримані результати досліджень дали поштовх до створення навчальної таблиці, що сприятиме кращому засвоєнню даної теми з біохімії.

Висновки: Ейкозаноїди – це загальна група фізіологічно та фармакологічно активних речовин, які мають велике значення у життєдіяльності організму людини. Вони є похідними арахідонової кислоти та утворюються в процесі ферментативного перекисного окиснення ліпідів мембран. Серед груп ейкозаноїдів виділяють

простагландини, простацкліні, тромбосани, ізопростани та лейкотрієни. Роль ейкозаноїдів до кінця не вивчена, але все ж є приклади успішного використання їх аналогів для лікування різних захворювань.

В.О.Діброва

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ МЕДИКАМЕНТОЗНІ МОДЕЛІ ГІПЕР- ТА ГІПОТИРЕОЗУ У ЩУРІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.М. Нечипорук (к.біол.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Захворювання, пов'язані з функцією щитовидної залози, відносяться до числа найбільш поширених в клінічній практиці ендокринних розладів, що надає їм загальномедичного і соціального значення. Відомо, що гіпертиреоз – синдром, обумовлений надлишком тиреоїдних гормонів в організмі призводить до посилення катаболічних процесів, активації оксидативного стресу, порушення мембранного транспорту. Гіпотиреоз – обумовлений тривалою, стійкою нестачею гормонів щитоподібної залози, що призводить до посилення анаболічних процесів, гіпертонії, дисліпідемії, безпліддя, нервово-м'язовій дисфункції. Проведений нами аналіз літературних джерел не дозволив скласти однозначної думки про відтворення гіпер- та гіпотиреозу у щурів, зокрема існує велика кількість робіт присвячена відтворенню у щурів гіпертиреозу (введення трийодтироніну, L-тироксину), та гіпотиреозу – медикаментозні моделі (введення тиреостатиків або радіоізотопів) чи хірургічні (тиреоїдектомія). Таке велике різноманіття моделей гіпер- та гіпотиреозу потребує подальшої систематизації та перевірки в умовах експерименту.

Мета: оцінити ефективність експериментальних медикаментозних моделей гіпер- та гіпотиреозу за швидкістю та біохімічними проявами симптоматики у щурів.

Матеріали та методи: Для досліджень було використано 25 безпородних щурів-самців. Для моделювання гіпер- і гіпотиреоїдизму щурам щоденно ентерально вводили розчин L-тироксину (200 мкг/добу на 1 кг маси) або мерказолілу (10 мг/добу на 1 кг маси) протягом 14-и та 21-ї доби. Для підтвердження станів гіпер- та гіпотиреозу визначали в сироватці крові вміст вільного тироксину (вТ₄), вільного трийодтироніну (вТ₃) та тиреотропного гормонів (ТТГ) імуноферментним методом.

Результати: Щоденне введення тваринам L-тироксину протягом 14-ти 21-го днів викликало стан постійного гіпертиреозу, що підтверджується збільшенням в крові щурів 2-ї та 3-ї групи концентрації вТ₄(на 83% та 136%). Водночас, введення мерказолілу викликало зменшення вмісту вТ₄ (на 38% та на 62%). Застосування L-тироксину на рівні вТ₃, в обидва терміни експерименту не вплинуло. Водночас рівень вТ₃ зменшився при введенні тваринам мерказолілу в сироватці крові (на 66% та 74%). Концентрація ТТГ достовірно зменшилась при застосуванні L-тироксину(на 56% та 76%), щоденне введення тваринам мерказолілу призвело до достовірного зростання рівня ТТГ (на 59% та на 550%).

Висновки: обрані нами медикаментозні моделі дозволять використовувати їх для відтворення станів гіпер- та гіпотиреозу у щурів і достовірно відображають суть патофізіологічних змін в експерименті, а також зможуть підвищити ефективність наукових досліджень за рахунок економії біологічних матеріалів, медикаментозних препаратів та лабораторно-діагностичних засобів.

М.М. Желізна

ЦИСТЕЇН ТА ГОМОЦИСТЕЇН

Кафедра біологічної та загальної хімії

О.Г. Сулім (к.біол.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сірковмісна амінокислота цистеїн надзвичайно важлива для формування третинної структури білків та являє собою один з найпотужніших антиоксидантів. Проте нещодавно було показано, що надлишок цистеїну в крові – гіперцистеїнемія – асоціюється з розвитком патології судин та тромбозів, однак патогенетичні аспекти цього явища ще не з'ясовані. Дослідження рівня гомоцистеїна в крові людини є важливим завданням медицини. Адже той факт, що підвищений вміст гомоцистеїну в крові є незалежним фактором ризику серцево-судинних та деяких інших захворювань, вже став незаперечним.

Мета: Аналіз сучасного стану літератури, щодо ролі цистеїну та гомоцистеїну в організмі людини в нормі та при патології.

Матеріали: Цистеїн є умовно незамінною амінокислотою. Гомоцистеїн є гомологом амінокислоти цистеїну, відрізняється від останнього однією метиленовою групою. Він постійно синтезується в організмі людини з метіоніну, а потім розкладається до цистеїну, внаслідок чого його концентрація стає не велика. У дорослих рівень гомоцистеїну коливається 10-11 мкмоль/л (у чоловіків концентрація гомоцистеїну зазвичай вища, ніж у жінок). Лише під час вагітності до початку другого триместру рівень гомоцистеїну має тенденцію до зниження, що сприяє плацентарному кровообігу. Рівень гомоцистеїну в крові може підвищуватися з багатьох причин: нестача в раціоні фолієвої кислоти, вітамінів В₆ і В₁₂, знижений рівень гормонів щитовидної залози, захворювання нирок, псоріаз, системний червоний вовчак, у курців, любителів кави і на фоні прийому деяких медикаментів.

Які ж проблеми зі здоров'ям пов'язані зі підвищення рівня гомоцистеїну? Підвищення рівня гомоцистеїну впливає на внутрішні стінки судин, роблячи їх вразливими, слабкими. Крім того на ламінарній поверхні судин починають накопичуватися тромбоцити, холестерин і кальцій. Виникає тромботична, атеросклеротична бляшка.

Цистеїн являє собою один з найбільш потужних антиоксидантів, при цьому його антиоксидантна дія посилюється при одночасному прийомі вітаміну С і селену. Він є попередником глутатіону. Він прискорює одужання після операцій, опіків, зв'язує важкі метали і розчинне залізо, відіграє важливу роль в активації лейкоцитів й лімфоцитів. L-цистеїн має здатність руйнувати слиз в дихальних шляхах, завдяки цьому його часто застосовують при бронхітах і емфіземі легень. Надлишок цистеїну в крові – гіперцистеїнемія, пов'язаний з розвитком патології судин та тромбозів.

Результати: Опрацювання літературних джерел показує, що дослідження цистеїну та гомоцистеїну, контроль за їх рівнем в організмі людини є важливим і актуальним для сучасної медицини, адже підвищення їх рівня в організмі – пряма загроза розвитку серцево-судинних патологій.

Висновки: Цистеїн є умовно незамінною амінокислотою, що проявляє в організмі антиоксидантну дію, проте його надлишок призводить до гіперцистеїнемії. Гомоцистеїн – гомолог цистеїну, міститься в крові у невеликій кількості, підвищення його рівня спричиняє гіпергомоцистеїнемію.

О.В.Зінченко

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОГО ІНСУЛІНУ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Йолтухівський М.М. (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Цукровий діабет (ЦД) – одна з основних медико-соціальних проблем сучасного суспільства, що зумовлена високою поширеністю і частим розвитком хронічних мікро- та макросудинних ускладнень. За оцінками ВООЗ, кількість осіб у світі які страждають на ЦД, у 2010 становила 221 млн., а до 2025 року це число зросте до 330 млн., що дає підстави говорити про «глобальну епідемію діабету». В Україні налічується близько 1 млн. хворих на ЦД, з них 130 тис. – особи, які потребують щоденних ін'єкцій інсуліну. Припускається, що справжня поширеність ЦД у 2-2,5 рази вища, що спонукає до активного виявлення пацієнтів з цією патологією та розробки найновіших технологій лікування діабету.

Мета: Систематизувати дані щодо ефективності та безпечності використання інгаляційного інсуліну.

Матеріали та методи: Статистичні. Аналіз наукових публікацій за останні 10 років з ресурсу PubMed.

Результати: На базі інституту ендокринології та обміну речовин ім.В.П.Комісаренка були проведені клінічні дослідження інгаляційної форми інсуліну. У дослідженні брали участь 20 осіб. Терапевтичний препарат містив активні сполуки – інсулін і речовину, яка підсилює поглинання інсуліну через шар епітеліальних клітин нижніх дихальних шляхів і проникає в легеневу судинну мережу. Препарат був поданий у формі сухого порошку, придатного для інгаляції містив 50% інсуліну з частками діаметром до 10 мкм. Речовина, що підсилює поглинання інсуліну, являла собою жовчну сіль або похідне фосфоліпиду. Людський інсулін регулярно вводили у вигляді порошку для пероральної інгаляції. Він знижував рівень глюкози в крові, стимулюючи периферичне засвоєння глюкози скелетними м'язами і жировою тканиною, а також шляхом інгібування продукції глюкози в печінці. Пік часу утримання в плазмі становив 12-15 хв. Час досягнення максимального ефекту був ~53 хв. та повернення до вихідного рівня – 160 хв. Доза розподілялась таким чином: до 30% препарату залишалась в інгаляторі, близько 20% – в ротоглотці, 10% – в трахеї і бронхах і тільки 40% потрапляло в альвеоли. Період напіврозпаду – 28-39 хв. Протягом дослідження були виявлені наступні ускладнення: гіпоглікемія (67%), кашель (25.6-29.4%), біль у горлі або роздратування (4.4-5.5%), тяжка гіпоглікемія (5,1%), головний біль (3.1-4.7%), зменшення тест функції легень (2,8%), діарея (2,7%), бронхіт (2,5%), продуктивний кашель (2,2%), втома (2%), нудота (2%).

Висновок: Таким чином, інгаляційний інсулін можна застосовувати у пацієнтів з ЦД 1 і 2 типу. За не ін'єкційного способу введення у пацієнтів буде більш висока прихильність до лікування – зручність використання і зберігання, відсутність проколів тіла і інших неприємних маніпуляцій. Основними недоліками методу залишаються дуже висока вартість, а також певні обмеження використання (хронічні захворювання легень, курці). Триває робота щодо оптимізації дозування препарату. Сподіваємося, що наступним кроком впровадження інгаляційних інсулінів у клінічну практику стане винахід інсуліну тривалої дії.

Т.В. Кукуруза, В.О. Приймак

РОЛЬ ВІТАМІНІВ А, К, С У ПОСТТРАНСЛЯЦІЙНІЙ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.біол.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Білки після трансляції піддаються хімічним перетворенням, одним з яких є модифікація амінокислот в їхньому складі. Процес потребує наявності ферментів і певних вітамінів, як їх кофакторів,

зокрема А, К, С, тому дефіцит цих вітамінів і проявляється різноманітними патологічними станами (авітамінозами).

Мета: Систематизувати і викласти у вигляді навчальної таблиці роль вітамінів А, К, С, як коферментів посттрансляційної модифікації білків.

Матеріали та методи: Були опрацьовані літературні джерела (монографії, статті), в яких описана роль вітамінів, зокрема, в посттрансляційній хімічній модифікації амінокислот та поліпептидів. Методом роботи є опрацювання наукової літератури.

Результати: Отримані матеріали були вивчені, досліджені і систематизовані у вигляді навчальної таблиці, в якій представлені схеми хімічних модифікацій амінокислот і білків за участі вітамінів А, С, К, показана коферментна функція цих вітамінів, клініка патологічних процесів, спричинена нестачею цих вітамінів, та засоби їх лікування.

Висновки: В людському організмі поліпептиди синтезуються у незрілій формі і є функціонально неактивними, тому потребують посттрансляційної модифікації. Вітаміни відіграють важливу роль у реалізації цього процесу, як кофактори певних ферментних систем. Нестача вітамінів проявляється патологічними станами (авітамінозами, такими як цинга, кровотечі, порушення розмноження і диференціації клітин). Отже надходження достатньої кількості вітамінів з їжею, нормальне їх засвоєння і відсутність патологій з боку ферментних систем є необхідними умовами для нормального функціонування людського організму. Все це об'єднує і пояснює в доступній для студентів формі створена навчальна таблиця.

О.К. Лимаренко

ІНГІБУВАННЯ ЗВОТНОЇ ТРАНСКРИПТАЗИ ВІЛ-1

Кафедра біологічної та загальної хімії

С. В. Ладутько (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день СНІД стає одним з найпоширеніших захворювань у світі. Причиною цього захворювання є вірус імунодефіциту людини. Сьогодні вакцини проти ВІЛ не знайдено, проте розроблені препарати, що блокують етапи реплікації вірусу, і гальмують процес розвитку захворювання.

Мета: узагальнення досліджень механізму впливу інгібіторів зворотної транскриптази ВІЛ-1.

Матеріали та методи: Матеріалами досліджень стали роботи різних науковців. За основу були взяті роботи Дж. Бартлетта «Антиретровірусна терапія» та Г. Лібмана «ВІЛ-інфекція». Методами було опрацювання наукової літератури.

Результати: ВІЛ-1 - високорепродуктивний вірус. Одним з основних ферментів вірусу є зворотна транскриптаза ВІЛ -1. Це гетеродимер, що складається з двох субодиниць: Р-51 і Р-66. Субодиниця Р-66 за формою нагадує розімкнутий «кулак» і ділиться на 3 субдомени: «пальці», «долоня» і «великий палець». Зворотня транскриптаза має 2 каталітичних домени: активний центр рибонуклеази-Н і активний центр полімерази. Одинарна вірусна РНК транскрибується в подвійну спіраль ДНК-РНК, рибонуклеаза-Н руйнує ланцюжок ДНК-РНК, полімераза доповнює ланцюжок ДНК, формуючи подвійну спіраль ДНК. Така провірусна ДНК несе в собі генетичну інформацію ВІЛ-1.

Для інгібування активності зворотної транскриптази використовують нуклеозидні та нуклеозидні інгібітори.

Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (препарати: фосфазид, ставудин та ін.) пригнічують активний центр ДНК-полімерази, а саме в процесі метаболізму вони перетворюються в нефункціональні нуклеотиди і зупиняють синтез ланцюга ДНК.

Нуклеозидні інгібітори інгібують зворотну транскриптазу, пригнічуючи її конформаційну мінливість. Субдомен зворотної транскриптази «великий палець» - рухливий. Подібно великому пальцю руки, він відкриває і закриває «кулак». Транскрипція РНК можлива тільки в закритому положенні. В основі «великого пальця» розташований гідрофобний кластер, саме він є мішенню для нуклеозидних інгібіторів. Одним з важливих представників цього класу є препарат невірапін. Не потребуючи метаболізму, невірапін вбудовується в кластер в своїй природній формі і фіксує великий палець у відкритому положенні, що блокує транскрипцію РНК. Таким чином невірапін зупиняє реплікацію вірусу. Завдяки цій властивості невірапін є ефективним доповненням в комплексній терапії інфекції ВІЛ-1.

Висновки: Користь від таких досліджень є очевидною, так як використання інгібіторів зворотної транскриптази дає змогу сповільнити процес розвитку захворювання, що дає більше часу на розробку вакцини проти ВІЛ.

Ю.І. Лобортас
ВПЛИВ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЛЮДИНИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.О. Качула (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Емоції - особливий клас психічних станів, які відображають ставлення людини до навколишнього світу, до інших людей, до самої себе та до результатів своєї діяльності. Емоції виникли і розвивались у процесі еволюції, вони мають вроджений характер. В основі виникнення будь-якої емоції є активація різних груп біологічно активних речовин (БАР) і їх взаємодія. Сучасні дані вказують на жорстку залежність психоемоційного стану від біохімічного складу внутрішнього середовища мозку.

Мета: Систематизувати дані літератури про хімічні речовини, що беруть участь у формуванні емоцій.

Матеріали та методи: Аналіз літературних джерел та медичних статей.

Результати: Визначили основні хімічні речовини, що впливають на психоемоційний стан людини. Триптофан діє як природній антидепресант, здатний зменшувати тривожність і напругу. Серотонін – це гормон настрою, підвищення рівня якого створює в корі головного мозку відчуття підйому настрою. Відповідає за емоційну стійкість, опірність до стресових ситуацій, самовладання. Мелатонін сприяє виникненню депресії. Він синтезується лише у темну пору доби. Зменшена тривалість дня у зимовий період і значне вироблення мелатоніну є основними причинами сезонної депресії. Дофамін – гормон, що відповідає за виникнення відчуття задоволення. Він починає вироблятися ще у процесі очікування цієї емоції. Норадреналін - гормон люті, викликає у людини відчуття злоби, всюдозволеності. Виснаження його запасів призводить до виникнення пригніченого стану у людини.

Адреналін відповідає за відчуття страху. Його рівень значно підвищується при стресах, відчутті небезпеки, тривоги. Адреналін адаптує організм до надзвичайних обставин. Ендорфіни та енкефаліни (ендогенні опіати) – гормони щастя, ейфорії, володіють сильною знеболювальною, протишоковою та антистресовою дією, знижують чутливість окремих відділів нервової системи. Естрогени - жіночі статеві гормони (у невеликих кількостях виробляються також у чоловіків). Естрогени проявляють заспокійливу дію, покращують пам'ять. Низький рівень естрадіола (основний гормон групи естрогенів) є причиною виникнення депресії під час менопаузи.

Висновки: Огляд літератури показав, що в основі широкого спектру емоцій лежать різноманітні БАР, які у взаємодії забезпечують виникнення усіх психоемоційних станів, властивих людині.

Т.О. Луцюк

ДЕФІЦИТ АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНУ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ПОЛПАТОЛОГІЇ. СПРИЯЮЧІ ЧИННИКИ. МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

Кафедра біологічної та загальної хімії

П.О. Юрченко(ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дефіцит альфа-1-антитрипсину (α 1-антитрипсину, A1AD) - це аутосомно-кодмінантне генетичне захворювання, яке викликане порушенням утворення альфа-1-антитрипсину (A1AT), що веде до зниження A1AT активності в крові і легенях, а це в свою чергу призводить до аномального осідання білка A1AT в клітинах печінки.

Мета: З'ясувати зв'язок дефіциту альфа-1-антитрипсину та поліпатології, вплив шкідливих факторів та методи лікування.

Матеріали та методи: Систематизація наукових літературних джерел по даній проблемі, аналіз та узагальнення результатів.

Результати: Альфа 1-антитрипсин (A1AT) виробляється в печінці, і одна з його функцій - це захист легень від ферменту еластази, яка виробляється нейтрофілами. Вважається нормою, коли рівень в крові альфа-1-антитрипсину становить 1,5-3,5 г / л. У осіб з фенотипом PiSS, PiMZ і PiSZ, рівень в крові A1AT становить від 40,0 до 60,0% від нормального рівня. Зазвичай цього достатньо, щоб захистити легені від впливу еластази (для людей, які не палять). Однак, у осіб з фенотипом PiZZ, рівень A1AT менше 15% від необхідного рівня, і найбільш імовірно, що саме у них в молодому віці буде розвиватися емфізема легень. У 50,0% з цих пацієнтів може розвинутися цироз печінки, адже A1AT не може правильно виділятися, а тому накопичується в печінці. Біопсія печінки в таких випадках показує наявність PAS-позитивних, резистентних до діастазу утворень. Найбільшої шкоди хворим дефіцитом A1AT завдає сигаретний дим та інші забруднювачі повітря - силікатний, азбестовий пил. Адже крім посилення запальної реакції в дихальних шляхах сигаретний дим ще й інактивує альфа-1-антитрипсин шляхом окиснення залишків метіоніну до сульфоксидних форм, знижуючи таким чином активність ферменту до 2000 разів.

У ряді європейських країн хворі A1AD пацієнти можуть отримувати внутрішньовенні введення альфа-1-антитрипсину, отримані з донорської плазми. Така терапія спрямована на уповільнення перебігу захворювання і уникнення будь-яких подальших ушкоджень легень. Довгострокових досліджень ефективності терапії A1AT на

сьогодні немає. На сучасному етапі рекомендують починати посилене лікування лише після появи симптомів емфіземи. Лікування пацієнтів, у яких спостерігається ураження печінки, фокусується на полегшенні симптомів хвороби. У важких випадках може знадобитися трансплантація печінки.

Висновки: Дефіцит альфа-1-антитрипсину лікується шляхом уникнення впливу шкідливих для легенів і бронхів факторів, за допомогою внутрішньовенної інфузії А1АТ білка, трансплантацією печінки або легенів, а також за допомогою ряду інших дій. Однак, як правило, хвороба призводить до інвалідності і деякого скорочення тривалості життя. Загалом, модифікація способу життя, первинна профілактика, а також раннє лікування ХОЗЛ (хронічне обструктивне захворювання легень) можуть бути дуже ефективними, особливо у хворих з легкими і помірними проявами захворювання.

О.В. Матійків

СИНТЕЗ ТІАЗОЛО[4,5-В]ПІРИДИН-5-КАРБОНОВИХ КИСЛОТ ЯК ПОТЕНЦІЙНИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК

Кафедра фармацевтичної, органічної і біоорганічної хімії

А.В. Лозинський (к.фарм.н, ас.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Похідні 4-тіазолідинону є широко відомий клас біологічно активних сполук. Так серед них віділено ряд агентів, що мають виразну протимікробну, протипухлинну, протизапальну та протипаразитарну активності. Останнім часом на основі похідних тіазолідинону було створено ряд інноваційних лікарських засобів: подвійних інгібіторів ЦОГ-2/5-ЛОГ (дарбуфелон); агоністів PPAR- γ -рецепторів, як протидіабетичних препаратів (розіглітазон, піоглітазон); діуретиків (етозолін) тощо. Не менш цікавими є похідні піридинового ряду, які є основою значної кількості біологічно активних речовин та ефективних лікарських препаратів. Понад 10% з півтори тисячі найбільш регулярно вживаних лікарських препаратів припадає на частку сполук, що мають піридиновий фрагмент у молекулі. Серед похідних піридину є дуже важливі сучасні серцево-судинні, анальгетичні, ноотропні, проносні, антигістамінні, хіміотерапевтичні засоби, вітаміни тощо. Тому актуальним є вивчення похідних які містять у структурі анельований тіазолідиновий та піридиновий біофорні фрагменти, особливо серед тіазоло[4,5-*b*]піридинів та їх аналогів. Так, сполуки цього класу виявляють афінитет до інтегральнозв'язаної кінази, метаболічних глутататних рецепторів, фосфодіестеразито.

Мета: Розробка препаративних методів синтезу тіазоло[4,5-*b*]піридин-5-карбонічних кислот та дослідження їх протимікробної та протизапальної активності.

Матеріали і методи: Хімічний синтез, ЯМР-спектроскопія, рентгеноструктурний аналіз, карагенінова модель набряку, метод дифузії в агар.

Результати: З метою синтезу похідних тіазоло[4,5-*b*]піридин-5-карбонічних кислот нами було апробовано взаємодію 4-аміно-5*H*-тіазол-2-ону та серії ариліденпіривиноградних кислот в умовах реакції [3+3]-циклоконденсації. Синтезовані сполуки були протестовані на предмет їх протимікробної та протизапальної активності. Скринінг протизапальної активності дозволив ідентифікувати ряд високоактивних сполук з показником пригнічення запальної реакції в межах 43.8%, що є співмірним або переважає в умовах експерименту активність еталонних лікарських засобів – диклофенаку натрію (43.2%) та кетанову (41.1%). Дослідження протимікробної активності проведено методом дифузії в агар і дозволило ідентифікувати ряд сполук, які проявили виражену протимікробну дію щодо метацилінчутливого та метацилінрезистентних штамів *S. Aureus*, а також штаму дріжджоподібних грибів *Candidaalbicans*ST-1.

Висновки: Встановлено, що [3+3]-циклоконденсація 4-аміно-5*H*-тіазол-2-ону з ариліденпіривиноградними кислотами дозволяє одержати неописані в літературі 2-оксо-7-феніл-2,3-дигідротіазоло[4,5-*b*]піридин-5-карбонічні кислоти, які є перспективними об'єктами у пошуку потенційних «лікоподібних молекул».

А.В. Мельник

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ РЕГУЛЯЦІЇ ТОНУСУ АОРТИ У ЩУРІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Статевий диморфізм регуляції судинного тонусу значною мірою пов'язаний з різними біологічними ефектами статевих гормонів. Естрогени посилюють утворення вазодилататорів, зокрема простагландинів, та гальмують продукцію констрикторів - ендотеліну-1, лейкотрієнів, катехоламінів. Тестостерон, навпаки, індукує вазоконстрикцію, активуючи ренін-ангіотензинову систему і зменшуючи синтез простагландину I₂. Останнім часом показано, що важливу роль в регуляції тонусу судин відіграє водень сульфід (H₂S) - біологічно-активний метаболіт сірковмісних амінокислот, газотрансмітер, цитопротектор та антиоксидант. Однак, залишається нез'ясованим існування статевих відмінностей у впливі H₂S на тонус судин.

Мета роботи: дослідити вплив донору водню сульфід (NaHS) на скоротливість кільцевих фрагментів аорти, вміст H₂S в аорті, стан ендотеліальної функції та активність про-антиоксидантних систем у щурів різної статі.

Матеріали та методи: Досліди проведені на 30 білих статевозрілих нелінійних щурах обох статей. Скоротливість ізольованих фрагментів аорти реєстрували за допомогою тензометричної установки, створеної в ДУ «Інститут фізіології АМН України ім. О.О. Богомольця». Вміст H_2S в аорті визначали за реакцією з N,N -диметилпарафенілендіаміном в присутності $FeCl_3$. В сироватці крові оцінювали вміст адгезивної молекули судинних клітин-1 (sVCAM-1) імуноферментним методом, рівень малонового діальдегіду (МДА) - за реакцією з тіобарбітуровою кислотою, карбонільних груп протеїнів (КГП) - за реакцією з 2,4-динітрофенілгідразіном.

Результати: В модельній системі *invitro* нами показано, що чутливість аорти щурів до вазодилатуючої дії H_2S у самок достовірно вища, ніж у самців, про що доказово свідчить достовірно менші показники $EC_{50}H_2S$ (на 28,8%, $p < 0,05$) у самок щурів. Поряд з цим вміст H_2S в аорті самок достовірно вищий (на 20,9%, $p < 0,05$), а рівень сироваткового sVCAM-1, вміст продуктів пероксидації ліпідів (МДА) й протеїнів (КГП) вірогідно нижчі (на 14-24%, $p < 0,05$), ніж у самців. Кореляційний аналіз показав, що у самок щурів між $EC_{50}H_2S$ в аорті та рівнем H_2S виявляються достовірні обернені зв'язки ($r = -0,62$, $p < 0,05$), а з рівнем sVCAM-1, малонового діальдегіду та карбонільних груп протеїнів - достовірні прямі зв'язки ($r = 0,59-0,70$, $p < 0,05$). У самців щурів кореляційні зв'язки мали ту ж направленість, однак їх сила була вірогідно меншою, ніж у самок.

Висновки: У самок щурів чутливість аорти до вазодилатуючої дії H_2S достовірно вища, ніж у самців, що асоціюється з більш високим рівнем у особин жіночої статі H_2S в аорті, меншим рівнем сироваткового sVCAM-1 та нижчою активністю процесів пероксидації ліпідів та білків. Подальші дослідження дозволять розкрити нові молекулярні механізми регуляції тону судин у особин різної статі.

С. Настішин, Д. Калиш

ДАТЧИК ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОГО ТИСКУ ТА ТЕМПЕРАТУРИ

Кафедра медичної інформатики

Л. Б. Лотоцька (ст. викл.)

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

Актуальність: Багато процедур в сучасній клінічній медицині пов'язані з використанням електронних імплантів в лікуванні станів, які варіюють від гострої коронарної недостатності до травматичних пошкоджень частин тіла. Нейрохірурги стикаються з труднощами моніторингу внутрішньочерепного тиску і температури при операціях травм голови, а також у післяопераційний період. Зараз ці параметри вимірюються за допомогою приладу, який під'єднується до комп'ютера. Метод дієвий, проте обмежує рухи лікаря і створює небезпеку занесення інфекції.

Мета: Вивчити механізм роботи датчика. Виявити основні позитивні та негативні сторони винаходу. Окреслити галузь використання приладу в Україні.

Матеріали і методи: За даними з першоджерела досліджено технологію виготовлення безпроводного приладу. Для з'ясування процесу розчинення структури датчика опрацьовано зарубіжну та вітчизняну літературу. На основі Інтернет-ресурсу встановлено галузі, які потребують роботи такого датчика.

Результати: Датчик вимірює слабкі коливання, які виникають в результаті зміни тиску та температури мозку. Унікальністю цих пристроїв є їхня здатність повністю розчинятися з утворенням кінцевих біосумісних продуктів при зануренні у водне середовище, включаючи біологічні рідини, такі як спинномозкова рідина. Гідроліз силіконових наномембран, шарів SiO_2 , тонких листів нанопористого кремнію і фольги магнію, що становлять основу апарата, спричиняє втрату маси матеріалу зі швидкістю 23 нм день⁻¹, 8 нм день⁻¹, 9 мкм день⁻¹ і 4 мкм день⁻¹ відповідно, у спинномозковій рідині при фізіологічній температурі (37 ° C). Окремі дослідження показують, що PLGA (75:25 (лактід: гліколід), який входить до складу пристрою, розчиняється в біологічних рідинах протягом чотирьох-п'яти тижнів.

Висновки: Пристрій за своєю будовою є електронним монітором розміром близько однієї десятої міліметра завширшки і міліметра в довжину, виготовлений з кремнію і полімеру. Ці матеріали в невеликих кількостях не викликають шкідливого впливу на організм.

Нейрохірургія потребує даної інновації в першу чергу. Нейрохірургічні операції в Україні останнім часом проводяться на порядок частіше, у зв'язку з проведенням АТО, де бійці отримують значні черепно-мозкові травми. Такий пристрій може широко використовуватися у медичній практиці, а саме у мікрохірургії ока, загальній хірургії тощо.

Д.О. Некрут

МОЖЛИВА ПРИЧИНА НЕВІДПОВІДНОСТІ ВМІСТУ ЖИРУ (ТРИГЛЦЕРИДІВ) У ПЕЧІНЦІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ГІСТОЛОГІЧНИХ ТА БІОХІМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

О.О.Яковлєва (д. мед. н., проф.)

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

Актуальність: При проведенні досліджень щодо вмісту жиру у печінці щурів при моделюванні неалкогольної жирової хвороби виявилася певна невідповідність між результатами біохімічного аналізу та гістологічного

дослідження. Проявлялась ця невідповідність у тому, що відносно невелике, в 1.5-4 рази, збільшення концентрації тригліцеридів у печінці супроводжувалося значним, у 10-15 раз, зростанням кількості клітин, які містили у своєму складі краплі жиру. Реально, зростання вмісту жиру у печінковій тканині з 1.6% до 6 відсотків супроводжувалося збільшенням "жирних" гепатоцитів від 4% до 60%. Спроби порівняти ці дані із результатами, одержаними іншими дослідниками, показали, що серед доступних матеріалів (база наукових статей PubMed, російсько- та україномовний сектор Інтернету) немає статей, в яких би порівнювались результати гістологічних та біохімічних досліджень печінки на вміст жиру.

Мета: Розробити математичну модель, яка б дала відповідь, чи можливий такий стан речей

Матеріали і методи: Базується на наступних припущеннях.

1. У нормі молекули тригліцеридів входять до складу ліпопротеїдних комплексів і ніяк не проявляють себе гістологічно. Поява крапель жиру всередині гепатоцитів спостерігається при перевищенні концентрації тригліцеридів в цитоплазмі понад певний критичний рівень C_{max} . Це значення приблизно може бути визначено виходячи зі співвідношення вмісту білків і тригліцеридів в складі ліпопротеїдів з урахуванням вмісту білків в цитоплазмі гепатоцитів. Приблизне значення критичної концентрації тригліцеридів в гепатоцитах лежить в інтервалі від 5 % до 10 %. Надлишкові кількості жиру існують у вигляді крапель. Ці краплі під час гістологічного дослідження фарбуються Суданом III, що дозволяє розрізняти гепатоцити з жировими краплями всередині від гепатоцитів, які не містять з свого складу жирових крапель.

2. Прийнято, що розподіл гепатоцитів за вмістом жиру підпорядковується нормальному закону.

3. Збільшення вмісту жиру у печінці призводить до зсуву медіани розподілу в бік більших концентрацій одночасно із зростанням дисперсії розподілу.

4. Оскільки межею норми при стеатозі вважається вміст тригліцеридів 5% (біохімічне визначення), якому відповідає частка «жирних» гепатоцитів в 5%, тому ця пара значень прийнята як реперна точка, певна константа.

Результати: Таким чином, ця модель наочно демонструє, що співвідношення між невеликим збільшенням вмісту жиру в печінці та значним зростанням кількості "жирних" гепатоцитів є абсолютно адекватним і таким, що повністю описується наведеною простою моделлю.

Додаткові графічні матеріали щодо наведеної моделі викладено на сайті <https://sites.google.com/site/begelop/nazbp>.

Висновки: Проведені біохімічні та гістологічні дослідження печінки щурів в моделі неалкогольної жирової хвороби дали адекватні результати, достовірність яких підтверджується запропонованою математичною моделлю.

С.В. Неймановський, О.Д. Лабоженко, В.В. Дячишин
ЕКЗОГЕННІ ТА ЕНДОГЕННІ ОПОЇДИ: БУДОВА, ВЛАСТИВОСТІ, ФУНКЦІЇ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Здавна відомо, що опіоїди – алкалоїди опійного маку та їх синтетичні і напівсинтетичні похідні здатні викликати седативний і анальгезуючий ефекти, взаємодіючи з синаптичними рецепторами нервової системи. Вочевидь, повинні були існувати і речовини ендogenousного походження з дією, аналогічною дії екзогенних опіоїдів. І дійсно, в 1975 р. були виділені нейропептиди головного мозку, які виконують функції нейромедіаторів, знеболювальних факторів і модуляторів важливих психофізіологічних процесів – психоемоційний стан ейфорії, гарний настрій, відчуття душевного комфорту, позитивне сприйняття навколишнього середовища. Ці речовини отримали назву ендорфінів і енкефалінів.

Мета: Дослідити будову, властивості, класифікацію опіоїдів, структуру опіоїдних рецепторів, механізм дії опіоїдів; з'ясувати причини виникнення наркозалежності; обґрунтувати перспективи застосування у медицині штучно синтезованих опіоїдів - аналогів нейропептидів.

Матеріали та методи: Проаналізовані матеріали сучасних джерел наукової інформації про будову, властивості, механізм дії та використання у медицині опіоїдів екзогенного та ендogenousного походження. Методом роботи є опрацювання наукової літератури.

Результати: Отримані матеріали опрацьовані, систематизовані і викладені у вигляді навчальної таблиці.

Висновки: Найбільш висока щільність опіатних рецепторів виявлена в лімбічній зоні головного мозку – еволюційно прадавній структурі, що відповідає за емоційне збудження, ейфорію, позитивні емоції, зумовлені дією як нейропептидів, так і опіатних наркотиків класу морфінів. Відомо, що тривале застосування екзогенних опіоїдів викликає наркозалежність. Відмова від цих препаратів зумовлює появу абстинентного синдрому, що проявляється тяжкими неврологічними, соматичними та емоційно-психічними розладами. Штучно синтезовані ендорфіни з часом замінять екзогенні опіоїди. В таблиці дана класифікація опіоїдів та їх рецепторів, висвітлені біохімічні механізми дії та фізіологічні ефекти опіоїдів, що дасть змогу використовувати отримані данні в навчальному процесі для поглиблення знання матеріалу з цієї тематики.

Д.І.Нетребін, М.В.Сулима
МЕТОДИКА МОНІТОРИНГУ ТА КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ВОДИ В РІЧЦІ ПІВДЕННИЙ БУГ
Кафедра біологічної та загальної хімії
В.С.Шунков (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: питна вода повинна бути безпечною в епідемічному і радіаційному відношеннях, нешкідлива за хімічним складом та повинна мати сприятливі органолептичні властивості; відповідати нормуванню якості води у відповідності з санітарними правилами та нормами СанПіН 2.2.4-171-10.

Мета: узагальнити інформацію про склад відходів, які потрапляють у річку Південний Буг, та про якість річкової води.

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз сучасної наукової літератури за досліджуваною проблемою; пробовідбір та пробопідготовка досліджуваної річкової води; статистичні методи (опис; систематизування; порівняння).

Результати: геоекологічний рівень надійності для річки Південний Буг в межах Вінницької області характерно-низький. Альгологія водної екосистеми на дуже низькому рівні, що свідчить про антропогенне навантаження. Проаналізовано і підраховано ІЗВ і комплексний показник геоекологічного стану водних ресурсів водотоків за речовинами загальносанітарної, санітарно-токсологічної, органолептичної групи лімітуючої ознаки шкідливості. Блок загальносанітарних хімічних показників представлений компонентами сольового складу, біогенними і органічними речовинами, вмістом розчиненого кисню і реакцією водного середовища. Гдрохімічний режим води Південного Бугу обумовлений головним чином гідрологічним режимом річки (змінюю типом водного живлення).

Висновки: евтрофікація водойм значною мірою залежить від їх забруднення сполуками фосфору. Слід відзначити що стан забруднення поверхневих вод в області залежить від виробничої діяльності підприємств: електроенергії, хімічної і харчової промисловості та електроніки. Проведений аналіз встановлення ГДС і перевищення ГДК з урахуванням комплексних показників геоекологічного стану, буде свідчити про принципову можливість застосування когортного методу, факторного аналізу та методу нечітких логік для рішення цільових еколого-гігієнічних задач.

В.М. Нечипорук
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ВПЛИВАЄ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ЦИКЛУ МЕТИЛУВАННЯ В МОЗКУ ЩУРІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії
М.М. Корда (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського
м. Вінниця, м. Тернопіль, Україна

Актуальність: Сірковмісні амінокислоти забезпечують процеси життєдіяльності клітини, підтримують цілісність клітинних систем та редокс-потенціал клітин, знешкоджують токсичні агенти і вільні радикали, забезпечують процеси метилування. Особливо небезпечним є порушення синтезу і катаболізму амінокислоти гомоцистеїну (ГЦ), оскільки підвищення концентрації останнього призводить до розвитку захворювань серцево-судинної системи, як от атеросклерозу, гіпертонії, венозного тромбозу. Регуляція метаболізму сірковмісних амінокислот здійснюється на різних рівнях, в тому числі і ендокринною системою. Одними з ключових гормонів, що регулюють всі види метаболізму в організмі, є тиреоїдні гормони.

Мета: даної роботи було дослідити в експерименті вплив гормонів щитоподібної залози на процеси реметилування в мозку щурів.

Матеріали та методи: В роботі використано 40 щурів-самців масою 150-180г, яких утримували на стандартному раціоні. Для моделювання гіпер- і гіпотиреоїдизму шурам щоденно ентерально вводили розчин L-тироксину (200 мкг/добу на 1 кг маси) або мерказолілу (10 мг/добу на 1 кг маси) протягом 14-и та 21-ї доби. В мозку визначали активність ензимів, що забезпечують процеси реметилування – S-аденозилметіонінсинтетази (S-АМС), S-аденозилгомоцистеїнгідролази (S-АГГ), бетаїногмоцистеїнметилтрансферази (БГМТ). В сироватці крові визначали загальний вміст ГЦ.

Результати: Введення тваринам L-тироксину не призводило до достовірних змін активності S-АМС в мозку щурів. Водночас, при застосуванні мерказолілу активність S-АМС достовірно знизилась (на 36% на 21-у добу). Під впливом L-тироксину зазнавав змін функціональний стан наступного ферменту циклу метилування – S-АГГ (на 21 день його активність зросла на 89%). При введенні мерказолілу активність даного ферменту зазнавала пригнічення (на 22% на 14-у і на 54% на 21-у добу). Активність ще одного ферменту циклу метилування – БГМТ підвищувалася при введенні L-тироксину в обидва терміни дослідження. Моделювання гіпотиреоїдизму викликало пригнічення активності БГМТ в обидва терміни дослідження (на 33 та 36%). Як на 14-й, так і на 21-й день після введення L-тироксину рівень ГЦ в сироватці знижувався (відповідно на 19 та 23%)

і, навпаки, при застосуванні мерказолілу вміст ГЦ підвищувався (на 98% на 14-у добу і на 160% на 21-у добу).

Висновки: Отже, як при гіпер-, так і при гіпотиреоїдизмі порушується функціонування ферментів циклу реметилювання, при цьому активність S-АМС, S-АГГ та БГМТ в мозку при гіпофункції щитовидної залози знижується, а при гіперфункції – підвищується. Очевидно, що це може бути причиною змін концентрації гомоцистеїну в крові, що, в результаті, може бути фактором ризику виникнення ряду ускладнень.

І.В. Паламарчук

ВМІСТ ГАЛЕКТИНУ-3 В СИРОВАТЦІ КРОВІ ЩУРІВ ЗА СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОГО ДІАБЕТУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЇ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ризик розвитку хронічної серцевої недостатності у хворих на цукровий діабет 1 та 2 типу є вищим, ніж в загальній популяції. Тому все більшу увагу привертає пошук ранніх біологічних маркерів розвитку діабетичної кардіоміопатії та метаболічних предикторів, ефективності її профілактики та лікування. В останні роки накопичились наукові дані щодо ролі галектину-3 у розвитку фіброзу міокарду та серцевої недостатності. Як відомо, галектин-3 належить до родини β -галактозидзв'язуючих протеїнів і завдяки наявності колагеноподібного домену здатний сполучатись із різними протеїнами екстрацелюлярного матриксу. Галектин-3 бере участь в регуляції апоптозу, запалення та фіброзу міокарду, однак його роль в патогенезі цукрового діабету та його кардіальних ускладнень остаточно не з'ясована.

Мета роботи: вивчити вміст галектину-3 в сироватці крові щурів за експериментального стрептозотоцинового діабету та його корекції метформіном.

Матеріали та методи: Досліди проведені на 24 білих лабораторних щурах-самцях масою 180-250г. Цукровий діабет моделювали шляхом одноразового введення стрептозотину (STZ) внутрішньоочеревинно в дозі 40 мг/кг маси на 0,1 М цитратному буфері (рН 4,5). Одній групі щурів з 3 по 28 добу після введення STZ вводили метформін в дозі 500 мг/кг в/шл 1 раз на добу. Щурам контрольної групи вводили еквівалентні об'єми розчинників. Ознаками розвитку патології були: полідипсія, поліурія, втрата маси тіла, гіперглікемія. Для досліджень брали щурів з рівнем глікемії > 15 ммоль/л. Вміст галектину-3 в сироватці крові визначали імуноферментним методом за набором "RatGalactin3 (GAL-3) ELISAKit" (MyBiosource). Статистичну обробку отриманих результатів проводили методами варіаційної статистики у пакеті прикладних програм «MS Excel» та SPSS22(©SPSS Inc.).

Результати: Встановлено, що у щурів з STZ-індукованим діабетом вміст галектину-3 в сироватці крові коливався від 670 до 1120 пг/мл і був достовірно вищим (в 3,54 рази, $p < 0,05$), ніж у щурів контрольної групи, що свідчить про активацію профіброгенних процесів та формування діабетичної кардіоміопатії. Введення метформіну достовірно стримувало формування діабетичного пошкодження міокарду: вміст галектину-3 в сироватці крові щурів з STZ-індукованим діабетом, які отримували метформін, був достовірно нижчим (в 1,32 рази, $p < 0,05$), ніж у нелікованих щурів.

Висновки: Таким чином, за умов STZ-індукованого діабету у щурів відбувається підвищення вмісту галектину-3 в сироватці крові, що свідчить про активацію профіброгенних процесів в міокарді за умов тривалої гіперглікемії. Введення метформіну асоціюється із зниженням вмісту галектину-3 в сироватці крові, що свідчить про кардіопротективну дію вказаного антидіабетичного засобу. Встановлення ролі галектину-3 в механізмах формування діабетичних ускладнень є перспективним напрямком подальших досліджень.

М.В. Писарцова, О.В. Юрій

КЕЙЛОНИ, ЇХ ФУНКЦІЇ, МЕХАНІЗМ ДІЇ ТА РОЛЬ В БОРОТБІ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.В. Ладутько (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Статистика свідчить, що в останні 100 років за рівнем захворюваності та смертності онкопатологія змістилася з десятого місця на друге, поступаючись лише хворобам серцево-судинної системи. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до 2020 р. онкопатологія вийде на перше місце, а за даними Американської асоціації госпіталів, це відбудеться вже за 5 років.

Мета: Узагальнити дослідження щодо особливостей структури і основних функцій кейлонів. Прослідкувати механізм дії даних речовин, виходячи з цього виявити їх фізіологічний вплив на клітини і тканини організму. Зробити висновок про перспективи використання кейлонів для лікування онкологічних захворювань та їх попередження в майбутньому.

Матеріали та методи: Матеріалами для дослідження стали роботи різних науковців. За основу були взяті біохімічні дослідження доктора біологічних наук А. Г. Маленкова, Г. М. Ронічевської, В.І. Рикової. Методами

було опрацювання наукової літератури і проведення аналізу джерел наукової інформації.

Результати: Кейлони - це речовини, які зворотно інгібують клітинний поділ, регулюючи кількість стовбурових клітин, що активно діляться. Доцільність цього полягає в наступному. У кожній тканині і в кожному органі дорослої людини міститься певне число камбіальних клітин, які потрібні для фізіологічної репарації або для регенерації тканини в разі травми. Але їх проліферація не потрібна постійно, а знати про те, коли в організмі виникла потреба в нових клітинах і коли вона закінчилася, клітини, що діляться, зрозуміло, не можуть. Отже, повинна існувати окрема система регуляції цього процесу і, як з'ясувалося в 60-х роках ХХ століття, вона представлена двома взаємопротилежними речовинами - факторами росту і кейлонами. Низькодиференційовані клітини, здатні до поділу, здатні також і до синтезу чинників зростання, які діють на ці ж низько диференційовані клітини, змушуючи їх ділитися ще інтенсивніше. Зрілі ж клітини здатні до синтезу інших речовин, кейлонів, які є інгібіторами клітинного ділення. Вони так само діють на низькодиференційовані клітини, але вже блокуючи їх розподіл і стимулюючи диференціювання. Таким чином, якщо в тканині існує достатня кількість зрілих клітин, то кількість виділених факторів росту і кейлонів врівноважує один одного і пул до поділу клітин залишається постійним.

Висновки: Усвідомивши гальмівну роль кейлонів в клітинному поділі, можна припустити, що ці речовини можуть відігравати суттєву роль в канцерогенезі - цілком ймовірно, що зменшення кейлонів в тканині впливає на неконтрольовану клітинну проліферацію і що пухлини можуть лікуватися нормалізацією або підвищенням кількості кейлонів або клітин, що їх синтезують, і омолодження - якщо з віком кількість проліферуючих клітин і активність їх розподілу знижується, то за допомогою інгібування самих кейлонів ми можемо на це вплинути.

Т.Ю. Повшедна

ЦИТОКІНИ ЯК НОВА САМОСТІЙНА СИСТЕМА РЕГУЛЯЦІЇ ФУНКЦІЙ ОРГАНІЗМУ

Кафедра біологічної та загальної хімії

С.В. Ладутько (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Однією із основних властивостей організму є його здатність підтримувати гомеостаз. В цьому процесі задіяні численні системи, в тому числі система цитокінів – сукупність більше 100 речовин поліпептидної природи, що є білками активованих клітин імунної системи, і забезпечують різноманітні міжклітинні взаємодії. Цитокіни забезпечують регуляцію захисних реакцій організму на місцевому і системному рівнях, регуляцію окремих фізіологічних функцій, а також регуляцію ембріогенезу, закладки і розвитку органів імунної системи. Враховуючи широкий спектр застосування і можливості отримувати рекомбінантні аналоги цих речовин шляхом клонування генів, актуальним є дослідження ролі та перспектив застосування цитокінів в клінічній діагностиці та лікуванні.

Мета: розглядаючи основні властивості цитокінів, визначити перспективність їх використання як маркерів різноманітних патологічних станів, а також як засоби терапії. Визначити основні принципи цитокінового лікування.

Матеріали та методи: Матеріалами для дослідження стали статті в рецензованих журналах з даної теми за останні 10 років, зокрема роботи BeltraJC, DecaluweH та TalbotS, FosterSL, WoolfCJ (журнал «Annual Review of Immunology»). Методами було опрацювання наукової літератури.

Результати: Цитокіни беруть участь у трьох основних процесах організму: розвитку місцевих і системних запальних реакцій, виконуючи роль індукційних медіаторів; регуляції росту і проліферації окремих типів клітин протягом всього життя (контроль еритроїдного кровотворення); а також в закладці і розвитку органів імунної системи. До цитокінів відносять інтерферони (ІФН), колонієстимулюючі фактори (КСФ), хемокіни, трансформіні фактори росту (ТФР), фактори некрозу пухлин (ФНП), інтерлейкіни (ІЛ). Цитокіни діють за естафетним принципом – дія цитокінів на клітину спричиняє утворення інших цитокінів (цитокіновий каскад).

Висновки: Основними перспективами використання цитокінів в лікарській практиці є їх маркерна роль (зокрема, при псоріатичному артриті, абсцесі легень, раку нирки, раку шлунка, бронхіальній астмі та ін), а також терапевтична – наприклад, посилення дії ендогенних цитокінів введенням природних чи рекомбінантних препаратів, заміна терапія, генотерапія раку з використанням цитокінів (введення генів цитокінів в пухлинні клітини для посилення їх імуногенності, підвищення запальної реакції в ділянці пухлинного вузла та імунного відриву пухлини), генотерапія імунодефіцитів, корекція алергії та аутоімунних процесів, антицитокінова терапія. При збереженні суворо визначених фізіологічних доз препаратів, цитокінова терапія здатна давати хороший результат, яскравим прикладом якого є успішність лікування розсіяного склерозу препаратом рекомбінантного інтерферону-бета.

В.М. Сай, Ю.В. Харченко, М.М. Вороновська
ВПЛИВ РІЗНИХ ДОЗ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРІЮ НА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ОДНОРАЗОВОГО ВВЕДЕННЯ

Кафедра біологічної хімії

Л. П. Білецька (к.б.н.,ас.), О.П. Хаврона (к.б.н., доц.)

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

Актуальність: Диклофенак натрію – нестероїдний протизапальний засіб. Основним механізмом дії диклофенаку натрію вважається гальмування біосинтезу простагландинів. Простагландини відіграють важливу роль у процесах розвитку запалення, що призводить до оксидативного стресу. У зв'язку з тим, що печінка виконує антиоксидантну та детоксикаційну функції, значний інтерес становить з'ясування змін антиоксидантної системи в цьому органі за умов одноразового введення диклофенаку.

Мета: Визначення впливу різних доз диклофенаку на активність ензимів антиоксидантного захисту та інтенсивність процесів ліпопероксидації в печінці щурів за умов одноразового введення.

Матеріали та методи: Дослідження були проведені на щурах-самцях масою 180–240 г, згідно етичних критеріїв роботи з лабораторними тваринами. Тварин поділили на 3 дослідні групи (Д1-Д3) і одну контрольну (К) по десять особин у кожній: щурам групи Д1 вводили інтраперитонеально – 10 мг/кг, групи Д2 – 40 мг/кг, групи Д3 – 60 мг/кг диклофенаку натрію одноразово, щури групи К – інтактні.

У гомогенатах печінки визначали: вміст ТБК-активних продуктів за методом Р. А. Тимирбулатова (1981), активність супероксиддисмутази (СОД) за методом С. Чевари (1991), каталази за методом М. А. Королюка (1988). Статистичну обробку результатів проводили враховуючи критерій Стьюдента.

Результати: Одноразове введення диклофенаку натрію в різних дозах спричинило зниження активності антиоксидантних ензимів СОД і каталази у печінці щурів усіх дослідних груп. Активність СОД у щурів Д1, Д2, Д3 груп знижувалась в 2,2, 2,3, 1,8 рази ($p < 0,05$) відносно контролю. Активність каталази в групі Д1 в 1,4 рази, в групі Д2 -2,3 рази, групі – Д3 в 0,8 рази ($p < 0,05$) була нижчою від показників у контрольних тварин. Встановлені зміни активності ензимів антиоксидантної системи супроводжувались характерним підвищенням вмісту ТБК-активних продуктів у печінці щурів групи Д2 в 4 рази, групи Д3 - 1,8 рази ($p < 0,05$). Однак, у печінці щурів групи Д1 мало місце зниження вмісту продуктів ПОЛ в 1,2 рази ($p < 0,05$) відносно контролю.

Висновки: За умов одноразового введення 10 мг/кг диклофенаку відбувалось загальне зниження про- та антиоксидантних процесів. Значна активація процесів ПОЛ у печінці щурів на тлі зниження антиоксидантних ензимів відбувалось при введенні дози 40 мг/кг. При збільшенні дози одноразового введення диклофенаку до 60 мг/кг активність СОД та каталази була вищою у порівнянні з показниками ензимів у щурів інших дослідних груп, вміст ТБК-продуктів зростав відносно контролю.

Ю.Р. Свирид

БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЦЕЛІАКІЇ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Р.С.Остренюк (ас.)

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

Актуальність: Целіакія – хронічне аутоімунне захворювання, яке характеризується імунною відповіддю на вживаний в їжу глютен, у результаті чого розвивається запалення, атрофія ворсинок і гіперплазія крипт тонкого кишечника. У глобальних масштабах частота сягає 1:100-1:170. Хворіють діти та дорослі, пік захворювання приходить на 20-40 років. Серед хворих 70% складають жінки. Перебіг хвороби у людей похилого віку відрізняється схильністю до злоякісного перебігу. У даний час зменшилось число пацієнтів з класичними проявами захворювання, різко зросла частка дорослих хворих з латентним перебігом.

Мета роботи: На основі опрацьованої літератури дослідити біохімічну основу целіакії.

Матеріали: Була використана вітчизняна та зарубіжна література за 2005-2015 рр. Підбір літератури був здійснений у бібліотеці ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Результати: Більшість наявних в їжі білків, які відповідають за імунну реакцію при целіакії – це проламіни. Ці накопичувальні білки багаті проліном і глютаміном, вони розчиняються в спиртах, стійкі до протеаз і пептидаз кишечника. Проламіни знаходяться в зернових культурах, проте різні зерна мають різні, але пов'язані проламіни: пшениця (гліадин), ячмінь (гордеїн), жито (секалін), кукурудза (зейн), а також незначна кількість білка авеніну міститься у вівсі. Найкраще вивчений гліадин.

Тканинна трансглютаміназа (ТТГ) – це фермент, який каталізує утворення перехресних зв'язків між білками, за рахунок реакції між глютаміном в одному білку і лізином у другому. Фермент представлений 8 ізоформами, які відрізняються локалізацією в органах. У шкірі утворюється третій тип ТТГ, який є мішенню для вироблення антитіл при герпетиформному дерматиті. У шлунку в основному експресується другий тип ТТГ. При целіакії підвищується експресія ТТГ у всіх шарах слизової оболонки. Гліадин, який надходить з їжею у складі глютену, на 40% складається із амінокислоти глютаміна і може виступати в якості субстрата для тканинної трансглютамінази. Під впливом цього фермента гліадин перетворюється у більш імуногенний пептид. У генетично схильних людей вживання глютену і утворення зміненої форми гліадину супроводжується

запальною реакцією з наступною атрофією слизової оболонки кишечника.

Також вважається, що у людей з генетичною схильністю даного захворювання, молекули головного комплексу гістосумісності (HLAII класа) DQ2 і DQ8 володіють можливістю зв'язуватися з дезамідованим гліадином. Утворенні при цьому комплекси запускають імунні реакції, які ведуть до патологічних змін у структурах оболонки тонкого кишечника.

Висновки: При даному захворюванні глютен, що надходить з їжею, індукує утворення специфічних антитіл до гліадину. Далі активуються процеси у результаті яких виробляються аутоантитіла до тканинної трансглутамінази. В останній час показано, тканинна трансглутаміназа – основний, якщо не єдиний антиген ендомізія для утворення антитіл при целиації. Повне відновлення архітектоніки тонкого кишечника можливе при припиненні контакту з глютенном.

О.Б. Семенович

ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ. ЛІКУВАННЯ, СУЧАСНИЙ ПІДХІД

Кафедра біоорганічної та біологічної хімії

Л.Ф. Осінська (к.б.н., ас.), Л.В. Яніцька (к.б.н., доц.)

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Цукровий діабет є одним з найпоширеніших захворювань. Воно пов'язане з важкими ускладненнями, одним з яких є діабетична ретинопатія, що призводить до інвалідності та сліпоти.

Мета. Визначити основні напрямки лікування діабетичної ретинопатії відповідно до патогенетичних механізмів.

Матеріал та методи. Дослідження даних літератури, аналіз їх, відносно сучасних принципів лікування діабетичної ретинопатії.

Результати досліджень. Існуючі методи лікування діабетичної ретинопатії спрямовані на основні ланки патогенезу, а саме: інгібітори альдозоредуктази, інгібітори протеїнкінази С, антиоксиданти, що доведено авторами (KadorF.et.al.2005, Simo R.et.al.2008, CunninghamE. et.al.2006). В якості інгібіторів альдозоредуктази використовують - ранірестат, фідарестат, сорбініл, які показали свою ефективність при лікуванні діабетичної ретинопатії через зниження окислювального стресу, що було показано в експериментах (KadorF.et.al.2005).

Авторами встановлено, що анти-васкулярні ендотеліальні фактори росту зумовлюють системне інгібування ангіогенезу, яке активується при діабетичній ретинопатії (Simo R.et.al.2008, WirostkoB.et.al.2008). В дослідженнях спостерігали регресію неоваскуляризації сітківки і поліпшення гостроти зору (AdamisA. et.al. 2006).

Використання фенофібрату призводить до зменшення окислювального стресу і зниження кількості аполіпопротеїну-А1, який сприяє відкладанню ліпідів і пошкодження сітківки (HernándezC.et.al.2009, KimJ.et.al.2007). Використання інгібіторів протеїнкінази С позитивно впливає на сітківку, зменшуючи потовщення сітківки та поліпшення гостроти зору (CamprochiarioP. 2004). Широке застосування антиоксидантів має позитивні ефекти в лікуванні (KowluruR. et.al.2004). Так ліпоева кислота здатна поглинати вільні радикали і послаблює апоптоз клітин. Таким чином, запропонована схема лікування є перспективним шляхом попередження подальшого розвитку діабетичної ретинопатією, її ускладнень.

Висновки. Представлені узагальнені дані літератури про основні принципи лікування діабетичної ретинопатії. Ми вважаємо, що перспективне лікування повинно бути спрямоване на використання засобів, які впливають на основні патогенетичні механізми і є запорукою успішної корекції даної патології.

О.В. Степаненко

ОНКОМАРКЕРИ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Ладутько С.В. (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останній час спостерігається різке збільшення онкологічних захворювань як в світі, так і в Україні. Для ранньої діагностики, оцінки ефективності лікування злоякісних пухлин, виявлення метастазування, проводиться виявлення певних речовин – онкомаркерів, рівень яких так чи інакше пов'язаний з наявністю у хворого онкологічних захворювань.

Мета: Вивчення та систематизування знань про онкомаркери. Порівняти дію та результативність існуючих пухлинних маркерів. Вивчити перспективність використання лабораторної діагностики у ранньому визначенні онкозахворювань.

Матеріали та методи: Було проведено аналіз численних наукових джерел, що стосуються обраної теми (О.Я. Складар, В.С. Камишніков, В.Ф. Сухой, В.М.Ліфшиц). Проаналізовано сфери застосування онкомаркерів в медицині, ступінь їх практичної цінності та результативність. Був застосований аналітико-синтетичний метод, що дав змогу оцінити як недоліки, так і перспективи виявлення даних речовин.

Результати: Онкомаркери - речовини білкової природи, наявність яких в біологічних рідинах (кров, сеча, слина

тощо) може свідчити про неоплазію. Будь-які молекули чи молекулярні сполуки, що утворюються злоякісними клітинами, умовно можна вважати пухлинними маркерами, проте переважна більшість з них не є специфічними ознаками пухлинного процесу. Їх діагностична значимість — 60—90 %.

Призначають дослідження онкомаркерів для моніторингу онкологічного статусу хворого до початку протипухлинного лікування, у процесі лікування і після закінчення з метою контролю його ефективності. Такий моніторинг дозволяє оцінити обсяг хірургічного втручання, ефективність променевої та хіміотерапії. Саме біохімічна детекція сигнальних онкомаркерних молекул є адекватним засобом раннього виявлення рецидивів і метастазів, нерідко до їх клінічної маніфестації.

Відомо близько 200 сполук, які відносять до онкомаркерів, проте діагностичне значення мають близько 20 білків.

До найбільш вивчених і широко використовуваних пухлинних маркерів належать: α -Фетопротейн (АФП), β_2 – Мікроглобулін (β_2 –МГ, тимотаксин), Простато-специфічний антиген (ПСА), Хоріонічний гонадотропін (ХГ), Раково-ембріональний антиген (РЕА), Трофобластспецифічний ф-1-глікопротеїн (ТБГ), Тиреоглобулін (ТГ), Плацентарна лужна фосфатаза (ПЛФ), Простатична кисла фосфатаза (ПКФ), Онкомодулін, Пухлинно-асоційовані антигени (СА 125, СА 15-3, СА 19-9, СА 242), Лактоферин (ЛФ), Муциноподібний раковий антиген (МРА), Нейронспецифічна енолаза (НСЕ), Тканинний поліпептидний антиген (ТПА), α -2-Глікопротеїн (АБГ), Антиген плоскоклітинного раку (SCC).

Висновки: Пухлинні маркери в комплексі з клінічними, ендоскопічними та іншими сучасними методами діагностики допомагають у вирішенні різноманітних задач клінічної онкології. Проте потрібно пам'ятати, що хоча дослідження онкомаркерів має значення для прогнозу захворювання, розпізнавання рецидивів та метастазів, жоден з онкомаркерів не дає 100%-ий результат.

А.О. Вахнюк, О.О. Стецун
БІОХІМІЯ РАКОВИХ КЛІТИН
Кафедра біологічної та загальної хімії
В.В. Блаженко (ас.)

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

Актуальність: Проблема вивчення пухлинних клітин є надзвичайно актуальною у наш час. Щороку на рак в світі хворіє 14 млн. осіб. Як стверджує ВООЗ, смертність від раку до 2020 року зросте на 45%, в порівнянні з рівнем 2007 року. Біохімічні зміни при раку не обмежуються пухлинною тканиною, вони охоплюють весь організм і викликають значну перебудову обміну речовин. Характер і ступінь цієї перебудови в значній мірі залежать від локалізації, ступеня злоякісності і розмірів пухлини.

Мега роботи: Основним завданням дослідження було визначення базових біохімічних процесів, що відбуваються у пухлинних клітинах на основі вивченої літератури.

Матеріали: Проаналізована сучасна вітчизняна та зарубіжна література за 2005-2015 рр. Підбір літератури був здійснений у бібліотеці ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Результати: Перші спроби біохімічного вивчення раку полягали в хімічному аналізі пухлинної тканини в порівнянні з нормальною, також у пошуках особливостей в хімічних компонентах організму пухлиноносія, адже будь-яка пухлина зберігає біохімічні риси тканини, з якої вона утворилася. Показано, що: пухлини відносно багаті водою; у пухлинах високий вміст легкорозчинних білків, багато нуклеїнових кислот, мало глікогену; багато аргінази, фосфатаз, протеаз, ферментів гліколізу, але мало окислювальних ферментів, каталази, іноді нуклеаз; підвищена здатність їх до гліколізу. Ядра, ізольовані з пухлинних клітин, відрізняються високим вмістом нерозчинного залишкового білка, що містить особливий метаболічно-інертний білковий компонент, характерний для пухлин; оновлення ядерних білків у пухлинах відбувається з меншою швидкістю, ніж у ядрах з нормальних клітин. Синтез РНК протікає інтенсивно.

Одним з факторів, що обумовлюють швидкий синтез білка в пухлинах, є підвищена здатність пухлинних клітин до активного концентрування амінокислот. Для деяких амінокислот вдається навіть показати, що включення їх в білок пухлини пропорційне ступеню концентрування цих амінокислот раковою клітиною.

Характерною рисою для пухлин є відсутність або дуже низький вміст глютаміну, що пов'язано, в свою чергу, з його підвищеним розпадом і зниженим синтезом. Оскільки глютамін відіграє найважливішу роль у біосинтезі білків, недолік цього аміну в пухлинах може бути пов'язаний з одним з механізмів, що регулюють пухлинний ріст.

Висновки: Особливості ракових клітин перш за все обумовлені їх активним синтезом білка. Це є основною причиною підвищеного вмісту в клітині нуклеїнових кислот, РНК та нерозчинного залишкового білка. Через велику швидкість метаболічних процесів у клітині значна кількість гідролітичних ферментів: аргінази, фосфатази, протеази та ін. Краще зрозумівши зміни в біохімічних процесах ракової клітини ми зможемо визначити і діагностувати рак на ранній стадії, що значно збільшить можливість швидкого і повного одужання.

О.А. Столяр, М.-Г.І. Гвозд, Л.В. Стадник

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ ТА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра біологічної хімії

О.П. Хаврона (к.біол.н., доц.), Л.П.Білецька (к.біол.н., ас.)

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

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) характеризується розвитком гіпоксичного стану, за умов якого при дефіциті енергетичних субстратів активується вільнорадикальне окиснення, що веде до зміни окисно-відновних процесів, зростання інтенсивності процесів ліпопероксидації та зміни активності ферментів антиоксидантного захисту.

Мета: дослідити зміни у ферментативній (супероксиддисмутаза, каталаза) та неферментативній (SH-групи) ланці антиоксидантного захисту у сироватці крові людей хворих ЦД І типу та після проведеного стаціонарного лікування.

Матеріали та методи. Для дослідження використовували кров 15 чоловіків, хворих на цукровий діабет І типу віком 30-45 років, які поступили у лікарню та після проведеного стандартного стаціонарного лікування. Групу контролю склали 12 практично здорових чоловіків цього ж віку. У сироватці крові хворих визначали активність антиоксидантних ферментів: супероксиддисмутази (СОД) – за методом Чеварі С. (1991), каталази (КАТ) – за методом Корольока М.А. (1988). Рівень сульфгідрильних (SH)-груп визначали за методом Соколовського В. В. (1996). Одержані результати статистично опрацьовані за t-критерієм Стьюдента за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel 8.0.

Результати. Результати досліджень показали різнонаправлені зміни активності антиоксидантних ферментів у хворих ЦД І типу: активність СОД знижувалася у 2,4 рази, а активність КАТ навпаки зростала у 1,6 рази. Спостерігалось також значне підвищення рівня SH-груп у 2,7 рази, що вказує на активацію різних ланок антиоксидантної системи. Після проведеного стандартного лікування, активність СОД залишалася низькою, проявляла лише тенденцію до підвищення, активність КАТ незначно знижувалася, рівень SH-груп знижувався ще у 1,4 рази.

Висновки. Виявлено значні зміни у функціонуванні антиоксидантної системи як за умов ЦД І типу, так і після проведеного лікування. Отримане лікування знизило рівень цукру в крові, але не призвело до нормалізації функціонування антиоксидантної системи. Зниження активності антиоксидантних ферментів після лікування вказує на виснаження антиоксидантної системи і, відповідно, її неспроможності захищати клітини від вільнорадикального окиснення. Виходячи з цього, рекомендуємо у стандартне лікування ЦД І типу включити препарати, що володіють антиоксидантними властивостями.

О.Б. Струтинська

РОЛЬ СИСТЕМИ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ЩУРІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Цукровий діабет посідає третє місце серед усіх причин інвалідизації та смертності хворих, що асоціюється з раннім розвитком судинних ускладнень, серед яких важливе місце посідає діабетична нефропатія. На сьогодні по більшій мірі нез'ясовані механізми формування діабетичної нефропатії, що стримує розробку ефективних засобів її профілактики та лікування. Важливу роль у функціонуванні нирок відіграє система гідроген сульфїду, яка регулює нирковий кровотік, стимулює процеси фільтрації в клубочках. Залишається невідомим причетність цієї метаболічної системи до розвитку уражень нирок за умов цукрового діабету.

Мета роботи: Оцінити вміст H_2S , активність H_2S -продукуючих ензимів в нирках та показники функціонування нирок у щурів з цукровим діабетом.

Матеріали та методи: Досліди проведені на 20 білих нелінійних щурах, які випадковим чином були розподілені на дві групи: І група (контроль; n=10) - інтактні тварини; ІІ група (дослід; n=10) - тварини, яким моделювали цукровий діабет шляхом одноразового введення стрептозотоцину (Sigma, США) інтраперитонеально в дозі 40 мг/кг маси на 0,1М цитратному буфері (рН=4,5). Стан системи H_2S оцінювали на основі визначення вмісту H_2S , активності цистатіонін- γ -ліази (ЦГЛ), цистатіонін- β -синтази (ЦБС) та 3-меркаптопіруват-сульфуртрансферази, супряженої з цистеїнамінотрансферазою (3-МСТ/ЦАТ) в гомогенатах нирок. Дослідження функціонального стану нирок проводили шляхом визначення кліренсу креатиніну, вмісту сечовини в сироватці крові, рівня білка та активності γ -глутамілтранспептидази (ГГТП) в сечі.

Результати: Експериментальний цукровий діабет у щурів супроводжується зменшенням вмісту H_2S (на 25%, $p<0,05$) та зниженням активності ЦГЛ (на 28%, $p<0,05$), ЦБС (на 24,5%, $p<0,05$), 3-МСТ/ЦАТ (на 18,4%, $p>0,05$) в нирках, порівняно з показниками контрольної групи. Поряд з цим відмічаються порушення фільтраційної функції нирок (кліренс креатиніну зменшується на 18,5%, $p<0,05$; рівень сечовини в сироватці крові зростає на 20,2%, $p<0,05$, відносно контролю) та пошкодження тубулярного апарату нирок (екскреція білка та активність ГГТП в сечі зростають на 20-24%, $p<0,05$, відносно контролю). Кореляційний аналіз

показав, що вміст H_2S та активність H_2S -продукуючих ензимів в нирках прямо корелює з кліренсом креатиніну ($r=0,56-0,62$, $p<0,05$) та обернено корелює з вмістом сечовини в крові, рівнем протеїнурії та ензимурії ($r=-0,45-0,51$, $p<0,05$).

Висновки: Експериментальний цукровий діабет у щурів супроводжується зменшенням продукції H_2S в нирках, що супрєжено з розвитком фільтраційної недостатності та ураженням каналцевого апарату нирок. Подальші дослідження дозволять окреслити нові молекулярні мішені, через які реалізується нефропротекторна дія лікарських засобів при цукровому діабеті.

Л.А. Тереховська
ПРІОНИ. ПЕРЕДАЧА СПАДКОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ БЕЗ ДНК
Кафедра біологічної та загальної хімії
О.В.Тертишна (к.біол.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: У свій час пріонні захворювання сколихнули весь світ, зокрема своєю поширеністю, відсутністю методів діагностики та загадковістю виникнення. Природа пріонів протирічить центральній догмі молекулярної біології, вони перевернули з ніг на голову розуміння про передачу інформації в клітині. Захворювання, викликані білковими інфекційними агентами, на даний момент невиліковні, а їхня діагностика в інкубаційному періоді є неможливою.

Мета: Описати будову і значення нормального та патологічного білка-пріона та його вплив на клітини організму людини і тварин .

Матеріали та методи: Аналіз літературних джерел, преси та наукових статей.

Результати: Пріонні білки за структурою є поліпептидами, які в нормі присутні у всіх живих організмах, є специфічними для вівці, миші, людини та навіть для грибів. Клітини організму людини і тварин, головним чином нервові, постійно синтезують нормальний пріонний білок. Вони беруть участь у передачі нервових імпульсів, регулюють циркадні ритми, захищають організм від окислювального стресу, що супроводжує запальні процеси та інші. Інфекційний пріонний білок відрізняється від здорового лише зміною просторової конформації. Причиною появи структурних зрушень найвірогідніше є надходження в організм людини та тварин патогенного пріону з їжею, а також спадкова генетична схильність або спонтанна зміна просторової будови нормального пріонного білка. Під впливом хвороботворного агента всі клітинні пріонні білки змінюють конформацію і перетворюються на патологічні, які є носіями захворювань. Передача інформації від білка до білка без участі нуклеїнових кислот протирічить основній догмі молекулярної біології. Особлива небезпечність пріонних захворювань полягає в тому, що інфекційні пріони практично неможливо знищити розповсюдженими методами, оскільки вони надзвичайно стійкі до дії температури, дезінфектантів, УФ-випромінювання.

Висновки: Природа пріонів є суттєвим питанням у молекулярній біології та медицині сьогодення й потребує детальнішого вивчення заради створення методів діагностики та лікування викликаних ними смертельних захворювань.

В.А. Тростенюк
**МОЛЕКУЛЯРНІ МЕХАНІЗМИ ДІЇ НА МЕТАБОЛІЗМ АРАХІДОНОВОЇ КИСЛОТИ
ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ В ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ**

Кафедра біологічної та загальної хімії
О.М. Колошко (к.мед.н., ст. викл.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Бронхіальна астма (БА) – медична проблема, що потребує ефективних методів лікування. Частота в популяції від 4 до 10% в залежності від географічного регіону; а у дітей – до 13-17%. Дослідницькі лабораторії світу ведуть пошук нових засобів лікування.

Мета: встановити молекулярні механізми антилейкотриєнової терапії БА, особливо, нових препаратів.

Матеріали та методи: проведено аналіз літературних джерел із наукової періодики системи пошуку «PubMed» відповідно тематиці та зроблено узагальнюючі висновки.

Результати: Основні патогенетичні механізми бронхіальної обструкції такі: спастичний, запальний, дискримінаційний. В запальних механізмах БА вагому роль відіграє біологічна дія ейкозаноїдів (особливо, лейкотрієнів B_4 , C_4 , D_4 ; простагландину F_2 і ліпоксину A_4).

Основних регуляторних ферментів в їх синтезі є три: фосфоліпаза A_2 , ліпооксигеназа та циклооксигеназа. Фосфоліпаза A_2 зв'язана з мембранами клітин і активується багатьма факторами: гістаміном, кінінами, механічний вплив, контакт комплексу антиген-антитіло з поверхнею.

Глюкокортикоїди пригнічують синтез всіх типів ейкозаноїдів, адже гальмують фосфоліпазу A_2 , і таким чином зменшують кількість субстрату для їх синтезу. Але у них є суттєвий недолік – чисельні побічні ефекти, особливо при системному застосуванні. Тому в усьому світі вже десятки років ГК використовують при БА широко, але переважно в місцевій інгаляційній формі.

Зілеутон є новим препаратом, єдиним на сьогодні вибірково інгібітором 5-ліпоксигенази. На циклооксигеназу не впливає. Тому всі ефекти зілеутона пов'язані з пригніченням біосинтезу лейкотрієнів. Останнє проявляється протизапальним ефектом та розширенням бронхів. Перевага над ГК полягає у суттєво менших побічних діях та відсутності ефекту збільшення гіперреактивності бронхів після відміни, хоча, це не затьмарює ГК при лікуванні БА.

Блокатори лейкотрієнових рецепторів (зафірлукаст, монтелукаст) – інша відносно нова група препаратів. Вони вибірково, ефективно і тривало блокують бронхіальні рецептори до лейкотрієнів (LTD₄, LTE₄). Це створює виражену протизапальну дію. При БА вона проявляється зменшенням проникності судин, зниженням набряку слизової оболонки бронхів, придушенням секреції густого в'язкого мокротиння. Одночасно відзначається розширення бронхіол (блок LTD₄-рецепторів). Ефект розвивається повільно, тому використовується він для профілактики і при тривалому лікуванні БА.

Аспірин і інші протизапальні препарати нестероїдної дії інгібують тільки циклооксигеназний шлях. Тому на синтез лейкотрієнів не впливають. Навпаки, при лікуванні НПЗЗ через пригнічення циклооксигенази, при надмірній активації ліпоксигенази може виникати «аспіринова» астма. Арахідонова або ейкозопентаєнова кислоти включаються в єдиний шлях утворення лейкотрієнів. Лейкотрієни C₄, D₄ викликають бронхоспазм. Пацієнтам зі спадковою недостатністю ЦОГ ці препарати протипоказані.

Висновки: Вивчення механізму утворення ейкозаноїдів створює ґрунтовну базу для розуміння дії новітніх ліків протизапальної дії.

О.І. Трухманова

МЕТАБОЛІЗМ ОКСАЛАТНОЇ КИСЛОТИ В НОРМІ ТА ПАТОЛОГІЇ

Кафедра біологічної та загальної хімії

А.В. Мельник (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Порушення обміну оксалатної кислоти є важливою проблемою практичної охорони здоров'я, адже має високу поширеність, часто призводить до формування сечокам'яної хвороби та раннього розвитку ускладнень.

Мета роботи: систематизувати дані щодо метаболізму оксалатної кислоти, причин, механізмів розвитку та принципів лікування порушень її обміну.

Матеріали та методи: провести аналіз матеріалів статей вітчизняних та зарубіжних журналів, а також електронних версій журналів, абстрактів в пошукових системах інтернету Google та PubMed за період 2010-2015 р.

Результати дослідження: Щавелева (оксалатна) кислота - нормальний метаболіт організму людини, пул якого поповнюється за рахунок ендogenous синтезу та надходженням з продуктами харчування (великі кількості містяться в ревені та шпинаті). Виведення оксалатної кислоти відбувається з сечею переважно в неметаболізованій формі (добова екскреція в нормі не перевищує 0,5 ммоль). Синтез оксалату проходить в печінці переважно з гліоксилату за участі ферменту гліколатоксидази (в пероксисомах) або лактатдегідрогенази (в цитоплазмі); невеликі кількості цієї кислоти утворюються при розпаді віт. С. Основним джерелом гліоксилату в пероксисомах є окисне дезамінування гліцину за участі гліцинооксидази, а в цитоплазмі - реакції катаболізму гідроксипроліну. Утилізація гліоксилату проходить в реакціях: а) В₆-залежного трансамінування з аланіном за участі аланін:гліоксилат аміотрансферази; б) відновлення до гліколату за участі гліоксилатредуктази.

Висновки: Порушення метаболізму оксалату супроводжуються розвитком оксалурії (зростання екскреції оксалату з сечею), яка поділяється на первинну (дефект ферментів утилізації гліоксилату) та вторинну (надмірне надходження оксалату, віт. С та білку з дієтою, а також дефіцит віт. В₆). При цьому створюються умови для взаємодії оксалатів та йонів кальцію з утворенням малорозчинного у воді кальцій оксалат, кристали якого поступово агрегують (особливо при закисненні сечі), відкладаються в нирках (оксалатні камені), пошкоджують клітини та викликають розвиток запалення. Враховуючи механізм розвитку оксалурії можна виділити основні принципи її лікування: 1) дієтотерапія (виключити з дієти продукти збагачені оксалатом, аскорбіновою кислотою, зменшити вміст білка, вживати велику кількість лужної води); 2) медикаментозна терапія - препарати віт. В₆ (стимулює утилізацію гліоксилату), віт. Е (антиоксидант та мембраностабілізатор), ксифодон (попереджує відкладання кальцію та нормалізує його обмін), цитрат натрію або магурліт (збільшують рН сечі та попереджують кристалізацію кальцій оксалату).

К.М. Тубулкан

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ СИСТЕМИ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В НИРКАХ ЩУРІВ: ЗВ'ЯЗОК З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ НИРОК

Кафедра біологічної та загальної хімії

А.В. Мельник (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Статевий диморфізм функцій є фундаментальною біологічною детермінантою, яка проявляється на всіх рівнях організації живого. Показано існування гендерних відмінностей у функціонуванні гломерулярного та тубулярного апаратів нирок, активності процесів пероксидації ліпідів та білків у нирках. Останнім часом показано, що важливу роль у функціонуванні нирок відіграє гідроген сульфід (H_2S), який регулює кровопостачання нирок, процеси фільтрації в нирках, виконує роль антиоксиданта та цитопротектора. Залишається невідомим існування статевого диморфізму в системі H_2S та його зв'язку з гендерними відмінностями функцій нирок.

Мета роботи: Дослідити стан системи H_2S у щурів різної статі та її взаємозв'язок з показниками функціонування нирок

Матеріали та методи: Досліди проведені на 30 білих нелінійних самках та самцях щурів, які залежно від статі були розподілені на дві групи. Стан системи H_2S оцінювали за показниками вмісту H_2S , активності в нирках цистатіонін- γ -ліази (ЦГЛ), цистатіонін- β -синтази (ЦБС) та 3-меркаптопіруватсульфуртрансферази, супряженої з цистеїнаміно-трансферазою (3-МСТ/ЦАТ). Функціональний стан нирок визначали за показниками кліренсу креатиніну, вмісту білка та активності γ -глутамілтранспептидази (ГГТП) в сечі.

Результати: Встановлено існування статевого диморфізму системи гідроген сульфід у нирках щурів. У самок інтактних щурів вміст H_2S та активність ЦГЛ і ЦБС на 15-20% ($p > 0,05$) були вищими, порівняно з самцями. Поряд з цим нами підтверджено існування гендерних відмінностей функціонування клубочкового та тубулярного апаратів нирок. Зокрема, у самок щурів зафіксовано достовірно вищий кліренс креатиніну (на 12,5%; $p < 0,05$), вірогідно нижчий рівень протеїнурії (на 35%; $p < 0,05$) та активність ГГТП в сечі (на 32%; $p < 0,05$). Аналіз кореляційних зв'язків в окремих групах самців та самок зафіксував суттєві відмінності за їх силою, але не за спрямованістю. У самців щурів показники обміну H_2S більш тісно корелювали з рівнем протеїнурії та ензимурії ($r = -0,51$ - $0,53$ проти $r = -0,40$ - $0,41$ у самок, $p < 0,05$), а у самок щурів - з кліренсом креатиніну ($r = 0,54$ - $0,58$ проти $r = 0,42$ - $0,46$ у самців, $p < 0,05$), що є одним із доказів причетності системи H_2S до формування гендерного диморфізму функціонального стану нирок.

Висновки: У самок щурів реєструється достовірно вища продукція H_2S , що асоціюється з вірогідно вищим показником кліренсу креатиніну та нижчим рівнем протеїнурії, порівняно з такими показниками у самців. Подальші дослідження в цьому напрямку дозволять уточнити молекулярні механізми гендерного диморфізму функціонування клубочкового та каналцевого апаратів нирок.

І.О. Умен, Є.О. Гетьманенко

ВЛАСТИВОСТІ АНТОЦΙΑНІВ

Кафедра біологічної та загальної хімії

М.М. Йолтухівський (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Антоціани (з грец. квітка та синій) забарвлені рослинні глікозиди, що відносяться до флавоноїдів і обумовлюють забарвлення рослин в спектрі від синьо-фіолетового до червоного кольорів. Довгий час ці речовини цікавили лише селекціонерів та генетиків. Проте нещодавно було виявлено ряд властивостей, які в майбутньому відкривають для антоціанів широкі можливості для використання в медицині.

Мета: Систематизувати літературні дані щодо фізико-хімічних, біохімічних та фізіологічних властивостей антоціанів та перспективи їх використання в медицині.

Матеріали та методи: Аналіз наукових публікацій за останні 15 років з ресурсу PubMed.

Результати: Вдалося встановити основні фізико-хімічні залежності стану антоціанів від умов навколишнього середовища, головним чином від його кислотності. Антоціани легко розчиняються у воді і полярних розчинниках, слабозрчинні в спирті і нерозчинні в неполярних розчинниках. На забарвлення антоціанів впливає число і природа замісників: гідроксильні групи, що несуть вільні електронні пари обумовлюють батохромний зсув при збільшенні їх числа. Так, наприклад, пеларгонідін, ціанідін і дельфінідина, що несуть в 2-фенільному кільці, відповідно, одну, дві і три гідроксильні групи, пофарбовані в оранжевий, червоний і пурпуровий кольори. Синтезуються антоціани в цитоплазмі і депонуються в клітинні вакуолі за допомогою глутатіонового насоса. Антоціани виявлені в спеціальних везикулах - антоціанопластах, хлоропластах, а також в кристалічному вигляді в цитоплазмі.

В експериментальних та клінічних дослідженнях не одноразово показана роль антоціанів як антиоксидантів, виявлені протизапальна та бактерицидна властивості. Є дані про покращення стану кровоносної системи, особливо судин очного дна та покращення зору. За умов використання антоціанів покращувалась робота ШКТ, показана здатність цих речовин скорочувати ризик ураження раком стравоходу і прямої кишки.

Висновки: Антоціани дозволені в якості харчових добавок і можуть знайти широкого застосування у медицині будучи безпечною основою для лікарських препаратів. Найвища їх концентрація виявлена в ягодах бузини, горобини, чорної смородини, ожини та чорниці. Перспективним є подальше вивчення фізико-хімічних та біохімічних властивостей антоціанів, що дасть змогу вдосконалити методи виділення з їх природних джерел у чистому вигляді.

М.А. Федюк

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ЩУРІВ З МОДЕЛЬОВАНИМ ВОДНО-ІММОБІЛІЗАЦІЙНИМ СТРЕСОМ

Кафедра біологічної хімії

О.С. Мазур (ас.)

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Стрес — неспецифічна реакція організму у відповідь на дію (подразник) ззовні, яка перевищує норму, а також відповідна реакція організму на неї. Відомо, що при переході зі стадії тривожності до стадії резистентності активуються процеси перекисного окиснення ліпідів. Перебіг цих процесів визначає стабільність гомеостазу живого організму. В результаті їх активування накопичуються токсичні продукти, що призводить до метаболічних порушень, зокрема, до виразкового коліту.

Мета: Дослідження впливу сполук Les-5054 та Les-5055 (похідні 4-тіазолідинону; синтезовані на кафедрі фармхімії ЛНМУ ім. Д.Г.) на перебіг процесів перекисного окиснення ліпідів у тварин з модельованим ВІС.

Матеріали та методи: Дослідження проводились на 16 статевозрілих самцях щурів масою 180–200 г. Дослідні тварини були поділені на 4 групи. Перша група (n=4) – контрольна група щурів. Другу групу (n=4) склали тварини, в яких виразковий коліт був змодельований водно-імобілізаційним стресом (ВІС). Третя група (n=4) – щурі, яким вводили в дозі 10 мг/кг маси тіла двічі (до і після моделювання коліту) сполуку Les-5054. Четверту групу (n = 4) склали тварини, яким вводили в дозі 10 мг/кг маси тіла двічі (до та після моделювання коліту) сполуку Les-5055. Визначали вміст первинних продуктів перекисного окиснення (дієнових кон'юганів) в гомогенатах печінки та нирок щурів за методом Плацера в модифікації В.Б. Гаврилова, М.І. Мішкорудної (1983) та вміст малонового діальдегіду (МДА) – за методом Р.А. Тимирбулатова, Е.І. Селєзньової (1981). За методикою В.Б. Мартинюк і співавторів (1991) визначали активність ферментативної та неферментативної складової антиоксидантної системи.

Результати: На основі отриманих результатів встановлено наступне:

- 1) вміст ДК в тканинах печінки зростає на 34,4% при введенні сполуки Les-5054 порівняно з вмістом ДК при ВІС; при введенні Les-5054 – на 24,3%.
- 2) вміст МДА в тканинах печінки при введенні Les-5054 зменшується на 50,1% порівняно з вмістом МДА при ВІС; при введенні Les-5055 – на 77%.

Висновки: На основі отриманих результатів можна констатувати:

- 1) при введенні речовини Les-5054 в печінковій тканині спостерігали збільшення вмісту гідроперекисів з одночасним зменшенням кінцевих продуктів ПОЛ (МДА);
- 2) при введенні сполуки Les-5055 констатували аналогічні зміни досліджуваних показників у печінці;
- 3) в нирках відбулися аналогічні, проте недостовірні, зміни при введенні Les-5054 та Les-5055;
- 4) вище зазначені результати досліджень свідчать про активування неферментативної складової антиоксидантного захисту при введенні сполук Les-5054 та Les-5055, проте більш виражений позитивний ефект спостерігали при введенні речовини Les-5055.

Ю.Є. Хомюк, Д.С. Марцінішина, Н.В. Мигаль, М.С. Масловська

СПАДКОВІ ХВОРОБИ ОБМІНУ АМІНОКИСЛОТ, ВУГЛЕВОДІВ, ЛІПІДІВ, НУКЛЕЇНОВИХ КИСЛОТ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Г.З. Личик (к.б.н. доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ензимопатії- це групи спадкових захворювань, що обумовлені генетичними порушеннями синтезу певних ферментних систем, які каталізують обмін основних метаболітів нашого організму. Дослідження в цій галузі для наукової, технологічної та практичної діяльності лікаря є актуальним, тому що будь-яке порушення обміну речовин проявляється різноманітними захворюваннями, такими як фенілпірвіноградна олігофренія, алкаптонурия, глікозидози, ліпідози, синдром Леш-Ніхана і т.і.

Мета: Акцентувати увагу студентів до хвороб, пов'язаних з порушенням обміну різних метаболітів нашого організму (амінокислот, вуглеводів, ліпідів, нуклеїнових кислот). Визначити ключові акценти в діагностиці, лікуванні та профілактиці спадкових хвороб порушення обміну речовин. Систематизувати отримані результати і викласти їх у вигляді навчального буклету.

Матеріали та методи: Проведений аналіз наукової літератури та інформації з джерел інтернету з питань

причин виникнення ензимопатій, їх діагностики та лікування. Методом роботи є опрацювання наукової літератури.

Результати: Отримані матеріали вивчені, досліджені, систематизовані і знайшли своє відображення у вигляді створеного нами навчального посібника для студентів (буклету).

Висновок: Хвороби обміну речовин є однією з причин смертності і інвалідності, тому завчасне їх виявлення і діагностика дає можливість призначити необхідне лікування і попередити ускладнення. Найбільш популярним і точним методом діагностики таких хвороб є біохімічний, в основі якого лежить ферментативний аналіз. Ми вважаємо, що наша робота стане важливою теоретичною базою для майбутніх лікарів, адже допоможе зрозуміти молекулярні основи і механізми виникнення патологічних станів. Це сприятиме формуванню клінічного мислення у студентів-медиків.

В.В. Чернецька

ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕРИТРОЦИТІВ У ЩУРІВ З МОДЕЛЬОВАНИМ ОЦТОВИМ КОЛІТОМ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ РІЗНИМИ ДОЗАМИ ІНДОМЕТАЦИНУ

Кафедра біологічної хімії

О. Є. Мазур (к. біол. н., ас.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Виразковий коліт – хронічне рецидивуюче запальне захворювання, що супроводжується підвищенням експресії циклооксигенази I та циклооксигенази II, вивільненням прозапальних цитокінів та різким зростанням процесів ліпопероксидації. Активність вільнорадикальних процесів призводить до зменшення осмотичної резистентності еритроцитів.

Мета: Дослідження впливу різних доз неселективного інгібітора синтезу прозапальних медіаторів індометацину на осмотичну резистентність щурів з модельованим оцтовим колітом.

Матеріали та методи: Дослідження проводились на статевозрілих самцях щурів масою 200-220г. Дослідні тварини були поділені на 4 групи. Перша- контрольна група (n=12) Друга (n=10) - щурі з модельованим оцтовим колітом за методикою Okabe (2005). Третя, четверта (n=20) - тварини, яким вводився індометацин - неселективний інгібітор циклооксигенази I та циклооксигенази II в дозі 10 мг/кг маси тіла двічі (до і після моделювання коліту) та в дозі 20 мг/кг маси тіла за аналогічною схемою. Осмотична резистентність еритроцитів визначалася за методом Камишнікова В.С. (2000), вміст гідроперекисів визначали за Мішкорудною М.І. та Селезньовим В.Б. (1983).

Результати: Встановлено, що моделювання оцтового коліту зменшує осмотичну резистентність еритроцитів ($7,6 \pm 0,5\%$ при контрольних показниках $4,7 \pm 0,3\%$), що супроводжується зростанням активності перекисного окислення ліпідів: вміст гідроперекисів у сироватці крові становить $3,12 \pm 0,21$ у.о. проти $1,94 \pm 0,22$ у.о. в контрольній групі. Введення індометацину в дозі 10 мг/кг маси тіла (при модельованому коліті) збільшує осмотичну резистентність еритроцитів до $2,7 \pm 0,23\%$ стосовно групи з модельованим оцтовим колітом, максимальний гемоліз еритроцитів становить 82% проти 88,1% в контрольній групі. Вміст гідроперекисів у сироватці крові зменшувався порівняно з групою з оцтовим колітом ($2,5 \pm 0,12$ у.о. проти $3,12 \pm 0,21$ у.о.), проте залишався вищим від норми ($2,5 \pm 0,12$ у.о. проти $1,94 \pm 0,22$ у.о. в контрольній групі).

Введення індометацину в дозі 18мг/кг маси тіла (при модельованому оцтовому коліті) призводить до значного зниження осмотичної резистентності еритроцитів $15,1 \pm 1,1$ % проти $7,6 \pm 0,23$ % (оцтовий коліт) і незначного зростання вмісту гідроперекисів у сироватці крові $3,25 \pm 0,21$ у.о. відносно групи з модельованим колітом $3,12 \pm 0,21$ у.о. та значного зростання відносно контрольної групи щурів $3,25 \pm 0,21$ у.о. проти $1,94 \pm 0,22$ у.о.

Висновки: Введення індометацину щурам з модельованим оцтовим колітом в дозі 10мг/кг маси тіла зумовлює повернення показників осмотичної резистентності еритроцитів до нормальних величин та зниження вмісту гідроперекисів в сироватці крові. Введення індометацину щурам з модельованим оцтовим колітом в дозі 18мг/кг маси тіла призводить до значного погіршення прооксидантного стану дослідних тварин. Згідно отриманих результатів можна констатувати, що введення індометацину щурам з модельованим оцтовим колітом у дозі 10мг/кг маси тіла має позитивний фармакологічний ефект.

С. Човган

СУДИННІ УСКЛАДНЕННЯ НАПОВНЮВАЧІВ НА ОСНОВІ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ ТА РОЛЬ ГІАЛУРОНІДАЗИ В ЇХ ЛІКУВАННІ

Кафедра біологічної та загальної хімії

Н.В. Заїчко (д.мед.н., доц.)

І.В. Таран (асистент кафедри фармакології)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Широке використання наповнювачів гіалуронової кислоти в ін'єкційній пластичі зумовило появу судинних ускладнень, таких як емболія і компресійна ішемія, наслідком яких є некроз м'яких тканин.

Однією з важливих клінічних переваг препаратів на основі стабілізованої гіалуронової кислоти є можливість її біодеградації під дією специфічного фермента – гіалуронідази.

Мета: Вивчення біохімічних і біологічних ефектів препарату гіалуронідази, при його ін'єкційному введенні під шкіру в ділянку обструкції вушної артерії, викликаній медикаментозною емболією гіалуроновою кислотою.

Матеріали та методи: Досліджено 5 здорових кролів вагою 3-4 кг. Досліди виконані згідно загальних етичних принципів експериментів на тваринах, ухвалених Першим національним конгресом України з біоетики (Київ, 2001), «Європейської конвенції про захист хребетних тварин, що використовуються для дослідних та інших наукових цілей» (Страсбург, 1986). Виконано введення препарату стабілізованої гіалуронової кислоти в передню гілку задньої вушної артерії в об'ємі 0,1 мл «Вольбелла 15мг/мл, Аллерган, Франція» в обидва вуха. Підшкірно вводили гіалуронідазу «Лідаза-Біофарма» в дозі 16 ОД/кг маси кроля в уражену ділянку вушної раковини, одразу після ін'єкції гіалуронової кислоти, через 6 год, 8 год, 24 год, 48 год. . Обколювали одне вухо, друге слугувало контролем. Тварини були анестезовані шляхом внутрішньом'язової ін'єкції кетаміну (5мг/кг). Проведено забір крові з вушної вени для лабораторного дослідження до введення гіалуронової кислоти та через 48 год після введення. Забір тканин ураженої площі для морфологічного дослідження здійснювали через 7 днів. Усі маніпуляції проводили в стандартних умовах.

Результати: Встановлено, що введення гіалуронової кислоти одразу викликало побіління шкірних покривів; через 6 год - набряк, гіперемію; через 8 год формування червоних та синюватих плям, мармуровий малюнок шкіри (ліведо), набряк; через 24 год спостерігалось сіро-синє забарвлення шкіри, набряк, а через 48 год - поява демаркаційної лінії, що відділяла некротичну зону. У венозній крові спостерігався лейкоцитоз, підвищення С-реактивного білку і фібриногену. Кінцеве оцінювання проводилось через 7 днів від початку експерименту: у вушній раковині, куди вводили гіалуронідазу, одразу після введення гіалуронової кислоти, через 6 год і 8 год - спостерігалось заживлення, відновлення тканин без некротичних змін; через 24 год площа некрозу була менша, ніж на контрольному вусі, а через 48 год –на обох вухах площа некрозу була однакова.

Висновки: Таким чином, в експерименті показано, що введення гіалуронідази ефективно зменшує судинні ускладнення, при її введенні протягом першої доби. Встановлено, що гіалуронідаза розчиняє стабілізовану гіалуронову кислоту, отже при виникненні компресійно-ішемічного синдрому рекомендовано використання препарату «Лідаза-Біофарма», що потребує подальших досліджень для впровадження в естетичну медицину в клінічних умовах.

О.Б. Шевня, В.В. Шавлюк, М.В. Архіпов

ВИВЧЕННЯ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ ТА ЙОГО ФІТОПРОФІЛАКТИЦІ

Кафедра гістології

О.І. Тереховська (к.мед.н, доц.),

Кафедра біологічної та загальної хімії

В.М. Истошин (к.б.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Вступ. У 2015 році на Україні зареєстровано 1млн. 380 тис. хворих на цукровий діабет (ЦД). Серед них з ЦД 2-го типу – 1млн.280 тис.

Мета: дослідити зміни слизової шлунку при експериментальному ЦД та його фітопрофілактиці.

Матеріали та методи. Всі піддослідні тварини були розділені на 3 групи: 1 – інтактні, 2 – щурі, яким моделювався ЦД, 3 – лікування ЦД фітопрепаратом. Тваринам 2 та 3 груп – внутрішньошкірно вводився дексаметазон (0,125 мг/кг маси тіла протягом 15 днів). Тваринам 3 групи вводився фітопрепарат у вигляді відвару (1:10). Тварин виводили з експерименту шляхом декапітації під легким ефірним наркозом. Для біохімічного дослідження кров щурів збирали з черевної порожнини. Глюкозу крові вимірювали глюкометром фірми Баєр (Швейцарія). Для морфологічного дослідження видалений шлунок щура занурювали в 10% розчин нейтрального формаліну для фіксації. Отримані зрізи забарвлювали гематоксилін-еозином.

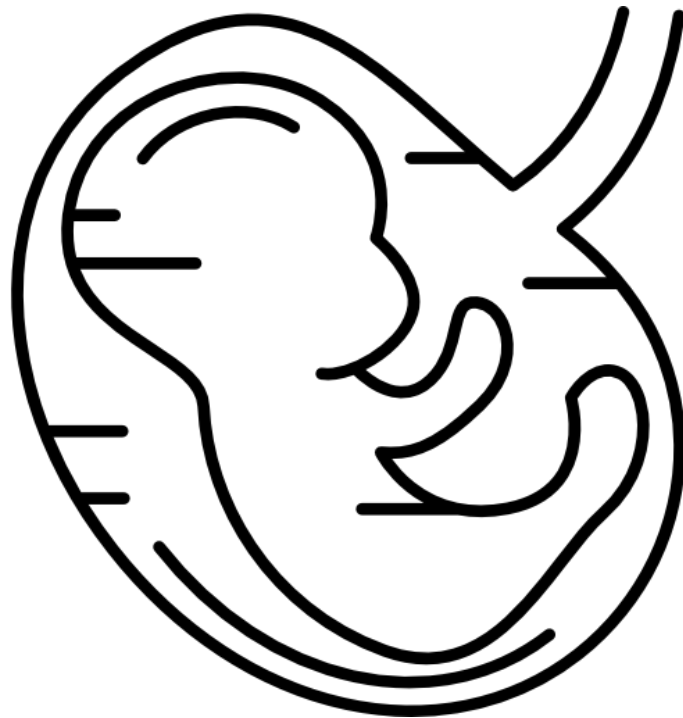
Результати. При ЦД рівень глюкози крові щурів був вищим на 30% ($5,67 \pm 0,67$ ммоль/л), профілактичне введення фітопрепарату приводило до зниження рівня глюкози крові на 10% ($3,95 \pm 0,65$ ммоль/л) у порівнянні з інтактними тваринами ($4,41 \pm 0,14$ ммоль/л). При експериментальній патології у тварин зареєстровано зменшення маси тіла (на 20%) та шлунку (на 33%). Профілактика ЦД привела до збільшення маси органа на 25% у порівнянні з групою тварин без корекції.

Для гістологічного дослідження брали слизову дна шлунку інтактних тварин, вистелену високим призматичним епітелієм, що має шлункові ямки. Під ним – власна пластинка слизової, повністю заповнена залозами, які тісно прилягають одна до одної. Далі знаходиться м'язова пластинка слизової оболонки, утворена трьома шарами гладеньких міоцитів. Зовні від слизової оболонки присутня сполучнотканинна підслизова основа, що межує з м'язовою оболонкою. Просвіт власних залоз вузький, щілопоподібний. Основу тіла залози складають головні екзокриноцити – клітини з блідо забарвленою цитоплазмою, повернені до просвіту залози. В ділянці тіла та шийки знаходяться дрібні клітини-мукоцити. Зовні від головних клітин несучільним шаром прилягають екзокриноцити. Проміжки між залозами заповнені тонкими прошарками сполучної тканини. Експериментальний ЦД призводить до дистрофічних змін у слизовій оболонці, її ерозії та виразки. Введення з

профілактичною метою фітопрепарату призводить до відновлення структури і функції слизової оболонки шлунку.

Висновки. Екзогенне навантаження дексаметазоном викликає значне підвищення рівня глюкози крові, зменшення маси тварин та маси шлунка, дистрофії слизової дна шлунка, виникненню ерозій та виразок. Введення фітопрепарату має виражену органопротекторну дію.

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ



OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

А.О. Брюханова
**ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ЧАСТОТИ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РІЗНИХ
КОМБІНАЦІЙ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТУ**

Кафедра акушерства та гінекології №1

Л.В.Яремчук (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: питанням безпечного переривання вагітності приділено важливе місце в сучасній Україні, оскільки дуже гостро стоїть проблема абортів в цілому. Також, суттєвим є факт соціального забезпечення молодих сімей. Тому сотні жінок виявляють волю позбавитись від небажаної вагітності через тимчасові чи постійні матеріальні труднощі і неможливість виховання ще однієї дитини. Незважаючи на розмаїття контрацептивів, кількість абортів з роками не зменшується. Завдання лікарів – мінімізувати негативні наслідки при перериванні вагітності, профілакувати розвиток хронічних захворювань статевих органів та забезпечити нормальну репродуктивну функцію в майбутньому.

Мета: дослідити ефективність та частоту побічних ефектів при застосуванні двох схем медикаментозного абортів: 1) 600 мг міфепростону та 400 мкг мізопростолу (французька схема); 2) 200 мг міфепростону та 800 мкг мізопростолу (китайська схема).

Матеріали та методи: проведено аналіз 66 амбулаторних карт жінок, що переривали вагітність в першому триместрі за останні 3 роки (з 2013 по 2015 рік).

Результати: у дослідженні було використано 66 карток жінок, у яких було проведено переривання небажаної вагітності медикаментозним шляхом. У 36 жінок (54,5%) було застосовано переривання вагітності з використанням 600 мг міфепростону та 400 мкг мізопростолу, у 30 жінок (45,5%) – 200 мг міфепростону, 800 мкг мізопростолу. Серед жінок, у яких застосовувалась перша схема у 35 (97%) переривання вагітності виявилось успішним, у 2 групі відповідно у 28 жінок, що становить 93%. Що стосується частоти побічних ефектів від прийому мізопростолу, то у жінок, що приймали препарати по першій схемі (400 мкг мізопростолу) - нудота виникла у 6 жінок (16,6%), загальна слабкість, головокружіння - у 3 жінок (8,33%), діарея у 3 жінок (8,33%), інтенсивний біль внизу живота – у 3 (8,33%), підвищення температури тіла у 2 жінок (5,5%) та блювання у 1 жінки (2,7%). При застосуванні другої схеми (800 мкг мізопростолу) виникали наступні побічні ефекти: нудота у 12 (40%) випадків, загальна слабкість, головокружіння у 8 (26,6%) випадках, блювання – у 6 (20%) випадках, підвищення температури тіла у 6 (20%) випадках, діарея – 5 (16,6%) випадків та інтенсивний біль внизу живота у 3 (10%) жінок.

Висновки: порівнявши аналіз амбулаторних карт жінок ми виявили, що ефективність обох схем медикаментозного абортів є високою і практично однаковою. Але було відмічено, що частота побічних ефектів у вигляді слабкості, головного болю, головокружіння, тошноти, блювоти, діареї та підвищення температури при використанні більшої дози простагландинів є приблизно в 2 рази більшою і потребувало симптоматичної терапії.

С.А.Босий, Ю.В.Гуцуляк
НОВІ НАПРЯМКИ В ПРОФІЛАКТИЦІ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Кафедра акушерства на гінекології №2

В.О.Рудь(д.мед.н.,доц.)

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

Актуальність: Проблема спайкової хвороби до теперішнього часу є актуальною. Невирішеними залишаються аспекти патогенезу, профілактики та лікування спайкового процесу. Особливо важливими ці питання є в гінекології, а саме у жінок репродуктивного віку, що пов'язано з високою частотою трубно-перитонеальної безплідності. Основними чинниками, які зумовлюють утворення спайок в малому тазі є операції на органах черевної порожнини та малого тазу (лапаротомія, лапароскопія), запальні захворювання придатків матки та зовнішній генітальний ендометріоз. Частота розвитку внутрішньочеревних спайок коливається від 67 до 93% після загальнохірургічних абдомінальних операцій і складає майже 97% після відкритих гінекологічних операцій. За даними патологоанатомічних та клінічних досліджень частота розвитку внутрішньочеревних спайок після лапаротомії складає 70-90%

Мета дослідження: Вивчити клінічну ефективність профілактики спайкоутворення після органозберігаючих гінекологічних операцій із застосуванням антиадгезивного гелю «Девіскар».

Матеріали і методи: Було обстежено 56 хворих, яким було виконано органозберігаючі операції на органах малого тазу на базі гінекологічного відділення ВМКЛ ПБ №2.

Результати дослідження: В залежності від обсягу заходів профілактики спайкового процесу жінок було розділено на дві групи: досліджувана група – 26 пацієнток, яким профілактику проводили за допомогою антиадгезивного гелю «Девіскар»; контрольна група – 30 пацієнток, профілактичні заходи застосовувалися традиційно. Розподіл пацієнток за обсягом оперативного втручання був таким: міомектомія 11 (19,6%) осіб (5 з досліджуваної групи та 6 з контрольної групи), цистектомія, коагуляція/резекція яєчників 15 (26,7%) (відповідно 8 та 7), операції на маткових трубах 14 (25%) (8 та 6), видалення вогнищ ендометріозу 7 (12,5%) (4 і

3), тубектомія 5 (8,9%) (2 та 3). У всіх пацієток досліджуваної і контрольної груп післяопераційний період протікав без ускладнень. УЗ-ознаки спайкового процесу через місяць після операції виявлено у 19,2% пацієток досліджуваної групи та у 43,3% пацієток контрольної групи.

Висновок: При відкритих і лапароскопічних гінекологічних операціях з метою збереження репродуктивної функції необхідно широко використовувати спеціальні засоби профілактики розвитку спайкового процесу.

Я.В.Вівчарук

ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ У ЖІНОК З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ

Кафедра акушерства і гінекології №1

А.П.Дністряньська(к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Захворювання щитоподібної залози займає чільне місце в структурі ендокринної патології. Вже на ранніх стадіях первинного гіпотиреозу формується широкий спектр порушень гормонального фону, що проявляється різними порушеннями, зокрема, розвитком передменструального синдрому(ПМС).

Мета роботи: Вивчити зв'язки між функціональним станом щитоподібної залози та репродуктивною системою, особливості перебігу ПМС у жінок із початковими проявами гіпотиреозу.

Матеріали і методи: Діагноз гіпотиреозу встановлено шляхом визначення рівня тиреотропного гормону(ТТГ), вільного тироксину(Т4), стан репродуктивної системи визначали за даними акушерсько-гінекологічного анамнезу та гормональними дослідженнями(фолікулостимулюючий гормон, пролактотропний гормон, лютеїнізуючий гормон, фракціями естрогенів та прогестерону). Отримані дані були статистично оброблені з використанням стандартних статистичних функцій.

Результати: Обстежено 27 жінок з первинним гіпотиреозом у віці від 18 до 45 років та 10 жінок без порушення функції щитоподібної залози. У жінок з гіпотиреозом встановлено достовірне($p < 0,05$) підвищення рівня пролактотропного гормону – $195,7 \pm 3,1$ мІН/Л в порівнянні з контрольною групою $63,6 \pm 7,5$ мІН/Л та виявлено достовірну різницю в рівнях прогестерону $1,84 \pm 0,84$ нмоль/л в жінок з гіпотиреозом та $3,08 \pm 1,05$ у жінок контрольної групи. Такі гормональні зміни супроводжувалися клінічними проявами ПМС- роздратованістю, порушенням сну, набряками, головними болями, болями у молочних залозах. Вірогідно, розвиток ПМС у жінок з гіпотиреозом зумовлений гормональним дисбалансом систем гіпофіза, щитоподібної залози та яєчників.

Висновки: У жінок з субклінічним гіпотиреозом виявлено суттєві зміни в рівнях пролактотропного гормону та прогестерону. Виявлений дисбаланс гормонів супроводжується розвитком клінічного перед менструального синдрому. Виявлені гормональні зміни потребують адекватної корекції як з боку щитоподібної залози, так і яєчників.

А.В. Вознюк

ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.В.Булашенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

За останні роки вагітність і пологи при багатоплідній вагітності(БВ) постали однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства. Лише за період з 2000 по 2014 рр. в Україні відбулося зростання частоти багатоплідних пологів більш ніж на 30%. Багатопліддя належить до гестації високого ступеня ризику, оскільки розвиток двох або більшої кількості плодів висуває підвищені вимоги до жіночого організму, компенсаторні можливості якого не завжди можуть забезпечити нормальний перебіг та сприятливе завершення БВ.

За даними світової статистики тільки у 15-30% жінок з БВ спостерігається фізіологічний перебіг вагітності. Цей показник, безперечно, є дуже низьким, але не може ігноруватися медичною спільнотою. Тому за кількістю акушерських та перинатальних ускладнень БВ, безсумнівно, потребує ретельного спостереження лікарями протягом усієї вагітності.

Близько половини вагітностей двійнею і до 90% трійнею переривається до 36 тижнів гестації. За даними J. Lumley (2011), у Європі 17% БВ перериваються в 20-27 тижнів, 21% - між 28 і 31 тижнем і 17% пологів відбуваються між 32 і 36 тижнем. Серед пологів, що відбулися до 32 тижнів, 25% становлять багатоплідні пологи. У зв'язку із вище вказаним, максимальне пролонгування БВ є важливою умовою зниження перинатальної захворюваності і смертності у даної групи пацієток.

Передчасні пологи(ПП) це одне із найбільш частих ускладнень вагітності у жінок із багатопліддям, яке складає від 35% до 70% за даними різних авторів. В той же час гестаційний вік і маса плодів є двома найважливішими факторами, що впливають на перинатальну захворюваність та смертність. Найбільш вірогідною причиною, що викликає ПП при БВ, вважають перерозтягнення м'язових волокон матки, яке в свою чергу обумовлює ранне вкорочення шийки матки. ПП, які розвинулись через цервікальну недостатність, є процесом, що розпочинається внаслідок багатьох механізмів та причин, і в більшості таких випадків встановити чіткий механізм чи одну причину неможливо. Трансвагінальний ультразвуковий моніторинг при БВ несе цінну інформацію про стан

шийки матки(довжина, внутрішній зів, цервікальний канал) і є надійним критерієм у комплексній діагностиці загрози ПП. Найбільш точним маркером ПП сьогодні можна вважати визначення фетального фібрoneктину в цервікально-вагінальному секреті у терміні гестації до 35 тижнів, що свідчить про підвищений ризик ПП, особливо протягом 2 тижнів із моменту проведення тесту. Для клінічної практики дуже важливо те, що цей тест має високу прогностичну цінність негативного результату – при відсутності фібрoneктину в вагінальному секреті вірогідність того, що жінка народить протягом 1 тижня становить близько 1%. Безумовно, подальше поглиблене вивчення даної проблеми повинно бути спрямоване на зниження перинатальних втрат і збереження репродуктивного здоров'я жінок.

О.В.Гордійчук
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ

Кафедра акушерства і гінекології №2

В.О. Рудь (д.мед.н., доц.)

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

Актуальність: На сьогоднішній день частота проведення операції кесарський розтин за різними даними варіює від 17 до 36% від загального числа пологів. Більшість із цих жінок планують повторну вагітність. Дивлячись на те, що з кожним роком росте інтерес до природніх пологів, а така група жінок, особливо з неповноцінним рубцем, становить особливу групу ризику щодо розриву матки (частота розриву матки по ходу рубця під час пологів *perviasnaturalis* у попередньо обстежених вагітних становить 4%, розриви під час вагітності – 8%), проблема ведення пологів у жінок з рубцем на матці є досить актуальною.

Мета: дослідити особливості перебігу пологів, ускладнених рубцем на матці; порівняти показники родорозршення даної групи жінок у різних пологових будинках двох областей; оцінити можливість пологів *perviasnaturalis* у жінок з рубцем на матці

Матеріали та методи: ретроспективний аналіз даних індивідуальних та амбулаторних карт вагітних з ускладненням «рубець на матці» на базі ВМКПБ №2 за 2013-2015рр., та даних індивідуальних та амбулаторних карт вагітних з рубцем на матці на базі гінекологічного відділення КУ ЦМЛ№1 м. Житомира за 2013-2015рр.

Результати: У 0,94% вагітних від загальної кількості вагітних з рубцем на матці на базі КУ ЦМЛ№1 м. Житомира проходили пологи через природні родові шляхи у 2013р.(всього 210), 0,81% (всього 122) у 2014р. та 1,06% у 2015р (всього 283). У 4,34% вагітних від загальної кількості вагітних з рубцем на матці на базі ВМКПБ №2 проходили пологи через природні родові шляхи у 2013р.(всього 92), 5,06% (всього 79) у 2014р. та 5,06% у 2015р. (всього 79).

Висновки: Ведення пологів через природні родові шляхи для даної категорії жінок були успішними при дотриманні певних умов: мінімум 2-3 роки від попереднього оперативного втручання на матці; відсутність акушерських ускладнень даної вагітності; одна операція кесарського розтину в анамнезі з розрізом на матці в нижньому сегменті; дані УЗ-дослідження про повноцінність нижнього сегменту матки; локалізація плаценти поза рубцем матки; ведення пологів при можливості виконання кесарського розтину.

М.Я. Гула

ЖІНОЧИЙ КАР'ЄРИЗМ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ФІБРОМІОМИ МАТКИ

Кафедра акушерства та гінекології №2

В.О. Рудь (д.мед.н., доц.)

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

Актуальність:Фіброміома матки-одна з найгостріших проблем гінекології як у світі,так і в Україні.Дана патологія складає 12-25 %всіх гінекологічних захворювань і максимально часто зустрічається в пізньому репродуктивному і передменопаузному періоді. Причини розвитку фіброміом різноманітні та індивідуальні для кожної жінки.Характерні гормональні порушення: попередні порушення менструального циклу, штучні аборти, відсутність вагітностей. Важливу роль у розвитку захворювання відіграє ожиріння, нервово-психічне напруження, деякі несприятливі фактори зовнішнього середовища.

Мета:Дослідити впливспособу життя і праці жінок на розвиток фіброміоми матки.

Матеріали і методи:В групу для дослідження шляхом анонімного анкетування було залучено 49 жінок віком 35-55років з діагнозом фіброміоми матки.Всі вони перебували на стаціонарному лікуванні в гінекологічному відділенні №2 Вінницького міського клінічного пологового будинку №2 в 2015 році.До уваги взято вік жінок,коли була вперше діагностована фіброміома,вік початку менструації,статевого життя,кількість статевих партнерів і частота статевого життя,методи контрацепції,кількість перерваних вагітностей.В особливу увагу брались професія жінки,стреси на роботі і у сім'ї,тривалість сну,харчування та вживання кавових напоїв.

Результати:В результаті дослідження ми відмітили,що серед жінок фіброміому було діагностовано в віці 35-50 років(41%),понад 20% віком 30-35 років та 38%у віці 50-55років,що свідчить про тенденцію омолодження захворювання.У 21 жінки(43%)менархе наступило у віці 11-12р,21 жінки у віці 13-14р,пізнь менархе спостерігалось у 7 жінок(14%).В анамнезі досліджуваних відмічалось штучне переривання вагітностей у

кількості-1 у 16 жінок(33%), та більше двох у 45% досліджуваних,що свідчить про вагомий вплив на розвиток захворювання.Понад 57% жінок піддавались сильному стресу на роботі та у сім'ї,частота статевого життя 1 раз на тиждень відмічалась у більшій половини досліджуваних(59%) при кількості статевих партнерів понад 5 протягом життя у 42 % жінок.Також відмічалась залежність розвитку даного захворювання із масою тіла і харчуванням -понад 70% жінок мали ожиріння 1 і 2 ступеню та не раціональне харчування.

Висновки:В основному фіброміома виникає на тлі гормонального дисбалансу(гіперестрогенії),проте істотну роль відіграють спосіб життя жінок і фактори навколишнього середовища.

А.Р. Дмитрієва, С.А. Босий, Ю.В. Гуцуляк

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЕНДОМЕТРІУ В РЕПРОДУКТИВНОМУ ВІЦІ І ПРЕМЕНОПАУЗІ

Кафедра акушерства на гінекології №2

В.О. Рудь (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Гіперплазія ендометрію (ГЕ) – доброякісна патологія слизової оболонки матки, яка характеризується різноманітністю клініко-морфологічних проявів і розвивається на тлі абсолютної чи відносної гіперестрогенії. Захворюваність за останні 15 років не тільки не знижується,а невпинно зростає. ГЕ становить близько 40% всієї гінекологічної захворюваності жінок від 30 до 70 років з піком, який приходить на 40-50 років. Поширеність гіперпластичних процесів ендометрію серед жіночого населення України складає близько 25%. Зростання розвитку раку ендометрію в пери- пост менопаузі в 80% є результатом малігнізації гіперпластичних процесів.

Мета дослідження: Оцінити клінічну ефективність гестагенотерапії у пацієнтів із гіперпластичними процесами ендометрію.

Матеріали і методи: Проведено дослідження та статистична обробка клінічних матеріалів історій хвороб 52 хворих, які проходили стаціонарне лікування з приводу простої гіперплазії ендометрію без атипії на базі гінекологічного відділення ВМКПБ №2.

Результати дослідження:В залежності від обсягу консервативного лікування пацієнтів було розподілено на 2 групи: 1 група – 25 пацієток, які отримували лінестренол (Оргаметрил) по 5 мг 2 рази на добу на протязі трьох місяців; 2 група – 27 пацієток, які отримували норетистерон (Норколут) по 5 мг 2 рази на добу на протязі трьох місяців. З даних анамнезу у жінок були виявлені наступні супутні захворювання: хронічні захворювання ШКТ у 27 (52%) пацієток , діабет у 6 (11.5%) пацієток, гіпертонічна хвороба у 34 (65,3%)пацієток , метаболічний синдром у 23 (44,2%) пацієток, варикозне розширення вен нижніх кінцівок у 13 (25%) пацієток. За даними М-ехо - товщина ендометрію у жінок з досліджуваної групи до лікування становила: 1 група – 18,3 мм; 2 група – 17,8 мм ; через 3 місяці після початку лікування: 1 група – 9,7 мм., 2 група – 10,8 мм.

Висновок: Таким чином, вище перераховані результати ретроспективного аналізу даних, висока супресія ендометрію, а також низька токсичність і хороша переносимість лікарського засобу дозволяють широко рекомендувати прийом лінестренолу при лікуванні гіперпроліферативних процесів ендометрію.

І.С. Євсєєва, О.В. Ютовець

НАСЛІДКИ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГЕСТОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ЖІНКИ

Кафедра акушерства і гінекології №2

О.О.Чорна (к.мед.н., ас.)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,

м.Київ, Україна

Актуальність: Пізній гестоз є тяжким ускладненням II половини вагітності, частота даної патології не має тенденції до зниження і складає в середньому до 10% від числа всіх пологів. Більше того, в останні роки є тенденція до збільшення частоти тяжких форм гестозів. Гестоз займає одне з провідних місць серед проблем сучасного акушерства, має множинні наслідки, як в післяпологовому періоді так і через певні періоди часу. Жінки, які перенесли пізній гестоз, мають входити до групи ризику розвитку віддалених ускладнень та підлягають обов'язковому спеціалізованому амбулаторному спостереженню, обстеженню та лікуванню протягом наступних років життя.

Мета: Виявити терміни проявів наслідків перенесеного пізнього гестозу, в залежності від віку жінки. Об'єктивно оцінити ступінь важкості гестозу, знати і володіти простими скринінговими методами допоміжного обстеження.

Матеріали та методи: Було проведено ретроспективний аналіз історій пологів 277 жінок, які перенесли пізній гестоз. Вік жінок був від 25-45 років. Жінки були розділені на 4 вікові групи: 1 вікова група 25-29 років, 2 група 30-34 роки, 3 група 35-39 років, 4 група 40-45 років. 1 групу складають 90 пацієток, 2 група 74, 3 група складає 58, 4 група 55 пацієток. Досліджувався період, який складає від 1-6 років після перенесеного гестозу.

Результати: Серед 277 жінок віддалені ускладнення гестозу мали 201 (72,56%) жінка, в досліджуваному періоді. Статистика за віковими групами: 1 віковій групі ускладнення мали 54 (45%) жінки із 90, 2 групі 56

(75,6%) жінок із 74, 3 групі 44 (75,8%) із 58 жінок, в 4 групі 47 (85,4%) жінок із 55. Було встановлено, що наслідками перенесеної прееклампсії, еклампсії були такі захворювання як гіпертонічна хвороба (56% із 72,56 % випадків загальних ускладнень), міопія (6% випадків), пієлонефрит (5,4%), порушення жирового обміну (3%), інші ускладнення (2,16%). Перші прояви наслідків перенесеної прееклампсії та еклампсії варіювали від 1 до 6 років. В проміжок з 1-3 років проявилися 52% ускладнень у жінок, в проміжок від 3-4 років 16% ускладнень, проміжок 4-6 років 6,56% ускладнень після перенесеного пізній гестозу.

Висновки: Після проведення дослідження виявлено, що ймовірність наслідків має прямий зв'язок з віком жінки, яка мала в анамнезі перенесений пізній гестоз. В віковій групі до 25 років вірогідність наслідків досягає 45%, після 25 років вірогідність наслідків зростає і досягає 75%, після 40 років вірогідність наслідків досягла 85,4%. Чим більший вік жінки тим більше зростає ризик виникнення ускладнень таких як: гіпертонічна хвороба, міопія, пієлонефрит, порушення жирового обміну та інші. Жінки повинні знаходитись під спостереженням протягом усього життя, проводити їм профілактичну діагностику всіх систем організму, своєчасне призначення сучасної медикаментозної терапії. Ці всі заходи дозволять покращити віддалений прогноз життя жінки.

М.М. Жила, К.П. Костур, Н.В. Криванич
АКУШЕРСЬКА ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ЕНДОМЕТРІОЗУ
Кафедра акушерства і гінекології
О.О. Корчинська (д.мед.н., проф.)
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
м. Ужгород, Україна

Актуальність: Ендометріоз є хронічним прогресуючим і рецидивним захворюванням, від якого, за даними літератури, страждають від 7 до 59 % жінок репродуктивного віку. У жінок з різними формами ендометріозу вагітність перебігає згідно з даними останніх досліджень із значними відхиленнями від норми.

Мета: Оцінити і проаналізувати акушерські та перинатальні аспекти ендометріозу при вагітності і пологах у жінок з вищезгаданою патологією м.Ужгорода Закарпатської області за 2010-2015 роки.

Матеріали та методи: У жіночій консультації №1 м.Ужгород Закарпатської області було проаналізовано 200 амбулаторних та обмінних карт породіль віком від 20 до 28 років, з яких 40 жінок мали в анамнезі ендометріоз і були віднесені до основної групи, а 40 жінок без гінекологічної та соматичної патології ввійшли до контрольної. Результати дослідження були оброблені за допомогою розрахунків відношення шансів.

Результати: За результатами обрахунків по відношенню шансів отримали наступні дані: у жінок з основної групи кесарів розтин та прееклампсія зустрічаються у 18 разів частіше в порівнянні з жінками основної групи. У жінок з ендометріозом загроза переривання вагітності у 12 разів вища, ніж у здорових. Ймовірність наявності у основній групі плацентарної недостатності у 11 разів, передчасного відшарування плаценти - у 10, передчасних пологів - у 9 разів вищі, ніж у контрольній. Шанс виникнення маткової кровотечі у післяпологовий період у 8,6 разів вищий у жінок з основної групи. У хворих з ендометріозом ймовірність розвитку дистресу плода та самовільного викидню у 6 разів, а слабкості пологової діяльності у 3 рази вище, порівнюючи з відносно здоровими жінками. За шкалою Апгар отримали наступні результати: "8-9" балів у 2,2 рази частіше виявляється у здорових жінок, у той час як "6-8" у 2 рази, і "4-5" у 5 разів частіше у жінок з ендометріозом.

Висновки: Проаналізувавши клініко-анамнестичні дані та обрахувавши їх за методом шансів, можемо з ймовірністю 95% ($p < 0,05$) сказати, що жінки з ендометріозом мають більшу схильність до ускладнень під час вагітності та пологів.

В.О.Ігнатенко
ДОЦІЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ВАКУУМ-ЕКСТРАКЦІЇ У ВАГІТНИХ
Кафедра акушерства та гінекології №2
О.Л.Льовкіна (к.мед.н.,ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Найбільш частою причиною перинатальної захворюваності та смертності є киснева недостатність плоду під час пологів і пологова травма. За великим статистичними даними кисневе голодування плоду і черепно-мозкова травма складають 50-70% всієї смертності дітей до одного року. Вакуум-екстракція плода - одна з найбільш поширених пологорозрішуючих операцій в Україні. Вакуум-екстрактор застосовується в середньому в 1,3-3,6% по відношенню до всіх пологів.

Мета: Встановити доцільність проведення операції вакуум-екстракції у вагітних віком від 25 до 33 років, що народжували на базі ВМКПБ№2 станом на 2014-15рр

Матеріали та методи: Ретроспективний аналіз історій пологів у жінок репродуктивного віку, що народжували на базі ВМКПБ№2 станом на 2014-15рр

Результати: У нашому дослідженні ми встановили доцільність застосування вакуум-екстракції у пологах з такими показами: гостра гіпоксія плоду, вторинна пологова слабкість. Ми проаналізували наявність ускладнень у плода або у матері, стан дитини після народження (оцінка по Апгар, маса тіла, вторинне

лікування). Враховуючи дані нашого дослідження можна стверджувати, що станом на 2014-15 рр на базі ВМКПБ№2 пологи за допомогою операції вакуум-екстракції проводилися без ускладнень для матері та плоду, що є позитивним показником для проведення в подальшому такого полого розршення за показами.

Висновки: Одним з найважливіших завдань, що стоять перед акушерами-гінекологами, є забезпечення успішного результату вагітності та пологів для матері та плоду. Серед оперативних методів розродження за останні роки відзначається розширення показів до абдомінального розродження. Впровадження в практику акушерства нових моделей вакуум-екстракторів, удосконалених технологій його використання дозволили застосовувати цей інструмент частіше, ніж акушерські щипці. Використання вакуум-екстрактора розширює можливості оперативного розродження через природні пологові шляхи і, при дотриманні умов, показань і техніки накладення, не чинить несприятливого впливу на перебіг раннього неонатального періоду у новонароджених дітей і є безпечним для матері.

В.О.Ігнатенко

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ РАНЬОГО ТОКСИКОЗУ У ВАГІТНИХ

Кафедра акушерства та гінекології №2

В.О.Рудь (д.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гестоз є актуальною проблемою сучасного акушерства і займає провідне місце в структурі материнської та перинатальної захворюваності. За даними різних авторів, частота розвитку гестозу у вагітних в нашій країні коливається від 7 до 16% і має тенденції до підвищення. Екологічне неблагополуччя, негативні соціальні впливи, нераціональне, недостатнє та незбалансоване харчування, а також високий рівень екстрагенітальної патології (71,1%) викликає у вагітних порушення функції ендокринної, імунної, сечостатевої та інших систем організму.

Мета: Визначення факторів ризику виникнення раннього токсикозу у вагітних та ефективності застосування Емегесту у вагітних із середнім і важким ступенем токсикозу у порівнянні з Метоклопрамідом.

Матеріали та методи: Статистичний аналіз факторів ризику виникнення раннього токсикозу. Емпіричний метод: 50 вагітних, що досліджувалися, на базі гінекологічного відділення ВМКПБ№2 були поділені на три групи: перша(20 вагітних) - приймала Емегест, друга(20 вагітних)- Метоклопрамід, третя(10 вагітних)- контрольна.

Результати: Вік вагітних склав: молодше 30 років-74%, старше 30 років- 26%. Перша вагітність- 32 жінки, друга вагітність-7 жінок, з яких 3 аборти, 4 пологів, третя вагітність- 8 жінок (в однієї вагітної попередні вагітності закінчилися викиднями, у 7-одна вагітність закінчилася пологами, одна-аборт), четверта вагітність – 2 жінок (у однієї вагітної 3 викидні, у другої- двоє пологів та 1 завмерла вагітність), дев'ята вагітність – 1 жінка (двоє пологів, 5 абортів, 1-завмерла вагітність). У групи вагітних, які приймали Емегест, спостерігалось покращення загального стану, зникнення блювоти та негативна проба на ацетон в сечі на другий день лікування. У вагітних, які приймали Метоклопрамід, вищезазначені показники нормалізувалися на четвертий день та в контрольній групі на восьмий день.

Висновки: Згідно результатів нашого дослідження, можна стверджувати, що більшість жінок мали першу вагітність та молодий вік, що є факторами ризику виникнення раннього токсикозу. Ми виявили позитивні показники у лікуванні вагітних Емегестом у порівнянні з Метоклопрамідом та контрольною групою: зникнення симптомів, негативний результат ацетону в сечі, покращення стану вагітних на другий день лікування. Це дає можливість оптимізувати лікування вагітних з раннім токсикозом без побічних дій лікарських засобів для вагітної та плоду, а також посприяти швидкій нормалізації показників лабораторних даних та покращенню загального стану жінки.

О.Б.Каплюк, О.О. Шкільна

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГОРМОНЗАЛЕЖНОЇ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКА НА ФОНІ ТРИВАЛОГО ПРИЙОМУ КОМБІНОВАНИХ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ

Кафедра акушерства і гінекології № 2

Т.В. Супрунова (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Доброякісні пухлини яєчників являються актуальною проблемою гінекології, оскільки досить часто розвиваються у жінок дітородного віку, викликаючи зниження репродуктивного потенціалу. Серед всіх утворень яєчників доброякісні пухлини складають близько 80%, проте багато з них схильні до малігнізації. Своєчасне виявлення і видалення оваріальних пухлин вкрай актуально для профілактики раку яєчників. Питання про причинність доброякісних пухлин яєчників залишається дискусійним. Різні теорії розглядають в якості етіологічних моментів гормональну, вірусну, генетичну природу оваріальних пухлин. На сьогоднішній день визнано ефективність та зручність методу гормональної контрацепції із застосуванням комбінованих оральних контрацептивів.

Мета: Проаналізувати клінічний випадок розвитку злоякісної гормонзалежної пухлини яєчника на тлі тривалого прийому КОК.

Матеріали і методи: За період 2015-2016 рр. було проаналізовано клінічний випадок виникнення злоякісної гормонзалежної пухлини яєчника.

Результати та їх обговорення: В результаті дослідження встановлено, що пухлина виникла на тлі безперервного прийому протягом 5 років одного з монофазних комбінованих оральних контрацептивів. Розміри пухлини становили 20 см в діаметрі, що в свою чергу спричинило виникнення часткової механічної кишкової непрохідності. За даними результатів деяких епідеміологічних досліджень, які вказують на підвищення ризику розвитку раку шийки матки при довготривалому застосуванні комбінованих оральних контрацептивів (КОК) (> 5 років). За даними інших авторів, естрогени беруть участь у гуморальній регуляції ЦНС, можуть пригнічувати ріст деяких гормонзалежних пухлин, оскільки за принципом зворотного зв'язку інгібують продукцію і вихід у кров фолікулолестимулювального і лютеїнізуючого гормонів. Метааналіз на підставі 54 епідеміологічних досліджень вказує на незначне підвищення відносного ризику (ВР =3D 1,24) розвитку раку молочної залози у жінок, які застосовують КОК. Цей підвищений ризик поступово зникає протягом 10 років після закінчення застосування КОК.

Висновок: Обираючи оральні контрацептиви в якості способу попередження небажаної вагітності, необхідно в першу чергу порадитись з лікарем, який може підібрати препарат. Слід пройти гінекологічний огляд, провести УЗД матки, придатків і молочних залоз, здати аналізи на вміст гормонів, глюкози і холестерину в крові, виміряти АТ, за необхідності проконсультуватися з терапевтом і ендокринологом. Через 3 місяці після початку прийому гормональних препаратів необхідно пройти повторне обстеження. При відсутності побічних ефектів і протипоказань можливо застосовувати КОК протягом багатьох років, при цьому потрібно 2 рази на рік оглядатися у гінеколога і 1 раз на рік у мамолога.

О.О. Кусакова

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ КІСТ БАРТОЛІНОВИХ ЗАЛОЗ

Кафедра акушерства та гінекології №1

А.В. Полторак (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Однією з найбільш частих патологій бартолінових залоз є кіста залози або її протоку. Частота захворювання становить близько 2% в структурі всіх гінекологічних захворювань і є проблемою комфорту життя жінок різного віку. Існує багато методів лікування, які відрізняються за кошторисом, доступністю апаратури та катетерів: консервативний, лазерна вапоризація, марсупіалізація, постановка Word-катетера, екстирпація залози, пункція кісти з аспірацією вмісту і т.д.

Мета: Порівняти ефективність різних методів лікування кіст бартолінових залоз.

Матеріали та методи: Робота проводилась на базі гінекологічного відділення Вінницького міського клінічного пологового будинку №1. Для досягнення мети було опрацьовано 32 медичні карти стаціонарних хворих, віком від 21 до 44 років, які поступили з діагнозом «кіста бартолінової залози» з січня 2015 по лютий 2016 року. Жінки були прооперовані методом розкриття кісти, коагуляції капсули розчином ляпісу та наступним дрениванням. Порівняння проводилось з іншими методами на основі даних літератури.

Результати: В результаті проведеного аналізу виявлено, що середній вік хворих склав 31,3 роки, кількість жінок, що звернулись вперше- 81,25%, з рецидивом захворювання- 18,75%. Серед них кіст правої бартолінової залози- 43,75%, лівої- 56,25%. Тривалість операції склала 4,2±0,4 хв. Час відходження капсули припадав на 3,4±0,2 добу. Середня кількість ліжко-днів- 6,7. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось. Рецидивів після проведеного лікування не зафіксовано.

Висновки: Згідно аналізу літератури та власних даних, ми прийшли до висновку, що застосування AgNO₃ для лікування кісти бартолінової залози, в порівнянні з іншими методами, є ефективним та володіє рядом переваг: мініінвазивність, відсутність рецидивів, економічна доступність, відсутність необхідності в спеціальному обладнанні. Враховуючи вищевказані аспекти, він є привабливою альтернативою методам лікування цієї гінекологічної патології.

О.М. Кучеренко, Г.В. Чайка

ПРОГНОЗУВАННЯ ЮВЕНІЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ РІЗНИХ МОРФОТИПІВ

Кафедра акушерства та гінекології №1

Г.В. Чайка (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: останнім часом відроджується інтерес до питань конституціональної типології, що значною мірою зумовлено змінами параметрів фізичного розвитку молоді, дітей і підлітків. У популяційному масштабі констатується наростання «епохи ретардації» - нового антропологічного тренду, яке характеризується

затримкою фізичного розвитку та формування функціональних систем і розглядається як один із індикаторів адаптації населення до погіршення умов існування.

Конституціональними вважають ті ознаки, варіювання яких залежить, в основному, від генів, а не від зовнішніх умов. У них має бути широка індивідуальна, проте вузька ситуаційна мінливість. Розрізняють відносні й абсолютні конституціональні маркери. Дослідження клініко-конституціональних закономірностей розвитку різних соматичних і психічних хвороб дозволяє скласти уявлення, що в межах кожного конституціонального типу може бути характерний профіль патологічних процесів і станів, що має важливу роль в діагностичному, прогностичному, терапевтичному контексті.

Мета дослідження: встановити закономірності динаміки змін сонографічних параметрів жіночих статевих органів та рівня статевих гормонів при пубертатних кровотечах у дівчат юнацького віку в залежності від особливостей їх будови та розмірів тіла та побудувати математичні моделі, які нададуть можливість більш точного прогнозування та діагностики порушень менструального циклу у дівчат з різними антропо-сомато-типологічними ознаками.

Матеріали і методи: клініко-лабораторні, сонографічні, гормональні, антропометричні, соматотипологічні та статистичні методи дослідження. Ультразвукове обстеження в різні фази менструального циклу включає: довжину тіла матки, ширину тіла матки, передньо-задній розмір тіла матки; довжина шийки матки; товщина ендометрія, міометрія, шкіри і підшкірно жирового шару; довжина, ширина, товщина та об'єм яєчників. Показники гормонального статусу в різні фази менструального циклу включають: лютеїнізуючий, фолікулостимулюючий, пролактин, тиреотропний, естрадіол, прогестерон та тестостерон. З допомогою антропометричного дослідження визначили: масу тіла, довжину тіла, площу поверхні тіла; товщину підшкірно-жирової складки.

Результати. Нами був проведений аналіз статевого розвитку практично здорових дівчат юнацького віку та дівчат юнацького віку з ювенільними матковими, виявлені закономірності статевого та фізичного розвитку останніх.

Висновок. На основі сонографічних параметрів матки і яєчників та гормонального фону в різні фази менструального циклу розроблені дискримінантні моделі дозволяють прогнозувати можливість виникнення пубертатних маткових кровотеч у дівчат 14-18 років (коректність в 99,1 % випадків; статистика Уїлкса лямбда = 0,118; $p < 0,001$), дівчаток 14-15 років (коректність в 100 % випадків; статистика Уїлкса лямбда = 0,089; $p < 0,001$) та дівчат 16-18 років (коректність в 100 % випадків; статистика Уїлкса лямбда = 0,077; $p < 0,001$).

Таким чином, відсутність чіткої концепції відносно взаємозв'язку компонентів соматотипу та антропометричних характеристик морфо-функціональних показників дівчаток юнацького віку з пубертатними кровотечами вказує на актуальність та практичну значущість досліджень, вістря яких спрямоване на встановлення різних аспектів антропометричних характеристик підлітків та вісцерометрії внутрішніх органів.

О.О. Мельник, О.В. Жураховська

МІСЦЕ ВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ В СУЧАСНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ

Кафедра акушерства та гінекології №2

В.О. Рудь (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сьогодні у сучасній гінекології залишається актуальною проблема вибору способу хірургічного лікування міоми матки. Вважається загальноприйнятим - абдомінальна гістеректомія розглядається як "операція для будь-якого випадку". Незважаючи на переваги піхвового доступу, за даними світової літератури, у 70% випадків екстирпацію матки виконують абдомінальним доступом.

Мета: Провести порівняльний аналіз перебігу післяопераційного періоду у жінок після трансвагінальної (TV) і трансабдомінальної (ТА) гістеректомії.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 132 пацієнтки, яким було проведено хірургічне лікування в гінекологічному відділенні ВМКПБ №2 з 2009-2015р. 65(49,3%) жінкам основної групи була проведена TV гістеректомія (група А), групу порівняння склали 67(50,7%) пацієнток виконано TV гістеректомію (група Б). Середній вік обстежуваних склав $43,8 \pm 2,1$ роки. Усім пацієнткам проведено традиційне клініко-лабораторно-інструментальне обстеження. Технічно операції виконувались типово.

Результати: У післяопераційному періоді проводили заходи, спрямовані на реабілітацію життєво важливих функцій організму, в першу чергу на досягнення знеболюючого і седативного ефекту, корекцію гемодинамічних порушень, нормалізацію водно-електролітного балансу, стимуляцію захисних сил організму, профілактику тромбоемболічних і запальних ускладнень.

Післяопераційний період у жінок після TV доступу протікав більш сприятливо, ніж у жінок які перенесли екстирпацію матки ТА доступом, про що свідчили більш коротка і менш виражена температурна реакція (тривалість температурної реакції в групі А - 2,7 дні, в групі Б - 3,4 дні), швидка нормалізація лабораторних даних, поліпшення загального самопочуття, відновлення найважливіших функцій організму - серцево-судинної, дихальної, травної, сечовидільної.

Ранній післяопераційний період у більшості хворих протікав без ускладнень. Серед ускладнень в післяопераційному періоді в групі А у 2(3,0%) перікультит і інфільтрат кукси шийки матки. У групі Б 4(5,9%)

часткове розходження і нагноєння шва на передній черевній стінці, 3(4,47%) перікультіт і інфільтрат кукси шийки матки. Працездатність в групі А відновлювалася через 2-3 тижні, в групі Б через 3-4 тижні. У ці ж терміни зникали симптоми астенії. Більш швидке відновлення працездатності зазначено у пацієток групи А, що, мабуть, пов'язано зі сприятливим перебігом післяопераційного періоду, обумовленим не лише відсутністю рани на передній черевній стінці, а й з комфортним психологічним станом пацієток.

Висновок: Серед хірургічних методів лікування фіброміом матки TV гістеректомії треба віддавати перевагу як операції з меншим ризиком ускладнень в післяопераційному періоді. Цей метод дозволяє скоротити перебування пацієнтів на лікарняному ліжку, прискорити процес відновлення працездатності, а також покращити якість життя пацієнтів в післяопераційному періоді. TV гістеректомія в цьому відношенні може вважатися “золотим стандартом” хірургічного лікування фіброміоми матки.

Ю.Г. Мельник

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД МОЛОДІ НА ПИТАННЯ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Кафедра акушерства і гінекології №1

О.К.Тарасюк (к.мед.н, ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Україна займає одне з перших місць в Європі по кількості абортів. У нашій країні щороку реєструють близько 50-60 випадків переривання вагітності на 1 тис. жінок. Співвідношення кількості абортів і пологів в Україні складає приблизно 1:1. Питання планування сім'ї і регулювання народжуваності шляхом використання сучасних контрацептивних засобів є актуальним для молоді, сприяє збереженню репродуктивного здоров'я. Контрацептиви дозволяють запобігти небажаній вагітності, уникнути абортів і пов'язаних з ними ускладнень.

Мета: оцінити рівень обізнаності та користування різними методами контрацепції серед студентів 4 курсу ВНМУ.

Матеріали та методи: Проведене анкетування та статистична обробка даних серед 120 студентів медичного факультету.

Результати: Було встановлено, що у процесі заповнення анкет брало участь 34 студента (28,3%) і 86 студенток (71,7%) віком від 19 до 26 років. Виявлено, що 62 дівчини (72,1%) живуть статевим життям, серед яких 11 (12,8%) мають пару (заміжні, заручені, зустрічаються з хлопцем), а серед хлопців 30 (88,2%) живуть статевим життям, серед яких в парі 5 чол. Серед усіх проанкетованих інформацію про методи контрацепції вперше дізналися із засобів масової інформації 80 чол. (66,7%), з них серед дівчат 60 і серед хлопців – 20 чоловік; після бесіди з друзями, родичами - 31 чол. (25,3%), з них 20 дівчат і 11 хлопців; під час навчання у ВУЗі - 9 чол. (8%). Користуються методами контрацепції серед дівчат 51 чол. (82,2%): усі використовують презервативи, але окрім них ще й сперміциди 3 чол.(5,9%), та по одній з студенток – діафрагму, матковий ковпачок, внутрішньоматкову спіраль. Оральні контрацептиви приймають 6 студенток (11,8%), перерваний статевий акт – двоє (3,9%). 11 студенток не користуються жодними засобами контрацепції, хоча живуть статевим життям. Серед хлопців 26 чол.(86,7%) використовують презервативи під час статевого акту і 4 не користуються контрацептивами; сперміцидами користуються 2 чол. (6,7%), невідкладна контрацепція - 2 студенти. 75 студентів вважають ефективними ті методи контрацепції, які вони використовували, лише 1 дівчина відзначає, що використання внутрішньоматкової спіралі не є ефективним і 1 хлопець вважає, що недоліком презервативу є недостатня міцність. Постійно користуються методами контрацепції 51 чол.(55,4%), інколи - 26 чол.(28,3%). 3 дівчини(4,8%) відмічають побічні дії у вигляді головного болю, порушення менструального циклу, частого болю внизу живота, міжменструальних кровотеч. Знають про такі нові методи контрацепції, як пластир Евра і кільце НоваРинг 42 чол.(35%). Основними критеріями для вибору методу контрацепції вважають: ефективність 86,7%, оборотність 15,8%, безпека 80,8%, переносимість 44,2%, доступність 60,8%, зручність у використанні 75,8%, конфіденційність 16,7%.

Висновки: Вважаємо, що студентська молодь недостатньо обізнана у питаннях планування сім'ї і недостатньо користується методами контрацепції. Є потреба у роз'яснювальній роботі у цих питаннях серед студентів вишу.

О.О. Місюра

ПАТОЛОГІЯ ПРИКРІПЛЕННЯ ТА ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ ПЛАЦЕНТИ ЯК ОДНІ З ОСНОВНИХ ПРИЧИН АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ

Кафедра акушерства і гінекології №1

О.К.Тарасюк (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вагітність і пологи є важливим моментом у житті кожної жінки. Але під час цього фізіологічного процесу можуть виникати ускладнення – кровотечі, які часто зумовлені патологією плаценти і спричиняють чималу кількість розладів здоров'я як з боку матері та дитини. Частота даної патології коливається від 0,4 до 1,4%. Материнська смертність при даних ускладненнях коливається від 1,6 до 15,6%. Основними причинами

загибелі є шок і кровотеча. Перинатальна смертність при відшаруванні плаценти - від 20 до 35% і обумовлена дистресом та «незрілістю» плода. Дана тема є актуальною для усіх людей, адже сім'я – це найцінніша річ, і від здоров'я кожного її члена залежить добробут цілої нації.

Мета: Визначення взаємозв'язку між виникненням патології прикріплення або передчасним відшаруванням плаценти та статистичними показниками - віком жінки, вагітністю та пологами за рахунком, строковості пологів, шляхом розродження, ОАА, ОГА, ОСА, ускладненнями, що виникли під час пологів та вагітності, порушеннями з боку внутрішньоутробного плода, стану новонароджених.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективне дослідження та статистична обробка даних, отриманих при вивченні обліково-звітної документації у ВМКПБ №1 за 2015 рік.

Результати: Всього було розглянуто 44 випадки. Вік усіх жінок з даною патологією становив від 17 до 40 років. Дефект дольки посліду (21 випадок) виникав в основному у жінок 21-25 років, що народжували фізіологічно, вперше у терміні 37-40 тижнів. Усі вони мали обтяжений акушерський анамнез, більше половини з них – соматичний (12 чол.). Ускладнення з боку плода мали 10 жінок, часто новонароджені мали вагу більше 3,5 кг. Під час пологів проводилося ручне обстеження порожнини матки. Щільне прикріплення плаценти було виявлено у 13 жінок і мало схожі з попередніми закономірності. Під час пологів таким жінкам проводилося ручне відшарування плаценти. У всіх жінок з патологією прикріплення плаценти була крововтрата, що перевищувала норму. Роділь з передчасним відшаруванням плаценти зафіксовано лише 6 і всі вони були розроджені шляхом кесаревого розтину. Більшість з них були повторно народжуючими (5 жін.), половина з них народили передчасно. У жодної з них не було обтяженого гінекологічного анамнезу. Ускладнення з боку дитини становили 5 із 6, переважна більшість дітей народилися з масою до 3,0 кг. Також ми проаналізували 4 випадки плацентарної дисфункції та низької плацентациї – вік жінок становив 21-30 років, пологи переважали перші. Одні пологи відбулися природнім шляхом, інші 3 – шляхом хірургічного втручання. У половини виявлено ускладнення внутрішньоутробного стану плодів.

Висновок: Таким чином, описані нами види патології плаценти є небезпечним ускладненням вагітності та пологів. Найчастіше виникають у жінок 21 - 25 років, що народжують вперше та мають обтяжений анамнез. Усі дані жінки потребували хірургічного втручання та допомоги новонародженому. Дані ускладнення потребують ретельного вивчення для запобігання їх виникнення в майбутньому.

В.В. Моспан

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ЕНДОМЕТРІОЗУ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ ТА СУПУТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.В. Фурман (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ендометріоз по сьогоднішній день залишається в переліку захворювань, етіологію яких остаточно в'яснити не вдалось та є основною причиною виникнення тазового болю та безпліддя у жінок. Він вражає 1 з 10 жінок репродуктивного віку (15-49 років), в усьому світі близько 176 млн. жінок страждають на ендометріоз.

Мета: Визначити особливості клінічних проявів ендометріозу залежно від локалізації процесу, порівняти стан жінки до і після хірургічного лікування ендометріодних кіст яєчників.

Матеріали та методи: Опрацьовано історії хвороб, протоколи операцій та виписні епікризи 35 пацієнток.

Результати: Середній вік пацієнтки склав 33,4 роки, наймолодший – 24 роки, найстарший – 45 років. З 35 хворих усім було поставлено діагноз “Зовнішній ендометріоз. Ендометріодні кісти яєчників.” З них у 10 пацієнток (28,5 %) було враження обох яєчників, у 17 (48,7 %) – лівого, у 8 (22,8 %) – правого яєчника. Супутні захворювання при цьому виявили у 24 жінок (68,4 %). З них спайкова хвороба у 3-х (8,55%), фіброміома матки у 2-х (5,7%), двобічний сальпінгоофорит та двобічний гідросальнікс у 2 (5,7%), ретроцервікальний ендометріоз у 7-х (19,95%), аденоміоз у 2-х (5,7%), ерозія шийки матки 1 (2,85%) та поліп ендометрію у 3-х (8,55%). Перебіг захворювання був ускладнений непліддям I у 8-х жінок (22,8%), непліддя II у 6-х (17,1%). Клінічні прояви ендометріозу в усіх жінок характеризувались наявністю альгодисменореї, періодичних тягучо-ниючих болей внизу живота. 18 жінок (51,48%) відмічали іррадіацію болей в поперек, 15 (42,9%) – в пряму кишку, 2 (5,7%) – в нижню кінцівку. У 23-х жінок (65,7%) перед менструаціями спостерігались буро-коричневі виділення з піхви, 11 (28,6%) відмічали диспареунію. 12 жінок (34,3%) скаржились на порушення акту дефекації під час місячних, закрепи та проноси. Також 22(63%) пацієнтки вказали на рідкі запаморочення, лабільність настрою, порушення працездатності під час місячних. Хворим було запропоновано хірургічне лікування шляхом застосування малоінвазивних методів - кістектомія, коагуляція вогнищ зовнішнього ендометріозу. Після проведеного оперативного лікування всі пацієнтки відмічали покращення загального стану, зменшення больових відчуттів у 12 жінок (34,3%) або ж повне зникнення симптомів 23-х жінок (65,7%).

Висновки: Основним ускладненням ендометріозу є безпліддя, тому необхідно ретельно обстежувати жінок з синдромом тазового болю на наявність вогнищ ендометріозу, а основним методом лікування є хірургічний.

В.Г. Палійчук
ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

Кафедра акушерства і гінекології № 1

А.П. Дністрянська (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Однією із складних сучасних медико-соціальних проблем сьогодення є ожиріння – комплексне порушення ліпідного, вуглеводного обміну, що супроводжується комплексом порушень функціонування органів та систем. За статистичними даними близько 30 % населення страждає на ожиріння. Вагітність є фактором ризику для розвитку ожиріння, адже під час вагітності створюються умови для розвитку жирової клітковини, біологічний сенс якої полягає в захисті плодового яйця і плодовмістилиця.

Зміни в гормональному статусі при вагітності приводять до зниження обміну речовин, що супроводжується відкладанням жиру і порушенням вуглеводного обміну під час вагітності, яке є причиною процесу посилення перетворення вуглеводів в жири.

Ожиріння під час вагітності характеризується надмірним відкладанням жиру в області молочних залоз, сідниць, стегон і живота. Такі зміни можуть стати причиною розвитку ускладнень вагітності та пологів.

Мета: дослідити перебіг вагітності та пологів у жінок з ожирінням, виявити найбільш поширені ускладнення та запропонувати методи профілактики цих ускладнень.

Матеріали і методи: Для оцінки перебігу вагітності у жінок з ожирінням обстежена група пацієнток (52 жінки), які знаходились у гінекологічному відділенні та відділенні патології вагітності Вінницького пологового будинку №1. Проводилось анкетування вагітних, аналіз даних історій пологів. Ступінь ожиріння визначали за показниками індексу маси тіла (ІМТ).

Результати: Серед обстежених вагітних 31 жінка мала надмірну вагу - 58,9%, ожиріння I ступеня - 14 пацієнток - 26,6%, II ступеня у 5 (9,75%), у 2 жінок – ожиріння III ступеня (3,8%) Жінки були у віці від 18 до 40 років.

Аналізуючи перебіг вагітності, встановили, що найбільш поширеним ускладненням вагітності у жінок з ожирінням був ранній гестоз – у 58,9 %, прееклампсія легкого ступеня - у 24,7%. Загроза переривання вагітності - у 55,1 %. Фетоплацентарна дисфункція спостерігалась у 39,9%. Проявлялась олігогідроамніоном, гіперплазією плаценти, гіпоплазією плаценти, затримкою росту плода та дистресом плода.

Пологи відбулися у 12 жінок, за якими велось спостереження. Слабкість родової діяльності спостерігалась у 7 жінок. У 2 жінок крововтрата склала більше 600 мл, у 4-х народилися діти з вагою понад 4000г. Інші пацієнтки продовжують знаходитись під спостереженням на різних термінах гестації.

Висновки: Ожиріння вагітних є вагомим фактором ризику, що призводить до розвитку ускладнень вагітності та пологів. Найбільш поширеними ускладненнями вагітності є загроза переривання вагітності, ранній гестоз, прееклампсія легкого ступеня. Наявність значної кількості ускладнень спонукає до пошуку методів профілактики негативного впливу ожиріння на перебіг вагітності та пологів.

О.О.Павловська, Н.О.Гребената

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА АКУШЕРСТВА

Кафедра акушерства та гінекології № 2

О.Л.Льовкіна (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: ЗДА в структурі захворюваності вагітних займає одне із провідних місць, оскільки за оцінками експертів ВООЗ спостерігається у 20 – 80 % вагітних жінок. Дефіцит заліза під час вагітності пов'язаний із збільшенням потреби організму вагітної жінки в цьому елементі. Ступінь дефіциту заліза прямо корелює з порушенням перебігу вагітності та материнською смертністю, порушенням розвитку плода, великою крововтратою в пологах, патологією післяпологового періоду і зниженням лактації. У зв'язку з цим попередження сидеропенії у вагітних, її раннє виявлення та адекватне лікування одне з найважливіших завдань ЖК і пологового будинку.

Мета: Визначити частоту розвитку, ступінь важкості ЗДА вагітних. Обґрунтувати доцільність призначення антианемічної терапії вагітним з профілактичною та лікувальною метою в допологовому та післяпологовому періоді.

Матеріали та методи: Проаналізовано 613 історій пологів із них 205 історій, що містили інформацію про вагітних із ЗДА, які народжували в період з січня по квітень 2015 року. Дослідження проводилося на базі пологового будинку № 2 міста Вінниця.

Результати: В результатах аналізу виявлено, що серед 613 жінок, які народжували 205 (33,5%) страждало анемією. Анемія легкого ступеня спостерігалась у 65 (31,7%) випадках, середнього у 140 (68,3%). Слід зазначити, що у 99 (48,%) жінок прояви помірної анемії відзначалися вже на ранніх етапах вагітності. 10 жінкам у жіночій консультації із анемією легкого ступеню рекомендовано протианемічну дієту, а 5 у яких анемія середнього ступеня призначено «Сорбіфер дурулес». У всіх них на період поступлення до пологового будинку аналіз крові був у нормі. Оперативне розродження було проведене 47 (22,9%) жінкам, а 53 (77,1%)

народжували природнім шляхом. Серед вагітних у яких виявлено анемію, надмірна крововтрата у пологах спостерігалася у 43 (20.9%).

Висновки: На основі отриманих даних при проведенні нашого дослідження та опрацьованої літератури, можна зробити висновок на користь необхідності застосування нових підходів до ранньої діагностики та прогнозування цієї патології у вагітних, своєчасної, активної та адекватної терапії не тільки клінічно маніфестованої ЗДА, а й перед анемією у вагітних жіночої консультації

О.І. Сушицький

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

А.П. Дністрянська (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Пролапс мітрального клапана - поширений порок серця, який характеризується випинанням одного чи обох стулок клапана в ліве передсердя в момент скорочення лівого шлуночка. Пролапс мітрального клапана спостерігається у 15% людей, набагато частіше страждають представники жіночої статі. Причинами розвитку пролапса мітрального клапана є генетичні дефекти і патологія сполучної тканини серця, ревматичні захворювання, запальні процеси серцевого м'яза, вегето-судинна дистонія. Беручи до уваги поширеність захворювання, значне зростання об'ємів кровотоку під час вагітності та дезадаптацію судинного тонуусу у вагітних актуальним є дослідження фетоплацентарного кровотоку у жінок з пролапсом мітрального клапана.

Мета: дослідити перебіг вагітності та стан системи кровообігу та фетоплацентарного комплексу жінок з пролапсом мітрального клапана

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз історій пологів за 2015 рік I пологового будинку м. Вінниці та консультативні заключення сонографії серця Вінницького регіонального клінічного лікувально-діагностичного центра серцево-судинної патології. Оцінка фетоплацентарного комплексу проводилася за показниками ультразвукового дослідження, показників доплера та за результатами КТГ.

Результати: Для аналізу відібрано 5 історій пологів жінок з пролапсом мітрального клапана та ультразвукові дослідження 23 вагітних з патологією. З пролапсом мітрального клапана I ступеня (до 5 мм) був 1 випадок, II ступеня (від 5 до 8 мм з УЗД ознаками регургітації) 4 випадки. Серед ускладнень були наступні: загроза переривання вагітності, багатоводдя, вегето-судинна дистонія по гіпотонічному типу та по гіпертонічному типу, варикозна хвороба нижніх кінцівок, ранній токсикоз. Аналізуючи дані Вінницького регіонального клінічного лікувально-діагностичного центра серцево-судинної патології встановлено, що серед 23 вагітних в I триместрі вагітності виявлено I ступінь пролапса мітрального клапана у 17 жінок, II ступеня – у 4-х, та у 2 жінок – III ст. Обстеження цих же жінок в терміні 20-22 тижня виявило I ступінь пролапса мітрального клапана у 13 жінок, II ступеня – у 7-х, та у 3 жінок – III ст. В терміні 36-38 тижнів наростання ступеня важкості мітрального клапана не спостерігалось. Збільшення розмірів пролапса у жінок в терміні 20-22 тижня вагітності пов'язано зі зростанням об'єму кровотока, внаслідок функціонування фетоплацентарного комплексу. Відзначено зниження ФПК у 10 обстежених вагітних в терміні 36-38 тижнів.

Висновки: Пролапс мітрального клапана під час вагітності здатний до прогресування, що проявляється збільшенням розмірів щілини між стулками мітрального клапана та появою регургітації крові під час систоли. Перебіг вагітності у жінок з пролапсом мітрального клапана супроводжується вегето-судинною патологією як по гіпотонічному, так і по гіпертонічному типу, зниженням ФПК, що потребує превентивних та терапевтичних заходів.

М.О. Шолкіна, Г.Ю. Король.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Кафедра акушерства та гинекології №2

О.В. Фурман (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними Асоціації акушер-гінекологів України у вагітних вроджені вади серця (ВВС) складають 0,5 – 10 % від усіх захворювань серця. Вагітність у жінок з ВВС є важливою проблемою для акушер – гінекологів за рахунок додаткового навантаження на серцево-судинну систему (ССС), які виникають на фоні вже існуючої напруженої гемодинаміки вагітних. Прогноз для майбутньої матері та дитини залежить від форми і ступеня вираженості вади серця, функціональних можливостей серця.

Мета: Встановити частоту і структуру ВВС у вагітних. Дослідити особливості перебігу вагітності та пологів, неонатальні ускладнення у жінок з ВВС.

Матеріали та методи: Було досліджено 73 вагітних раннього репродуктивного віку з ВВС, Вінницької області за 2015 рік. Використовувалися дані ультразвукового дослідження (УЗД) серця, електрокардіограми (ЕКГ), кардіотокографії (КТГ), показників артеріального тиску (АТ).

Результати дослідження: При оцінці даних щодо ВВС у вагітних були отримані такі показники: пролапс

мітрального клапана становить 26(36,6%), недостатність мітрального клапана 10(13,6%), комбінована вада аортального клапана з перевагою стенозу 17(23%), дефект МШП 10(13,6%), аневризма аорти 7(9%), додаткова хорда 3(4,2%). У 27(19,7%) перебіг вагітності ускладнювався прееклампсією та еклампсією . Також до уваги взяті показники частоти виявлення серцевої недостатності(СН) у вагітних: СН I -27(36.9%), СН ІА -18(24.6%) , СН ІБ - 9(12.3%) . У 35(48%) відмічалися ознаки плацентарної дисфункції (ПД): гемодинамічні порушення в матково-плацентарній і фетоплацентарних системах 1,5% (n=2), передчасне старіння плаценти 3,7% (n=5), затримка внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР) 1,3% (n=1), Передчасні пологи спостерігалися у 8% (n=11). Пологи per via vaginale – 44 жінки (60,2%), кесарів розтин – 29 жінки (39,8%). Аномалії розвитку плода виявлено у 4,4% (n=6). У 71(90,5%) пацієток вагітність закінчилася народженням живих дітей, у 2(1,5%) – народилися мертвими. В задовільному стані разом з матір'ю виписані додому 63 жінки(86%), а в спеціалізовану дитячу лікарню 8(11%).

Висновок: Отже, перебіг вагітності у жінок з ВВС характеризується високим ризиком розвитку пізніх гестозів, ПД з переважанням передчасного старіння плаценти. Перинатальні ускладнення обумовлені високим ризиком передчасних пологів, ЗВУР та вродженими аномаліями розвитку плода.

О.О. Шкільна, О.Б. Каплюк

ДОТРИМАННЯ ПРИНЦИПІВ «FASTTRACK» ХІРУРГІЇ В ПРАКТИЦІ АКУШЕР-ГІНЕКОЛОГА

Кафедра акушерства та гінекології №2

Т.В.Супрунова (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останні роки розвиток хірургічних технологій дозволив підвищити ефективність оперативного лікування гінекологічних хворих за рахунок мінімізації хірургічної травми і ранньої реабілітації пацієток. Все це підштовхнуло до розвитку мультимодальної програми «Fasttracksurgery» (FTS - хірургія швидкого відновлення), мета якої–певна передопераційна підготовка, максимальне обмеження фізичної травми, зумовленої хірургічним втручанням, боротьба з післяопераційною болем і забезпечення одужання без ускладнень в короткий термін госпіталізації.

Мета: Провести аналіз дотримання принципів «Fasttrack» хірургії у гінекологічному відділенні ВМКПБ № 2 м. Вінниця.

Матеріали та методи: Було проаналізовано історії хвороби пацієтокпрооперованих у гінекологічному відділенні на передопераційному, інтраопераційному та післяопераційному етапах підготовки та ведення.

«FTS» налічує 18 компонентів, 6 з яких являються обов'язковими:передопераційна підготовка, інформування пацієтки, відмова від механічного очищення товстого кишечника, в тому числі від клізми, Фортранса та Форлакса (порушується нормальна флора кишечника), відмова від премедикації опіоїдними аналгетиками, призначення пробіотиків перед операцією, відмова від передопераційного голодування, застосування малоінвазивних оперативних доступів (лапароскопія, мінілапаротомія, вагінальний доступ) – зменшення хірургічної травми, зігрівання пацієтки на операційному столі і після операції, відмова від рутинної установки в черевну порожнину «страховочних дренажів», призначення раннього післяопераційного харчування та рання активізація хворої.

Результати: В результаті проведеного аналізу встановлено, що застосування концепції Fast-Track хірургії під час ведення пацієток з гінекологічними захворюваннями дозволяє скоротити час перебування в стаціонарі (наприклад після операцій з приводу міоми матки з 9 днів до 2-4 днів) і забезпечити швидке повернення пацієток до звичайного життя, зведення до мінімуму хірургічного навантаження і вірогідності ускладнень.

Висновки:Результати, отримані при використанні «FTS», піднімають питання про необхідність подальшого вивчення та практичного використання кожного з компонентів програми з метою зміни традиційної системи хірургічної допомоги для поліпшення післяопераційних результатів. Дотримання принципів передопераційної підготовки, особливостей оперативних втручань та післяопераційне ведення гінекологічних пацієток значно прискорює післяопераційне відновлення.

О.В.Ютовець, І.С.Євсєєва

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЖІНОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Кафедра акушерства і гінекології №2

О.О.Чорна (к.мед.н., ас.)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,

м.Київ, Україна

Актуальність: Проблема запальних захворювань жіночих статевих органів (ЗЖСО) протягом багатьох років є однією з найбільш актуальних у клінічній гінекології. ЗЖСО займають провідне місце в структурі патології репродуктивної системи: на їхню частку припадає 60-65% випадків гінекологічної захворюваності в загальній популяції жінок і 30% – серед стаціонарних хворих. Результати ряду досліджень свідчать, що частота запальних захворювань ЖСО не має тенденції до зниження, а навпаки, останнім часом вона зросла на 13-25% у загальній

популяції жінок дитородного віку. Деякі автори зв'язують це з високим рівнем резистентності й швидким розвитком стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, зміною статевої поведінки молоді, зниженням імунітету. До нинішніх тенденцій у гінекологічній практиці відносять збільшення числа хворих ЗЗЖСО, затяжний плин запальних процесів геніталій, часті рецидиви, нерозв'язаність питань діагностики й лікування запальних захворювань органів малого таза, що вимагає подальшого поглибленого вивчення цих аспектів.

Мета: Визначення середнього віку жінок раннього репродуктивного віку, хворих на запальні захворювання органів малого таза. Аналіз скарг пацієнок. Встановлення причин розвитку захворювання.

Матеріали та методи: Був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб жінок із варіюваними запальними захворюваннями статевої системи, за 2012 - 2015 роки. Вік жінок становить від 18-25 років.

Результати: Аналіз історій хвороби виявив, що середній вік хворих із ЗЗОМТ склав $20,5 \pm 0,8$ року. Основними скаргами при зверненні були біль унизу живота, зміна загального стану (слабкість, нездужання, дизуричні розлади), наявність патологічних виділень із полових шляхів, диспареунія. Усе жінки були сексуально активними, наявність декількох статевих партнерів відзначали 26 (65%) жінок. Захворювання, що передаються статевим шляхом, в анамнезі зустрічалися в 31 (77,5%) пацієнтки. ЗЗОМТ в анамнезі були в 26 (65%) жінок, хірургічне втручання в анамнезі відзначалося в 12 (30%). У більшості хворих із ЗЗОМТ відзначалася субфебрильна температура тіла (середнє значення температури тіла до початку терапії склало $37,3 \pm 0,5$ °C). Порушення менструальної функції було виявлено в 11 (27,5%). Велика кількість статевих партнерів і незахищені статеві контакти з'явилися однієї з основних передумов розвитку ЗЗОМТ.

Висновки: З кожним роком зростає тенденція до збільшення частоти виникнення запальних захворювань, у жінок раннього репродуктивного віку. Віковий пік розвитку захворювання припадає на репродуктивний період. Несвоєчасно встановлений діагноз і недооцінення ризику розвитку запальних захворювань, у жінок раннього репродуктивного віку, може негативно позначитися на стані репродуктивної системи. Покращення статевої поведінки молоді, профілактика і своєчасне лікування запальних захворювань жіночих статевих органів позитивно вплинуть на репродуктивне здоров'я жінок.

К.О. Ярошевич

АНАЛІЗ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ АНОМАЛІЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ТА ЇХ МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.Л. Льовкіна (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Аномалії пологової діяльності - одна з актуальних проблем в акушерстві, тому що вона належить до найпоширеніших патологій (15-20%). Не дивлячись на те, що основною причиною материнської смертності є акушерські кровотечі і післяпологові гнійно-септичні захворювання, порушення процесу пологів відмічається більш ніж у 70 % випадків материнських смертей. На додаток до цього потрібно відмітити, що така серйозна материнська захворюваність, як: розриви матки, сепсис, міхурово-вагінальні нориці, післяпологові кровотечі, а також така неонатальна захворюваність, як асфіксія і сепсис асоціюються з патологічним перебігом пологів.

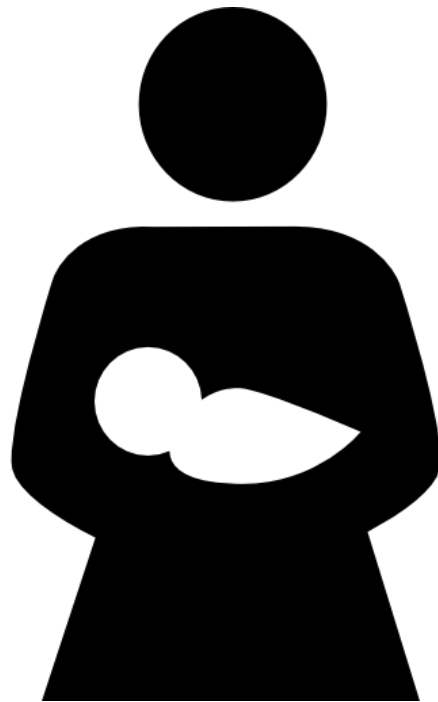
Мета: проаналізувати найчастіші причини виникнення аномалії пологової діяльності у жінок репродуктивного віку та підбір медикаментозної корекції даного стану.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз 75 історій пологів жінок з аномалією пологової діяльності (це 47 історій слабкості пологової діяльності та 28 історій з надмірною пологовою діяльністю) на базі ВМКПБ №2 за 2015 р.

Результати: вивчаючи історії пологів ми відмітили, що найчастішими причинами слабкості пологової діяльності були: 1. Великий плід - 17 випадків (36,1%), 2. Надмірна маса тіла породіль - 8 випадків (17,02%), 3. Жінки, які вперше народжували старше 30 років - 8 випадків (17,02%), 4. Багатоводдя - 6 випадків (12,7%). Враховуючи наявність обтяжених анамнезів: 1. ОАА - 18 випадків (38,2%), 2. ОСА - 15 випадків (31,9%), 3. ОГА - 9 випадків (19,1%). А причинами надмірної пологової діяльності: 1. Передчасні пологи - 16 випадків (57,1%), 2. ОАА - 7 випадків (25%), 3. ОСА - 5 випадків (17,8%).

Висновки: провівши аналіз 75 історій пологів жінок ми дійшли висновку, що великий плід, вік жінок, надмірна маса тіла породіль, багатоводдя, ОАА, ОСА, ОГА, передчасні пологи очевидно призвели до аномалій пологової діяльності. Використання окситоцину, простагландинів виявилось ефективним при лікуванні слабкості пологової діяльності, а використання гніпсалу - при надмірній пологовій діяльності, тому таке лікування є доцільним.

ПЕДІАТРІЯ



PEDIATRICS

О.О. Боровська
**ЗВ'ЯЗОК ПАТОЛОГІЙ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ З РОЗВИТКОМ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО
ПАРАЛІЧУ**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми
М.Р.Липко (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дитячий церебральний параліч (ДЦП) - є доволі актуальною та серйозною медико-соціальною проблемою, що являє собою цілу гаму порушень. В наш час, діагноз ДЦП не є рідкістю і багато батьків приходять у відчай, почувши що їхня дитина страждає на нього. Адже кожна родина мріє мати здорову, розумну та щасливу дитину, а такий діагноз робить ці мрії майже неможливими. ДЦП – це захворювання, яке характеризується порушенням моторно-рухових функцій, розладами мови та інтелектуального розвитку. Лікування даного захворювання є доволі складне, тому доцільніше профілакувати хворобу, ніж лікувати. Найчастішими причинами є ті, що зв'язані з патологіями вагітності і пологів, тому саме їх ми і розглянемо.

Мета: Оцінити специфіку ускладнень і розвитку патологій перебігу вагітності та пологів.

Матеріали та методи: Оцінка 16 медичних карток дітей хворих на ДЦП статистичним методом на базі ЦПМСД №5.

Результати: В результаті статистичної обробки, серед можливих причин розвитку ДЦП у досліджуваної групи 68,75% були недоношені, з таким же відсотком спостерігався токсикоз при вагітності матері та загроза переривання вагітності; 50% дітей мали асфіксію при пологах та складності при пологах; 37,5% мали недостатню масу тіла при народженні; 31,25% пологів було проведено шляхом Кесарівського розтину; у 25% досліджуваних в анамнезі матері було виявлено патології різного роду (кіста яєчника, фіброміома матки, інфекційні захворювання та ін.); 12,5% мали внутрішньоутробну гіпоксію та при їх народженні було проведено стимуляцію пологів; та у 6,25% однією з причин могло бути швидкі пологи, функціональна незрілість плода, гемолітична хвороба новонароджених та замісне переливання крові.

Висновки: Враховуючи проведені дослідження, можна сказати, що серед факторів ризику і можливих причин розвитку ДЦП найбільш поширеними є гіпоксія плода, недоношеність і мала маса плоду, складні пологи, загроза переривання вагітності, хвороби матері та ін.

Н.О. Буглова
**ЕПІДЕРМАЛЬНИЙ ФАКТОР РОСТУ ЯК МАРКЕР РЕПАРАТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ ВИРАЗЦІ
ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії №2
В.М. Дудник (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна.

Актуальність: У структурі патології органів травлення на долю виразки приходиться 1,7-16% серед дитячого населення України, причому в переважній більшості випадків у дітей зустрічається виразка дванадцятипалої кишки (ВДПК) – 82-87 %. Проблема ВДПК залишається актуальною, не дивлячись на значні успіхи, досягнуті в питаннях етіопатогенезу та лікування. Сучасні уявлення про формування та розвиток ВДПК базуються на узагальнюючій концепції дисбалансу факторів агресії та захисту слизової оболонки дванадцятипалої кишки (СОДПК). В даний час увага багатьох дослідників привертається до визначення особливостей регенерації (СОДПК) при ВДПК, як одного з найважливіших захисних факторів при даній патології. В забезпеченні репаративної регенерації при пошкодженні СОДПК велику роль відіграють молекулярні механізми регуляції, в першу чергу ростові фактори. Відомо, що основою збереження клітинного гомеостазу в СОДПК являється динамічна рівновага процесів проліферації і апоптозу.

Мета дослідження: Оцінити вміст (EGF) в сироватці крові дітей з ВДПК в залежності від клінічної стадії захворювання.

Матеріали та методи: Під спостереженням перебувало 69 дітей у віці від 7-18 років, хворих на ВДПК, що знаходились на стаціонарному лікуванні в відділенні педіатрії №2 ВОДКЛ. З них 56 хлопчиків, що становило (81,16 %) від загальної кількості обстежених хворих на ВДПК та 13 дівчат (18,84%) (p<0,05). Контрольну групу склали 25 здорових дітей відповідного віку. У дослідженні були використані клінічні, лабораторні та інструментальні методи обстеження. Усім дітям проведена ЕФГДС. Для діагностики інфекції *H.pylori* застосовували швидкий уреазний тест (URE-HPtest). Вміст епідермального фактору росту (EGF) в сироватці крові визначали імуноферментним методом (ELISA) з використанням набору “HumanEGFELISAKit” (Invitrogen, США).

Результати: Діти, що знаходились під наглядом, були розподілені в залежності від клінічної стадії захворювання. Серед них 54 (78,26%) дитини з загостренням виразки та 15(21,74%) дітей знаходились в стадії неповної клініко-лабораторної ремісії. У дітей з загостренням виразки ДПК звертало на себе увагу збільшення значень EGF в сироватці крові на 52,67% в порівнянні зі здоровими дітьми (600 ± 24,10) пг / мл (p < 0,05), що можна пояснити запальними змінами, які відбуваються в СОДПК. В стадії неповної клінічної ремісії відбувалося зниження вмісту EGF в 1,21 рази в порівнянні з загостренням ВДПК (493,43 ± 19,87) пг /

мл), проте показник залишався вищим на 42,44% відносно групи контролю.

Висновки: У дітей з ВДПК відмічаються зміни EGF в сироватці крові в залежності від стадії захворювання. При загостренні відмічалось підвищення рівня EGF на 52,67% в порівнянні зі здоровими дітьми, тоді як при загостренні виразки даний показник достовірно знижувався.

О.М. Венглюк
ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Кафедра педіатрії №1

Т.Л. Процюк (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна.

Вступ: Бронхіальна астма (БА) – класичний приклад психосоматичного захворювання в походженні, особливостях симптоматики, перебігу і наслідків якого, більшою мірою, ніж при інших хворобах, беруть участь психосоціальні фактори, і тому вивчення БА з позицій інтегративного міждисциплінарного психосоматичного підходу представляється нині вельми актуальним.

Мета: Визначити психосоматичний стан дітей хворих на БА.

Матеріали і методи: Обстежено 82 дітей із діагнозом БА середній вік $15,1 \pm 1,9$ року, які перебували на лікуванні у Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. До контрольної групи увійшло 30 здорових дітей віком від 7 до 17 років (середній вік – $12,6 \pm 2,7$ року). Для вивчення основних чинників, що впливають на розвиток та перебіг БА, проведено детальний аналіз медичної документації, анкетування батьків за спеціально розробленою анкетой. Оцінку тривожності проводили за шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера, а оцінку депресивного стану за шкалою Гамільтона (HDRS). Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням методів параметричної та непараметричної статистики.

Результати дослідження: Проведений аналіз показав, що на розвиток і перебіг БА в підлітків впливають спадкові, соціально-психологічні та соматичні фактори. Найважливішими з них виявилися генетичні, які в сукупності з несприятливим перебігом вагітності та пологів, а також поєднання атопії з іншими соматичними захворюваннями та інфекційними агентами у дітей призводили до формування захворювання. Особистісна і реактивна тривожність за шкалою Спілбергера оцінена в середньому у $46,2 \pm 1,3$ бала і $48,2 \pm 2,5$ бала у групі дітей, хворих на БА, що істотно перевищує нормативні дані низького і помірного рівня тривожності. Особистісні особливості хворих на БА відрізнялися підвищеною тривожністю у 85,7 % спостережень, з них переважали випадки помірної тривожності – 45,5 %. Виражена тривожність як стабільна особистісна характеристика мала місце у 23,7 % дітей, хворих на БА, та у 12,5 % представників контрольної групи, помірна тривожність – у 46,7 % дітей, хворих на БА, і 50 % дітей контрольної групи. Депресія за шкалою Гамільтона оцінювалася в середньому по групі не вище, ніж у 5,4 бала, що свідчило про відсутність клінічно виражених депресивних розладів у більшості хворих на БА.

Висновки: Хвороба є психотравмуючим фактором, який зумовлює розвиток тривожних розладів у хворих дітей, у зв'язку зі значною вираженістю особистісного реагування на хворобу.

О.Б. Вишинська

МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ТЛІ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Кафедра педіатрії № 1

О.В. Герасимова (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Епідеміологічні дослідження в Україні та різних регіонах світу реєструють значне зростання захворюваності на бронхіальну астму (БА) переважно за рахунок дитячого населення. В останні роки у дітей з хронічною соматичною патологією все частіше діагностують прояви дисплазії сполучної тканини (ДСТ). Важливо, що присутність ознак ДСТ у дитини також визначає наявність певних особливостей енергетичного обміну.

Мета: Підвищити ефективність лікування БА у дітей з ознаками ДСТ шляхом вивчення особливостей показників енергетичного обміну та корекції виявлених клініко-патогенетичних порушень препаратами метаболічної дії.

Матеріали та методи: Згідно з поставленими завданнями проведено комплексне обстеження 158 дітей: I групи склали 93 пацієнти з БА та ознаками ДСТ, II групи – 65 дітей з БА без ознак ДСТ. Як маркер порушення метаболізму колагену визначали: вільний оксипролін в сироватці крові та екскрецію загального оксипроліну в добовій сечі. Рівень метаболітів енергетичного обміну оцінювали шляхом визначення: концентрації пірувату, лактату, АТФ та активності ЛДГ в сироватці крові. Для непрямого підтвердження цитолізу клітин в тканинах визначали активність в сироватці крові ферментів АСТ і АЛТ. Відповідно до проведеного лікування, впродовж перебування в стаціонарі, кожна група хворих на БА поділялась на три підгрупи: „а” - діти, які в процесі лікування отримували базову терапію, „б” - хворі, які крім базової терапії отримували препарат Кардонат, „в” -

діти, які крім базової терапії отримували препарат Тіотріазолін.

Результати: Активізація аеробних шляхів гліколізу, внаслідок відновлення бронхопрохідності, а, отже, і оксигенації тканин, сприяє покращенню енергетичних процесів у дітей, хворих на БА. Однак, краща динаміка останніх виявлена у групах, які отримували в комплексі лікувальних заходів метаболічні препарати. Так, рівень лактату в крові у них знизився у 1,7-2,0 рази більше порівняно з дітьми, що отримували тільки базову терапію ($p < 0,001$) і нормалізувалось співвідношення лактат:піруват до 10:1, що також свідчить про посилення аеробних процесів в організмі. Також нормалізувалась активність ЛДГ у дітей Іб ($p < 0,01$) і Ів ($p < 0,001$) груп порівняно з хворими Іа групи. Аналогічне зниження рівня останньої ($p < 0,001$) відмічено у пацієнтів без проявів ДСТ. У хворих на БА, що в комплексному лікуванні отримували Тіотріазолін, відмічається чітка тенденція до нормалізації концентрації АТФ (Ів та Ів групи), що суттєво перевищує результати лікування у дітей, які отримували, як базову терапію ($p < 0,001$), так і препарат Кардонат ($p < 0,001$).

Висновок. Застосування Тіотріазоліну позитивно впливає на показники енергетичного обміну в анаеробних умовах.

В.Ю. Вдовиченко, С.В. Цісарж
ВРОДЖЕНА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ
Кафедра педіатрії №2
М.О.Шаламай (к. мед. н., доц.)

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

Актуальність. Проблема вродженої цитомегаловірусної інфекції у дітей викликає все більшу стурбованість у педіатрів всього світу. На сьогодні залишається ряд не вирішених питань як у клінічному перебігу, так і у питаннях лікування внутрішньоутробних інфекцій плода і новонародженої дитини. До 50% становить ризик ураження плода при первинному інфікуванні вагітної жінки, при цьому маніфестна форма захворювання має місце у 10-15% випадків інфікованих дітей, що в 80% призводить до розвитку тяжких ускладнень.

Мета. Метою дослідження стало вивчення клінічних особливостей перебігу та патоморфологічних змін організму при цитомегаловірусній інфекції у новонароджених дітей.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження був ретроспективний аналіз 30 історій хвороб новонароджених дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній дитячій лікарні та 15 протоколів патологоанатомічного дослідження за 2010-2014 р.р. Методи дослідження включали: загальноклінічні, біохімічні, імунологічні, серологічні, гістологічні, інструментальні, статистичні дані.

Результати. За даними ВОДКЛ, кількість померлих новонароджених від вродженої цитомегаловірусної інфекції з 2010 по 2014р.р. становить 39 дітей. 27,3% новонароджених мали при народженні дуже малу вагу, 18,2% дітей -екстремально малу вагу, що вплинуло на перебіг неонатального періоду та перебіг захворювання. Жовтяниця супроводжувалась у 53,3% випадків вираженою гепатоспленомегалією, відмічався геморагічний синдром у вигляді петехіального висипу у 33,3% у новонароджених. У 40% дітей спостерігався диспепсичний синдром. У 100% новонароджених відмічались ураження ЦНС: 53,3%- гіпертензивно-гідроцефальний синдром, 20% дітей – рухові дисфункції. Судомний синдром мав місце у 1/3 хворих новонароджених, 40% дітей мали вегетовісцеральні дисфункції, 26,6%-мікроцефалію. Спостерігалась велика варіабельність ураження ЦНС- від енцефаліту до менінгоенцефаліту.

Висновки. ЦМВ-інфекція набула важливе медико-соціальне значення у педіатрії, внаслідок розвитку вад плода і новонародженого та високою летальністю дітей. Захворювання характеризується генералізованістю процесу з поліорганими ураженнями, домінують ураження ЦНС, гепатобіліарної системи. Морфологічні зміни виявляються у різних органах та системах із формуванням інтерстиційного чи кістозного фіброзу в органах-мішенях.

У.В. Гаврилишин
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ «КОТЯЧОГО КРИКУ»
Кафедра педіатрії №1
Н.І.Горобець (к.мед.н., доц.)
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м.Київ, Україна

Актуальність: Синдром «котячого крику» або синдром Лежена – це рідкісне генетичне захворювання, для виникнення якого має значення не величина втраченої ділянки, а її локалізація, і виникає при втраті відповідного локуса 5 хромосоми, а саме ділянки 5[5p-(15,1-15,2)]. Описані також випадки виникнення синдрому «котячого крику», при яких мутація пов'язана не з делецією вище вказаної ділянки, а з мозаїцизмом по делеції, реципрокною транслокацією короткого плеча 5 хромосоми з іншою хромосомою. Тому дана патологія є актуальною проблемою в сучасній педіатрії та медичній генетиці.

Мета роботи: проаналізувати клінічну картину синдрому котячого крику на підставі даних літератури та опису клінічного випадку.

Матеріали та методи: в ході дослідження проводились різні клініко-лабораторні, інструментальні, цитогенетичні методи дослідження хворої дитини.

Результати дослідження: У неврологічне відділення ДКЛ №4 поступила хвора Б., віком 6 місяців. Батьки скаржились на затримку соматопсихічного та фізичного розвитку дитини. З анамнезу: дитина народилась на 38 тижні вагітності, шляхом кесаревого розтину, з масою тіла 2450г, довжиною 48 см., обводом голови 32см., обводом грудної клітки 34 см. За шкалою Апгар - 7-8 балів. Пренатально при УЗД діагностовано ВВС: коарктація аорти. В сім'ї випадків хромосомних захворювань не було. При огляді: мікроцефалія (ОГ=37см), правобічна кривошия, антимоноголоїдний розріз очних щілин, гіпертелоризм, плоска спинка носа, мікрогнатія, короткі пальці, зниження реакцій конвергенції та акомодатції, зміна голосу у вигляді "котячого крику", зниження м'язового тону, зниження сухожилкових рефлексів (D=S), наявність патологічного рефлексу Бабінського на обох кінцівках, шумне стридорозне дихання. Дитина погано утримує голову, не перевертається зі спини на живіт, з живота на спину, не сидить. При обстеженні: в сечі - трипельфосфати в значній кількості; ЕКГ - синусова аритмія, Ехо-КГ - ВВС (ВАП, ВОО, КоА). Цитогенетичне дослідження за допомогою G-методу: 46, XX, 5p-. Поставлений клінічний діагноз: Затримка соматопсихічного розвитку у дитини з вторинною мікроцефалією внаслідок хромосомної патології – синдрому «котячого крику»; ВВС: ВАП, ВОО, КоА; Вроджений стридор; Правобічна кривошия; Дисметаболічна нефропатія. Діти з синдромом «котячого крику» якнайшвидше повинні бути залучені до сучасних психологічних та психо-неврологічних реабілітаційних програм. Чим швидше та інтенсивніше діти почнуть навчатись, тим менш важкою буде затримка психомоторного розвитку.

Висновок. При підозрі на будь-які відхилення при проведенні УЗДв першому триместрі вагітності, потрібно обов'язково проводити інвазивну пренатальну діагностику, тобто, біопсію ворсин хоріона, амніоцентез, кордоцентез. Одним із популярних і точних методів цитогенетичного дослідження на даний момент являється FISH-метод (Флуоресцентна гібридизація *in situ*). Перевагою даного методу є можливість досліджувати не тільки метафазні хромосоми, але й інтерфазні ядра.

М.О. Гнатюк, Н.М. Прилипко

ІСТОРИЧНИ НАРИСУ ВИВЧЕННЯ ПОЛІОМІЄЛІТУ. СУЧАСНА СИТУАЦІЯ ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

В.М. Южаніна (к. мед. н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Поліомієліт – хвороба, що відома людям уже декілька тисячоліть. Ризик поширення поліомієліту в Україні значно підвищується у зв'язку з поширенням вірусу на Середньому Сході та продовженням епідемії у Афганістані, Нігерії та Пакистані, а також частими переміщенням людей та низьким рівнем вакцинації в Україні.

Мета: Провести синтез історичного перебігу виявлення захворювання поліомієліту, проаналізувати та оцінити сучасний стан захворювання та рівень вакцинації серед дітей в Україні та світу.

Результати: Поліомієліт як особлива форма хвороби існує вже багато тисячоліть. Захворюваність на поліомієліт була високою в країнах Європи, Америки, 4 випадки на 10 тис. населення, летальність досягала 15-20 %. Пізніше, в 1909 р, вченим К. Ландатейнеру і К. Поппера вдалося відкрити вірус - збудник поліомієліту. У 1954 р. Д. Солк створив першу в світі вакцину на основі інактивованого формаліном вірусу, який був вирощений на клітинах нирки мавп. Альберт Себін проводив дослідження над створенням живої поліомієлітної вакцини які закінчилися в 1957р. І тільки в 1958 р радянським вченим А.А. Смородінцеву і М.П. Чумакову вдалося запропонувати світу ефективну і безпечну вакцину. В 2008 році ВООЗ визначили епідемічними с приводу поліомієліту 4 країни: Індію, Нігерію, Пакистан, Афганістан. Станом на 1 вересня 2015 року в Україні зафіксовано два випадки поліомієліту, породженого дериватним штамом вакциноасоційованого поліовірусу I типу. Захворіли двоє дітей віком 4 роки та 10 місяців. Слід зазначити, що в Україні є низьке охоплення вакцинацією - у 2014 році тільки 50% дітей були повністю вакциновані від поліомієліту. Для попередження спалаху поліомієліту потрібно прищепити щонайменше 95% дітей. Україна є однією із 13 країн з «червоного» переліку, які мають високий ризик спалаху поліомієліту. На думку фахівців МОЗ України, епідемічна ситуація щодо інфекцій, які можна попередити засобами імунопрофілактики, в Україні залишається керованою.

Висновки: Аналізуючи історичний перебіг розвитку науки впродовж декількох століть, можна переконатися в тому, що створення вакцини проти поліомієліту набуло стрімких обертів, про те, спалахи епідемій в ХХІ столітті не припиняють існувати. Отже, завданням вчених та лікарів є ліквідація поліомієліту всіх дітей до 5 років в країнах, де ще залишаються стійкі вогнища, що можуть призвести до того, що в світі кожного року буде до 200 тис. нових випадків захворювання через 10 років. До тих пір поки в світі не залишиться жодної інфікованої дитини, ризику зараження на поліомієліт будуть підлягати діти у всіх країнах.

І.Года, С.Леснянська
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЕКСТРОФІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Кафедра педіатрії №2
Г.А. Павлишин (д.мед.н., проф.)
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського”
м. Тернопіль, Україна

Актуальність: Екстрофія сечового міхура (ЕСМ) – один з найбільш тяжких дефектів сечовивідної системи, що при відсутності адекватної хірургічної корекції та особливого догляду призводить до різноманітних ускладнень та високого рівня інвалідизації. Частота даної патології у світі становить від 1:10 000 до 1:50 000 новонароджених. У Тернопільській області ЕСМ спостерігається з частотою 1:20000 в гендерному співвідношенні 2:1 (хлопчики : дівчатка).

Мета роботи. Ретроспективно оцінити перебіг ЕСМ на клінічному випадку та проаналізувати ефективність лікувальних заходів залежно від терміну проведення етапної хірургічної корекції.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилась новонароджена дитина із екстрофією сечового міхура, яка перебувала на лікуванні в КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня».

Результати. Дівчинка поступила у відділення інтенсивної терапії новонароджених на першу добу життя з діагнозом: Вроджена вада розвитку передньої черевної стінки: екстрофія сечового міхура. З анамнезу життя: дитина народилася від III вагітності, III термінових пологів природнім шляхом з вагою 3050 грам. Дана вагітність перебігала на фоні загрози переривання в 34 тижні гестації. Антенатальне УЗД плода на 9, 12, 20 тижні без особливостей. На момент госпіталізації стан дитини тяжкий за рахунок вродженої вади. Змін з боку дихальної системи та гемодинамічних порушень не виявлено, в неврологічному статусі – синдром пригнічення. Statuslocalis: нище пуповинного залишку в ділянці гіпогастрію наявний дефект передньої черевної стінки розміром 3-4 см., де пролабує рожева слизова стінки сечового міхура з виділенням незначної кількості сечі, вічка сечоводів чітко не диференціюються. Також має місце розщеплення статевих органів на рівні лонного з'єднання. Гіперемія навколишніх тканин, слизова гіперемійована, набрякла, з геморагіями, кровоточить. При проведенні загально-клінічних досліджень змін не виявлено. При посіві сечі – Klebsiellapneumoniae.

Лікування включало: догляд за раневою поверхнею, антибактеріальна та симптоматична гемостатична терапія. Перший етап хірургічної корекції (пластика та репластика) проведено на третьому місяці життя. В катамнезі – на даний час дитині 16 місяців, значної позитивної динаміки не спостерігається: утримується нетримання сечі, дещо збільшився «сухий» період. Дитина потребує спеціального догляду та проведення наступного етапу хірургічної корекції через 1,5 місяця.

Висновки: Однак, на сьогодні, за літературними даними, перший етап хірургічної корекції необхідно виконувати впродовж перших 72 годин життя, що значно покращує результати хірургічної корекції та забезпечує сприятливий прогноз у цієї категорії пацієнтів.

А.М. Гончарук, Д.С. Онофрійчук
ПРОБЛЕМИ ЛЕПТОСПИРОЗУ У ДІТЕЙ
Кафедра дитячих інфекційних захворювань
О. С. Онофрійчук (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Лептоспіроз - гостре циклічне захворювання людини й тварин, спричинене різними штамми лептоспір, кількість їх на сьогодні досягає 200. Характеризується значним поліморфізмом клінічних проявів (з переважним ураженням нирок та печінки), патогенетичну основу яких становлять генералізований капіляротоксикоз і дія імунних комплексів. Лептоспіроз належить до поширених захворювань природно-вогнищезового типу і реєструється у всіх регіонах України зі зростаючою тенденцією. Важкість перебігу окремих клінічних форм із швидким наростанням клінічної симптоматики становить реальну загрозу для життя хворого, а поліорганність уражень часто стає причиною діагностичних помилок та досягає близько 90 %.

Мета: Відслідкувати за літературними даними поширеність, особливості клінічного перебігу, проаналізувати зміни в органах-мішенях при лептоспірозі, а також відтворити їх на власному спостереженні.

Матеріали і методи: Наукова література, результати Вінницької санітарно-епідеміологічної станції, історії хвороб дітей, хворих на лептоспіроз, які лікувалися у Вінницькій обласній дитячій інфекційній лікарні протягом 2014 - 2015 років, результати патолого-анатомічних і гістологічних досліджень.

Результати: Західні і центральні регіони України є несприятливими для лептоспірозу. Найбільш поширені на території України лептоспір серогрупиcterohaemorrhagiae, grippotyphosa, pomona, bataviae, canicola, hebdomadis, tarassovi та інші. Вперше у Вінницькій області типовано представника серогрупи L.cynopterus. Близько 22 - 26 випадків захворювання були щорічно зареєстровані у Вінницькій області з 1994 року. Протягом 1994 – 2010 рр. захворіло 42 дитини, з них 35 дітей – знаходились на лікуванні у Вінницькій інфекційній лікарні. Більшість з них (26 хворих - 74,3%) складають діти старше 7 років, тільки 9 пацієнтів (25,7%) знаходяться у віці від 3 до

7 років. Водний шлях передачі - головна причина зараження на лептоспіроз. Поліморфізм клінічних проявів характеризується гострим початком, лихоманкою, сильними болями в епігастрії, вираженими симптомами інтоксикації. Часто відмічається почервоніння і набряклість обличчя, судинна ін'єкція склер і жовтяниця. Провідним симптомом є ураження печінки з помірним її збільшенням. Смертність в жовтяничній фазі становить 30 %, в той час, як при інших формах – 0,6-1,0 %. Особливе місце займає жовтянична форма з фульмінантним перебігом, при якій летальність досягає 100 %. У цих випадках простежується надзвичайно бурхлива динаміка: геморагічний синдром з масивними кровотечами, набряк мозку з подальшою комою, ГНН виникають іноді вже у першу добу.

Висновок: Наслідки лептоспірозу залежать від ранньої діагностики захворювання, своєчасного застосування етіотропної і патогенетичної терапії. Проведене спостереження підтверджує актуальність проблеми лептоспірозу в педіатричній практиці.

А.М. Гончарук

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ НЕЙРОФІБРОМАТОЗУ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

В. М. Дудник (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Нейрофіброматоз (хвороба Реклінгхаузена) – це одне з найпоширеніших моногенних захворювань, яке успадковується за аутосомно-домінантним типом. Загальна кількість хворих у світі наближається до 1 мільйону. На сьогоднішній день відомі дві його форми: НФ1 (периферичний нейрофіброматоз, хвороба Реклінгхаузена) та НФ2 (білатеральний акустичний нейрофіброматоз, центральний нейрофіброматоз). Оцінка поширення НФ1 залежно від регіону, методик пошуку у різних авторів коливається від 1:3000 в Німеччині, США і Канаді (Friedman J.M., 1999). У найбільш репрезентативному дослідженні (Huson S.M. et al., 1988) показник поширеності НФ1 — 1:4900 (частота носіїв - 0,0004, генна частота – 0,0002). За відсутності статистичних даних щодо частоти нейрофіброматозу в Україні, пошукова цифра розповсюдженості цього захворювання (виходячи з розрахунку 1 випадку захворювання на 5 тисяч населення) наближається до 10 тисяч таких хворих. Близько 90 % усіх хворих мають НФ I типу.

Мета: Дослідити та вивчити клініко-епідеміологічні особливості перебігу нейрофіброматозу серед дітей.

Матеріали та методи: Дане дослідження проведене на випадку з практики.

Результати: Під нашим спостереженням знаходилась дівчинка, 3-х років, яка поступила на планове обстеження в онкогематологічне відділення ВОДКЛ. Скарги на множинні пігментні плями на тулубі, наявність пухлинного утворення на волосяній частині голови. Анамнез захворювання: зі слів матері, плями з'явилися одразу після народження, мали тенденцію до збільшення в діаметрі. Вперше мати звернулася до лікаря, коли дівчинці виповнився 1 рік. Анамнез життя: дитина народилась в термін гестації 38 – 39 тижнів, m = 3200 г, h = 52 см. Відстає у нервово-психічному розвитку від однолітків. Обтяжений алергологічний анамнез. Зі слів матері, спадковість не обтяжена. Профілактичні щеплення, дівчинка отримала, згідно календаря. Об'єктивно: шкіра блідо-рожева, чиста, множинні пігментні плями по типу «кави з молоком» на тулубі в діаметрі від 5 до 10 мм. На волосяній частині голови в потиличній ділянці справа наявне пухлинне утворення до 1 см в діаметрі, щільне, не спаяне з шкірою, рухоме. Клінічний діагноз: Нейрофіброматоз I типу. Нейрофіброма волосяної частини голови.

Висновки: За даними досліджень, 30 – 40% випадків захворювання виникає через спонтанні мутації, тобто спадковий анамнез не обтяжений. Нейрофіброматоз є комплексною генетичною патологією з множинними проявами і значною фенотиповою варіабельністю. Складна діагностика даного захворювання потребує комплексного та міждисциплінарного підходу. Координувана робоча команда повинна включати генетика, невролога, нейрохірурга, радіолога, офтальмолога, ортопеда, дерматолога, пластичного хірурга, нейропсихолога, онколога.

С.В. Гуріна

ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсом дитячих інфекцій

О.І. Сміян (д.мед.н., проф.)

Сумський державний університет, медичний інститут

Україна, м. Суми

Актуальність. Щорічно в світі реєструється понад мільярд випадків гострих респіраторних інфекцій, при цьому поширеність захворювань органів дихання у дітей у 6 разів вище, ніж у дорослих. Бронхіт є найбільш частою патологією серед гострих і рецидивуючих захворювань нижніх дихальних шляхів у дітей. При цьому пік захворюваності реєструється у віці до 3 років.

Метою нашого дослідження було виявлення факторів, що сприяють як виникненню, так і збільшенню тяжкості перебігу гострого обструктивного бронхіту у дітей раннього віку.

Матеріали та методи дослідження: для досягнення поставленої мети нами було обстежено 52 дітей віком від 3 міс. до 3х років з гострим обструктивним бронхітом які знаходились на стаціонарному лікуванні в Сумській міській лікарні ім. Святої Зінаїди. При обстеженні всіх дітей застосовувались стандартні методи діагностики, що рекомендовані МОЗ України (наказ №18, 2005 р.). Отримані результати були оброблені за допомогою традиційних статистичних методів з використанням програми Excel.

Результати дослідження. Нами було встановлено, що серед всіх обстежених, діти першого року життя хворіли гострим обструктивним бронхітом достовірно частіше (52,6%), ніж другого (25,5%) і третього року (18,9%), причому частіше хворіли хлопчики (64, 6%), ніж дівчата (36,4%). Нами було виявлено, що майже у всіх дітей (91,72%) був хоча б один курець члену сім'ї і 2/3 з них становили матері. Слід зазначити, що серед усіх дітей, які перебувають на стаціонарному лікуванні, відзначалася сезонність даного захворювання. Так, найбільш часто з гострим обструктивним бронхітом надходили діти взимку (грудень, січень - по 12,59%), в кінці весни (травень – 10%) і влітку (червень - 15,8% і серпень - 11,7%). Найбільш часта захворюваність і тяжкий перебіг гострого обструктивного бронхіту відзначалися у дітей з перенесеною анте- і перинатальною патологією (в 79,5% випадків), що знаходяться на штучному вигодовуванні, так як раннє штучне вигодовування достовірно частіше мало місце у даного контингенту хворих, ніж природне (64,6% проти 35,43%). Серед преморбідних факторів ризику розвитку бронхообструктивного синдрому були виділені дефіцитні стани. Так, залізодефіцитна анемія I ступеня реєструвалася у 45,3% дітей, а II ступеня - лише в 2 випадках (5,5%).

Висновки. Таким чином основними факторами ризику виникнення гострого обструктивного бронхіту у дітей раннього віку є: сезонність захворювання, штучне вигодовування, перенесена анте- та перинатальна патологія, штучне вигодовування та дефіцитні стани.

А.Д. Губанов

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТІВ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

В.Г.Фурман (к.мед.н. доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

М.Вінниця Україна

Актуальність: На сьогодні накопичено великий об'єм клінічного матеріалу, котрий свідчить про успіхи в лікуванні системних васкулітів у дітей. Системні васкуліти відносять до числа найбільш важких форм хронічних патологій у людей. По даним епідеміологічних досліджень в теперішній час є чітка тенденція до росту захворюваності на системні васкуліти.

Мета: Вивчити особливості клінічного перебігу системних васкулітів у дітей.

Матеріали та методи: Було проведено ретроспективний аналіз 92 історій хвороб дітей, хворих на системні васкуліти, віком від 1 до 17 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні в ОДКЛ. В усіх хворих дітей було аналізовано клінічні прояви геморагічного синдрому на різних ділянках шкіри, больові та набрякові синдроми та дані лабораторних досліджень крові та сечі.

Результати: Проведені дослідження показали, що: системні васкуліти з ураженням судин мілкового калібру склали 97,8 ± 2,11%. ; системні васкуліти з ураженням судин мілкового і середнього калібру (вузликовий періартеріїт) 1,1 ± 0,1%; системний васкуліт Кавасаки 1,1 ± 0,1% ; Пурпура Шенлейн-Геноха зустрічається частіше у дівчаток (43,75 ± 4,99% проти 35,59 ± 4,81%). Приблизно у третини хворих дітей відмічались зміни зі сторони суглобів у вигляді болючості і припухлості (майже порівну між хлопчиками і дівчатками – 49,15 ± 5,01% проти 43,75 ± 4,99% відповідно). Абдомінальні синдроми мали місце у 4,2 ± 1,23% хворих дітей та не залежали від статі.

Лабораторні дослідження показали, що у 2,32 ± 1,46% хворих дітей мала місце мікрогематурія.

Висновки: Проведені дослідження показали, що в структурі системних васкулітів переважають васкуліти з ураженням судин мілкового калібру (пурпура Шенлейн-Геноха), переважно у дівчаток 4-7 років. Зміни параклінічних обстежень показали, що у третини хворих спостерігається нирковий синдром.

М.Я. Гула, А.А. Ігнатішина

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРМОРЕГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЩЕПЛЕННЯ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

М.Р. Липко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Профілактичне щеплення є найефективнішим способом захисту від інфекційних захворювань. Імунна система реагує на введену вакцину, виробляючи імунітет проти інфекції, і таким чином формує у дитини захист. Температура після щеплення – це цілком природна реакція організму на введену вакцину. Однак нерідко саме таке побічне явище підштовхує батьків до того, щоб відмовитися від вакцинації дитини.

Мета: Оцінити стан дітей до вакцинації та дослідити особливості зміни температури тіла після проведення

профілактичних щеплень.

Матеріали і методи: В групу для дослідження було залучено 86 дітей, яким було проведено профілактичне щеплення на базі Вінницького ЦПМСД№5 протягом 2010-2015 років. До уваги було взято рівень температури, час, протягом якого спостерігалось підняття і утримання даної температури тіла.

Результати: Побічні дії у вигляді підняття температури спостерігалась у 18 дітей (21%). Слід зазначити, що дана реакція відмічалась у 4 дітей (22%) після введення АКДП, 4 дітей після введення вакцини Інфанрікс (22%), КПК-3 дитини (16%), вакцини проти гепатиту В у 3 дітей (16%), ІПВ-2 дитини (11%), Пентаксиму-1 дитина (0.5%). Температура становила: у 8 дітей-37.2-37.8°C (45%), 4 дитини-38.2-38.7°C (23%), у 6 дітей-39.0-39.6°C (32%) в день вакцинації і утримувалась протягом доби. У зв'язку з чим даним дітям було назначено Парацетамол 0.2-0.5, 3-4 рази на добу.

Висновки: Вакцинація — це важкий стрес для організму, тому існують обов'язкові правила, яких необхідно дотримуватися до і після щеплення. Найголовніше правило — щеплення можна робити тільки здоровим дітям. Температура після вакцинації у дитини може піднятися дуже швидко, тому рекомендується почати прийом жарознижуючих засобів вже до або відразу після проведення профілактичного щеплення.

В.В. Демянишина

МУКОВІСЦИДОЗ У ДІТЕЙ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Кафедра педіатрії № 2

В.М. Дудник (д. мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Муковісцидоз – аутосомно-рецесивне захворювання з ураженням екзокринних залоз, які виділяють секрет підвищеної в'язкості.

Актуальність проблеми пов'язана з тим, що у здорових фенотипово батьків, народжуються хворі діти (25%); неонатальний скринінг дає змогу рано поставити діагноз; сучасне лікування муковісцидозу на сьогодні продовжує термін життя з високою якістю. І тому важливо своєчасно ставити діагноз і призначати сучасне, адекватне лікування.

Мета. Демонстрація клінічного випадку, який показує, що незважаючи на своєчасну діагностику захворювання, нерегулярне лікування (за виною батьків – 5 років не лікувались на базі ВОДКЛ) призвело до наступного стану пацієнта.

Матеріали, методи. Хворий Б., 14р., М.Т. 27 кг, зріст – 138 см, ІМТ-14,2 що свідчить про затримку фізичного розвитку.

При поступленні: Скарги на постійний кашель з виділенням густої мокроти. Шкіра сіро-землиста, в акті дихання приймає участь допоміжна мускулатура, «барабанні палички», «часові скельця», нігтьові пластики ціанотичні. Над легеньми перкуторно коробковий звук, мозаїчно укорочення звуку, аускультативно над всією поверхнею лівої легені дрібно міхурцеві хрипи, справа - ослаблене дихання над всією легенею. ЧД-23/хв., Sa O₂ 90-91%. ЧСС 94/хв.

Параклінічні обстеження:

ЗАК: Нь 128 г/л, ер. $3,9 \cdot 10^{12}$, КП 0,9, ШОЕ 5 мм/год, Лейк. $6,5 \cdot 10^9$, п/я 2%, с/я 49%, еоз. 3%, мон.3%, лімф. 43%.

Біохімічні дослідження: сечов. 5,92 U/l, Na 145 ммоль/л, К 4,7 ммоль/л, Cl 112 ммоль/л. АЛТ 7,5 ммоль/л; АСТ 26,6 ммоль/л.

Посів мокротиння: St. aureus 10⁶, чутлива до: оксацилін, цефтазидим, цефепім, амоксицилін, азитроміцин.

Ro ОГК: Помірна гіперпневматизація легень, дифузно посиленій, деформований легеневий малюнок. Ділянки рубців чергуються з ділянками ущільнення. Корені щільні, мало структурні. Куполи діафрагми сплюснені. Синуси вільні, Сог зміщене вліво, контурує дуга легеневого стовбура.

Отримував: інфузійну терапію, цефотаксім 4 г/добу, амікацин 500 мг/добу, хофітол 1т 3р/д, креон в добовій дозі 80 од за ліпазою, інгаляції з вентоліном 1 мл, гіпертонічним розчином ч/з небулайзер, ЛФК – статичні та динамічні вправи 2 р/д. на вижимання харкотиння з контролем сатурації. Стан хворого покращився на 5 добу.

Висновки: адекватне лікування покращує стан хворого і дає надію на тривале життя при належному комплаєнсі.

А.В. Дениско

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАСМОЗВ'ЯЗКУ РАХІТУ ТА ОКЦИПІТАЛЬНОЇ АЛОПЕЦІЇ

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб та догляду за хворими дітьми

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

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В Україні щорічно серед дітей першого року життя діагностується велика кількість випадків захворювання на рахіт. І це не зважаючи на те, що більшість дітей своєчасно і в достатньому обсязі отримує профілактичну дозу вітаміну D₃. Однак, в інших країнах спостерігається значно нижча захворюваність на рахіт,

наприклад, у Канаді - 3 випадки на 100 000 населення, у США - 9 на 1 млн.

Вітчизняними лікарями рахіт встановлюється переважно на підставі лише клінічних симптомів, серед яких одним з найбільш яскравих є окципітальна алопеція (втрата волосся на потилиці). Разом з тим, в сучасній світовій літературі окципітальна алопеція немовлят описана як фізіологічне явище, що не потребує жодних втручань. Також звертає на себе увагу той факт, що лікарі рідко призначають лабораторні дослідження для підтвердження або спростування наявності рахіту, хоча в діючому наказі МОЗ №9 від 2005 р. зазначено, що серед переліку обов'язкових досліджень має бути визначення кальцію, фосфору та активності лужної фосфатази (ЛФ). Остання, за даними світової літератури, є чутливим та надійним показником, що дозволяє виявити рахіт навіть на ранніх стадіях (активність ЛФ зростає навіть при незначному порушенні мінералізації кісткового матриксу).

Мета: дослідити взаємозв'язок окципітальної алопеції з рахітом (на підставі визначення активності ЛФ у дітей з наявною окципітальною алопецією).

Матеріали та методи: було обстежено 16 дітей віком від 3 місяців до 1 року з підозрою на рахіт (на підставі наявності окципітальної алопеції), у яких визначали активність ЛФ у сироватці крові.

Результати: виявлені показники лужної фосфатази становлять від 153,8 до 390,9 од., що відповідає віковій нормі. Тобто, у 100% обстежуваних дітей з окципітальною алопецією активність ЛФ знаходиться в межах норми, що означає відсутність в них рахіту, тому ці діти не потребують призначення лікувальної дози вітаміну D₃. Отримані дані лабораторних досліджень підтверджують, що окципітальна алопеція не є ознакою рахіту.

Висновок: Отже, окципітальна алопеція дійсно є фізіологічним явищем, яке пов'язане із поступовою заміною велусного волосся на термінальне. Її наявність не є свідченням рахіту, тому призначення лікувальної дози вітаміну D₃ таким дітям є недоцільним та необґрунтованим.

О.В. Жураховська, О.О. Мельник
**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННОЇ
АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ**

Кафедра педіатрії № 1

О.В. Герасимова (асистент, к.мед.н)

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

Актуальність: Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. У той же час існують труднощі розпізнавання даного стану в дітей, що обумовлено рядом об'єктивних і суб'єктивних причин. Загальновідомо, що в розвитку АГ значне місце посідає порушення рівноваги між пресорними та депресорними механізмами нейрогуморальної регуляції діяльності ССС. Останніми роками проводяться дослідження, спрямовані на з'ясування значущості змін мелатонінотворювальної функції епіфіза в розвитку АГ.

Мета: Підвищити ефективність діагностики первинної АГ у дітей шляхом дослідити особливостей мелатонінотворюючої функції пінеальної залози дітей залежно від клінічних форм артеріальної гіпертензії.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було обстежено 98 дітей 6-17 років з різними формами первинної АГ. Діагноз встановлювали відповідно до класифікації АГ у дітей (2006), прийнятої на III Конгресі педіатрів України [Майданник В.Г. та співавт., 2006]. Добовий профіль АТ (ДПАТ) визначали за допомогою добового моніторингу АТ (ДМАТ) з використанням моніторів тиску «АВРМ - 04/М» фірми «MEDITECH» (Угорщина) з плечовою манжеткою за загальноприйнятою методикою (І.В. Леонтьєва, Л.І. Агапітов, 2000). АТ вимірювали кожні 15 хв в денний час (з 6.00. до 22.00) та кожні 30 хв в нічний час (з 22.00 до 6.00). Найбільшого значення надавали показникам середнього систолічного та діастолічного АТ за добу, а також окремо денного і нічного часу, показникам індексу часу для якісної оцінки «навантаження тиском». Всім дітям визначалася концентрація 6-сульфатоксимелатоніну (6-COMT) в денній, нічній сечі. Статистичну обробку даних проводили із застосуванням програм Statistica 6.0і Excel 2007.

Результати: У дітей із лабільною АГ денна концентрація 6-COMT в сечі була в межах 28,29±4,84 ng/ml, нічна - 32,67±4,76 ng/ml, що різнилося порівняно із контрольною групою (денна концентрація - 12,16±1,74 ng/ml, нічна - 46,58±3,06 ng/ml). У дітей із стабільною АГ денна екскреція 6-COMT дорівнювала 24,76±2,73 ng/ml, нічна - 54,03±2,70 ng/ml. У дітей з нормальним добовим профілем АТ «Dipper» і «Over-dipper» нічна концентрація 6-COMT в сечі перевищувала денну в 5,28±0,96 рази, у дітей з порушеним профілем АТ варіантами «Non-dipper» і «Night-peaker» - в 2,10±0,23 рази (p<0,05).

Висновки: Первинна артеріальна гіпертензія (ПАГ) у дітей супроводжується розладами мелатонінпродукуючої функції пінеальної залози - збільшенням денної екскреції 6-сульфатоксимелатоніну із сечею, зменшенням його нічної екскреції у дітей із лабільною ПАГ і збільшенням нічної екскреції у дітей із стабільною ПАГ. Зменшення співвідношення нічної секреції мелатоніну до денної є одним з факторів формування недостатнього нічного зниження АТ у дітей з первинною АГ.

О.О. Зборовська
**ГАЛЕКТИН-3-БИОЛОГІЧНИЙ МАРКЕР МІОКАРДІАЛЬНОГО ФІБРОЗУ У ДІТЕЙ З СЕРЦЕВОЮ
НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ВАДАХ СЕРЦЯ**

Кафедра педіатрії № 2
В.М. Дудник (д.мед.н., проф)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Частота розвитку серцевої недостатності (СН) у дітей, що перенесли кардіохірургічне втручання, сягає близько 61,4 %. Механізми формування міокардіальної дисфункції у дітей з серцево-судинною патологією є недостатньо визначеними. Розглядається роль галектину-3 – розчинного білку з сімейства S-лектинів, що бере участь у численних фізіологічних та патологічних процесах, серед яких запалення і фіброз є ключовими і сприяють розвитку та прогресуванню патофізіологічних механізмів при СН.

Мета: оцінити роль галектину-3 у формуванні СН у дітей з вродженими вадами серця (ВВС) після оперативної корекції.

Матеріали та методи: комплексно обстежено 184 дитини з ВВС після оперативної корекції віком від 1 місяця до 17 років та 40 практично здорових дітей в якості контрольної групи. Усі хворі діти були поділені на групи за гемодинамічною належністю ВВС: зі збагаченням малого кола кровообігу – 119 дітей; зі збідненням малого кола кровообігу – 35 дітей; зі збідненням системного кола кровообігу – 30 хворих; а також у залежності від тривалості післяопераційного катамнезу – до 5 років та більше 5 років. Вміст галектину-3 у сироватці крові визначали імуноферментним методом за набором «HumanGalectin-3» (PlatinumELISA; eBioscience, BenderMedSystems, Австрія) у відповідності до інструкції фірми-виробника. Розподіл рівнів галектину-3 здійснювали за допомогою статистичного методу поділу варіаційних рядів на квартилі: I квартиль – менше 5,62 нг/мл, II квартиль – 5,62-6,21 нг/мл, III квартиль – 6,22-7,73 нг/мл, IV квартиль – більше 7,73 нг/мл. Медіана – 6,22 [2,66-22,78] нг/мл.

Результати: Вміст галектину-3 в сироватці крові у дітей з ВВС після оперативної корекції достовірно відрізнявся від його рівня у здорових дітей ((7,04±0,21) нг/мл проти (4,17±0,17) нг/мл, $p<0,01$) та був вірогідно вищим в 1,36-2,02 рази при всіх типах ВВС ($p<0,01$). Ще до клінічної маніфестації СН спостерігали достовірне підвищення його рівня на 36,72 % ($p<0,01$), що збільшувалося в міру прогресування СН, незалежно від гемодинамічного типу ВВС. Діти з вмістом галектину-3 на рівні верхнього квартилю (>7,73 нг/мл) в 5,27 разів частіше асоціювалися з терміном після хірургічної корекції ВВС більше 5 років (95 % СІ 2,420-11,484), що відображало гуморальні механізми прогресування дисфункції міокарда в післяопераційному катамнезі. При зіставленні рівнів галектину-3 та зміни інструментальних маркерів міокардіальної дисфункції встановлено, що шанси зниження показників систолічної функції міокарда збільшувалися в 1,30-4,20 рази (95 % СІ 1,063-2,553 та 95 % СІ 1,346-13,101) при вмісті галектину-3>6,21 нг/мл, а при значеннях, що відповідали верхньому квартилю (>7,73 нг/мл), зростали шанси на зміни показників діастолічної функції міокарда обох шлуночків.

Висновки: Підвищення рівня галектину-3 в сироватці крові у дітей з ВВС після оперативної корекції сприяє розвитку та прогресуванню патофізіологічних механізмів СН.

О.І. Ізюмець, Т.В. Мурашко, В.О. Баньковський
ДІАГНОСТИЧНІ ЗАХОДИ ПРИ СУБФЕБРИЛІТЕТІ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2
О.І. Ізюмець (к.мед.н, доц)
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова,
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Сімейний лікар у дітей найбільш часто має справу з субфебрильною лихоманкою невиясненої етіології. Її критеріями є: постійне чи персистуюче підвищення аксілярної температури тіла вище 37,1°C (ректальної вище 38,0°C), тривалістю більше 8-14 днів після перенесеного інфекційного захворювання чи не зв'язане з ним при відсутності клінічних проявів хвороби.

Мета: Визначення причин субфебрилітету невиясненої етіології у дітей.

Матеріали та методи: Вивчалась субфебрильна лихоманка, що тривала від 3 місяців до 1 року, у 65 дітей (у віці 3-12 років), у 26 дівчаток і 39 хлопчиків. Була проведена оцінка термопатологічного синдрому, електроенцефалограма у стані спокою та при навантаженні, рентгенографія черепа, рівень тиреотропного гормону (ТТГ), імуно-ферментний аналіз при підозрі на TORCH-інфекцію, кардіоінтервалографія, огляд дитини педіатром, кардіологом, невропатологом, психологом, психіатром.

Результати: 1-ша група дітей (20 дітей - 30,7%) у віці від 3 до 8 років, котрі в анамнезі мали патологію вагітності матері (токсикоз, загрозу викидня (25%), фетоплацентарну недостатність (20%), слабкість пологової діяльності з положостимуляцією (18%), стрімкі пологи (15%)), що призводить до хронічної гіпоксії плода та викликає вроджену неповноцінність ядер гіпоталамуса і, як наслідок - неспроможність терморегуляторних механізмів. Виявлені знижені рівні ТТГ у 14% дітей цієї групи є наслідком розвитку транзиторного гіпотиреоїдизму.

2-га група дітей мала гетерогенні причини субфебрилітету у віці 8-12 років (26 дітей – 40%): дисфункція вегетативної нервової системи (у 12 дітей – по змішаному типу з переважанням симпатикотонії, у 10 – по

ваготонічному типу, у 4 – по симпатико-тонічному) без запальних змін крові.

3-я група (19 дітей – 29%), у яких після зникнення всіх клініко-лабораторних показників гострої респіраторної вірусної інфекції від 1 до 3 місяців зберігався субфебрилітет, стійкий до жарознижуючих засобів. Більшість дітей мали скарги на підвищену втомлюваність, зниження розумової та фізичної працездатності, головний біль на фоні підвищеної температури. У інших дітей не було скарг, але батьків турбувала наявність субфебрилітету, особливо у дітей які перенесли гостру респіраторну інфекцію і це оцінювалось, як постінфекційний синдром.

Висновки: Успіх діагностичних заходів при виявленні у дитини субфебрилітету залежить від ретельності збирання анамнезу. Виявлена група дітей з термоневрозом, у яких після зникнення всіх клініко-лабораторних ознак гострої інфекційної хвороби ще 3-6 тижнів зберігається субфебрилітет, стійкий до жарознижуючих препаратів. Характерна особливість неінфекційних субфібрилітетів – нормальна температура вночі та відсутність реакції на жарознижуючі препарати.

О.І. Ізюмець, О.А. Моравська, Т.В. Мурашко

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НЕКРОТИЧНОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра педіатрії №2

О.І. Ізюмець (к.мед.н, доц)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Некротичний ентероколіт (НЕК) називають «хворобою виживших недоношених», оскільки більшість дітей з цим захворюванням (90%) недоношені з дуже малою масою тіла. В країнах, де рівень народження таких дітей низький (Японія, Швейцарія), цей діагноз зустрічається рідше. Найважливішим пусковим механізмом для запуску патофізіологічних процесів, що призводять до ураження кишкової стінки, є селективна циркуляторна ішемія кишківника, що викликається перинатально виникаючим стресом.

Мета: Проаналізовані фактори ризику у новонароджених дітей з некротичним ентероколітом, своєчасність виявлення та успішність їх лікування за період з 2011 по 2013 роки на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні.

Матеріали та методи: Було опрацьовано 42 карти стаціонарного хворого з діагнозом некротичний ентероколіт, які лікувалися у відділеннях реанімації новонароджених, виходжуванні недоношених новонароджених та відділенні патології новонароджених.

Результати: За статтю переважали хлопчики – 30 дітей, а дівчаток – 12, що відповідає літературним даним. Доба встановлення діагнозу: 1й день – 6 дітей, до 7-го дня – 23, 7-14 дні – 6, після 14-го дня – 7. Найкоротший період лікування складав 14, а найдовший – 62 ліжко-дня. Серед усіх новонароджених простежувалися наступні фактори ризику в пренатальному періоді: екстрагенітальна патологія, кесарський розтин та загроза переривання вагітності, передчасне відходження навколоплідних вод, ГРВІ, токсикоз, порушення матково-плацентарного кровообігу, прееклампсія, маловоддя, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, багатоводдя, обвиття пуповиною плода. Лише 2 дітей (33 тижні гестації) діагноз некротичного ентероколіту був встановлений на 1 - 6 добу з II-IV ступеню важкості, як основний. У 3 дітей (31 – 37 тижнів) діагноз некротичного ентероколіту був встановлений на 2 - 14 добу з I і II ступеню важкості, як ускладнення. У 37 дітей, в основному з дуже малою масою тіла та гестаційним віком 28 – 32 тижні діагностований некротичний ентероколіт I ступеня важкості, як супутній. Новонароджений з IV ступіню важкості був пролікований оперативним шляхом, всі інші - консервативно.

Висновки: Основним чинником розвитку некротичного ентероколіту у новонароджених є хронічна гіпоксія плода, яка призводить до ураження кишкової стінки. Серед новонароджених з некротичним ентероколітом переважають діти з дуже малою масою тіла відповідно до терміну гестації. Некротичний ентероколіт діагностований в більшості новонароджених, як супутній діагноз чи ускладнення.

О.І. Ізюмець, Т.В. Мурашко, Ю.В. Щербич

РОЛЬ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ФОРМУВАННІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра педіатрії №2

О.І. Ізюмець (к.мед.н, доц)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Однією з причин захворювань центральної нервової системи (ЦНС) у новонароджених є внутрішньоутробна інфекція, яка впливає на захворюваність і смертність. Часто вона являється причиною таких широко розповсюджених діагнозів як «внутрішньоутробна хронічна гіпоксія», «асфіксія», «пологова травма». Констатується широке розповсюдження перинатального інфікування, в тому числі серед клінічно здорових новонароджених.

Мета: Визначення ролі збудників внутрішньоутробних інфекцій у формуванні патології ЦНС за даними пренатальної діагностики, нейросонографічного та клінічного обстеження новонароджених від інфікованих матерів.

Матеріали та методи: Обстежено 60 вагітних у віці 20-40 років та їхніх новонароджених дітей. Оцінений соматичний та акушерсько-гінекологічний анамнез, структура урогенітальних інфекцій. У новонароджених визначені клініко-анамнестичні дані, проведено дослідження неврологічного статусу, нейросонографія головного мозку.

Результати: Виявлений вплив преморбідного фону (антенатальний анамнез) на TORCH-інфікування у новонародженого: хронічна екстрагенітальна патологія - 25% (хронічний пієлонефрит, цистит), кольпіт (12 випадків – 20%) і самовільні викидні (10 випадків – 16,7%). У 60 вагітних з групи TORCH-комплексу виявлено цитомегаловірусну та герпетичну інфекцію. При цьому 47 жінок (78%) в період вагітності перенесли симптоми гострої респіраторно-вірусної інфекції у першій половині, яка може бути маніфестною ознакою TORCH-інфекції, у 50% вагітних було поєднання внутрішньоутробних інфекцій. Новонароджені з лабораторними ознаками гострої цитомегаловірусної інфекції мали низьку оцінку за шкалою Апгар – 25 дітей (42%), недоношеність або доношеність – 21 дитина (36%), а 12 дітей (20%) - локалізовану форму ураження вірусом простого герпеса-1. На рентгенограмі черепа відмічались кальцифікати у перивентрикулярній зоні. Ультразвукові ознаки у 35 дітей (58,3%): підсиленням ехошільності тканин мозку, кісти у перивентрикулярній ділянці; внутрішньошлуночкові та перивентрикулярні крововиливи, розширення бокових шлуночків різного ступеня. Новонароджені лікувались стаціонарно з приводу неонатальної енцефалопатії з різними синдромами гострого періоду (пригнічення, збудження, підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, судомним, гідроцефальним, гіпертезивно-гідроцефальним).

Висновки: Висока частота неврологічних порушень у дітей, народжених від інфікованих матерів, пояснюється структурними змінами ЦНС. Неприятливими чинниками є гострі респіраторні захворювання під час вагітності та інфекції. Неспецифічність клінічних проявів, труднощі етіологічної верифікації визначають необхідність пошуку і попередження факторів ризику перинатальної патології.

Д.Й. Кароль, О.В Лазуркевич

ПОЛІКІСТОЗ НИРОК ДОРΟΣЛОГО ТИПУ У ДІТЕЙ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РОЗМІРАМИ КИСТ І ПЕРЕБІГОМ ХВОРОБИ

Кафедра педіатрії

А.Б. Волосянко (д. мед.н., проф.)

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність : Полікістоз нирок-вроджена патологія, при якій в обох нирках виникають кісти, це призводить до атрофії функціонуючої паренхіми, і розвитку хронічної ниркової недостатності. Дана хвороба зустрічається у 1 з 400 - 1 з 1000 новонароджених немовлят.

Мета: вивчити основні закономірності перебігу, клінічних проявів та різних методів діагностики полікістозу нирок у дітей із аутосомно-домінантним типом успадкування.

Матеріали і методи дослідження: під спостереженням було 7 дітей з діагнозом полікістоз нирок дорослого типу, які перебували на стаціонарному лікуванні у нефрологічному відділенні Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні. Методи дослідження включали аналіз результатів клінічних і біохімічних аналізів крові і сечі, інструментальних методів: ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і нирок, магнітно-резонансна томографія, опрацювались дані історії хвороби.

Результати: діти, яких спостерігали були віком від 3 до 18 років. У 5 (71,4%) дітей хвороба перебігала з порушенням функції нирок, у 2-х (28,6%) без порушень. У 3-х виявлена – протеїнурія (42,8%), у 3-х – збільшені показники азотистого обміну (42,8%), у 1- ренопривна гіпертензія (14,3%), 1- анемія (14,3%), і таким чином 2 дітей - мали поєднані порушення функції нирок (28,6%). За даними закордонних досліджень можна простежувати закономірність між розмірами кист, і перебігом хвороби. У дітей за якими спостерігали у 60 % змогли прослідкувати дану закономірність.

Висновки: таким чином можна зазначити, що клінічний перебіг полікістозу нирок за аутосомно-домінантним типом успадкування може варіювати від безсимптомного до хронічної ниркової недостатності, також більше як у половини випадків визначається закономірність між розмірами кист і важкістю клінічного перебігу.

Г.Ю. Король

КЛІНІЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ

Кафедра педіатрії №2

Т.Г. Король (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Діти, хворі на гостру лейкемію, належать до груп підвищеного ризику інфікування вірусними гепатитами В і С, поширенню яких сприяє велика частота гемотрансфузій. Ураження гепатобіліарної системи ускладнює клінічний перебіг захворювання, порушує дотримання термінів проведення протокольної хіміотерапії та потребує систематичної медикаментозної корекції. Вірусні гепатити В і С у дітей з гострою

лейкемією характеризуються високою вірогідністю розвитку ускладнень, що призводить до зниження ефективності лікування і якості життя пацієнтів.

Мета: Оцінити клінічні особливості перебігу та діагностики інфекційних гепатитів В і С у дітей, хворих на гострий лейкоз.

Матеріали і методи: Для досягнення поставленої мети, нами проведено ретроспективний аналіз 40 історій хвороб дітей, хворих на гостру лейкемію, віком від 1 до 18 років (середній вік $9,71 \pm 0,29$ років), які знаходились на стаціонарному лікуванні в онкогематологічному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні з 2013 по 2015 роки. В усіх хворих проаналізовані клінічні, біохімічні, імунологічні та серологічні результати досліджень.

Результати: Гостра лейкемія спостерігалась частіше у хлопчиків 25 (62,5 %) у віці від 10 до 18 років 17 (42,5%). Інфікування вірусним гепатитом діагностовано у 17 (42,5%) пацієнтів, серед яких: вірусний гепатит В у 6 (35,3%), вірусний гепатит С у 9 (52,9%), поєднані гепатити В і С у 2 (11,8%) дітей. Пацієнтів, хворих на гострий лейкоз з групою високого ризику було 10 (58,8%), групою середнього ризику 7 (41,2%). При вивченні клінічних і лабораторних даних виділено три форми захворювання: субклінічна у 8 (46%), безжовтянична у 6 (38%) та жовтянична у 3 (17%) дітей. При чому, показники цитолізу (АЛТ і АСТ) до початку хіміотерапії не перевищували 3 N в усіх обстежених хворих, однак після проведення цитостатичної терапії було підвищення показників цитолізу більше, як в 5 разів у 5 (30%) дітей з вірусним гепатитом В та у 4 (23,5%) з вірусним гепатитом С.

Висновок: Таким чином, проведені дослідження показали, що інфікування вірусними гепатитами дітей, хворих на гостру лейкемію, ускладнює перебіг і прогноз захворювання. Субклінічна форма вірусних гепатитів В і С спостерігається у половини дітей, безжовтянична у третини пацієнтів з гострим лейкозом під час проходження протоколної хіміотерапії.

М.О. Корнієнко, О.О. Постоюк.

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Кафедра педіатрії №1

Н.І. Токарчук (д.м.н., проф.), Т.В.Чекотун (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. Вроджені вади розвитку (ВВР) органів і систем у дітей займають одне з перших місць у структурі дитячої захворюваності та інвалідності. За даними літератури, ВВР органів і систем зустрічаються у 11,3% новонароджених дітей. Актуальність проблеми підтверджується і тим, що серед причин дитячої смертності ВВР органів і систем посідають третє місце.

Метою дослідження стало вивчення поширеності, структури ВВР органів і систем у дітей раннього віку м. Вінниці та Вінницької області.

Матеріали та методи. Нами проведено ретроспективний аналіз 348 карт стаціонарних хворих дітей з ВВР, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні дітей раннього віку Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні протягом 2005, 2010, 2015рр.

Результати: згідно проведених ретроспективних досліджень встановлено, що ВВР органів і систем склали 18% у 2005р., тоді як у 2010 та 2015рр. 15,1% та 19,3% відповідно. Аналіз структури ВВР виявив, що у 2005 році перше місце займають вроджені вади серця (28.1%), друге – ВВР кісткової системи (22.4%), на третьому місці знаходяться хромосомні аномалії і генетична патологія (16.8%). У 2010 р. на першому місці стоять вроджені вади серця (27.5%), на другому – ВВР сечовивідної системи (20.8%), на третьому – ВВР кісткової системи (16.7%). У 2015р. структура ВВР дещо змінилась. Так, перше місце посіли ВВР сечової системи (24.5%), друге – вроджені вади серця та множинні ВВР (по 18.1%), третє – ВВР кісткової системи (12.2%).

Висновки: Отже, отримані дані свідчать про зростання поширеності вроджених вад розвитку у дітей раннього віку. Виявлення в кожному конкретному випадку причини ВВР дозволить зменшити ризик повторного народження дитини з даною патологією, а своєчасна діагностика і правильна лікарська тактика прискорити лікування таких дітей.

В.Э.Корякина, А.Н. Основаная

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра педиатрии №2

О.В. Решетило (ас.)

Одесский национальный медицинский университет

г. Одесса, Украина

Актуальность: Аллергопатология в детской популяции является важной медико-социальной проблемой, встречаясь у 80% детей до 1 года (Колоскова, 2014). Атопический дерматит (АД) по частоте занимает одно из первых мест в структуре аллергических заболеваний у детей; его распространенность достигает 24–32% (Л.В. Беш, 2012, В.А. Клименко, 2012).

Цель:анализ особенностей течения АД у детей в современных условиях.

Материалы и методы: В ходе исследования были ретроспективно проанализированы 89 историй болезней детей в возрасте от 1 до 18 лет, поступивших на стационарное лечение с диагнозом АД. Все дети прошли исследования лечение согласно Наказу МОЗУ № 767 від 27.12.2005 р.

Результаты:Рассматривая гендерныеотличия выявлено: преобладание девочек в 55.1% ± 5.3 случаев (до 3 лет – 58.3%, от 4 до 6 лет –преобладание девочек в 2 раза). В группах 7–9 и 10–12 лет результаты близки к 50%, а в возрасте старше 13 лет отмечается преобладание юношей в 3 раза.В структуре пациентов городские жители составили 69.7±4.9%, что в 2,3 раза превышает количество пациентов из сельской местности. Средняя длительность стационарного лечения составила 18 дней, из них: менее недели – 3,4%, до 14 дней – 7.9% пациентов, до трех недель –69,7% детей; более 21 дня–19,1% больных. Сроки госпитализации составили более 2 недель в 88,8% случаев, что объясняется поздним обращением в стационар, так 93,8% поступилипозже 7 суток, а 34,4% детей –позже 14 суток от начала обострения. В группе аллергенов с доказанной сенсибилизацией преобладали пищевые у 62,2% пациентов,29,7% отметили медикаментозную аллергию, 8,1% пациентов имели поливалентную сенсибилизацию. В 57,3% случаев родители не смогли связать текущее обострение с какими-либо причинными факторами. Пациенты, рожденные от первой беременности составили 71,4%. Прямой зависимости между длительностью грудного вскармливания и развитием атопии отмечено не было. Так, 27,3% грудное вскармливание длилось менее 3 месяцев; 36,4% – до 6 месяцев; в 13,6% – менее 9 месяцев, в 22,7% – до 1 года. Показатель эозинофилов крови не превышал 5% у 70,8% детей. У 29,2% отмечалась эозинофилия, у 6,9% при этом выявлен гельминтоз, а у 11,1% детей гельминтоз не сопровождался эозинофилией.

Выводы:Преобладание особей женского пола в раннем возрасте, а мужского – в пубертате. Преобладание в структуре госпитализированных детей городских жителей. Поздняя госпитализация связана с длительностью пребывания в стационаре. Дети, рожденные от первой беременности, болеют АД в 2,5 раза чаще детей, рожденных от последующих.Всё вышеизложенное подтверждает тот факт, что настороженность медиков и осведомленность населения по аллергопатологии (на примере АД), особенно в сельской местности, недостаточна и требует коррекции. Ранняя обращаемость при обострении, соблюдение элиминационных мероприятий, предотвращение гельминтозов и развитие максимального compliance в системе врач-пациент-родитель – современная необходимость.

Д.С. Круковська, В.А.Коробко

РОЛЬ КОМПЛАСНСА ПРИ ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії № 2

Н.І. Сінчук (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м.Вінниця,Україна

Актуальність. На сучасному етапі лікування хронічних захворювань, в тому числі бронхіальної астми (БА),досягнення найбільшої взаємодії між пацієнтом (дитиною) -сім'єю (матір'ю, батьком, бабусею та іншими) - лікарем являється важливим завданням медицини.У відповідності з " Глобальною стратегією лікування і діагностики бронхіальної астми "(GINA,2014) навчання пацієнтів займає головну позицію.

Мета роботи. В роботі проводилась оцінка ефективності контролю БА у дітей із врахуванням адекватного виконання ними рекомендацій по базисній протизапальній терапії (іГКС) і контролю (пікфлоуметрія) БА.

Матеріали і методи. На базі торакального відділення ВОДКЛ нами обстежено 22 дитини з БА легкої і середньої важкості,яким призначалась протизапальна терапія згідно до рекомендацій по лікуванню БА (протокол № 868 від 8 жовтня 2013 року) у віці від 4 до 17 років,з них 17 (77,3%) хлопчиків та 5 дівчаток (22,7%) .Тривалість лікування в середньому складала близько 4 років (від 6 місяців до 12 років) . Діагноз був встановлений на основі клінічної картини,даних додаткових методів обстеження (спірограма) , лабораторних тестів (алергопроби,рівні загального і специфічного імуноглобуліну Е) .

Результати і обговорення. Як показав контроль за проведенням базисної терапії за допомогою пристроїв-доставок (небулайзер мали 22 хворих (100%),з яких додатково користувалися аерочамбером 5 хворих (22,7%) від 4 до 11 років та 1 хворий (4,55%) із сухопорошковим інгалятором у віці 17 років) з графіком прийому двічі на добу було виявлено,що 60% дітей приймали препарати не в належний час,а у 50% пацієнтів був відсутній контроль батьків за правильністю проведення інгаляцій.Також було встановлено,що у 90% обстежених пацієнтів відсутні пікфлоуметри.

Висновки. Аналіз контролю БА у дітей з легким і середньої важкості перебігом захворювання виявив залежність рівня контролювід дотримання режиму введення препарата,контролю батьків за проведенням інгаляції, навчання дітей та їх родичів пікфлоуметрії і правил введення препарата.

О.О.Купрата, В.І.Чернова, І.А.Бабій

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АТРОФІЧНОГО ГАСРИТУ У ДІТЕЙ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ЙОГО РОЗВИТКУ

Кафедра педіатрії №2

Г.М. Руденко (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дослідження передракової патології органів травного тракту є одним з найновіших напрямків сучасної гастроентерології. Доведено, що профілактика і лікування пацієнтів з передраковою патологією шлунка є найбільш ефективною профілактикою раку шлунка. Хронічний атрофічний гастрит займає одне з перших місць у структурі передракових захворювань шлунка. В педіатричній практиці атрофія слизової шлунка продовжує залишатися недостатньо вивченою морфологами та мало звертає на себе практикуючих лікарів. Головним механізмом розвитку атрофічного гастриту вважають *Helicobacter pylori*-інфекцію, однак атрофія може також бути результатом аутоімунного гастриту або тривалого дуодено-гастрального рефлюксу.

Мета: Дослідити місце атрофічного гастриту в структурі хронічних гасродуоденальних захворювань у дітей, особливості клінічного перебігу та визначити можливі етіологічні фактори розвитку атрофії слизової оболонки шлунка.

Матеріали та методи: В ході роботи нами було обстежено 55 дітей з хронічним гастритом, у віці від 7 до 18 років, які проходили обстеження і лікування у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні. Всім дітям проведено ендоскопічне обстеження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (апарат, OLYMPUS GIF-XPE). Наявність інфекції *Helicobacter pylori* підтверджували швидким уреазним тестом (URE-HP тест). Всім пацієнтам при ендоскопічному обстеженні було проведено біопсію слизової оболонки шлунка з подальшим гістологічним дослідженням. Використовували візуально-аналогова шкала OLGA (2008). У кожному з 5 біоптатів (3 з антруму і 2 з тіла шлунка) оцінюють по 10 правильно орієнтованих залоз, відмічають скільки з них атрофовані та множать на 10 (визначають відсоток атрофії), визначають середній відсоток атрофії для антруму і тіла — сума відсотка поділена на кількість біоптатів та переведення відсотка у бали.

Результати: Із 55 обстежених пацієнтів хронічний гастрит частіше зустрічався у хлопчиків 38 (69,4%) ніж у дівчаток 17 (30,6%). Майже у половини (49,09%) пацієнтів гістологічно була виявлена атрофія залоз шлунка. Було встановлено, що у дітей з хронічним атрофічним гастритом в 9 пацієнтів (33,3%) було діагностовано інфекцію *Helicobacter pylori*. Також у 7 пацієнтів (25,9%) з хронічним атрофічним гастритом, виявлено дуодено-гастральний рефлюкс. Особливостями клінічного перебігу хронічного атрофічного гастриту у дітей були важкість у надчеревній ділянці (76,3%), швидке насичення (67,2%) та відрижка повітрям, що спостерігалася у 41,8% пацієнтів.

Висновки: Таким чином, виявлено, що у половини дітей з хронічним гастритом наявна атрофія залоз шлунка, що пов'язана з тривалим запальним процесом, інфекцією *Helicobacter pylori* та дуодено-гастральним рефлюксом. Виявлення та лікування атрофічного гастриту у дитячому віці є важливою профілактикою подальшого розвитку раку шлунка.

І.П. Кутинська

СТРУКТУРА ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНУ ПАТОЛОГІЮ

Кафедра педіатрії №2

В.Г. Фурман (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останні 3-4 десятиліття відзначені зміни в структурі мікрофлори, виділеної з патологічних матеріалів у онкогематологічних хворих, що призвело до зміни клінічного перебігу ускладнень під час програмної терапії і потребує корекції іншими препаратами внаслідок резистентності.

Мета: Вивчити спектр інфекційних збудників у дітей з гострою лімфобластною лейкемією в умовах сучасного онкогематологічного стаціонару для оптимізації терапії інфекційних ускладнень, визначити структуру основних інфекційних вогнищ у дітей з гострим лімфобластним лейкозом, вивчити особливості мікробних асоціацій, в залежності від етапу протоколної хіміотерапії, проаналізувати частоту вірусних гепатитів В і С під час програмного лікування ГЛЛ та їх клінічну особливість.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз 23 історій хвороб дітей з гострим лімфобластним лейкозом, що знаходились на лікуванні в онкогематологічному відділенні ВОДКЛ з 2011 по 2015 рік. Для ідентифікації збудників було використано бактеріологічні, серологічні, біохімічні та статистичні методи.

Результати: Аналізуючи результати бактеріологічних та серологічних обстежень пацієнтів визначили, що грам позитивні мікроорганізми займають перше місце у структурі збудників виникнення інфекційних ускладнень (29%); друге - грибові збудники (27,5%), третє - грамнегативні бактерії (21,3%); четверте - віруси (22,2%). Основними вогнищами інфекції були інфекції кровотоку (34%), інфекції ротової порожнини і гортаноглотки (22%), респіраторного тракту (13%), інфекції шкіри та м'яких тканин (13%), ШКТ (7%), інфекції внутрішньо судинних катетерів та флебіти (5%), сечової системи (3%). Вогнище інфекції неможливо було

встановити у 56% хворих. Вивчили особливості мікробних асоціацій в залежності від етапу протокольної хіміотерапії та визначили, що у хворих, які лікувались у гематологічному відділенні ВОДКЛ, бактеріальні посіви, проведені на початкових етапах програмної терапії, виявляли поодинокі збудників. Проаналізували частоту вірусних гепатитів В і С під час програмного лікування ГЛЛ та встановили, що 70% хворих мали безжовтяничний перебіг, а 30% - типову симптоматику.

Висновки: Основними збудниками інфекційних ускладнень у дітей з ГЛЛ під час програмного лікування були Гр(+) бактерії *Streptococcus*. У хворих з лейкемією на фоні пригнічення клітинного і гуморального імунітету після імуносупресивної цитостатичної терапії, а також кількісних та якісних порушень фагоцитуючих нейтрофілів, часто розвивались інфекції, викликані Гр(-) бактеріями роду *Neisseria* та дріжджовими грибами роду *Candida*. У дітей з гемобластозами значного поширення набули резистентні до антибактеріальної та антимікотичної терапії штами мікроорганізмів.

І.П.Кутинська

ТОКСИЧНІ ЕФЕКТИ ХІМІОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ЛІМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗУ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

В.Г.Фурман (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Існує достатньо широкий спектр цитостатичних ускладнень під час протокольної хіміотерапії гострого лімфобластного лейкозу, які потребують своєчасної діагностики та оптимального лікування.

Мета: вивчити структуру токсичності, вивчити зв'язок виду токсичності з етапом хіміотерапії, вивчити вираженість ступеня токсичності на різних етапах протокольної хіміотерапії.

Матеріали та методи: уло проведено ретроспективний аналіз 30 історій хвороби дітей з гострим лімфобластним лейкозом, які знаходились на лікуванні в онкогематологічному відділенні ВОДКЛ з 2010 по 2015 рік. Для обробки даних було використано статистичний метод.

Результати: Вивчаючи структуру токсичності встановили, що найбільш частими цитостатичними ускладненнями хіміотерапії є мієло-, кардіо- та гастроінтестинальна токсичність. Вивчаючи зв'язок виду токсичності з етапом хіміотерапії виявили, що під час 1-ої фази I протоколу у 38% спостерігалась 3 ступінь мієлосупресії, з середнім терміном перебігу $13,3 \pm 2,1$ доби, у 17% - 4 ступінь мієлосупресії подовженістю в середньому $9,7 \pm 1,1$ доби. Під час 2-ої фази I Протоколу до 25% - 3-4 ступінь мієлосупресії, середньою подовженістю $7,2 \pm 1,5$ доби. М- фаза характеризується помірною мієлосупресією з середнім рівнем лейкоцитів $2,6 \pm 0,1 * 10^9 / л$. На II протоколі загрозливі стани мієлосупресії визначалися у 35% хворих з середньої подовженістю - $10,7 \pm 3,1$ дні. За нашими даними кардіотоксичність проявлялась після третього введення доксорубіцину, зростали випадки тахі- та брадиаритмій (у 29 % дітей) та спостерігалися помірні метаболічні зміни в міокарді (у 53% пацієнтів). У ході виконання М-протоколу частота порушень серцевої діяльності зростала: синусові тахі- та брадиаритмії – 72%, часткові блокади – 14%, дифузні метаболічні зміни - 39%. На II Протоколі не встановили підвищення частоти функціональних порушень. Прояви гастроінтестинальної токсичності були вже на 1-й фазі I Протоколу: катаральний стоматит-26%, виразково-некротичний стоматит-12,5%, некротичний езофагіт – 2%, прояви гострого гастриту та гастродуоденіту-7%, токсична гепатопатія-28%, ентероколіт-3%. Під час 2-ої фази I Протоколу: 5% - катаральний стоматит, 3% - парапроктит з бактеріальним інфікуванням, 6%-ентероколіт. Під час М-протоколу: катаральний мукозит-34%. II протокол: 52% - катаральний стоматит, 12%-виразково-некротичний стоматит, у 15% - ентероколіт, 6% - гепатотоксичність.

Висновки: Вивчаючи токсичні ефекти хіміотерапії встановили, що під час 1-ої фази I Протоколу переважає мієлотоксичність. Під час 2-ої фази I протоколу - гастроінтестинальна токсичність. У ході виконання М-протоколу – кардіотоксичність. Під час виконання II Протоколу з майже однаковою частотою зустрічається мієло- та гастротоксичність.

М.С. Лисак, І.В. Кисіль

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ

Кафедра пропедевтики педіатрії №1

Т.В. Фролова (д.мед.н., проф.)

Харківський Національний Медичний Університет

м. Харків, Україна

Вступ: Вегетативна дисфункція в підлітковому віці - одна з актуальних проблем сучасної медицини. Це обумовлено декількома факторами і насамперед величезною поширеністю вегетативних порушень у цьому віковому періоді. За даними численних епідеміологічних досліджень, в популяції вегетативні порушення, зустрічаються від 25 до 80% спостережень. До теперішнього часу залишаються суперечливими питання термінології, класифікації, патогенезу, правочинності клінічного діагнозу вегето - судинної дистонії (ВСД) в якості основного захворювання, враховуючи відсутність даної нозоформи в МКБ-10.

Мега роботи: Вивчити адаптаційно-компенсаторні механізми організму підлітків залежно від наявності вегетативної дисфункції та діагнозу вегето - судинної дистонії (за даними медичних карт).

Матеріали і методи дослідження: У дослідженні приймали участь 60 підлітків Харківського ліцею №89 віком від 11-15 років (31 дівчат та 29 хлопців). Були проаналізовані медичні карти школярів та проведена функціональна проба Мартіна-Кушелєвського. Всім підліткам було проведено вимірювання артеріального тиску (АТ) та частоту серцевих скорочень (ЧСС), до проби та після неї. Дослідження проводили згідно міжнародних стандартів. Діти були розділені на 2 групи: I - діти з вегето-судинною дисфункцією та II – діти без наявності діагнозу вегетативних порушень.

Результати: При аналізі результатів дослідження встановлено, що у дітей I групи середні показники АТ у стані спокою становить: систолічний — $128,3 \pm 4,2$, діастолічний — $74,4 \pm 3,9$ мм рт.ст. та ЧСС $84,22 \pm 1,19$ за хвилину; у дітей II групи АТ систолічний – $122 \pm 6,0$, діастолічний — $70,6 \pm 4,3$ мм рт.ст. та ЧСС $78,01 \pm 0,98$ за хвилину відповідно. Після проведення проби Мартіна-Кушелєвського ПКР у I групі становить 0,482 у.о., а в II – 0,504 у.о. при нормі 0,5-1 у.о., що показує про відсутність суттєвих відмінностей в отриманих результатах між двома групами.

Висновки. Таким чином, адаптаційно – компенсаторні можливості у дітей не залежать від наявності діагнозу вегетативної дисфункції. Саме тому, для збереження здоров'я дитячої популяції медичні та педагогічні працівники не повинні обмежувати фізичне навантаження дітей та підлітків щодо занять фізкультурою у школі за діагнозом вегето – судинна дистонія.

Я.О.Мельничук, Б.В.Кабиш

МУКОВІСЦИДОЗ. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

Кафедра педіатрії № 1

О.В.Мазулов (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Муковісцидоз - поліорганна патологія, що найбільш часто зустрічається серед генетично детермінованих захворювань у людей європеїдної раси та характеризується ураженням легенів та синусів, підшлункової залози, печінки та кишечника, репродуктивної системи та потових залоз.

Мета: визначити оптимальне лікування для уповільнення прогресування тяжких деструктивних змін в органах-мішенях та подовження тривалості життя.

Матеріали та методи. Під час написання роботи було використано дані статистичного центру МОЗ України. Для оцінки якості медичної допомоги використано «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної(спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Муковісцидоз», «Муковісцидоз. Адапована клінічна настанова, заснована на доказах», Протокол надання медичної допомоги хворим на муковісцидоз, Наказ МОЗ України від 19 березня 2007 р. №128, та для порівняння результати досліджень дослідницьких інститутів країн Європейського союзу.

Результати. За даними МОЗ України станом на 2015 рік на муковісцидоз хворіє близько 674 дітей, 1 з 10 дітей з таким діагнозом доживає до 18 років. У Європі середня тривалість життя таких пацієнтів складає 43 роки. Також для порівняння державна програма забезпечує лише закупівлю препаратів, що покриває 7,6% від загальної суми лікування, в той час як за кордоном лікування повністю забезпечує держава. Результати дослідження показали, що тривалість життя хворих прямо пропорційно залежить від моменту діагностування та лікування даної патології. Оскільки в Україні обов'язковий неонатальний скринінг муковісцидозу застосовується лише протягом останніх декількох років, ця патологія несвоєчасно діагностується, що призводить до швидкого прогресування та виникнення ускладнень. Своєчасне діагностування та застосування комплексного лікування: антибіотикотерапія, муколітична терапія, лікувальна фізкультура (фізіотерапія, кінезітерапія), терапія панкреатичними ферментами, вітамінотерапія, дієтотерапія та лікування ускладнень муковісцидозу подовжує тривалість та якість життя пацієнтів

Порівнюючи дані методів лікування можна визначити відсутність прийнятого дієвого протоколу щодо лікування муковісцидозу в Україні.

Висновки. Тривалість життя та якість життя пацієнтів, які страждають на муковісцидоз в Україні значно нижче, ніж в країнах Європейського союзу. Це пов'язане з такими факторами, як відсутність стандартного протоколу, коштовність лікування, відсутність соціального забезпечення пацієнтів та пізньою діагностикою.

С.А. Набієва

ОЦІНКА ВЕГЕТАРІАНСЬКОГО ХАРЧУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ГОЛОДОМ

Кафедра педіатрії №1

В. В. Сміщук (к. мед. н., ас.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день все більш поширюються нетрадиційні методи харчування, як вегетаріанство, лікування голодом або роздільне харчування. Багато людей в пошуках "рецептів" для

оздоровлення й втрати зайвої ваги часто обирають саме ці методи, не розуміючи їх переваги та недоліки; та не бажаючи радитись з лікарями наносять собі більше шкоди. Кожен з цих методів харчування може виступати як дієтичне харчування, яка очищує і лікує організм. Однак не кожна людина може самостійно переходити з повноцінного харчування на обмежене. Особливо це стосується дітей, які іноді стають "жертвами" нових течій в харчуванні.

Мета: Проаналізувати дані літератури щодо вегетаріанства та лікування голодом. З'ясувати їх переваги та недоліки. Зрозуміти, які наслідки може мати вегетаріанство на розвиток дітей та стан дорослих.

Матеріали і методи: Вивчення теми проводилось на базі літератури та теоретичного матеріалу з різних джерел інформації.

Результати: За даними теоретичного матеріалу можна дати чіткі відповіді, що в вегетаріанстві є перевагами, а що недоліками.

До переваг можна віднести: покращення стану імунної системи; виведення токсинів з організму; зниження рівня холестерину в організмі; втрата зайвої ваги; профілактика атеросклерозів, онкологічних захворювань, захворювань серцево-судинної системи зменшення сечової кислоти в організмі; зменшення захворюваності на ГРВІ; підвищення витривалості при навантаженнях та пришвидшення сили на 1/5 часу у порівнянні з тими, хто вживає м'ясо. До недоліків можна віднести: нестача в організмі мікроелементів та вітамінів, незамінних амінокислот. Нестача вітамінів та мікроелементів в свою чергу веде до погіршення здоров'я та появи захворювань. Виявлена затримка у фізичному розвитку у дітей. З'являються прояви анемії, рахіту. При нестачі йоду проявляються погіршення пам'яті та рівня інтелекту у дітей. Дослідження американських педіатрів показали, що коефіцієнт IQ у дітей з вегетаріанських сімей мало не вдвічі нижче, ніж у дітей що вживають продукти тваринного походження. Лікувальне голодування поділяється на: короткотривале та довготривале. Лікувальне голодування ніколи не можна розпочинати без порад лікаря та неможна починати різко. Максимальне число днів, яке допускається при лікувальному голодування - 30 днів. Воно зазвичай має позитивний результат, сприяє очищенню організму та виведенню токсинів. В дитячій практиці лікувальне голодування не використовувалось.

Роздільне харчування на медичній практиці не показало ніяких результатів.

Висновки: Існує багато течій в харчуванні і всі вони мають певний результат. Часто як позитивний, так і негативний.

Діти мають харчуватися повноцінно і виключати певні продукти з харчування (якщо немає алергії та хвороби, за якої призначають лікувальний дієтичний стіл), це означає виключати незамінні для організму біологічно активні речовини, без яких організм тільки захворіває. Тому вегетаріанське харчування для дітей є проблематичним.

Л.Ш. Нещерет

СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ ТА ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ

Кафедра педіатрії №1

В. В. Смішук (к.мед.н., ас.)

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Захворювання органів травлення у дітей є важливою медико-соціальною проблемою. В структурі загальної захворюваності в нашій країні їх частота складає більш, як 140 на 1000 дітей за офіційними даними і має тенденцію до збільшення. Останнім часом приділяють особливу увагу харчовій алергії, так як вважають, що вона відіграє роль у розвитку патології травної системи та порушенні метаболізму. А саме, це активізація монооксигеназної системи, внаслідок чого запускаються процеси перекисного окислення ліпідів, зниження антиоксидантного захисту і алергізація організму.

Мета: Оцінити стан ліпідного обміну у дітей з харчовою алергією та функціональною патологією травної системи.

Матеріали та методи: Обстежено 30 пацієнтів у віці від 1 до 10 років з харчовою сенсibiliзацією (ХС). Всі пацієнти за віком розподілені на 3 групи: 1-3 роки, 4-6 років та 7-10 років. Серед патології шлунково-кишкового тракту високу поширеність мали дизбіоз кишечника I(30%) – II(26%) ступенів, хронічний гастродуоденіт (15%) та функціональний закреп(40%). В патології гепатобіліарної системи поширеною була дисфункція жовчного міхура за гіпокінетичним типом (75%). Виявлення ХС проводилось за результатами вивчення алергологічного анамнезу та реакції імунобіохеміліомінісценції (БХЛ). З метою оцінки ліпідограми використано біохімічне дослідження крові.

Результати: У досліджуваній групі пацієнтів мала місце полівалентна сенсibiliзація (понад 3) харчових алергенів. Основні харчові алергени: казеїн коров'ячого молока (80%), борошно пшениці (70%), білок курячого яйця (35%), вівсяна крупа (30%); епідермальні алергени (20%); пилокві алергени (10%). Зміни показників у дітей із захворюваннями органів травлення на тлі харчової алергії обумовлені гіперхолестеринемією, збільшенням змісту ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНП), зменшенням антиатерогенного захисту з відносним зниженням рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВП). Зі збільшенням віку у обстежуваних дітей виявлені більш значні відхилення показників, які вивчались. Гіперхолестеринемія виявляється найчастіше при

хронічному гастродуоденіті (75%), дизбіозі кишечника I – II ст. (10%), функціональному закрепі (40%). Рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНП) був підвищений у пацієнтів з гіперхолестеринемією без істотної різниці залежно від нозології і форми харчової алергії.

Висновки: Проведене дослідження дозволяє зробити висновок про те, що у дітей з функціональною патологією травної системи та харчовою алергією є зміни в ліпідограмі; зокрема це гіперхолестеринемія, збільшення вмісту ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНП), зменшенням антиатерогенного захисту з відносним зниженням рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВП). Найчастіше зміни в ліпідограмі зустрічаються у дітей з хронічним гастродуоденітом у віці 7 - 10 років.

О.С.Новікова

КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ПЕРЕБІГУ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань і догляду за хворими дітьми
Л.М.Булат (д.мед.н., проф), Л.І. Лайко (к.мед.н., доц.), О.В. Лисунець (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Близько 80% рутинної інфекційної патології, яку діагностує та лікує лікар загальної практики, має вірусну етіологію. Перебіг вірусних захворювань асоціюється із патологією імунної системи. Зокрема, поліморфізм клінічних проявів Епштейна-Барр вірусної інфекції зумовлений індивідуальною особливістю імунної відповіді.

Мета: За даними аналізу літературних даних вивчити особливості перебігу клінічних варіантів Епштейна-Барр вірусної інфекції у дітей

Матеріали та методи: Вірус Епштейна-Барр (ВЕБ) або HHV4 відноситься до родини γ-герпесвірусів, що здатен викликати первинний інфекційний процес у вигляді інфекційного мононуклеозу, саркоми м'язів, енцефаліту та лімфоїдної інтерстиціальної пневмонії у новонароджених, β-клітинної лімфопроліферації, а також рецидивуючої інфекції у вигляді ВЕБ-асоційованого лімфопроліферативного синдрому, ВЕБ обумовленої лімфоми ЦНС, лімфоми Беркіта, назофарингальної саркоми, хронічної ВЕБ інфекції. Атакуючи дитячі епітеліоцити та лімфоцити ВЕБ викликає первинний інфекційний процес, що може маніфестувати однією із, вище наведених, клінічних форм та зрештою завершується персистенцією ВЕБ.

Результати: Можливі наступні клінічні варіанти ВЕБ –інфекції. Первинна ВЕБ – інфекція у вигляді безсимптомного перебігу, катаральних проявів та інфекційного мононуклеозу.

Персистенція ВЕБ в організмі: А імунокомпетентних осіб, безсимптомне вірусносійство, латентна форма ВЕБ-інфекції. В імуноскомпроментованих осіб можлива реактивація ВЕБ-інфекції, хронічна активна ВЕБ –інфекції, генералізована форма хронічної активної ВЕБ – інфекції, стерта або атипична форма ВЕБ – інфекції, онкологічні лімфопроліферативні та аутоімунні захворювання, синдром хронічної стомлюваності. Хронічно активна ВЕБ – інфекція; Збереження симптомів мононуклеозу у хворого понад 6 місяців; Тривалі болі в м'язах і суглобах, слабкість, головні болі, запаморочення, емоційна лабільність, порушення сну, гепатоспленомегалія; Приєднання опортуністичних інфекцій; У пацієнтів із скомпрометованою імунною системою можливе ураження нервової системи та інших внутрішніх органів. Стерті форми хронічної ВЕБ – інфекції. Тривалий субфебрилітет, слабкість, лімфаденопатія, болі в лімфовузлах, міалгії, артралгії, нашарування опортуністичних інфекцій, хвилеподібний перебіг.

Низька захворюваність ВЕБ асоційованою інфекцією свідчить про недостатню епідеміологічну настороженість і диференційно-діагностичний рівень верифікації як первинного інфекційного процесу так і персистенції ВЕБ.

Висновки: Результати роботи дали можливість розкрити патогенетичні механізми імунної відповіді щодо Епштейна-Барр вірусної інфекції та обґрунтувати особливості клінічної картини перебігу захворювання у дітей різного віку.

Г.В.Пелих, Ахмад АльСмаїрат, О. Р. Дацків

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РАХІТУ У ДІТЕЙ З М. ІРБІД (ЙОРДАНІЯ) ТА ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра педіатрії №1
Ю.О. Кислова (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Рахіт є одним з найпоширеніших захворювань у дітей раннього віку в багатьох країнах світу. За останні 20 років захворювання дітей на рахіт описані в 59 країнах світу (Tracheretal., 2006). Вітамін D-дефіцитний рахіт зустрічається у 20-65% дітей першого року життя.

Мета. Дослідити фактори ризику та особливості діагностики рахіту у дітей, які проживають в м. Ірбід (Йорданія) та порівняти з такими показниками у дітей Вінницької області.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 15 дітей з встановленим рахітом, що отримували лікування в амбулаторних умовах в PrincessRahmateachinghospital м. Ірбід (основна група) та 14 дітей, яким встановлено діагноз рахіт під час перебування на лікуванні у відділенні дітей раннього віку Вінницької обласної дитячої

клінічної лікарні (група порівняння). Нами було проаналізовано стан здоров'я матерів, їх акушерський, соматичний статус, перебіг даної вагітності, пологів, антропометричні показники дітей, характер їх вигодовування, захворюваність в ранньому віці, лабораторні показники (Са, Р, лужна фосфатаза).

Результати. У 60% дітей основної групи матері були старші 35 років, в співставленні з такими у дітей групи порівняння (18,2%), ($p < 0,05$). Аналіз екстрагеніальної патології матерів засвідчив несприятливий прегравідарний фон у 6% матерів основної групи (харчова алергія) проти 50% у матерів дітей групи порівняння (цукровий діабет, гіпотиреоз, набута вада серця, хронічний пієлонефрит, токсоплазмоз), ($p < 0,05$). Харчування під час вагітності у матерів обох груп було вітамінізоване, збалансоване. Пренатальна профілактика рахіту проводилась у 28% матерів дітей Вінницької області та 6% матерів з м. Ірбід. Переважна більшість дітей обох груп були народжені в термін (73% - основна група, 92% - група порівняння). 66% дітей основної групи та 42% дітей групи порівняння народжені з масою тіла 2500-3500 г. У дітей Вінницької області та з м. Ірбід переважало грудне вигодовування (92% та 66% відповідно) та швидка прибавка маси тіла. У дітей всіх груп проводилась постнатальна профілактика рахіту, однак у дітей Вінницької області використовували метаболіти неактивної форми вітаміну Д3 (водний розчин), а у дітей з м. Ірбід природній метаболіт активної форми. У дітей основної групи було встановлено нормальний рівень Са сироватки крові та зростання рівня лужної фосфатази, натомість у дітей групи порівняння діагноз рахіт встановлений лише клінічно.

Висновки. Вік матері старше 35 років, наявність екстрагеніальної патології, ускладненого перебігу вагітності, грудне вигодовування, швидкі темпи прибавки маси тіла, відсутність пренатальної та неадекватна постнатальна профілактика сприяють виникненню рахіту у дітей різних країн.

М.М. Пугач

ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА СТАН КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ВІТАМІН D-ДЕФІЦИТНИЙ РАХІТ

Кафедра педіатрії №1

Н.І. Токарчук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Патофізіологічний зв'язок між ожирінням і кістковою тканиною є складним і залишається активним напрямком багатьох досліджень.

Мета роботи: оцінити роль остеокальцину як маркера порушення кісткового метаболізму при вітаміні D-дефіцитному рахіті у дітей першого року життя з ожирінням.

Матеріали та методи: У процесі виконання роботи нами було обстежено 90 дітей першого року життя, хворих на вітаміні D-дефіцитний рахіт на тлі ожиріння, надмірної маси тіла та ризику надмірної маси тіла. Групу порівняння становили 30 дітей аналогічного віку з вітаміні D-дефіцитним рахітом та показниками фізичного розвитку, що відповідали віковій нормі. У контрольну групу ввійшли 30 практично здорових осіб.

Для вирішення поставленої мети у ході дослідження нами було проведено комплексне клініко-анамнестичне обстеження дітей першого року життя та визначення в сироватці крові вмісту остеокальцину.

Статистичну обробку отриманих результатів виконали за допомогою методів варіаційної статистики з використанням програми SPSS 17.0.

Результати. Нами встановлено, що інтенсивність кісткового обміну була достовірно зниженою у дітей, хворих на вітаміні D-дефіцитний рахіт, порівняно з практично здоровими дітьми. Так, у групі пацієнтів з ризиком надмірної маси тіла даний показник становив $67,85 \pm 3,44$ нг/мл (95% CI: 61,11 – 74,59 нг/мл), з надмірною масою тіла - $65,58 \pm 3,29$ нг/мл (95% CI: 59,14 – 72,02 нг/мл), з ожирінням - $56,15 \pm 4,02$ нг/мл (95% CI: 48,28 – 64,02 нг/мл), що в кожному випадку достовірно відрізнялось від значень даного кісткового маркера дітей контрольної групи ($94,26 \pm 2,96$ нг/мл, 95% CI: 88,46 – 100,06 нг/мл, $p < 0,001$). Слід звернути увагу, що виявлені порушення мали достовірно нижчі показники у дітей з ожирінням, ніж у дітей з ризиком надмірної маси тіла та групи порівняння ($71,27 \pm 3,29$ нг/мл, 95% CI: 64,83 – 77,71 нг/мл), ($p < 0,05$), що, в свою чергу, також свідчить про зниження швидкості кісткового ремоделювання. При проведенні кореляційного аналізу між значеннями сироваткового остеокальцину та ІМТ в групах дослідження нами виявлений зворотній достовірний середній зв'язок ($r = -0,32$) у дітей, які мали ожиріння ($p < 0,01$).

Висновки. Таким чином, отримані результати дослідження можуть свідчити про наявність причинно-наслідкового зв'язку між ожирінням та порушенням кісткового метаболізму у дітей раннього віку.

Л.Б. Прочук

ОСОБЛИВОСТІ АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №4

І.О. Мітюряєва (д.мед.н., проф.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Ацетонемічний синдром (АС) – це патологічний стан, який характеризується накопиченням в крові продуктів неповного окиснення і розпаду жирних кислот та кетогенних амінокислот – кетонів тіл. АС

трапляється переважно у дитячому віці, що за різними літературними джерелами становить 4-6% у віці 2-13 років, а у старшій віковій групі його частота знижується. Надлишок кетонових тіл викликає метаболічний ацидоз, повторне блювання та больовий абдомінальний синдром. Тому дуже важливо правильно діагностувати природу ацетонемічного синдрому (первинний чи вторинний) та оцінити загальний стан дитини, щоб призначити лікування і попередити наслідки.

Мета: визначити особливості перебігу ацетонемічного синдрому у дітей в залежності від анамнезу захворювання, супутнього діагнозу, сімейного анамнезу, а також результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

Матеріали та методи: дослідження проводилось на базі ДКЛ №8, м. Київ. Було обстежено 32 дитини віком від 1 року 7 місяців до 13 років. Серед них хлопчиків – 18 (56%), дівчат -14 (44%). Використані дані із історій хвороби пацієнтів, а також дані проведених анкетувань із батьками.

Результати досліджень: При аналізі даних було виявлено, що гострий початок захворювання відмічається у 26 дітей (81%), поступовий – у 6 дітей (19%), наявність в анамнезі захворювання порушення дієти – у 10 дітей (31%), підвищення температури вище 38 °С – у 22 дітей (68,8%). Серед супутніх діагнозів ФРБС присутні у 11 дітей (34,4%), аскаридоз, ентеробіоз у 5 дітей (15 %), систолічний шум в серці у 10 дітей (31%). При аналізі результатів сімейного анамнезу виявлено, що матері 7 дітей (22%) мали ту чи іншу алергію, у 22 (69%) випадках були виявлені захворювання суглобів у родині. Дані лабораторних та інструментальних досліджень показали : наявність солей у сечі у 12 дітей (37,5%) серед них – оксалати у 7 (21,9%), урати у 5 (15,6%), підвищений рівень діастази крові у 15 дітей (47%), у копрограмі виявлено такі відхилення від норми: крохмаль виявлено у 21 випадку (66%), жир нейтральний у 21 (66%), жирні кислоти 13 випадків (40,6%). За результатами УЗД органів черевної порожнини патологію жовчного міхура виявлено у 13 дітей (40,6%).

Висновки: Аналіз отриманих даних показав, що у дітей з ацетонемічним синдромом переважає гострий початок захворювання, наявність у більшості випадків тої чи іншої супутньої патології, ускладнений сімейний анамнез, що має відображення у результатах клінічних, а також лабораторних та інструментальних досліджень.

Ю.П.Резніков, А.В.Шкот

СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТАКНИНИ

Кафедра педіатрії №1

Н.І. Горобець (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м.Київ, Україна

Актуальність. Недиференційована дисплазія сполучної тканини (НДСТ) є донозологічним фоновим станом, на тлі якого формуються вісцеральні та локомоторні порушення у дітей та дорослих.

Мета: дослідити вивчити фенотипові прояви НДСТ з боку внутрішніх органів та частоту їх виникнення.

Матеріали та методи. Було обстежено 100 дітей віком 5-16 років, які знаходились на лікуванні в неврологічному відділенні ДКЛ №4. 50 дітей з ознаками НДСТ склали основну групу. Контролем були 50 дітей без НДСТ. Обстеження включало: аналіз даних акушерського анамнезу, антропометрію, клініко-неврологічне обстеження, лабораторні методи (загальний та біохімічний аналізи крові), інструментальні методи дослідження (УЗД ОЧП, ЕЕГ, РЕГ, ЕхоКГ, МРТ головного мозку - за потреби).

Результати. Для визначення гармонійності та пропорційності фізичного розвитку дітей розраховували індекс Вервека (ІВ), який в основній групі дорівнював $1,29 \pm 0,1$, що вказує на переважання поздовжніх розмірів над поперечними і являється характерним для диспластичної тілобудови. У контрольній групі ІВ склав 1,02, що свідчить про пропорційність тілобудови. У більшості дітей основної групи (60%) відмічалось відставання фізичного розвитку за даними росту, маси тіла та обводу грудної клітки на 1 стандартне відхилення від вікової норми, у 20% - на 2 стандартні відхилення. У контрольній групі у 22% дітей було зареєстроване відставання на 1 стандартне відхилення, у 4% дітей - на 2 стандартні відхилення. З чисельних стигм дисембріогенезу, найчастішими проявами НДСТ реєструвались: порушення осанки – у 92% дітей, плоскостопість – у 67%, деформації грудної клітки – у 44%, аномалії прикусу – у 12%, міопія різного ступеня вираженості – у 40%. З малих вад найчастіше реєструвались: пролапс мітрального клапану - у 11% дітей, додаткова та аномальна хорди в порожнині лівого шлуночка – у 21% дітей, вроджена деформація жовчного міхура – у 37% дітей. Поширеність цих нозологічних форм була суттєво більшою у дітей основної групи, що свідчить про переважання комбінованої патології у дітей з НДСТ.

Висновки. Проведене дослідження свідчить про порушення гармонійності та пропорційності фізичного розвитку дітей з переважанням поздовжніх розмірів над поперечними і являється характерним для диспластичної тілобудови у дітей з НДСТ. У дітей з НДСТ на фоні чисельних стигм дисембріогенезу спостерігається комбінованість малих вад, тому таким дітям доцільно проводити цілеспрямоване на виявлення малих вад розвитку обстеження всіх органів та систем.

Н.П. Русак
**ПОКАЗНИКИ ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З
БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ**

Кафедра педіатрії № 1
О.С. Яблонь (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Поліпшення результатів проведення неонатальної інтенсивної терапії призвело до збільшення кількості недоношених дітей із хронічними захворюваннями. Особливої уваги заслуговує проблема зростання кількості пацієнтів з бронхолегеневою дисплазією (БЛД) (P.D. Hicks, etc, 2011). Відсутність чіткої інформації про особливості перебігу у таких хворих дизметаболических хвороб, зокрема рахіту, зумовило проведення подібного дослідження.

Мета: встановити особливості фосфорно-кальцієвого обміну у дітей, що народилися передчасно і перенесли бронхолегеневу дисплазію.

Матеріали і методи. У процесі виконання роботи нами було обстежено 40 недоношених дітей з рахітом у віці від 2,5 місяців до 14 місяців, які мали гестаційний вік від 25 до 35 тижнів, з масою тіла від 700 г до 2190 г. Їх було поділено на дві групи: 15 дітей грудного віку з клінічними проявами рахіту, які народилися недоношеними (гестаційний вік $28,87 \pm 0,56$ тижнів, маса тіла $1214,00 \pm 77,91$ г) та перенесли в неонатальному періоді бронхолегеневу дисплазію (перша група); 25 недоношених дітей такого ж віку та важкості рахіту без бронхолегеневої дисплазії (друга група). Групу порівняння склали 10 доношених дітей такого ж віку та важкості рахіту. Всім дітям досліджували рівень загального кальцію, рівень іонізованого кальцію, неорганічного фосфору, активність лужної фосфатази в сироватці крові.

Обговорення результатів. У дітей першої групи всі показники біохімічного дослідження крові були достовірно нижчими аналогічних у дітей з груп порівняння: рівень загального кальцію - $1,84 \pm 0,04$ ммоль/л та неорганічного фосфору - $1,44 \pm 0,02$ ммоль/л ($p < 0,01$), а іонізованого кальцію - $1,06 \pm 0,03$ ммоль/л. Активність лужної фосфатази - $663,53 \pm 55,10$ Од/л достовірно переважала показник доношених дітей ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що глибина метаболічних порушень у недоношених дітей з рахітом та бронхолегеневою дисплазією достовірно переважають аналогічні як у недоношених дітей без бронхолегеневої дисплазії, так і у дітей, які народилися доношеними.

В.Г. Савич
КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ДІ ДЖОРДЖІ

Кафедра педіатрії № 1
О.В. Герасимова (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: органічні захворювання – це група патологій, які загрожують життю людини або які хронічно прогресують, призводять до скорочення тривалості життя чи до інвалідизації, поширеність яких серед населення не частіше, ніж 1:2000. За наказом МОЗ України №778 від 27.10.2014 однією з таких нозологій є синдром Ді Джорджі. Синдром Ді Джорджі – синдром делеції q11.2 хромосоми 22, внаслідок чого виникає порушення формування 3-4 зябрових дуг, пов'язаний з дефектом клітинного імунітету. Проявляється дисморфіями обличчя (ретро- або мікрогнатія, малі, деформовані, вухні раковини, широке перенісся, «готичне» піднебіння, гіпертелоризм, епікантус, антимонолоїдний розріз очей), ВВС, а- та дисплазією паращитовидних залоз, ураженнями ШКТ, відставанням у психомоторному розвитку, частими інфекційними захворюваннями. Факторами ризику є цукровий діабет у матері, вживання алкоголю під час вагітності, вірусні захворювання у першому триместрі. Діагностичними критеріями є результати генетичних тестів, знижений кальцій крові, а- або дисплазії тимусу та паращитовидних залоз. Лікування полягає в усуненні вроджених вад, симптоматичній терапії та використанні імуномодуляторів.

Мета: визначити основні ознаки синдрому Ді Джорджі, фактори ризику його виникнення та варіабельність клінічних ознак.

Матеріали та методи: дане дослідження проведено на випадку з клінічної практики.

Результати: у лютому 2016 року до ВОДКЛ поступила пацієнтка М.4 років зі встановленою інвалідністю з приводу синдрому Ді Джорджі. Пацієнтка народилася від першої вагітності, яка перебігала з пізнім токсикозом та багатоводдям. При УЗ-дослідженні на 24-му тижні у плода виявлено фенотипові ознаки хромосомного ураження. У матері виявлено порушення толерантності до глюкози. Після народження прооперована з приводу ВВС; часто хворіє гострими респіраторними захворюваннями та отитами. Об'єктивно: мікрогнатія, епікантус, антимонолоїдний розріз очей, низько розташовані вухні раковини, ліве вухо зменшене у розмірах, деформоване, широке перенісся. Під час генетичного дослідження встановлено наявність хромосомної мутації (делеції q11.2 хромосоми 22) та підтверджено діагноз. Однак, при зборі анамнезу виявлено, що судомний синдром, характерний для даної патології відсутній, а додаткові методи не вказали на наявність патології паращитовидних залоз, що дає нам можливість говорити про атипичний варіант даної нозології.

Висновки: синдром Ді Джорджі – орфанне захворювання, що характеризується широкою варіабельністю клінічних ознак аж до атипових проявів. Факторами ризику даної патології виступає не лише спадковість, а і патологічний перебіг вагітності у матері, доказом чого і виступає розглянутий нами в ході дослідження випадок.

Х.П.Сович

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ЕНЦЕФАЛІТІВ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

О.Б. Надрага (д.мед.н., проф.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів Україна

Актуальність: Енцефаліти у дітей належать не лише до життєво небезпечних захворювань, але й мають важливе соціальне значення, оскільки позначаються на подальшому розвитку дитини та її соціальній адаптації. Більшість з них характеризуються тяжким перебігом, високою ймовірністю розвитку тяжкого резидуального ураження ЦНС і значною летальністю.

Мета: Встановити клінічні й лабораторні особливості перебігу гострих енцефалітів (ГЕ) у дітей, залежно від виявлених змін за результатами магніто-резонансної томографії (МРТ) головного мозку.

Матеріали та методи: Проаналізовано 68 медичних карт стаціонарного хворого дітей, що лікувалися у Львівській обласній інфекційній клінічній лікарні. З 30 пацієнтів, яким проводили один або декілька разів МРТ головного мозку було сформовано 2 групи: до 1 включено 11 дітей, у яких не виявлено змін, до групи 2 - 19 пацієнтів, у яких при МРТ дослідженні встановлено характерні, для енцефалітів (менінгоенцефалітів) зміни мозкової тканини чи структур мозку. Результати МРТ аналізували за характером змін у T_2 зважених зображеннях: підвищення інтенсивності або локальні гіперінтенсивні вогнища; численні гіперінтенсивні вогнища; зливні, тотальні гіперінтенсивні вогнища; гіперінтенсивні ділянки в поєднанні з геморагіями, дилатацією шлуночків, гідроцефалією. В групі 1 заключний діагноз «енцефаліт» встановлено у 3 дітей, «менінгоенцефаліт» у 8 -х хворих, середній вік пацієнтів цієї групи становив $111,86 \pm 23,61$ міс, вік наймолодшого пацієнта групи становив 1,5 міс.; найстаршого - 204 міс. У дітей з групи 2 енцефаліт діагностовано в 8, менінгоенцефаліт - у 11 хворих, середній вік пацієнтів був $54,81 \pm 15,04$ міс., наймолодший пацієнт був 4-міс віку, найстарший віком 190 міс.

Результати: Встановлено важчий перебіг, більшу частоту розвитку церебральної коми, більшу частоту позитивних результатів серологічних досліджень щодо з'ясування етіології хвороби, достовірно довшу тривалість як стаціонарного лікування так і лікування у відділенні інтенсивної терапії у дітей з гострими енцефалітами, у яких виявлено зміни на МРТ. Підвищені рівні імуноглобулінів у сироватці крові виявлено у 60% обстежених хворих. У більшості хворих при МРТ виявлено втягнення у патологічний процес двох і більше часток мозку, у 45% діагностовано вентрикуломегалію чи дилатацію шлуночків. За змінами, виявлених при МРТ головного мозку, у хворих з енцефалітами можна прогнозувати тривалість лікування та визначити необхідність подальшого лікування чи реабілітації у спеціалізованих неврологічних відділеннях.

Висновки: За змінами, виявлених при МРТ головного мозку, у хворих з енцефалітами можна прогнозувати тривалість лікування та визначити необхідність подальшого лікування чи реабілітації у спеціалізованих неврологічних відділеннях.

Н.О. Ситник

ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Кафедра педіатрії №1

Т.Л. Прошок (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Бронхіальна астма- глобальна проблема сучасної цивілізації, поширеність якої в усьому світі зростає. Поряд з такими класичними факторами ризику БА як стать, вік, збільшення індексу маси тіла (ІМТ), існує ряд факторів, які можуть впливати на тяжкість БА. Один з таких факторів – дефіцит вітаміну D3.

Мета: Встановити вплив рівня вітаміну D сироватки крові на перебіг БА у поєднанні із метаболічним синдромом(МС).

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь 46 пацієнтів хворих на БА (вік – $15,8 \pm 1,8$ років, ІМТ = $10,2 \pm 5,9$ кг/м²). З них 32 пацієнта з діагнозом БА у поєднанні із МС, 14 пацієнтів з БА без МС. Група контролю становила 24 особи, середній вік $15,5 \pm 1,3$ років. Тяжкість БА, фенотип, ступінь контролю оцінювалися за критеріями GINA2011. **Результати:** Інтермітуюча БА була діагностована у 13% пацієнтів, легкого ступеня тяжкості – 39%, середнього ступеня тяжкості – 39%, тяжка БА – 9%. За фенотипом 39% пацієнтів мали алергічну БА, 26% - змішану, 35% -не алергічну. БА у 50% пацієнтів була контрольованою, 50% - неконтрольованою. У групі пацієнтів з БА у поєднанні із МС і БА без МС було виявлено 32% пацієнтів з дефіцитом вітаміну D, 42% з недостатністю вітаміну D і в 26% випадків з достатнім вмістом вітаміну D. В групі

контролю – 33% пацієнтів з дефіцитом вітаміну D, 9% с недостатністю, 58% з достатнім вмістом вітаміну D. При інтермітуючій БА рівень вітаміну D становив $20,15 \pm 4,07$ нг/мл, при легкому ступені тяжкості БА – $19,30 \pm 6,29$ нг/мл; середнього ступеня тяжкості БА – $15,5 \pm 3,8$ нг/мл; тяжкій БА – $14,89 \pm 6,55$ нг/мл; $p < 0,05$. У групі БА у поєднанні із МС і БА без МС рівень вітаміну D був достовірно знижений у пацієнтів з неконтрольованою БА ($p = 0,009$). Так, у групі пацієнтів з контрольованою БА рівень вітаміну D був $19,6 \pm 5,89$ нг/мл, тоді як у групі з неконтрольованою БА – $15,3 \pm 4,27$ нг/мл ($t = 2,7$, $p = 0,009$). Нами було встановлено, що у пацієнтів з дефіцитом вітаміну D неконтрольована БА діагностувалась в 4 рази частіше. У групі з рівнем вітаміну D нижче 20 нг/мл пацієнтів з контрольованою БА – 9 осіб (19,5%), неконтрольованою – 19 (41,3%). У групі з рівнем вітаміну D більше 20 нг/мл пацієнтів з контрольованою БА 14 осіб (30,4%), неконтрольованою – 4 (8,6%) ($\chi^2 = 9,12$, $p < 0,05$). При дослідженні у контрольній групі пацієнтів середній показник концентрації вітаміну D був достовірно вище, ніж у групах БА у поєднанні із МС і БА без МС ($p < 0,05$). У групі пацієнтів з рівнем вітаміну D нижче 20 нг/мл, ІМТ був достовірно вище, ніж в групі пацієнтів з рівнем вітаміну D вище 20 нг/мл. Так, середнє значення ІМТ у групі пацієнтів з рівнем вітаміну D нижче 20 нг/мл становило $32,8 \pm 3,4$, в групі пацієнтів з рівнем вітаміну D вище 20 нг/мл – $29,01 \pm 5,1$ ($t = 2,49$, $p = 0,01$).

Висновки: Рівень вітаміну D статистично значимо залежить від характеристики ліпідного спектру та коморбідності стану, а його дефіцит може виступати одним із факторів ризику розвитку БА і МС, а також впливати на тяжкість перебігу БА та МС.

Н.О. Ситник, І.І. Андрієвський

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО СТАЦІОНАРУ

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

Л.Д. Коцур (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серед причин інвалідності дітей, за останніми даними, вроджені вади розвитку займають перше місце. На сьогодні точні дані про захворюваність і поширеність вроджених вад центральної нервової системи (ЦНС) в Україні відсутні. За даними ВООЗ (2004) у світі щорічно народжується 4-5 % дітей з вродженими вадами розвитку (ВВР), серед яких 25-30 % - із вадами розвитку ЦНС. Збільшення кількості дітей із вродженими вадами нервової системи може бути пов'язано як із удосконаленням методів постнатальної нейровізуалізації, так і з суттєвим збільшенням впливу несприятливих факторів на розвиток мозку в антенатальний період розвитку дитини. За цих умов особливої актуальності набуває вивчення методів реабілітації таких хворих.

Мета: Вивчення структури вроджених вад розвитку ЦНС у дітей та методів їх реабілітації в умовах стаціонару Вінницького обласного спеціалізованого будинку дитини.

Матеріали та методи: На базі ВОСБД нами було оглянуто 15 дітей-інвалідів віком від 2 до 9 років з вадами розвитку ЦНС (4 дівчинки і 11 хлопчиків). Нами було проаналізовано карти стаціонарного хворого та листи призначення цих дітей.

Результати: В структурі захворюваності обстежених дітей-інвалідів переважають вади розвитку ЦНС, а саме мікроцефалія - 40 % (6 хворих), гідроцефалія – 26,7% (4 хворих), агенезія мозолистого тіла з полімікрогірією – 20% (3 хворих). За останні роки спостерігається тенденція до зростання дитячої інвалідності (в 2013 р – 23 хворих, 2014 – 25, 2015 – 31 дитина). Комплекс медико-фізичної реабілітації включає в себе всі види масажу, лікувальну фізичну культуру та кондуктивну педагогіку, логопедичну корекцію, фізіотерапевтичні процедури, а також симптоматичну медикаментозну терапію.

Висновки: Вроджені вади розвитку нервової системи не підлягають хірургічній корекції та медикаментозній терапії і тому є причиною інвалідності дитини. Поширеність вроджених аномалій серед дітей регіону за останні роки має тенденцію до збільшення. Медико-фізичні заходи забезпечують дітям новий функціональний стан в організмі, що проявляється в нормалізації м'язового тону, у відновленні симетрії тіла, рухів кінцівок і відкриває можливості для моторного, психо-соціального і мовного розвитку дитини.

І.А. Тарасова

ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ УМІСТУ АТИПОВИХ ЛІМФОЦИТІВ У ПЕРИФЕРИЧНІЙ КРОВІ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО ПЕРЕБІГАЮТЬ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України»

Д.В. Самарін (д.мед.н., проф.), О.А. Ракша – Слюсарєва (д.б.н., проф.), О.А. Слюсарєв (к.б.н., доц.), А.А.

Стасенко (д.б.н., проф.) П.О. Дмитрієвський,

В.Л. Демб'юцький (к.ед.н., доц.), Т.В. Стеценко.

Актуальність: Гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), що перебігають з бронхообструктивним синдромом є актуальною патологією дитячого віку. На сьогоднішній день остаточно не з'ясовані механізми розвитку бронхообструктивного синдрому на тлі ГРЗ. Однією з можливих причин є розвиток порушень з боку імунної

системи. Нещодавно було отримано патент України на корисну модель «Спосіб виявлення прихованої недостатності системи імунітету», в якому запропоновано новий підхід до оцінки порушень з боку імунної системи у дітей шляхом визначення вмісту атипичних морфологічно змінених лімфоцитів у периферичній крові.

Мета: Метою нашої роботи було оцінити значення визначення вмісту атипичних лімфоцитів у периферичній крові у дітей з гострими респіраторними захворюваннями, що перебігають з бронхообструктивним синдромом в періоді ремісії.

Матеріали та методи: Було проведено обстеження 78 дітей віком від 1 до 14 років згідно запропонованої методики, згідно якої спочатку визначається загальний вміст лейкоцитів периферичної крові, аналізується лейкограма крові за мазком крові, визначається відносний вміст сукупності лімфоцитів периферичної крові, визначається відносний вміст атипичних морфологічно змінених лімфоцитів, визначається абсолютне значення вмісту сукупності лімфоцитів, визначається абсолютне значення вмісту атипичних морфологічно змінених лімфоцитів, обчислюється різниця між загальним абсолютним значенням сукупного вмісту лімфоцитів й абсолютним значенням вмісту атипичних морфологічно змінених лімфоцитів. При значенні різниці між абсолютним значенням сукупного вмісту лімфоцитів і абсолютним значенням вмісту атипичних морфологічно змінених лімфоцитів менше $1,6 \text{ Г в } 1 \text{ л}$ реєструють приховану недостатність системи імунітету. Серед обстежених 40 пацієнтів мали гострі респіраторні захворювання, що перебігали з бронхообструктивним синдромом, в 38 дітей анамнез був не обтяженим. Відмінності отриманих результатів оцінювалися за допомогою Т-тесту.

Результати: Було встановлено, що в періоді ремісії 32 дітей (80%) з гострими респіраторними захворюваннями, що перебігають з бронхообструктивним синдромом в периферичній крові визначалися атипичні, морфологічно змінені лімфоцити, у кількості, що перевищують граничне значення, тоді як в групі дітей з необтяженим анамнезом подібні зміни було визначено лише у 11 осіб (28,95%), $p < 0,01$.

Висновки: У дітей з гострими респіраторними захворюваннями, що перебігають з бронхообструктивним синдромом в періоді ремісії визначаються імунопатологічні зміни, що відповідають прихованій імунологічній недостатності. Що необхідно враховувати при проведенні лікувальних та реабілітаційних заходів у цих дітей.

О.О. Токарчук, Д.В. Бойчук, Т.В. Секрет
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЛІМФОБЛАСТНИЙ ЛЕЙКОЗ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб
А.А. Асауленко (ас.)

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

Актуальність. Вірусний гепатит С (ВГС) є одним із найпоширеніших захворювань, яке характеризується важкими наслідками для організму, серед яких швидке прогресування дисфункції печінки за рахунок цирозу та розвиток первинного раку печінки – гепатоцелюлярної карциноми. Однією із проблем сучасної української онкогематології є те, що хворі часто потребують переливання крові та її компонентів, що асоціюється з високим ризиком інфікування ВГС.

Мета: Проаналізувати особливості клінічного перебігу вірусного гепатиту С серед хворих на гострий лімфобластний лейкоз (ГЛЛ) та порівняти із хворими на вірусний гепатит С без ГЛЛ.

Матеріали та методи: Проаналізовано 75 медичних карт стаціонарних хворих з діагнозом «Гострий лімфобластний лейкоз», які проходили лікування в онкогематологічному відділенні ВОДКЛ з за період (вказати місяці) 2015 р. У пацієнтів онкогематологічного відділення досліджували поширеність вірусного гепатиту С, рівні показників функції печінки (АЛТ, АСТ), зв'язок з проведенням поліхіміотерапії. Проаналізовані літературні дані щодо перебігу ВГС у хворих без супутньої патології. Статистичні показники були оброблені програмою STATISTICA 7.0 (2007 р.).

Результати: У процесі аналізу було встановлено, що серед хворих переважають дівчатка (40 – 53,3%), переважно жителі міської місцевості (48 – 64%). Серед хворих на ГЛЛ інфікування НСV було виявлено у 50 випадках (66,66%), з них – 4 хворіли на гострий ВГ С (5,33%) та 46 – на хронічний вірусний гепатит С (61,33%). Серед хворих на ГЛЛ з супутнім ВГС спостерігався такий розподіл по рівню трансаміназ у крові: у 3 хворих – рівень АЛТ та АСТ знаходився в межах норми (6% у групі з гепатитом С), у 12 – спостерігалось підвищення АЛТ та АСТ у 2 рази (24%), у 18 – у 3-5 разів (36%), у 11 – у 5-9 разів (22%) та у 6 – в 10 і > разів (ознаки токсичного гепатиту) (12%). Згідно даних літератури, у хворих на ВГС без супутньої патології спостерігався такий розподіл: 28 хворих (43,75%) – нормальний рівень трансаміназ, 20 (31,25%) – підвищення в 2 рази, 16 (25%) – в 3-5 раз, 0 – підвищення в 5-9 раз, 0 – підвищення в 10 і більше разів. У хворих з ГЛЛ та ВГС статистично достовірно ($p < 0,05$) рівень трансаміназ був вищим, ніж у хворих без ГЛЛ, що свідчить про більшу вираженість цитолітичного синдрому у дітей з ГЛЛ та ВГС. У хворих, які отримували поліхіміотерапію, проте не були інфікованими НСV не спостерігалось вираженого цитолітичного синдрому.

Висновки: У хворих, що хворіють ГЛЛ та на ВГС, спостерігається більш виражені явища цитолітичного синдрому (підйом АЛТ та АСТ), який статистично достовірно ($p < 0,05$) більш виражений ніж у хворих з ВГС без супутньої патології. У хворих на ГЛЛ без супутнього ВГС не спостерігалось явищ цитолітичного синдрому при проходженні ПХТ. Отже, інфікування НСV зумовлює більш виражене ушкодження печінки за наявності

супутньої патології, у даному випадку ГЛЛ, та збільшує ризик виникнення токсичного гепатиту у хворих на ГЛЛ при проходженні ПХТ.

Р.В. Телебей, І.І. Городиський
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ПУРПУРІ ШЕНЛЕЙН –
ГЕНОХА У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

Г.Ю. Звенігородська (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність. Пурпура Шенлейн – Геноха найбільш поширеною формою системних васкулітів у дітей. Залучення в патологічний процес нирок займає провідне місце серед причин інвалідизації та летальності хворих із геморагічним васкулітом. Серед усіх причин, що призводять до хронічного гемодіалізу в педіатричній практиці на долю вторинного гломерулонефриту на фоні геморагічного васкуліту припадає 3 – 15 %.

Мета дослідження. Визначити клініко-лабораторні особливості ураження нирок при геморагічному васкуліті у дітей.

Матеріали та методи. Нами проведений ретроспективний аналіз документації 10 пацієнтів, хворих на вторинний гломерулонефрит на фоні геморагічного васкуліту, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні педіатрії №1 Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні у 2010-2015 р. Всі діти, які були залучені до дослідження пройшли ретельне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження. Верифікація діагнозу гломерулонефриту проводилася згідно наказу МОЗ України №436 від 31.08.04 р.

Результати. У дослідження були включені діти віком від 3 до 18 років (середній вік - 11 років). Встановлено, що пурпура Шенлейн-Геноха мала місце у 123 дітей Вінницької області за останні 5 років, при чому ураження нирок спостерігалось у 10 із них (8,13 %). Серед них переважали хлопчики - 6 (60 %), дівчаток було 4 (40 %). Нами встановлено, що основним клінічним проявом залучення нирок була гематурія (90 %) (вторинний гломерулонефрит, гематурична форма). Тоді як протеїнурія зустрічалася у 10 % дітей. Серед пацієнтів із вторинним гломерулонефритом, гематурична форма на фоні геморагічного васкуліту мінімальна гематурія була виявлена у 30 % дітей, помірна – у 20 %. Макрогематурія зустрічалася у 50 %, та не мала прогностичного значення. У 2 хворих помірна гематурія поєднувалася із незначною (менше 1 г/л) протеїнурією. За час спостереження на фоні патогенетичної і ренопротекторної терапії гематурія мала тенденцію до зниження у більшості дітей із Вторинний гломерулонефрит з ізольованим сечовим синдромом (протеїнурія) мав місце лише у 1 дитини (10%). Рівень протеїнурії коливався від 1,65 % при маніфестації хвороби до 0,033 % на фоні ренопротекторної терапії через 3 роки. Креатинін (0,064 ммоль/л), сечовина (6,72 ммоль/л) та ШКФ (114 мл/хв.) відповідали віковим показникам.

Висновки. Виявлено, що пошкодження нирок при пурпурі Шенлейна-Геноха є відносно частий та потенційно небезпечний прояв, що маніфестує розвитком вторинного гломерулонефриту. Гломерулонефрит на фоні геморагічного васкуліту із гематурією зустрічався у 90 %, а протеїнурією – 10 % дітей. Встановлено, що гломерулонефрит приєднується протягом першого року після дебюту васкуліту. Призначення ренопротекторної терапії запобігає прогресуванню хвороби та призводить до зменшення вираженості сечового синдрому при вторинному гломерулонефриті.

О.А.Ткач

ДОПРОБЛЕМИ РЕТИНОПАТІЇ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №1

О.А.Биковська (к.мед.н.,ас.)

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

Актуальність теми: Ретинопатія недоношених дітей розглядається як мультифакторіальне захворювання, частота виникнення й тяжкість проявів якого зумовлені впливом перинатальних факторів ризику, які несприятливо діють на незрілу сітківку ока недоношеної дитини. Завдяки успіхам неонатології у всіх розвинутих країнах значно збільшилась частота виживання глибоко недоношених і раніше нежиттєздатних дітей. Не дивлячись на значні досягнення у виявленні і лікуванні РН, вона залишається однією з причин сліпоти і слабозорості з раннього дитинства.

Мета: Вивчити фактори ризику формування ретинопатії у глибоко недоношених новонароджених.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективне дослідження історій хвороб глибоко недоношених дітей, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в неонатальному центрі ВОДКЛ протягом 2015 року. Критерії включення до дослідження: маса тіла при народженні менше 1500 г, гестаційний вік менше 32 тижнів. Статистична обробка результатів проводилася з використанням пакету програм Microsoft Excel.

Результати: Нами було проаналізовано 65 історій хвороб глибоко недоношених новонароджених, які народилися з гестаційним віком менше 32 тижнів та масою тіла менше 1500 грам. Проведений аналіз показав, що ретинопатія недоношених розвинулась у 20 дітей, що становить 30,7 %. Слід зазначити, що РН І ст. мала

місце у 10 дітей, що становить 50 %; РН II ст. – у 5 дітей (25 %), РН III ст. – у 5 дітей, що становить відповідно 25 %. Гестаційний вік дітей з РН коливався від 24 до 31 тижнів, середній гестаційний вік дітей становив $27,5 \pm 0,59$ тижнів. Маса тіла при народженні коливалась від 570 до 1350 грам, середня маса становила $963,5 \pm 55,4$ грам. В структурі захворюваності у дітей з РН провідне місце займала внутрішньоутробна інфекція (ВУІ) з проявами вродженої пневмонії – у 11 дітей (55%), респіраторний дистрес-синдром – у 5 дітей (25%), перинатальне пошкодження ЦНС – у 4 дітей (20%). Аналіз особливостей респіраторної підтримки показав, що середня тривалість ШВЛ у дітей з РН становила $17,5 \pm 2,71$ днів, середня тривалість оксигенотерапії становила $30,7 \pm 3,25$ днів, але середній показник фракції кисню у дихальній суміші коливався від $45,5 \pm 6,21\%$ до $29,2 \pm 0,72\%$. Перший огляд офтальмолога з оцінкою стану переднього відрізка проводився, в середньому, на 30 тижні гестаційного віку (тобто, в середньому, на 3 тижні життя). Повторні огляди здійснювалися регулярно залежно від гестаційного віку, стадії ретинопатії кожні 3 (при симптомі «+» хвороба) 7-10 діб.

Висновки: Проведений аналіз історій хвороб недоношених дітей показав, що основними факторами ризику формування ретинопатії були глибока морфо-функціональна незрілість зорового аналізатора, особливо сітківки; довготривала оксигенотерапія (більше 30 діб) або ШВЛ (більше 5 діб), яку потребували усі новонароджені з ретинопатією за основним захворюванням.

Ю.С.Фаріон

ГІСТІОЦИТОЗИ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

В.Г. Фурман (к.мед.н.,доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гістіоцитоз у дітей являє собою групу різноманітних захворювань з важкими клінічними проявами. Частота захворювання у світі щорічно складає близько 2 випадків на 1млн. дитячого населення у віці від 0 - 15 років. Головною об'єднуючою ознакою даних захворювань є гранульома, що виникає в різних частинах організму, з моноцитів та макрофагів. Гістіоцитоз має широкий спектр клініки та - непередбачуваний, тому може спонтанно зникати при локальних формах або ж хронічно прогресувати з враженням багатьох органів, що часто закінчується летально. Проте клінічні дані за останні десятиліття в Україні свідчать про вагомий досягнення в лікуванні гістіоцитозу у дітей. Вони пов'язані, із вдосконаленням діагностики та використанням сучасних методів терапії.

Мета: Вивчити клініко-епідеміологічні особливості гістіоцитозів у дітей.

Матеріали та методи: Ми провели аналіз 13 історій хвороб у дітей з гістіоцитозом, що лікувалися в онкогематологічному відділенні ВОДКЛ з 2009 - 2015 роки. Усі випадки гістіоцитозу аналізували за клінічними, інструментальними та статистичними даними.

Результати: В ході наших досліджень встановлено, що показник захворюваності на гістіоцитози в межах $0,35 - 1,36$ на 100 000 дітей Вінницької області, це від 1 - 4 випадки на рік, за 2009 - 2015 роки, віком від 0 - 17 років. Серед них - 9 хлопчиків (69,2%), і 4 дівчинки (30,8%). Середній вік дітей склав $6,6 (\pm 1,0)$ роки. Розподіл дітей, на класи гістіоцитозів за результатами вивчення є таким: 1 клас (при якому - клональна проліферація клітин моноцитарного росту кровотворення) - гістіоцитозу із клітин Лангерганса – 11 дітей (85,7%); 2 клас (для якого характерно накопичення макрофагів) - гемофагоцитарний лімфогістіоцитоз - 2 хворих (14,3%). 3 клас (при якому - одночасне переродження клітин моноцитарно та макрофагального ростків) не зустрічався за цей період в ВОДКЛ. Результати вивчення форм гістіоцитозу з клітин Лангерганса, таких як: локальна з переважним ураженням кісток - 6 ($54,5 \pm 5,9\%$), у 3 ($27,3 \pm 3,0\%$) дітей – мультисистемна з одночасним ураження кісток, печінки, селезінки та інших органів, і у 2 ($18,2 \pm 2,0\%$) – мультифокальну, з враження декількох кісток або однієї в різних місцях.

Висновки: Наші дослідження 13 історій хвороб з гістіоцитозом в онкогематологічному відділенні ВОДКЛ за 2009 – 2015 роки у дітей віком від 0 - 17 років, показали, що захворюваність на гістіоцитози коливається в межах $0,35 - 1,36$ на 100 000 дітей Вінницької області (1 - 4 випадки на рік). Серед них - 9 хлопчиків (69,2%) і 4 дівчинки (30,8%). Середній вік дітей $6,6 (\pm 1,0)$ роки. Розподіл за класами гістіоцитозів: 1 клас - 11 пацієнтів (85,7%); 2 клас: 2 (14,3%), дані щодо 3 класу гістіоцитозу, за ці роки відсутні. Гістіоцитоз з клітин Лангерганса локальна форма - 6 ($54,5 \pm 5,9\%$), у 3 ($27,3 \pm 3,0\%$) - мультисистемна, і у 2 ($18,2 \pm 2,0\%$) – мультифокальна.

К.В.Хромих

СТАН СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Кафедра педіатрії №2

В.М. Дудник (д.мед.н.,проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

Вінниця, Україна

Актуальність проблеми. За останні роки в усьому світі, в тому числі й Україні, спостерігається тенденція до зростання захворюваності на бронхіальну астму (БА) дітей, зміщення її початку на більш ранній вік та важчий перебіг. Хронічна гіпоксія, альвеолярна гіперкапнія, хронічний запальний процес бронхіального дерева, дія

бактеріальних і вірусних агентів обумовлюють довготривалу вазоконстрикцію, прискорення кровотоку призводять до пошкодження ендотелію, неконтрольованої проліферації ендотеліоцитів та адвентиціального шару, мускуляризації та гіперплазії стінок артеріол, розвитку фіброзу.

Метою дослідження було визначити стан судинного ендотелію у дітей, хворих на алергічну бронхіальну астму.

Матеріали та методи дослідження. Комплексно було обстежено 224 дитини, хворі на БА, віком 6 – 17 років. Верифікацію діагнозу БА проводили згідно наказу МОЗ України № 868 від 08.10.2013р. по бронхіальній астмі із урахуванням рекомендацій «Глобальної ініціативи по бронхіальній астмі» та рекомендацій, затверджених на XII з'їзді педіатрів України (2010 р., м. Київ). В якості контрольної групи було обстежено 40 здорових дітей. Ультрасонографія плечової артерії проводилась на апараті PhilipsHD11 XE, у В – режимі із кольоровим доплерівським картуванням потоків лінійним датчиком в діапазоні 5 – 10 МГц. Статистична обробка отриманих результатів була проведена за допомогою програми IBMSPSSStatistics, версія 20 (2013 р.).

Результати дослідження. Усім обстеженим дітям була проведена УСГ плечової артерії із визначенням швидкісних показників та вирахуванням відповідних індексів: усереднена по часу максимальна швидкість кровотоку (TAMX), усереднена по часу середня швидкість кровотоку (TAV), час прискорення (AT), систоло – діастолічне співвідношення (SD), індекс периферичного опору (RI), індекс пульсації (PI). Визначено, що різниця між індексами TAMX та SD у дітей, хворих на БА та групою здорових дітей становила 42,22 та 23,3 % відповідно. Індекс пульсації у наших пацієнтів був достовірно вищий ($p=0,009$) на 32,75 % за показники здорових дітей. Встановлено, що SD та RI мають вищі на 20,63 % показники при середньотяжкому перебігу, у порівнянні із іншими ступенями тяжкості. Відмічено, що TAMX нижчий на 17,09 % при тяжкому перебігу, а TAV має достовірну різницю між показниками при інтермітуючому перебігу та персистуючому тяжкому на 19,62 %. Нами встановлено збільшення TAMX та SD на 7 % у дітей, хворих на БА із неконтрольованим перебігом у порівнянні із дітьми, хворими на БА, які мали контрольований перебіг захворювання.

Висновки. За нашими даними про наявність ендотеліальної дисфункції у дітей, хворих на БА, свідчить зростання індексів TAMX, SD та PI у 1,73, 1,33 та 1,49 рази відповідно у порівнянні із показниками здорових дітей, що визначались за допомогою ультрасонографії плечових артерій.

О.М. Шийка, А.О. Шиманський, Ю.С. Придатченко.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ

Кафедра педіатрії №2

І. В.Сторожук (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність. Вірус Епштейна-Барра - дуже поширена герпетична інфекція і до 5 років життя понад 50% дітей інфікуються цим типом віруса, але у більшості дітей він не викликає важких симптомів захворювання. Інфікованість дорослого населення, за різними даними, становить 85-90% і лише у деяких групах дітей та дорослих вірус викликає появу клінічних симптомів, які називають інфекційним мононуклеозом. У незначній кількості випадків інфекційний мононуклеоз перебігає атипово, без вираженої лімфоаденопатії та характерних змін у аналізах крові.

Мета. Метою дослідження стало вивчення особливостей клінічного перебігу інфекційного мононуклеозу у дітей.

Матеріали та методи. Був проведений аналіз 50 історій хвороб дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні у інфекційно-діагностичному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Дослідження включало: загально-клінічні, біохімічні, імунологічні, серологічні, інструментальні, статистичні дані.

Результати. Отримані дані свідчать, що хлопчики хворіють інфекційним мононуклеозом у два рази частіше, ніж дівчатка. Вік дітей від 3 до 10 років. Відмічається сезонність захворювання, яка припадає на весну та осінньо-зимовий період в 82% випадків. Клінічний перебіг у всіх дітей характеризується вираженим інтоксикаційним синдромом із наявністю ознобу (у 65% випадків), підвищення температури тіла до фебрильних цифр (у 100%), кволість (у 60% до 85% випадків в залежності від віку). У 27% дітей спостерігався висип алергічного характеру. Збільшення лімфатичних вузлів (підщелепні, передньошийні) мали місце у 94% дітей до 2-3 см у розмірах, мало болючі при пальпації. У дітей молодшого віку у 37% випадків відмічалась одутловатість обличчя з явищами поліаденіту, храп увісні, що обумовлено гіперплазією лімфоїдної тканини. Гепатоспленомегалія спостерігалась в 87% дітей. Відмічається прямий кореляційний зв'язок у зменшенні гепатолієнального синдрому з нормалізацією температури тіла дитини. Такий важливий показник з боку аналізу крові, як атипові мононуклеари (віроцити), у 92% випадків спостерігались з перших днів захворювання, але в 8% дітей з'являлись лише на другому тижні захворювання. Усі випадки інфекційного мононуклеозу мали у 100% дітей сприятливий перебіг, прогноз та були обумовлені вірусом Епштейн- Барра.

Висновки. Інфекційний мононуклеоз у дітей потребує ще ретельнішого вивчення у випадку нетипового перебігу викликаного цитомегаловірусом та встановлення зв'язку вірусу Епштейн-Барра з розвитком різних видів лімфом.

А.А. Шидлівська
**СИНДРОМ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ
ТА ДІАГНОСТИКИ**

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

В.С. Олійник (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Дисплазія сполучної тканини є актуальною проблемою педіатрії, у зв'язку зі значною поширеністю, складністю діагностики, поліморфізмом клінічної картини та ризиком погіршення подальшої якості життя.

Мета роботи: визначити особливості клінічних проявів та діагностики синдрому дисплазії сполучної тканини у дітей.

Матеріали та методи: проведено огляд та аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють проблему дисплазії сполучної тканини у дітей.

Результати досліджень: синдром дисплазії сполучної тканини (ДСТ) – це системне захворювання сполучної тканини, патологічний стан, що зумовлений порушенням розвитку сполучної тканини в ембріональному та постнатальному періоді. Згідно статистичних даних, частота ДСТ складає 35–64%. Виділяють диференційовану та недиференційовану дисплазію сполучної тканини. Диференційована дисплазія включає в себе синдром Елерса-Данло, Марфана, Стіклера, незавершеного остеогенезу, еластичної псевдоксантоми та гаргіолізм. Недиференційована дисплазія має клінічні прояви, нехарактерні для спадкових синдромів. Синдром ДСТ проявляється зовнішніми (астенічний тип конституції, долихоцефалія, мікрогенія, блакитні склери, міопія, арахнодактилія, плоскостопість, варикозне розширення вен, деформація грудної клітки та хребта; гіпереластична, суха шкіра, гіпертрихоз тощо) та внутрішніми ознаками. Серед внутрішніх ознак переважають: неврологічні порушення (вегетативна дисфункція, вроджені арахноїдальні кісти головного мозку, енурез), синдром гіпермобільних суглобів та вісцеральний синдром (нефроптоз, дистопія нирок, дискінезії жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, гастроєзофагеальний рефлюкс, метроптоз). Також виділяють патології дихальної (трахеобронхомалія, бронхоектази), серцево-судинної (пролапс клапанів серця, ектопічно розташовані серцеві хорди, аневризми судин серця, ідіопатична артеріальна гіпотензія, порушення ритму і провідності серця), системи крові (підвищена кровоточивість, гемоглобінопатії, тромбоцитопатії) та органів зору (міопія, астигматизм, дистопія кристалика). Пацієнти з ДСТ є більш схильними до психічних розладів (іпохондрія, obsesивно-компульсивний синдром). Діагностика полягає в оглядах профільних спеціалістів (кардіолог, ортопед, невролог, офтальмолог, генетик тощо), лабораторних (визначення кількості гідроксипроліну, глікозаміногліканів та магнію в крові) та інструментальних (ЕхоКГ, ЕЕГ, КТ, УЗД тощо) методах обстеження.

Висновки. Таким чином, дисплазія сполучної тканини – це спадково-обумовлений патологічний стан, який проявляється порушеннями в усіх органах та системах та створює преморбідний фон для розвитку інших захворювань. У зв'язку з поліморфізмом клінічної картини спостерігаються труднощі у діагностиці.

О.О. Юхименко

**МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СПІРОМЕТРІЇ ДЛЯ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМ
ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ**

ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України»

О.О. Юхименко (к.мед.н., с.н.с.), А.О.Руденко (д.мед.н., проф.), Д.В. Самарін (д.мед.н., проф.), О.А. Ракша –

Слюсарєва (д.б.н., проф.), Стасенко А.А. (д.б.н., проф.), Н.А. Зелена, Дмитрієвський П.О., Дмитрієвська Д.І.

Актуальність: Рецидивуючий обструктивний бронхіт (РОБ) є важливою медико-соціальною проблемою. Багатьом пацієнтам з РОБ діагностується бронхіальна астма (БА), відповідно призначається терапія, яка є ефективною для попередження бронхіальної астми. В той же час ефективність протиастматичного лікування пацієнтів з РОБ є не доведеною. Це пов'язано з тим, що РОБ за своєю етіологією та патогенезом є інфекційним захворюванням, а БА – алергічним. Традиційним методом діагностики бронхообструктивних порушень у пацієнтів з БА є спірометрія, яка дозволяє оцінити статичні та динамічні показники системи зовнішнього дихання. Залишається питання чи можливе використання спірометрії з метою розмежування БА та РОБ.

Мета: Метою нашої роботи було оцінити можливості використання спірометрії з метою розмежування БА та РОБ.

Матеріали та методи: Було проведено спірометричне обстеження 67 дітей віком від 6 до 14 років на апараті SpirolabMIRII. З них у 33 дітей було дітей діагностовано РОБ, 34 дітей спостерігалася бронхіальна астма. Розподіл дітей за віком та статтю між досліджуваними групами був відповідним. Дослідження проводилося в періоді ремісії та під час загострення. Визначалися статичні (життєва ємкість легень (ЖЕЛ), форсована життєва ємкість легень (ФЖЕЛ)) та динамічні (форсована життєва ємкість легень за 1 секунду ФЖЕЛ₁, максимальна швидкість видиху (МШВ)) показники. У разі виявлення нормальних показників пацієнтам проводилася інгаляція з сальбутамолом, через 10 хвилин після якої дослідження повторювалося. Отримані результати

порівнювалися з належними за віком та статтю величинами, для подальшого аналізу використовувався відсоток відхилень показника від належної величини. Відмінності отриманих результатів оцінювалися за допомогою гетероскедастичного Т-тесту.

Результати: Було встановлено, що в періоді ремісії у всіх дітей з РОБ зміни в спірограмі були відсутні, тоді як в 9 дітей (26,47%) з БА після інгаляції сальбутамолу спостерігалось зростання динамічних показників більше ніж на 20%, що вказує на прихований бронхоспазм. Під час загострення у 26 дітей (78,79%) з РОБ та 29 (85,29%) з БА визначалися явні обструктивні порушення. В інших пацієнтів обох груп виявлявся прихований бронхоспазм. Відмінності у результатах спірометрії, проведеної під час загострення між групами виявилися недостовірними.

Висновки: У дітей з РОБ в періоді ремісії спірометричні зміни відсутні, на відміну від частини пацієнтів з БА. Причиною цих відхилень може бути неадекватна терапія БА. Під час загострення як в пацієнтів з РОБ, так і хворих на БА реєструються однакові зміни показників зовнішнього дихання за обструктивним типом. Використання спірометрії не дозволяє розмежовувати хворих з РОБ та пацієнтів з БА.

А.А. Иванова

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Кафедра педиатрии №2

О.А. Афанасьева (к.мед.н., ас.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность. В настоящее время гельминтозы являются одним из самых распространенных заболеваний среди детского населения, при этом значительно чаще встречается скрытое течение патологического процесса с развитием клинической симптоматики других заболеваний: аллергических состояний, анемии, хронической патологии желудочно-кишечного тракта, заболеваний органов кроветворной системы, что в совокупности с особенностями жизненного цикла гельминтов, обуславливает трудности их диагностики и приводит к длительному негативному влиянию на детский организм с развитием полиорганных реакций и поражений.

Цель. Выявление гематологических проявлений при гельминтозах у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ клинических данных 16 детей в возрасте от 1,5 до 17 лет, находившихся на лечении в гематологическом отделении КЗОЗ «Харьковской городской детской клинической больницы №16», у которых при обследовании выявлены глистные инвазии.

Результаты. Причинами обращения детей к врачу являлись следующие жалобы: бледность кожных покровов, слабость, снижение аппетита, извращение вкуса (желание есть мел, землю, сырое мясо, тесто), нарушение сна, утомляемость, раздражительность, подъём температуры тела, тошнота, боль в животе, нарушения стула (диарея или запор), беспокоившие их в течение длительного времени (от нескольких недель до месяцев). Среди выявленных у них гельминтозов преобладал токсокароз (у 8 детей), реже – энтеробиоз (у 3-х), аскаридоз (у 2-х), лямблиоз (у 3 пациентов), у двоих детей выявлено сочетание аскаридоза и токсокароза, причём вышеперечисленные жалобы отмечались в основном у детей с токсокарозом. При обследовании в стационаре у этих детей были диагностированы следующие состояния: железодефицитная анемия (у 43,7% детей), лейкомоидная реакция эозинофильного типа (у 18,7%), реактивная лимфоаденопатия (у 25,0%), гепатолиенальный синдром (у 56,5%), длительный субфебрилитет (у 6,25%), острый обструктивный бронхит (у 6,25%). Наиболее частыми лабораторными показателями являлись анемия средней и тяжёлой степени, лейкоцитоз до $25 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилия (до 57%), высокий уровень в крови γ -глобулинов (до 44%) и Ig E (до 880МЕ/мл), реже ускоренная СОЭ (до 45мм/час).

Выводы. Учитывая высокую распространённость гельминтозов среди детей, многообразие и неспецифичность клинической симптоматики, негативных воздействий на организм, при наличии у ребёнка астенического, анемического синдрома, гепатоспленомегалии, лимфоаденопатии, в план дифференциально-диагностических мероприятий необходимо включать обследование на гельминтозы.

A.V. Moshenska, O.V. Staeva, Y.V. Hutsuliak

ETIOEPIDEMIOLOGICAL FEATURES, TREATMENT AND CLINICAL, LABORATORY ASPECTS OF ZIKA VIRUS

Department of Pediatric Infectious Diseases

O. V. Nikulchenko (ass.)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsya, Ukraine

Relevance: Zika first time the virus became known in 1947. In today's world of talking Zika fever outbreak in 2007 in the Mycronesia and in French Polynesia and New Caledonia in 2013-2014. Over the past two decades, the number of cases has increased due to lower population immunity to infection, migration and climate change. At the end of January 2016 cases of fever have been reported in Europe, of Denmark, Sweden, Germany, Portugal, Finland, Switzerland and England, and the United States.

Objective: To analyze the epidemiological situation in the world and make a prospective analysis on the possible spread

of infection, identify ways to overcome them.

Materials and Methods: The clinical and medical history, statistical, comparative.

Results: Zika fever diagnosis based on the detection of viral RNA in clinical specimens of patients. Also, serology, immunofluorescence and enzyme-linked immunosorbent including blood tests, can indicate the presence of antibodies IgM and IgG. The first clinical symptoms - mild headache, fever to $C + 38,5^{\circ}$ and progressive maculopapular rash. The duration and strength of immunity after the disease accurate data available. Etiological treatment exists, only symptomatic therapy. Specific preventive maintenance is not developed. The relatively nonspecific, the main counter is in personal protection from mosquito *Aedes aegypti*. In addition, in early 2016 the governments of several countries in Latin America have asked women to postpone pregnancy due to Zika fever outbreak in the region. The Pan-American Health Organization (PAHO, WHO Regional Office) December 1, 2015 issued a statement epidemiological health authorities of North and Latin America Zika virus to spread in tropical and subtropical areas of the region. However, scientists conducting his own observations found that among all those who applied for aid, only 29% found in the blood pathogen present. Interestingly, almost all infected with the virus, were young women (86%). In addition, the Minister of Health of Brazil reported 270 cases of microcephaly and its possible association with Zika virus. However, all tested data communication with Zika diagnosis was confirmed only in six cases. European Centre for Prevention and Disease Control released in December 2015 publication on the possible connection also with the syndrome Guillain - Barre.

Conclusions: Thus, the situation regarding Zika fever epidemic and is gaining in most regions of the world. However, we must remember that each individual case must be confirmed by the laboratory to prevent speculation around this problem. The main objective is to address the development of specific prevention and treatment.

Tay Young Tsatsu, Plovs Offei, Elkanna Pappoe, Kwame Osei

CHILD HEALTH CARE IN GHANA

Department of propedeutics of children's diseases and nursing of the child

O.V. Lysunets (c. med. s., as.)

National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsa, Ukraine

Actuality: Improving the quality of paediatric care in hospitals was a key challenge in Ghana. Although the hospitals had good infrastructure such as available water and electricity, case management of common childhood conditions were below the recommended standard. But today, an opportunity to scale up this initiative on improving the quality of care has now been provided by the Better Medicines for Children (BMC) project, which has improved the availability and access to medicines for children in the country, in line with World Health Assembly Resolution 60.20 on BMC.

The aim: of the present work was to analyze the development of child health care in Ghana.

Material and methods: In Ghana there are public and private for childcare hospitals. Under the public hospitals, we have the regional, district and specialist hospitals. Under the private hospitals, we have not-for-profit, profit and faith based hospitals. Some popular Ghanaian public children's hospital are Korle-Bu Teaching Hospital in the Greater Accra Region, Okomfo Anokye Teaching Hospital in the Ashanti Region, Tamale Central Hospital in the Northern Region and Volta Regional Hospital in the Volta Region. The layout of facility of children's hospital is as follows: outpatient departments for children, emergency area or ward for children, isolation wards, neonatal intensive care unit, pharmacy. The paediatric hospital infrastructure systems are also as follows: running water, disinfectants, disposal box, functioning refrigerator for drugs and vaccines, information desk or complaints, ambulance and back up power supply in the event of power out. In the children's hospitals the health personnel in there are paediatricians, ward assistants, health-care assistants and student nurses. There are also non-health staff such as the cleaning staff and driver of the ambulance. In the paediatric ward the number of beds range from six to thirty one, which includes cots and adult-sized beds. Children from birth to 12 years were admitted to these wards. Beds have moderate space insecticide-treated nets were available in some wards. Blankets are routinely given to patients. According to the hospital health statistics in Ghana, the top five causes of admissions and deaths in children in all hospitals included malaria, anaemia, acute respiratory infections, pneumonia, diarrhoeal diseases and septicemia.

Results: Cost of hospital care in Ghana is a significant barrier so Government has brought about National Health Insurance Scheme so as to register children under this Scheme as they are in the exempt category.

Conclusions: Ghana, as we all know, is a developing country so child care delivery is not that efficient but Government are putting into place measure to ensure quality child care delivery.

G.Yu. Zvenigorodska

PROGRESSION OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN AND ANEMIA

Department of pediatrics №2

V.M. Dudnyk, (PhD.prof.)

Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsia, Ukraine

Relevance: Increasing number of children with chronic kidney (CKD) disease all over the world each year makes it important to investigate markers of the prognosis on the earlier stages of CKD. Proteinuria, hypertension, diabetes, and ethnicity are strong risk factors for progression of CKD. The main role in progression in glomerulonephritis belongs to

immunopathogenesis. IL -1 β is considered to be one of the factors of progression of chronic glomerulonephritis and have been shown to suppress erythropoiesis. Nowadays many scientists support the role of other non-immunologic mechanisms in the progression of these diseases.

Objective: The aim of our work was to determine influence of anemia on the progression of glomerulonephritis.

Materials and Methods: 64 child patients with chronic glomerulonephritis, 11,73 \pm 3,63 years were recruited into the study from 2010 to 2012. Our study included children with levels of eGFR > 90 ml/min. Genetic polymorphism, serum IL1 β , serum iron and erythropoietin (EPO) were evaluated

Results: We found that one-third of the children had anemia (36,13 \pm 3,86 %), iron deficiency was found in 34,38 \pm 3,82 % of patients with chronic glomerulonephritis. Analyzing the contents of IL -1 β and EPO in serum of children with chronic glomerulonephritis, we found that IL -1 β was significantly increased and EPO significantly decreased in children with persistent changes of urinalysis (gross hematuria, proteinuria), anemia and with progression of glomerulonephritis compared with remission and with healthy children ($p < 0.05$). The presence of C/T genotype is associated with increased production of interleukin-1 β in serum, decreased EPO and serum iron compared with children with genotype C/C ($p < 0.05$). A strong direct relationship between the level of IL-1 β in serum and C/T allelic polymorphism of the gene IL-1 β (-511) was found ($r = +0,56$) ($p < 0.05$). A strong indirect relationship between the level of serum iron and EPO and C/T allelic polymorphism of the gene IL-1 β (-511) was found ($r = -0,52$; $r = -0,47$ respectively) ($p < 0.05$). This indicates an increased level of secretion of IL-1 β in the presence of C/T genotype of IL -1 β together with decreased level of serum iron and EPO.

Conclusions: We demonstrated that presence of anemia, increased pro-inflammatory cytokine IL1 β , decreased EPO, C/T allelic polymorphism of the gene IL-1 β (-511) in glomerulonephritis has significant influence on progression of the disease in children.

ТЕРАПІЯ



INTERNALMEDICI NE

Е.І. Алієв

ЧИ БУЛА ПОДАГРА У МІКЕЛАНДЖЕЛО?

Кафедра внутрішньої медицини №1

Л.В. Швець (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність: Подагра – системне тофусне захворювання, що характеризується відкладенням кристалів моноурату натрію в тканинах та розвитком запалення у осіб з гіперурикемією, обумовленою як генетичними факторами, так і умовами зовнішнього середовища. Перші згадки про подагру відомі медицині ще за часів Гіпократата, який описав клінічні симптоми подагричного артриту. Лікарі відмічали, що вказаною недугою частіше хворіють розумні активні і талановиті люди, серед яких Ахіл, Олександр Македонський, Генріх VI, Мікеланджело, Лоренцо Медічі, Мопасан, Чарльз Дарвін, Пушкін та Франко.

Мета: Проаналізувати, згідно даних літератури захворювання Мікеланджело і обговорити гіпотезу стосовно того, чи хворів він на подагру.

Матеріали та методи: статті в наукових журналах, присвячені вивченню наявності подагри в Мікеланджело.

Результати: проведений аналіз публікацій встановив, що перші згадки про захворювання митця сягають 1510 року, коли, описуючи в листах, розпис Сікстинської капели у Ватикані, він згадує про біль в ногах та дискомфорт в положенні на спині. Рафаель у своєму живописі «Афінська школа» зобразив філософа Геракліта, зігнуте праве коліно якого було набряклим з вузловатими утвореннями навколо суглобу. В ті часи існувало припущення, що моделлю слугував сам Мікеланджело, адже відмічалася неймовірна схожість його з філософом. Інше документальне підтвердження наявності захворювань суглобів у скульптора сягає 1525 року, в якому гострий напад болю в носі та ознаки сечокам'яної хвороби за описанням дуже схожі до гострого нападу подагри, така ж картина повторилася в 1540 році. Лікар Реальдо Коломбо рекомендував Мікеланджело пити мінеральну воду із Вітербо. На сьогоднішній день вказану мінеральну воду застосовують для лікування сечокам'яної хвороби та виведення солей сечової кислоти. Мікеланджело дослухався порад лікаря, і наступне погіршення його стану в 1549 році, коли виникла анурія, пов'язана з обтурацією конкрементом сечоводів, також купіровалася після застосування води з Вітербо. Мікеланджело у всіх малюнках та скульптурах зображає чоловіків, праве коліно яких деформоване з «тофусними» утвореннями, однак сьогодні існує думка, що він зображав постаті родини Медічі, особливо Лоренцо, який був покровителем для Мікеланджело і його великим другом. Як відомо, вся родина Медічі страждала на захворювання опорно-рухового апарату, і достеменно невідомо про яке саме захворювання йдеться. Існує також думка вчених, що це могло бути своєрідною візитівкою митця.

Висновок: проведене дослідження не дозволяє виключити наявність подагри у Мікеланджело, незважаючи на те, що всі артрити на той час називалися «подагра».

М.І. Андрієнко, Х.О. Корвач

ЗАСТОСУВАННЯ ДИНАМІЧНОЇ ГЕПАТОБІЛІСЦИНТИГРАФІЇ ДЛЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПАТОЛОГІЮ ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Кафедра радіології та радіаційної медицини

Г.О. Романенко (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність. Захворювання печінки і жовчовивідної системи у дітей є однією з провідних проблем в сучасній гастроентерології. Літературні дані свідчать про широку поширеність і постійне зростання у всьому світі таких захворювань, як хронічний холецистит і дисфункції жовчного міхура. Часто ця патологія буває пов'язана із захворюваннями шлунку і дванадцятипалої кишки. Існуючі протягом тривалого часу функціональні захворювання гепатобіліарної системи (ГБС) можуть провокувати розвиток органічних уражень жовчного міхура - холецистит, жовчнокам'яну хворобу.

Мета. Проаналізувати сучасні дані літератури, стосовно значення динамічної гепатобілісцинтиграфії (ДГБСГ) в діагностиці патологій печінки і жовчовивідної системи у дітей, та визначити найефективніший метод діагностики даної патології.

Матеріали та методи. Аналіз робіт, присвячених питанню радіонуклідної діагностики стану гепатобіліарної системи дітей з патологією печінки і жовчовивідної системи, а також огляд результатів методів дослідження даної патології.

Результати. В протоколах обстеження хворих з патологією ГБС основне місце належить променевим методам дослідження, зокрема ультразвуковим і рентгенологічним. Найбільш часто застосовуваним і малоінвазивним методом є ультразвукове дослідження (УЗД), що дозволяє визначити стан печінки, форму і розмір жовчного міхура, виявити деформації, вроджені аномалії розвитку, запальні зміни, конкременти в жовчному міхурі та жовчних протоках. Але ці дослідження переважно анатомо-топографічні, і без додаткових засобів не дають можливість встановити тип дискінетичних розладів. Виходячи з цього, на перший план виходять методи діагностики, які додатково можуть надавати оцінку функціональних параметрів. Протягом тривалого часу в

діагностиці захворювань ГБС використовуються радіонуклідні методи дослідження. Для дослідження біліарного тракту застосовують ДГБСГ. Радіоізотопне дослідження з допомогою короткоживучих ізотопів технецію (^{99m}Tc) пов'язано із здатністю печінки поглинати радіоактивні речовини і виділяти їх разом з жовчю в систему позапечінкових жовчних ходів, де вони фіксуються за допомогою спеціальних приладів. Дослідження фізіологічне, не вимагає спеціальної підготовки пацієнта. Важливим позитивним чинником є низьке променеве навантаження. За допомогою ДГБСГ діагностуються порушення концентраційної і скоротливої здатності жовчного міхура, явища холестазу, стриктури позапечінкових жовчних ходів, і що дуже важливо - порушення діяльності сфінктерів біліарного тракту. Метод дозволяє визначати як поглинальну, так і видільну функції печінки, спостерігати за пасажом жовчі по біліарному тракту, виявляти локалізацію блоку.

Висновок. Об'єктивну оцінку стану гепатобіліарної системи необхідно застосовувати для уточнення активності захворювання, ефективності лікування, визначення субклінічних ознак хронізації і прогресування патологічного процесу в печінці та жовчному міхурі, прогнозу подальшого перебігу хвороби у пацієнтів з різноманітними захворюваннями печінки.

А.А. Ахмедова

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА У ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ: КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ТА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ.

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

В. М. Чернобровий (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: дослідження особливостей коморбідності ГЕРХ та АГ залишаються маловивченими. В більшості робіт визначаються лише окремі аспекти подібного поєднання захворювань. Тому дана проблема залишається однією з важливих в медицині.

Мета: вивчити клініко-анамнестичні та фармакотерапевтичні паралелі при коморбідності гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та артеріальної гіпертензії, за для покращення діагностики, лікування та профілактики поєднаної патології.

Матеріали: амбулаторні картки пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою та артеріальною гіпертензією.

Методи: клініко-статистичний метод; фармако-статистичний метод; аналіз супроводжуючих методів діагностики та лікування.

Результати: для досягнення поставленої мети і виконання завдань дослідження проаналізовано 600 амбулаторних карт пацієнтів з ГЕРХ та есенціальною АГ.

Обрані карти були розподілені на 4 групи: група №1 – 100 амбулаторних карт пацієнтів з ГЕРХ; №2 – 100 амбулаторних карт пацієнтів з АГ; №3 – 400 амбулаторних карт пацієнтів з коморбідним перебігом ГЕРХ та АГ; №4 – 31 амбулаторна картка практично здорових осіб без патології з боку ССС та ШКТ.

Оцінюючи вік хворих у групах №1, №2, №3 відмічалась тенденція до зростання діагностування ГЕРХ та АГ з віком. Пік захворюваності, за даними спостережень, припадав на вік 61 – 70 років.

За даними записів амбулаторних карт, симптоми ГЕРХ яскравіше проявлялися у пацієнтів 3 групи.

Під час оцінки впливу щоденного вживання кави, паління, порушення дієтичного харчування, наявності обтяженої спадковості на вираженість печії, відрижки та регургітації, в групах №1 та №3 χ^2 перевищив критичне значення, $p < 0.05$, тобто можна стверджувати, що існує вірогідний вплив щоденного вживання кави, паління та порушення дієтичного харчування на вираженість печії, відрижки та регургітації.

В результаті оцінки впливу збільшення маси тіла на клінічний перебіг ГЕРХ були отримані дані про більш виражену симптоматику ГЕРХу пацієнтів з ІМТ більше 25, у порівнянні з пацієнтами з ІМТ в межах від 18,5 до 24,99.

Оцінюючи особливості перебігу ГЕРХ залежно від наявності супутньої патології з боку ШКТ, отримані дані про збільшення відсотку печії та болю за грудиною серед пацієнтів з супутніми ФШД, виразкою 12-палої кишки, хронічним холециститом, хронічним панкреатитом.

Обробляючи амбулаторні карти були отримані наступні дані: ФЕГДС була проведена 73% пацієнтів у який серед скарг відмічалась печія. рН-метрія поводилась у 77,3% пацієнтів з проведеною ФЕГДС. Серед 500 пацієнтів з ГЕРХ, ерадикаційна терапія проводилась у 469 пацієнтів, серед яких оцінка наявності Нр інфекції відбулась лише у 178 осіб. Серед 400 осіб, з коморбідним перебігом ГЕРХ та АГ, 54,3% використовували в лікуванні АГ нітрати; 43,6% - β -блокатори.

Висновки: вивчення клініко-анамнестичних та фармакотерапевтичних паралелей коморбідності ГЕРХ та АГ є малодослідженою темою, та потребує більш уважного вивчення, задля покращення якості життя пацієнтів з поєднаним перебігом даних патологій.

А.В. Багінська, І.С. Самойдук
**СВІТОВІ ДОСЯГНЕННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ
ЗАСТОСУВАННЯ В УКРАЇНІ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології
Курс радіології
В.П. Данилевич (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Від пухлинних хвороб українське суспільство зазнає чималих людських, соціальних та економічних втрат, які можна було б зменшити у разі надання вчасної та ефективної медичної допомоги, важливою складовою якої є дистанційна променева терапія (ДПТ), зокрема стереотаксична радіохірургія. Світовий досвід свідчить, що ДПТ найчастіше застосовується при лікуванні злоякісних пухлин центральної нервової системи (90 %), раку грудної залози (83 %), пухлин голови та шиї (78 %), легень (76 %), шлунка (68 %), простати (60 %), лімфом (65 %).

Мета: Дослідити основні технології ДПТ, зокрема стереотаксичної радіохірургії і можливості їх застосування в Україні.

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

Результати: Сучасна дистанційна променева терапія представлена такими технологіями: 3DCRT, IMRT, SRS, адронною терапією. Технологія 3D-конформної фотонної терапії (3DCRT), придатна для лікування широкого спектра пухлинних захворювань. Подальший розвиток цієї технології дав можливість не тільки створювати індивідуальні конформні поля опромінення, але й змінювати його інтенсивність протягом одного сеансу залежно від об'єму пухлини (IMRT, променева терапія з модульованою інтенсивністю). В окремих випадках технології 3DCRT та IMRT не можуть забезпечити точне зосередження дози в маленькій мішені, як це необхідно, наприклад, при лікуванні пухлин головного мозку. Тут застосовуються технології стереотаксичної радіохірургії (SRS), які реалізуються за допомогою апаратів Гамма-ніж та Кібер-ніж. Один сеанс на апараті Кібер-ніж триває до 40 хвилин і фактично неінвазивно може знищити пухлини та інші патологічні осередки максимальним розміром до 3 см за 5 сеансів. Серед останніх досягнень технологій ДПТ є адронна терапія, яка застосовує високоенергетичні пучки прискорених протонів та іонів для прицільного знищення глибоких пухлин. Співвідношення дози в пухлині та на поверхні тіла може сягати 200:1, це сприяє ефективному ураженню генетичного апарату пухлинних клітин унеможлиблює подальше відтворення пухлини.

Висновки: Таким чином, ДПТ є перспективним напрямком протидії злоякісним новоутворенням, оскільки дає можливість ефективно лікувати онкохворих за малий проміжок часу. Нині в Україні досить обмежено застосовуються технології стереотаксичної радіохірургії, які реалізуються за допомогою єдиного апарата Кібер-ніж (встановленого в приватній клініці) та нечисельних сучасних лінійних прискорювачів.

А.В. Бердар
ЛИХОМАНКА ЕБОЛА – НАЙСТРАШНІША ПАНДЕМІЯ ХХІ СТОЛІТТЯ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини
О.С. Кравчук (д.мед.н., доц.)
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність: Лихоманка Ебола («Геморагічна лихоманка Ебола») — гостре контагіозне захворювання, з вираженим геморагічним синдромом у тяжкій формі, характеризується високою летальністю від 50% до 90%. На сьогоднішній день, лихоманка Ебола стала найстрашнішою пандемією ХХІ століття, яка охоплює африканський континент. Це смертельне захворювання, всього за один рік забрала життя більш, ніж семи тисяч чоловік і найгіршим в цьому є те, що на даний момент по-справжньому перевірених ліків від цієї недуги не існує. Жодна хвороба, крім ВІЛ/СНІД, не може зрівнюватись за рівнем розповсюдженості з лихоманкою Ебола. Якщо раніше, вона поширювалась тільки африканськими країнами, то починаючи з 2014 року, випадки захворювання і навіть смерті можна побачити в США, Іспанії.

Мета: Дізнатися як діагностувати, проводити профілактику і лікування лихоманки Ебола, ґрунтуючись на вивчених матеріалах.

Матеріали та методи: Природними господарями вірусу Ебола є фруктові кажани сімейства Pteropodidae. Ебола потрапляє в популяцію людини в результаті тісного контакту з кров'ю, виділеннями, органами або іншими рідинами організму інфікованих тварин. Основним джерелом інфекції являється – хвора людина. Зараження відбувається повітряно-краплинним, парентеральним, контактним і трансмісивним шляхом.

Інкубаційний період лихоманки коливається від 1 до 20 днів, в залежності від шляху передачі.

Симптоми: різке підвищення температури до 38-39 °С, головна біль, біль в м'язах та горлі. Потім проявляється нудота, сухий кашель, біль за грудиною, в деяких хворих відмічається біль в очних яблуках та кон'юктиві, висип на шкірі і як результат множинні геморагії, які призводять до смерті хворого.

Результати: Відповідно від вивчених матеріалів, діагностувати лихоманку Ебола важко, тому що вона схожа з іншими інфекційними захворюваннями. Для виявлення хвороби, потрібно зробити ряд досліджень:

- ензим-зв'язуючий імуносорбентний аналіз із захопленням антитіл;
- тести на виявлення антигенів;
- реакція сироваткової нейтралізації;
- полімеразна ланцюгова реакція зі зворотною транскриптазою (ЗТ-ПЛР);
- електронна мікроскопія;
- ізоляція вірусу в клітинних культурах.

Лабораторні дослідження потрібно проводити з максимальною біологічною ізоляцією.

Лікування поки що не розроблено, але існують 2 потенційні вакцини, які проходять тестування на безпеку для людей. Пацієнтам вводять в/в плазму в кількості 200-250 мл, в якій містяться антитіла до вірусу, що призводить до зниження рівня вірусемії. Специфічної профілактики поки що не існує. Важливим значенням в успішній боротьбі зі спалахами має залучення місцевих громад, виявлення та ізолювання хворих (близько 21 дня), епіднагляд, безпечні поховання, підвищення інформованості населення.

Висновки: Використавши дані про лікування, профілактику і діагностику лихоманки Ебола, можна знизити рівень захворюваності та поширення цієї страшної хвороби не тільки країнами Африки, а й запобігти її проявів в інших країнах.

К. І. Бірюкова

СПЕКТР ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ЗАЛЕЖНО ВІД МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН В ПЕЧІНЦІ

Кафедра інфекційних хвороб

О.О. Войналович (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За останні роки стало відомо, що HCV-інфекції належить особлива роль у розвитку позапечінкових уражень. Це ствердження стосується як високої частоти цих проявів, так і особливостей їх спектра. Хронічний вірусний гепатит С - це не тільки інфекційне захворювання печінки, а системна вірусна інфекція. HCV-інфекція належить особлива роль у розвитку позапечінкових уражень, котрі не лише маскують ураження печінки, але й можуть визначати прогноз захворювання.

Мета: Проаналізувати позапечінкові прояви у хворих на хронічний гепатит С генотипу 1, 3, залежно від морфологічних змін у печінці.

Матеріали та методи: Обстежено 66 хворих на ВХГС, які лікуються у Вінницькому гепатологічному центрі. Стадію фіброзу печінки та гістологічну активність визначали еластометрією (фіброскан) за шкалою «METAVIR».

Результати: У хворих за ступеню фіброзу печінки (F3-F4) частота виявлення судинної пурпури, Тріада Мельтцера, геморагічного васкуліту була вище ніж у пацієнтів з F3-F2. Проте не було виявлено статистично значущої різниці в частоті реєстрації таких клінічних проявів, як виражена загальна слабкість, артралгії та ураження нирок залежно від стадії фіброзу. Аналіз інших проявів які виходять за межі КГС – показує відсутність різниці в частоті їх виявлення у хворих з різними стадіями фіброзу печінки. Цукровий діабет 2 типу, був зареєстрований у хворих -2%, периферична сенсорна полінейропатія – 2.9%, імунна тромбоцитопенія – 1.9%.

Висновки: Хронічний гепатит С у хворих зі стадіями фіброзу печінки F3-F4 характеризується збільшенням ознак судинної пурпури, триада Мельтцера, геморагічного васкуліту. Висока частота виявлення і різноманітність спектра ПП проявів у пацієнтів з хронічною HCV-інфекцією зумовлюють необхідність визначення клініко-патогенетичних механізмів їх формування.

А.Є. Богомолів

ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ОЦІНКИ АЛЕРГІЧНИХ ШКІРНИХ ПРОБ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕДИЧНОЇ ТЕРМОГРАФІЇ

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології

Б.М. Пухлик (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Шкірні тестування методами прик- та патч-тесту є поширеними методами діагностики алергічних реакцій різних типів. Втім, існує ряд проблем з інтерпретацією результатів тестування і одією з них є суб'єктивність оцінки – неправильне вимірювання розміру реакції, похибки вимірювання та невірна інтерпретація.

Методи: Вимірювання проводилися з використанням інфрачервоної камери ULIRVisionTI-120 для 25 хворих. 10 алергенів і 2 контрольних тести (один негативний для патч-тестів) були використані. Два кваліфікованих лікарів - алерголога були залучені для інтерпретації результатів візуально незалежно один від одного. Реакції шкіри були оцінені через 20 хвилин для прик-тесту і 72 години для патч-тесту. Всі результати вимірювань були

класифіковані відповідно до класифікації як негативна, сумнівна, слабка (+), сильна (++) і дуже сильна (+++) реакції.

Результати: При порівняльному аналізі результатів візуального та термографічного вимірювання розмірів папул після прик-тестів ми виявили високий ступінь кореляції ($R = 0,9$), однак різниця між розмірами папули в середньому становила 1,5 мм (95% ДІ: 0,01; 0,02). Десять тестів інтерпретувалися візуально як негативний та термографічно як сумнівний. При порівняльному аналізі результатів візуального та термографічного вимірювання розмірів реакції після патч-тестів коефіцієнти кореляції варіювалися від 0,725 до 0,952 (середній ступінь зв'язку). Втім, збіги візуального аналізу алергологами та термографії склали лише 70% випадків (95% ДІ: 0,67; 0,74). Повний збіг клінічних і теплових результатів спостерігався тільки для негативних проб.

Висновок: Термографія може використовуватись з метою уникнення суб'єктивних помилок та об'єктивізації аналізу шкірних алерготестів.

Є.Л. Болінська

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІАГНОСТИКИ РЕСПІРАТОРНИХ IgE-ЗАЛЕЖНИХ ХВОРОБ МЕТОДОМ ШКІРНОГО ТЕСТУВАННЯ – ПРИК-ТЕСТ (in vivo) ТА ТЕСТ-СИСТЕМОЮ POLYCHECK (in vitro)

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології

О.Б. Бондарчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Незважаючи на різноманітність специфічної діагностики та лікування алергічних захворювань, важливою залишається проблема поширеності IgE-залежних респіраторних хвороб. Основним методом діагностики IgE-залежних реакцій *in vivo* є шкірне тестування (прик-тест), яке має свої покази і протипокази. В випадках неможливості його проведення сьогодні можливе використання сучасних тест-систем *in vitro* для виявлення причинного алергену та оптимізації диференційної діагностики цих патологій.

Мета: Співставити отримані дані дослідження *in vivo* та *in vitro* у пацієнтів з IgE-залежними респіраторними хворобами та визначити діагностичну цінність лабораторного дообстеження методом Polycheck (респіраторна панель).

Матеріали та методи: В дослідженні приймали участь 164 пацієнта, серед них 98 жінок та 66 чоловіків, середній вік яких становив 33 ± 4 р. Дослідження проводились на базі Алерго-імунологічного центру м. Вінниці. Усі пацієнти мали в анамнезі клінічні прояви IgE-залежних респіраторних хвороб. Наявність сенсibilізації до причинних алергенів визначали за допомогою прик-тестів (*in vivo*) та тест-системи Polycheck (*in vitro*).

Результати: Алергічну природу симптомів було відмічено у 93 пацієнтів серед 164 досліджуваних. Основними причинними алергенами, при проведенні тестування *in vivo*, були основні компоненти домашнього пилу - кліщі роду *Dermatophagoides Pteronossinusta* *Dermatophagoides Farinae*; алергени дерев (ольха, ліщина), злаки (тимофіївка лугова, пилко жита) та бур'яни (амброзія). У обстежуваних спостерігались різко позитивні (17), позитивні (55) та сумнівні (21) гіперчутливі реакції. Наступним етапом діагностики пацієнтів із сумнівними пробами та у більшості пацієнтів із позитивними результатами стало обстеження *in vitro* за допомогою тест-системи Polycheck. Дані дослідження показали співпадіння результатів виявлення сенсibilізації до побутових (кліщі домашнього пилу), пилоквих алергенів (тимофіївка лугова, пилко жита, амброзія та інші) як *in vivo* (прик-тест) так і методом Polycheck (*in vitro*). Використання інгаляційної панелі Polycheck дало змогу додатково виявити у пацієнтів з IgE-залежними респіраторними хворобами сенсibilізацію до цвільових грибів (*Penicillium notatum*, *Alternaria alternata*, *Cladosporium herbarum*, *Aspergillus fumigatus*), яка у 15-30% супроводжувала побутову чи пилову сенсibilізацію.

Висновки: Тест-система Polycheck може бути використана як альтернатива у діагностиці IgE-залежних респіраторних хвороб у випадках, коли є неможливим проведення шкірного тестування.

Я.С. Боровська, А.О. Смотрицький

ЛИХОМАНКА НЕУТОЧНЕНОГО ГЕНЕЗУ: ПОШИРЕНІСТЬ У ХВОРИХ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА СТРУКТУРА ПРИЧИН

Кафедра внутрішньої медицини №1

І.І. Андрушко (д.м.н., проф.), І.П. Гунько (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Спектр захворювань, що лежать в основі ЛНГ досить широкий, і включає захворювання які належать до компетенції терапевтів, хірургів, онкологів, інфекціоністів та інших спеціалістів, що свідчить про міждисциплінарну проблему ЛНГ, поширеність якої в Україні становить 9,2%.

Мета: визначити поширеність ЛНГ у хворих Вінницької області та вивчити структуру її причин

Матеріали та методи: проведено статистичний аналіз та обробка даних історій хвороб пацієнтів пульмонологічного, ревматологічного, гематологічного відділень ВОКЛ імені М.І. Пирогова за 2012-2015 рр. Загальна кількість хворих з ЛНГ 36, з них жінок 22, середній вік ($44 \pm 0,95$ років) та 14 чоловіків, середній вік

(48 ± 0,5 років).

Результати: в ході проведеного дослідження нами встановлено, що поширеність в цілому становить 5,6%. По відділеннях: пульмонологічне – 22%, ревматологічне - 69%, гематологічне- 9%. Серед структури причин ЛНГ за даними досліджених історій хвороб : інфекції 23,25%, автоімунні 58,1%, інші 18,6%. Серед інфекцій: сепсис- 55%, інфекційний мононуклеоз -26%, вірус Епштейн -Барр -19% ; серед автоімунних – СЧВ-42%, РА- 40%, інші – 18%. ; серед інших: онкогематологічні – 52%, солідні пухлини – 14%, НЦД – 24%, лікарські реакції - 10%. Через невідповідність з діагностичними критеріями ЛНГ, некоректно було встановлено – 8% діагнозів. Встановити етіологію ЛНГ не вдалось у 12% випадків. На одного хворого проведено в середньому – 8 неінвазивних клінічних обстежень, серед яких діагностично достовірними було 5, інвазивних 3 з достовірністю 3. Після повного обстеження хворих переважало призначення специфічної терапії, в 12% випадків призначено емпіричну терапію (антибактеріальна, НПЗЗ) та спостереження за станом пацієнта.

Висновки: дослідивши структуру причин лихоманки неуточненого генезу, ми дійшли висновку, що етіологічними чинниками даної нозології частіше є інфекційні агенти, автоімунні захворювання та пухлини. Зокрема, серед пацієнтів ВОКЛ імені М.І.Пирогова, поширеність ЛНГ становить 5,6%, етіологічно переважали автоімунні захворювання. Кінцевий діагноз було підтверджено, у більшості випадків, за допомогою неінвазивних методів дослідження (5 достовірних з 8 проведених), проте їх інформативність менша в порівнянні з інвазивними дослідженнями (3 достовірних з 3), що були проведені окремим пацієнтам. Базуючись на дані діагностики було призначено у 78% специфічну терапію, і лише у 12% випадків – емпіричну (антибактеріальна, НПЗЗ). Вважаємо, що подальші дослідження причин ЛНГ допоможуть встановити кінцевий діагноз та покращити принципи лікування.

А.О. Брюханова

МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ: ЗВ'ЯЗОК З ПЕРЕБІГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра внутрішньої медицини №1

О.Ю. Галютіна (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність: За літературними даними, у хворих на ревматоїдний артрит (РА) досить часто реєструється дисліпідемія в вигляді гіпертригліцеридемії та зниження вмісту ХС ЛПВЩ. Поєднання такої форми дисліпідемії з артеріальною гіпертензією є складовими метаболічного синдрому (МС). Данні літератури свідчать, що у хворих з МС мають місце значно вищі рівні С-реактивного протеїну (СРП), що є несприятливим прогностичним фактором стосовно таких серцево-судинних подій як гострий коронарний синдром, транзиторні ішемічні атаки, ІМ, тощо. За даними літератури, у хворих на РА вища частота МС, і, особливо така, що асоціюється з високою активністю запального процесу, очевидно, і лежить в основі значно вищої частоти серцево-судинних ускладнень, які реєструються у цієї категорії пацієнтів.

Мета: вивчити частоту МС серед хворих на РА, його зв'язок з перебігом захворювання.

Матеріали та методи: Обстежено 60 хворих на РА, з них 42 (77%) жінок та 18 (23%) чоловіків, віком 25 – 63 років (середній вік – 47,6±9,14 років). Тривалість захворювання становила від 1 до 26 років (середня тривалість захворювання – 9,1±6,4 років). Діагноз РА встановлювали на основі АКР-критеріїв (1987). Клінічне обстеження включало визначення активності РА за шкалою активності (ШАХ). У сироватці крові визначали рівні С-реактивного протеїну (СРП) імуноферментним методом. Рівні загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ) в сироватці крові визначали уніфікованим методом; холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) розраховували за формулою Friedwald (1997).

Результати: Було встановлено, що серед хворих на РА МС реєструвався у 22% осіб. Аналіз модифікованих факторів ризику серцево-судинних захворювань показав, що група хворих на РА з МС мала вищий індекс маси тіла (ІМТ) (на 20,7%) ніж хворі без МС. Ця група пацієнтів мала достовірно більший відсоток хворих з дисліпідемією, ніж хворі без МС (в 1,3 раза), а саме у хворих на РА з МС мало місце зниження вмісту ХС ЛПВЩ та підвищення вмісту ТГ та достовірно підвищеним рівень ЗХС та ХСЛПНЩ.

Встановлено, що хворі на РА з МС мали вірогідно вищі рівні СРП (на 22%), а також більш важкий стан оцінений за ШАХ. Зокрема, якщо в останній групі активність за ШАХ дорівнювала 4,55±0,73 балів, то в групі хворих на РА без МС близько 4,20±0,76 балів, або була нижчою приблизно на 10%.

Висновки: Метаболічний синдром у хворих на РА зустрічається у 22%. Наявність МС у хворих на РА асоціюється з клінічними (ШАХ) та лабораторними (СРП) показниками активності запального процесу, що, можливо, має певне значення при прискоренні атерогенезу у цієї категорії пацієнтів.

Ю.Ю. Валецький, Д.А. Седлярчук
**ЗАСТОСУВАННЯ МЕБІКАРУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ПРИ ВІДМОВІ ВІД
ЛІКУВАННЯ**

Кафедра фтизіатрії і пульмонології
М.І. Сахелашвілі (д.мед.н., проф.)

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

Актуальність: Узагальнені літературні дані 37 джерел інформації свідчать, що близько $9,52 \pm 1,81$ % хворих на туберкульоз легенів, з різних причин, лікування не отримують. В нашій країні, згідно законодавства, лікування може здійснюватись лише після того, як пацієнт, будучи проінформованим, дасть на це свою добровільну згоду. Нами вивчалась частота та причини відмови від лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів.

Мета: Вивчити ефективність мебікару (фірмова назва – адаптол) на тлі раціональної і роз'яснювальної психотерапії з сугестією для отримання згоди на проведення специфічної терапії у хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів.

Матеріали і методи: Під нашим спостереженням знаходилось 43 (100%) хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів, які відмовлялись від проведення специфічної терапії. Всі вони були жителями Львівської області. Даних пацієнтів розподілили на дві групи: І(основна) – 25 (58,14 %) чоловік і ІІ(контрольна) – 18 (41,86 %) чоловік. За віково-статевим складом, освітою, соціальним станом, місцем проживання, поширеністю патологічного процесу обидві групи були аналогічними. Пацієнтам обох груп, з метою отримання згоди на лікування, проводили роз'яснювальну психотерапію з сугестією, а представникам І групи додатково призначали мебікар по 1 таблетці (0,3 г) тричі на день незалежно від вживання їжі.

Результати: Проведені дослідження засвідчили, що застосування мебікару сприяло:

- а) зменшенню кількості проведених психотерапевтичних сеансів до того часу, доки хворий не погодився на лікування, в 1,67 раз (з $5,84 \pm 0,43$ до $3,49 \pm 0,56$ сеансів; $t = 3,3284$; $P < 0,001$);
- б) зменшенню часу, затраченого на одну психотерапевтичну корекцію, в 2,03 разу (з $0,67 \pm 0,03$ до $0,33 \pm 0,02$ год.; $t = 9,4299$; $P < 0,001$);
- в) зменшенню кількості днів, через яку хворі погодились на лікування в процесі психотерапевтичної корекції, 1,68 раз (з $7,01 \pm 0,54$ до $4,17 \pm 0,21$ днів; $t = 4,9017$; $P < 0,001$);
- г) зменшенню кількості переривань лікування в процесі основного курсу антимікобактеріальної терапії в 10,03 раз (з $3,21 \pm 1,12$ до $0,32 \pm 0,03$ переривань; $t = 2,5794$; $P < 0,02$).

Висновки: З цих міркувань можна стверджувати, що транквілізатор мебікар сприяє потенціюванню раціональної і роз'яснювальної психотерапії з сугестією і його доцільно використовувати у пацієнтів які відмовляються від проведення специфічної терапії при вперше в житті встановленому діагнозі туберкульозу легенів.

Я.В. Вівчарук

**ГІПОТИРЕОЗ НА ТЛІ АІТ ТА ПОРУШЕННЯ ОВАРІО-МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ У ЖІНОК
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.**

Кафедра ендокринології

З.П. Ніжинська-Астапенко (ас.)

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

Актуальність: У структурі ендокринних захворювань провідне місце займає патологія щитоподібної залози(48,67%),серед якої значною складовою є аутоімунний тиреоїдит. Аутоімунний тиреоїдит- аутоагресивне захворювання,що обумовлене аутоімунізацією тиреоїдними антигенами, морфологічним проявом якого є лімфоїдна та плазмоцитарна інфільтрація щитовидної залози з наступним її руйнуванням та заміщенням сполучною тканиною.Особливо актуальним АІТ є у жінок фертильного віку, що викликає порушення репродуктивної функції- є частою причиною порушення оваріо-менструального циклу, безпліддя,патології перебігу вагітності та має негативний вплив на нервово-психічну сферу.

Мета:дослідити порушення оваріо-менструального циклу у жінок з аутоімунним тиреоїдитом зі зниженою функцією.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було опрацьовано 90 амбулаторних карт жінок Вінницької області віком від 15 до 35 років із захворюванням АІТ на базі ВОКЕД за 2015 р.

Результати: Нами встановлено, що тривалість захворювання у жінок складала :до 6 місяців – у 18 жінок(20%), 6місяців-1 рік – 23(25,6%),1-5 років – 37(41,1%),5-10років-12(13,3%).У67 із досліджуваних жінок діагностували гіпертрофічну форму АІТ(74,4%). У 23 жінок- атрофічна форма АІТ (25,6%). Скарги які виникали у жінок: дискомфорт та стиснення шиї у 67 (74,4%), надмірна маса тіла-70 жінок(65%),сухість шкіри- 65(72,2%),закрепи – 78(86,6%), тахікардія – 50(55,5%), одутлість обличчя-54(60%), зниження фізичної активності – 85(94,4%). Рівень гормонів щитовидної залози при першому зверненні складав: ТТГ 9,06-30,84мкмоль/мл; вільний Т4 0,56-

4,35; АТдо ТПО 65-329,6. Початок менструальної функції : 11-13 років – у 45 жінок(50%),13-15 років – 36(40%),>15 років – 9(10%).При УЗД досліджені діагностували такі зміни:збільшення об'єму ЩЗ у 67 жінок(74,4%), зменшення об'єму у 23(25,6%). Наявність вузлів у 78 жінок(86,6%). Неоднорідність ехоструктури у 90 жінок (100%). У досліджуваних жінок виникали порушення менструального циклу у вигляді:дисмеонрея-у 65 жінок(72,2%),первинна аменорея -5(5,55%),вторинна аменорея-30(33,3%),олігоменорея – 38(42,2%).

Висновок. На основі опрацьованої інформації можна зробити висновки, що у жінок репродуктивного віку з гіпотиреозом на тлі АІТ найчастішою формою порушення менструального циклу є дисменорея, досить часто – олігоменорея, та часто –вторинна аменорея.

Д.О.Гацька

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології

С.В. Зайков (д. мед. наук, проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Алергічні захворювання являють собою глобальну проблему сучасної медицини, а їх поширеність, за даними різних авторів. Коливається в широких межах, що пов'язано з використанням різних методів дослідження.

Мета. Вивчення розповсюдженості алергічних захворювань серед дітей та молоді Вінницької області.

Матеріали та методи. На першому етапі клініко-епідеміологічного дослідження, за допомогою анкет для скринінгу алергічних захворювань, було опитано 7784 особи віком від 3 до 27 року(серед них - 4532 дітей та 3252 - молоді). Дітям та молоді, з підозрою на atopію, була проведена верифікація діагнозу (2-й етап). При постановці діагнозу застосовувались загально прийняті критерії, викладені в GINA,ARIA та інших міжнародних узгоджувальних документах та затверджених вітчизняних стандартів діагностики алергічних захворювань.

Результати. Після проведення алергологічних і клініко-функціональних досліджень діагноз алергічних захворювань був підтверджений у 1 333 (17,12%) осіб, тобто менше у 1,61%раза, ніж було виявлено осіб з ймовірними ознаками алергії під час першого етапу дослідження - 2151 (27,63%). З них, бронхіальна астма була верифікована у 343 обстежених (4,41%), алергічний риніт - у 524 обстежених (6,73%), atopічний дерматит - у 466 обстежених (5,99%) Поширеність поєднання алергічного риніту з бронхіальною астмою була в 4.5 раза нижчою за відповідні дані, отримані під час анкетного скринінгу (1,08% проти 4,92% випадків). Поширеність трьох форм алергічних захворювань після верифікації діагнозу виявилася в 2,3 раза нижчою за ту, що була отримана під час анкетного скринінгу (1,00% проти 2,33% випадків). Бронхіальна астма частіше зустрічалася серед дітей віком 3-6років (8,16%), що вдвічі перевищило показники поширеності даного захворювання, отримані серед дітей віком 7-18 років (4,00%), та в 2.6 раза перевищило показники поширеності бронхіальної астми серед осіб 19-27 років (3,11% випадків). Алергічний риніт є однаково поширеним захворюванням серед дітей 3-6 років та 7-18 років (9,32% та 8,30%) і зустрічається у дітей цих вікових груп частіше, ніж у представників молоді віком 19-27 років (4,09% випадків). Atopічний дерматит достовірно частіше діагностується у дітей 3-6 років (11,99% випадків), ніж у 7-18-річному віці (5,99% випадків) та серед осіб віком 19-27 років (3,29% випадків).

Висновки. Проведене дослідження підтверджує необхідність своєчасної діагностики алергічних захворювань, виявлення спектру причинних алергенів для вибору правильної тактики лікування та попередження прогресування алергічних захворювань.

Є.О. Гетьманенко,І.О. Умен, А.О. Косташ

ХІРОМАНТІЯ У ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

А.Г. Степанюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хіромантія – це стародавня наука розкриття інформації про людину по лініях на її долоні. Хіромантія виникла тоді, коли наші предки вперше звернули увагу на те, що руки і долоні у всіх людей абсолютно різні. Стародавні мудреці зіставили знання про людину з малюнком її долонь, ось так і виникли перші передбачення по лініях руки. Хіромантія в медицині дає можливість ранньої діагностики та профілактики захворювань серцево-судинної системи. Також за допомогою цього методу можна попередити розвиток можливих ускладнень у хворих з серцево-судинними захворюваннями.

Мета: Підвищити інформативність огляду пацієнта. Покращити діагностику і профілактику захворювань серцево-судинної системи.

Матеріали та методи: В обстеженні прийняли участь 13 пацієнтів кардіологічного центру в МКЛ №1 м. Вінниці. Відбитки були виконані пальчиковими фарбами на папері. Досліджувалась наявність ознак

захворювань серцево-судинної системи з різними формами ішемічної хвороби серця (стенокардія, інфаркт міокарда). Також було проведено анкетування та обстеження контрольної групи з 12 здорових людей віком 17-19 років.

Результати: На долонях 13 досліджуваних пацієнтів були виявлені ознаки, що свідчать про наявність серцево-судинного захворювання (перенесений інфаркт міокарда, стенокардія). У 5 осіб контрольної групи методом анкетування виявлена спадкова схильність до серцево-судинних захворювань, наявні характерні ознаки на долонях. У 1 людини контрольної групи ознаки серцево-судинного захворювання на долоні були, але спадкова схильність була відсутня. У решти досліджуваних (6 чоловік) ознак захворювань на долонях не було виявлено, спадкової схильності до серцево-судинних захворювань у них також не було.

Висновки: Хіромантія може бути скринінговим методом діагностики серцево-судинних захворювань, ні в якому разі не претендує на конкуренцію з інструментальними методами дослідження. Дозволяє виявити схильність пацієнта до захворювання та можливо профілакувати його виникнення, дає змогу завчасно попередити розвиток ускладнень при захворюваннях серцево-судинної системи.

К.В. Гиренко, О.В. Сулімко

РОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одне з найбільш розповсюджених (14% - 20% чоловічого населення, 3%-8% жіночого населення) пуль монологічних захворювань. У зв'язку з зростаючою захворюваністю, високою смертністю, економічними збитками які вони наносять суспільству спільним інтересом клініцистів є збільшення тривалості збереження ефектів комплексного лікування хворих на ХОЗЛ і зменшення обсягу застосування лікарських препаратів, чого можна досягти за допомогою фізичної реабілітації. Це пов'язано з корегувальним впливом ЛФК на біомеханіку дихання, поліпшення бронхіальної прохідності, прискоренням зворотнього розвитку запального процесу і збільшенням резервів ФЗД.

Мета: Визначення ролі фізичної реабілітації у комплексному лікуванні хронічного обструктивного захворювання легень.

Матеріали та методи: До дослідження було залучено 40 пацієнтів з ХОЗЛ II і III ступеня важкості (ступінь важкості перебігу ХОЗЛ встановлювався відповідно до критеріїв GOLD), віком від 50 до 75 років, що склали групу спостереження. Пацієнтам було запропоновано ранкову гігієнічну гімнастику, звукову гімнастику, дозовану лікувальну ходьбу, дихальні вправи статичного та динамічного характеру (з акцентом на видиху) на протязі 3 місяців, з прийомом призначених лікарем препаратів. Перед початком та після закінчення періоду реабілітації було визначено функцію зовнішнього дихання (ОФВ₁, ФЖЄЛ) за допомогою спірометрії.

Результати: Аналіз клінічної картини показав, що пацієнти, які виконували рекомендовані лікувальні вправи відмічали покращення загального стану (зменшення задишки, кашлю, підвищення фізичної витривалості). За результатами фізичного дослідження показників ФЗД у хворих на ХОЗЛ після реабілітації було отримано такі дані: у 28 пацієнтів (70%) – підвищення ОФВ₁/ФЖЄЛ складало 3-6% від даних попередніх досліджень, у 9 пацієнтів (22,5%) – підвищення ОФВ₁/ФЖЄЛ – на 1-2% від попередніх даних, у 3 пацієнтів (7,5%) – не спостерігалось покращення загального стану і відповідно показників ФЗД.

Висновки: Дане дослідження показує, що спільне застосування сучасних засобів фармакотерапії і реабілітації може забезпечити у хворого на ХОЗЛ підвищення толерантності до фізичного навантаження і позитивно змінити динаміку захворювання. Тому медичну реабілітацію хворих на ХОЗЛ слід вважати особливим динамічним і творчим процесом, що визначає заключну ефективність комплексного лікування і максимальне відновлення працездатності.

О.О. Гладкий

СКТ- ДІАГНОСТИКА ЦИРОТИЧНИХ ЗМІН У ПЕЧІНЦІ НА ФОНІ ДИФУЗНИХ ЗМІН ЇЇ СТРУКТУРИ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.О. Гавриленко (к.мед.н.,ас. каф.)

Вінницький національний медичний університет ім М.І.Пирогова

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Частота виявлення цирозу печінки серед усіх нозологічних форм, за світовою статистикою становить 2-8%. На сьогоднішній день існує багато інструментальних та лабораторних методів дослідження цирозу печінки. До основних інструментальних методів відносяться: УЗД, МРТ і КТ. Останнє дозволяє одержувати за короткий час велику кількість аксіальних зрізів та найбільш детально візуалізувати печінку, судини і жовчні протоки.

Мета: Визначити частоту виявлення дифузних змін у печінці за результатами СКТ досліджень у хворих з підозрою на цироз печінки, у порівнянні зі статтю та віком пацієнтів. Також дослідити структуру, архітектуру

органа та наявність супутніх захворювань і змін в інших органах.

Матеріали та методи: Було проаналізовано результати СКТ- досліджень черевної порожнини 57 пацієнтів з метою діагностики характеру патологічного процесу в печінці. Діагностичні СКТ- матеріали отримані на клінічній базі НДЦ ВНМУ. СКТ- дослідження черевної порожнини було проведено за стандартною методикою візуалізації за допомогою спірального комп'ютерного томографа "SeleCTSP" фірми "Elscont" (Ізраїль). Для візуалізації структур органів проводили пошарове сканування черевної порожнини, з товщиною томографічних зрізів 5мм.

Результати: Було проаналізовано 57 пацієнтів віком 29-87 років з діагнозом цироз печінки. Переважна більшість хворих вікової категорії 50-59 років 42,1% (24 хворих), далі пацієнти 60-69 років 21% (12 хворих), 70-79 років 15,8% (9 хворих), 40-49 років 12,3% (7 хворих), 80-89 років 5,4% (3 хворих), 30-39 років 1,7% (1 хворий), 20-29 років 1,7% (1 хворий). У 89,5% (51 хворих) відмічається наявна портальна гіпертензія. Печінка неомогенної структури у 22,8% випадках (18 хворих). На СКТ знімках органів черевної порожнини у 72% (41 хворих) спостерігається асцит у значній або помірній кількості. Наявність рідини у плевральній порожнині (10-25мл) у 14% (8 хворих). Збільшення печінки та селезінки гепатоспленомегалія 56,1% (32 хворих). Гепатомегалія 12,3% (7 хворих). Спленомегалія 17,6% (10 хворих). Атрофія печінки спостерігається у 6% випадків (8 хворих). Також варто зазначити, що атрофія печінки майже у всіх випадках візуалізувалась разом із спленомегалією. Більша частота ураження печінки у чоловіків 84,2% (48 хворих), жінки 15,8 % (9 хворих). Із супутніх захворювань варто відмітити, що хронічний холецистит був виявлений у 91,2% (52 хворих). Гепатоцелюлярний рак на фоні цирозу печінки відмічається тільки у 3,5% випадків (2 хворих).

Висновок: Отримані дані вказують на частоту ураження осіб віком від 50 до 59 років у більшості випадках чоловічої статі. Що супроводжується асцитом, портальною гіпертензією, гепатоспленомегалією.

О.О. Говардовська

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВТОРНИХ ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ З НЕВДАЧЕЮ ЛІКУВАННЯ

каф. Фтизіатрії та пульмонології

О.С. Шевченко (проф., д.м.н.)

Харківський національний медичний університет

Актуальність теми: Для діагностики та лікування туберкульозу в Україні використовуються сучасні технології та схеми. Однак такий епідемічний показник, як кількість повторних випадків залишається стабільним. За останні роки коливається в межах 30%. Відомо, що повторні випадки супроводжуються більш широкими спектрами хіміорезистентності, порівняно з вперше діагностованими. Результати лікування таких пацієнтів є нижчими.

Мета: Визначити частоту хіміорезистентності мікобактерій туберкульозу(МБТ) до протитуберкульозних препаратів(ПТП) у хворих з невдачею лікування повторних випадків туберкульозу легень та проаналізувати профілі хіміорезистентності.

Матеріали та методи: Були вивчені матеріали когортного аналізу за 2013-2014 роки, проаналізовані історії хвороб 60 пацієнтів з повторним випадком лікування легеневого туберкульозу та з встановленою невдачею лікування після інтенсивної фази стандартного курсу хіміотерапії. Всі пацієнти зареєстровані у II категорію лікування в 2013-2014 роках, були обстежені та отримували лікування згідно діючого протоколу, в протитуберкульозних закладах Харківської області.

Результати дослідження: У 2013 р. в Харківській області було зареєстровано 1610 випадки туберкульозу. Повторних випадків лікування, включно з рецидивами 488(30,3%), з яких 191 пацієнти (39,13%) були переведені до 4 категорії лікування. 297 пацієнтів(60,86 %) продовжили лікування за II категорією та в 32 випадках(10,77 %) була встановлена невдача лікування. Серед 60 досліджуваних хворих, у 76,6%(46 осіб) невдача лікування була встановлена за позитивним мазком або культурою, у 23,3%(16 осіб) – за клініко-рентгенологічними симптомами. ТМЧ встановив хіміорезистентність до ПТП у 43,3% (26 осіб). Монорезистентність у 10 осіб (38,4 %), полірезистентність у 9 осіб (34,6%), мультирезистентність у 7 осіб (26,9 %). Серед ПТП найвищий рівень резистентності МБТ до ізоніазиду та стрептоміцину – 84% та 73,07 % відповідно, далі – до етамбутолу – у 42%, до рифампіцину - у 26,9%, до піразинаміду – у 7,69%, з препаратів II ряду до аміноглікозидів – у 23,07 % та у 11,5% - до фторхінолонів.

Висновки: Хіміорезистентність – є однією з вагомих причин низьких результатів лікування повторних випадків туберкульозу легень, оскільки супроводжує 43,3% пацієнтів з невдачею лікування. При цьому 26,9% з хіміорезистентних хворих мали найбільш небезпечні та складні щодо лікування профілі – мультирезистентні. Виявлені високі показники стійкості МБТ до ізоніазиду та інших препаратів вибору, що вказує на необхідність використання ДНК-стріп технологій для швидкої діагностики резистентності у пацієнтів з повторними випадками туберкульозу та своєчасної корекції схеми лікування.

Т.М. Голенко, А.О. Андреева
**РІВЕНЬ ВІСФАТИНУ ТА ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ЗАГАЛЬНОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини № 1
О.Я. Бабак (д.мед.н., проф.)
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: Гіпертонічна хвороба (ГХ) посідає перше місце в світі у структурі патології серцево-судинної системи. Останнім часом зростає кількість хворих з поєднаним перебігом ГХ та ожиріння (ОЖ). Слід зазначити, щорозповсюдженість ОЖ сягає близько 12 % від усього населення нашої планети, а це близько мільярда людей.

Мета: Визначити особливості змін рівнів вісфатину та інтерлейкінів-4, 6 (ІЛ-4,6) в сироватці крові хворих на ГХ з та без абдомінального ожиріння (АО) в залежності від стану загальної сонної артерії (ЗСА).

Матеріали та методи: Проведене комплексне обстеження 84 хворих методом випадкової вибірки. Основну групу склали 59 хворих на ГХ у поєднанні з АО, з яких - 28 чоловіків (47,5%) і 31 жінка (52,5%). Групу порівняння склали 25 пацієнтів, які мали виключно ГХ- 12 чоловіків (48%) і 13 жінок (52%) відповідно. Середній вік хворих на ГХ склав (58±3,1) років. Рівні вісфатину та ІЛ-4,6 визначали імуноферментним методом. Рівень тригліцеридів - ферментативно-фотометричним методом. Визначення комплексу інтима-медіа (КІМ) ЗСА проведено за допомогою доплерівського ультразвукового дослідження. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали за допомогою програм MS® Excel®2013™ та STATISTICA версія 6.1.

Результати: При порівнянні рівня вісфатину з нормальним КІМ ЗСА, було виявлено вірогідне його збільшення лише у хворих на ГХ з АО. Аналізуючи рівні вісфатину з різною товщиною КІМ ЗСА, вірогідне збільшення даного адипоцитокіну було виявлене лише при патологічному потовщенні судинної стінки - (39,49±1,51) нг/мл при ГХ з АО та (24,46±1,48) нг/мл при ГХ без АО відповідно ($p < 0,05$). Також був виявлений позитивний кореляційний зв'язок між рівнем вісфатину та товщиною КІМ при ГХ з АО ($r = 0,49$, $p < 0,05$) та без нього ($r = 0,41$, $p < 0,05$). При порівнянні рівня ІЛ-6 з товщиною КІМ ЗСА, був встановлений позитивний кореляційний зв'язок між останніми у хворих на ГХ з АО ($r = 0,42$, $p < 0,05$). Окрім того, був виявлений негативний кореляційний зв'язок між рівнем ІЛ-4 та вісфатином - ($r = -0,41$, $p < 0,05$). Одним із атерогенних показників, який викликає суттєве збільшення вісфатину в крові, є гіпертригліцеридемія, що підтверджується виявленим позитивним кореляційним зв'язком між рівнем вісфатину і тригліцеридів у хворих на ГХ з АО при потовщенні КІМ ЗСА ($r = 0,43$, $p < 0,05$).

Висновки: У хворих з ГХ в незалежності від наявності ОЖ відмічається ураження ЗСА, при якому має місце вірогідне підвищення рівня вісфатину та ІЛ-6. Отримані результати вказують на необхідність застосування лікарських засобів для зниження рівня ІЛ-6 та вісфатину з метою зменшення запального процесу в судинній стінці. Виявлений дисбаланс між ІЛ-4 та вісфатином вказує на можливу протекторну дію даного цитокіну в розвитку судинного ремоделювання.

О.В. Грібенюк
**ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА
ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини №1
Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність. Значення неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), її зв'язок із такими кардіометаболічними факторами серцево-судинного ризику (ССР), як ожиріння, порушення ліпідного обміну та артеріальна гіпертензія (АГ) за відсутності вираженої клінічної картини патології печінки та СС ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) вивчено недостатньо.

Мета: визначити частоту наявності супутньої НАЖХП у хворих на ГХ II ст. із різною масою тіла та оцінити зміни показників ліпідного обміну в залежності від наявності у них ураження печінки.

Матеріали і методи: Обстежено 166 хворих на ГХ II ст., 83 чоловіків і 83 жінок, середній вік 52,3±1,2 роки. Тривалість АГ - 10,2 ± 1,5 роки. Діагноз ГХ встановлювали згідно критеріїв ESC та ESH (2013р.). У 10 (6 %) хворих відмічено оптимальну масу тіла (ОМТ), у 42 (26,3 %) - надлишкову (НМТ), у 69 (43,2 %) - ожиріння (Ож) I ст., у решти - 45 (28,1%) - Ож II ст. Обхват талії (ОТ) перевищував допустимі норми (> 94 см у чоловіків; > 80 см у жінок) в 143 (86,1 %) обстежених; відношення ОТ до окружності стегон (ОС) (ОТ/ОС) серед 137 (82,5 %) хворих склало >0,93, що свідчить про перевагу абдомінального типу ожиріння. Група контролю включала 30 клінічно здорових людей аналогічного віку та статі. Вміст загального холестерину (ЗХС), ХС в ліпопротеїнах високої щільності (ХС в ЛПВЩ) і тригліцеридів (ТГ) в сироватці крові визначали спектрофотометричним методом; вміст Лп(а) - методом імуноферментного аналізу. Діагноз неалкогольного стеатозу печінки (НАСП) підтверджували після виключення захворювань печінки вірусної, аутоімунної, алкогольної та ін. етіологій та за допомогою УЗ-дослідження і біохімічного тесту FibroMax. Статистичні

розрахунки проводили на базі MicrosoftExcel, STATISTICAforWindows 10.0.

Результати: НАСП верифікований у 16 хворих (38 %) – із НМТ, у 20 (25 %) хворих – із Ож. 1 ст., 26 (57,8 %) – із Ож. 2 ст. та тільки у 1 хворого із ОМТ. Наявність жирового гепатозу асоціювалось як з показниками антропометричного обстеження: індексом маси тіла (ІМТ), ОТ та співвідношенням ОТ/ОС, що підтверджено достовірними кореляційними зв'язками між наявністю НАСП та ІМТ і відношенням ОТ/ОС ($p<0,05$), так із показниками порушення ліпідного обміну: зростанням рівнів З ХС, ХС в ліпопротеїнах низької (ЛПНЦ) і дуже низької щільності (ЛПДНЦ), ТГ, зі зниженням рівня ХС в ЛПВЩ ($p<0,05$) та з підвищенням рівня Лп(а).

Висновки: Наявність НАЖХП асоціюється з метаболічними змінами, з проатерогенними зсувами в ліпідному спектрі та з порушеннями в ліпідтранспортній системі. Отже, діагностика НАЖХП, а саме НАСП, може бути доцільною для додаткової оцінки загального СС ризику у хворих на ГХ II ст. зі збільшеною масою тіла та абдомінальним розподілом жирової клітковини в організмі.

Б.З. Гулобов, Ю.М. Лях

ВПЛИВ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА ПОРУШЕННЯ ІНТРАЦЕПТИВНИХ ВІДЧУТТІВ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В. Степанюк (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром подразненого кишківника (СПК) є діагнозом виключення, який не підтверджується переліком стандартних методів обстеження хворих з патологією шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Це обумовлено тим, що етіологія та патогенез даного захворювання є недостатньо вивченим. Тому пошук причин виникнення СПК наразі залишається актуальним.

Мета: Оцінити значимість афективних розладів та можливих порушень інтрацептивних відчуттів в патогенезі СПК, а також взаємозв'язок між виявленими змінами в психічному стані та тяжкістю перебігу захворювання.

Матеріали та методи: Обстежено 36 пацієнтів з підтвердженим діагнозом СПК. Було проведено анкетування за допомогою спеціально створеного переліку питань, що націлені на виявлення можливої кореляції СПК та змінами в психічному стані пацієнтів. Наявність емоційних порушень було оцінено за допомогою шкали Гамільтона. Для оцінки характеру випорожнень була застосована Брістольська шкала калу.

Результати: Проведене анкетування допомогло встановити прямий кореляційний зв'язок між тяжкістю перебігу СПК та виявленими афективними порушеннями та змінами в аферентній іннервації у пацієнтів. Проведене анкетування дозволило виявити у 30 (83.3%) обстежених взаємозв'язок між клінічними проявами СПК та змінами емоційної сфери. 7 (58.3%) відмічали загострення хвороби в осінньо - весняний період. В 18 (50%) пацієнтів в анамнезі абдомінальні болі, що мали місце в стресових ситуаціях. У 9 (25%) обстежених зафіксовано змінене відчуття власного тіла, що проявлялось сенестопатіями. 21 чоловік (58.3%) із загальної кількості обстежених набрали більше 19 балів за шкалою Гамільтона. При цьому вони відмічали у себе більш розгорнуту симптоматику (яка включала абдомінальний біль, відчуття посиленої перистальтики, здуття живота, урчання, порушення акту дефекації у вигляді закрепів чи проносів), ніж решта пацієнтів. Для з них 12 (57.1%) характерний 6-7 тип калу за Брістольською шкалою, а для 9 (42.9%) 1-2 тип відповідно.

Висновки: Результати анкетних даних дозволили виявити пряму залежність між ступенем прояву СПК та наявністю афективних розладів, збоченим сприйняттям власного тіла. Це вказує на провідну роль психічної симптоматики в патогенезі даного захворювання.

Ю.А. Гушинець, І.І. Шинкарук

ЛІПІДОЗНИЖУЮЧА ТЕРАПІЯ: РЕАЛІЇ ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПРИХИЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДАНИМИ АНАЛІЗУ ІСТОРІЙ ХВОРОБ ТА ТЕЛЕФОННОГО АНКЕТУВАННЯ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Н.О. Пентюк (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Статини є препаратами вибору для ліпідознижуючої терапії та зменшують ризик виникнення серцево-судинних (СС) ускладнень у дорослих без встановлених СС захворювань та у дорослих із встановленими СС захворюваннями. Нещодавно було показано, що низька прихильність до лікування асоціюється із збільшенням ризику ускладнень.

Мета дослідження: Оцінити відповідність призначення ліпідознижуючої терапії існуючим державним настановам та визначити прихильність пацієнтів до лікування статинами.

Матеріали і методи: Проаналізовано 450 історій хвороб пацієнтів (299 жінок, 151 чоловіків, вік $66,8 \pm 1,18$ років), які перебували на лікуванні у терапевтичному відділенні у 2014 з основним діагнозом ішемічна хвороба серця та/або гіпертонічна хвороба та проведено телефонне анкетування хворих, яким були призначені статини.

Результати: На гіпертонічну хворобу II та III стадії страждали, відповідно, 53 та 34% хворих, на стабільну стенокардію – 17% хворих, 13% пацієнтів раніше перенесли інфаркт міокарду, 4% - мозковий інсульт, 18% - транзиторну ішемічну атаку. З метою визначення індивідуального режиму ліпідознижуючої терапії були

проаналізовані основні фактори ССризик. Дуже високий 10-річний СС ризик за SCORE мали 41% хворих, високий – 29%, помірний – 8%, у 22% хворих брак даних не дозволив визначити ризик. Серед додаткових факторів ризику, наявність яких вимагає інтенсивної терапії, гіпертрофія лівого шлуночка була у 34% хворих, цукровий діабет 2 типу – у 21%, хронічна хвороба нирок – у 18%. Отримані дані дозволяють вважати, що 225 хворим мала бути призначена інтенсивна ліпідознижуюча терапія, 197 хворим – терапія помірної інтенсивності, 28 хворим – терапія низької інтенсивності. Встановлено, що лише 5% хворих, які потребували інтенсивної терапії, були призначені адекватні дози статинів, тоді як 60% хворих статини не були призначені взагалі. Більша відповідність державним рекомендаціям мала місце в групі хворих, які потребували помірної терапії: адекватні дози статинів були призначені у 36% випадків, низькі дози – у 24%, статини призначені взагалі у 40%. У переважній більшості випадків призначався генеричний європейський аторвастатин (81%). Телефонне анкетування показало, що лише 35% пацієнтів приймали статини більше року, 24% – 6-12 місяців, 18% – менше 3 місяців, 10% хворих не приймали статини взагалі. Рівень ліпідів крові на амбулаторному етапі контролювали лише 19% хворих.

Висновки: Має місце недостатня оцінка основних факторів СС ризику, призначення неадекватно низьких доз статинів, низька прихильність пацієнтів до тривалої ліпідознижуючої терапії та недостатній контроль за рівнем ліпідів крові на амбулаторному етапі.

Н.І. Дзигар

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ «ХВОРОБА СТІЛЛА У ДОРΟΣЛИХ»

Кафедра внутрішньої медицини №3

О.І. Афанасюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Стілла у дорослих – це системне запальне захворювання невідомої етіології, клінічні прояви якого варіюють від ізольованої лихоманки до поліорганного враження. Вважається, що 0,5-9% пацієнтів з діагнозом «лихоманка неясного генезу» страждають хворобою Стілла, хоча частота захворюваності становить 0,16 випадків на 100 000 населення на рік.

Мета: Сформувати покроковий алгоритм діагностики хвороби Стілла у дорослих в популяції Вінницької області.

Матеріали і методи: Проаналізовано історії хвороб 7 пацієнтів із діагностованою хворобою Стілла, які перебували на лікуванні в ревматологічному відділенні Міської клінічної лікарні №1 впродовж останніх десяти років. Вік хворих становив $21,5 \pm 3,2$.

Результати: Крок 1. Фактори ризику: 1) перенесена бактеріальна (*Chlamydia trachomatis*), вірусна інфекція (цитомегаловірус, вірус Епштейна-Барр); 2) пік захворюваності спостерігається у 17-26 років. Крок 2. Скарги: 1) виражений біль у горлі, що передують лихоманці або виникає разом із нею, супроводжується гіперемією слизової зіву і задньої стінки глотки та відсутністю нальотів; 2) лихоманка $>39^{\circ}\text{C}$ ремітуючого або інтермітуючого типу, зі швидким підйомом температури (на 4°C протягом 2-3 годин), ознобом, профузною пітливістю та слабкістю, не купується антибіотиками; 3) артралгія: симетричне враження переважно великих суглобів та дистальних міжфалангових, асоціюється з тривалою ранковою скутістю, інтермітуючого характеру; 4) міалгії, що посилюються на висоті лихоманки; 5) біль та обмеження рухливості шийного відділу хребта. Крок 3. Об'єктивне обстеження: 1) генералізована лімфаденопатія з ураженням усіх груп лімфатичних вузлів, переважно шийних, їх рухливість, безболісність, м'яко-еластична консистенція; 2) мультиформна висипка, світло-рожевого чи жовто-коричневого кольору, летючого характеру, виникає на висоті лихоманки, переважно у вечірній та нічний час, з локалізацією на тулубі та проксимальних відділах кінцівок, регресує в період апірексії, піднімається над поверхнею шкіри та з'являється у місцях механічного подразнення – тиску або травми (Коебнер's феномен, був виявлений у 2 пацієнтів); 3) гепатоспленомегалія. Крок 4. Лабораторна діагностика: 1) загальний аналіз крові: лейкоцитоз $20-30 \times 10^9/\text{л}$ із зсувом уліво, підвищення ШОЕ до 40-70 мм/год; тромбоцитоз $400-430 \times 10^9/\text{л}$; 2) збільшення СРБ, серомукоїда; 3) збільшення рівня сироваткового феритину в 10 і більше разів від норми зі зниженням рівня глікозильованого феритину $< 20\%$; 4) відсутність ревматоїдного фактора, антинуклеарних антитіл. Крок 5. Інструментальна діагностика: 1) УЗД органів черевної порожнини: гепатоспленомегалія; 2) рентгенологічне обстеження суглобів та артроскопія з гістологічним дослідженням біоптатів – має диференційне значення при тривало-прогресуючому перебігу (нашим хворим не було виконано).

Висновки: Отже, сформовано алгоритм, що допомагає своєчасно встановити діагноз хвороби Стілла у дорослих, призначити цілеспрямоване лікування та покращити якість життя пацієнтів.

М.В. Дем'янчук
ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ГОЛОВИ І ШИЇ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології - Курс радіології

Наукові керівники:

В.В. Ясько (к.мед.н.), О.О. Гавриленко (к.мед.н.ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останні роки вогнепальні поранення все частіше зустрічаються в практиці наших лікарів, що пов'язано з воєнними діями на сході України. Вогнепальні ушкодження голови і шиї на полі бою призводять до значного відсотку смертності і інвалідності серед потерпілих, що відносить дані пошкодження до актуальних медичних проблем. Потерпілі з ушкодженнями голови і шиї в умовах сучасної війни складають приблизно 30-40% всіх уражених.

Мета: Засвоїти поняття вогнепального поранення, ознайомитись з видами вогнепальних поранень. Визначити основні ознаки вогнепальних поранень голови і шиї при використанні променевих методів дослідження. Розглянути найяскравіші приклади та визначити на кожному з них складові вогнепального поранення. Засвоїти алгоритм надання невідкладної допомоги при вогнепальних пораненнях.

Матеріали та методи: Було проаналізовано результати різних променевих методів дослідження та вибрано з них окремі приклади до кожного виду вогнепального поранення.

Результати: Розібрали поняття вогнепальних ушкоджень, їх види. Визначили як виглядає кожен з видів при променевих методах дослідження. Ознайомились з схематичним зображенням вогнепальних ушкоджень голови і шиї. Розглянули конкретні випадки вогнепальних ушкоджень, побачили характерні ознаки. Ознайомились з рентгенограмами дітей з вогнепальними пораненнями. Засвоїли алгоритм надання невідкладної допомоги при вогнепальних пораненнях.

Висновок: Вогнепальні поранення зараз є надзвичайно актуальною темою. Тому кожен лікар має мати хоча б елементарні поняття про вогнепальні ушкодження, їх діагностику і лікування.

Д.В. Діденко

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини.

Л.В. Распутіна (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) одним з найчастіших коморбідних станів є ішемічна хвороба серця (ІХС), що виявляють у 15-35%. Поєднання цих захворювань супроводжується труднощами діагностики, особливо це стосується проведення спірографії. Спірографія потребує фізичних зусиль та форсованого видиху, що може супроводжуватись погіршенням стану у ряда хворих. Проблема проведення спірографії, виникнення серцево-судинних наслідків у хворих на ІХС після реваскуляризації є не вивченою та не висвітленою в існуючих нормативних документах.

Мета: Вивчити безпечність спірографії у хворих на ХОЗЛ за супутньої ІХС після реваскуляризації міокарда.

Матеріали та методи: Обстежено 65 хворих з ХОЗЛ та супутньою ІХС, що перенесли реваскуляризацію міокарда, середній вік (65,9±3,9) роки, серед них чоловіків 41 (63,1%), середній вік (64,2±4,2) років, жінок 24 (36,9%), середній вік (67,9±5,7) років. Діагноз ХОЗЛ встановлений на основі рекомендацій GOLD 2015 р.; діагноз ІХС встановлений за результатами ангіографії коронарних артерій (КА). Серед пацієнтів 16 перенесли аортокоронарне шунтування (АКШ), 17 - черезшкірну реваскуляризацію (ЧКВ) КА, 32 мали постінфарктний кардіосклероз. Всім пацієнтам проведено комп'ютерну спірографію на апараті «MasterScopeCT» (ErichJager, Німеччина) та добове моніторування ЕКГ на апараті DiaCard 03500 (Солвейг, АОЗТ, м.Київ), оцінювали частоту появи задишки, болю в грудній клітці, серцебиття, перебоїв в роботі серця, ЧСС, АТ, ознаки ішемії та порушення ритму на ЕКГ.

Результати: Встановлено, що у 10 хворих (15,4%) мали місце ускладнення після проведення спірометрії. У 3 пацієнтів (30%) задокументовано пароксизм фібриляції передсердь протягом 6 годин після спірографії, у 2 (20%) відмічалась суправентрикулярна екстрасистоля, у 6 хворих (60%) - порушення реполяризації лівого шлуночка. Всі пацієнти, у котрих реєструвались кардіальні симптоми перенесли АКШ, не відмічалось зв'язку між появою кардіальних симптомів та супутнім цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією та ступенем важкості ХОЗЛ.

Висновки: Проведення спірографії є обмеженим у пацієнтів ХОЗЛ та супутньою ІХС, особливо після перенесеного АКШ, що потребує розробки та впровадження аргументованих рекомендацій щодо термінів проведення спірографії та контингентів пацієнтів з ІХС для безпечного виконання спірографії.

А.О.Довгань

ОСОБЛИВОСТІ СОМАТОПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ЗА ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Т.В. Константинович (д.мед.н., професор), Ю.М. Мостовой (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: Сучасні погляди науковців на обструктивні захворювання дихальної системи - хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та бронхіальну астму (БА), розглядають їх як складні розлади, що супроводжуються багатьма коморбідними станами. Одними із найбільш значимих супутніх розладів є порушення психоемоційної сфери пацієнтів, оскільки мозок є найбільш вразливим органом, що підлягає негативному впливу гіпоксемії, гіперкапнії, дисциркуляції та інфекції, що супроводжують перебіг цих патологічних станів.

Мета: встановити поширеність та структуру супутніх соматопсихічних станів (СПС) у хворих на (ХОЗЛ), визначити ступінь вираженості їх залежно від віку, статі, важкості перебігу та тривалості захворювання.

Матеріали і методи: відповідно до Наказів МОЗ України № 555 (2013) та № 868 (2013) обстежено 184 хворих на ХОЗЛ (106 чоловіків (84,13%) та 20 жінок (15,87%)), середній вік яких склав (65,1±1,9) роки, та 207 хворих на БА (80 (38,6 %) чоловіків та 127 (61,4 %) жінок), середній вік – (42,1±0,9) роки та 121 здорову особу, репрезентативних за статтю та віком. Діагностика СПС проводилася за допомогою стандартизованих методик визначення рівня невротизації (РН) за Вассерманом (2002), рівня реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності за Спілбергом-Ханінім (2002), рівня депресії (РД) Зунге (1971) в адаптації за Т.І. Балашовою (2002). Статистичний аналіз отриманих результатів проведений за допомогою пакету статистичних програм SPSS 12.0 для Windows.

Результати: Високий РН діагностовано у 41,5% хворих БА, у 45,8% хворих ХОЗЛ, проти 11% в групі здорових ($p<0,05$), високий рівень РТ виявлений у 20,3% хворих БА, 42,3% хворих ХОЗЛ ($p<0,05$), високо тривожними по субшкалі ОТ були визнані 75,8% хворих БА, у 79,5% хворих ХОЗЛ, в той час як у здорових осіб тривожність не визначалася за жодною із шкал ($p<0,05$). Депресивний розлад був виявлений у 25,2% хворих БА, у 47,2% хворих ХОЗЛ, проти 1,2% в контрольній групі ($p<0,001$). У групі хворих на БА визначалися такі середні значення СПС: РН – 54 бали, РТ – 34 бали, ОТ – 52 бали, РД – 44 бали, у хворих на ХОЗЛ: РН – 76 балів, РТ – 38 балів, ОТ – 77 балів, РД – 52 бали, а у практично здорових: РН – 37 балів, РТ – 23 бали, ОТ – 44 бали, РД – 35 балів. За клінічно значущий рівень СПС прийняли наявність високих балів за всіма шкалами одномоментно у однієї особи, і визначили, що 39,1% хворих на БА та 47,9% хворих на ХОЗЛ мають максимальні прояви СПС, проти 6,1% в групі здорових осіб ($p<0,001$).

Висновки: 1. Хворі на БА та ХОЗЛ мають вірогідно вищу поширеність супутніх СПС порівняно із здоровими особами.

2. Структура СПС у хворих на БА і ХОЗЛ представлена синдромами невротизації, тривоги та депресії.

3. Клінічно значимий рівень СПС діагностовано у 39,1% хворих на БА та 47,9% хворих на ХОЗЛ, що потребує обов'язкового врахування в лікувальній тактиці.

4. Перспективним є вивчення особливостей впливу клінічно значимих СПС на перебіг ХОЗЛ та БА та показників якості життя з метою подальшої оптимізації лікування цієї категорії хворих.

В.Ю. Дорожинська

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СТАН АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАСОЦІЙОВАНИМИ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. В структурі коморбідних захворювань внутрішніх органів за даними різних авторів констатується від 12 % до 60 % пацієнтів з поєднанням патології серцево-судинної системи (ССС) та шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Прослідковується чітка тенденція до збільшення кількості хворих на кислотозалежні стани, які займають провідні позиції серед інших захворювань ШКТ.

Мета. Оцінити якість життя та стан вегетативної (автономної) нервової системи у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в залежності від наявності супутнього кислотозалежного захворювання (КЗЗ) ШКТ.

Матеріали і методи. Обстежено 85 хворих, 42 (49,5%) чоловіків та 43 (50,5%) жінки, середній вік 41,2±3,4 роки. Діагноз гіпертонічної хвороби (ГХ) II стадії встановлений у 54 хворих, у 57 діагностовано наявність КЗЗ. Діагноз ГХ встановлювали за рекомендаціями Української Асоціації Кардіологів (УАК)(2013). Діагноз КЗЗ виставляли після ретельного обстеження хворих з обов'язковим проведенням фіброгастроуденоскопії (ФГДС), за загальноприйнятими критеріями. Хворі, які прийняли участь в дослідженні були розподілені на 3 групи: 1 - 28 хворих на ГХ II стадії без супутньої патології ШКТ, 2 - 26 пацієнтів з ГХ II стадії, що асоційована

з КЗЗ, 3 - 31 особа з верифікованим КЗЗ без супутньої ГХ. Всім хворим проводилось офісне вимірювання артеріального тиску (АТ) за рекомендаціями ESH&ESC (2013), УАК (2013). Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника SF-36 HealthStatusSurvey. Наявність вегетативної дисфункції (ВД) та ступінь її важкості визначали за допомогою опитувальника Вейна (1998). Статистичну обробку проводили за допомогою програм MicrosoftExcel 7.0 і StatisticaforWindows v. 10.0.

Результати. Встановлено, у хворих на АГ показники ЯЖ знижені переважно за рахунок показників психічного здоров'я, фізичного функціонування, впливу емоційного стану на рольове функціонування та інтегральний показник - психологічний компонент здоров'я. Крім того, в групі хворих з ГХ II стадії без супутніх захворювань ШКТ визначено наявність вегетативної дисфункції (ВД): середній бал -43,1±3,8, що можна трактувати як важкий ступінь ВД. В групі пацієнтів з КЗЗ ШКТ ЯЖ знижувалась переважно за рахунок інтенсивності болю, життєвої активності та психологічного компоненту здоров'я. Середній бал ВД склав 34,6±3,4 ($p<0,05$ порівняно з 1-ю групою), що відповідає середньому ступеню ВД. При коморбідності ГХ з КЗЗ ШКТ показники ЯЖ знижувались окрім показників психічного здоров'я і психологічного компоненту здоров'я та впливу емоційного стану на рольове функціонування, також за рахунок загального стану здоров'я та життєвої активності. Ступінь ВД відповідав важкому та дорівнював 49,2±2,6 балів ($p<0,05$ відносно пацієнтів з ГХ без супутнього КЗЗ).

Висновки. У хворих з АГ та асоційованими КЗЗ ШКТ визначений найвищий ступінь ВД та більш суттєве зниження ЯЖ, що свідчить про взаємообтяжуючий вплив наявних у одного хворого АГ та КЗЗ.

В.Ю. Дорожинська

КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Г.І. Томашкевич (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань. За даними офіційної статистики, в Україні у 2014 р. Зареєстровано понад 12 млн. людей з АГ, що складає близько 35% дорослого населення, понад 45% не знають, що вони мають завищені показники АТ.

Мета. Оцінити частоту супутньої гастроентерологічної патології та функціональних розладів травної системи у пацієнтів хворих на АГ.

Матеріали і методи. За розробленою нами анкетною були проанкетовані 38 хворих кардіологічного відділення ВОКЛ імені М.І. Пирогова, опрацювання джерел наукової літератури, аналітично-статистичних посібників за 2011-2014 р.

Результати. Більшість пацієнтів має коморбідні патології. Зокрема часто зустрічається поєднання кардіологічної патології і патології ШКТ. Встановлено, що у досліджуваній групі осіб чоловіки і жінки представлені порівну. В обох підгрупах переважають особи старше 50 років - 79%, в тому числі чоловіки у віці 50-60 р - 44,5%, жінки - у віці 60-70р (40%). Серед захворювань, що призвели до госпіталізації, переважають хронічні форми ІХС (53,2%-20 ч.), АТ (41,0%-16 ч.), кардіопатія (6%-6% ч.). Артеріальна гіпертензія, як провідна серцево-судинна патологія і фактор ризику, що доведено спричиняє розвиток серцево-судинних та судинно-мозкових катастроф у хворих кард. профілю, зареєстрована у 73,7%(28 чоловік) осіб (це хворі ІХС, АГ, ІХС+АГ), в тому числі 77,8% чоловіків і 70,0% жінок перенесений ГІМ має місце у 10 осіб (26,3%), в тому числі ГІМ зареєстровано у 7 чоловіків (38,9%) та у 3 жінок (15%). З них хворих на АГ відповідно 71,4% (13чоловіків) та 66,7% (12жінок). На наявність хронічної патології з боку ШКТ та відповідні скарги вказують 27,8% (5чоловіків) та 40,0% (7жінок). Серед осіб з згаданими коморбідними станами (чоловіки і жінки) АГ діагностована у 77% (29хворих), ГІМ - у 23,1% (9хворих). Встановлено, що скарги з боку органів травлення пред"являють не лише пацієнти з раніше діагностованими захворюваннями, а також особи без клінічно підтвердженої патології ШКТ. При цьому частка пацієнтів з відповідними скаргами в цілому більша ніж хворих з верифікованими гастроентерологічним діагнозом, у 1,4 раза (53% проти 37%; 20проти14 ч.). Це, вірогідно, обумовлене венозним застоєм, внаслідок правощлуночкової недостатності, яка спричиняє диспепсичні явища та розлади з боку ЦНС у таких хворих.

Висновки. Під час курації хворих на АГ слід враховувати наявність супутньої патології ШКТ та вплив гіпотензивних препаратів на його функцію. Поява скарг зі сторони ШКТ часто обумовлена правощлуночковою недостатністю, яка спричиняє диспепсичні явища та розлади з боку вегетативної нервової системи у таких хворих. Важливими аспектами проблеми коморбідних станів у є медико-соціальний, реабілітаційний, економічний, екологічний, що доцільно розв'язати в межах реалізації відповідних міжнародних інвестиційних проектів на території Вінницької області.

Н.В. Жебель

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ОКРЕМИХ ВАРІАНТІВ ГЕНОТИПУ АПОЛІПОПРОТЕЇНУ Е У ХВОРИХ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ РІЗНОЇ ВАЖКОСТІ

В.К. Серкова (д.мед.н., проф.)

Кафедра внутрішньої медицини №1

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. В зв'язку із значною поширеністю в світі різних клінічних проявів атеросклерозу гостро стоїть питання про підвищення ефективності його ранньої профілактики. Відповідні заходи пов'язують із виявленням генетичних маркерів схильності до різних популяцій при наявності серцево-судинної патології, зокрема есенціальної гіпертензії (ЕГ), яка в свою чергу сприяє розвитку та прогресуванню атеросклеротичного процесу. Поліморфізм гену аполіпопротеїну Е (АроЕ) активно вивчається як один з найбільш вагомих чинників, що має виражений вплив на спектр ліпідів. Різні ізоформи АроЕ (Е2, Е3, Е4) складають 6 генотипів АроЕ. Проте допоки залишається мало вивченим, як успадкування певного генотипу АроЕ співвідноситься із різною важкістю ЕГ.

Мета. Дослідити частоту різних варіантів генотипу АроЕ при ЕГ та при її ускладненні хронічною серцевою недостатністю (ХСН) у чоловіків мешканців Подільського регіону України 40-60 років.

Матеріали і методи. Було обстежено 62 чоловіків із неускладненою ЕГ з гіпертрофією лівого шлуночка (ГЛШ) та з ХСН 0-I функціональний клас (ФК) (за NYHA), середній вік - 49,19±0,66 років (I група) та 50 осіб чоловічої статі з ЕГ, ускладненою ХСН, II-III ФК (за NYHA) середній вік - 50,14±0,99 років (II група). До контрольної групи дослідження увійшло 79 чоловіків без вказівок на наявність серцево-судинної патології, середній вік - 49,01±0,73 років. Генотипування гена АроЕ проведено із застосуванням полімеразної ланцюгової реакції. Усім пацієнтам були проведені загальні лабораторні дослідження, ЕКГ, УЗД-серця. Перевірка розподілу частот поліморфних генів у популяції відповідно до закону рівноваги Харді-Вайнберга проводилась за допомогою калькулятора ген експерт (*gen-exp.ru*).

Результати. Встановлено, що у чоловіків контрольної групи частота генотипу Е2/Е3 гена АроЕ складає 12,66% (n=15), генотипу Е3/Е3 – 77,22% (n=61), а генотипу Е3/Е4 – 10,13% (n=8) ($P_{E3/E3-E3/E2} < 0,0001$; $P_{E3/E4-E2/E3} > 0,05$; $P_{E3/E4-E3/E3} < 0,0001$). Досліджено, що у хворих із неускладненою ЕГ з ГЛШ та 0- I ХСН ФК (за NYHA) частота генотипу Е2/Е3 гена АроЕ складає 9,68% (n=6), генотипу Е3/Е3 – 75,81% (n=47), а генотипу Е3/Е4 - 14,52% (n=9) ($P_{E3/E3-E3/E2} < 0,001$; $P_{E3/E4-E2/E3} > 0,05$; $P_{E3/E4-E3/E3} < 0,001$). У II групі генотипи Е2/Е3 - 12% (n=6), Е3/Е3 - 72% (n=36), Е3/Е4 – 16% (n=8) ($P_{E3/E3-E3/E2} < 0,01$; $P_{E3/E4-E2/E3} > 0,05$; $P_{E3/E4-E3/E3} < 0,01$). Генотипів Е2/Е2, Е2/Е4, Е4/Е4 у вибірці не було виявлено. Тобто в подільській популяції чоловіків найбільш розповсюдженим генотипом АроЕ являється Е3/Е3.

Висновок. У здорових чоловіків 40-60 років мешканців Подільського регіону України в 77,22% випадків реєструється варіант генотипу АроЕ Е3/Е3. Такий же варіант генотипу в 75,81% зустрічається у пацієнтів із неускладненим перебігом ЕГ та у 72,00% осіб із ХСН. Приблизно з однаковою частотою в популяції зустрічаються генотипи Е2/Е3 і Е3/Е4. Відкритим залишається питання наявності атерогенних дисліпідемій у носіїв відповідних генотипів, хворих на ЕГ, що вимагає проведення подальших досліджень.

А.В. Іванкова

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИДУ СУПУТНЬОГО ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.)

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

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В розвитку порушень серцевого ритму у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) визначальну роль відіграють зміни добового профілю артеріального тиску (АТ).

Мета: Визначити особливості змін добового профілю АТ в залежності від наявності різних видів порушень серцевого ритму у хворих на АГ.

Матеріали та методи: Обстежено 62 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії з наявністю порушень серцевого ритму. Шлуночкова екстрасистолія (ШЕ) (2 градації і вище (за V. Lown і M. Wolf (1971)) мала місце – у 39 (62,9%) хворого, з приблизно однаковою частотою як у чоловіків, так і у жінок ($p > 0,05$). Фібриляція передсердь (ФП) з частими рецидивами зустрічалась у 23 (37,1%) пацієнтів і частіше спостерігалась у чоловіків (16 (25,8%) проти 7 (11,3%), $p < 0,05$). АГ 1-го ступеню визначено у 3 (4,8%), АГ 2-го ступеню - у 47 (75,8%), АГ 3-го ступеню – у 12 (19,4%) хворих. Серед всіх обстежених 35 (56,5%) чоловіків і 27 (43,5%) жінок. У дослідження не включали хворих на ГХ, які перенесли інфаркт міокарда або гостре порушення мозкового кровообігу, у яких на момент обстеження були виявлені захворювання нирок або печінки з порушенням функції, цукровий діабет, ожиріння III-IV ступеня, вади серця, ХСН II- III стадії, хронічні захворювання органів дихання та дихальна недостатність. Всім хворим проводили добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) на апараті АВРМ-04, ЕКГ в 12

стандартних відведеннях, добове монітування ЕКГ (ДМЕКГ) в амбулаторних та стаціонарних умовах за допомогою апарату моделі 3225 „ДІАКАРД”, ехокардіографію (ЕхоКГ) за загальноприйнятою методикою (ехокардіограф MyLab 25. Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, Statistica for Windows 6.0.

Результати: Добовий профіль dipper не спостерігався у жодного хворого з АГ та порушеннями ритму серця, non-dipper - у 7 (11,3%) з 62 хворих на ГХ, night-peaker - у 27 (43,5%), over-dipper – у 28 (45,2%) пацієнтів. Встановлено, що у хворих з патологічними добовими профілями night-peaker та over-dipper найчастіше реєструвались порушення ритму серця у вигляді ФП та ШЕ. Так, у пацієнтів з ШЕ тип non-dipper визначений у 5 (12,8%) (p<0,05 по відношенню до груп з іншими циркадними ритмами АТ), тип night-peaker виявлений у 15 (38,4%) пацієнтів та у 19 (48,7%) хворих верифікований тип over-dipper (p>0,05 між цими двома групами). У хворих з ФП тип non-dipper визначений у 2 (8,7%), тип night-peaker спостерігався у 12 (52,2%) хворих та у 9 (39,1%) пацієнтів виявлений тип over-dipper (p<0,05, між всіма групами). Також виявлена пряма кореляційна залежність між наявністю ФП та добовим профілем АТ night-peaker ($r=0,31$, $p=0,012$) і між наявністю ШЕ та добовим профілем over-dipper ($r=0,29$, $p=0,032$).

Висновки: Особливо загрозованими в плані виникнення порушень серцевого ритму є патологічні профілі АТ з підвищенням САТ в нічний час (night-peaker) та з його надмірним зниженням (over-dipper). Виявлені особливості необхідно враховувати при призначенні лікування хворим з патологічними профілями АТ.

М.С. Лозинська

ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЕХОРЕФЛЕКТИВНОСТІ ТА ІНДЕКСУ ВІКУ СЕРЦЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА ГІПЕРТЕНЗИЮ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

В.М. Жебель (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Серед численних проявів гіпертонічної хвороби одним з найбільш відомих є гіпертензивне серце. Все більше свідчень того, що гіпертензивне серце повинно розглядатись як комплекс змін, що включає не тільки гіпертрофіюкардіоміоцитів, але й зміни мікроциркуляторного русла, проліферацію фіброblastів, фіброз та клітинний апоптоз. Це потребує методів, здатних визначати ці складові, зокрема, виразність фіброзу, у повсякденній практиці.

Мета дослідження: визначення можливості ранньої діагностики міокардіального фіброзу у хворих на ГХ шляхом аналізу ехорефлексивності міокарда та визначення індексу віку серця.

Матеріали і методи: У дослідження залучали чоловіків, віком від 45 до 65 років, хворих на ГХ. В залежності від ступеня гіпертензії, визначеної на основі рекомендацій Європейської спілки кардіологів, хворі поділялись на 3 підгрупи, кількістю по 30 осіб в кожній. Контрольна група складала 30 чоловік. Всім учасникам дослідження проводили офісне вимірювання АТ та ехокардіографію, для чого використовували апарат «ImagicSigma 5000» (KontronMedical). Аналіз ехорефлексивності проводили за методикою, описаною HiramathP. et al. (2014). Спочатку отримували якісне зображення лівого шлуночка з парастернального доступу в повздовжньому перерізі у фазу діастолі. Це зображення зберігалося у базі даних та піддавалося спектральному аналізу за допомогою спеціального пакету програм для аналізу зображень «ImageJ». На зображенні між шлуночкової перетинки виділялася ділянка інтересу (ROI), розмірами 20×10мм, межі якої не контактували з ендокардом. Далі аналізували інтенсивність пік селів вибраної ділянки за сірою шкалою, що складалась з 255 градаційкольору. При цьому отримували такі параметри, як BroadBand (BB) - ширина діапазону, Kurtosis (K) - крутизна нахилу та Skewness (Sk) – крутизна схилу, meancolorscalevalue (mCS) – середнє значення інтенсивності спектру. Індекс віку серця розраховували за формулою, запропонованою HisashiM., ShoichiS. et al.

Результати: В ході дослідження було встановлено, що по мірі зростання ступеня АГ збільшується не тільки маса міокарда та ВТС лівого шлуночка, але й змінюється стан ехорефлексивності міокарда, на що вказує звуження ширини діапазону спектру відбитого сигналу – BB. Було встановлено достовірну кореляцію між індексом віку серця та ехорефлексивністю (показник ширини діапазону – BB).

Висновки: Враховуючи високу чутливість, інформативність та економічну доступність методу ехорефлексивності, його можна рекомендувати в якості доповнення до стандартного ехокардіографічного обстеження. Згідно результатів дослідження, доцільним є визначення BB – ширини діапазону спектру інтенсивності ділянки міокарда. Наявність кореляції між індексом віку серця та шириною спектру відбитого ехо-сигналу дозволяє висловити гіпотезу про асоціацію між процесами біологічного старіння, артеріальною гіпертензією та розвитком і прогресуванням фіброзу міокарда.

К.О. Заїчко

ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Кафедра внутрішньої медицини №1

М.А. Станіславчук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ревматоїдний артрит (РА) та артеріальна гіпертензія (АГ) відносяться до мультифакторних полігенних захворювань. Частота АГ у хворих на РА є вищою, і коливається від 20 до 60%. Роль генетичного поліморфізму у розвитку цих коморбідних станів мало відома, тому перспективним є вивчення прогностичного значення поліморфізму промотору гену ендотеліальної синтази оксиду азоту *NOS3 T-786C (rs2070744)* у хворих на РА. Заміна тиміну на цитозин в положенні 786 викликає зниження активності промотору гену на 50%, що супроводжується зниженням експресії *NOS3*, яка відіграє важливу роль в регуляції судинного тону, ендотеліопротекції, ангиогенезі, остеогенезі, запаленні.

Мета роботи: дослідити поширеність та оцінити прогностичне значення поліморфізму промотору гену *NOS3 T-786C (rs2070744)* у хворих на РА, асоційований з АГ.

Матеріали та методи: Обстежено 148 хворих на РА (100% жінок) віком 47,0 [42,8; 52,0] років, тривалістю захворювання 78 [48; 120] місяців, середньою та високою активністю ($DAS28 > 3,2$). Діагноз РА встановлювали на основі критеріїв ACR/EULAR (2010). Діагноз АГ встановлювали згідно рекомендацій Української асоціації кардіологів (2008, 2012). Алейний поліморфізм гену *NOS3 T-786C (rs2070744)* визначали методом ПЛР (Real-TimePCR, Bio-RadCyclerIQ5) з використанням набору «SNP-express» (НПФ «Литех», РФ). Молекулярно-генетичні дослідження виконані в НКДЛ ПЛР ВНМУ імені М.І. Пирогова. Статистичну обробку отриманих результатів проводили методами варіаційної статистики у пакеті прикладних програм «MSExcel» та SPSS22 (©SPSSInc.).

Результати: За анамнестичними даними та результатами офісного вимірювання артеріального тиску в обстеженій когорті хворих на РА було виявлено 56,1% нормотензивних осіб (в тому числі 15,5% осіб з високим нормальним АТ) та 43,9% осіб з АГ. За даними анамнезу у 44 (29,7%) хворих на РА підвищення АТ було зареєстровано після розвитку артриту. Розподіл частот генотипів *NOS3 T786C* в групах хворих на РА з АГ та без АГ підкорявся закону Харді-Вайнберга (тест χ^2 , $p > 0,05$). В групі хворих на РА без АГ ($n=83$) частота генотипів була наступною: Т/Т - 43,3%, Т/С - 44,6%, С/С - 12%. У хворих на РА з АГ ($n=65$) частота генотипу С/С була втричі вищою (30,8%; $\chi^2 = 8,44$, $p < 0,01$), а частота генотипу ТТ, навпаки, нижчою в 1,48 рази (29,8%), ніж у хворих на РА без АГ. Аналіз загальної та рецесивної моделі успадкування засвідчив, що у хворих на РА - носіїв генотипу С/С ризик розвитку АГ в середньому є вищим в 3 рази ($OR=3,24$; 95%CI 1,39-7,55) порівняно із носіями генотипів Т/Т та Т/С. Аналіз домінантної моделі успадкування показав, що у хворих на РА наявність генотипу Т/Т на рівні стійкої тенденції ($\chi^2 = 3,12$; $p=0,08$) зменшує ризик розвитку АГ порівняно із генотипами Т/С та С/С ($OR=0,54$; 95%CI 0,27-1,07).

Висновки: Таким чином, встановлені асоціації поліморфізму промотору гену *NOS3 T786C (rs2070744)* із розвитком АГ у хворих на РА в українській популяції. У хворих на РА наявність генотипу С/С втричі підвищує ризик розвитку АГ, в той час як наявність Т-алеля може мати протективне значення. Дослідження клініко-патогенетичної ролі поліморфізму гену ендотеліальної синтази оксиду азоту за умов РА є перспективним напрямком подальших досліджень.

К.В. Залужна

ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА У ПОЄДНАННІ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОЇ ТОВСТОЇ КИШКИ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини

В.М. Чернобровий (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: ГЕРХ займає одну з основних позицій патології ШКТ. Близько 10% населення відчуває щодня печію. Більше ніж 10% людей у світі страждає від абдомінального болю.

Мета: Вивчити особливості клініки та діагностики у хворих на ГЕРХ у поєднанні з СПТК.

Матеріали та методи: Методи: експрес-гастро-рН-моніторинг, водневий дихальний тест з глюкозою, 3-годинний- 3-боксанальний гастроєзофаго-рН-моніторинг.

Матеріали: порівняльний аналіз кислотоутворюючої функції шлунка у хворих на ГЕРХ в поєднанні з гепатобіліарною, гастродуоденальною патологіями (ГДП) та хронічним панкреатитом. Застосовано GERD-Q, GSRS, Бристольська шкала, Римські критерії III у 76 пацієнтів, згідно з якими хворі були розділені на дві групи: 1 група - 29 пацієнтів з діагнозом ГЕРХ, 2 група - 25 пацієнтів з ГЕРХ та СПТК, 3 група - 22 пацієнти з СПТК.

Результати: дані базального експрес-гастро-рН-моніторингу вказують на достовірно вищу ацидосекрецію у хворих на ГЕРХ у поєднанні з ГДП рН X-M - $2,4 \pm 0,25$ проти $2,9 \pm 0,69$ та $2,8 \pm 0,25$ ($p < 0,0001$). Пантопрозол в пероральній дозі 40мг 1р/д порівняно з вихідним рівнем викликає достовірний виражений кислотоінгібуєчий

ефект в I тиждень прийому препарату: рНХ-М – $3,2 \pm 0,15$ проти $2,3 \pm 0,06$ од. ($p < 0,001$). За даними результатів опитувальника GERD-Q було встановлено, що якість життя пацієнтів з діагнозом ГЕРХ вища ($p < 0,05$) та наявний негативний вплив симптомів ГЕРХ на якість життя у випадку коморбідного перебігу ГЕРХ та СПТК ($\chi^2 - 5,1$). Порівняльний аналіз середнього значення min pH на 5 см проксимальніше НСС за результатами 24-год або 3-годинного 3-ох-канального-гастроєзофаго-рН-моніторингу вказує на відсутність достовірної різниці ацидосекреції у 1-й та 2-й групах: рН – $2,3 \pm 0,48$ проти $2,1 \pm 0,28$ ($p < 0,05$).

16 пацієнтів з СПТК отримували вінборон (фенікаберан) 40 мг 3 р/д. На 5-й день прийому за шкалою болю відсутній у 7 пацієнтів (53,75%) та незначний біль у 9 (56,25%) пацієнтів. Серед 22 пацієнтів з СПТК діарея була у 9 (40,9%) та закрепам у 13 (59,1%) пацієнтів. Після проведеного водневого дихального тесту з глюкозою у 9 пацієнтів СНБР виявився у 5 (55,6%) та відсутній у 4 (44,4%). Відповідно до GSRS ці пацієнти були розділені за ступенем важкості абдомінального болю та діареї.

Висновки: Пантопразол в дозі 40 мг 1р/д викликає достовірний виражений кислотоінгібуючий ефект в I тиждень прийому препарату: рНХ-М – $3,2 \pm 0,15$ проти $2,3 \pm 0,06$ од. ($p < 0,001$); наявність СНБР достовірно ($p < 0,05$) впливає на ступінь вираженості діареї при СПТК ($\chi^2 - 11,6$); відсутність достовірної різниці ацидосекреції при ізольованому перебігу ГЕРХ та у поєднанні з СПТК: рН – $2,3 \pm 0,48$ проти $2,1 \pm 0,28$ ($p < 0,05$).

Х.І. Замнифіст

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФІБРИЛЯЦІ ПЕРЕДСЕРДЬ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

О.В. Денесюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Фібриляція передсердь (ФП) є найпоширенішим хронічним порушенням серцевого ритму в загальній популяції. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, захворюваність на ФП щорічно зростає, і за наступні 50 років очікується її подвоєння. У чоловіків ФП розвивається у 1,5 рази частіше, ніж у жінок. Незважаючи на це, жінки становлять трохи більше половини абсолютного числа пацієнтів з ФП, що пояснюється більшою тривалістю їхнього життя.

Мета: Виявити особливості клінічного перебігу і дослідити якість життя хворих із ФП залежно від гендерних показників.

Матеріали та методи: Дослідження проводилося в загальноотерапевтичному відділенні. У дослідження включені: 15 чоловіків і 15 жінок (середній вік ~ 63 роки). Об'єм обстеження пацієнтів включав ретельний збір анамнезу: уточнення наявності і характеристики симптомів; з'ясування часу першого епізоду фібриляції передсердь (ФП), з- супроводжуваних клінічною симптоматикою, або час виявлення безсимптомної ФП; визначення частоти виникнення, тривалість, провокуючі фактори; збір «серцевого» анамнезу, фізикальне обстеження, електрокардіографія; опитувальник SF-36 (аналіз якості життя та емоційного стану).

Результати: ФП у жінок розвивалася на кілька років пізніше, ніж у чоловіків. Більшість хворих, як в групі чоловіків, так і в групі жінок, на момент дослідження мали постійну форму ФП (10 пацієнтів з персистуючою формою, 4 із пароксизмальною та, відповідно, 16 із постійною формою). Жінки гірше переносять ФП і схильні пред'являти більше скарг. Серед хворих, що не пред'являють скарг, переважали пацієнти з постійною формою ФП. Більшість жінок відзначали емоційні стреси, а чоловіки - фізичні навантаження та шкідливі звички. Аналіз якості життя хворих чоловічої та жіночої статі (за результатами опитування SF-36) показав, що жінки повідомляли, в цілому, про гіршу якість життя, особливо, з емоційної точки зору. Найбільш низькі значення якості життя, як в групі чоловіків, так і в групі жінок, були зареєстровані за шкалою «Рольове фізичне функціонування». Слід відзначити, що більшість пацієнтів мають задовільні оцінки за шкалою «Психологічне здоров'я». Окрім цього, необхідно сказати, що біль та неприємні відчуття, у жінок із ФП, не впливає на емоційний стан під час дозвілля із сім'єю та близькими. Оптимістичний настрій та гарні оцінки за шкалою «Загальне здоров'я» більш притаманні чоловікам.

Висновки: Фібриляція передсердь у жінок розвивається в середньому на 6-7 років пізніше, ніж у чоловіків і характеризується більш яскравими клінічними проявами: більшою поширеністю тахісistolічного варіанта і, по суб'єктивній оцінці хворих, - гіршою переносимістю аритмії. Отримані дані вказують на те, що жінки, які страждають фібриляцією передсердь, в цілому оцінюють свою якість життя гірше, ніж чоловіки.

В.С. Зеленський

МЕТАСТАЗИ У ГОЛОВНИЙ МОЗОК

Кафедра радіології

О.О. Гавриленко (к.мед.н, ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Велика частина тих пухлин головного мозку, які є метастатичними, обумовлена тим, що пухлинні клітини поширюються через артеріальну кров. З цієї причини метастази в головному мозку розташовані там, де найбільш інтенсивний кровотік. Так основне їх розташування межа між білим і сірим

речовиною, а ще на стику басейнів задньої мозкової артерії та середньої мозкової артерії.

Мета: У наш час дуже багато метастазуючих утворень які переходять у головний мозок, саме через це, на мою думку, було б доцільним дослідити це питання більш глибоко.

Матеріали та методи: Було проаналізовано результати КТ - досліджень головного мозку 23 пацієнтів з метою діагностики характеру патологічного процесу в головному мозку. Діагностичні КТ - матеріали отримані на клінічній базі НДЦ ВНМУ. СКТ - дослідження головного мозку проведено за стандартною методикою нейровізуалізації за допомогою спірального комп'ютерного томографа "SeleCTSP" фірми "Elsint" (Ізраїль). Для візуалізації структур головного мозку проводили пошарове сканування (товщина шагу 5мм) основи черепа і супратенторіальних структур.

Результати: З 23 пацієнтів ураження правої півкулі головного мозку метастазами складає 30% (7 хворих), лівої - 44% (10 хворих), 26% (6 хворих) - уражені обидві півкулі. Переважна локалізація - тім'яна доля (27%). В поодиноких випадках зустрічається ураження білої речовини головного мозку (9%). Хворіють як жінки 52% (12 жінки), так і чоловіки 48% (11 хворих). Патологічний компонент переважно округлої форми 60%, контури чіткі та рівні 52%, гомогенної структури 63%, відносно малих розмірів 43%, переважно одиничні утворення 48% (11 хворих). При КТ головного мозку простежується поодинокі деформації шлункової системи 21% (5 хворих), зміщення серединних структур 21% (5 хворих), деформації цистерн головного мозку 17% (4 хворих). Також відмічаються проростання у кістки черепа 13% (3 хворих).

Висновок: Отримані дані вказують на високу частоту захворюваності як у чоловіків та жінок. Простежуються переважно поодинокі патологічні утворення, що здебільшого локалізуються у тім'яній долі, мають правильну форму, гомогенну структуру, відносно малих розмірів.

О.А. Іскрак

АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ – ВІД СИМПТОМІВ ДО ДІАГНОЗУ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Л.С.Перебетюк (ас.), О.І.Остапчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Анкілозивний спондилоартрит (АС) — хронічне ревматичне запальне захворювання, що відноситься до серонегативних спондилоартритів, які мають спільні клінічні, серологічні, генетичні риси та призводять до порушення мобільності хребта з подальшим розвитком його анкілозу. Переважно перебіг АС повільний, але в деяких випадках спостерігається швидке настання непрацездатності за рахунок анкілозування хребта та ураження запальних уражень суглобів.

Мета: Оцінка функціональної здатності пацієнтів на АС в залежності від термінів встановлення діагнозу, давності захворювання та активності патологічного процесу.

Матеріали та методи: В дослідження було включено 32 пацієнти (27 чоловіків та 5 жінок) віком від 19 до 63 років. Пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні ВОКЛ імені М.І. Пирогова. Середній вік хворих склав $39,7 \pm 13,6$ років. 37,5% були позитивними за HLAB27. Давність захворювання склала $11,4 \pm 9,1$ роки. Карта обстеження пацієнта включала демографічні та анамнестичні дані. Було оцінено функціональну здатність по індексу BASFI (BathAnkylosingSpondylitisFunctionalIndex), метрولوгічний індекс BASMI (BathAnkylosingSpondylitisMetrologyIndex) та розраховано активність захворювання за ASDAS (AnkylosingSpondylitisDiseaseActivityScore).

Результати: За даними проведеного дослідження: з часу появи перших симптомів до встановлення діагнозу АС в середньому минуло $6,3 \pm 5,8$ роки. У 22 хворих (68,8%) захворювання дебютувало з болю у поперековому відділі хребта, тоді як у 10 пацієнтів (31,2%) першими симптомами було враження кульшових, колінних, гомілково-ступневих та суглобів кистей. Загалом лише 25,0% пацієнтів звернулися до ревматолога маючи перші ознаки хвороби, більшість хворих тривалий час продовжували лікування у невропатолога, травматолога, мануального терапевта. При оцінці активності перебігу захворювання за ASDAS - дуже високу активність виявлено більш ніж у 50% хворих ($ASDAS \geq 3,5$), функціональної здатності за індексом BASFI більше 70% пацієнтів мали виразні функціональні порушення ($BASFI > 4$), тоді як за BASMI 19 пацієнтів (59,4%) мали виразні порушення функції осевого скелету, що корелює з терміном встановленням діагнозу та тривалістю захворювання загалом.

Висновки: Звернення пацієнтів до лікарів різних профілів, яскраво ілюструє необхідність наявності знань про клінічні прояви та особливості діагностики АС в дебюті захворювання. Своєчасне направлення до ревматолога та вчасне призначення лікування дозволить контролювати активність захворювання та запобігти порушенню функції осевого скелету, що є основною причиною інвалідизації пацієнтів.

О.А.Іскрак
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗА З СИНДРОМОМ БОНВАРТА

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Т.В.Кириленко (ас.)

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

Актуальність: Хвороба Лайма це зоонозна природно-вогнищева інфекція з трансмісивним механізмом зараження, яке має поліорганный характер ураження і стадійний перебіг, схильне до рецидивування та хронізації.

Мета: Описати клінічний перебіг безеритемної форми захворювання, що маніфестувала у вигляді неврита лицевого нерва з подальшим розвитком менінгорадикулоневрита (синдрому Банварта), алгоритм діагностики та лікування даної патології.

Матеріали та методи: Проведено вивчення історії хвороби пацієнта Б., наукової літератури. **Результати:** Пацієнт Б. 16.09.2014р. був госпіталізований у неврологічне відділення МКЛ №1 із скаргами на асиметрію обличчя, неможливість закривання очей, їх сухість, неможливість відкривання рота, порушення смаку (описані скарги були більш виражені з лівого боку), головний біль. З анамнезу захворювання відомо, що 30.08.2014р. вперше виникли скарги на біль за лівою вушною раковиною, 01.09 помітив, що ліва половина обличч'я трохи «опущена» та маскоподібна, не приймає участі у звичайних мимічних рухах; лоб на стороні ураження гладкий, брова дещо приспущена; ліва очна щілина ширша за праву; носо-губна складка згладжена, кут рота опущений. Госпіталізований у неврологічне відділення МКЛ №1 з діагнозом неврит лівого лицевого нерва. Виписаний 11.09 з позитивною динамікою. 12.09 виник біль за правою вушною раковиною. 14.09 утруднення закривання правого ока, слабкість м'язів обличчя. 15.09 виникли вище описані симптоми. В ході опитування з'ясовано, що 1,5 міс. тому був укус кліща, якого пацієнт самостійно видалив. За медичною допомогою не звертався. За весь час t^0 тіла не підвищувалася. Антибіотиків профілактично не отримував. Об'єктивно загальний стан хворого середнього ступеня важкості, свідомість ясна. Двобічний лагофтальм, більше зліва. Неможливість наморщити лоба, звести брови досередини, оскалити зуби, надути щоки, утримуючи повітря (з двох боків, більше зліва). Язик по середній лінії, спотворення смаку передніх 2/3 язика. Дизартрія. Менінгеальні симптоми негативні. Інші рефлекси в нормі. Проведено с/м пункція і діагностовано серозний менінгіт (ліквор безбарвний, 1,65г/л білка, реакція Панді++, глюкоза 2,2ммоль/л, цироз 132кл., лімфоцити 91%). Згідно рекомендації інфекціоніста було виконано ІФА крові пацієнта і виявлено антитіла класу IgM та IgG до *Borrelia burgdorferi*. Саме це дослідження стало вирішальним для встановлення діагнозу Лайм-бореліоз, ранній період, II стадія, з синдромом Банварта. Було призначено етіотропне (цефтріаксон 1г 2р/д в/в протягом 21 дня), патогенетичне та симптоматичне лікування уражень нервової системи.

Висновки: Описаний клінічний випадок є свідченням складності діагностики Лайм-бореліоза та наочно демонструє необхідність настороженості щодо бореліозної інфекції у неврологічних хворих.

Т.О. Казібрід
ВПЛИВ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.О. Гавриленко (к.мед.н.ас.)

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

Актуальність: Променева діагностика відіграє важливу роль у житті кожної вагітної жінки. Основним методом скринінгу та первинної діагностики в акушерстві та перинатології, «золотим стандартом» інструментальної діагностики, без сумніву, було і залишається ультразвукове дослідження. Однак при виникненні загрози життю матері, лікарям дано право застосовувати всі доступні види медичної діагностики без обмежень, найчасті це - МРТ, КТ, рентгенологічне дослідження.

Мета: Вивчався вплив УЗД, МРТ, КТ та рентгенологічного дослідження на організм матері і плода, ймовірність виникнення патологічних незворотніх змін та вплив на перебіг вагітності.

Матеріали та методи: УЗД - це дослідження стану органів і тканин за допомогою ультразвукових хвиль. Проходячи через тканини, а точніше через кордони між різними тканинами, ультразвук відбивається. Спеціальний датчик фіксує ці зміни, які і є основою зображення. МРТ - це томографічний метод дослідження внутрішніх органів і тканин з використанням фізичного явища ядерного магнітного резонансу. Метод ґрунтується на вимірюванні електромагнітного відклику ядер атомів водню, а саме на їхньому збудженні за допомогою певної комбінації електромагнітних хвиль у сталому магнітному полі високої напруженості. КТ - метод діагностики організму, в основі якого лежить рентгенологічне випромінювання, яке дає уяву про фізичний стан речовини. Рентгенологічне дослідження - дозволяє діагностувати захворювання, визначити локалізацію і протяжність виявлених патологічних змін, а також їх динаміку в процесі лікування. Дослідження засноване на тому, що пучок рентгенівського випромінювання, проходячи через органи і тканини, поглинається ними з неоднаковою силою, що дає можливість отримати їх зображення на спеціальному екрані або на рентгенографічній плівці.

Результати: Ще 12 років тому, у світі, вродженні вади зустрічалися 1:10 000, на сьогодні ця цифра зросла до 166:10 000. За допомогою ультразвукового обстеження з 4000 жінок діагностовано, 250 мали передлежання плаценти. Протягом 19 місяців, на території де проживають 2.5 млн. чоловік лише 13 з 36 вроджених дефектів було виявлено у пренатальному періоді. На УЗД було знайдено лише 2 з 8 випадки вродженої діафрагмальної грижі, 6 з 12 випадків вродженого дефекту передньої черевної стінки, 5 з 13 випадків спинномозкового пошкодження, 1 випадок смерті з 23 діагностованих.

Висновки: Рентгенологічне дослідження та КТ – не рекомендовано проводити вагітній жінці, так як це може бути причиною потенційної небезпеки опромінення ембріона або плода, виникнення гідроцефалії, мікрофтальмії, загальної затримки розвитку, в тому числі розумової відсталості. МРТ дозволяється проводити для уточнення діагнозу, однак лише в другому і третьому триместрах. УЗД рекомендується використовуватися як метод скринінга на усіх сроках вагітності.

В.В. Кельман

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В У ВАГІТНИХ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

О.А. Андросова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема хронічного вірусного гепатиту В (ХГВ) є однією з основних медико-соціальних проблем як в світі, так і в Україні. Захворюваність на вірусний гепатит В становить реальну загрозу здоров'ю населення, в зв'язку з частим формуванням хронічного перебігу, що призводить до тяжких ускладнень: цирозу та раку печінки. Приблизно 50 млн. жителів планети щорічно інфікуються вірусом гепатиту В і близько 1 млн. помирають від наслідків хронічної НВV-інфекції. Враховуючи поширення ХГВ у загальній популяції, ця проблема набуває серйозних розмахів і серед вагітних. Ризик інфікування новонароджених становить від 2 до 15% в залежності від спектру маркерів та їх значень у вагітних.

Мета роботи - вивчити епідеміологічні, клінічні та лабораторні особливості перебігу ХГВ у вагітних жінок.

Матеріали та методи: під спостереженням знаходилася 41 вагітна з позитивним HBsAg, які зверталися за консультацією в діагностично-диспансерний кабінет МКЛ№1 м. Вінниці протягом 2015 р. Вік пацієнток коливався в межах від 22 до 41 року. Середній вік становив $29,48 \pm 3,21$ років. Верифікацію діагнозу ХГВ проводили за допомогою імуноферментного аналізу та полімеразної ланцюгової реакції. Визначали HBsAg, HBeAg, anti-HBs, anti-HBe, anti-HBcorIgG, anti-HBcorIgM, DNAHBV. Надалі діагноз ХГВ встановлювався згідно з класифікацією, прийнятою на міжнародному конгресі гастроентерологів (Лос-Анджелес, 1994) та класифікації МКХ-10.

Результати: При верифікації діагнозу, ХГВ був встановлений та лабораторно підтверджений у 32 осіб (78,05%). При вивченні епідеміологічного анамнезу встановлено, що основними шляхами передачі гепатиту В були парентеральні втручання (58,72%), статевий шлях склав 21,28%, шлях інфікування не був встановлений у 20% хворих. Серед клінічних симптомів найчастіше спостерігалися: загальна слабкість у 63,25%, зниження апетиту у 24,55%, важкість у правому підребер'ї у 17,14% пацієнток. Гепатомегалія визначалася у 21 (65,6%) особи, спленомегалія відмічалась у 5 (15,6%) хворих. При біохімічному дослідженні крові підвищення активності АлАТ та АсАТ встановлено у 13 (40,6%) осіб. Серед обстежених переважали особи з HbeAg(-) хронічним гепатитом В- 54,3%, у 45,7% мав місце HbeAg(+) хронічний гепатит В. В середньому вірусне навантаження склало $373940,67 \pm 284501,19$ МО/мл.

Висновки: Основним шляхом інфікування є парентеральний. Серед обстежених жінок у 21,95% виявлялися хибнопозитивні результати по HBsAg. Отримані дані в подальшому можуть слугувати підґрунтям для попередження перинатальної передачі вірусного гепатиту В.

В.В. Кіщук, І.Г. Ланецька, А.Ю. Щербань

СПОРТИВНЕ СЕРЦЕ

Кафедра внутрішньої медицини № 2

О.А. Коробко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність проблеми. Надмірні навантаження викликають перенапруження у функціонуванні багатьох органів і систем, в першу чергу, з боку серцево-судинної системи, тому актуальним сьогодні у галузі спортивної кардіології є вивчення впливу фізичних навантажень та механізмів адаптації серцево-судинної системи у спортсменів.

Мета дослідження – вивчити стан серцево-судинної системи у спортсменів з секцій важкої атлетики, пауерліфтингу, хокею на траві та провести порівняльний аналіз отриманих даних з особами, які не займаються спортом.

Матеріали та методи. Обстежено 80 спортсменів (78 чоловіків і 3 жінки), що мали високу спортивну кваліфікацію – кандидати в майстри спорту та майстри спорту, серед яких – 40, які займаються хокеєм на траві, 20 – пауерліфтингом та 20 – важкою атлетикою. Всі спортсмени, включені в дослідження, тренувалися в секціях, що вимагають розвитку витривалості (хокей на траві) та сили (важка атлетика, пауерліфтинг). Дані клінічні обстеження були проведені на базі Вінницького обласного лікарсько-фізкультурного диспансеру. Контрольну групу склали 40 осіб, які не займаються професійним спортом. Обстежені особи були у віці від 18 до 25 років (середній вік складав $21,9 \pm 2,5$ роки), середній стаж занять спортом у спортсменів – $10,8 \pm 3,1$ років. Всім спортсменам та особам, які не займаються спортом, було проведено фізикальне обстеження та додаткові методи, серед яких обов'язковим була електрокардіографія (ЕКГ), за необхідності – ехокардіографія (ЕхоКГ).

Результати отриманих даних. У всіх обстежених осіб при фізикальному дослідженні патологій внутрішніх органів не виявлено. ЧСС у спортсменів була – 58 – 62 за 1 хвилину, у осіб контрольної групи – 62 – 70 за 1 хвилину. За даними ЕКГ: ознаки гіпертрофії лівого шлуночка зареєстровані у 7 спортсменів (8,7 %) та у 2 (5%) осіб, які не займаються спортом; блокада правої ніжки пучка Гіса – у 45 спортсменів (56,2%) та 4 осіб (10%) контрольної групи. Синдром ранньої реполяризації шлуночків – у 5 (6,25%) спортсменів та 1 (2,5%) осіб, що не займаються спортом. ЕхоКГ була проведена 9 особам. При цьому товщина стінки лівого шлуночка була $11,1 \pm 1$ у 7 спортсменів та $8,6 \pm 1,0$ у 2 осіб, які не займаються спортом, фракція викиду – 66 – 68 – у спортсменів та 62 – 66 – у осіб, які не займаються спортом.

Висновок. Таким чином, отримані нами дані свідчать, що суттєвих відхилень від норми у осіб обох груп не зареєстровано, однак брадикардія, ознаки гіпертрофії стінок лівого шлуночка, порушення ритму серця частіше виявлялись у спортсменів, ніж у осіб, які не займаються професійним спортом. Отже, стан серцево-судинної системи має бути предметом пильної уваги спортивного лікаря, завданням якого є правильна оцінка функціонального стану, розробка методів ранньої діагностики, раціональних методів лікування і, що особливо важливо, заходів профілактики.

М.С. Кмитюк

ПОШИРЕНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

О.В. Денесюк (к. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. У загальній медичній практиці частота депресій сягає 22-33%. Депресивні розлади є однією з основних причин непрацездатності. За даними МОЗ, з 2008 по 2012 рр. поширеність депресивних розладів зросла з 65,37 до 73,6 особи на 100 тис. населення. Серед пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою, 17% мають депресивний розлад, який часто поєднується із соматичною патологією. Депресія зустрічається у 20% пацієнтів з ішемічною хворобою серця, серед них майже у 50% пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда. Встановлено, що рівень смертності серед пацієнтів, які мають в анамнезі інфаркт міокарда і страждають на депресію, в 3-6 разів вищий, ніж у пацієнтів, які не мають депресії. Вивчення депресивних розладів у хворих на серцево-судинні захворювання є надзвичайно актуальним, оскільки поширеність їх у даній категорії пацієнтів має тенденцію до розвитку, а наявність депресивних розладів у пацієнтів із захворюваннями серцево-судинної системи може знижувати ефективність лікування та призводити до прогресування даної групи соматичних хвороб.

Мета. Встановити поширеність та важкість депресивних розладів у пацієнтів із різними серцево-судинними захворюваннями та гендерні особливості.

Методи і матеріали. На базі кардіологічних відділень №1 та №2 Вінницької МКЛ№1 було здійснено пошук та анкетування 48 пацієнтів, серед яких чоловіків – 24 (50%), жінок – 24 (50%). Серед опитаних пацієнтів 25 (52%) страждало на гіпертонічну хворобу (ГХ), 15 (31%) – на ішемічну хворобу серця (ІХС) та 8 (17%) – на персистуючу форму фібриляції передсердь. Виявлення депресивних розладів проводилось за допомогою стандартизованих опитувальників пацієнта PHQ-2 та PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Статистична обробка даних проведена на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм.

Результати. За даними дослідження депресивні розлади були виявлені у 36 (75%) пацієнтів, серед яких 16(33%) чоловіків, та 20 (42%) жінок. Субклінічна депресія виявлена у 9 (19%) пацієнтів, зокрема у 5(11%) чоловіків та 4 (8%) жінок. Помірно тяжка депресія виявлена у 24 (50%) пацієнтів, 10 (21%) з яких чоловіки та 14 (29%) жінки. Депресію середньої важкості виявлено у 3 (6%) пацієнтів, серед яких 1 (2%) чоловік та 2 (4%) жінки. Серед хворих на ГХ депресивні розлади були виявлені у 17 (68%) з 25 опитаних, на ІХС – у 13 (87%) з 15 опитаних, на порушення ритму – у 6 (75%) з 8 опитаних.

Висновки. Для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями характерна висока поширеність депресивних розладів (75%). За даними опитувань спостерігається більша схильність до депресивних розладів серед пацієнтів жіночої статі (42%), ніж серед чоловічої (33%). Найбільш поширені депресивні розлади серед хворих на ІХС (87%), менше – серед хворих на ГХ (68%) та порушення ритму (75%). Вчасне виявлення та лікування

депресивних розладів у пацієнтів, хворих на серцево-судинні захворювання дозволить збільшити ефективність лікування, покращити якість життя та прогноз для даної категорії пацієнтів.

В.О. Ковач

ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ У ВІЙСЬКОВИХ МЕДИКІВ: ФАКТОРИ РИЗИКУ

Кафедра внутрішньої медицини №2

І.П. Осипенко (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Численні дослідження психо-соматичного та адаптаційного профілів військових медиків, проведені в останні десятиліття в Ізраїлі та США, свідчать про високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу у медиків-інструкторів та військових лікарів. За офіційними даними Генштабу станом на січень 2016 року у збройному конфлікті на Сході України зареєстровано близько 7 тисяч даної категорії осіб. Всі вони є носіями стресового вантажу, про який часто забувають, акцентуючи увагу на військовослужбовцях.

Мета: Визначити імовірність розвитку психо-соматичних та стресових розладів у військових лікарів польових шпиталів, санінструкторів і фельдшерів лінійних підрозділів та провести кореляційно-регресивний аналіз вищеназваних розладів зпреморбідним фоном у даної групи осіб.

Матеріали та методи: карти проходження військово-лікарської комісії, карти обстежень Національного дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Результати: Аналіз отриманих даних показав, що ймовірність розвитку психо-соматичних (гіпертонічної хвороби, мігрені, алкоголізму) та стресових (панічних атак, психомоторного збудження, нападів страху, стійких порушень сну, агресивної поведінки) розладів у санінструкторів лінійних підрозділів у 2 рази вища, ніж військових лікарів польових шпиталів (психо-соматичні у 88% санінструкторів і в 49% лікарів польових шпиталів; стресові- у 96 та 46% відповідно). В той самий час у рядових військовослужбовців, як найбільш досліджуваної групи, ймовірність розвитку психо-соматичних порушень в 2,5 рази менша, ніж у когорті санінструкторів (35 та 88% відповідно). Розрахунок кореляційної матриці свідчить про значну залежність між зпреморбідним фоном (вертебро-базиллярною недостатністю, вегето-судинною дистонією, функціональною диспепсією) та ймовірністю розвитку посттравматичного стресового розладу у досліджуваної групи.

Висновки: Необхідно робити все, аби підвищити психологічну пружність, яка складається з фізичної (в т.ч. стан здоров'я), ментальної вісі та вісі соціальної системи. З цією метою доцільним є використання психонавчання, а також ізоляцію досліджуваної групи від медичних установ на нетривалий час з метою зміни робочого простору та при потребі повну заміну місця роботи. На етапі проходження військово-лікарської комісії проводити відсіювання груп ризику розвитку розладів, а при неможливості це зробити – проведення моніторингу стану фізичного та психічного здоров'я від початку потрапляння у стресові умови.

М.О. Колесник, В.П. Іванов

ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ЗАЛІЗА В ХВОРИХ ІЗ СИСТОЛІЧНОЮ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ВПЛИВ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Кафедра внутрішньої медицини №3

В.П. Іванов (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ, 3,6 млрд. людей на планеті мають латентний залізодефіцитний стан (ЗДС), а ще у 1,8 млрд. виявляють ознаки його крайнього прояву – залізодефіцитної анемії (ЗДА). В останні десятиліття накопичено багато даних про негативний вплив ЗДС на перебіг і прогноз при різних серцево-судинних захворюваннях, в тому числі і при ХСН. Останнє надає підстави розглядати ЗДС у якості незалежного предиктора виникнення серцево-судинних ускладнень і, відповідно, незалежною від анемії новою терапевтичною мішенню.

Мета: Визначити вплив різних варіантів ЗДС на функціональний стан і якість життя пацієнтів із систолічною ХСН.

Матеріали і методи: У дослідження було включено 90 пацієнтів із ГХ з/та без ІХС, ускладнених систолічною ХСН II-III ФК за NYHA, які перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичних відділеннях ВОКГ ВВ. Серед обстежених було 49 чоловіків (55%) та 41 жінка (45%), середній вік хворих склав 70,3±0,5 років. У залежності від варіанту ЗДС всі обстежені були розподілені на три клінічні групи: 1-у клінічну групу (n=30) склали хворі з систолічною ХСН без порушень обміну заліза; 2-у (n=30) – хворі з систолічною ХСН та латентним ЗДС (середній рівень Hb групи 127,5±0,9 г/л, вміст заліза в сироватці крові 10,2±0,3 мкмоль/л та середній вміст феритину 20,7±1,6 мкг/л) і 3-ю (n=30) – хворі з систолічною ХСН та коморбідною ЗДА I ст. (середні рівні Hb, заліза та феритину сироватки групи 104,2±1,4 г/л, 9,9±0,4 мкмоль/л та 19,4±1,5 мкг/л, відповідно). Всім пацієнтам дослідження, з метою оцінки функціонального стану і якості життя (ЯЖ) проведена проба з 6-хвилинною ходьбою та анкетування з використанням шкалами SF-36 і MLHFQ.

Результати: У ході проведеного дослідження було виявлено, що пацієнти з ХСН і супутньою ЗДА мали

суттєво нижчу толерантність до фізичного навантаження і, відповідно, меншу пройдену відстань при проведенні проби з 6-хвилинною ходьбою у порівнянні з іншими групами – 202,7±5,1 м проти 224,8±6,5 і 214,6±6,4 м відповідно ($p=0,005$ і $p=0,07$). Крім того в групі з супутньою ЗДА на відміну від інших груп переважали пацієнти з ХСН ІІІ ФК за NYHA (80% проти 63% і 75%, $p>0,07$), що мало тенденцію до достовірності. Натомість результати оцінки ЯЖ за анкетною MLHFQ показали достовірне ($p<0,01$) зниження показників у 2-й і 3-й порівнянню з 1-ю клінічною групою (52,52±1,19, 54,88±1,18 і 44,37±1,54 балів відповідно). У свою чергу результати аналізу анкети SF-36 показали достовірне зниження показників, як фізичного, так і психологічного компонентів у 3-й клінічній групі порівнянню з 1-ю і в середньому склали 37,93±1,33 і 39,46±0,59 проти 48,0±1,04 і 45,39±0,6 балів відповідно. В 2-й групі показники мали тенденцію до зниження та склали 40,26±1,50 і 43,25±0,73 балів.

Висновки: Наявність ЗДС достовірно погіршує перебіг ХСН, що проявляється зниженням толерантності до фізичного навантаження і, відповідно, вищим ФК ХСН, впливає на зниження показників ЯЖ пацієнтів насамперед за рахунок зниження працездатності та соціальної адаптації.

А.Л. Красно

ВИЗНАЧЕННЯ ДИСФУНКЦІЇ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА ЯК МАРКЕРУ ТЯЖКОСТІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини № 2

І.В. Куриленко (к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Наслідком розвитку світової кардіології та кардіохірургії впродовж останніх років є щорічне зростання кількості дорослих пацієнтів з вродженими вадами серця (ВВС). Статистичну більшість при цьому складають вади зі збільшеним легеневим кровотоком. Зосередження хвороби на контингенті працездатного населення призводить до зростання показників інвалідності, зумовленої порушенням функції кровообігу. В розвитку серцевої недостатності (СН) у таких хворих визначальними є дисфункція правого шлуночка (ПШ) та легенева гіпертензія (ЛГ). Класичні методи візуалізації при ВВС передбачають визначення структурних характеристик ПШ, параметрів трикуспідального кровотоку та градієнтів тиску в порожнинах серця. Проте порушення систолічної та діастолічної функцій ПШ у пацієнтів з ВВС залишаються мало дослідженими.

Мета: дослідити показники систолічної і діастолічної функції ПШ та встановити їх зв'язок з тяжкістю СН у дорослих пацієнтів з ВВС.

Матеріали та методи: Обстежено 60 пацієнтів з ВВС в віці 18-59 років: 33 з дефектом міжпередсердної та 27 з дефектом міжшлуночкової перегородки. Всі обстежені були розподілені на 3 групи. За основу при розподілі було взято «Функціональну класифікацію СН за NYHA (1964 р.)». Хворих з симптомами ІV ФК СН серед нашої вибірки не було. Всім пацієнтам проводились: проба з 6-хвилинним навантаженням, ехокардіографія та доплер-ехокардіографія за стандартною методикою з використанням апарату SonoAce 6000 С, фірми Medison з частотою датчика 2,5-3,5МГц. Протокол еходослідження додатково включав визначення систолічної, діастолічної функції ПШ, рівня тиску в легеневій артерії.

Результати. Встановлено, що у пацієнтів з ВВС мали місце порушення, як систолічної, так і діастолічної функції ПШ. Отримані результати засвідчили, що по мірі наростання ФК СН прослідковувалось достовірне пропорційне збільшення кількості пацієнтів з рестриктивним порушенням діастолічної функції ПШ. І навпаки, у достовірній більшості пацієнтів з І ФК СН (92,3%) – була наявною діастолічна дисфункція (ДД) по-типу релаксації (різниця в групах достовірна, $p<0,05$). Показники ж систолічної функції ПШ були достовірно нижчими лише в групі пацієнтів з ІІІ ФК СН (47,9±2,3%), без суттєвих відмінностей у осіб І та ІІ ФК. Встановлено, що розвиток ДД ПШ передує його систолічній дисфункції та гіпертрофії ПШ. Показники ДД ПШ тісно асоціюються з тяжкістю ЛГ, а виявлення початкових ознак ДД ПШ у пацієнтів з ВВС є предиктором розвитку ЛГ. Діагностичними маркерами тяжкої ЛГ є ДД ПШ по-рестриктивному типу та комбінація ДД ПШ по-типу релаксації зі зниженням систолічної функції ПШ.

Висновки: Таким чином, систолічна та діастолічна функції ПШ є важливим діагностичним маркером СН, а також наявності та ступеню ЛГ у пацієнтів з ВВС зі збільшеним легеневим кровотоком. Включення до протоколу ехообстеження визначення функції ПШ дозволить об'єктивізувати тяжкість правощлуночкової СН та в перспективі оцінити прогноз захворювання.

О.О.Крюкова

СПИРАЛЬНА КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Курс радіології М.О. Зорич (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: При ТЕЛА, яка з судинних патологій легень зустрічається найчастіше, спіральна комп'ютерна

томографія (СКТ) є основним методом як діагностики, так і визначення оптимальної тактики і методу лікування. За умови обов'язкового внутрішньовенного контрастного підсилення, в 92-98% випадків СКТ дозволяє правильно встановити діагноз.

Мета: Визначити частоту виявлення ТЕЛА за результатами СКТ-досліджень у хворих з підозрою на судинну патологію. Дослідити залежність частоти виявлення ТЕЛА між віком і статтю пацієнтів. У пацієнтів з ТЕЛА дослідити їх форму, локалізацію, об'єм ураження, присутність чи відсутність інфаркт-пневмоній, плеврального та перикардіального випоту, а також легеневої гіпертензії і застійних явищ в малому колі кровообігу.

Матеріали і методи: Було проаналізовано результати СКТ-досліджень 90 пацієнтів з метою діагностики характеру патологічного процесу в печінці. Діагностичний СКТ-матеріал ГП отриманий на клінічній базі наукового дослідного центру ВНМУ. СКТ-дослідження ОГК проведено за стандартною методикою візуалізації за допомогою спірального комп'ютерного томографа «SeleCTSP» фірми «Elsint» (Ізраїль). Для візуалізації ОГК проводили їх пошарове сканування (товщина шару 5 мм).

Результати: Серед пацієнтів з ТЕЛА було 74% чоловіків і 26% жінок. Вік їх коливався в межах 43-72 років. У 23% пацієнтів ТЕЛА була локалізована зправа, у 20% - зліва, у 57% - з обох сторін. При СКТ-дослідженні 16% пацієнтів не було виявлено ТЕЛА, у 84% - виявлено. Наявність легеневої гіпертензії виявлено у 25% пацієнтів, наявність інфаркту-пневмонії-15%, плеврального випоту- 6%, застійних явищ в малому колі кровообігу- 10%.

Висновки: Отримані результати дослідження свідчать про високу частоту їх виявлення у пацієнтів віком 43-72 років. Захворюваність серед чоловіків у 3 рази вища, ніж серед жінок. Частіше ТЕЛА локалізується з обох сторін. Розміри її варіабельні. Візуалізація ТЕЛА у нативну фазу майже завжди не дає результатів, що свідчить про обов'язковість використання контрастних речовин у дослідженнях. Дані результати мають велике практичне значення для вибору оптимальної тактики лікування.

Е.А. Кузовенкова, И.П. Зарудняк

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра общей практики и семейной медицины

Е.В. Найденова (к.мед.н., ас.)

Одесский Национальный Медицинский Университет

г. Одесса, Украина

Актуальность: Сочетание гипертонической болезни (ГБ), ожирения и нарушений углеводного обмена наблюдается у 30 % взрослого населения и являются фактором риска преждевременного развития когнитивных нарушений (КН). Особенно важным является факт распространенности вышеперечисленных заболеваний у лиц трудоспособного возраста, поэтому своевременное выявление у таких пациентов когнитивных дисфункций не только укажет на неэффективность проводимой терапии и предупредит развитие грозных осложнений, но и сохранит трудоспособность этого контингента больных, что является важным социально-экономическим аспектом.

Цель: Сравнить степень выраженности КН у пациентов среднего возраста с ГБ и избыточным весом и у пациентов с ГБ, избыточным весом в сочетании с нарушениями углеводного обмена.

Материалы и методы: При помощи шкалы SAGE (Self-Administered-Gerocognitive-Examination), были оценены когнитивные функции: ориентация во времени, память, мышление, пространственное восприятие у 98 пациентов в возрасте 38-60 лет, средний возраст- 49 лет (41 женщина и 57 мужчин), которые были разделены на основную группу (77 пациентов с ГБ 2 стадии) и контрольную группу (21 пациент- практически здоровые). Был вычислен индекс Кетле.

Результаты: В основной группе у 21 пациента (27,2%) выявлена избыточная масса тела, у 34 (44,1%)- ожирение 1 степени, у 16 (20,7%)- 2 степени, у 6 (7,7%)- 3 степени. У 35 (45,5%) пациентов были выявлены нарушения углеводного обмена различной степени, из них у 19 (54,2%) диагностирован преддиабет (нарушение гликемии натощак или нарушение толерантности к глюкозе) и у 16 (45,7%)- сахарный диабет II типа (СД II типа). Из 42 (54,5%) пациентов с ГБ и избыточным весом у 11 (26,1%) выявлены КН, у 10 (23%)- легкая степень, у 1 (2,3%)- умеренная степень КН. Из 19 пациентов с нарушением гликемии натощак или нарушением толерантности к глюкозе КН были выявлены у 11 (57,9%): легкие – у 6 (31,5%), умеренные – у 5 (26,3%). Из 16 пациентов с СД II типа КН установлены у 13 пациентов (81,3%): у 5 (31,2%) определялись КН легкой степени и у 8 (50%)- умеренной. Из 21 пациента контрольной группы КН выявлены у 1 (4,7%) – легкой степени.

Выводы: 1. У всех пациентов с ГБ II стадии выявлены избыточная масса тела или ожирение различной степени. 2. У пациентов с ГБ КН выявляются в 3 раза чаще, чем у практически здоровых пациентов. 3. Сочетание ГБ с нарушением гликемии натощак или нарушением толерантности к глюкозе увеличивает частоту КН в 2 раза, а у пациентов с СД 2 типа – в 3 раза выше по сравнению с пациентами с ГБ без нарушений углеводного обмена. 4. Данный метод оценивания КН может выступать в качестве скрининга в практике семейного врача с целью своевременной диагностики КН и коррекции терапии.

Е.А. Кулакова, Л.С. Татьяна, М.В. Куликова
**ЦИТОКИНОВАЯ АКТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

Кафедра внутренней медицины №3
Л.В. Журавлева (д.мед.н., проф.)
Харьковский национальный медицинский университет
г. Харьков, Украина

Актуальность: Артериальная гипертензия (АГ) является самым распространенным сердечно-сосудистым заболеванием, которым по состоянию на 2011 год на Украине страдает около 46,8 % населения. Еще одной глобальной медико-социальной проблемой является рост заболеваемости сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа). В ряде случаев, АГ и СД 2 типа имеют общие патогенетические механизмы развития. Существует мнение, что активность провоспалительных интерлейкинов (ИЛ), в частности ИЛ-18, играет неблагоприятную роль в развитии СД 2 типа, в то время как противовоспалительные ИЛ, наоборот, оказывают защитное действие.

Цель: изучение и анализ плазматической активности факторов иммунновоспаления: провоспалительного ИЛ-18 и противовоспалительного ИЛ-10 у пациентов с АГ в сочетании с СД2 типа.

Материалы и методы: Нами было обследовано 30 пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа. Всем пациентам было проведено комплексное общее клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Установление диагноза, определение стадии и степени АГ проводилось согласно критериям рекомендаций Европейского общества гипертензии (ESH) по лечению АГ. Диагноз СД 2 типа установлен по критериям ВОЗ. Все 30 пациентов определены в группу сочетания АГ и СД 2 типа. В контрольную группу вошли 10 практически здоровых лиц. Для определения плазматического уровня ИЛ-18 использовали набор реагентов «Humaninterleukin 18, IL – 18 ELISAKitcatalognumber: E0064h» (Япония), ИЛ-10 - «Вектор Бест» (Россия). Обработка полученных результатов проводилась методами непараметрической статистики с использованием пакета анализа статистической программы «STATISTICA 8.0».

Результаты: Следует отметить, что у обследованных пациентов с АГ и СД 2 типа наблюдается избыточная масса тела по сравнению с практически здоровыми лицами. Так, медиана показателя индекса массы тела (ИМТ) в обследованной группе составила 29,8 кг/м², а в группе контроля - 23,8 кг/м². Кроме того, согласно результатам нашего исследования наблюдается повышение уровней как провоспалительного ИЛ-18, так и противовоспалительного ИЛ-10 у пациентов с АГ и СД 2 типа в отличие от лиц контрольной группы. Медиана ИЛ-18 у обследованных больных с АГ и СД 2 типа составила 170,00 пг/мл, а в контрольной группе – 139 пг/мл. При анализе ИЛ-10 медиана этого цитокина составила 77,40 пг/мл у пациентов с АГ и СД 2 типа и 60,30 пг/мл у практически здоровых лиц контрольной группы.

Выводы: Таким образом, установлено, что уровни противовоспалительного ИЛ-10 и провоспалительного ИЛ-18 у пациентов с сочетанной патологией АГ и СД 2 типа значительно выше, чем у здоровых пациентов в контрольной группе, что свидетельствует о вовлечении всех звеньев иммунного ответа у лиц с данной патологией. Также необходимо отметить то, что повышение уровня противовоспалительного ИЛ – 10 у пациентов с АГ и СД 2 типа может рассматриваться как защитная реакция на фоне повышенной плазматической активности провоспалительного цитокина ИЛ – 18.

М.В. Кузуб

**ОСОБЛИВОСТІ ДОЗУВАННЯ ВАРФАРИНУ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ З РІЗНОЮ
МАСОЮ ТІЛА**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1
О.М. Пленова (к.мед.н., доц.)
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
м.Київ, Україна

Актуальність: Фібриляція передсердь (ФП) є однією з найпоширеніших серцевих аритмій. В загальній популяції частота виникнення становить 1-2 %. ФП збільшує в 2 рази ризик смерті, в 5 разів ризик інсульту, а кожен п'ятий інсульт трапляється на тлі даної патології. На сьогодні є доведеним застосування непрямих антикоагулянтів для попередження несприятливих наслідків ФП.

Мета: Визначити особливості дозування варфарину у хворих з ФП з різною масою тіла.

Матеріали та методи: Досліджували 47 пацієнтів, яких розділили на групи за індексом маси тіла (ИМТ): I група – з нормальною масою (ИМТ - 18,5-24,9кг/м²) 14 хворих; II група - з надлишковою масою тіла (ИМТ - 25-29,99кг/м²) 14 хворих; III група - з ожирінням I-II ступеню (ИМТ - 30-39,99кг/м²) 19 хворих. Доза варфарину підбиралась у декілька етапів із контролем міжнародного нормалізаційного відношення (МНВ). Дозування корегувалось в залежності від показників коагуляції крові на 1,3,7,14,21 та 30 день, а потім 1 раз в місяць.

Результати: Проаналізовано динаміку МНВ при підборі дози варфарину у досліджуваних пацієнтів. Отримані результати свідчать про наявність чіткої тенденції до тривалішого підбору дози препарату та необхідності

більш високих доз варфарину для досягнення необхідного рівня МНВ 2,0-3,0 у II та III груп досліджуваних. А також, в цій групі протягом усього етапу спостереження відзначено більш високий відсоток недосягнення цільового рівня МНВ. У пацієнтів I групи з ІМТ < 23 кг/м² відмічалась тенденція до більш частого відхилення МНВ за межі 3,0 – це підвищувало ризик можливих геморагічних ускладнень.

Висновки: У хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням I-II ступеня необхідно очікувати призначення більш високих доз варфарину в порівнянні з пацієнтами з нормальною масою тіла. Враховуючи, що у хворих з ІМТ < 23 кг/м² частіше спостерігається гіпокоагуляція, то для цієї категорії пацієнтів можна рекомендувати більш частий контроль МНВ при підборі дози варфарину.

А.С. Куржос, І.І. Шаповал

ВИЗНАЧЕННЯ НЕЙРОПАТИЧНОГО КОМПОНЕНТУ БОЛЮ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ

Кафедра внутрішньої медицини №1

М.А. Станіславчук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Анкілозивний спондиліт (АС) - це хронічне запальне ревматичне захворювання, яке вражає близько 1% населення в загальній популяції. Співвідношення серед чоловіків та жінок складає 5:1, а пік початку захворювання припадає на вік 15-35 років. Розвиток АС пов'язаний з експресією HLA-B27. АС проявляється ураженням осового скелету, рідше периферичних суглобів з виникненням спондиліту, сакроілеїту, артриту та ентезитів. За клінічними даними останніх років було виявлено переважання хронічного больового синдрому при АС, який включає ноцицептивний та нейропатичний компоненти. Нейропатичний біль виникає в результаті пошкодження або дисфункції структур периферичної або центральної нервової системи, на відміну від ноцицептивного болю, є хронічним дезадаптуючим станом із супутніми сенсорними, вегетативними і трофічними розладами.

Мета: оцінити наявність нейропатичного компоненту болю у хворих на АС.

Матеріали та методи: У дослідження було включено 66 хворих з діагнозом АС, встановленим згідно з модифікованими Нью-Йоркськими критеріями (VanderLinden et al., 1984). В ході обстеження проведено оцінку стану хворих за допомогою індекса активності захворювання BASDAI (Garrett et al., 1994), функціонального індекса BASFI (Calin et al., 1994), метрولوгічного індекса BASMI (Jenkinson et al., 1994), якості життя ASQoL (Doward LC, 2003). Для діагностики наявності нейропатичного компонента у структурі больового синдрому використовували візуально-аналогову шкалу болю ВАШ, Лідську шкалу оцінки нейропатичного болю LANSS (Bennett, M.I. 2001) та опитувальник нейропатичного болю DN4 (Bouhassira D. et al., 2005). Дані опитувальники вважаються найбільш достовірними, оскільки крім опитування пацієнта, містять клінічний огляд.

Результати: Серед обстежених було 9 жінок і 57 чоловіків, віком (M ± SD) 42,79 ± 11,32 років. Інтенсивність болю за ВАШ в середньому становила 6,73 ± 2,23, що відповідає сильному больовому синдрому. У 28 (42,4%) хворих зареєстровано нейропатичний біль, за даними шкали LANSS, тобто кількість балів перевищувала 12. Загалом у обстежених пацієнтів середній показник болю за шкалою LANSS становив 9,94 ± 4,75 балів. За опитувальником DN4 нейропатичний компонент болю виявлено у 27 (40,9%) хворих на АС, при цьому середнє значення в цілому по групі становить 3,65 ± 1,99 балів.

Висновки: 1. У 42,4% пацієнтів за шкалою LANSS виявлено нейропатичний компонент больового синдрому, за опитувальником DN4 поширеність нейропатичного болю склала 40,9%.

2. В клінічній практиці слід враховувати присутність нейропатичного компоненту болю, оскільки це вимагає інших підходів до його лікування.

Є.О. Лебедева¹, М.М. Груша², М.М. Брянський¹, С.П. Панченко¹.

ЗВИВИСТІСТЬ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ІШЕМІЇ МІОКАРДА

Кафедра хірургії серця та магістральних судин Національної медичної академії після дипломної освіти імені П.Л. Щупика

Г.В. Книшов, (акад. НАМН та НАН України, д.мед.н., проф.)

¹ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», ²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

Актуальність. Незважаючи на значні досягнення в діагностиці, лікуванні та профілактиці ішемічної хвороби серця (ІХС), роль звивистості коронарних артерій (КА) в генезі ішемічного пошкодження міокарда досі залишається не визначеною. З огляду на частоту виявлення феномену звивистості КА (9,2 – 12,4% за даними коронарорентрикулографії (КВГ)), доцільно визначити функціональний стан серцево-судинної системи у пацієнтів із цією конфігураційною аномалією.

Мета: визначити діагностичну значущість звивистості КА у хворих ІХС в залежності від наявності гемодинамічно значущого атеросклеротичного (АТС) ураження судинної стінки.

Матеріали та методи: У дослідження було включено 1404 пацієнтів із ІХС (588 зі звивистими КА та 816 із

незвивистими КА), які за результатами КВГ, наявності звивистості, АТС ураження КА та ступеня вираженості останнього, були розподілені на чотири групи. Звивистими вважали КА з трьома і більше вигинами тавеличиною деформації відносно прямолінійної вісі $\geq 45^\circ$, визначеними у систолу і діастолу. В дослідженні були використані загальноклінічні та інструментальні методи дослідження.

Результати. Порівняльний аналіз чотирьох груп хворих ІХС виявив однакову частоту (98%) типового для ІХС болювого синдрому у пацієнтів зі звивистими КА, як у випадках наявного гемодинамічно значущого атеросклерозу вінцевих судин, так і за його відсутності. У групі хворих з АТС незмінними звивистими КА 23,8% пацієнтів перенесли гострий інфаркт міокарда в анамнезі та у 49,2% пацієнтів зареєстровано ознаки ішемії міокарда на електрокардіограмі (ЕКГ). За даними ехокардіографічного обстеження (ЕХО-КГ) 8% таких пацієнтів мали локальні порушення скоротливості лівого шлуночка (ЛШ) та у 3% випадків діагностовано ознаки аневризми ЛШ. Дані КВГ узгоджувалися з даними ЕХО-КГ щодо наявності у таких пацієнтів локальних порушень скоротливості ЛШ та ознак аневризми ЛШ (17% та 3% відповідно). За даними велоергометрії та холтеровського моніторингу ЕКГ виявлено ознаки порушення перфузії міокарда у таких пацієнтів (54% та 83,3% відповідно). У хворих ІХС без ангиографічних ознак АТС ураження КА за допомогою міокардіосцинтиграфії виявлено зниження індексу перфузії міокарда ЛШ в ділянках васкуляризації звивистими вінцевими артеріями порівняно з відповідними ділянками, що кровопостачаються незвивистими судинами. Водночас, частота розвитку аневризм ЛШ у пацієнтів з гемодинамічно значущим АТС ураженням судинної стінки збільшується при наявності звивистої конфігурації КА з 9,0% до 16,4% (за даними ЕХО-КГ) та з 13,0% до 21,0% (за даними КВГ).

Висновки: Звивистій конфігурації КА за відсутності їх гемодинамічно значущих АТС уражень належить провідна роль у виникненні ішемії міокарда, а при приєднанні таких уражень вінцевих судин – другорядна. У пацієнтів із гемодинамічно значущим АТС ураженням судинної стінки звивистість КА є фактором порушення коронарної гемодинаміки, який збільшує частоту розвитку аневризм ЛШ порівняно з пацієнтами із незвивистими вінцевими артеріями.

Д. О. Левковська

РЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кафедра шкірно-венеричних хвороб

Г.А. Ситнік (викладач-стажист)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: найсучасніші лікарські препарати не завжди дають бажані результати, призводячи інколи до небажаної побічної дії. Впровадження у лікування немедикаментозних методів лікування є досить актуальним, адже акупунктура не має абсолютних протипоказань у застосуванні і ефект від лікування помітний для хворого вже з початку лікування. На сьогоднішній день, рефлексотерапія все більше застосовується практикуючими лікарями, як альтернатива медикаментозної терапії, а також в комплексі з нею для підсилення ефекту.

Мета: пошук та дослідження наукових та медичних статей, що містять інформацію про патогенетичні принципи лікування методом рефлексотерапії та ефективності лікування дерматологічних захворювань.

Матеріали та методи: у роботі використано матеріали 2014-2016 років.

Результати: в основі акупунктурного впливу лежить ефект збудження рецепторів нервових утворень, що викликає специфічні реакції. При хронічних дерматозах антиноцицептивна дія акупунктури сприяє зменшенню місцевої та загальної сенсibiliзації до антигенів, нормалізації реакцій вегетативної нервової. Нейрофізіологічні механізми акупунктури полягають у впливі на ЦНС, яка реалізується в першу чергу через ретикулярну формацію, її зв'язки з ядрами стовбура мозку, гіпоталамо-таламічні відділи і лімбічної системи, вищими відділами мозку. Вплив на центри вісцеро вегетативної і нейрогуморальної регуляції нормалізує продукцію біологічно активних сполук, в тому числі медіаторів. Лікувальний ефект при акупунктурі досягається не тільки внаслідок переривання потоку патологічної імпульсації, обумовленої дерматозом, а й шляхом створення своєрідних блоkad на різних рівнях сигналів сенсорної і біологічної (свербіж, біль) модальності. Простежена в процесі акупунктури динаміка клінічних та даних ЕЕГ дозволяє зробити висновок, що схожість нейродинамічних змін у хворих з болем і свербінням є наслідком спільності патогенетичних механізмів, а також результатом їх реалізації через одні й ті ж мозкові структури. У механізмах акупунктурного знеболювання важливе значення має стимуляція продукції в структурах мозку ендогенних опіоподібних речовин. Ендорфіни, енкефаліни та інші нейропептиди не тільки самі чинять знеболювальну дію, але і впливають на обмін інших медіаторів. При атопічному дерматиті акупунктура підвищує вміст в плазмі опіоїдних пептидів (b-ендорфіну та метенкефаліну) і соматостатину, зменшує кількість субстанції Р, що призводить до вираженого антиноцицептивного і адаптивного впливу. Під впливом акупунктури відбувається активація вироблення АКТГ і підвищення функціональної активності кори наднирники, гормони якої володіють потужною протизапальною властивістю.

Висновки: таким чином, рефлексотерапія може покращити результати лікування багатьох дерматологічних захворювань, адже має в своїй основі численні патогенетичні принципи. Подальші дослідження мають бути направлені на поглиблене вивчення застосування методів рефлексотерапії в дерматології та впровадження їх в практику.

Т. С. Лещук
ІПОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДЦП

Кафедра медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи

Ю.Й. Рудий (асистент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність : Фізична реабілітація по праву займає провідне місце в соціальній інтеграції та комплексній адаптації дітей, хворих на ДЦП. Останнім часом широкого застосування набула іпотерапія.

Мета : Дослідження впливу іпотерапії на становлення статистики та моторики дитини.

Матеріали та методи: Збір дослідженого матеріалу, вивчення наукових джерел по даному питанню

Результати : Іпотерапія - це метод реабілітації заснований на взаємодії людини із спеціально навченим конем, адаптованим до можливостей хворого в опануванні верхової їзди. «Кінна терапія» працює за двома основними напрямками – психологія та фізіологія.

Під впливом іпотерапії відбувається формування мотивації – бажання самостійно ходити та стояти. Відбувається корекція таких компонентів когнітивної регуляції як пам'ять, увага та сприйняття.

В силу того, що температура коня на 1, 5 - 2°C вища за температуру тіла людини відбувається розігрівання та масаж спастичних м'язів вершника, покращується робота внутрішніх органів за рахунок моторно – вісцеральних рефлексів. Іпотерапія сприяє зниженню спазму м'язів, збільшення об'єму рухів в суглобах, сили м'язів спини, живота і кінцівок. Даний метод дає можливість багаторазового повторення рухів, в результаті чого є можливість формування навиків. В ході занять у дитини виробляється вміння триматися в сідлі, що являється інтуїтивним відчуттям резонаторного ритму руху. На вершника за 1 хв. діє 110 коливальних імпульсів. Результатом цього є глобальний потік аферентних імпульсів у мозок дитини. Іпотерапія, також, знижує дизартрію за рахунок корекції м'язевого тонуусу і відволікання дитини від усвідомлення дефекту мови.

Висновки: Основними результатами іпотерапії у дітей: зменшення кількості амплітуд гіперкінезів, розвиток координації, укріплення м'язів, зменшення проявів атаксії та покращення настрою.

Т. С. Лещук
СИНДРОМ ПІКВІКА

Кафедра ендокринології

О.О. Фіщук (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність : Несприятливий прогноз при синдромі Піквіка обумовлений високою смертністю, внаслідок зупинки дихання у сні, а також патологічними змінами в серці та легенях. Саме тому діагностика та лікування даного синдрому мають вагомое значення.

Мета : Дослідження етіології, патогенезу, діагностики та лікування даного синдрому.

Матеріали та методи: Збір дослідженого матеріалу, вивчення наукових джерел по даному питанню

Результат: Синдром Піквіка – це симптомокомплекс альвеолярної гіповентиляції легень, в основі якого лежить рестриктивний тип дихальної недостатності, що призводить до гіпоксемії та гіперкапнії та проявляється зниженням фізичної активності та сонливістю. Даний синдром входить структуру метаболічного та складає 10% випадків серед пацієнтів з ожирінням.

Захворювання є мультифакторіальним і йому можуть сприяти генетична схильність до ожиріння та знижена толерантність до інфекційних факторів, а саме вагітність, патологічні пологи, травми. Патогенез обумовлений порушеннями в гіпоталамусі, в результаті чого виникають такі скарги як сонливість, посилення апетиту, збільшення маси тіла, зниження працездатності. Для точної постановки діагнозу використовують такі методи як рентгенографія ОГК, ЕКГ, ЕхоКГ, спірографія. На рентгенографії ОГК спостерігається горизонтальне розташування ребер, збільшення міжреберних проміжків, високе стояння діафрагми. ЕКГ дає ознаки гіпертрофії правих відділів серця. При спірографії: ЖЕЛ, ФЖЄЛ знижені; індекс Тифно вище (при рестриктивному типі) та нище (при змішаному типі) на 70%.

Лікування синдрому Піквіка є комплексним та полягає у зниженні маси тіла, застосування анорексигенних засобів (дієтрин, теронак). Також дуже важливим є застосування СРАР терапії. Даний метод запобігає смерті хворих під час сну. Суть метода проста: роздування дихальних шляхів під час сну запобігає їхньому спаданню. Лікування проводять за допомогою спеціального компресора, який подає в дихальні шляхи повітря через трубку та носову маску.

Висновки : Отже, діагностика та лікування синдрому Піквіка має велике значення, адже це запобігає виникненню хронічних захворювань серця та легень.

О.П. Литвинюк
ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД РІЗНИХ ГРУП МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кафедра фтизіатрії та імунології з курсом клінічної алергології
С.В. Зайков (д. мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Незважаючи на незначне зниження показників захворюваності на туберкульоз (ТБ) серед населення України, проблема професійного ТБ залишається актуальною. Так, згідно статистичним даним протитуберкульозної служби, захворюваність на ТБ в популяції в 2007 році складала –60,0, а в 2014 вона знизилась до 59,5 на 100 тис. нас. Серед медичних працівників (МП) динаміка захворюваності була схожою (в 2007 році – 50,6 на 100 тис. МП, в 2014 – 37,2 на 100 тис. МП.), але в деякі роки показник перевищував аналогічний серед населення.

Мета: Визначити особливості епідеміології професійного туберкульозу на основі показників захворюваності в різних групах медичних працівників.

Матеріали та методи: Проведена статистична обробка офіційних даних протитуберкульозної служби Вінницької області за 2007-2014 роки, проаналізовані 120 історій хвороб МП як протитуберкульозних установ (ПТУ), так і загальної лікувальної мережі (ЗЛМ), котрі захворіли на ТБ. Проведена оцінка особливостей епідемічного процесу професійного ТБ в різних групах МП в залежності від місця роботи, медичної освіти, віку, стажу, статі та місця проживання.

Результати:

З 2007 по 2014 роки у Вінницькій області захворюваність на професійний ТБ в середньому склала 49,9 на 100 тис. МП. Серед 120 осіб з ТБ 34 працювали в ПТУ. Аналіз статистичних даних показав, що захворюваність в групі МП ПТУ в 17 разів вища (831,5 на 100 тис. МП ПТУ), ніж серед всіх МП. Показник захворюваності серед лікарів склав в середньому 44,8 на 100 тис. лікарів, серед медичних сестер і фельдшерів – 50,5 та серед молодших МП – 52,2. При цьому переважно ТБ вражав осіб жіночої статі –80%, що пов'язано з високим рівнем захворюваності серед середнього та молодшого медперсоналу, де переважно працюють жінки. Найбільша кількість випадків професійного ТБ спостерігалась у МП зі стажем роботи по професії до 5 років – 57,5%, потім зі стажем від 6 до 10 років – 19,2%, понад 20 років – 14,1% та від 11 до 20 років – 9,2%. Серед захворівших на ТБ МП зі стажем до 5 років 92,7% склали жінки та 7,3% - чоловіки, а зі стажем понад 20 років ТБ у МП жіночої статі спостерігався в 29,4% та чоловічої в 70,6%. Аналіз вікової структури показав, що найбільше випадків ТБ спостерігалась у МП в віці від 26 до 35 років – 32,5%, в віці від 36 до 50 років – 26,7%, до 25 років – 25,8% та понад 50 років – 15%.

Висновки:

1. Захворюваність МП на ТБ почала дещо знижуватись в 2013 році, але все ще залишається досить високою – 49,9 на 100 тис. працюючих.
2. Найвищий ризик (показник захворюваності в 17 разів вищий загального) захворіти на ТБ мають працівники ПТУ.
3. Найбільше (80%) випадків професійного ТБ спостерігалось у працівників жіночої статі.
4. Показник захворюваності на ТБ найвищий серед молодшого медперсоналу – 52,2 на 100 тис. працюючих та середнього медперсоналу – 50,5/100 тис. осіб.
5. Високий ризик захворіти мають МП зі стажем роботи до 5 років (57,5%), віком від 26 до 35 років (32,5%).

А.А. Лілевська
ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА КОМОРБІДНІСТЬ

Кафедра внутрішньої медицини №1
В.К. Серкова (д. мед.н., проф.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова,
м. Вінниця, Україна.

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з найбільших соціально-економічних проблем охорони здоров'я усіх країн світу. В останні роки широко обговорюють механізми тісної асоціації ХОЗЛ і серцево-судинних захворювань. В даний час накопичується все більше і більше даних про те, що паління, хронічне персистуюче системне запалення, які присутні при ХОЗЛ, ініціюють і дестабілізують атеросклероз у хворих на ХОЗЛ.

Мета: визначити зв'язок стану ліпідного спектру крові, активності запального процесу у пацієнтів з ХОЗЛ, як предикторів розвитку ішемічної хвороби серця.

Матеріали і методи. Обстежено 89 пацієнтів з ХОЗЛ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І.Пирогова. Середній вік хворих 56,1±3,7р. За результатами клінічного обстеження, даними спірометрії, шкали задишки (mMRC) відповідно до

наказу МОЗ України №555 від 27.06.2013 хворі розподілені на групи згідно зі ступенем тяжкості захворювання та на групи відповідно до класифікації GOLD. В кожній групі були виділені пацієнти без кардіальної патології та з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ІХС, стабільна стенокардія напруги I-II ФК за медичною документацією. У дослідження не включали хворих з вираженою серцевою недостатністю (ФК III-IV), тяжкими захворюваннями печінки, нирок, ендокринних органів. Серед лабораторних обстежень, відповідно до мети дослідження, визначали рівень СРБ, фібриногену, ліпідний спектр крові (ЗХС, ТГ, ХСЛПНЩ, ХСЛПВЩ, ІА).

Результати. Найвищий рівень СРБ спостерігався у хворих з III-IV ступенем тяжкості захворювання (відповідно 11,8 мг/л та 12,6 мг/л) та був достовірно вище у хворих з супутньою кардіальною патологією. Слід відмітити що у хворих на ХОЗЛ II ступеню без кардіальної патології та з супутньою ІХС рівень СРБ суттєво не відрізнявся. Вивчення рівня фібриногену не мало достовірної різниці в групах порівняння. Найвищий рівень ЗХС був у хворих з поєднаною патологією, однак у пацієнтів з ХОЗЛ без ІХС рівень ЗХС був також підвищений і коливався в межах 5,8-7,9 ммоль/л. Рівень ХСЛПНЩ збільшувався пропорційно ступеню важкості ХОЗЛ незалежно від наявності ІХС. Індекс атерогеності був достовірно вище у хворих з тяжким перебігом хвороби. Рівень ХСЛПВЩ суттєво не відрізнявся в групах дослідження. Виявлено кореляційний зв'язок у хворих на ХОЗЛ СРБ з ОФВ₁. Таким чином, наявність інтенсивного хронічного запалення дихальних шляхів у системі кровообігу зумовлює збільшення концентрації специфічних маркерів запалення, як факторів ризику атеросклерозу і за деякий час може призводити до формування атеросклерозу.

В.Л. Лісовський

ДЕРМАТОГЛІФІКА ЯК ІНСТРУМЕНТ ЛІКАРЯ В ПРОГНОЗУВАННІ РОЗВИТКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

В.М. Жебель (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Гіпертонічна хвороба (ГХ) є на 30-40% спадковообумовленою патологією. Системи органів, що відповідають за стан артеріального тиску (нервова та серцево-судинна) закладаються у майбутньої дитини одночасно із шкірою. Ось чому відбитки пальців, які не змінюються упродовж всього життя, можуть розглядатись як прогностичні ознаки для цих систем у відношенні виникнення будь яких фізіологічних або патологічних змін. Раніше дерматогліфи у хворих на ГХ, мешканців Подільського регіону України вивчались лише при неускладненому перебігові ГХ.

Мета. Удосконалити прогнозування розвитку і перебігу ГХ чоловіків 40- років, мешканців Подільського регіону шляхом застосування прогностичної моделі на основі дерматогліфічних малюнків пальців рук

Матеріали та методи. Обстежено 184 осіб чоловічої статі, з них 79 практично здорових, що склали контрольну групу (середній вік 49,01±0,73 років) та 62 хворих на ГХ II стадії, 2-3 ступенів (середній вік 49,19±0,66 років) та 43 хворих з ГХ, що ускладнилась хронічною серцевою недостатністю II-II функціональних класів (ХСН), середній вік - 50,14±0,99 років. Усім учасникам дослідження було проведено дерматогліфічне визначення малюнків 10 пальців обох рук за допомогою електронного прокатного сканера FutronicFS50. Для прогнозу перебігу ГХ застосовано модель на основі дискримінантного аналізу, запропоновану співробітниками кафедри внутрішньої медицини медфакультету №2 ВНМУ.

Результати. Отримані результати дозволили скласти формули прогнозу ризику/антиризиків розвитку ГХ у чоловіків 40-60 років. З'ясовано, що за допомогою отриманих формул з ймовірністю 93,6 % можна виявити осіб, які не мають схильності до захворюваності на ГХ. В той же час, з ймовірністю 79,03 % можна виявити осіб, що захворіють на ГХ. Чутливість методу становить 93,6 % (p<0,01), специфічність - 79,03 % (p<0,01). Відносно прогнозування ХСН при ГХ інформативним виявився рівень сумарного гребінцевого рахунку. При наявності ХСН він був вищим, ніж при неускладненому перебігові ГХ.

Висновки. Отже, запропонований спосіб прогнозування ризику розвитку ГХ у чоловіків віком 40-60 років є високочутливим і специфічним та дозволяє виявляти осіб схильних до ГХ при масових скринінгових обстеженнях населення, а отже планувати для них заходи первинної профілактики.

Т.М. Лозинская

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ РЕЙТЕРА ПО ДАННЫМ ОДЕССКОГО ГОРОДСКОГО РЕВМАТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии

Е.А. Якименко (д.мед.н, з.д.н.т., проф.)

Одесский национальный медицинский университет

г.Одесса, Украина

Актуальность: В настоящее время, по данным Одесского городского ревматического центра, значительно возросло количество ревматических заболеваний, среди которых значительное место занимает ревматоидный артрит (РА) и серонегативные спондилопатии (анкилозирующий спондилоартрит, болезнь Рейтера). Часто первыми

симптомами даних патологій являється поражение органа зривня, что приводит к обращению пациентов к узким специалистам и неэффективному, безуспешному лечению даних проявлений основного заболевания.

Цель работы: Выявить наиболее частые проявления поражения органа зривня у пациентов с РА, болезнью Бехтерева, болезнью Рейтера.

Материалы и методы: Группа наблюдения представлена 50 пациентами с РА (45 женщин и 5 мужчин), 30 больными болезнью Рейтера (мужчины возрастом от 28 до 50 лет) и 23 наблюдаемых с болезнью Рейтера (18 мужчин и 5 женщин).

Результаты: По нашим данным у 50% больных РА была обнаружена патология органа зривня в виде переднего увеита, иридоциклита, кератита, а также у больных, которые длительно находились на глюкокортикоидной терапии средними и большими дозами почти у половины случаев выявлена катаракты разной степени выраженности. У 18% обследованных с болезнью Бехтерева обнаружено поражение органа зривня преимущественно иридоциклитов, склеритов. У пациентов с болезнью Рейтера практически у 90% случаев обнаружено заинтересованность органа зривня (конъюнктивиты, кератиты, иридоциклиты, в 1% случаев панофтальмит).

Выводы: Таким образом, поражение органа зривня является частым проявлением ревматических заболеваний и требует направленной патогенетической терапии при своевременном выявлении основного заболевания.

О.Ю. Макарицька

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ГІДРОКСИТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Кафедра внутрішньої медицини №2

С.В. Нечипорук (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Бронхіальна астма (БА) - хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, спричинене значною кількістю клітин та медіаторів запалення, що призводить до гіперреактивності бронхів і проявляється рецидивуючими симптомами свистячого дихання, ядухи, скутості у грудній клітці, кашлю, особливо вночі та зранку. Розповсюдженість БА коливається в межах від 3 до 8 %. Щорічна смертність становить 250 000 чоловік. На жаль, сучасна медикаментозна терапія БА впливаючи лише місцево на запальний процес, не корегує розлади цілісного організму та не дає змоги в повній мірі контролювати клінічний перебіг захворювання.

Мета: Оцінити ефективність лікування та можливість корекції стану респіраторної системи при застосуванні методу нормобаричної гіпокситерапії (НГ) у комплексному лікуванні хворих на БА.

Матеріали та методи: Аналіз анамнестичних даних, результатів фізикальних, функціональних та лабораторних досліджень (вивчення адаптаційних реакцій) для оцінки впливу лікування на клінічний перебіг БА у групах порівняння.

Результати: Пацієнти контрольної групи (20 осіб) протягом терміну не менше двох місяців до початку спостереження отримували базисну підтримуючу медикаментозну терапію, яка включала бронхолітики (b₂-агоністи та пролонговані теофіліни), протизапальні засоби (інгаляційні, системні кортикостероїди), відхаркуючі засоби. Хворі основної групи (20 осіб) поряд з базисною підтримуючою терапією приблизно однакового складу, додатково проходили курс НГ (апарат типу Борей) із застосуванням газової гіпоксичної суміші (ГГС-10), яка складалась з 10% кисню та 90% азоту. Сеанси гіпокситерапії проводилися 1 раз на добу в інтермітуючому режимі (5 хв. дихання ГГС-10 та 5 хв. – атмосферним повітрям). Поступово кількість гіпоксичних циклів збільшувалася від 1-го до 6-ти. Курс лікування складав 15 сеансів.

До лікування у обстежених хворих як в основній, так і в контрольній групах мали місце скарги на кашель з виділенням невеликої кількості (<60-80мл/добу) склоподібного харкотиння (65%); у 30% переважно вранці. Задишка виникала при незначному фізичному навантаженні, часто переростаючи у приступи ядухи. Відмічалось помірне чи значне зниження працездатності, порушення сну. Після застосування запропонованого нами методу НГ у комплексному лікуванні хворих на БА вдалося скоротити терміни лікування загострення, подовжити ремісії та знизити об'єм підтримуючої медикаментозної терапії. У 79% хворих з основної групи було встановлено повний контроль над бронхіальною астмою, з розвитком реакції підвищеної активації, про що свідчать результати астма контроль тесту (AsthmaControlTest).

Висновок: Застосування апаратного моделювання гірського повітря дозволило використовувати основний лікувальний фактор гірських курортів - помірну гіпоксію для більш широкого кола пацієнтів, а також індивідуалізувати режим лікування. Основним позитивним ефектом лікування було подовження ремісії у 82% та зменшення об'єму підтримуючої терапії у 50 % на тлі поліпшення клінічного перебігу захворювання.

А.І. Максимчук А.І., Г.О.Чайка

ЕФЕКТИВНІСТЬ АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра загальної практики і медичної реабілітації

О. В. Найдюнова (асистент кафедри, к.мед.н.)

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність: Захворювання серцево-судинної системи займають провідне місце серед причин смертності в світі. В більшості випадків це хворі на ішемічну хворобу серця (ІХС).

Результати досліджень вказують на тісний зв'язок між ризиком розвитку ІХС та вмістом холестерину в плазмі крові. Завдяки гіполіпідемічним властивостям статини включені в стандарт лікування ІХС. Побічні дії статинів проявляються впливом на м'язову систему, а також на функціональний стан печінки. Аторвастатин є одним із найбільш поширених препаратів цієї групи на сьогодні. Саме тому дослідження його ефективності і побічних дій є актуальним і важливим для удосконалення стратегії терапії статинами.

Мета роботи: Вивчити ефективність, переносимість та безпечність аторвастатину для лікування дисліпідемії у пацієнтів з метаболічним синдромом (МС) на амбулаторному етапі лікування.

Матеріали і методи: У дослідження було включено 31 пацієнт (чоловіків – 18, жінок - 13), середній вік – $67,3 \pm 4,6$ роки з дисліпідемією та МС. На початку дослідження, через 1 та 3 місяці визначали рівні загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), глюкози, АЛТ, АСТ, креатинфосфокінази (КФК). Всім пацієнтам була рекомендована гіполіпідемічна дієта, дозовані фізичні навантаження та призначений аторвастатин в стартовій дозі 10-20 мг/добу (в середньому $18,5$ мг/добу) в залежності від початкового рівня ХС ЛПНЩ.

Результати: Вміст ЗХ знизився з $6,74 \pm 0,18$ до $4,65 \pm 0,14$ ммоль/л, (на 31,0%), ($p < 0,001$), та до $4,31 \pm 0,15$ ммоль/л (на 36,1%), ($p < 0,001$) через 4 та 12 тижнів лікування відповідно. Аналогічною була динаміка зниження вмісту ХС ЛПНЩ: з $4,51 \pm 0,19$ до $2,77 \pm 0,13$ ммоль/л (на 38,6%), ($p < 0,001$), та до $2,57 \pm 0,12$ ммоль/л (на 43,0%), ($p < 0,001$) через 1 та 3 місяці. Цільового рівня ЛПНЩ $< 2,5$ ммоль/л - у 12 (38,7%) пацієнтів та у 21 (67,7%) пацієнтів, а рівня ХС ЛПНЩ $< 1,8$ ммоль/л було досягнуто у 2 (6,5%), та 7 (22,6%) пацієнтів через 1 та 3 місяці відповідно. Вмісту ТГ знизився з $1,89 \pm 0,23$ до $1,30 \pm 0,07$ ммоль/л, (на 31,2%), ($p < 0,01$) через 3 місяці лікування. Достовірних змін вмісту ХС ЛПВЩ та глюкози натще у нашому дослідженні не зафіксовано. Підвищення вмісту КФК вище верхньої межі норми (ВМН) спостерігалось у 4 пацієнтів-чоловіків (12,9%), з них у одного – в 2 рази вище ВМН через 3 місяці лікування, що потребувало зниження дози аторвастатину з 20 до 10 мг/добу. Підвищення АЛТ вище ВМН – у 3 (9,7%), АСТ – у 1 (3,2%) пацієнта не потребувало зміни дози препарату.

Висновки: 1. Призначення аторвастатину в дозі 10 - 20 мг/добу на тлі дієти у пацієнтів з МС похилого віку дозволяє досягнути цільового рівня ХС ЛПНЩ $< 2,5$ ммоль/л у 67,7%, а ХС ЛПНЩ $< 1,8$ ммоль/л – у 22,6% пацієнтів через 3 місяці лікування.

2. Терапія аторвастатином призводить до зниження вмісту ТГ на 31,2%, ($p < 0,01$).

3. У пацієнтів похилого віку з коморбідною патологією необхідно монітувати рівень глюкози натще, КФК та трансаміназ.

И.А. Матчак, Л.Гриб, М.Шишкану, В.Евтодиев, Р. Ридкодубский.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИАЛИЗОМ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Л.Ф. Гриб, профессор, д.м.н., А.В. Греждиеру, к.м.н, (доц. кафедри).

Департамент Внутренние болезни, Дисциплина Кардиологии, Медицинская клиника № 3, ГУМФ "Николае Тестемицану" гаврилюка г. Кишинев.

Актуальность: Инфекционный эндокардит (ИЭ) у пациентов с гемодиализом (ГД) развивается в 10-18 раз чаще, чем в общей популяции. Данная частота объясняется присутствием артерио-венозной фистулы или центрального катетера а так же повышенной чувствительностью к инфекциям и почечной недостаточностью. Пациенты с ГД часто имеют клапанную кальцификацию (25%-аортального клапана (АК), митрального клапана (МК) 36%), синтетические фистулы и венозные катетеры являются входными воротами инфекции в 7,6% случаев. У пациентов с ГД развивается стафилококковый ИЭ, который осложняется отеком легкого (82-100%), эмболическим синдромом (чаще всего головного мозга), абцессами легкого (9-17%). У этих пациентов наблюдается высокая частота смертности в течение первого года (45-75%).

Материалы и методы: Пациентка Х., 64 года. Диагноз: Активный инфекционный эндокардит, стафилококковой этиологии, с поражением МК и АК. Артериальная гипертензия (АГ) III ст., аддисональный риск очень высокий. Синусовая тахикардия. Хроническая сердечная недостаточность II NYHA. Хроническая почечная болезнь. Хронический диффузный гломерулонефрит. Хроническая почечная недостаточность, финальная стадия.

Результаты: лихорадка, сердцебиение, инспираторная одышка, боли о области нижних конечностей,

люмбальгии, слабость, на ГД 1,5 года.Объективно: кожные петехии, ограниченный вербальный контакт, гемипарез справа. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 109 уд вмин, АД 105/70 mmHg. Анемия (Hb=6 г/л),тромбоцитопения, лейкоцитоз, лимфопения, повышенное СОЭ. Биохимический анализ крови: гиперурикемия, гиперкреатининемия. Гемокультура – Staphylococcus aureus. ЭКГ- синусовая тахикардия с ЧСС 100 уд/мин, желудочковая экстрасистолия, атриовентрикулярная блокада Iст. ЭОС отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. ЭхоКГ: Расширение ЛП, умеренное расширение ПП, ЛЖ, ПЖ. Гипертрофия ЛЖ. ФВ-49%. Недостаточность АК I ст., МК II ст., ТК Iст, клапана ЛА I ст. Умеренная легочная гипертензия.

Лечение: плановый гемодиализ, антибиотикотерапия, противогрибковые, сосудистые препараты.

Выводы: У пациентов на ГД редко развивается тяжелый стафилококковый ИЭ, при котором возникает стойкая сердечная недостаточность, перефирические сосудистые осложнения, гипотензия, эмболические осложнения в дебюте заболевания. Данные пациенты имеют неблагоприятный прогноз.

А.В. Микитюк, І.В. Біляченко (к.мед.н., ас.), М.Л. Шараєва (к.мед.н., доц.)

РАННІ ЗМІНИ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра внутрішньої медицини №4

В.Г. Лизогуб (д.мед.н., проф.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної охорони здоров'я у всьому світі. Порушення стабільного функціонального стану системи кровообігу відбуваються за рахунок поступових структурних змін мікроциркуляторного русла (МЦР). Підвищений артеріальний тиск ініціює та акцелерує інші захворювання серцево-судинної системи.

Мета. Дослідити зміни мікроциркуляторного русла у хворих на АГ з нормальною масою та з супутнім аліментарно-конституційним ожирінням (АКО) та виявити ранні зміни.

Матеріали та методи. У дослідження включено 32 хворих на АГ II стадії 2 ступеня з помірним ризиком. Вік хворих складав 38 – 63 років, в середньому – 49,6±1,1 років. Тривалість АГ від 4 до 16 років, в середньому – 11,4±1,5 років. Хворі були розподілені на дві групи: основну – 20 хворих на АГ з супутнім АКО та контрольну – 12 хворих – з нормальною масою тіла.

Стан МЦР оцінювали по кон'юнктиві темпорального відділу очного яблука за допомогою щільної лампи (CarlZeiss, Германія). Для створення бази даних та аналізу отриманих результатів використовували програмне забезпечення SPSS 10.0 (США).

Результати. Виявлено зміни усіх відділів МЦР у хворих обох груп, але ранніми та більш неблагоприятними змінами ми вважаємо судинні зміни, у першу чергу звертала на себе увагу підвищена звивистість веноулярного відділу – відвідної ланки МЦР: венул - у 90% хворих I групи, порівняно з 69% хворих II групи (p<0,05). Характер звивистості венул теж мав більш неблагоприятний характер (переважав змісподібний).

Підвищена звивистість венул спостерігалась на тлі спазму привідної ланки МЦР – артеріол з розвитком неблагоприятного зсуву артеріоло-веноулярного коефіцієнту (АВК) до 1/4 - у 38% хворих I групи, 1/3 – у 76% хворих I групи, тоді як нормальний АВК- 1/2 спостерігався лише у 6% I групи порівняно з хворими II групи (p<0,05).

Внутрішньосудинні зміни характеризувалися порушеннями у вигляді стазу у 1,4 рази частіше хворих I групи порівняно з хворими II групи (p<0,05). Найбільш небезпечне порушення місцевого кровоплину у вигляді тромбозу окремих судин спостерігалось удвічі частіше (у 45% хворих I групи) порівняно з хворими II групи (23%)(p<0,05).

Висновки. У хворих на АГ з супутнім ожирінням виявлені ранні небезпечні зміни – зсув АВК за рахунок підвищеної звивистості венул та спазму артеріол, зростання частоти порушень безперервного кровотоку у вигляді дрібнозернистості, тромбозу. Дані зміни розглядаються як „ремодельовання” МЦР. „Ремодельовані” судини МЦР, у подальшому, обумовлюють розвиток судинних ускладнень АГ.

М.В. Мирющенко

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ И НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Кафедра внутренней медицины №2

Т.Е. Михайличенко (д.мед.н., проф.)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

г. Лиман, Украина

Актуальность:Сахарныйдиабет (СД) являетсяпредикторомишемическогоинсульта. Остроенарушениемозговогокровообращения у больных СД в возрасте до 40 лет встречается в 3-4 раза чаще, чем в общейпопуляции. Своевременноевыявлениецереброваскулярнойпатологии и нарушенийлипидногообмена, какведушегопатогенетического фактора развитияангиопатий при СД, являетсяактуальнымвопросомнейродиабетологии.

Цель: Изучениемозговогокровотока у больных СД I типа методом транскраниального дуплексного

сканірованія в залежності від тривалості, тяжесті захворювання і станія ліпідного обміну.

Матеріали і методи: Обстежено 60 хворих СД 1 типу в віці від 21 до 52 років. Дослідження магістральних артерій голови в інтракраніальних відділах проводили при допомозі доплерівської системи Envisor фірми "Philips". Визначали максимальну систолічну швидкість кровотоку (ССК) в середній (СМА), передній (ПМА), задній (ЗМА) мозгових артеріях і основній (ОА). Рівень апопротеїнів Аро-А і Аро-В досліджували з допомогою наборів фірми "KONE" (Франція).

Результати: В залежності від гемодинамічних порушень, хворі були розділені на 3 групи. I групу склали 18 пацієнтів СД 1 середньої тяжесті в віці від 21 до 28 років, хворі на діабет в теченні 2-5 років. II - 22 пацієнта СД 1 в віці від 28 до 37 років з тривалістю захворювання від 5 до 10 років. III - 20 хворих СД 1 в віці від 38 до 52 років, хворі на важку форму діабету в теченні 10-20 років. На момент дослідження всі пацієнти перебували в стані декомпенсації. У пацієнтів I групи ССК по інтракраніальним артеріям не відрізнялися від вікової норми. Швидкісні параметри мозкового кровотоку по всім досліджуваним артеріям у пацієнтів II і III груп були значимо знижені порівняно з віковою нормою. У хворих II групи відзначалося статистично достовірне зменшення ССК як по вертебробазиллярному, так і по каротидному басейну з переважною депресією кровотоку по ОА в порівнянні з I групою. В III групі спостерігалося прогресуюче зменшення ССК по СМА, ПМА і ОА. Рівень Аро-А у хворих I групи залишався в межах контролю. Вміст Аро-В достовірно зріс в середньому на 35%. У хворих II групи Аро-В перевищив рівень контролю в середньому на 28%. Вміст Аро-А зменшився в порівнянні з контролем на 59%. В III групі рівень Аро-А значимо не відрізнявся від II групи. При цьому показник Аро-В достовірно зріс в порівнянні з II групою в середньому на 20%.

Висновки: У хворих СД 1 типу виявлено порушення цереброваскулярної гемодинаміки на фоні атерогенних змін ліпідного обміну, залежних від тяжесті ($r = -0,43$), тривалості захворювання ($r = -0,41$), віку пацієнта ($r = -0,37$) і станія ліпідного обміну. Необхідна корекція встановлених змін для запобігання фатальних ішемічних ускладнень.

Д.В. Молодан

ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ І АКТИВНІСТЬ СРП У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ.

Кафедра внутрішньої медицини №1

О.Я. Бабак (д.мед.н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Гіпертонічна хвороба і ожиріння є досить частими станами, що зумовлюють розвиток судинних ускладнень, таких як гостра та хронічна коронарна і церебральна патологія. Встановлено, що прогноз хворих залежить від гемодинамічних і метаболічних порушень (ліпідних, вуглеводних), що супроводжують ці захворювання. В останні роки зацікавленість викликає феномен безсимптомної гіперурикемії, який може розглядатися як фактор, що провокує запальні процеси і збільшує серцево-судинні ризики.

Мета дослідження – визначити зміни показників ліпідного метаболізму і активність високочутливого С-реактивного протеїну (вчСРП) у хворих на гіпертонічну хворобу на тлі ожиріння з гіперурикемією.

Матеріали і методи. В дослідженні було обстежено 49 хворих на гіпертонічну хворобу I - II стадії та I-III ступеню на тлі ожиріння I-II ступеню. Вік обстежених становив $58,17 \pm 1,69$ років. У 27 хворих спостерігалась гіперурикемія, у 22 нормоурикемія. Групу контролю склали 12 практично здорових пацієнтів. Рівень сечової кислоти і ліпідів визначався у крові ферментним способом, рівень вчСРП досліджувався імуноферментним методом.

Результати. Було виявлено, що у хворих на гіпертонічну хворобу на тлі ожиріння розвиток захворювання супроводжується порушеннями ліпідного метаболізму і розвитком низькоінтенсивного запалення. Відбувається зростання загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності і підвищення вчСРП. Зазначені зміни були більш виражені у хворих з гіперурикемією. При цьому вміст сечової кислоти у крові статистично значуще корелював з величиною загального холестерину ($r_s = 0,434$; $p < 0,001$), тригліцеридами ($r_s = 0,843$; $p < 0,001$), ліпопротеїдами високої щільності ($r_s = -0,254$; $p = 0,046$), коефіцієнтом атерогенності ($r_s = 0,483$; $p < 0,001$), вчСРП ($r_s = 0,592$; $p < 0,001$).

Висновки. У хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням збільшення ступеня сечової кислоти супроводжується наростанням вмісту в крові загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності і підвищенням активності низькоінтенсивного запального процесу і вчСРП. Між сечовою кислотою і досліджуваними факторами встановлено кореляційні зв'язки, більш міцні із тригліцеридами і вчСРП.

Д.Г. Молотягін, О.А. Кудрик

СКЛАДНОСТІ ДІАГНОСТИКИ МІКСОМАТОЗНОГО УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології

П.Г. Кравчун (д.мед.н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Пухлинне ураження серця – маловивчена область клінічної медицини, що пояснюється відносною рідкістю даної патології, надзвичайно поліморфною її клінічною картиною і складністю прижиттєвої діагностики. До сих пір не розроблена єдина класифікація пухлин серця, яка б задовольняла і клініцистів, і патологоанатомів. Це обумовлено складністю морфологічних варіантів неоплазм, неясністю гістогенеза, а також різноманітністю клінічного перебігу і неоднозначністю прогнозу. Найчастіше (у 30,5% випадків) зустрічається міксоматозне ураження серця.

Мета: дослідження: провести аналіз існуючих даних щодо діагностики міксоматозного ураження серця.

Матеріали і методи: Для проведення дослідження були використані наукометричні бази та мережа інтернет.

Результати. Клінічні дані, наявність рецидивів, неодноразові згадки щодо злоякісного переродження міксом, випадки імплантації і мультицентричного росту, спостереження сімейних випадків і міксом у близнюків – все це дає вагомий докази пухлинної природи міксом серця. Однак тканинне джерело цього новоутворення і особливості його морфогенезу досі залишаються невирішеними. З появою в арсеналі дослідників маркерів, специфічних щодо ендотеліальних клітин, з'являється все більше прихильників ендотеліальної теорії походження міксом серця. Міксоматозне ураження серця є важкою патологією, що відрізняється різноманітністю клінічних проявів і відсутністю патогномонічних ознак. У той же час, встановлення правильного діагнозу ускладнюється відсутністю у багатьох пацієнтів проявів захворювання, ознак загальної реакції організму на пухлинний процес. Тому прижиттєва діагностика захворювання надзвичайно складна, але в даний час можлива завдяки клінічній настороженості в інтерпретації даних анамнезу захворювання, своєчасному проведенню спеціальних досліджень, які дозволяють візуалізувати новоутворення і правильно визначити тактику лікування хворих. Це, в першу чергу, ехокардіографія, що у більшості випадків дозволяє виявити пухлинне ураження серця, а деколи і метастази, рентгенологічні методи: рентгенографія, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія грудної клітини, а також більш складні діагностичні процедури: зондування серця, біопсія міокарду та ендокарду, пункція перикарду, радіоциркулографія.

Висновки. Таким чином, туморозне ураження серця є актуальним розділом кардіальної патології і становить інтерес для лікарів різних спеціальностей як патологія, що рідко зустрічається в клінічній практиці і має низький рівень настороженості, враховуючи різноманітність клінічного перебігу, а також відсутність чітких алгоритмів ведення таких пацієнтів, невелика кількість сучасної спеціалізованої літератури, складність проведення діагностичних процедур і торпідність до медикаментозної терапії.

Н. О. Музика

ОЦІНКА СТАНУ ПОКАЗНИКІВ ВАЗОДИЛАТАЦІЇ У ХВОРИХ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ І ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ

Кафедра внутрішньої медицини №3

В.І. Денесюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Хронічна серцева недостатність (ХСН) являє собою істотну проблему в практиці сучасного лікаря, має прогресуючий характер та потребує значних коштів, більшість яких припадає на стаціонарне лікування хворих, які госпіталізуються у зв'язку з декомпенсацією системи кровообігу. За даними національних реєстрів європейських країн та епідеміологічних досліджень, показник поширеності ХСН серед дорослого населення становить 2-5% і зростає пропорційно до віку, в осіб віком понад 70 років він становить від 10 до 20%.

Мета дослідження: оцінити стан показників вазодилатації у хворих серцевою недостатністю (СН) зі збереженою і зниженою фракцією викиду (ФВ) при ІХС.

Матеріали і методи. Обстежено 119 хворих з СН I-III ФК при ІХС та стабільною стенокардією (71 чоловік і 48 жінок), середній вік складав 66,0±1,5 років, які знаходились на лікуванні в кардіологічному відділенні для пацієнтів з порушеннями ритму серця у Вінницькому регіональному клініко-діагностичному центрі серцево-судинної патології. За класифікацією NYHA СН I-II-III ФК визначалась у 119 хворих (100 %). Обстеженим хворим проводили загальноклінічні обстеження, ЕКГ, ЕхоКГ в М- і В-режимах. Поряд з цим в сироватці крові визначали вміст метаболітів нітроген монооксиду - нітритів та нітратів з застосуванням реакції з реактивом Грися, після попередньої депротейнізації сироватки крові ацетонітрилом. Пацієнти були розподілені на 2 групи: 1 групу склали хворі зі збереженою ФВ, 2 групу – хворі зі зниженою ФВ. Отримані дані порівнювались з результатами контрольної групи (20 практично здорових осіб).

Результати обстеження. У пацієнтів 1 групи середній рівень нітратів та нітритів в сумі складає 19,34±0,46 мкмоль/л, 2 групи – 16,75±0,50 мкмоль/л (p<0,01). Зокрема, рівень нітритів у сироватці крові пацієнтів 1 групи становить 5,21±0,13 мкмоль/л, 2 групи – 4,34±0,17 мкмоль/л (p<0,01). Поряд з цим рівень нітратів в сироватці крові у пацієнтів 1 групи складає 14,12±0,40 мкмоль/л, 2 групи - 12,41±0,52 мкмоль/л (p<0,05).

Висновки. Отримані результати дослідження свідчать про те, що у хворих з СН I-III ФК зі збереженою ФВ показники вазодилатації є достовірно (p<0,05) нижчими, ніж у контрольній групі (у практично здорових осіб). У обстежених хворих з СН I-III ФК зі зниженою ФВ, визначалось достовірне зниження (p<0,01) вмісту нітратів, нітритів та сумарного рівня нітратів та нітритів у порівнянні з пацієнтами зі збереженою ФВ і контрольною групою. Отримані дані доцільно враховувати у виборі тактики лікування хворих на ХСН зі зниженою ФВ та

збереженою ФВ.

М.С. Назарова

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА РІЗНИМ РІВНЕМ АНТИТІЛ ДО ФОСФОЛІПІДІВ

Кафедра внутрішньої медицини № 1

М.А. Станіславчук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Дослідження якості життя (ЯЖ) широко використовують у медичній практиці для інтегральної оцінки стану хворого та ефективності медичних втручань.

Мета: Визначення суб'єктивного сприйняття хворим проблем, пов'язаних із наявністю у нього ішемічної хвороби серця (ІХС) та перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) та їх впливу на повсякденну рухову діяльність і психоемоційний стан.

Матеріали та методи: Нами був використаний опитувальник MacNewHeartDiseaseHealth-relatedQuality of Life (MacNew) у 75 пацієнтів, які лікувалися у кардіологічному та поліклінічному відділеннях ВОКЛ ім. М.І. Пирогова з січня 2013 по грудень 2015 року. Критеріями залучення у дослідження були: чоловіча стать, наявність задокументованого перенесеного ІМ, вік понад 18 років, відсутність психічних розладів чи важких супутніх захворювань, здатність самостійно заповнювати опитувальник. Хворі, які погодилися на участь дослідженні, підписали інформовану згоду. Опитувальник містить 27 запитань щодо фізичного та психологічного стану, об'єднаних у фізичну, емоційну та соціальну підшкали. Заповнювався пацієнтом самостійно, без участі інтерв'юера. Аналіз проводять за бальною системою – від 1 (низький рівень ЯЖ) до 7 балів (високий рівень ЯЖ). Крім анкетування та рутинного клініко-інструментального обстеження хворих проведена лабораторна оцінка рівня антитіл до фосфоліпідів (аФЛ) у фракції IgG і IgM імуноферментним методом.

Результати: Опитувальник дав змогу визначити суб'єктивне сприйняття хворими проблем, пов'язаних із наявністю даної патології та їх впливу на повсякденну рухову діяльність і психоемоційний стан. Якість життя виявилася найнижчою в осіб, у яких був підвищений рівень аФЛ фракції IgG, а в анамнезі - повторні ІМ та церебро-васкулярні ускладнення.

Висновки: З метою оцінки якості життя пацієнтів з ІХС, які перенесли ІМ доцільно використовувати опитувальник MacNew, який дає можливість інтегральної оцінки стану хворих.

О.М. Науменко

ЗМІНИ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ ПРИ РОТАВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

І.І. Незгода (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ротавірусна інфекція (РВІ) являється ведучим фактором ГКІ серед дітей молодшого віку у всьому світі. Надмірне надходження лактози при РВІ, внаслідок дефіциту ферменту лактази, в товсту кишку приводить до кількісної та якісної зміни складу мікрофлори. Вся мікрофлора нижніх відділів ШКТ представлена облигатними і факультативними анаеробами, для яких отримання енергії пов'язано з неповним окисненням органічних сполук, кінцевим результатом якого являються легкі жирні кислоти (ЛЖК). Визначення метаболічної активності кишкової мікрофлори по рівнях та спектрах ЛЖК при РВІ має важливе діагностичне значення для виявлення ступеню мікроекологічних порушень в кишечнику та контролю ефективності терапії.

Мета дослідження: оцінити метаболічну активність кишкової мікрофлори при РВІ у дітей за сумарним пулом та абсолютними концентраціями окремих ЛЖК.

Матеріал і методи дослідження: за допомогою газово-рідинної хроматографії випорожнень були вивчені основні активні метаболіти – леткі жирні кислоти (масляна, пропіонова та валеріанова кислоти) у 31 дитини з РВІ. У дослідженні брали участь 13 хлопчиків та 18 дівчаток. За віком досліджувана група дітей розподілилась таким чином: діти першого року життя склали 25,8% (8 хворих), а діти віком від 1 до 3 років – 74,2% (23 пацієнти). Контрольну групу склали 31 здорова дитина, порівнюваних за віком та статтю.

Результати: У дітей з РВІ загальний рівень ЛЖК становив $0,048 \pm 0,008$, а у здорових дітей – $0,803 \pm 0,340$, ($p < 0,01$), тобто був достовірно нижчим, отже при РВІ знижується загальна концентрація ЛЖК у хворих, що приводить до зниження енергоживлення ентероцитів та відповідно до порушень регуляції абсорбції натрію на мембранному рівні, а, отже, сприяє тривалому діарейному синдрому при РВІ. Абсолютні концентрації масляної кислоти у копрофільтратах хворих дітей були значно знижені $0,017 \pm 0,005$ проти $0,69 \pm 0,33$ у здорових дітей ($p < 0,05$). У дітей з РВІ концентрація пропіонової кислоти становила $0,0267 \pm 0,006$, проти $0,640 \pm 0,02$ в дітей контрольної групи, тобто, у хворих дітей відмічалось різке зниження концентрації даної кислоти у випорожненнях ($p < 0,001$). Що стосується валеріанової кислоти, то її концентрація у дітей з РВІ становила

0,041±0,007, що практично не відрізнялось від показників у дітей контрольної групи - 0,048±0,003.

Висновки: Загальний рівень ЛЖК та абсолютні концентрації масляної, пропіонової та валеріанової кислот у копрофільтратах хворих дітей з рота вірусною інфекцією значно знижені, що свідчить про порушення метаболічних процесів на рівні колоноцитів та розвиток дистрофії слизової оболонки за рахунок енергодефіциту та порушень мікроциркуляції в слизовій оболонці кишечника/

Ю.В. Некрасова

АДИПОНЕКТИН ТА МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ПЕЧІНКИ

Кафедра внутрішньої медицини №3

А.К. Журавльова (к. мед. н., ас.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: Основною патогенезу неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) є інсулінорезистентність (ІР), що виникає на тлі абдомінального ожиріння (АО), яке, в свою чергу, є ключовим фактором у виникненні дисбалансу між адипоцитокінів, тягне за собою порушення ліпідного і вуглеводного обміну, що, в кінцевому підсумку, призводить до пошкодження печінкових клітин, розвитку запалення, апоптозу і фіброзу.

Мета: Вивчити особливості зміни рівня адипонектину (АН) в залежності від функціональних показників печінки та індексу ІР у хворих з НАЖХП і цукровий діабет (ЦД) 2 типу та АО.

Матеріали та методи: 25 пацієнтів (10 чоловіків і 15 жінок) з НАЖХП і ЦД 2 типу (HbA1c < 7,5%). Контрольну групу склали 12 практично здорових людей. Клінічне обстеження включало оцінку антропометричних показників (індекс маси тіла (ІМТ) і обсяг талії (ОТ)), функціональних показників печінки (АЛТ, АСТ) і індексу НОМА-ІР.

Результати: Зміни ІМТ спостерігалися у 94,5% пацієнтів, у тому числі, ожиріння 1-го ступеня - у 54,6%, 2-го ступеня - у 31,4% і у 4,6% - ожиріння 3-го ступеня. Рівень АН був знижений в порівнянні з контролем ($8,7 \pm 2,4$ нг/мл проти $15,4 \pm 2,1$ нг/мл, $p < 0,05$) і корелював зі ступенем ожиріння - $6,5 \pm 2,1$ нг / мл у пацієнтів з 3-й ступенем ожиріння ($p < 0,05$). Виявлено негативні зв'язки між рівнем АН і ІМТ ($r = -0,36$; $p < 0,01$), ОТ ($r = -0,34$; $p < 0,05$). Рівень АН достовірно знижувався при підвищенні рівнів АЛТ ($r = -0,44$; $p < 0,001$) і АСТ ($r = -0,46$; $p < 0,001$). Встановлено зворотний зв'язок між рівнем АН і індексом НОМА-ІР ($r = -0,46$; $p < 0,001$).

Висновки: Гіпоадипонектинемія у пацієнтів з НАЖХП і ЦД 2 типу асоціюється з АО, погіршенням функціональних показників печінки і прогресуванням ІР, що сприяє подальшому формуванню метаболічних порушень в печінці.

С.А. Новрузова Р.У. Мухаммед

ВІРУС ЗІКА І МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Т. В. Воронова (асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця Україна

Актуальність: Лихоманка Зіка - гостра інфекційна хвороба мавп, іноді передається людині через комарів і характеризується лихоманкою з доброякісним перебігом. Вірус найбільш небезпечний для вагітних жінок, тому що викликає у плода мікроцефалію з потенційними важкими ураженнями мозку. На сьогоднішній день спалахи захворювання зареєстровані в Азії, Африці, Південній і Північній Америці, Тихоокеанському регіоні. Спалах вірусу Зіка в Латинській Америці може виявитися ще більшою загрозою здоров'ю людства, ніж епідемія лихоманки Ебола, яка забрала життя понад 11 тисяч чоловік в Африці.

Мета: Вивчення епідеміології вірусу.

Матеріали та методи: дані ВОЗ, Епідеміологічний метод.

Результати: Підготували рекомендації щодо клінічної допомоги та подальшого спостереження за людьми, інфікованими вірусом Зіка.

Висновки: Збудник хвороби, викликаної вірусом Зіка - це вірус, переносниками якого є комарі роду *Aedes*.

У людей з хворобою, викликаної вірусом Зіка, зазвичай спостерігається лихоманка, висипання на шкірі (висип) і кон'юнктивіт. Ці симптоми зазвичай зберігаються протягом 2-7 днів.

В даний час специфічного лікування і вакцини не існує.

Найбільш ефективний спосіб профілактики - захист від укусів комарів.

І.В.Ометюх

ПРОЛЕЖНІ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ З ЗАСТОСУВАННЯМ ПОЄДНАННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Кафедра сімейної медицини та дерматології, венерології

А.Р.Вергун (к.мед.н., доц.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Пролежень (належень, пролежнева виразка, належкова трофічна виразка, компресійна трофічна виразка)-це виразково-некротичний процес, який розвивається у виснажених лежачих хворих на тих ділянках тіла, які сприймають найбільший тиск постелі. Головними причинами пролежня є ішемія та нейротрофічні зміни тканин, спричинені їх хронічною компресією. Найбільш важливими факторами, що сприяють утворенню пролежневих виразок є безперервний тиск, тертя, патологічна вологість м'яких тканин, попадання на шкірні покриви фізіологічних виділень з подальшою мацерацією на фоні тривало існуючого вимушеного положення хворого та гіподинамії. Наявність пролежнів може детермінувати розвиток гнійно-запальних ускладнень, які мають специфічний перебіг та тяжко піддаються комплексному хірургічному лікуванню. Міжнародна класифікація пролежнів запропонована спільними настановами щодо профілактики та лікування пролежнів Європейської експертної комісії з пролежнів диференційовано чотири стадії патологічного процесу.

Мета: Створення раціональної патогенетично обґрунтованої схеми догляду та лікування пролежнів крижово-куприкової ділянки

Матеріали та методи: Нами проведено комплексне лікування пролежнів крижово-куприкової ділянки у 32 пацієнтів, віком 52-88 років, 18 жінок та 12 чоловіків, з пролежнями II стадії крижово-куприкових ділянок, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділеннях паліативної допомоги комунальної 4-ої клінічної лікарні м. Львова.

Результати: Причиною виникнення пролежнів було тривале вимушене положення тіла у поєднанні з гіподинамією у 16 хворих після перенесеного порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом, у 9 – з інкурабельною онкологічною патологією, у інших 4 – після неоперованого зламу шийки стегнової кістки, у 2 хворих ревматоїдним артритом та у 1 пацієнтки з розсіяним склерозом. ЦВХ, ІХС, гіпертонічну хворобу II-III ст констатовано у всіх випадках. У 18 осіб констатовано локальну гіперемію, мацерацію з формуванням гнійної рани, коагуляційні некрози – у 5 та коліквациї – у інших 9 пацієнтів. У випадках некрозу та нагноєння було проведено адекватну хірургічну санацію. Місцево застосовано пропорційну суміш діоксизолу та йодидцерину з додаванням окремих складників (димексиду та лідокаїну) для посилення іонотранспортувальної та місцевої анальгезуючої (анестезуючої) дії утвореної емульсії. Змішування 25 мл розчину діоксизолу, 25 мл розчину йодидцерину, 10 мл 30% розчину димексиду, 4 мл 10% лідокаїну призводило до формування емульсії з необхідними антисептичними та місцево анестезуючими властивостями. Суміш готувалась екстемпорально, зберігалась у темному прохолодному місці. Критерієм ефективності догляду було формування чистої гранулюючої ранової поверхні з мінімальною ексудацією з наявністю крайової епітелізації, що було констатовано у всіх клінічних спостереженнях, та (або) формування кірки, що констатовано нами у 2 пацієнтів.

Висновок: Запропоноване нами місцеве лікування має високу антибактерійну активність, внаслідок наявності антисептиків та димексиду для покращення проникності у м'які тканини.

О.В.Павлік

СТУПІНЬ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИБОРУ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Л.В.Распутіна (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Тривога і депресія приносять страждання пацієнтам, а при поєднанні з ССЗ погіршують клінічну картину кардіологічного захворювання, ускладнюють одужання після операцій. Депресія не тільки є фактором ризику розвитку ІХС, а й значно обтяжує клінічний перебіг ІХС, а також впливає на прогноз захворювання.

Мета: Метою даного дослідження було визначення ступеня депресії у хворих на ІХС шляхом опитування за допомогою двох анкет, визначення впливу депресії на подальший прогноз у пацієнтів з ІХС, визначення впливу лікувальної терапії на ступінь депресії, оцінка результатів проведених опитувань.

Матеріали та методи: За допомогою двох анкет було проведено опитування пацієнтів з ІХС. Всіх пацієнтів було розділено на 2 групи. До 1 групи відносились пацієнти, яким було проведено ЧКВ, до 2 групи, відповідно, пацієнти без ЧКВ. Перший тест на психічні розлади - анкета з оцінки стану здоров'я PHQ-9 (тест з діагностики депресії), який полягав не тільки в діагностиці, але і кількісній оцінці вираженості симптомів, дозволяючи

судити про ефективність лікування. Другий тест полягав в опитуванні та подальшому порівнянні пацієнтів двох груп за різними критеріями. При обробці даних застосовувались статистичні методи обрахунку. Шляхом мета-аналізу були опрацьовані останні літературні дані, зокрема результати найбільшого міжнародного дослідження INTERHEART та проспективного дослідження CardiovascularHealthStudy.

Результати: В ході проведення порівняльної оцінки пацієнтів двох груп, було встановлено, що у хворих після ЧКВ відмічається менший ступінь депресії, наявні в основному мінімальні депресивні розлади, взагалі відсутні тяжкі прояви депресії, в порівнянні з пацієнтами, яким не проводили ЧКВ. Також ступінь задишки у пацієнтів 1 групи значно менший (у 30% задишка не відмічається), ніж у пацієнтів 2 групи. Пацієнти після ЧКВ мають менший стаж ІХС, в анамнезі незначний відсоток перенесеного ІМ (23,5%) в порівнянні з хворими, яким не проводили ЧКВ (45%).

Висновки: Для запобігання ускладнень, таких як повторний ІМ, раптова зупинка серця, у хворих на ІХС в поєднанні з депресивними розладами, необхідно проводити ранню діагностику захворювання, виявлення депресивної симптоматики, проведення ЧКВ, що значно покращує стан пацієнтів та повертає їх до звичного способу та ритму життя.

Г.О. Палагнюк, Ю.П. Пашкова, Н.В. Жебель

ПОКАЗНИКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРИ ПОЛІМОРФІЗМІ ГЕНА ET-1 (LYS198ASN) У ЧОЛОВІКІВ БЕЗ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

В.М.Жебель (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність. Істотну роль у виникненні есенціальної гіпертензії відводять ендотеліальній дисфункції, де ендотелін-1 (ET-1) відіграє в ній одну із ключових ролей. Є також вказівки на залежність концентрації ET-1 від носійства певного генотипа гена ET-1, проте маловивченим є вплив поліморфізму гена ET-1 на рівень артеріального тиску (АТ) у пацієнтів без ЕГ.

Мета. З'ясувати частоту зустрічальності різних категорій нормального АТ у пацієнтів без ЕГ при носійстві різних генотипів гена ET-1.

Матеріали і методи. Удослідженні прийняло участь 79 чоловіків, середній вік - 49,01±0,73 років, у яких на момент огляду не було виявлено серцево-судинних захворювань, порушення функцій нирок та печінки, ішемічної хвороби серця, ендокринні, гематологічні, пухлинні та аутоімунні порушення.

Результати. Визначено, що у чоловіків з групи дослідження генотип Lys198Lys гена ET-1 зустрічається з частотою 65,82% (n=52), генотип Lys198Asn – 27,85% (n=22), а генотип Asn198Asn – 6,33% (n=5) ($p_{Lys/Asn-Lys/Lys}<0,00001$; $p_{Asn/Asn-Lys/Lys}<0,00001$; $p_{Asn/Asn-Lys/Asn}<0,001$). Частота розподілу алелей у цій групі становить - алель Lys – 79,75%, алель Asn – 20,25% ($p_{Lys-Asn}<0,00001$). У зв'язку з низькою частотою носійства генотипу Asn198Asn, чоловіки з генотипами Lys198Asn та Asn198Asn були об'єднані як носії алелі Asn, частота зустрічальності яких становить 34,18% (n=27) ($p_{Lys/Lys-носійAsn}<0,00001$). У носіїв генотипу Lys198Lys оптимальний АТ зустрічається у 28,85% (n=15) (1), нормальний АТ - 44,23% (n=23) (2), високий нормальний - 26,92% (n=14) (3) ($p_{2-1}<0,05$, $p_{3-1}>0,05$, $p_{3-2}<0,05$). У носіїв алелі Asn оптимальний АТ зустрічається у 18,52% (n=5) (4) чоловіків, нормальний АТ - 37,04% (n=10) (5), високий нормальний - 44,44% (n=12) (6) ($p_{5-4}>0,05$, $p_{6-4}<0,05$, $p_{6-5}>0,05$). У носіїв алелі Lys оптимальний АТ зустрічається у 26,98% (7), нормальний АТ - 43,65% (8), високий нормальний - 29,37% (9) ($p_{8-7}<0,01$, $p_{9-7}>0,05$, $p_{9-8}<0,01$). У носіїв алелі Asn оптимальний АТ зустрічається у 18,75% (10), нормальний АТ - 34,38% (11), високий нормальний - 46,88% (12) ($p_{11-10}>0,05$, $p_{12-10}<0,01$, $p_{12-11}>0,05$).

Висновок. У чоловіків без серцево-судинних захворювань домінує генотип Lys198Lys та алель Lys гена ET-1. При носійстві генотипу Lys198Lys та алелі Lys гена ET-1 у чоловіків достовірно частіше зустрічається нормальний АТ. У носіїв алелі Asn зустрічаємість високого нормального АТ є вищою, ніж оптимального АТ, однак немає вірогідної різниці з нормальним АТ. Отримані дані дозволять проводити скринінгове обстеження великих контингентів людей для виявлення осіб-носіїв алелі Asn, що схильні до більш високих показників АТ. захворювання.

О.П. Пасюк, М.І. Васенко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОКЛ В 2015-2016 РР.

Кафедра внутрішньої медицини №1

В. М. Хоменко (доц., к. м. н.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Незважаючи на великі досягнення в галузі діагностики та лікування патології органів дихання, захворюваність на пневмонію у світі на початку ХХІ ст. продовжує зростати. В країнах Євросоюзу кількість хворих на негоспітальну пневмонію протягом року перевищує 4,2 млн осіб, що спонукає до постійного

удосконалення методів діагностики і тактики лікування даної нозології.

Мета: в проведеному дослідженні було проаналізовано особливості перебігу та тактики лікування хворих на пневмонію в пульмонологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І.Пирогова протягом зимового періоду 2015-2016 рр.

Матеріали та методи: Проаналізовано 122 історії хвороб хворих на негоспітальну пневмонію, які перебували на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні ВОКЛ імені М.І. Пирогова в 2015-2016 рр.

Результати: Середній вік обстежених хворих в 2015 р. та 2016 р. склав $49,0 \pm 4$, та $48,17 \pm 8$, відповідно. Серед них в 2015 році було 68%(51) жінок та 32%(24) чоловіків, в 2016 – 48,9%(23) жінок та 51,1%(24) чоловіків. Відсоток пацієнтів з тяжким перебігом пневмонії в зимовий період 2016 р. склав 8,5%, тоді як в аналогічний період 2015 року такі пацієнти були відсутні. Відсоток пневмонії на фоні лейкопенії в 2015 році був 4,0%, в 2016 - 6,4%. Згідно даних історії хвороби в 2016 році в якості стартової терапії у 58,7% випадків призначали комбінацію цефалоспоринів та фторхінолонів, в 2015 році відсоток використання даної комбінації склав 27,6%. Тривалість госпіталізації хворих на негоспітальну пневмонію в 2015 році склала $7,1 \pm 2$ ліжкоднів, в 2016 – $9,17 \pm 5$ ліжкоднів.

Висновки: Дослідженням встановлено, що особливості пневмонії пацієнтів пульмонологічного відділення ВОКЛ імені М.І.Пирогова в зимовий період 2016 року полягали в більшій кількості хворих чоловічої статі, більш молодому віці пацієнтів та більш частому перебігу пневмонії на фоні лейкопенії.

Ю.П.Пашкова, Г.О.Палагнюк, В.О. Ружанська

ЗМІНИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРИ НОСІЙСТВІ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНА МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ У ЧОЛОВІКІВ БЕЗ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, МЕШКАНЦІВ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ УКРАЇНИ

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2

В.М. Жебель (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Система натрійуретичних пептидів – це група циркулюючих у крові гормонів, які є фізіологічними антагоністами ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, протидіють підвищенню судинного тонуусу і гіпертрофії судинної стінки. Вивчення поліморфізму гена мозкового натрійуретичного пептиду (МНП) із заміною тиміна на цитозин у положенні 381 (Т-381С), і його впливу на рівень артеріального тиску (АТ) є актуальним питанням як у практично здорових осіб так і при есенціальній гіпертензії (ЕГ).

Мета. Дослідити частоту зустрічаємості різних категорій нормального АТ при носійстві різних варіантів гена МНП у чоловіків, мешканців Подільського регіону України без ЕГ.

Матеріали і методи. Обстежено 79 чоловіків 40-60 років, що проживають на території Подільського регіону України (середній вік - $49,01 \pm 0,73$ років) без доказів серцево-судинних захворювань в історії хвороби і на момент проведення дослідження. Генотипування гена МНП проведено із застосуванням полімеразної ланцюгової реакції. Перевірка розподілу частот поліморфних генів у популяції проводилась відповідно до закону рівноваги Харді-Вайнберга.

Результати. У обстежуваних чоловіків частота генотипу Т381Т гена МНП складає 31,65% (n=25), генотипу Т381С - 49,37% (n=39), генотипу С381С - 18,90% (n=15) ($p_{cc-тт} > 0,05$; $p_{tc-cc} \leq 0,05$; $p_{тc-тt} > 0,05$). Визначено, що алель Т зустрічається у 43,67% пацієнтів, алель С – у 56,33% ($p < 0,05$). В ході статистичного аналізу було об'єднано гетерозигот Т381С гена МНП та гомозигот С381С в спільну групу – носіїв алелі С. Частота розподілу генотипів гена МНП є наступною – частота зустрічаємості генотипу Т381Т - 31,65% (n=25), у носіїв алелі С - 68,35% (n=54) ($p < 0,05$). У носіїв генотипу Т381Т оптимальний АТ зустрічається у 24,00% (n=6) (1) осіб, нормальний АТ - 40,00% (n=10) (2), високий нормальний АТ - 36,00% (n=9) (3) ($p_{2-1} > 0,05$, $p_{3-1} > 0,05$, $p_{3-2} > 0,05$). У носіїв алелі С оптимальний АТ зустрічається у 25,93% (n=14) (1) чоловіків, нормальний АТ - 42,59% (n=23) (2), високий нормальний АТ - 31,48% (n=17) (3) ($p_{2-1} < 0,05$, $p_{3-1} > 0,05$, $p_{3-2} > 0,05$). У носіїв алелі Т оптимальний АТ зустрічається у 23,26% (1) осіб, нормальний АТ - 46,02% (2), високий нормальний АТ - 30,72% (3) ($p_{2-1} < 0,05$, $p_{3-1} > 0,05$, $p_{3-2} > 0,05$). У носіїв алелі С оптимальний АТ зустрічається у 24,78% (1) чоловіків, нормальний АТ - 39,98% (2), високий нормальний АТ - 35,24% (3) ($p_{2-1} < 0,05$, $p_{3-1} > 0,05$, $p_{3-2} > 0,05$).

Висновки.

1. У чоловіків середнього віку, мешканців Подільського регіону України без ЕГ домінує генотип Т381С та алель С гена МНП.
2. При носійстві генотипу Т381Т та алелі Т гена МНП у обстежуваних чоловіків достовірно частіше зустрічається нормальний АТ відповідно у 40,00% носіїв генотипу Т381Т і 46,02% носіїв алелі Т ($p < 0,05$).
3. У носіїв алелі С високий нормальний АТ виявляється вірогідно частіше, ніж у носіїв алелі Т гена МНП ($p < 0,05$), що дає можливість планувати заходи первинної профілактики по відношенню до розвитку ЕГ.

В.Л. Побережець
ЗМІНИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ РІЗНИМИ МЕТАБОЛІЧНИМИ ФЕНОТИПАМИ ХОЗЛ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

Г.В. Демчук(к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Належність хворих ХОЗЛ до різних метаболічних фенотипів зумовлює різну симптоматику, перебіг та прогноз захворювання. Не менш важливим постає вивчення якості життя у цих груп пацієнтів.

Мета: Метою нашого дослідження було визначити особливості змін якості життя у хворих із різними метаболічними фенотипами ХОЗЛ.

Матеріали та методи: Обстежено 50 чоловіків хворих на ХОЗЛ, середній вік 59.6±8.2 років. Пацієнти були розподілені на 4 фенотипові групи в залежності від особливостей метаболізму та за результатами біоелектричної імпедансометрії із визначенням тканинної структури тіла: 1 група – хворі без виражених метаболічних порушень (N=11), 2 група – ожиріння (N=16), 3 група – саркопенія (N=13), 4 група – кахексія (N=10). Оцінка якості життя та її окремих компонентів проводилася за допомогою опитувальника госпіталю св. Георгія.

Результати: У першій групі пацієнтів загальний показник якості життя був достовірно вищими ніж у осіб із кахексією та саркопенією (51.4±14.3 проти 73.6±5.9(p=0.02) та 65.0±4.7 (p=0.015)), а у хворих із ожирінням – кращим ніж у осіб із кахексією (57.7±11.4 проти 73.6±5.9 (p=0.021)). Дана тенденція спостерігалась і при оцінці впливу психологічних проблем (44.9±14.3 у 1 групи проти 68.5±9.4у 4 групи (p=0.003) та 59.4±4.8 у 3 групи(p=0.02), а також 48.2±13.2 у 2 групи проти 68.5±9.4у 4 групи (p=0.006)). Ступінь обмеження фізичної активності був достовірно нижчим у осіб першої групи ніж у пацієнтів із кахексією та саркопенією (54.2±17.4 проти 85.3±10.1 (p=0.001) та 70.3±9.0 (p=0.046)).

Висновки: Наше дослідження встановило, що найвища якість життя була виявлена у осіб без виражених метаболічних порушень, у той час як найгірші показники показали пацієнти із кахексією та саркопенією. Хворі із ожирінням зайняли проміжну позицію між цими метаболічними фенотипами, показавши кращі результати ніж пацієнти із кахексією але гірші ніж перша група.

О.Є. Примачук, Н.В. Скрипник

СУЧАСНІ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

І. О. Давидюк (к. мед. н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Вірусний гепатит С (ВГС) є важливою проблемою сучасної медицини. Це зумовлено широким розповсюдженням, високою захворюваністю, вираженим поліморфізмом клінічних проявів, численністю шляхів та факторів передачі збудника, а також надзвичайно несприятливими наслідками - цироз і гепатоцелюлярна карцинома. В останні роки помітна тенденція до збільшення випадків хронічних форм захворювання. За оцінками експертів ВООЗ, на хронічний гепатит С хворіють ≈150 млн осіб, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок ураження печінки вірусом гепатиту С. Захворюваність та летальність внаслідок ВГС прогресивно підвищується на планеті та, за даними експертів, подвоїться до 2020 р.

Мета: Систематизація знань щодо сучасних підходів до лікування хронічного гепатиту С.

Матеріали та методи: Аналіз тематичних публікацій наукової літератури за останні роки.

Результати: Мета противірусної терапії – досягнення стійкої вірусологічної відповіді при використанні подвійної, потрійної або безінтерферонової схем лікування. В Україні зберігають свою актуальність подвійні схеми лікування, ІНТЕРФЕРОН + Рибавірин, оскільки немає зареєстрованих препаратів, які використовуються в нових схемах лікування а їх передбачувана вартість недоступна для пересічного громадянина України. При потрійній терапії застосовуються наступні комбінації препаратів: ПЕГ-ІНТЕР-ФЕРОН-α + Рибавірин + Софосбувір/Сімепревір. Безінтерферонова схема передбачає: Софосбувір+ Рибавірин/Ледіпасвір/Даклатасвір/Сімепревір; Паритапревір посилений Ритонавіром+ Омбітасвір або Паритапревір посилений Ритонавіром+ Омбітасвір+Дасабувір. Ефективність лікування оцінюють за концентрацією РНК ВГС в крові. Потрійна або безінтерферонова терапія показане всім наївним хворим в крові яких визначається вірус гепатиту С а також хворим, які не відповіли на подвійні схеми ПВТ.

Висновки: ХГС залишається основною причиною цирозу печінки та ГЦК. Пошук ефективних методів його лікування залишається важливим завданням сучасної гепатології. Незважаючи на значні досягнення світової медицини в лікуванні захворювання дані схеми залишаються малодоступними для середньостатистичного українця в силу своєї дороговартості.

О.Є. Примачук, Н.В. Скрипник
ПРОЯВИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО СИНДРОМУ В ТЕРАПІЇ
Кафедра внутрішньої медицини №2
Л. І. Маринич (к.мед.н., ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Відомо, що кожного року більше ніж у 10 млн людей на планеті діагностують злоякісні новоутворення різної локалізації, з них 6 млн людей щороку гинуть, що становить 12 % від загальної смертності. При цьому нерідко ознаки злоякісного новоутворення, у тому числі й на ранніх стадіях, перебігають під маскою доброякісних уражень, що одержали назву паранеопластичних захворювань, чи синдромів. Паранеопластичний синдром (ПНС) – клініко - лабораторна сукупність ознак, які виникають у хворих при злоякісних пухлинах та зумовлені неспецифічною реакцією з боку різних органів і систем або ектопічною продукцією пухлиною біологічно активних речовин.

Мета: Проаналізувати, згідно даних літератури особливості перебігу паранеопластичного синдрому.

Матеріали та методи: статті в наукових журналах, присвячені вивченню та описанню клінічних випадків ПНС.

Результати: Одним із проявів ПНС є паранеопластична артропатія (ПА). Розвиток суглобового синдрому може передувати першим клінічним проявам онкопроцесу на декілька місяців і навіть років. ПА відзначається у 10–15% хворих із ПНС. Особливостями ураження суглобів при вказаному синдромі є гострий початок, асиметричність ураження, невираженість запальної реакції суглобів, неспецифічність клініко-лабораторних проявів, відсутність деформації та суттєвих патологічних змін на рентгенограмах кісток і суглобів, рефрактерність до протизапальної терапії, невідповідність між тяжкістю стану пацієнта та відносною невираженістю суглобового синдрому. Відмінною рисою ПНС є те, що на відміну від більшості ревматичних хвороб, дебют яких припадає на молодий та середній вік, випадки вторинних проявів на фоні малігнізації найбільш характерні для осіб старшого віку з тривалим анамнезом хвороби, що закономірно потребує більш ретельного скринінгу цього контингенту пацієнтів. В той же час, відміну від справжніх ревматичних захворювань, ПНС не мають їхньої повної клінічної картини. Зворотній розвиток суглобового неопластичного синдрому настає у разі ефективного протипухлинного лікування.

Висновок: Своєчасна верифікація паранеопластичного процесу дозволяє суттєво впливати на клінічний прогноз, починаючи з раннього виявлення пухлини, своєчасного призначення протипухлинної терапії, покращення якості життя та відповідно його віддаленого прогнозу.

Р. В. Ридкодубский, Н.Ф.Спанчок, Е. М. Самохвалов, М. И. Курудимов, В. А. Евтодиев
СУСТАВНОЙ СИНДРОМ В ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
Дисциплина Кардиология, Медицинская Клиника № 3, Департамент внутренней медицины
А. В. Грегдиеру, к.мед. н. доц., Л. Ф. Гриб, д. мед. Н. профессор

Государственный Университет Медицины и Фармации имени „Николая Тестемицану”, Кишинев, Молдова

Актуальность темы: Инфекционный эндокардит (ИЭ) является тяжёлым заболеванием с частотой 3-10 эпизодов на 100.000 человек в год, поздней диагностикой (36-40%), внутриутробными осложнениями: застойная сердечная недостаточность в 30% случаев, фатальные эмболии - в 20%, инсульт - в 15%. Суставные осложнения в ИЭ очень редки: артрит – 6,4%, синовит – 2,8% и создают трудности для ранней постановки диагноза.

Материалы и методы: Пациент У., 47 лет, Диагноз: Активный инфекционный эндокардит отрицательной гемокультурой, с поражением нативных клапанов (аортального клапана (АоК), митрального клапана (МК) и клапана легочной артерии (ЛсК)), недостаточность МК III степени, АоК - II степени, ЛсК- II степени, Сердечная недостаточность (СН) II (NYHA). Хронический периодонтит. Хронический гепатит вирусной этиологии (вирусный гепатит С), умеренная активность.

Результаты: субфебрильная температура, инспираторная одышка, сердцебиение, боль средней интенсивности в плечевом, локтевом и тазобедренном суставах, боли в пояснице, астения. *Объективно:* петехии кожных покровов, отек околосуставных областей плеча, и локтя. Тоны сердца ритмичные, ослабленные, АД -135/60 мм рт. ст., ЧСС - 105 у/мин. В легких везикулярное дыхание. ЭКГ: Синусная тахикардия с частотой 102 удара в минуту. ЭОС горизонтальная. Эхо КГ: умеренное расширение ЛП, ПП, ПЖ. Фракция выброса – 65 %. На передней и задней створке МК вегетации (7x10 мм), вегетации на АоК, недостаточность МК III степени, АоК II ст., ТрКШ ст., ЛсК. I ст., Легочная гипертензия средней тяжести, Систолическое давление в ЛЖ – 36 мм. рт.ст. Гемокультура - отрицательная. Общий анализ крови: анемия (Hb – 102 г/л), СОЭ – 40 мм/час. Биохимический анализ: Общий билирубин - 25 ммоль/л, ALAT – 49,9 ммоль/л, ASAT – 66,9 ммоль/л. Общий анализ мочи: лейкоцитурия. Антииммунологические тесты: Анти-ХВГ – положительный, ревматоидный фактор – 44 ед./мл,

C- реактивный белок –384 мг/л.

Лечение: Эмпирическая антимикробная терапия: Ванкомицин 30 мг/кг/день, в/в, Гентамицин 3 мг/кг/день в/в, противогрибковые, нестероидные противовоспалительные препараты, диуретики.

Выводы: Молодой пациент 47 лет с хронической бактериемией развивает ИЭ с суставным синдромом в дебюте заболевания, что осложняет постановку диагноза, и своевременное назначение адекватного лечения.

В.Р. Романенко

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра внутренней медицины №3

Е.В. Огнева (к.мед.н., асс.)

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: в последние годы в Украине отмечается рост распространённости заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) и одновременно их сочетания с патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в частности гастродуоденальной патологией. Различные варианты тиреоидной дисфункции часто сопровождают нарушения моторики и секреции органов пищеварения.

Цель исследования: изучить основные клинические проявления со стороны верхних отделов ЖКТ при заболеваниях ЩЖ.

Материалы и методы: обследовано 60 пациентов с заболеваниями ЩЖ, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении КУОЗ «ОКБ - ЦЭМП и МК» г. Харькова. У основной группы больных (28 человек в возрасте 21-75 лет) была выявлена сопутствующая патология верхних отделов ЖКТ. Пациенты контрольной группы (32 человека в возрасте 26-67 лет) не имели патологии ЖКТ. Наличие сопутствующей патологии органов пищеварения определялось на основании данных анкетирования больных и инструментальных методов исследования (ФГДС, рН-метрия). Количественное соотношение заболеваний ЩЖ у пациентов основной и контрольной групп было практически одинаковым: преобладали аутоиммунный тиреоидит (АИТ) с гипотиреозом и послеоперационный гипотиреоз, менее часто встречались диффузный токсический зоб, подострый тиреоидит и идиопатический гипотиреоз.

Результаты: Пациентам основной группы были поставлены следующие сопутствующие диагнозы: хронический гастродуоденит (9 человек - 32,15%), ГЭРБ с эзофагитом (6 человек - 21,4%), язвенная болезнь 12-перстной кишки (5 человек - 17,85%), хронический гастродуоденит в сочетании с ГЭРБ (4 человека – 14, 3%) и хронический эрозивный гастрит (4 человека, 14, 3%). У большинства обследованных основной группы (17 человек, 60,7%) гипотиреоз сочетался с повышением кислотности желудочного сока. В результате анкетирования больных было выявлено, что частота встречаемости основных жалоб со стороны ЩЖ у пациентов с наличием и отсутствием гастродуоденальной патологии статистически значимо не отличалась. У 18 человек (64,3%) из основной группы сопутствующий диагноз был выставлен позже развития тиреоидной патологии, и у 10 человек (35,7%) заболевание ЖКТ было первичным по отношению к установлению основного диагноза. 8 человек (28,5%) из основной группы отмечали, что симптомы сопутствующего заболевания, такие как боли в эпигастрии, изжога, вздутие живота, значительно уменьшались на фоне адекватной терапии основного заболевания ЩЖ.

Выводы: поскольку имеется тесная взаимосвязь органов пищеварительной системы и ЩЖ, является целесообразным активное выявление коморбидной патологии ЩЖ у пациентов с заболеваниями ЖКТ. Дальнейшее изучение механизмов влияния патологии ЩЖ на развитие и прогрессирование заболеваний пищеварительного тракта поможет разработать эффективные программы для их лечения и профилактики.

В.О. Романова

ДЕЯКІ МАРКЕРИ РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Н.В. Кузьміна (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В розвитку та прогресуванні атеросклерозу, який лежить в основі ішемічної хвороби серця (ІХС), велике значення має неспецифічне системне запалення (НСЗ).

Мета: Визначити наявність та виразність неспецифічного системного запалення у хворих з різними варіантами перебігу ІХС.

Матеріали та методи: Обстежено 64 хворих на ІХС, у тому числі 33 з поєднанням ІХС та гіпертонічної хвороби (ГХ); середній вік $55,37 \pm 4,62$ роки. Контрольну групу склали 26 здорових осіб співставних за віком і статтю. Стабільну стенокардію напруги діагностовано у 45 хворих, у тому числі II функціональний клас (ФК) у 22 і III ФК – у 23 хворих, нестабільну (прогресуючу) стенокардію – у 19 пацієнтів. Активність НСЗ оцінювали за рівнем фібриногену та високочутливого С-реактивного протеїну (СРП) (метод ІФА, набір «hsCRPELISA» – "DRG", США).

Результати: За отриманими результатами рівень фібриногену у хворих на стабільну стенокардію не перевищував нормальних значень (2-4 г/л): $3,66 \pm 0,23$ г/л у хворих з II ФК та $4,03 \pm 0,25$ г/л – у пацієнтів з III ФК, однак достовірно ($p < 0,05$) зростав при прогресуючій стенокардії та становив $4,54 \pm 0,21$ г/л. У хворих на ІХС та ГХ не визначено суттєвого підвищення рівня фібриногену, порівняно з пацієнтами з ІХС без ГХ.

Середній рівень СРП у хворих на ІХС був достовірно вищим порівняно з контролем ($3,78 \pm 0,17$ проти $0,78 \pm 0,04$ мг/л, відповідно, $p < 0,001$). Збільшення концентрації СРП різного ступеня виразності у порівнянні з референтними величинами ($0,68-1,15$ мг/л), спостерігалось у 51 з 64 (79,7%) обстежених нами хворих на ІХС. Причому всі 13 пацієнтів (20,3% від обстежених), в яких визначений нормальний рівень СРП мали верифіковану стабільну стенокардію напруги: II ФК (9 хворих) і III ФК (4 хворих). В групі хворих з III ФК стабільної стенокардії визначено достовірне підвищення середнього рівня СРП як по відношенню до контролю, так і до величин у хворих з II ФК. Найвищі значення СРП зареєстровані в групі з прогресуючою стенокардією ($4,88 \pm 0,16$ мг/л), $p < 0,05$ по відношенню до групи з III ФК. У пацієнтів з поєднанням ІХС та ГХ зафіксовані достовірно вищі рівні СРП у порівнянні з групою хворих з ІХС без ГХ. Встановлені достовірні прямі кореляційні зв'язки між рівнем СРП та іншими визначеними факторами серцево-судинного ризику, а саме: наявністю АГ ($r = 0,50$, $p < 0,01$), надлишковою масою тіла ($r = 0,52$, $p < 0,01$), палінням ($r = 0,47$, $p < 0,05$).

Висновки: У хворих на ІХС спостерігається активація НСЗ, що характеризується підвищенням рівнів фібриногену та СРП у сироватці крові. Рівень СРП є більш чутливим маркером активності НСЗ, порівняно з рівнем фібриногену. Найвищі рівні показників НСЗ зафіксовані у хворих з прогресуючою стенокардією, що може свідчити про участь системного запалення не тільки в процесі розвитку атеросклерозу, а й в дестабілізації перебігу захворювання. Отже, дестабілізація атеросклеротичного процесу асоціюється з більш суттєвим і достовірним підвищенням рівнів СРП і фібриногену, що може бути використано в якості маркерів прогресування захворювання

Н.М. Рущенко, О.І. Миронюк

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології

Н.О. Чорна (ас., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За статистичними даними вітчизняних вчених за період 2010-2012 років відбулося зростання поширеності й захворюваності на цироз печінки (ЦП), яке складало 39,0 і 92,9 % відповідно. Такі статистичні дані підкреслюють важливість пошуків причин прогресування патології печінки для активного впливу на них з метою зупинки прогресування патологічного процесу в органі.

Мета: підвищення ефективності діагностики та лікування цирозу печінки у різних груп хворих та попередити появу ускладнень.

Матеріали та методи: Аналітичний, ретроспективний аналіз, статистично-математичний аналіз.

Результати: Для виконання поставлених завдань було досліджено 59 історій хвороб за 2015 рік у Вінницькому регіональному гепатологічному центрі з цирозом печінки та трансформуючим цирозом печінки вірусної етіології. У групи пацієнтів з трансформуючим цирозом був виражений астеновегетативний синдром, важкість та дискомфорт у правому підребер'ї. У більшості печінка не болюча та +1 при пальпації. Ускладнення майже відсутні. Серед супутніх захворювань хронічний холецистит і панкреатит. У групи пацієнтів з цирозом алкогольної етіології переважає астеновегетативний синдром, важкість і дискомфорт у правому підребер'ї, набряковий синдром. У більшості пацієнтів печінка болюча при пальпації та +3. Печінкова енцефалопатія, гіперспленізм, асцит, ГЦН - у 50%, ВРВС 30%. Хронічний холецистит, панкреатит, гастродуоденіт у більшості. У групи пацієнтів з цирозом печінки асоційованим з вірусним гепатитом С клас В був виражений астеновегетативний синдром 94%, важкість і дискомфорт у правому підребер'ї 87%, суглобовий синдром 31%, кровотечі 16%, набряковий синдром. У 37% пацієнтів печінка болюча при пальпації, у 50% пацієнтів печінка +2. Портальна гіпертензія, гіперспленізм були у всіх. Більшу частину хворих турбують асцит, печінкова енцефалопатія, ГЦН та ВРВС. Хронічний холецистит і панкреатит відповідно 68% і 50% пацієнтів.

Висновки: За гендерною особливістю цирозом печінки хворіють більше чоловіки, тривалість захворювання відповідно 9,1 рік. Всі ці дані про трансформуючий цироз дають підставу нам свідчити про повільно прогресуючий та компенсований перебіг захворювання, якщо вчасно діагностувати та провести відповідне лікування можна запобігти ускладненням. Дані про цироз печінки алкогольної та вірусної етіології С клас В дають підстави сказати, що захворювання протікає важче, і специфічну противірусну терапію не проводять через наявні ускладнення. Серед усіх хворих переважають супутні захворювання, такі як, хронічний холецистит, панкреатит, гастродуоденіт, вони спершу звертаються до сімейних лікарів та гастроентерологів, так як скарги виникають з приводу цих захворювань, лікарі ж провівши лабораторні дослідження направляють пацієнтів до гепатологів.

И.Н. Садык, Ю.И. Монастырский, Ю.Л. Шкариковский
**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫМИ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Кафедра внутренней медицины №1
Ю.И. Монастырский (к.мед.н., доц.), Ю.Л. Шкариковский(к.мед.н., ас.)
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова
г. Винница, Украина

Актуальность. В реальной практике, несмотря на оптимально подобранное лечение, пациенты не достигают контроля над своими заболеваниями. Для успешного лечения необходимо изучение особенностей отражения болезни в психике больного человека, что обозначается понятием «отношение к болезни».

Цель: изучение типов отношения к болезни пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы: В качестве диагностического инструмента применялся опросник для определения типа отношения к болезни (ТОБОЛ) разработанный в Санкт-Петербургском НИИ психоневрологии им.В.М. Бехререва. Базой исследования выступили кардиологическое отделение Винницкой областной клинической больницы им. Н.И. Пирогова и терапевтическое отделение Оратовской ЦРБ. Выборка испытуемых составила 164 пациента с сердечно-сосудистой патологией, получавших курс лечения в стационаре. Из них 116 мужчин и 48 женщин, 33 пациента до 30 лет, 70 – 31-55 лет и 61 – свыше 55 лет.

Результаты и выводы: Согласно методике ТОБОЛ все 12 типов отношения пациентов к своим заболеваниям были распределены на четыре блока. У больных входящих в I блок (гармоничный, эргопатический и агностический типы отношения к болезни) социальная адаптация существенно не нарушается. В него вошло 67% обследованных мужчин и 65% - женщин; 91% лиц до 30 лет, 87% - от 31 до 55 лет и только 25%- после 55 лет. Во II и III блоки включены типы реагирования на болезнь характеризующиеся наличием психической дезадаптации. Во II блок, проявляющийся интрапсихической направленностью личностного реагирования на заболевание (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы) вошло по 6% мужчин и женщин; 6% лиц до 30 лет, 4% - от 31 до 55 лет и 8% - после 55 лет. В III блок, выражающийся интерпсихической направленностью реагирования (сенситивный, эгоцентрический, дисфорический, паранойяльный типы) вошло 24% мужчин и 25% женщин; причем, только 3% лиц до 30 лет, 9% - от 31 до 55 лет и 54% - после 55 лет. В последний смешанный блок, проявляющийся не определившимся отношением к заболеванию, было включено 5% мужчин и 11% женщин; лиц до 30 лет, и от 31 до 55 лет в нём не оказалось, зато было 13% больных в возрасте более 55 лет.

Таким образом, пациенты-мужчины несколько лучше социально адаптированы к своей патологии, в то же время женщины хуже определяются в отношении имеющихся у них болезней. С возрастом социальная и психическая адаптация к хроническим заболеваниям снижается, особенно в старшей возрастной группе, в которой доминирует интерпсихическая направленность реагирования на болезнь, проявляющаяся чрезмерной ранимостью, уязвимостью, колебаниями настроения, в ряде случаев преувеличение своих страданий, чрезмерная подозрительность к врачам, требование исключительной заботы о себе.

Отношение больного к своей болезни всегда индивидуально. Поэтому его психологическая диагностика позволит врачам осуществлять личностный подход к лечению своих пациентов, что, несомненно, значительно повысит его эффективность.

К.О. Свідерська, В.В.Саражинська
**ВРІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМФОРТУ У СТУДЕНТІВ ІІ КУРСУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО
ФАКУЛЬТЕТУ**

Кафедра внутрішньої медицини медичного факультету №2
Н.В. Дідик (к.мед.н., асист)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м.Вінниця,Україна

Актуальність: поширеність емоційно-вольових розладів (ЕВР) серед осіб юнацького та молодого віку, в умовах сьогодення, сягає катастрофічних цифр, як в країнах високого економічного розвитку, так і в розвиваючих, до яких, на жаль, відноситься і Україна. Враховуючи останнє, виявлення серед студентів медичного вишу даних розладів є надзвичайно актуальним.

Мета: виявити можливі ЕВР у студентів ІІ курсу стоматологічного факультету і продемонструвати їх можливий зв'язок із якістю навчання студентів.

Матеріали і методи: проведено анонімне анкетування 60 студентів, використовуючи шкалу Кови[CoviL. і співав.,1979], з метою скринінгового виявлення ЕВР, та шкалу тривоги Спілбергера[C.Spielbergeri співав., 1999], в разі виявлення останніх. Вік становив від 18 до 22 років, із них 40 (68%) склали особи жіночої і 20

(32%) особи чоловічої статі. Результати були опрацьовані з допомогою статистичних програм.

Результати: оцінюючи показники шкали Кови у 11 (18%) осіб виявлено наявність симптомів тривоги: у 7 дівчаток (64%) та 4 хлопчиків (36%), та у 4 (6%) осіб – тривожний стан: гендерний розподіл виявлений порівну (50%). Інтерпретуючи результати шкали Спілбергера згідно субшкали Ю.Л. Ханіна [Ханін Ю.Л., 1976] виявлено помірну тривожність як рису характеру у 10 (68%) та тривогу як минаючий стан у 5 (32%) осіб. При цьому, вищий середній бал навчання з предмету «Пропедевтика внутрішньої медицини» виявився у студентів з реактивною тривожністю (4, 2 проти 3,6) бали осіб з конституційною тривожністю ($p < 0,005$).

Висновки: в результаті аналізу дослідження по даній темі були виявлені ЕВР у 25% студентів та доведений прямий кореляційний зв'язок між наявністю реактивної тривожності та кращою якістю навчання студентів.

Т.В. Секрет, О.О. Токарчук

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЛІМФОБЛАСТНИЙ ЛЕЙКОЗ

кафедра внутрішньої медицини №2

С.В. Бондарчук (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Інфекційні ускладнення є одними із найчастіших ускладнень у хворих з вторинними імунodefіцитами, що зумовлені пухлинними захворюваннями системи крові. Гострий лімфобластний лейкоз зустрічається надзвичайно часто, особливо у дітей і на його фоні виникає вторинний імунodefіцит, що пов'язано з незрілістю імунокomпетентних клітин.

Мета: Проаналізувати частоту інфекційних ускладнень у дітей з гострим лімфобластним лейкозом, зв'язок з схемами поліхіміотерапії та ефективність лікування антибактеріальними та антимікотичними засобами.

Матеріали та методи: Проаналізовано 220 медичних карт стаціонарних хворих онкогематологічного відділення ВОДКЛ з діагнозом «Гострий лімфобластний лейкоз» за період 2013-2015 рр.. У пацієнтів онкогематологічного відділення досліджували поширеність інфекційних ускладнень, їх етіологію, зв'язок з проведенням поліхіміотерапії, схеми лікування інфекційних ускладнень. Статистичні показники були обраховані програмою STATISTICA 7.0 (2007 р.).

Результати: Серед проаналізованих пацієнтів було виявлено 79 хворих, що протягом поліхіміотерапії за протоколами (ALL-BFM-2000, ALLIC-BFM-2002, ALL-BFM-95) мали ускладнення з інфекційною етіологією, з них 24 мали ускладнення грибкової етіології (8 – езофагіт (*C. albicans*); 6 – поверхневий кандидоз (*C. albicans*); 8 – стоматит (*C. albicans*), 2 – пневмонії (з них 1 – викликана *A. fumigatus*, 1 - *C. albicans*). 55 хворих мали інші інфекційні ускладнення з невиясною етіологією (з них 42 – ГРЗ, 9 – дерматити, 4 – пневмонії). Найчастіше інфекційні ускладнення розвивались у хворих при проходженні лікування по протоколу I (38 хворих), II (25 хворих) за ALL-BFM (на 28-35 день протоколу). Також виявлено зв'язок між гематологічними показниками та виникненням інфекційних ускладнень: у всіх хворих з інфекційними ускладненнями були наявні явища міелосупресії: лейкоцити до терапії – $4,13 \pm 3,64 \times 10^9/\text{л}$; в середині терапії – $1,44 \pm 0,98 \times 10^9/\text{л}$; після терапії – $10,84 \pm 14,53 \times 10^9/\text{л}$. У хворих з підтвердженими грибковими інфекціями проводили терапію трьома препаратами: міконазол, мікофунгін, флуконазол. Найкраща ефективність у лікуванні грибкових інфекцій, викликаних *C. albicans* показав препарат флуконазол – клінічні прояви інфекцій зникали найшвидше (в середньому – за 5 днів). Інфекційні ускладнення нез'ясованої етіології лікували різноманітними антибактеріальними препаратами (коломіцин, фортум, гентаміцин, дорібакс, таргоцид, цефатоксим, октагам) у комбінації з антимікотичним препаратом – ітраконазолом (орунгал). Найкращу ефективність показала комбінація препаратів коломіцин+фортум+ітраконазол.

Висновки: Інфекційні ускладнення часто зустрічаються у хворих на гострий лімфобластний лейкоз (35,9%), з них грибкові інфекції (10,9%), інфекції з нез'ясованою етіологією (25%). Найкращий препарат для лікування грибкових інфекцій – флуконазол, що відповідає даним літератури. Найкраща схема для лікування інфекцій з нез'ясованою етіологією: коломіцин+фортум+ітраконазол.

Ю.П.Синиця

ВПЛИВ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ НА ДІАСТОЛІЧНУ ФУНКЦІЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА СТАН ЗАГАЛЬНИХ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2

В.Є. Кондратюк (д.мед.н.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. Зміни у загальних сонних артеріях (ЗСА) та наявність діастолічної дисфункції (ДД) є раннім маркером ураження інших судин та органів у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ).

Мета. Провести порівняльний аналіз показників діастолічної функції ЛШ та структурний стан ЗСА у хворих з АГ в поєднанні з подагрою та без неї.

Матеріали та методи. Обстежено 59 хворих (35 чоловіки та 25 жінок) із АГ, середній вік становив $56,8 \pm 1,4$

роки, тривалість АГ – $9.8 \pm 1,1$ роки. Усім хворим проводили доплер-ехокардіографічне дослідження на апараті «iE 33 Philips», США та дуплексне сканування ЗСА з визначенням товщини комплексу інтима-медіа (ТКІМ).

Результати дослідження. Пацієнти були розділені на три групи: I – 10 (16,9%) пацієнтів з АГ, але з нормальними показниками пуринового обміну (СК в крові $271,0 \pm 20,4$ мкмоль/л); II – 11 (18,6%) пацієнтів з АГ та підвищеним рівнем СК ($421,3 \pm 32,3$ мкмоль/л), але без жодного нападу гострого подагричного артриту в анамнезі; III – 38 (64,4%) пацієнтів з АГ в поєднанні з подагрюю (СК крові $481,0 \pm 25,1$ мкмоль/л), з них 17 (28,8%) хворих на безтофусну форму подагри (СК крові $524,8 \pm 34,5$ мкмоль/л), тривалість захворюваності на подагру $5,5 \pm 1,3$ роки, а 21 (35,6%) пацієнтів мають тофусну форму (СК крові $440,3 \pm 36,0$ мкмоль/л) тривалістю – $13,3 \pm 2,4$ роки. У I групі ДД була виявлена у 4 (40%) хворих, у 100% випадків мало місце I тип ДД; у II групі – у 5 (45,5%) хворих, з них 4 (36,4%) мало I тип, а 1 (9,1%) хворий мав II тип ДД; у III групі – 24 (63,2%) мали ДД: I тип – 13 (34,2%); II тип – 9 (23,7%); III тип – 2 (5,3%), причому серед хворих з тофусною формою подагри 10 (26,3%) осіб мали ДД, де у 8 (21,1%) хворих – I тип, а у 2 (5,3%) – II тип; у порівнянні з хворими на безтофусну форму подагри, де 14 (36,8%) хворих мали ДД, причому I тип мали 5 (13,2%), II тип – 7 (18,4%), III тип – 2 (5,3%) хворих. ТКІМ у I групі становить справа $0,73 \pm 0,04$, зліва – $0,81 \pm 0,05$; у II групі – справа $0,91 \pm 0,17$, зліва – $0,91 \pm 0,16$; та у III групі – справа $0,91 \pm 0,16$, зліва – $0,93 \pm 0,16$. Різниця показників діастолічної функції ЛШ (E, A, E/A, E/E_{ann} та DT) та ТКІМ не є статистично значущою, проте IVRT є найвищий у хворих з АГ в поєднанні з подагрюю (I – $84,6 \pm 4,5$; II – $97 \pm 9,4$; III – $102,5 \pm 3,1$ мс, $p=0,010$), але статистично не відрізняються між тофусною та безтофусною формою подагри ($102,9 \pm 5,7$ проти $101,2 \pm 6,7$).

Висновок. Для хворих з АГ у поєднанні з подагрюю, порівняно з її відсутністю, характерне більш часте виявлення ДД ЛШ (63,2% проти 40,0%). Наявність подагри у хворих з АГ визначає зміни структури ДД ЛШ, що проявляється більш частим виявленням II типу ДД ЛШ (23,7% проти 9,1%) проти хворих з АГ у поєднанні з ГУ. Наявність подагри не асоційовано з погіршенням структури ЗСА.

А.О. Сірко

РОЗЛАДИ СНУ У ХВОРИХ ІЗ БРОНХООБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Кафедра внутрішньої медицини № 1

О.Л. Побережець (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сон – важливий компонент життя людини. Бронхіальна астма (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – хвороби, що проявляються бронхообструктивним синдромом та призводять до погіршення якості сну. Це відбувається за рахунок таких чинників: переважання нападів ядухи вночі при БА, гіпоксемія, зниження тону м'язів вдиху та зменшення легневих об'ємів уві сні, супутні гастроєзофагальна рефлюксна хвороба, синдром обструктивного апное гіпноное сну та депресії. Інсомнія призводить до денної сонливості, обтяжуючи перебіг основного захворювання та погіршуючи якість життя пацієнтів. Однак, якість та особливості порушень сну у хворих БА та ХОЗЛ вивчені недостатньо.

Мета: Дослідити особливості розладів сну у хворих з бронхообструктивним синдромом.

Матеріали та методи: В дослідження включено 80 хворих, з яких з діагнозом БА – 42 чоловік та ХОЗЛ – 38 чоловік, середнім віком $49,3 \pm 8,5$ років, що знаходились на лікуванні в пульмонологічному відділенні ВОКЛ імені М.І. Пирогова. Діагноз БА встановлено згідно критеріїв GINA та наказу МОЗ України № 868, діагноз ХОЗЛ – критеріїв GOLD та наказу МОЗ України № 555. Контрольну групу склали 35 практично здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю. Якість сну та важкість інсомнії оцінювали за допомогою Пітсбургського індексу якості сну (PSQI) та Індексу важкості інсомнії (ISI). Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою програми «SPSS 20.0», достовірною вважали різницю при $p < 0,05$.

Результати: Встановлено, що серед хворих на БА розлади сну ($PSQI \geq 5$ балів) реєструвались у 85,7%, що суттєво переважало хворих з ХОЗЛ (68,4%) та з контрольної групи (31,4%). Середнє значення показника $PSQI$ у хворих БА склало $9,1 \pm 0,7$ балів та було достовірно більшим проти хворих ХОЗЛ ($6,1 \pm 0,4$ балів), $p < 0,001$. Показник ISI проявив подібну тенденцію. Так, легкі розлади сну (ISI в межах 8-14 балів) спостерігались майже у половини хворих в обох групах, однак частка пацієнтів з помірними розладами сну (ISI: 15-21 балів) більша серед хворих БА (19,0%) проти хворих ХОЗЛ (5,3%). Відмічено важчі розлади сну серед жінок хворих на БА ($PSQI$ $10,2 \pm 0,7$ балів, $p < 0,05$) та у хворих БА з індексом маси тіла (ІМТ) $\geq 30,0$ кг/м² ($PSQI$ $12,0 \pm 0,9$ балів, $p < 0,001$) щодо всієї групи. Серед хворих ХОЗЛ такого впливу статі та ІМТ не спостерігалось.

Висновки: Таким чином, у хворих на БА спостерігається суттєве зниження показника якості сну в порівнянні з хворими ХОЗЛ. Жінки, хворі на БА з ожирінням (ІМТ $\geq 30,0$ кг/м²) потребують подальшого полісомнографічного обстеження з метою встановлення причини важких розладів сну.

Т.В. Скочко

ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кафедра внутрішньої медицини №2

О.Л. Старжинська (доц., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В Україні, за даними епідеміологічних досліджень, поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) залишається високою. Разом з тим, навіть у розвинених країнах рівень контролю артеріального тиску (АТ) визнається незадовільним. Відомо, що близько 50% випадків неконтрольованої гіпертензії спричинено неадекватним комплаєнсом хворих з АГ.

Мета: Проаналізувати соціальні, психологічні, терапевтичні аспекти прихильності до лікування хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ).

Матеріали та методи: Обстежено 92 хворих на ГХ різної важкості (60 чоловіків та 32 жінки), віком від 43 до 80 років, середній вік $63,26 \pm 0,84$ р., які знаходилися на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні ВОСКДРЗН. Усі залучені у дослідження пацієнти з ГХ були обстежені та отримували терапію у відповідності з актуальними стандартами МОЗ України. Прихильність до лікування оцінювали шляхом анкетування (анкета Моріски-Гріна). Психологічний профіль пацієнтів оцінили за допомогою опитувальника ММРІ.

Результати: Встановлено, що прихильними до лікування є 17% хворих (16 осіб), серед яких 12% зізналися, що часом приймають гіпотензивні засоби лише при підвищенні АТ. Прихильні до лікування у переважній більшості є мешканцями міста (24%), зацікавлені в отриманні інформації щодо стану свого здоров'я (25% проти 61% серед неприхильних, $p < 0,05$). Прихильність до лікування вагомо вплинула на ефективність лікування. У прихильних пацієнтів зафіксоване достовірне зменшення САТ (на $28,75 \pm 6,45$ мм.рт.ст.), нижчий показник іММЛШ ($136,50 \pm 10,08$ г/м² проти $154,25 \pm 3,76$ г/м², $p < 0,05$) та значимо рідше виявляється діастолічна дисфункція серця у порівнянні з групою неприхильних до лікування (10% проти 18%, $p < 0,05$). У терапевтичному профілі прихильних пацієнтів виявлено, що більшість з них мають АГ II-III ступеня. Неприхильні пацієнти мають АГ I ступеня, частіше з наявністю більш ніж 2 ускладнень, приймають більше 1 таблетки частіше 2 разів на день (71% проти 29%, $p < 0,05$). Не менш важливим фактором впливу на прихильність до лікування виявився психологічний профіль особистості. Встановлено, що прихильними пацієнтами були особистості з іпохондричним, депресивним і гіпоманіакальним профілем. Найпоширенішими психологічними профілями серед неприхильних пацієнтів стали істеричний, психастенічний та шизоїдний тип.

Висновок: Серед хворих на ГХ рівень прихильності до лікування є досить низьким.

Разом з тим, прихильність до лікування є важливим фактором контролю перебігу ГХ, у прихильних до лікування осіб менш виражені зміни у серці та рідше розвивається більше одного ускладнення ГХ. Неприхильні до лікування пацієнти з ГХ мають певний психологічний профіль, що потрібно враховувати з можливим залученням спеціалістів-психологів.

М.В. Слобода, О.І. Коцюба, І.О. Лаба

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ КОМБІНОВАНОГО ПРЕПАРАТУ МЕЛДОНІУ З γ -БУТИРОБЕТАЇНОМ НА РІВЕНЬ С - РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА ПРОЦЕСИ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ У ХВОРИХ НА ІХС З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Кафедра внутрішньої медицини №1

Н.І. Ярема (д.мед.н., проф.)

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського
Тернопіль, Україна

Актуальність: Проблема фібриляції передсердь (ФП) зумовлена тим, що наявність цього порушення ритму підвищує відносний ризик смертності від серцево-судинної патології. Науковий інтерес становить дослідження медіаторів запалення, зокрема С-реактивного протеїну (СРП), та процесів ліпопероксидації у патогенетичних ланках ФП.

Мета: Вивчити вплив комбінованого препарату мелдонію з γ -бутиробетаїном на рівень СРП та показники ліпопероксидації у хворих на ІХС з персистуючою формою ФП.

Методи дослідження: Обстежено 48 пацієнтів на ІХС з персистуючою ФП. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб такого ж віку та статі. Тривалість персистуючої ФП становила ($6,3 \pm 1,4$) роки. Пацієнтів розділено на II групи: I група приймали стандартну терапію з аміодароном в добовій дозі 200-400 мг, II група - у комплексі з стандартною терапією з аміодароном в тій же добовій дозі додатково приймали комбінований препарат мелдонію з γ -бутиробетаїном. Проведено оцінку рівня СРП, показників перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та антиоксидантної системи до лікування та через 3 тижні терапії.

Результати: У хворих I групи рівень СРП до лікування становив ($8,63 \pm 0,76$) мг/л, а у хворих II групи - ($8,22 \pm 0,48$) мг/л, що відповідно у 2,3 рази ($p < 0,05$) та 2,2 рази ($p < 0,05$) вище порівняно з контролем ($3,74 \pm 0,84$) мг/л. Виявлено підвищення рівня МДА у пацієнтів I групи до ($5,24 \pm 0,03$) мкмоль/л, у хворих II групи - до ($5,02 \pm 0,04$) мкмоль/л, що відповідно у 2 та 1,9 рази вище, ніж у групі контролю. Рівень СОД був нижчим на 27,4 % ($p < 0,05$) у I групі та на 25,8 % ($p < 0,05$) у II групі, порівняно з контролем. Через 3 тижні лікування у пацієнтів I групи достовірних змін показника СРП не спостерігалось, у пацієнтів II групи виявлено зниження рівня СРП на 12,7 % ($p < 0,05$). У пацієнтів I групи спостерігалась тенденція до зниження рівня МДА та зростання показника СОД, у пацієнтів II групи рівень МДА значимо знизився на 16,8 % ($p < 0,05$), а рівень СОД зріс на 9,8 % ($p < 0,05$), що свідчить про зменшення інтенсивності процесів ПОЛ і покращення ефективності антиоксидантного захисту під впливом комбінованого препарату мелдонію з γ -бутиробетаїном.

Висновки:

1. У хворих на ІХС з персистуючою формою ФП виявлено підвищення рівня С-реактивного протеїну, активності процесів ліпопероксидації та зниження активності антиоксидантного ферменту СОД у порівнянні з контрольною групою.
2. Під впливом додаткового призначення до стандартної терапії комбінованого препарату мелдонію з γ -бутиробетайном спостерігалось значиме зниження С – реактивного протеїну, а також зменшення надмірної ліпопероксидації і підвищення активності антиоксидантної системи.

С.В. Струц, В.Ю. Масловський

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ СТРАТИФІКАЦІЇ РИЗИКУ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРОЮ ТЕРАПЕВТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини №3

В.Ю. Масловський (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) в світі є третьою серед найбільш частих причин смерті. За даними Фремінгемського дослідження, смертність від ТЕЛА складає 15,6% усієї госпітальної смертності, зокрема, 18% - хворих з хірургічною патологією, 82% - хворих терапевтичного профілю.

Мета. Провести стратифікацію ризику ТЕЛА стаціонарних хворих, госпіталізованих у зв'язку із загостренням терапевтичної патології для обґрунтування необхідності проведення антикоагулянтної профілактики.

Матеріали та методи. Обстежено 64 хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні №1 Вінницького обласного клінічного госпіталю ветеранів війни протягом 2015-2016 років. 56 хворих (87,5%) госпіталізовано у зв'язку з гострою декомпенсацією хронічної серцевої недостатності III-IV ФК за NYHA, 8 хворих (12,5%) – у зв'язку із загостренням ХОЗЛ. Вірогідність ТЕЛА згідно клінічних ознак оцінювалася за шкалою Wells P.S., Roger M., (2000 р.). У 48 хворих (75%) сума балів знаходилася в межах 2-6, що оцінювалось як помірний ризик, у 16 хворих (25%) – більше 6 балів (високий ризик). Окрім того, у 27 хворих (42,2%) рівень D-димеру за ELISA складав більш ніж 1000 нг/мл, у той час як у 37 хворих (57,8%) знаходився в межах 500-1000 нг/мл. Внаслідок важкості стану 46 пацієнтів (71,9%) було іммобілізовано більш ніж на 24 години. У пацієнтів не було протипоказів до антикоагулянтної терапії; кліренс креатиніну за Кокрофтом-Гоултом знаходився в межах 60-85 мл/хв. Усім хворим розпочато антикоагулянтну терапію еноксапарином натрію (Клексан, Sanofi, Франція) 4000 анти-Ха МО (0,4 мл) 1 раз на добу підшкірно. Тривалість терапії визначалася динамікою клінічних симптомів та збільшенням активної рухомості пацієнтів, зменшенням іммобілізації. Контроль ефективності лікування здійснювався за допомогою компресійного ультразвукового обстеження глибоких вен нижніх кінцівок у 34 позиціях за допомогою апарата Philips, Нідерланди, 2008 р. після виписки хворих зі стаціонару.

Результати. За час стаціонарного лікування усім хворим вдалося досягнути компенсації симптомів ХСН та ЛН, у однієї хворої динаміка задишки не була настільки відчутною, як у переважної більшості пацієнтів. Хвору додатково обстежено в об'ємі контрастної комп'ютерної томографії легень, що дало змогу встановити ТЕЛА дрібних гілок легеневої артерії, проте подальша консервативна терапія сприяла поступовій резольуції даної симптоматики та, в подальшому, компенсації основного захворювання і виписці хворої зі стаціонару. Контрольне компресійне УЗ-дослідження не виявило ознак тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок у всіх хворих.

Висновки. Своєчасна стратифікація ризику ТЕЛА та вчасно розпочата антикоагулянтна профілактика дає можливість уникнути більшості фатальних наслідків у пацієнтів, госпіталізованих у зв'язку з гострою декомпенсацією терапевтичної патології.

С.О.Сучок, Т.М.Хлипяч, Н.М.Амс

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ НА ТЛІ ПІДВИЩЕНОЇ ТРИВОЖНОСТІ

Кафедра нервових хвороб

Г.С. Московко (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Зміни у емоційній та ефекторно-вольовій сфері, які супроводжуються вегетативною симптоматикою є частою причиною звернень до лікарів загальної практики. Надмірна тривожність, депресивні стани, що виникають в осіб молодого віку, негативно впливають на баланс вегетативної нервової системи, зумовлюючи зниження працездатності та якості життя.

Мета: Аналіз вегетативних змін у осіб з підвищеною та нормальною тривожністю; встановити наявність кореляційного зв'язку між окремими вегетативними симптомами, рівнем тривожності та змінами ВСР за допомогою методу пульсометрії.

Матеріали та методи: у дослідженні взяли участь 42 студенти ВНМУ імені М.І. Пирогова віком від 19 до 22 років. Було сформовано дві групи: досліджувана – 28 осіб з наявністю вегетативних проявів, та контрольна – 14 осіб з їх відсутністю. Дослідження включало аналіз даних наступних шкал: HADS(субшкала депресії та тривоги), Спілберга (субшкала особистісної та ситуативної тривожності), Бека, а також проведення варіаційної

пульсометрії з використання програми «КардіоЛаб».

Результати: 1. Середні показники за субшкалою тривоги HADS у досліджуваній групі склали $7,25 \pm 0,55$; у контрольній $5,1 \pm 0,76$. Встановлена достовірна різниця між групами з наявністю та відсутністю вегетативних проявів і рівнем тривожності ($p = 0,05$).

2. За шкалою депресії Бека достовірних відмінностей не виявлено ($p = 0,05$).

3. Середні показники субшкали особистісної тривожності Спілберга: контрольна група - $40,71 \pm 2,05$; досліджувана - $47,81 \pm 1,59$; ситуативної: контрольна група - $35,92 \pm 2,63$; досліджувана - $44,0 \pm 2,01$. Встановлена достовірна різниця між групами з наявністю та відсутністю вегетативних проявів і рівнем особистісної та ситуативної тривожності ($p = 0,05$).

4. За результатами варіаційної пульсометрії зв'язку між рівнем тривожності та ВСР не виявлено.

Висновки: Підвищений рівень тривожності зумовлює появу вегетативних симптомів, зокрема: головного болю, запаморочення, тремтіння, серцебиття, підвищеної пітливості, нудоти, агресивності. Тому, важливо при наявності даних симптомів звертати увагу на стан ефекторно-вольової сфери, використовуючи стандартні шкали діагностики рівня тривожності, що дозволить вчасно провести необхідну корекцію та відновити баланс складових вегетативної нервової системи.

П.С. Табас, Р.О. Клос, О.М. Окусок

ЗМІНА ГЕМОГРАМА ТА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та фізіотерапії

Л.А. Грищук (д.м.н., проф.)

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського» МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Актуальність. Туберкульоз продовжує займати одне з перших місць серед найпоширеніших інфекційних захворювань. Окрім легень, туберкульоз також уражає різні системи та органи, зокрема печінку. Виявляють специфічні та неспецифічні ураження печінки, серед яких туберкульозний гранулематоз, міліарний і вогнищевий туберкульоз печінки, жирова дистрофія печінки, рідше амліоїдоз. Ураження печінки є одним з найнебезпечніших при туберкульозі, оскільки, антимікобактерійні препарати володіють вираженою гепатотоксичною дією.

Мета. Дослідити зміни гемограми та показників функціонального стану печінки у хворих на туберкульоз легень.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано 24 медичні карти хворих на туберкульоз із виділенням мікобактерії туберкульозу. Вивчено дані результатів загального та біохімічного аналізів крові, проведених при поступленні хворих в стаціонар.

Результати. У загальному аналізі крові анемію було виявлено у 19 хворих, що становить 79%. Серед них 16 із легким ступенем та 3 із середнім ступенем. Середній показник гемоглобіну становив $114,9$ г/л та еритроцитів $3,65 \cdot 10^{12}$. У 14 (58%) хворих було виявлено лейкоцитоз. Середній показник лейкоцитів становив $11,4 \cdot 10^9$. Зсув лейкоцитарної формули вліво встановлено у 12 (50%) хворих, лімфопенію у 15 (62,5%), моноцитоз у 6 (25%), зростання ШОЕ у 13 (54%). Середній показник якої становив 24,4.

Також виявлено зміни основних показників функціонального стану печінки у біохімічному аналізі крові: зростання гамаглутамілтранспептидази (ГГТП) у 10 (41,7%) хворих (середній показник $75,1$ Од/л), зростання лактатдегідрогенази (ЛДГ) у 7 (29%) хворих (середній показник $510,6$ Од/л).

Висновки. Таким чином, у хворих виявлено такі зміни в загальному аналізі крові: зниження показників гемоглобіну та еритроцитів, що свідчить про розвиток анемії. Про розвиток запального процесу в організмі хворих свідчать: лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, лімфопенія, моноцитоз та зростання ШОЕ. В біохімічному аналізі крові виявлено зростання ЛДГ та ГГТП. Отримані дані свідчать про такі синдроми порушення функції печінки, як синдром порушення пігментного обміну, цитолізу, холестазу.

А.А. Токарчук

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПЛИВУ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НА ОСТЕОАРТРОЗ КОЛІННОГО ТА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБІВ.

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини

О.В. Денесюк

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

Актуальність: Захворювання на остеоартроз – дуже розповсюджена патологія кістково-м'язової системи, яка турбує людей у сучасному суспільстві. Захворюваність остеоартрозом в Україні становить 497,0 на 100 тис. (0,49%) населення. Засвітовими даними, ЛФК є досить ефективним методом лікування на фоні стандартного медикаментозного лікування остеоартрозу, але воно має бути щоденним та дуже тривалим. В

нашій країні це питання залишається не вивченим. Питання лікування остеоартрозу є важливим, адже захворювання суглобів викликає обмеження функцій опорно-рухового апарату, в подальшому може призвести до інвалідності.

Мета: Вивчити ефективність ЛФК у хворих на остеоартроз колінних та кульшових суглобів та визначити прихильність хворих до цього методу лікування.

Матеріали та методи: Відібрано 40 хворих на остеоартроз колінних та кульшових суглобів II-III рентгенологічної стадії. Із них жінок 21 (52.5%), а чоловіків 19 (47.5%). Респонденти мали вік від 50 до 75 років. Тривалість захворювання від 3 до 20 років. Спостереження за хворими тривали 14 днів. Всі хворі отримували стандартне медикаментозне лікування. При поступленні в стаціонар хворих було проанкетовано на предмет прихильності до лікування ЛФК. Клінічне обстеження проводилось до та після (через 14дб) лікування. Оцінку ефективності лікування проводили за допомогою аналогової шкали оцінки болю та визначення рухливості болочих суглобів.

Результати: Прихильність чоловіків (16 (84%)) до лікувальної фізичної культури більша ніж у жінок (11 (52.4%)). Пацієнтів з нормальним ІМТ 26 (65%); із ожирінням I ступеня – 11 (27.5%), з них чоловіків 3 (7.5%), жінок 8 (20%); із ожирінням II ступеня – 3 (7.5%), з них чоловіків 2 (5%), жінок 1 (2.5%). На ЛФК з нормальним ІМТ погодилось 21 (80.7%), з них чоловіків 14 (53.8%), жінок 7 (26.9%); із I ступенем ожиріння погодилось 5 (19.2%), з них чоловіків 2 (7.7%), жінок 3 (11.5%). На ЛФК погодились пацієнти віком з 50 до 65 років, не погодились віком з 66 до 75 років. В групі хворих після лікування ЛФК біль зменшився на 40%, ротація та об'єм рухів в уражених суглобах збільшилось на 35%, а в групі хворих без лікування ЛФК біль зменшився на 23%, а об'єм рухів та ротація збільшилось на 20%. У хворих на остеоартроз II рентгенологічної стадії біль зменшився на 35%, у хворих III рентгенологічної стадії біль зменшився на 33%. Це свідчить про важливість застосування реабілітації на початкових стадіях захворювання.

Висновки: Остеоартроз – хронічне неінфекційне захворювання опорно-рухового апарату, яке уражає осіб працездатного та похилого віку. На основі проведеного дослідження та отриманих даних можна зробити висновок що прихильність жінок до ЛФК зменшується із зростанням ІМТ. Пацієнти молодшого віку частіше погоджувались на ЛФК. Хворі, які погодились виконувати ЛФК, досягнули значного поліпшення фізичного та психологічного стану, у них значно зменшився біль в уражених ділянках.

О.О. Токарчук, І.А. Ільюк

ОЦІНКА ДИНАМІКИ МАРКЕРІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Кафедра внутрішньої медицини № 2

І.А. Ільюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одне з обтяжливих захворювань із погляду інвалідності та економічних витрат посідає четверте місце в структурі смертності [Фещенко Ю. І., 2014].

Мета дослідження: оцінити динаміку маркерів системного запалення у хворих на ХОЗЛ при лікуванні комбінованим препаратом сальметеролу/флутиказонупропіонату («Серетиддискус»).

Матеріали та методи: обстежено 20 хворих на ХОЗЛ IV стадії, група ризику D, стадія клінічної стабілізації (жінок - 4 (20%), чоловіків – 16 (80%)). Середній вік хворих склав $61,3 \pm 2,2$ років. Середній стаж ХОЗЛ – $13,0 \pm 1,5$ роки. Індекс паління дорівнював $23,5 \pm 1,8$ пачко-років. На амбулаторному етапі пацієнти користувались бронходилататорами короткої дії та бронхолітиками тривалої дії (як правило нерегулярно). Пацієнтам, після обстеження, призначалась базисна терапія – комбінований препарат серетід 50/500 мкг по 2 інгаляції 2 рази на день. Проводилась оцінка динаміки показників функції зовнішнього дихання (об'єм форсованого видиху за 1-у секунду (ОФВ1), форсована життєва ємність легень (ФЖЕЛ), маркерів системного запалення (С-реактивний білок (СРБ), фібриноген, гомоцистеїн, прокальцитонін), анкетних методів (шкала COPDAssessmentTest-CAT) через 1, 6 місяців лікування.

Результати. До початку лікування ОФВ1 дорівнювався $23,30 \pm 0,58$ % від належних величин, ФЖЕЛ – $48,3 \pm 0,91$ %. СРБ складав $8,11$ мг/л, фібриноген – $6,08$ г/л, гомоцистеїн – $18,12 \pm 1,06$ мкмоль/л, прокальцитонін – $0,086 \pm 0,005$ нг/мл. Результатидослідження показали, що через 1 місяць лікування показник ОФВ1 збільшився на 1,29% проти вихідних даних ($p > 0,05$), а ФЖЕЛ – на 8,07% ($p < 0,05$), СРБ достовірно знизився на 40,5%, фібриноген – на 38,6%, гомоцистеїн – на 39,9% проти початкового рівня ($p < 0,05$). Але прокальцитонін збільшився на 2,3% ($p > 0,05$), залишаючись в межах норми. САТ зменшився в балах на 3% ($p > 0,01$). Через 6 місяців лікування ми спостерігали подальшу позитивну динаміку покращання досліджуємих показників. ОФВ1 збільшився вже на 9,14%, а ФЖЕЛ – на 22,9% ($p < 0,05$) порівняно з початковими даними, СРБ продовжував достовірно знижатись на 82,7%, гомоцистеїн – на 67,1%, фібриноген – на 55,2% ($p < 0,05$) порівняно з вихідним рівнем. Спостерігалось також достовірне зниження прокальцитоніну на 18,6% ($p < 0,01$). САТ зменшився в балах на 13,9% ($p < 0,01$).

Висновки: В теперішній час оцінка біологічних маркерів стала новим інструментом ведення хворих на ХОЗЛ, що дозволяє прогнозувати перебіг хвороби, оцінювати ефективність призначеного лікування. Терапія із

застосуванням комбінованого препарату «Серетидіскус» дозволила досягти позитивного клінічного ефекту з достовірним покращенням показників функції зовнішнього дихання та маркерів системного запалення у хворих на ХОЗЛ, що сприятиме зменшенню кількості загострень захворювання та поліпшенню якості життя пацієнтів.

А.А.Трибрат

ПРИХИЛЬНІСТЬ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ДО ЛІКУВАННЯ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини)

Ю.М. Казаков (д.мед.н., проф.)

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

м.Полтава, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день однією з найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи є гіпертонічна хвороба (ГХ). Недостатня прихильність пацієнтів з ГХ становить велику проблему не тільки в Україні, але і у інших країнах світу. Вважається, що від 43% до 88% хворих на ГХ не досягають цільового рівня артеріального тиску (АТ) внаслідок неналежного прийому антигіпертензивних препаратів. Основною причиною відмови більшості пацієнтів від систематичного лікування є безсимптомний перебіг ГХ та необхідність пожиттєвого прийому препаратів.

Мета: вивчення прихильності до лікування серед пацієнтів на гіпертонічну хворобу.

Матеріали та методи: Дослідження проводили на базі кардіологічного відділення Полтавського обласного клінічного госпіталю ветеранів війни. З метою виконання дослідження було обстежено 66 пацієнтів з ГХ віком від 25 до 88 років. Проведена клініко-діагностична бесіда із заповненням карти клінічного обстеження пацієнта з оцінкою рівня освіти, сімейного стану, віку та статі та запропонованого нами тестування хворих за шкалою прихильності до лікування, яка дозволяє дати цифрову оцінку рівня комплаєнсу в пацієнтів. Статистична обробка одержаних даних проведена методом варіаційної статистики із застосуванням t-критерія Ст'юдента.

Результати: За даними тестування 66 хворих на ГХ із них 49 (74%) чоловіків та 17 жінок (26%). Нами визначений комплаєнс : високий – 18,2%, середній – 39,4%, низький – 42,4%. Найбільш розпоширеною причиною низькою комплаєнсу є несвоєчасне звертання до лікаря, вслід за цим недостатнє отримання інформації про профілактику їхнього захворювання, самостійна заміна гіпотензивних препаратів, порушення режиму прийому таблеток, недотримання режиму фізичної активності та дієти.

Показники суб'єктивної оцінки самопочуття і прихильності до лікування мають досить виражені гендерні відмінності. Зокрема, жінки з ГХ, відзначають велику прихильність до лікування, довіряють лікарю, цікавляться додатковою інформацією про своє захворювання, в той час як чоловіки більшою мірою проявляють анозогностичні реакції, і частіше схильні до заперечення хвороби, недооцінки її значущості та можливих наслідків, що співвідноситься з їх низькою прихильністю до лікування

Висновки: Отже, слід враховувати гендерні особливості до адекватного лікування у хворих ГХ. Поєднання із такими клінічними факторами, як перенесений інфаркт міокарда, інсульт та наявність хронічної серцевої недостатності асоціюється в цілому з більш комплаєнтним застосуванням лікарських засобів. Для досягнення кращої комплаєнтності хворим на ГХ рекомендується забезпечення їх стандартизованими наочними рекомендаціями, як під час госпіталізації, так і після виписки зі стаціонару.

А.В. Троць, Є.В. Зябловский

РОЛЬ ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ У РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ РОЗЛАДІВ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1

О.М. Пленова (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: на сьогодні, патології імунної системи не залежно від їх локалізації та субстрату ураження, посідають одне з провідних місць у розвитку захворювань усіх систем людського організму. Особлива роль серед автоімунних процесів належить захворюванням, пусковим механізмом до розвитку яких є умовно патогенна мікрофлора людського організму. Серед таких патологій, інфекційний ендокардит (ІЕ), що розвивається внаслідок проникнення бактерій *S.aureus* у кровотік.

ІЕ–захворювання, що розвивається внаслідок інфекції ендокарду клапанів (найчастіше), шлуночків та передсердь, або ендотелію великих кровоносних судин грудної клітки, судинних анастомозів або чужорідних тіл у серці.

Серцево-судинна система–це стерильне середовище, ось чому найменший приріст представників бактеріальної флори чи проникнення у це середовище продуктів життєдіяльності мікроорганізмів, супроводжується розвитком важких морфологічних та функціональних ускладнень для серцево-судинної системи.

Ураження клітин ендотелію серця та магістральних судин *S.aureus* є однією з головних ланок у патогенезі

розвитку захворювань серцево-судинної системи, а цереброваскулярні розлади є одними з найбільш загрозливих ускладнень.

Мета роботи: оцінити ризик розвитку цереброваскулярних розладів на фоні перенесеного чи активного інфекційного ендокордиту.

Матеріали та методи досліджень: ретроспективно було проаналізовано 100 клінічних випадків ІЕ, перебіг 60 з них ускладнився цереброваскулярними розладами. Отримані дані засвідчили, що у 24 пацієнтів діагностовано порушення за геморагічним типом, а у 36 пацієнтів – за ішемічним. У випадку решти пацієнтів ускладнень кровопостачання мозку вдалося уникнути, у тому числі завдяки оперативним втручанням.

Результати: на основі дослідження були отримані дані про те, що рівень смертності серед пацієнтів з геморагічним інсультом склав 37,5% (9 хворих) ($p=0,821$) і 44,4% (16 хворих) ($p=0,531$) серед пацієнтів з ішемічним інсультом. Серед прооперованих за життєвими показами пацієнтів відсоток смертей склав 33,3% ($p=0,821$) і 44,8% ($p=0,531$), відповідно, серед пацієнтів, які відмовилися від оперативного втручання.

Протягом 30 днів спостереження за даною вибіркою пацієнтів було виявлено, що 45,8% з них відчували погіршення загального стану, незалежно від наявності цереброваскулярних ускладнень (розвиток септичного шоку, поліорганної недостатності).

Висновки: після аналізу вихідних даних можна зробити висновок, що перенесений ІЕ є фактором ризику виникнення цереброваскулярних ускладнень, які реєструються у 60% пацієнтів, при цьому частота розвитку ішемічних ускладнень виявляється частіше (44,4% проти 37,5%, $p<0,05$). Раннє хірургічне лікування ІЕ дещо знижує ризик летальних наслідків серед пацієнтів з геморагічними проявами цереброваскулярних ускладнень, проте не впливає на смертність у хворих з ішемічними ускладненнями. Однак у хворих, яким не було проведено оперативне втручання, частіше реєструвались септичні ускладнення упродовж перших 30 днів захворювання, що необхідно враховувати при визначенні лікувальної тактики цієї категорії хворих.

Д.В.Федоряка

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДИСЛІПОПРОТЕЇНЕМІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини №2

Т.В.Степанюк (асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: за даними ВООЗ, порушення метаболізму ліпопротеїнів відіграють провідну роль у виникненні атеросклерозу та обумовленою ним серцево-судинної патології, що призводить до більше ніж 25% смертей у світі. Дана патологія вражає населення розвинутих країн та країн, що розвиваються, набуваючи при цьому глобальних масштабів, тому постало питання розробки методів ранньої діагностики дисліпопротеїнемій, особливо генетично детермінованих.

Метою роботи є встановлення особливостей клінічної картини та диференційної діагностики для адекватної терапії даного захворювання

Матеріали та методи: узагальнений аналіз іноземних джерел наукової літератури та результатів досліджень провідних науково-дослідних інститутів Німеччини, США та Канади

Результати: на сучасному етапі доволі поширеними способами своєчасної діагностики вроджених дисліпопротеїнемій є пренатальний та неонатальний скринінг, ліпідограма та генетичні маркери, але протягом останніх 5 років спостерігається поступове впровадження методів генної терапії в клінічну практику. За словами розробників, незважаючи на високу вартість, дані препарати дозволять набагато ефективніше покращити якість життя пацієнтів, хоча результати такого новаторства потребують подальшого спостереження.

Висновки: своєчасна діагностика даної патології в Україні доволі ускладнена через недостатнє фінансування системи охорони здоров'я та високу вартість, однак прогноз для життя таких пацієнтів при проведенні адекватної терапії (статици, фібрати, секвестранти жовчних кислот, нікотинова кислота і її похідні, інгібітори абсорбції ХС тощо) та дотриманні низькожирової дієти може бути відносно сприятливим.

А.В.Хромих

ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ ЯК ПРОЯВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНИЙ ДИСПІТУЇАРИЗМ

Кафедра ендокринології

О.О. Фіщук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: ожиріння у дітей та підлітків являється однією з актуальних проблем сучасної охорони здоров'я. Практично у всіх країнах світу невпинно збільшується кількість дітей з ожирінням. Аналогічна динаміка поширеності ожиріння серед дитячого населення спостерігається і у Вінницькій області. Так, протягом 2012-2015 рр. майже вдвічі збільшилась кількість дітей з цією патологією, особливо підлітків. Ожиріння, як складова, входить до класичного поняття метаболічного синдрому. На сьогоднішній день немає

єдиних критеріїв визначення даного синдрому. Часто вважають, що у дітей з ознаками метаболічного синдрому відсутні зміни сечової кислоти. З цим і пов'язана неповна характеристика метаболічного синдрому.

Мета: Дослідити і вивчити рівень сечової кислоти у дітей з ожирінням, хворих на пубертатний диспітуїтаризм.

Матеріали та методи: Обстежено 14 дітей (10 хлопчиків, 4 дівчинки) віком 16-18 років, хворих на пубертатний диспітуїтаризм, які звернулись у Вінницький клінічний високоспеціалізований ендокринологічний центр. Всім підліткам проведено клінічні, антропометричні та гормональні дослідження. Хворі були обстежені згідно протоколів надання спеціалізованої медичної допомоги дітям з ендокринною патологією №254 від 27.04.2006 р. та додатку до протоколів №55 (2009 р.). У всіх дітей проводилось визначення зросту, маси тіла, визначався ІМТ (його оцінка проводилась за допомогою перцентильних графіків), вимірювався артеріальний тиск. З лабораторного обстеження всім дітям проводився оральний тест толерантності до глюкози, визначався рівень сечової кислоти. Гормональне дослідження включало визначення рівня інсуліну, кортизолу в крові. Також всім підліткам розраховувався індекс НОМА.

Результати: За результатами проведеного дослідження встановлено, що у всіх 14 підлітків (100%) виявлено ожиріння – ІМТ > 97 перцентелі та стрії. Високий артеріальний тиск > 90-ї перцентелі, відповідно статі та віку і перцентелі зросту згідно рекомендаціям Європейського товариства дитячих ендокринологів (ESPE, 2007 р.) виявлено у 13 підлітків (92,8%). Високий індекс НОМА зафіксовано у 4 хлопчиків (28,5%), проте порушення вуглеводного обміну не встановлено. Разом з тим підвищений рівень сечової кислоти був виявлено у 11 підлітків (78,5%), із них: у 9 хлопчиків (64,2%) рівень сечової кислоти був значно підвищений ($369,1 \pm 11,3$ ммоль/л), а у 2 (14,3%) незначно, порівняно з референтною нормою для 16-18 років (210-350 ммоль/л).

Висновки: 1. Пацієнти з пубертатним диспітуїтаризмом мають класичні ознаки метаболічного синдрому: ожиріння, артеріальна гіпертензія, високий індекс НОМА.

2. Рівень сечової кислоти, як складової метаболічного синдрому, підвищений, в переважній кількості хворих на пубертатний диспітуїтаризм.

3. Повне обстеження пацієнтів з ознаками порушеного метаболізму дасть змогу підійти ближче до більш коректної та вірно вибраної терапії основного захворювання.

К.Р. Чалайдюк, Х.О. Соломко

РАК НИРОК

Кафедра променевої діагностики та променевої терапії

С.В. Коляденко (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак нирок по поширеності займає 10-е місце серед онкологічних захворювань у світі, тому розгляд цієї теми є важливим з огляду на високу частоту ураження серед чоловіків.

Мета: Дослідити поширеність, вікові та статеві особливості раку нирок по отриманих нами даних та порівняти їх зі світовою статистикою.

Методи та матеріали: Дані КТ- обстежень 27 –х пацієнтів отримані на клінічній базі ВНМУ імені М.І.Пирогова. Обробка даних статистичним методом.

Результати: Захворюваність на рак нирок складає у світі- 3.7%, Україні- 9.8%, Вінницька обл.-14.2%. На базі оброблених нами даних 27-х пацієнтів, у 77.7% спостерігаються неопластичні процеси з яких -62.9% у чоловіків, частота ураження яких зростає після 50 років

Висновок: Підтвердили дані світової статистики, про частоту захворюваності на рак нирок у чоловіків старше 50 років.

Ю.В.Щербич

ЛАЗЕРОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ З ЛЕГКИМ ПЕРЕБІГОМ

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

А.А.Наліжитий (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність : Вугрова хвороба на даний час є однією з найактуальніших проблем дерматології . За даними деяких авторів вона посідає 2 місце серед усієї хронічної патології шкіри. На вугрову хворобу страждає до 80% населення у віці від 12 до 25 років і 30 - 40% осіб старше 25 років . На сьогоднішній день спостерігається тенденція до підвищення захворюваності серед осіб зрілого віку. Вугрова хвороба значно знижує якість життя та негативно впливає на психоемоційний стан хворих, тому особливої уваги потребує пошук максимально ефективних методів її лікування, яке повинно впливати на патогенетичні чинники ,а саме патологічний фолікулярний гіперкератоз, надмірне утворення секрету сальних залоз, *Propionibacterium acnes* та запальний процес загалом. Ефективність лазерної терапії базується на тому, що за допомогою спрямованого впливу лазера, зменшується кількість бактерій у верхніх шарах шкіри, зменшується секреція сальних залоз, усувається поверхневе запалення і здійснюється комплексне оздоровлення дерми. В процесі лазеротерапії досягається ефект ремоделювання шкіри, відбувається звуження шкірних пор, згладжування рельєфу шкіри,

усуваються рубці і відбувається профілактика їх утворення

Мета: Дослідити ефективність лікування вугрової хвороби з легким перебігом із застосуванням лазеротерапії (червоний лазер з довжиною хвилі 380 – 420 нм та 650 – 660 нм) та коригуючого засобу EffaclarDuo (+).

Матеріали та методи: Мною було обстежено та проліковано пацієнтів з вугровою хворобою віком від 15 до 28 років з легким перебігом у стадії загострення. В усіх були наявні відкриті та закриті комедони шкіри обличчя, папули та пустули на різних стадіях розвитку. Усім хворим було призначено місцеву лазеротерапію, а саме червоний лазер з довжиною хвилі 380 – 420 нм та 650 – 660 нм 1 раз на добу. З метою зменшення комедогенності застосовували корегуючий засіб EffaclarDuo (+) тонким шаром 1 раз на добу вранці.

Результати: Після проведеного лікування в усіх пацієнтів спостерігалась позитивна динаміка у вигляді зменшення гострозапальних явищ та кількості елементів висипки починаючи з 7-го дня лікування. Сухість шкіри обличчя у пацієнтів успішно коригувалась засобом EffaclarDuo (+). За час спостереження побічних ефектів не виявлено.

Висновки: Лазеротерапія є ефективним та безпечним методом лікування легких форм вугрової хвороби, володіє комедонолітичною та протизапальною дією, дозволяє успішно попереджувати появу нових елементів висипки.

О.В.Ютовець

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РАМІПРИЛУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2

О.А. Бичков (к.мед.н., ас.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день ефективне зниження артеріального тиску (АТ) є вкрай важливим при лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію (АГ). Досягнення цільових рівнів АТ забезпечує захист органів-мішеней і, таким чином, сприяє зменшенню ризику виникнення серцево-судинних ускладнень, смерті та покращенню якості життя пацієнтів.

Мета роботи: Визначення клінічної ефективності застосування раміприлу у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію.

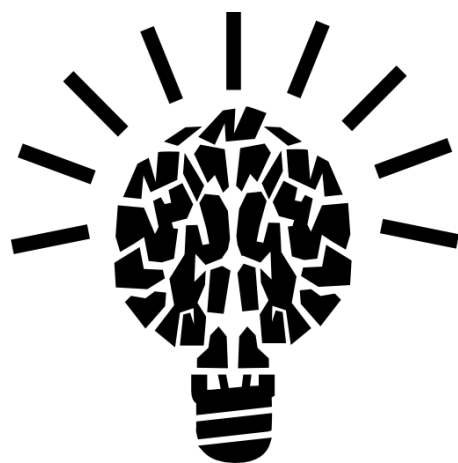
Матеріали та методи: Для вирішення поставленої мети було проаналізовано дані клінічного та інструментального обстеження в динаміці шестимісячного лікування у 27 хворих на есенціальну АГ з 1 та 2 ступенем підвищення артеріального тиску. Хворі на АГ приймали антигіпертензивну терапію, яка включала інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту раміприл у добовій дозі 2,5 - 5 мг у поєднанні згідрохлортіазидом 12,5 мг.

Результати: Понад 80% хворих до лікування скаржилися на сильний головний біль, запаморочення, періодичне прискорене серцебиття, задишку та біль в ділянці серця. Через 2 тижні лікування у пацієнтів із есенціальною АГ спостерігалось покращення загального стану, що проявлялося зменшенням частоти скарг на головний біль та запаморочення. Після 1 місяця лікування частота виявлених скарг зменшилася на 58,4%, а через 6 міс – на 87,3%. В динаміці лікування хворих на АГ спостерігалось вірогідне зниження показників офісного САТ та ДАТ. Так, уже через 2 тижні лікування показник САТ зменшився на 13,4% ($p < 0,05$), а ДАТ – на 11,8% ($p < 0,05$). Через 6 місяців спостереження цільовий рівень АТ в групі пацієнтів із АГ був досягнутий у 21 із 27 осіб, що склало 77,8%.

Позитивний гіпотензивний ефект у хворих був підтверджений даними добового моніторингу АТ, який проводився через 6 місяців лікування. Так, відбулося зниження середньоденного САТ на 25,8%, середньоденного ДАТ – на 32,4%, середньонічний САТ знизився на 26,1%, а середньонічний ДАТ – на 28,3% ($p < 0,05$). Враховуючи кардіопротекторні властивості інгібіторів АПФ та їх вплив на відновлення показників геометрії лівого шлуночка (ЛШ), було проаналізовано дані Ехо-КГ у хворих в динаміці лікування. Через 6 місяців лікування із застосуванням раміприлу було виявлено достовірне зменшення індексу маси міокарда ЛШ в середньому на 22,3 г/м² ($p < 0,05$). Регрес гіпертрофії ЛШ супроводжувався також достовірним зменшенням розміру лівого передсердя, що можна розглядати як ознаку покращення діастолічної функції ЛШ, а тенденція до збільшення фракції викиду ЛШ свідчила про збереження систолічної функції ЛШ. В динаміці лікування також вірогідно зменшувався показник товщини міжшлуночкової перетинки ($p < 0,05$).

Висновки: Застосування інгібіторів АПФ, а саме раміприлу і його поєднання із гідрохлортіазидом, є одним із найважливіших методів лікування первинної артеріальної гіпертензії, яке сприяє досягненню цільових рівнів артеріального тиску, відновленню показників геометрії лівого шлуночка та покращенню якості життя хворих.

**КЛІНІЧНА
ПСИХОЛОГІЯ,
НЕВРОЛОГІЯ ТА
ПСИХІАТРІЯ**



**CLINICAL PSYCHOL
OGY,
NEUROLOGY AND PS
YCHIATRY**

Н.В. Бецько

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕВ У ЛІКАРІВ ПЕДІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

Ю.Ю. Мартинова (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Мета: вивчення клінічних проявів синдрому емоційного вигорання (СЕВ) серед лікарів педіатричного профілю та визначення предикторів їх появи для подальшої розробки системи медико-психологічної допомоги.

Матеріали і методи: За допомогою опитувальника К. Масlach були опитані 60 лікарів педіатричного профілю. Тест складається з 22 пунктів, по яких вираховуються показники трьох шкал: «емоційне виснаження» (відчуття емоційної спустошеності та втоми, викликане власною роботою), «деперсоналізація» (цинічне ставлення до праці та її результатів, пов'язане з появою байдужого, негативного навіть цинічного ставлення), «редукція професійних досягнень» (почуття некомпетентності та зниження цінності своєї діяльності). **Результати:** В досліджуваній групі у всіх респондентів була наявна симптоматика емоційного вигорання: у 65% було виявлено високий ступінь емоційного вигорання, у 70% опитаних виявили високий рівень деперсоналізації, в той же час у 55% респондентів не спостерігалось ознак редукції професійних досягнень. Клінічно це проявлялося постійним відчуттям втоми, загальною астенозацією, песимізмом, цинізмом, апатією, помітною зміною циркадних ритмів (режиму дня), інсомнією, почуттям нагромадження роботи, підвищеною дратівливістю, частими нервовими «зривами».

Висновки: Результати, отримані в дослідженні, виявляють високий і середній рівні емоційного вигорання та яскраві клінічні прояви СЕВ у лікарів педіатричного профілю, предикторами яких є дія на організм лікаря постійних надмірних психо-емоційних навантажень, підвищеної відповідальності (рівня вимогливості до себе). Розробка системи медико-психологічної допомоги має покращити якість життя і нівелювати прояви СЕВ, призвести до стабілізації психо-емоційного стану, що в свою чергу підвищить результативність та якість праці фахівців даної категорії.

А.Т. Водяницький

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАЖКОЇ ЗЧМТ У ДІТЕЙ ВІКОВОЇ ГРУПИ ВІД 0 ДО 5 РОКІВ

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії ФПО.

В.Я. Волощук (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Черепно-мозкова травма у дітей залишається однією з найбільш поширених форм нейрохірургічної патології. За даними ВОЗ частота травми варіює від 1,8 до 5,4 випадків на 1000 населення, зростаючи останнім часом в середньому на 2% в рік. За іншими статистичними даними вона складає від 25 до 45 % серед усіх травм, що потребують стаціонарного лікування. (П. І. Манжос, В. А. Бичков, 2008)

Суттєве місце в синдромогенезі гострої ЧМТ і її віддалених наслідків займає гемодинамічний фактор (артеріальний вазоспазм, церебральний вазопарез, дистонія, венозний стаз, ішемія, гіперемія та інші судинні зміни) [А.Н.Коновалов, Л.Б.Ліхтерман, А.А.Потапов та ін., 1994; Е. Г. Педаченко та соавт., 1996; Ю.Л.Курако, В.В.Букіна, 1989; П.В.Волошин, І. І. Шогам, 1990].

Патогенез ЧМТ багатогранний і значною мірою зумовлений ендогенною інтоксикацією, яка виникає внаслідок резорбції продуктів тканинного розпаду як із контузійних вогнищ головного мозку [Ю.В.Зотов, В.В.Щедренко, 1982], так і внаслідок порушення обмінних процесів в організмі в цілому. Встановлено, що тяжкість пошкодження мозкової тканини і протікання патологічного процесу при ЧМТ корелює із кількісним вмістом СМ в крові і лікворі [Т.Г.Васильєва, та ін., 1984; С.А.Ніколау, 1990; Б.В.Білошицький, 1997].

Мета дослідження: в даній роботі поетапно ілюстровано процес діагностики та лікування хворого Д. з ускладненим перебігом важкої ЧМТ. Анамнез захворювання: хлопчик 2-х років постраждав внаслідок ДТП 16.11.15 о 12:40. Без свідомості доставлений в ЦРЛ смт Теплик. Спостерігались клоніко-тонічні судоми. Багаторазова блювота. Обстеження в умовах ЦРЛ. Проводилась седативна, протинабрякова, гемостатична, дегідратаційна терапія. Після консультації нейрохірурга в супроводі лікаря-анестезіолога транспортований в ВОДКЛ з діагнозом: ЗЧМТ. Забій головного мозку.

Клінічний діагноз: ЧМТ з забоєм головного мозку важкого ступеню, з множинними хронічними субдуральними гематомами та гідромами, ускладнена підшкірною емфіземою в правій скронево-лобно-тім'яний ділянці, параорбітальної зони. Компресійний перелом С2, С3 хребців.

Методи дослідження: в алгоритм діагностики були включені: МРТ головного мозку в тканинному та судинному режимах, СКТ головного мозку та шийного відділу хребта, Ro-графія: ОГК, кісток черепа та шийного відділу хребта, ЕКГ, УЗД серця, люмбальна пункція, ЗАК, ЗАС, біохімічне дослідження крові на вміст електролітів.

Результати: застосування сучасних методів нейровізуалізації, таких як КТ та МРТ, дозволило нам вірно та своєчасно встановити діагноз та визначити подальшу хірургічну та терапевтичну тактику лікування хворого. Якнаслідок, значно скоротився термін відновного періоду, що має позитивний вплив на реабілітацію та соціальну адаптацію пацієнта.

А.Д. Волківська

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ.

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

І.Л. Лук'янович (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Процес реформування ланок медичної галузі збільшує психологічне навантаження на лікарів і доповнює хронічні емоційні навантаження, що є основою формування синдрому емоційного вигорання, викликаючи зниження працездатності та ефективності роботи лікарів.

Мета: дослідити особливості течії та проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів в умовах реформування медичних закладів.

Матеріали та методики: Для дослідження використовувались: методика діагностики синдрому емоційного вигорання (В.Б. Бойко) та психодинамічних властивостей особистості (Б.Н. Смірнов), опитувальники Леонгарда-Шмішека, Спілбергера, шкала Бека, таблиці Шульте, MSPSS, ШАС, таблиці Шульте.

Результати: Було обстежено 30 лікарів віком від 30 до 60 років, стаж роботи яких складав від 8 до 35 років.

За таблицями Шульте, у 98% обстежуваних прослідковується виконання завдань в верхніх межах норми, але із значними перепадами в часі виконання та порушенням уваги у 15%, що характерно для гіперстенічного типу виснажливості психічних процесів (63%) та у 2% діагностовано астенічний тип виснажливості.

За шкалою MSPSS виявляється зниження емоційних переживань стосовно рідних, друзів, з орієнтацією на інші причини.

За Спілбергером 93% лікарів проявили високу особистісну та реактивнотривожність.

За ШАС у 6% досліджуваних виявлено ознаки астенії по гіпостенічному типу.

У 53,3% за шкалою Бека, визначається важка, а у 40% помірна депресія.

За опитувальником Шмішека, у 80% досліджуваних виявляється по декілька акцентуацій характеру, що говорить про адаптаційні зміни. У 13.5% переважає емотивний тип особистості, для якого характерне ригідність мислення, внаслідок емотивного дисонансу. За опитувальником Б.Н. Смірнова для 40% осіб характерна виражена екстравертованість та інтровертність у 26.6%.

За опитувальником емоційного вигорання В.В. Бойко: 1 фаза- напруги сформована у 30%, 2 фаза- резистентності сформувалася у 26,6 % і формується у 33,3%, 3фаза- виснаження сформувалася у 6.6% і формується у 16.6%.

Висновки: За результатами дослідження 93% лікарів виявляють високу реактивну та особистісну тривожність, ознаки помірної депресії. Серед 94% осіб, виснаження психічної діяльності за гіпостенічним типом діагностовано у 2% та у 63% за гіперстенічним, з яких у 15% протікало з порушенням уваги. Зміщені акценти переживань з сім'ї та друзів до інших. Лише, у 10 % досліджуваних відсутня акцентуація особистості, у 80% вони поєднуються по дві і більше. Вище перераховане вказує на формування тривожно-депресивного розладу, який потребує психіатричного втручання.

Г.Г. Гусак

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ЮНАКІВ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к.психол.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Мотивація займає провідне місце в структурі особистості і є одним з основних понять, які використовуються для пояснення поведінки і діяльності людини. В психології мотивація означає сукупність зовнішніх і внутрішніх мотивів, які спонукають суб'єкта до активності. Проблема мотиваційної сфери є однією з основних проблем вікової психології при вивченні особистості юнацького віку. Як відомо, цей вік займає особливе місце в загальному процесі онтогенезу, істотною стороною якого є мотивація, яка згуртувала всі світоглядні установки людини, що розвивається. Феномен мотивації в психології стосовно юнацького віку виділяється як основний, який характеризує якісно новий етап в розвитку особистості.

Мета: дослідити мотивацію досягнення успіху в юнацькому віці.

Матеріали та методи: Емпіричне дослідження проводилось на базі Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова серед студентів 3 курсу загальною кількістю 32 людини, із яких 19 – жіночої статі та 13 – чоловічої. Для виконання дослідження було використано методику «Мотивація успіху і боязнь невдачі» (опитувальник А.А. Реана). Результати даного дослідження визначають такі рівні мотивації як: «мотивація на невдачу» (боязнь невдачі), «мотивація на успіх» (надія на успіх), «мотиваційний полюс яскраво не виражений», «певна тенденція мотивації на успіх».

Результати: У зв'язку з тим, що вибірка складалася з представників чоловічої та жіночої статі, ми вирішили висунути та перевірити гіпотезу про наявність статевих відмінностей мотивації досягнення успіху. Серед представниць жіночої статі було отримано наступні результати: у 63% виявлено рівень «мотивація на досягнення успіху» та у 37% - «мотиваційний полюс яскраво не виражений». Серед представників чоловічої статі: 61% - «мотивація на досягнення успіху» та 38% - «мотиваційний полюс яскраво не виражений». Як видно

з результатів дослідження, статеві відмінності у рівнях мотивації є статистично незначними, тобто відсутні. Результати більше відображають саме вікові особливості мотиваційної сфери, адже динаміка юнацької мотивації в сучасних умовах свідчить про деякі характерні тенденції. У цьому віці юнаки та дівчата оптимістично оцінюють себе, свої можливості, а отже проявляють великий потяг до удосконалення та саморозвитку.

Висновок: В результаті психодіагностичного дослідження «мотивації на досягнення успіху і боязнь невдачі» за опитувальником А.А.Реана можна зробити висновок, що статевих відмінностей у рівнях прояву мотивації досягнення успіху не виявлено. Яскраво виражено саме вікові особливості мотивації. Це пов'язано з тим, що юність є етапом онтогенезу психіки, коли відбуваються глибокі зміни особистості. В цьому періоді на перший план висуваються мотиви, пов'язані з життєвими планами та майбутніми намірами. Основними мотивами є бажання знаходитися в колі студентської молоді, надавати велике суспільне значення своїй професії і широкій сфері її застосування, що і зумовлює прояв у більшості вибірки саме мотивації досягнення успіху.

О.Р. Дацків, К.С. Серга

РОЛЬ ФАРМАКОГЕНЕТИЧНОГО ТЕСТУВАННЯ В ПСИХІАТРІЇ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

О.А. Серебреннікова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У медичній практиці досліджено, що на один і той самий препарат різні пацієнти реагують по-різному і варіабельність такої відповіді могла коливатися суттєво (у 3–15 разів). Це стосується і появи побічних ефектів та ускладнень. Клінічна фармакогенетика є суміжною дисципліною клінічної фармакології і клінічної генетики. Фармакогенетичний тест (ФТ) – це виявлення генотипів, асоційованих із змінами фармакологічної відповіді. Застосування таких тестів дозволяє завчасно прогнозувати фармакологічну відповідь на лікарські препарати (ЛП), персоналізовано підійти до вибору ЛП і його режиму дозування, а іноді визначити й тактику ведення пацієнтів.

Мета: Розкрити, яким чином досягнення фармакогенетики застосовується у психіатрії та опрацювати, як зміни в окремих генах у пацієнтів впливають на ефективність і безпечність ліків.

Матеріали та методи: Було опрацьовано методику виділення ДНК та аналізу ізоферментів цитохрому P450:CYP2D6 і CYP2C19.

Результати: За даними літературиснує 4 групи пацієнтів відповідно до метаболізму речовин, взаємності який алельний ген CYP2D6 в них успадкований: «повільні», «середні», «швидкі», «дуже швидкі» метаболізатори. Ризик виникнення побічних ефектів нейролептиків (екстрапірамідні розлади) і трициклічних антидепресантів (гіпотонія, ажитація, сонливість) вищий у пацієнтів з повільним типом метаболізму, в той час у пацієнтів з високим та дуже високим типом – концентрація в плазмі відповідних препаратів може не досягати терапевтичної, що може призвести до терапевтичної резистентності. Поширеність «повільних» метаболізаторів в Європі в середньому становить 5-10%. Як приклад іміпрамін спочатку піддається N-деметилюванню за участю ізоферменту CYP2C19 до активних метаболітів: дезипраміну і нортриптиліну, які, метаболізуються ізоферментом CYP2D6 до неактивних метаболітів. У «повільних» метаболізаторів майже завжди відмічаються такі побічні ефекти іміпраміну як гіпотензія, седативний ефект, тремор, кардіотоксичність. Це пов'язано із наявністю в крові високих концентрацій іміпраміну, а також його активних метаболітів. Опрацьована нами методика виділення ДНК та аналізу ізоферментів цитохрому P450 може бути застосована в комплексній оцінці індивідуальних характеристик пацієнта (вік, стать, соматотип, супутня патологія, харчування, шкідливі звички та ін.) для персоналізованого підбору антидепресанта.

Висновки: Практичний лікар може використовувати результати ФТ для індивідуального підбору антидепресанта та його дози, зменшення частоти виникнення побічних ефектів, досягнення більш швидкого терапевтичного ефекту (у випадку, якщо не буде втрачений час на довготривалий прийом не досить вдало підбраного препарату) та можливо відходу від традиційної практики поліпрагмазії.

О.Р. Дацків, Я.І. Запопадний, О.О. Мельник

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ВАРІАЦІЙНОЇ ПУЛЬСОМЕТРІЇ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ У ХВОРИХ ІЗ СТРЕСОВОЮ ГІПЕРГЛІКЕМІЄЮ

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії

Г.С. Московко (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Летальність в гострій стадії всіх видів інсульту становить приблизно 35%. Інсульт посідає перше місце серед усіх причин первинної інвалідності. Розлад вегетативної регуляції є одним з механізмів реалізації церебрального пошкодження, яке призводить до збільшення летальності в гострому періоді інсульту.

Мета: Виявлення зміни ступеня активності вегетативної нервової системи (ВНС) у хворих на ішемічний інсульт з стресовою гіперглікемією та у хворих з нормальним рівнем глюкози в крові за допомогою методу

варіаційної пульсометрії.

Матеріали та методи: За допомогою варіаційної пульсометріїми проводили дослідження варіабельності ритму серця (ВРС) як показника, що відображає вегетативну регуляцію серця у 30 пацієнтів з гострим періодом інсульту та у 30 здорових осіб. За допомогою персональних опитувальників проведено оцінку клінічного стану пацієнтів з гіперглікемією та нормальним рівнем цукру при інсульті.

Результати: Обстежено 60 хворих віком від 30 до 75 років. У гострому періоді мозкового інсульту у хворих, які не страждають на цукровий діабет, виявлена висока частота гіперглікемії - 75,3% в перші 48 годин захворювання. У 65,2% випадків гіперглікемія мала помірно виражений характер (6,1 до 8,9 ммоль / л), мінімальне підвищення глюкози в крові (5,5-6,0 ммоль / л), а також максимальне (вище 9 ммоль / л) реєструвалося значно рідше (17,4%). При розвитку гіперглікемії при ішемічному інсульту відзначалася позитивна кореляція між частотними показниками ВРС, що свідчить про порушення роботи серцево-судинної системи у хворих в гострому періоді ішемічного інсульту. При різних підтипах ішемічного інсульту відзначається зниження всіх показників ВРС в гострому періоді з відносно більш вираженою активністю симпатичної нервової систем.

Висновки: ВНС грає важливу роль в збереженні сталості внутрішнього середовища організму при різних змінах навколишнього середовища і його внутрішнього стану. Відомо, що, концентрація глюкози в крові вище порогових значень (5,5 ммоль/л) призводить до збільшення розмірів вогнища пошкодження мозкової тканини в результаті підвищення анаеробного метаболізму глюкози з розвитком ацидозу. Гостре порушення мозкового кровообігу призводить до підвищення рівня глюкози, що призводить до змін вегетативної регуляції серцево-судинної системи, порушення ВРС, що негативно впливає на електричну нестабільність міокарда, провокує аритмії, які можуть погіршувати гемодинаміку і негативно впливати на репаративні процеси в зоні церебральної ішемії.

О.П. Дзядзьо

ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ ПОВЕДІНКИ В КОНФЛІКТНІЙ СИТУАЦІЇ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к.психол.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Конфлікт – це такі відносини між суб'єктами соціальної взаємодії, що характеризується їх протиборством на основі протилежно спрямованих мотивів (потреб, інтересів, цілей, ідеалів, переконань) чи суджень (думок, поглядів, оцінок і т.д.). При вирішенні конфлікту людина може користуватися такими стратегіями поведінки: суперництво, співпраця, компроміс, уникнення і пристосування. Конфлікт у підлітковому віці становить великий інтерес, так як проявляється в контексті розвитку самосвідомості і самооцінки. Проте юнацький вік, не менш цікавий для дослідження, адже саме в цьому віці відбувається перебудова цінностей і орієнтацій. Невміння знаходити вихід із конфліктних ситуацій, переборювати повсякденні труднощі, що постають перед будь-якою людиною в процесі спілкування, призводять до емоційного стресу, який підриває фізичне і психічне здоров'я. Тому вивчення даної проблеми є актуальним.

Мета: дослідити провідні стилі поведінки в конфліктних ситуаціях в юнацькому віці.

Матеріали та методи: емпіричне дослідження стратегії поведінки в конфліктній ситуації здійснювалося за допомогою опитувальника запропонованого Кеннетом Томасом. Дослідження проводилося серед 68 юнаків, 34 з яких – хлопці та 34 – дівчата.

Результати: Серед представників чоловічої статі картина розподілу стратегій поведінки в конфліктній ситуації була наступна: 45% опитаних найчастіше використовують компроміс, 33% - пристосування, у 14% схильність до стратегії поведінки суперництво, 8% - співпраця. Серед представниць жіночої статі: найчастіше використовується компроміс – у 34%, уникання – 26%, пристосування – 20%, суперництво у 14% і найменш проявленою стратегією є співпраця – 6%.

Висновки: Як для представників чоловічої так і для представників жіночої статі найбільш вживаною стратегією поведінки у конфліктній ситуації є компроміс. Обираючи стиль компромісу одна сторона дещо поступається своїми інтересами, щоб задовольнити їх частково, і інша сторона робить те саме. Іншими словами, людина погоджується на часткове задоволення свого бажання і часткове виконання бажання іншої людини. Цікавим є виявлений факт щодо використання такої стратегії як уникання, адже у юнаків нашої вибірки вона не використовується взагалі, а серед дівчат є обраною на другому місяці та використовується аж у 26% опитаних. Стиль уникнення – відсутність прагнення до кооперації та до досягнення власних цілей. Можливо це пов тим, що представники чоловічої статі схильні використовувати більш активні позиції у вирішенні конфлікту для задоволення саме своїх потреб, у той час, як дівчата не готові відстоювати свої права, витрачати сили, тим паче якщо відчувають, що їхні позиції слабші, і тому ухиляються від вирішення конфлікту.

М.В. Добровольська
ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК
Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти
І.І. Жученко (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Зростання епідеміологічного показника епілепсії протягом останніх 10 років вказує на те, що в структурі цього захворювання до кінця не вивчені всі аспекти лікування. Особливу увагу до себе привертають жінки дітородного віку та вагітні з епілепсією. У жінок дітородного віку ймовірність завагітніти, будучи хворою, знижується на 25-30%. Крім цього, у таких жінок високий відсоток народження майбутньої дитини з вродженими вадами, при умові, що вона лікувалася ПЕП за стандартними схемами.

Мета: Визначити як необхідно проводити лікування епілепсії у вагітних, які препарати викликають найменший ризик виникнення вроджених вад. Дослідити фінансовий аспект такого лікування.

Матеріали та методи: При огляді даного питання була використана і порівняна інформація ВООЗ та Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.04.2014 № 276. Крім цього в роботі містяться результати досліджень іноземних інститутів та реєстрів.

Результати: Було визначено, що вагітним жінкам з епілепсією необхідно проводити лікування впродовж вагітності, при цьому потрібно застосовувати лише один ПЕП, який не змінюється впродовж всієї вагітності, доза цього препарату повинна бути мінімальною, лікування повинно бути безперервним. Препаратом номер один для лікування епілепсії у вагітних є карбамазепін, який має найменший тератогенний вплив. Окрім цього, потрібно призначати фолієву кислоту, при вживанні якої знижується ризик народження дитини з вродженими вадами. Лікування даної патології у вагітних жінок є дуже вартісним і становить приблизно 2000 грн на місяць.

Висновки: Для контролю перебігу епілепсії у жінок необхідно здійснювати моніторинг рівня ПЕП в крові до настання вагітності та під час вагітності. Для зменшення ризику народження дітей з вродженими вадами необхідно за 3 місяці до вагітності та в I триместрі вагітності приймати фолієву кислоту. Також має проводитись додаткове спостереження таких жінок неврологом: при компенсованому стані з ремісією нападів - 1 раз на 2 місяці, при персистенції нападів регулярність спостереження неврологом складає 1 раз на 1 місяць. В даний час більшість пацієнтів не в змозі дозволити собі таке дороге лікування, тому постає питання про те що держава повинна розробити алгоритм забезпечення таким жінкам нормального перебігу вагітності.

В.Ю. Дорожинська
ВПЛИВ ПСИХОГЕННОГО ЧИННИКА НА ФОРМУВАННЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра психіатрії, наркології, та психотерапії з курсом післядипломної освіти
О.І. Масік (ас.)
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Тривалі емоційні навантаження, що виникають у різних ситуаціях протягом життя, зумовлюють психосоматичні явища, які являють собою тілесне віддзеркалення душевного життя людини. За даними ВООЗ від 38 до 42 % всіх пацієнтів, які відвідують кабінети лікарів соматичного профілю, складають групу психосоматичних хворих (Старинець Н.Г., 2013, Коломоєць М.Ю., 2008). Різноманітні психосоматичні розлади об'єднує одна спільна ознака – поєднання порушень психічної і соматичної сфери, що підкреслює тісний зв'язок між індивідуальним розвитком особи і біологічними чинниками, що діють на неї (Сеґеда О.О., 2012). При кожному соматичному захворюванні можуть виявлятися страх, тривога, депресія, іпохондрія, які у своїх клінічних проявах відображають особистісні психологічні особливості реактивності. При емоційно насичених подіях, при будь-яких порушеннях, що є основою емоційного реагування, при високій чутливості в афективній сфері, можуть виявлятися специфічні соматичні прояви

Мета: Вивчення зв'язку дії психогенних чинників та виникнення симптомів соматичної патології у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали та методи: Нами було проведено анкетування 38 хворих кардіологічного відділення ВОКЛ імені М.І. Пирогова з метою виявлення особливостей емоційних реакцій.

Результати: З обстежених хворих на АГ відповідно 68,4% чоловіків та 31,6% жінок, переважають особи старше 50 років - 79%. За результатами опитування майже всі респонденти розглядають більшість різноманітних життєвих ситуацій як стресові. На наявність хронічної патології з боку ШКТ вказували відповідні скарги 19,2% чоловіків та 58,3% жінок. Встановлено, що скарги з боку органів травлення перед'являють не лише пацієнти з раніше діагностованими захворюваннями, а також особи без клінічно підтвердженої патології ШКТ. При цьому частка пацієнтів з відповідними скаргами в цілому більша ніж у хворих з верифікованим гастроентерологічним діагнозом у 1,4 рази. Для хворих з проявами підвищення АТ, було характерним підвищення рівня ситуативної (реактивної) тривожності, при низьких показниках особистісної, що корелює з бажанням тримати ситуацію під контролем і вчасно відреагувати підвищенням внутрішнього тиску на тиск зовнішніх обставин.

Висновки: Таким чином за нашим дослідженням виявлено зв'язок між впливом стресору та порушеннями з

боку травної та серцево-судинної систем. Така дисоціація між рівнями особистісної та ситуативної тривожності у цих хворих може бути обумовлена особливостями захисних психологічних механізмів, що є характерним для психосоматичного аспекта. Проведене дослідження дозволяє підкреслити доцільність при виявленні патології травної та серцево-судинної систем, визначення стресору та доповнення лікування психотерапевтичними та психокорекційними заходами.

А.А. Захарян

СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ ПРОЯВУ АГРЕСІЇ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к.психол.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Агресія є однією з найактуальніших соціальних проблем сучасності що набуває все більшого поширення у суспільстві, і як наслідок призводить до виникнення конфліктів, та проявів насилля. У зв'язку з гормональними змінами в організмі підлітковий вік є найбільш сприятливим для проявів агресивної поведінки. Останім часом дівчата-підлітки не поступаються рівнем агресивності та жорстокості у ставленні до однолітків. Саме тому було вирішено дослідити прояви агресивності у підлітковому віці залежно від статті.

Мета: дослідити статеві відмінності прояву агресії у підлітковому віці.

Матеріали та методики: В процесі психодіагностичного дослідження було опитано 40 учнів 9-их класів Соколівської загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів, з них 22 дівчини та 18 хлопців. Для нашого дослідження була використана методика Басса-Дарки, яка дає можливість дослідити агресію за наступними шкалами «фізична агресія», «непряма агресія», «роздратування», «негативізм», «образ», «підозрілість», «вербальна агресія», «почуття провини». Поєднання шкал утворюють загальний «індекс ворожості» та «індекс агресивності».

Результати: Результати дослідження агресивності у підлітків є наступними: найбільш проявленою є шкала «фізична агресія» у хлопчиків 63%, у дівчат 59%, «непряма агресія» у хлопців 41%, у дівчат 48%. За шкалою «роздратування» у дівчат 50%, у хлопців 49%, «негативізм» майже на однаковому рівні-у хлопців 58%, у дівчат 57%. Шкала «підозрілості» у хлопців відповідає 62%, у дівчат 68%, «вербальна агресія» у хлопців і дівчат складає 59%. Результати за шкалою «почуття провини» набагато переважають у дівчат і складають 80%, тоді як у хлопців 52%. Отримані результати свідчать, що у трійці шкал дослідження агресії дівчат домінують «почуття провини», «підозрілість» та вербальна агресія. У хлопців найбільш проявленими шкалами є «фізична агресія», «підозрілість» та «вербальна агресія».

Висновки: Агресія у підлітків може виражатись по-різному: під час нашого дослідження ми виявили що найбільш проявленою у підлітковому віці є вербальна агресія, коли підліток висловлює свої почуття за допомогою слів, криків, образ. І у хлопців і у дівчат підлітків на високому рівні також проявлене почуття підозрілості. Підлітки, у своїй більшості, негативно налаштовані по відношенню до оточуючих, не довіряють їм, вважаючи, що все і всі проти них. Яскраво вираженою є відмінність у провідних шкалах агресії хлопців та дівчат. У дівчат це «почуття провини» а у хлопців «фізична агресія». Почуття провини, що є високим у дівчат, може бути спричинено негативним досвідом в дитинстві, відсутністю похвали від батьків, постійними засудженнями, критикою, і як наслідок розвивається почуття самозвинувачення, самокритики і відчуття постійної провини у всіх негараздах. Домінування фізичної агресії у хлопців спричинено тим, що зазвичай хлопці проявляють агресію грубо, відкрито, менш керовано та неконтрольовано. Також вони фізично сильніші за дівчат. Проведене дослідження підтверджує високий рівень агресивності підлітків та наявність статевих відмінностей у проявах агресії.

А.Р.Зюлковський, Є.В. Басенко, О.Ф. Ничипорчук

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ІНСУЛЬТУ СЕРЕД ЧОЛОВІКІВ В М. КИЄВІ У СІЧН 2016 РОКУ. СУЧАСНИЙ ПРОГНОЗ ЗАХВОРЮВАННЯ.

Кафедра неврології

Н.С.Радзіховська (ас.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Україна посідає одне з перших місць у Європі за показниками захворюваності та смертності внаслідок інсульту. В Україні за рік реєструють близько 110 тис. мозкових інсультів, з яких біля 40 тис. закінчуються летально, тобто близько 36% (Наказ МОЗ України №602 від 03.08.2012).

Мета: На основі аналізу випадків смерті від ішемічних та геморагічних (ІІ та ІІІ) мозкових інсультів порівняти статистику останніх років та статистичні дані І Неврологічного відділення КМКЛ №4 Солом'янського району м. Києва за січень 2016 р. та зробити висновок про відсутність або наявність змін летальності у м Києві та їх характер.

Матеріали та методи: Обстежено 49 історій хвороб чоловіків (16 померлих і 33 виписаних) з діагнозом інсульт (ІІ та ІІІ), стаціонару КМКЛ №4 І Неврологічного відділення віком від 33 до 88 років за такими показниками:

вік хворих, час від моменту загострення стану до госпіталізації, стан свідомості при госпіталізації та на момент виписки. Для визначення стану свідомості використовувалися шкала ком Глазго та неврологічний стан хворого.

Результати: Середній вік усіх хворих чоловіків становив $67 \pm 13,5$ років. При чому середній вік виписаних хворих становив $63,5 \pm 12,9$ років, а померлих - $74 \pm 12,3$ роки ($p < 0,05$). За даними кореляційного аналізу встановлено, що зв'язок між віком та летальністю хворих на інсульт є середнім ($R=0,37$). У хворих ≥ 78 років летальність становила 64,3%

Середній час від моменту загострення стану до госпіталізації серед усіх хворих $15,0 \pm 21,2$ год. : При цей час серед виписаних хворих становив $18,5 \pm 24,2$ годин, а померлих $6,3 \pm 3,4$ години. Серед усіх хворих 50% поступили у перші 6 год. , 17% - з 6 до 12 год, 12% - з 13 до 24 год., ще 20% - більше доби, 3 хворих поступили планово.

Інсульт у вертебро-базиллярному басейні – у 18% хворих, правої СМА артерії -35%, лівої СМА – 42%, обох гемісфер – 2%.

Стан до госпіталізації за Шкалою ком Глазго (ШКГ): менше 8 балів – у 6% хворих, 9-10 балів – у 14% хворих, 11-13 б. – у 43% хворих, 14-15 б. – у 37% хворих. За даними кореляційного аналізу встановлено, що зв'язок між станом хворих і летальністю – середній ($R=0,59$). Летальність хворих з кількістю балів ≤ 10 сягнула 80%, а хворих ≥ 11 балів – 20,5% ($p < 0,05$).

Загальна летальність хворих на інсульт становила – 32,65%. Усього хворих з ГІ в січні було 4, летальність – 100%. Летальність при ІІ (усього 45 хворих) – 26,7%. Наявність КТ-досліджень виявлено у більшості (69%) померлих хворих.

Попередній діагноз «ГПМК» встановлено бригадою ШМД у 98% хворих.

Висновки: Виявлено середню статистичну залежність від віку хворих на інсульт і летальністю.

Найбільший вплив має неврологічний стан хворого. Тому черговому лікарю-невропатологу необхідно бути більш уважним до хворих зі станом ≤ 10 б. за ШКГ і до хворих похилого віку.

Загалом летальність стаціонару І Неврологічного відділення КМКЛ №4 Солом'янського району м. Києва у 2016 році не перевищує середні показники по Україні, що є результатом високої кваліфікації лікарів, доступності інструментальних методів дослідження та вчасної госпіталізації хворих.

Д.В. Кириєнко, В.В. Попова, М.В. Дем'янчук, О.Б. Вишинська, Т.В. Динис

АНАЛІЗ СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ З ПЕРВИННИМ ГОЛОВНИМ БОЛЕМ

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії

Г.С. Московко (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Головний біль належить до найбільш актуальних проблем сучасної медицини, зважаючи на високу розповсюдженість серед осіб молодого, працездатного віку. За даними епідеміологічних досліджень, кожна людина, хоча б раз у житті відчувала головний біль, а спеціальні дослідження показали що його поширеність серед населення різних країн складає 50 – 90%. Вивчення причин і механізмів виникнення ГБ продовжується із стародавніх часів і дотепер, однак ще й на сьогодні немає повного розуміння цієї патології.

Мета: Вивчення поширеності ГБ серед студентів ВНМУ імені М.І.Пирогова та стану вегетативної нервової системи при різних типах первинного головного болю.

Матеріали та методи: Проведено анкетування 785 студентів всіх шести курсів за допомогою опитувальника НІТ-6 (Headache Impact Test). Серед респондентів 4 курсу методом випадкової вибірки було обрано 55 людей, з яких сформували 3 групи по рівню інтенсивності ГБ (контрольна група – 19, ГБ середньої інтенсивності – 20, сильний ГБ – 16). На основі анкетування 36 студентів з ГБ було розділено на 2 групи, залежно від типу – мігрень і ГБ напруги. Для оцінки стану вегетативної нервової системи використовувався комп'ютерний комплекс оцінки варіаційної пульсометрії (ВП).

Результати: Не виявлено статистично значимої різниці в інтенсивності головного болю у студентів різного курсу навчання. На основі даних ВП, порівнюючи ГБ напруги (2) і мігренозний ГБ (3) із статистичною достовірністю отримали відмінність в таких показниках: % LF ($m(2)=39,5$, $m(3)=23$, $\alpha=0,05$), XLF ($m(2)=53,7$, $m(3)=44$, $\alpha=0,05$); контрольну групу (1) і мігренозний ГБ: SI ($m(1)=58$, $m(3)=107$, $\alpha=0,05$), VLF ($m(1)=1692$ мс², $m(3)=1002$ мс², $\alpha=0,05$), LF ($m(1)=1394$ мс², $m(3)=535$ мс², $\alpha=0,05$), VAP ($m(1)=281$, $m(3)=242$, $\alpha=0,05$), Мо ($m(1)=850$, $m(3)=800$, $\alpha=0,05$), АМо ($m(1)=26$, $m(3)=35$, $\alpha=0,05$).

Висновки: Відсутність статистично значимої різниці між інтенсивністю головного болю у студентів різних курсів може вказувати на відсутність залежності виникнення головного болю при різному ступеню учбового навантаження. Основні показники ВП вказують на зниження активності симпатичної нервової системи у студентів із ГБ по типу мігрені і відповідно підвищену активність парасимпатичного відділу.

І.П. Кириченко
АНАЛІЗ ПАТЕРНУ ХОДИ СПИНОЮ ВПЕРЕД У ЗДОРОВИХ ОСІБ

Кафедра нервових хвороб

І.І. Лета (ас)

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

Актуальність: розлади ходи є загальним проявом неврологічної патології. Близько 40-50% хворих з порушенням ходи потребують сторонньої допомоги. Досі не розроблений єдиний метод раннього виявлення м'яких розладів ходи.

Мета: дослідити особливості ходи спиною вперед у здорових людей для виявлення характерних паттернів.

Матеріали та методи: обстежено 30 осіб. Чоловіків 16, жінок 14. Середній вік 21 рік. Проведені антропометричні методи дослідження – вага та зріст. Оцінка когнітивної функції за методикою symboldigitmodalitytest (SDMT). Та оцінка параметрів ходи (нормальної та спиною вперед) на системі GAITRite.

Результати: середній результат SDMT склав 56. Середня швидкість ходи обличчям вперед 121,92 см/с ($\pm 14,9$), середня швидкість ходи спиною вперед 81,77 см/с ($\pm 13,55$). Довжина кроку правою ногою спиною вперед у чоловіків склала 43,35 см, у жінок 41,41 см. Середня різниця 2,39 ($a = 0,05$). Час кроку правою ногою спиною вперед у чоловіків склав 0,517 с, у жінок 0,4605 с, різниця 0,035 ($a = 0,05$). Різниця часу опору у відсотковому співвідношенні на ліву ногу між чоловіками та жінками склала 2,7 ($a = 0,05$), на праву ногу 3,0125 ($a=0,05$), у часі 0,034 на ліву ногу ($a=0,05$), на праву статистичної різниці не виявлено.

Висновок: у здорових добровольців не виявлено кореляційного зв'язку між результатами SDMT та параметрами ходи обличчям та спиною вперед, це, можливо пов'язано із нормальними результатами SDMT. Виявлена статистично достовірна відмінність між чоловіками та жінками при ході спиною вперед в довжині та часі кроку, довжині та часі циклу кроку та в часі опору однією ногою. Слід в подальшому дослідити предиктори такої особливості.

О.М. Кобзар, Л.В. Юхименко

ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ ПРОЯВІВ У ПРАВШІВ, ЛІВШІВ І АМБІДЕКСТРІВ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

І.Л. Лук'янович (ас.)

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

Актуальність: Вивчення емоційних станів особистості в різних процесах життєдіяльності – важлива проблема сьогодення. Це пов'язано з високою динамікою життя людини, інтенсифікацією комунікативних зв'язків. Відомо, що емоційність як стійка властивість індивідуальності виконує системоутворюючу функцію у структурі особистості та окремих її якостей (О.П. Саннікова). Емоції беруть участь у формуванні поведінки людини, її відношення до навколишнього світу і самої себе; є детермінантами успішної діяльності та спілкування. Вченими доведено, що в осіб з правопівкульним домінуванням більш виражена емоційна сфера, тоді як у людей з ведучою лівою півкулею аналітичний склад мислення переважає над емоційністю.

Мета: Дослідження особливостей емоційних проявів у шульг, амбідекстрів і правшів. **Матеріали та методи:** Особливості уваги (концентрація, виснажливості, стійкості) досліджувались за допомогою модифікованого опитувальника Шульте. Для визначення тривожності проводилася методика Спілбергера, адаптована Ханініним та шкала депресії Бека. Дослідження включало 75 студентів ВНМУ імені М.І. Пирогова. Для оцінки співвідношення функцій півкуль мозку застосовували тест «Ліва, права сторона». Тест «САН» - оперативного самопочуття, активності і настрою досліджуваних. Стан психічної виснаженості досліджували Шкалою Астенічного Стану (ШАС). В досліджувану групу включалися студенти: 44% - правші, 45% - лівші, 11% - амбідекстри.

Результати: За результатами проведення тесту Шульте 9% обстежених правшів виявляли астенізацію з перевищенням рекомендованого часу виконання завдань. 57% осіб правопівкульового – візували, з них 42% проявляє підвищену тривожність за тестом Спілбергера. У 24% обстежуваних правшів також виявлено слабкий рівень астенізації. За методом САН у 24% - показники перевищували рекомендовані, у 9% - показники нижчі. У 18% правшів за тестом Бека діагностується виражена депресія, а у 39% - її помірний рівень. За результатами виконання методики Шульте у 6% досліджуваних лівшів час виконання перевищено. Серед лівшів 56% кінестетиків, 41% виявляє підвищену тривожність. У 23% обстежуваних лівшів виявлено слабкий рівень астенізації. За методом САН діагностується підвищений настрій, активність і самопочуття у 23% і знижені у 9%. За тестом Бека у 18% - високий рівень депресії і у 47% - помірний рівень. Серед амбідекстрів за даними результатів таблиць Шульте відхилень не спостерігалось, за тестом Спілбергера у 17% підвищена тривожність. За методикою ШАС 13% амбідекстрів показали помірну астенію, і 38% - слабку астенію. За тестом САН у 38% амбідекстрів визначались показники нижче норми; серед них 50% візуалів, 25% - аудіалів і 25% - кінестетиків. За шкалою Беку було визначено, що у 38% амбідекстрів високий рівень депресії і у 62% - помірний рівень.

Висновки: При дослідженні було виявлено: емоційні прояви првшів, лівшів, амбідекстрів різняться.

Амбідекстри демонструють схильність до астеничних та депресивних станів. Лівші виявляли астенію і депресію. У правшів переважали порушення концентрації уваги та її стійкості. Лівші та амбідекстри більш чутливі та емоційні, уважніші до свого внутрішнього стану. Сенсорні системи правшів мають зовнішню орієнтацію, що проявляється неухважністю до свого власного самопочуття.

О.О. Комаринська

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ЕКЗОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО

С.В. Римша (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність В сучасному світі зростає кількість та роль несприятливих екзогенних та екологічних впливів, що призводить до зростання кількості симптоматичних та екзогенно-органічних психічних розладів (Півень Б.Н.,2012; Осадший Ю.Ю.,2015). В зв'язку з цим продовжує зростати актуальність даних психічних порушень, які становлять важливу медичну та соціальну проблему.

Мета Визначити актуальні напрямки сучасних досліджень екзогенних психічних розладів.

Матеріали та методи Проведено огляд 72 вітчизняних та 25 іноземних джерел літератури.

Результати Ряд сучасних досліджень екзогенних психічних розладів спрямований на уточнення трактування терміну «екзогенно-органічний» та визначення точності їх діагностичних критеріїв в сучасній класифікації МКХ-10 (Шереметьєва И.И.,2012; Макаров И.В.,2013; M.S. Keshavan, Y. Kanteko,2013; Іваницький А.М.,2004). Питанню клінічних проявів та динаміки екзогенно-органічних та симптоматичних психічних розладів приділяється на даний час, мало уваги дослідників. Серед існуючих робіт, наявна обмежена кількість публікацій про деліріозні стани в палатах інтенсивної терапії з точки зору медицини невідкладних станів та реанімації (Потиевская В.И.,2015; Еременко А.А.,2014; Y. Kawatani, Y. Nakamura,2015). Більше досліджень присвячено вивченню психоорганічного синдрому та різних аспектів резидуально-органічних станів у дорослих та дітей (Полецкий В.М.,2012; Чижова Т.Н.,2012; Підлубний В.Л.,2015) Переважно розглядаються його особливості при черепно-мозковій травмі та наслідках судинних захворювань головного мозку, часто з неврологічної точки зору (H.F.Lingsma, 2011; I. Turkalj, S. Stojanovic,2012; Сергеев В.А.,2012; Волошина Д.Н.,2014). Стосовно діагностики, вивчаються питання чутливості та специфічності діагностичних даних, отриманих при СКТ, МРТ, ЕЕГ (Сергеев В.А.,2012) Також перспективним для оцінки тяжкості клінічного стану та визначення прогнозу перебігу екзогенно-органічних розладів є дослідження нейроспецифічних білків пошкодження нервової тканини. (Мироненко Т.В.,2012; H.F. Lingsma, B. Roosenbeek,2010). Щодо лікування, переважно розглядається застосування ноотропних препаратів при мозкових інсультах та у віддаленому періоді атеросклеротичних, травматичних резидуально-органічних проявів, корекція когнітивної дисфункції, неврологічного дефіциту у дітей та дорослих. (Кушнір Г.М, 2010; Грицай Н.Н.,2008; Евтушенко О.С.,2009). Не дивлячись на те, що органічні та симптоматичні психічні розлади становлять значну частину психічної патології та стають все більш актуальними, їм не надається достатньо уваги. Згідно огляду літератури, даній проблемі присвячене обмежене коло наукових робіт, які розглядають лише певні аспекти цієї групи психічних розладів.

Висновки Таким чином, екзогенно-органічні та симптоматичні психічні розлади потребують подальшого вивчення, систематизації та уточнення попередніх даних. Усунення зазначених недоліків зможе значно підвищити ефективність діагностики та лікування таких пацієнтів.

В.А. Король

КЛІНІКО-ДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАННІХ ФОРМ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

А.А. Бойко (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема вивчення і формування невротичних розладів визначається збереженою тенденцією до хронічного перебігу.

Мета: Представити комплексну характеристику пацієнтів з ранніми формами невротичних розладів за допомогою клініко-динамічних методів.

Матеріали: Об'єктом даного дослідження є 57 пацієнтів відділення неврозів ВОПЛ № 2, віком від 20 до 60 років. Основним критерієм відбору в групу хворих була наявність невротичної симптоматики як основної в клінічній картині з тривалістю не більше місяця.

Методи: Клініко-психопатологічний, клініко-динамічний, клінічна шкала тривоги Гамільтона, статистичний метод (критерій достовірності Стьюдента).

Результати: Визначена структура невротичних і преневротичних розладів в дослідженій категорії пацієнтів. Преневротичні стани зустрічались частіше в чоловіків, а в жінок виявлене достовірне переважання ($p < 0,01$) патології невротичного спектру відносно донозологічних форм. В структурі преневротичних станів частіше за

все (в 45,6 % випадків) фіксувався астеничний варіант. Пацієнти з сомато-вегетативним варіантом порушень складають 29,8%, з дистимічним – 24,6%. У хворих з донозологічними станами спостерігались симптоми невротичного спектру, що не досягнули ступеню вираження, достатнього для постановки діагнозу. Часто відмічались реакції по типу моносимптому. Пацієнти виявляли скарги на постійне відчуття втоми, втомлюваність, перепади настрою, нездатність зосереджувати увагу. Серед невротичних розладів частіше діагностовані розлади адаптації – у 38,6 % -22 хворих і неврастенія – у 31,6 % - 18 хворих. Рідше зустрічались тривожно-фобічні (15,78 %), дисоціативні (10.52 %) і obsесивно-компульсивні розлади (3,5 %).

Висновки: 1)в динаміці від донозологічних порушень до розгортання клінічної картини неврозу наростає рівень напруженості і розширюється спектр психологічного захисту – від підвищення «інтелектуалізації», «заміщення», «компенсації» до всього діапазону – приєднання до них «заперечення», «витіснення», «реактивного утворення», «регресії». 2.)рівень тривоги найвищий у пацієнтів з тривожно-фобічними і obsесивно-компульсивними розладами. 3) аналіз рівня тривоги за шкалою Гамільтона показав достовірні ($p < 0,0001$) відмінності в пацієнтів з пре- і невротичними розладами по всім категоріям психологічної і нейровегетативної тривоги.

В.М. Ляшик

ЕЙДЖИЗМ ЯК СОЦІАЛЬНО ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

А.О. Камінська (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ейджизм – це соціально-психологічний феномен, що означає дискримінацію за віковою ознакою; процес систематичної стереотипізації і дискримінації людей через їх вік. Групами ризику щодо негативного впливу ейджизму є люди похилого віку, зокрема серед працівників медичної сфери 82,6% досліджуваних зустрічались з недбалим ставленням до літніх людей (С.Г. Горелик, 2014), а на запитання авторського опитувальника Березіної О.О. серед людей 55-92 років: «Чи відчували Ви негативне ставлення з боку оточуючих через ваш вік?», 94,4% опитуваних відповіли ствердно (О.О. Березіна, 2008). Поряд з людьми похилого віку, різноманітні варіанти дискримінації за віком відчувають і молоді особи. Хоча експериментальні дані, отримані європейськими соціальними психологами, показують, що молодь легше переносить факти вікової дискримінації, аніж люди похилого віку, що зумовлено психологічною адаптивністю даної групи, можливістю подальшого переходу до більш «високостатусної» групи дорослих, цей вид ейджизму теж заслуговує на увагу та пильне вивчення.

Мета: На підставі вивчення індивідуально-психологічних та соціально-психологічних механізмів впливу феномену ейджизму на систему соціальних відносин студентів ВНМУ імені М.І. Пирогова, розробити систему рекомендацій з метою подолання негативних наслідків даного соціально-психологічного феномену.

Матеріали та методи: Для досягнення мети дослідження, на базі Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова на основі інформованої згоди за допомогою спеціально розробленої анкети та комплексу психодіагностичних методик було обстежено 80 студентів I-IV курсів медичних факультетів. Були застосовані наступні методи дослідження: соціально-демографічний, соціально-психологічний, психодіагностичний, статистичний.

Результати: За темою роботи проведено огляд літератури, що дозволило визначити позицію проблеми вікової дискримінації у світовій науковій спільноті та дослідити види, причини виникнення і проблеми сучасного ейджизму. Вивчено дані проведених наукових досліджень щодо ейджизму відносно старших вікових груп та паралельно з цим досліджено специфіку системи соціальних відносин серед студентів ВНМУ імені М.І.Пирогова з різних курсів в контексті проблеми ейджизму. Розроблено систему рекомендацій щодо попередження формування ейджизму серед майбутніх лікарів.

Висновки: Дослідження проблеми ейджизму дає змогу розглядати вікові групи в якості суб'єктів соціального життя, які займають певне місце в системі суспільних відносин, володіють певним набором соціальних ролей та статусів, які лежать в основі вікової дискримінації. Ейджизм – вагома проблема сучасності, що має безліч проявів та форм, і зачіпає більшість сфер людських взаємодій. Дане поняття має свої сталі причини, моделі розвитку і подолання. Хоча ейджизм і має певне біологічно-соціальне підґрунтя, все ж є неприпустимим як вид дискримінації. Дане питання потребує подальшого всебічного розгляду і вивчення.

Т.М. Майданевич

КЛІНІЧНІ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХОРЕЇ ГЕНТІНГТОНА

Кафедра нервових хвороб

Л.М. Желіба (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хвороба Гентінгтона являє собою генетичне захворювання нервової системи, що характеризується поступовим початком у віці 30-50 років, поєднанням хореїчного гіперкінезу та психічних

розладів і призводить до вираженої інвалідації хворих. На сьогодні цифри поширеності даної патології складають 3-7 випадків на 100 тисяч населення.

Мета: Дослідити характер змін в головному мозку та їх взаємозв'язок з клінічною картиною у хворих на хорею Гентінгтона, виділити основні вогнища ураження та дослідити характер ураження.

Матеріали та методи: В ході нашого дослідження було проведено ретроспективний аналіз 4 історій хвороб пацієнтів неврологічного відділення ВОПНЛ та протоколів патологоанатомічного розтину патоанатомічного відділення ВОПНЛ. В ході патоморфологічного дослідження (хворий з діагнозом хореї Гентінгтона, вік 55 років) використовувались: морфометричний метод, макроскопічна та мікроскопічна оцінка препаратів мозку (гематоксилін-еозин, забарвлення за Ніслем, Більшовським).

Результати: В ході нашої наукової роботи всі хворі демонстрували наявність вираженого хореїчного гіперкінезу, атаксію, ознаки зниження інтелектуальних можливостей, але без виражених дементних розладів. При патоморфологічному дослідженні основні зміни головного мозку хворого на хорею Гентінгтона локалізувалися в хвостатому ядрі, третьому шарі кори головного мозку та клітинах Пуркіньє мозочка. Хвостате ядро досліджуваного демонструвало атрофію клітин та компенсаторний астроцитоз. Також спостерігалася атрофія клітин Пуркіньє мозочку, повна їх деструкція, повна атрофія відростків. Ці патоморфологічні дані свідчать про порушення передачі синапсу між корою та мозочком ісприяють виникненню атактичних розладів у клінічній картині захворювання. З боку клітин пірамідного шару кори головного мозку ми теж виявили атрофічні та деструктивні зміни, хаотичне розташування пірамідних нейронів в просторі та відносно один одного, що можна пов'язати з психічними порушеннями та дементними розладами у хворого.

Висновки: Проаналізувавши зміни в головному мозку хворого, ми дійшли висновків, що атрофія клітин хвостатого ядра призводить до порушення його функції, що у клінічній картині проявляється гіперкінетичним синдромом. Через враження клітин Пуркіньє мозочку, передача синапсів від кори головного мозку порушується, що в свою чергу призводить до порушення координації рухів. У корі головного мозку ми спостерігаємо деструкцію, атрофію та втрату орієнтації пірамідних клітин, що призводить до порушення утворення імпульсів які координують моторику людини. Патоморфологічне дослідження, на нашу думку, дозволяє поглибити знання про патогенез розвитку даного захворювання та детальніше звернути увагу на характер змін головного мозку хворих на дану патологію.

К.Р.Марценюк

СТАТЕВІ ВІДМІНОСТІ РОЗВИТКУ ЕМПАТІЇ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Кафедра медичної психології і психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к.психол.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Емпатія - це глибоке і безпомилкове сприйняття внутрішнього світу іншої людини, його прихованих емоцій і смислових відтінків. Поняття емпатії було введено в психологію в 1903 році Тітчером для позначення процесу вчуваності (1909). Емпатія як комунікативна властивість особистості сприяє вирішенню глибоких людських питань і відкриває нові можливості для більш ефективного впливу на особистість спілкуванні. Існують теорії щодо статевих відмінностей у розвитку емпатії в юнацькому віці. Саме цю гіпотезу ми і вирішили емпірично перевірити у нашому дослідженні.

Мета: вивчення психологічних особливостей прояву емпатії сучасного студента в залежності від гендеру.

Матеріали та методи: Емпіричне дослідження емпатії відбувалось за допомогою методики «Діагностика рівня емпатії» І.М.Юсупова. Опитувальник містить 6 діагностичних шкал емпатії, що виражають ставлення до батьків, тварин, людей похилого віку, дітей, героїв художніх творів, знайомих і незнайомих людей. Також результати відображають загальний рівень емпатії особистості за наступними рівнями «дуже високий», «високий», «середній», «низький», «дуже низький». В дослідженні прийняли участь 60 респондентів з яких 30 юнаків та 30 дівчат, що є студентами Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова. Середній вік досліджуваних становить 21 рік що становить юнацький вік.

Результати: Загальний рівень емпатії у дівчат розподілився наступним чином: у 85% виявлено середній рівень, у 12% - високий рівень і лише 3% мають дуже високий рівень емпатії. За діагностичними шкалами було отримано наступні результати. Найбільш виражена емпатія до батьків у 50%, до героїв художньої літератури у 15%, до не знайомих або малознайомих людей у 13%, до дітей – 10%, до тварин – 8%, до людей похилого віку у 4%. Загальний рівень емпатії у юнаків розподілився наступним чином: у 85% виявлено середній рівень, у 6% - високий рівень та у 9% низький рівень емпатії. За діагностичними шкалами результати були наступними: емпатія до батьків у 45%, до людей похилого віку у 17%, до не знайомих або малознайомих людей у 13%, до тварин - 10%, до дітей – 10%, до героїв художньої літератури – 5%.

Висновок: За результатами психодіагностичного дослідження емпатії яскраво виражено, що рівень емпатії у представниць жіночої статі є вищим ніж у юнаків, адже високий рівень емпатійності притаманний тільки їм. Спільним для них є високий відсоток емпатійності до батьків, що можна пояснити становленням рівноправності і порозуміння між батьками і дітьми що сприяє кращому розумінню та сприйняттю батьків у юнацькому віці. У жінок більше проявляється емпатія до героїв художньої літератури, що, на нашу думку, пояснюється більш романтичними рисами характеру. А у юнаків більш виражена емпатійність до людей

похилого віку, що може бути спричинено маскулінними рисами та проявлятися як готовність до захисту слабших.

М.М. Марчук
ІПОТЕРАПІЯ В ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Кафедра нервових хвороб
Л.М. Желіба (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Збільшення кількості хворих з церебральним паралічем є однією з найважливіших сучасних проблем у медицині та реабілітації. Частота захворювання на церебральний параліч коливається від 1,6 до 4,2 випадків на 1 тисячу немовлят. Вочевидь, що залученню людей з такою патологією до праці та соціального спілкування має передувати низка заходів, найважливішим серед яких є фізична реабілітація. Одним з компонентів комплексної програми фізичної реабілітації хворих з дитячим церебральним паралічем є іпотерапія, або лікування верховою їздою. Застосування цього методу реабілітації дозволяє значно покращити не тільки фізичний, але й психологічний статус пацієнтів.

Мета: Визначити доцільність використання іпотерапії в загальному комплексі методів реабілітації дітей з діагнозом ДЦП.

Матеріали та методи: Наше дослідження включало організацію спостереження за процесом реабілітації 17 дітей, віком від 5 до 15 років методом іпотерапії на базі відпочинку Н. Чорної та В. Веденка в м. Вінниці. Під час роботи фіксувалися поведінкові реакції дитини під час заняття та можливі зміни її неврологічного статусу. Нами було проведено анкетування батьків, що дозволило отримати первинну інформацію про дитину, а також дані про соціальну ситуацію її розвитку та реабілітацію. Для обробки отриманого матеріалу використовувались методи статистичної обробки.

Результати: В нашому дослідженні брали участь 17 дітей (9 - хлопчиків та 8- дівчаток) у віці від 5 до 15 років. Всі діти отримують іпотерапію разом із комплексом класичних реабілітаційних заходів (ЛФК, масаж, бальнеотерапія, рефлексотерапія, заняття з логопедом і психологом). Тривалість занять коливалася від 1 року (13 дітей, 76%) до 3 років (4 дітей, 24%). За період занять у всіх дітей спостерігалась позитивна динаміка змін неврологічного статусу: 7 дітей (41%) почали самостійно сидіти, 3 дитини (18 %) стали краще повзати та одна дитина почала самостійно ходити. Окремо можна виділити психологічний аспект занять іпотерапією. Під час анкетування батьки зазначають, що їх діти стали більш відкритими до спілкування та соціально активними серед постійного оточення.

Висновки: В динаміці занять іпотерапія в комплексі з іншими методами реабілітації дає позитивні результати. Вона дозволяє поліпшити фізичний стан осіб з обмеженими руховими можливостями, а також сприяє рішенню конкретних психолого- педагогічних завдань і питань психосоціальної реабілітації й інтеграції інвалідів внаслідок ДЦП. Така реабілітація дозволяє дитині не тільки подолати свої страхи, підтримувати тонус в уражених м'язах, а і створювати нові моторні умовні рефлекси задля нормальної життєдіяльності та здорового соціального життя зі здоровими дітьми. Реабілітація в умовах іпотерапії, змушує дитину осмислити свої рухи не тільки на коні, але і в буденному житті, тим самим радикально змінювати та підвищувати соціальний статус на даному етапі свого розвитку.

О.І. Масік, Л.В. Пипа, Ю.М. Лисиця

РОЛЬ АЛЕКСИТИМІЇ В РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

Кафедра психіатрії, наркології, та психотерапії з курсом післядипломної освіти
С.В. Римша (д.мед.н., проф.)

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

Актуальність: Роль психіки найбільше виявляється у формуванні таких захворювань, які розвиваються на основі вегетативних розладів за типом функціональних порушень для цілого ряду хвороб, де немає чітко визначеної обумовленої причини. Ці розлади характеризуються численними фізичними симптомами і скаргами (з боку шлунково-кишкового тракту, респіраторної, серцево-судинної систем, псевдоневрологічними розладами тощо), які навіть не можуть розкрити характер і виразність симптомів, їх вплив на життєдіяльність хворого. В останій час у загальній популяції відмічається значний ріст кількості психосоматичних розладів у дітей та підлітків через алекситимію, або труднощі вираження своїх емоцій та почуття при спілкуванні. При цьому психічні проблеми проявляються на фізичному рівні у вигляді функціональних розладів з боку внутрішніх органів.

Мета: визначення ролі алекситимії в розвитку психосоматичних розладів у підлітків

Матеріали та методи: проведена оцінка соматичного стану підлітків загальноосвітньої школи та школи-інтернат, які знаходилися на стаціонарному лікуванні, проаналізовані результати дослідження психодіагностичних та патопсихологічних методик.

Результати: Виявлено порушення механізмів особистісної адаптації у підлітків сиріт та напівсиріт. Такі діти можуть досить часто порушують поведінку та вимагають уваги з боку педагогічних працівників та шкільних психологів. Нами було визначено особливості дезадаптивних реакцій у формуванні психосоматичних розладів

у підлітків та підбрано оптимальні патопсихологічні методики, яким необхідно надати перевагу, які направлені на виявлення тривоги, депресії, вегетативних розладів, оцінки самопочуття, активності, настрою для діагностики дезадаптації при психосоматичних розладах. У 28,57 % обстежених підлітків-сиріт і у 16,28 % підлітків з повної сім'ї виявлено ознаки порушення з боку центральної нервової системи: загальна слабкість, зниження працездатності, головний біль, астения, агріпнічні розлади, зниження настрою, емоційна лабільність, плаксивість, сенситивність, дратівливість, агресивна поведінка, тремор рук, ніг, зниження уваги, але симптоми нервового перенапруження, тривога, дезадаптація, неадекватна оцінка свого стану, які сприяють розвитку психосоматичних розладів, були виявлені лише в групі підлітків-сиріт. Коефіцієнт дезадаптованості понад 25 балів за опитувальником «Карта спостережень Д. Стотта» виявлено у 64,29 % підлітків-сиріт, що свідчить про серйозні порушення механізмів особистісної адаптації. Виражені коливання значень показників тесту шкали-термометр можуть свідчити про нерівномірну самооцінку та вказувати на емоційну нестійкість підлітків-сиріт. Рівномірний розподіл типів темпераменту, відсутність флегматичного темпераменту у групі підлітків-сиріт може підтверджувати уразливість особи та вірогідність розвитку психічної дезадаптації.

Висновки: Таким чином алекситимія може розглядатись як прояв дезадаптації при психосоматичних розладах, в діагностиці яких необхідно віддати перевагу патопсихологічним методам, спрямованим на виявлення тривоги, депресії, вегетативних розладів, оцінки самопочуття, активності, настрою. В діагностиці дезадаптації при психосоматичних розладах необхідно віддати перевагу патопсихологічним методикам, які направлені на виявлення тривоги, депресії, вегетативних розладів, оцінки самопочуття, активності, настрою.

С.Т. Месяцева

ВИКОРИСТАННЯ ПРОЕКТИВНОЇ МЕТОДИКИ «МАЛЮНОК СІМ'Ї» ТА АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПІДХОДУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ 8-12 РОКІВ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.Ч. Байгузіна (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Розлади поведінки є одним з найбільш розповсюджених порушень психіки серед дітей препідліткового та підліткового віку. Останнім часом вони глибоко вивчається лікарями, психологами, психотерапевтами, соціальними робітниками, педагогами та представниками інших галузей знань, які мають за об'єкт свого вивчення особистість як таку та особистість у взаємодії з іншими: сім'єю, партнерами, соціумом, тощо.

У 1985 році було виділено та класифіковано в МКБ 10 - 4 основні та 2 додаткові типи поведінкових розладів. Ми виділили для нашого дослідження 4 основні розлади поведінки: F91.0 розлад поведінки, обмежений рамками сім'ї; F91.1 несоціалізований розлад поведінки; F91.2 соціалізований розлад поведінки; F91.3 опозиційно-визиваючий розлад. Пік прояву вище названих порушень маніфестує у віці 8-12 років.

Обрана нами категорія є найбільш вразливою з біологічної та психологічної точки зору. Саме в цей період відбуваються надзвичайні гормональні зміни в організмі, що супроводжуються напруженням та полярним проявом емоцій. Ті почуття, які не мають вираження із-за рамок сімейного виховання, ставлення та взагалі із-за особливостей сімейної системи – трансформуються в невротичні симптоми.

Мета: Вивчення розладів поведінки у дітей препідліткового та підліткового віку за допомогою проєктивних методик та арт-терапевтичного підходу.

Матеріали і методи дослідження: Проєктивні методики та арт-терапевтичний підхід є найбільш ефективними у випадку розладів поведінки оскільки 3 основні фактори арт-терапії повністю відповідають завданню діагностики та корекції розладу. Перший фактор: фактор художньої експресії, що дозволяє у безпечній обстановці виражати пригнічені аспекти внутрішнього світу, які викликають напруження та створюють невротичний розлад. Другий фактор: фактор терапевтичного зв'язку - дозволяє набути нового позитивного досвіду побудови зв'язку, а також – дозволяє проявити унікальні, індивідуальні картини неврозу. Третій фактор: фактор інтерпретації та зворотнього зв'язку – дозволяє налагодити зв'язок з безсвідомим, та інтегрувати відщеплені частини психіки, які були несприйнятливими з боку Супер Его у психічному конфлікті. Дослідження проводились на базі 6 дитячого відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні імені академіка О.І. Ющенко.

Результати: За результатами досліджених малюнків було побачено яскраву картину порушення сімейних взаємовідносин та порушення процесу сепарації – індивідуації, як наслідок порушення ідентичності. За малюнками легко можна побачити невиражену агресію досліджуваних та неможливість змінити негативну сімейну ситуацію адекватним чином.

Висновки: Всі особливості сімейного функціонування ми можемо побачити завдяки малюнку сім'ї. Таким чином арт-терапія є найбільш підходящим методом дослідження особливостей сімейного контексту та налагодження інтегративного психічного процесу, викривлення якого сприяло формуванню вище названих розладів.

Ю.С. Миколаєнко
**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОТРЕБИ У СПІЛКУВАННІ У ПІДЛІТКОВОМУ ТА
ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ**

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к.психол.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Провідною діяльністю у підлітковому віці є спілкування з однолітками. Саме за допомогою спілкування у підлітка формується специфічний емоційний контакт. Також розвивається групова приналежність та солідарність, що полегшує автономізацію від дорослих і дає відчуття власного благополуччя. Саме у підлітковому віці особистість проводить найбільшу кількість часу у спілкуванні. Спілкування в підлітковому віці будується на основі переплетення двох потреб: відокремлення і потреби включеності у будь-яку групу чи спільність. В юнацькому віці потреба в спілкуванні дещо змінюється. Її вираженість більше спрямовується по відношенню до дорослих, але і значимість спілкування серед однолітків не знижується. Тому нами було вирішено емпірично дослідити відмінності у вираженості потреби у спілкуванні в осіб підліткового та юнацького віку.

Мета: порівняти рівні прояву потреби у спілкуванні серед представників підліткового та юнацького віку.

Матеріали та методики: Емпіричне дослідження проводилось серед студентів 4 курсу Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова у кількості 30 осіб, що становить юнацький вік, та учнів 7 класів Вінницької загальноосвітньої школи № 18 у кількості 33 особи, що становить підлітковий вік. У дослідженні була використана методика дослідження потреби у спілкуванні за Ю.М.Орловим, В.І.Шкуркіним та Л.П.Орловим. Результати дослідження відображають потребу у спілкуванні на таких рівнях як «нижче середнього», «середній», «вище середнього», «високий».

Результати: За даними нашого дослідження було отримано наступні результати: серед підлітків найбільш проявленим є середній рівень (54,5%) та високий рівень (42,4%) потреби у спілкуванні. Данні результати відображають саме вікові характеристики, коли підлітки намагаються зайняти провідне місце в референтній групі однолітків. Лише у 3% проявляється низький рівень потреби у спілкуванні. Серед представників юнацького віку середній рівень проявляється у 60% вибірки, а високий рівень потреби у спілкуванні у 40%. Відмінність результатів не є суттєвою та статистично значущою. Це свідчить про високу потребу у спілкуванні як для представників підліткового так і для представників юнацького віку.

Висновки: Дані результати вказують на високий рівень потреби у спілкуванні як у підлітковому так і в юнацькому віці. Юнаки відкриті для спілкування з людьми як з однолітками так і дорослими, так як саме в цей період відбувається перехід від дитинства до дорослості. Щодо потреби у спілкуванні підлітків, то центральне місце в житті підлітка займає саме спілкування з ровесниками. За результатами методики дослідження потреби у спілкуванні за Ю.М.Орловим, В.І.Шкуркіним та Л.П.Орловим суттєвих відмінностей у рівнях її прояву немає, хоча високий рівень потреби у спілкуванні більш виражений саме в підлітковому віці.

Я.І. Мосур

**ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА**

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

Н.Г. Корява (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Копінг-процеси спрямовані на продуктивну адаптацію особистості до важких ситуацій. До складових цієї системи слід віднести процеси психологічного захисту та процеси подолання. Механізми психологічного захисту - несвідомі, ригідні, дезадаптивні способи вирішення проблеми, що перешкоджають адекватній орієнтації індивіда в оточуючому середовищі, включаються у разі неспроможності індивіда до адекватного розв'язання складної життєвої ситуації. На противагу їм, копінг є формою конструктивного, свідомого пристосування, що проявляється у більш пластичній поведінці, адекватному сприйнятті ситуації, вмінні використовувати всі потенційні внутрішні можливості.

Мета. Визначити особливості копінг-поведінки у студентів ВНМУ імені М.І. Пирогова

Матеріали та методи. Обстежено 90 студентів I, V та VI курсів спеціальності «лікувальна справа» (50% хлопців та 50% дівчат на кожному курсі) з використанням методики «Індикатор копінг-стратегій» адаптованої В.М. Ялтонським та методики для визначення механізмів психологічного захисту «Індекс життєвого стилю».

Результати.

Хлопці 1 курсу:

Механізми психологічного захисту: заперечення (А) - 69,44%, витіснення (В) - 52,77%, регресія (С) - 57,14%, компенсація (D) - 70%, проекція (Е) - 76,92%, заміщення (F) - 49,90%, інтелектуалізація (G) - 77,77%, реактивне

перетворення (H) – 50%, загальне напруження усіх механізмів захисту (All) – 65.46%.

Копінг-стратегії: Вирішення проблем (R) – 28%, пошук соціальної підтримки (P) – 22%, уникання проблем (I) – 22%.

Дівчата 1 курсу: A – 63.19%, B – 50.69%, C – 58.33%, D – 61.21%, E – 72.43%, F – 48.71%, G – 59.02%, H – 49.16%, All – 56.53%, (R) – 23.25%, (P) – 21%, (I) – 19%.

Хлопці 5 курсу: A – 66.66%, B – 50.64%, C – 46.15%, D – 67.62%, E – 65.53%, F – 49.70%, G – 74.35%, H – 43.84%, All – 56.46%, R – 26%, P – 20.38%, I – 18.92%.

Дівчата 5 курсу: A – 59.91%, B – 43.88%, C – 66.73%, D – 57.33%, E – 61.94%, F – 48.20%, G – 57.77%, H – 40.8%, All – 56.23%, R – 23.6%, P – 21.66%, I – 19.46%.

Хлопці 6 курсу: A – 60.01%, B – 49.1%, C – 45.03%, D – 63.33%, E – 60.72%, F – 49.70%, G – 73.33%, H – 40%, All – 55.67%, R – 26.67%, P – 21.45%, I – 17.33%.

Дівчата 6 курсу: A – 45.83%, B – 33.33%, C – 69.64%, D – 52.5%, E – 60.33%, F – 47.61%, G – 52.08%, H – 35%, All – 53.24%, R – 25%, P – 20%, I – 20%.

Висновки. До особливостей застосування копінг-поведінки студентами ВНМУ відноситься зниження загальної напруженості механізмів ПЗ в процесі навчання; значне зниження конструктивної копінг-поведінки у хлопців; статеві відмінності: хлопці в основному орієнтовані на «вирішення проблеми», тоді як дівчата на «вирішення проблеми» і «пошук соціальної підтримки», загальний рівень напруженості і рівні напруженості окремого механізму психологічного захисту менше виражені у дівчат, ніж у хлопців.

І.В. Музика О.-Г.С. Балагуш

ВПЛИВ АНТИДЕПРЕСАНТІВ НА ПЕРЕБІГ ЕПІЛЕПСІЇ

Кафедра неврології

М.С. Шоробура (доц.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність. За даними ВООЗ у світі проживає 40—50 млн зареєстрованих хворих на епілепсію. Особи працездатного віку складають 63,6 % зареєстрованих хворих. Частота суїцидів серед епілептиків на 16% вища ніж в середньому в популяції, що пояснюється вираженими афективними розладами.

Мета. Виявити вплив антидепресантів на перебіг епілепсії.

Матеріали та методи. Для встановлення ступеня важкості депресивних розладів було використано опитувальник депресії Бека, а також проведено анкетування щодо вживання антидепресивних препаратів та частоти судомних нападів.

Результати. Для дослідження було відібрано 38 пацієнтів (19 чоловіків та 19 жінок), для однорідності порівнювальних груп ми відібрали їх таким чином, що у кожній із статевих груп 10 пацієнтів приймали антидепресанти. Отримані нами результати: серед жінок, які приймали антидепресанти - у 6-ти відсутні ознаки депресії, у 3-х депресія легкого, у 1-ї середнього ступеня; а серед тих, які не приймали - у 1-ї відсутні ознаки депресії, у 3-х легкого, ще у 3-х середнього та у 1-ї важкого ступеня. Серед чоловіків, які приймали антидепресанти - у 4 відсутні ознаки депресії, у 4-х депресія легкого та у 2-х середнього ступеня; а серед тих, які не приймали - ознак депресії не виявлено в одного пацієнта, у 2-х депресія легкого, у 4-х середнього та ще у 2-х важкого ступеня. Пацієнти, які проходили терапію антидепресантами відмітили, що частота судомних нападів знизилась (на 35%), що позитивно впливає на їх самопочуття.

Висновки. Отже, згідно нашого дослідження, ми можемо зробити наступні висновки: чоловіки частіше піддаються депресії, аніж жінки, а також у них більш виражені депресивні розлади. Прийом антидепресантів позитивно впливає на самопочуття пацієнтів, що в свою чергу позитивно впливає на стан здоров'я хворих на епілепсію, оскільки знижує частоту судомних нападів. Тому антидепресанти рекомендовано застосовувати у комплексному лікуванні епілепсії.

А.Ю. Мусіць, О.О. Мельник, А.О. Андреева

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ОСІБ З ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЦНС НА ТЛІ ВИКОРИСТАННЯ "ГЛІАТИЛІНУ".

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

І.Л. Лук'янович (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Невід'ємною складовою порушень мозкового кровообігу, майже завжди, є зниження когнітивних функцій. Саме тому, вивчення впливу медикаментів на погіршення стану у даних пацієнтів є надзвичайно важливим в підході до вибору тактики лікування та реабілітації.

Мета: Вивчення відмінностей, за ознаками лобної дисфункції, оцінки важкості когнітивних та емоційних порушень, стійкості уваги та суб'єктивної оцінки погіршення стану у пацієнтів, що отримували «Гліатилін» при порушенні мозкового кровообігу, та тих, хто його не отримував.

Матеріали та методи: група дослідження складалась із 27 пацієнтів відділення порушень мозкового

кровообігу №5 ВОПНЛ імені акад. О.І.Ющенка, з яких 12 отримували препарат «Гліатилін». Використовувались: шкала MMSE, батарея лобної дисфункції, тест малювання годинника, шкала загального погіршення, визначення домінуючої перцептивної модальності, методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою (САН), методика визначення функціональної асиметрії півкуль, шкала-«термометр», оцінка настрою, таблиці Шульце.

Результати: Серед обстежених хворих за шкалою MMSE та батареєю лобної дисфункції лише 26% опитуваних показали повну відсутність дементних порушень. У середньому, кількість балів у MMSE серед хворих, що отримували «Гліатилін» становила 24 ± 2 , а серед контролю – 21 ± 3 . Когнітивні порушення були виявлені у 37% осіб, серед яких у 30% була діагностована помірна лобна дисфункція. Деменція легкого ступеня вираженості була відмічена у 15% оглянутих, помірного – у 19%, та важкого – у 3%. У всіх цих хворих, за результатами обстежень, було виявлено виражену лобну дисфункцію. Хворі, що отримували «Гліатилін», показали середній результат 13 ± 4 , та у контрольній групі – 14 ± 3 .

У тесті малювання годинника 26% пацієнтів чітко слідували інструкції та виконали завдання та у 74% були різноманітні неточності, що підтверджувало порушення, виявлені при попередніх дослідженнях.

Усі хворі надавали скарги на погіршення запам'ятовування, необхідність занотовувати заплановані події та порушення концентрації уваги, що за шкалою загального погіршення відповідає 2-3 балам. Хоча рівень тривожності був незначно вищий у групі, що приймала «Гліатилін» (у 8% виявлявся високий рівень тривожності, та ще у 13% – середній), серед даних хворих за суб'єктивною оцінкою показники загальної активності, самопочуття та працездатності після госпіталізації підвищились на 5 балів, що виявлялось за допомогою шкали-«термометра», та підтверджувалось опитувальником САН, когнітивними тестами. Серед групи контролю середній рівень тривожності був у 13%, та суб'єктивне покращення становило 2 бали.

Висновок: Раннє використання «Гліатиліну» в лікуванні хворих, що виявляють ознаки когнітивних порушень, сприяє підвищенню суб'єктивної оцінки стану їх здоров'я за рахунок підвищення загальної активності, самопочуття та працездатності, збільшує критичність мислення та знаходить об'єктивне підтвердження цього за виконанням ряду когнітивних проб.

А.В. Найда

ПЕРСПЕКТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Кафедра психіатрії та наркології

Н.О. Дзеружинська (д.мед.н., проф.)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

м.Київ, Україна

Актуальність: Хвороба Альцгеймера (ХА) – прогресуюче нейродегенеративне поліетіологічне захворювання, що характеризується наростаючою деменцією. Дана патологія є значною медико-соціальною проблемою на сьогодні, адже розповсюдженість ХА складає 3-5% осіб у віці 65-74 р. і біля 50% осіб у віці більше 85 р. Деменція альцгеймерівського типу є третім по вартості для суспільства захворюванням після серцево-судинної та онкологічної патології. Наведені дані свідчать про потребу у ґрунтовних дослідженнях ХА та створенні нових ефективних методів лікування.

Мета: дослідити сучасні тенденції у розробці нових ефективних методів лікування ХА на основі аналізу біохімічних, генетичних і патофізіологічних особливостей даної патології. Для цього розглянути наступні аспекти: 1) визначити основні групи етіологічних факторів, які спричинюють ХА; 2) дослідити патогенез ХА, виявити його ключові ланки, на які повинна бути спрямована терапія; 3) охарактеризувати основні групи препаратів, що застосовуються при лікуванні ХА, провести їхній порівняльний фармакологічний аналіз; 4) дослідити перспективні методи лікування ХА, спрямовані на боротьбу з основною ланкою патогенезу – бета-амілоїдом; обґрунтувати механізм їхньої дії та доцільність застосування у майбутньому.

Матеріали та методи: літературний огляд наукових статей дослідників, що займаються вивченням методів лікування ХА (Гаврилова С.І., Калин Я.Б., Роза М.М., Matthews H. P., Korfoey J., Wilkinson D. G. та ін.); огляд протоколів клінічних випробувань ацетилхолінергічних та глутаматергічних препаратів (Arendt. T., Birge S. J. та ін.).

Результати: 1) основним етіологічним чинником виникнення ХА є генетичний фактор – наявність мутації гена амілоїдного білка-попередника. Всі інші є лише провокуючими або додатковими 2) враховуючи патогенез, лікування ХА повинно включати в себе етіотропну ланку (боротьба із синтезом бета-амілоїду), патогенетичну (покращення трофіки нервової тканини) та симптоматичну (застосування нейротрансмітерної замісної терапії за наведеними у даному дослідженні схемами). 3) фармакотерапія повинна бути індивідуальною і залежати від стану пацієнта та стадії захворювання. На ранніх стадіях ефективним є донепезил, на пізніх – галантамін та ривастигмін. При виражених моторних порушеннях лікування потрібно починати з мемантину. 4) найбільш перспективним методом лікування хвороби Альцгеймера є вплив на синтез бета-амілоїда та протидія амілоїдному каскаду. Особливу увагу слід приділити антитілам до альфа-7-субодиниці ацетилхолінового рецептора, що попереджають проникнення бета-амілоїда в клітину, та використанню жирових мезенхімальних клітин, а також застосуванню амінокислотного комплексу з нейротрофічними факторами.

Висновки: Зупинити прогресування хвороби Альцгеймера можливо лише шляхом комплексного лікування з

урахуванням усіх ланок патогенезу захворювання.

Ю.О. Наконечна
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ДО НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО ПРОЦЕСУ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к.психол.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність полягає у розробці нових педагогічних технологій і підходів до організації навчального процесу для молодших школярів та їх успішної адаптації до навчання у школі. Період адаптації дає можливість здійснити перевірку соціально-психологічної підготовленості учнів до навчання, а також, в якійсь мірі, спрогнозувати можливість їх подальшого просування і розвитку.

Мета: полягає в тому, щоб дослідити та висвітлити особливості соціально-психологічної адаптації молодших школярів до навчально-виховного процесу.

Матеріали та методи: в ході дослідження взяло участь 56 учнів перших класів спеціалізованої школи І-ІІІ ступенів № 8 м. Червонограда, Львівської області. Методика «Карта спостережень» Д.Стотта використовується для діагностики труднощів адаптації дитини в школі, аналізу характеру дезадаптації і ступеня непристосованості дітей до школи. Вона складається з 16 комплексів симптомів-зразків поведінки: НН – недовіра новим людям, Д – депресія, У – уникання контактів з людьми, ТВ – тривожність по відношенню до дорослих, ВВ – ворожість у відносинах з дорослими, ТД – тривога по відношенню до дітей, А – асоціальність, невпевненість у схваленні дорослих, ВД – ворожість до дітей від ревносного суперництва до відкритого ворогування, Н – невгамовність, ЕН – емоційна напруга, НС – невротичні симптоми, С – неблагополучні умови оточуючого середовища, СР – сексуальний розвиток, РВ – розумова відсталість, ХО – хвороби і органічні порушення, Ф – фізичні дефекти.

Результати: коефіцієнт дезадаптації основної частини вибірки становить від 6 до 25 балів, тобто в межах норми, а у 20,5% вибірки коефіцієнт дезадаптації перевищує 25 балів, він коливається в межах 25-28 балів, що свідчить про значну серйозність порушення механізмів особистісної адаптації – такі діти стоять вже на межі клінічних порушень і потребують спеціальної допомоги, аж до втручання психоневролога. Проаналізувавши результати учнів, ми виділили такі домінуючі синдроми: ВВ - 34,4%; А - 22,2%; У - 12,5%; Д - 11,1%; Н - 11,1%; НН - 8,3%.

Висновки: Високі показники по синдрому ВВ вказують на відкриту ворожість дітей по відношенню до дорослих, яка проявляється в їх асоціальній поведінці; по синдрому А – свідчить про відсутність бажання сподобатись дорослим та байдужість і відсутність зацікавленості в хороших стосунках з ними; при проявленому синдромі У – діти проявляють захисну установку по відношенню до будь-яких контактів з людьми; синдром Д – вказує на схильність до роздратування і фізіологічного виснаження; синдром Н говорить нам про невгамовність, нетерплячість, неспроможність дітей до роботи, яка потребує посидючості, концентрації уваги й роздуму; домінуючий синдром НН вказує на те, що любий успіх вартує дитині великих зусиль. Отже, наше дослідження показало, що соціально-психологічна адаптація молодших школярів потребує різних профілактичних та корекційних заходів.

М.С. Нитичук, Я.В. Співак, А.О. Брюханова, В.В. Кельман
ВПЛИВ МУЗИКИ НА РОБОТУ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії

Г.С. Московко (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За останнє століття значно зросло інформаційне навантаження на мозок людини. У зв'язку з цим збільшилась потреба людини у нових ефективних методах сприйняття та засвоєння інформації.

Мета: довести вплив музики на активність кори головного мозку

Матеріали та методи: у дослідженні взяли участь 64 респонденти, проведено анкетування та записелектроенцефалограм за допомогою BraintesterDX-system, при прослуховуванні музики.

Результати: в ході проведеного дослідження нами встановлено, що:

- 48,5 % респондентів слухають переважно рок-музику, 23,5% надають перевагу поп-музиці, 14% - класичній, 3% - джазу, 11% вказали інший жанр. При цьому 39% респондентів слухають музику при підготовці до занять, 61% - ні.

- у всій вибірці респондентів найбільш однакові результати показала класична музика на частотах Theta, Alpha, Beta, решта жанрів впливають більше індивідуально на різних респондентів і не мають чітких спільних ознак на ЕЕГ.

- активність Alpha-ритму Beta-ритму збільшується поступово від лобних до потиличних часток, а Theta-ритм

- має більший прояв в лобних і потиличних частках.
- активність всіх ритмів відносно півкуль головного мозку суттєвої різниці не має.
- в записах ЕЕГ при звучанні класичної музики практично у всіх респондентів домінує Alpha-ритм.
- музичні твори, в яких відсутній компонент ударних інструментів, в загальному мають заспокійливу, гальмуючу дію незалежно від жанру та композиції.
- при зменшенні ритму та темпу композиції також зростають вище вказані ефекти.

Висновки: дослідивши вплив музики на активність кори головного мозку, ми дійшли до висновків, що загальний однаковий вплив має класична музика і їй подібна. Яка за рахунок відсутності компоненту ударних інструментів викликає активність Alpha-ритму в задніх відділах кори головного мозку, а також незначну активність Theta-ритму, в порівнянні зі звичайною активністю кори без застосування музики. Це вказує на позитивний розслабляючий вплив класичної музики, оскільки відомо, що Alpha- та Theta-ритми виникають в корі при розслабленні, медитації, та неглибокому сні, і можливість її застосування для покращення сприйняття мозком людини інформації, застосування з лікувальною метою в психотерапевтичних методах та в медичній реабілітації.

Г.В. Пелих

СУЧАСНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ЛЕННОКСА-ГАСТО

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії

О.А. Гордійчук (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Синдром Леннокса-Гасто – тяжка епілептична енцефалопатія, при якій епілептиформнізміни викликають прогресуючу дисфункцію головного мозку. Синдром маніфестує у дітей віком від 2 до років. Діагностувати синдром буває важко, оскільки він має поліетіологічне походження. Захворювання може виникати первинно, так і на фоні інших захворювань. Рання діагностика допоможе попередити церебральні порушення рухових функцій, прогресування деменції та змін особистості у дітей.

Мета: роботи визначити основні критерії прояву і діагностики синдрому Леннокса-Гасто.

Методи та матеріали: Для нашої роботи ми проаналізували результати досліджень комітету експертів із СЛГ, який був проведений у 2012 р у Чикаго. Була опрацьована література Національної медичної бібліотеки США для встановлення частоти основних клінічних проявів та визначення основних критеріїв діагностики.

Результати досліджень: Після проведення аналізу літератури встановлено, що приблизно у 30% пацієнтів синдром розвивається із синдрому Веста, у 60% пацієнтів – через тяжкі враження головного мозку, і у 10% нез'ясована етіологія (одним із варіантів є первинна форма синдрому). На електроенцефалографії (ЕЕГ) пацієнтів з даним синдромом спостерігаються повільні спайк-хвильові комплекси з частотою меншою ніж 2,5 Гц. Епілептиформні комплекси складаються з спайка (тривалістю до 70 мс) чи гострою хвилею (70-200 мс), після якої йде глибока позитивна та негативна хвиля (350-400 мс). Спалахи епілептиформної активності можуть збільшуватись чи зменшуватись без очевидного початку чи кінця. Також відмічаються швидкі ритми (10-20 Гц), в основному в період NREMсну. Присутність даних ритмів є обов'язковим для діагностики синдрому Леннокса-Гасто. Наступним критерієм є міоклонічно-астатичні напади, атипові абсанси та тонічні конвульсії. Тонічні напади виникають переважно вночі. До когнітивних порушень відноситься прогресуюча деменція.

Висновок: Даний синдром має не сприятливий перебіг, тому знання основних критеріїв діагностики допоможуть у правильності постановки діагнозу та диференціації з іншими синдромами, формами епілепсії та порушеннями головного мозку. Діагноз повинен ставитись на основі детально зібраного анамнезу, ЕЕГ.

Г.В. Пелих

ЕПІЛЕПСІЯ У ДІТЕЙ: ПЕРЕДВІСНИКИ ТА ПРОБЛЕМА ЇХ ДІАГНОСТИКИ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц..)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Епілепсія – поліетіологічне, хронічне, прогресуюче нервово-психічне захворювання, яке проявляється в пароксизмальних судобах і безсудомних станах, специфічних змінах особистості, епілептичних психозах і в ряді випадках розвитком недоумства. У дитячому віці діагностика та диференціальна діагностика епілепсії може представляти певні труднощі, пов'язані з легкістю виникнення у дітей судомних станів внаслідок різних причин.

Мета. Метою нашої роботи є визначити основні критерії діагностики епілепсії у дітей, навчитися розпізнавати «маски» хвороби та диференціювати основні форми ідіопатичної епілепсії.

Матеріали та методи. Аналіз джерел літератури Національної медичної бібліотеки США та результатів досліджень Американської асоціації епілептологів щодо встановлення частоти основних клінічних проявів та визначення основних критеріїв діагностики епілепсії у дітей.

Результати. Після проведеного нами аналізу літератури було встановлено, що у дітей з епілепсією пренатальні

та перинатальні фактори ризику посідають перше місце і складають 56%, генетичні фактори складають 34%, генетичні чинники ризику епілепсії складають 8%, а обмінні порушення – 2%. Епілепсія у дітей нерідко починається з без судомних пароксизмів, сноходіння, розладів настрою та поведінки. Одною із найважливіших «масок» епілепсії є виникнення нічних страхів у дітей. Вони виникають спонтанно, елементарні за змістом, одноманітні, короткочасні 20-40 секунд з різким закінченням. При цьому дитину неможливо розбудити та заспокоїти, характерна чітка пароксизмальність та періодичність, приблизно у 50% виявляються вогнищеві зміни в скроневих відведеннях ЕЕГ. Наприклад, дитяча абсанс епілепсія (генералізована форма ідіопатичної епілепсії) дебютує у віці від 2 до 8 років, основні клінічні прояви – прості та атипові абсанси, тривалість приступу складає 6-15 секунд, частота – до декількох десятків в день, абсанси виникають у денний час. Доброякісна епілепсія дитинства з центрально-скроневиими піками (Роландична) відноситься до фокальних форм первинної епілепсії. Характеризується дебютом від 2 до 12 років, виникає частіше у хлопчиків. Типові короткі гемі-фаціальні та фаринго-бронхіальні приступи, попередниками яких є парестезії в області роти та глотки, напади зазвичай виникають вночі до 2 разів на місяць.

Висновки. Епілепсія у дитячому віці перебігає більш злоякісно, швидко призводить до формування порушень розвитку, зниження інтелекту, змін особистості. Проблема діагностики заключається у маскуванні епілепсії. Розлади настрою та поведінки, сноходіння та поява нічних страхів розцінюється батьками як належне у дитячому віці. Короткочасність абсансів не дає впевненості у ранній діагностиці, адже батьки також не надають цьому значення.

Д.В. Печкан

ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ ТА КАТАСТРОФ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

О.С. Ключко (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними інтернету статистика за 2015 рік свідчить, що 10-20% від загальної кількості учасників бойових дій у зоні АТО мають психічні порушення. Багато бійців зіткнулися з непорозумінням, дефіцитом підтримки з боку безпосереднього командування та населення постраждалих територій, що призводить до погіршення їх психічного стану. За даними психіатричної служби Міністерства оборони з початку АТО через порушення психічної діяльності пройшли лікування 5,5 тис. військових, 35% військовослужбовців було комісовано у зв'язку з психічними розладами, у 800 військових констатовано посттравматичний стресовий розлад.

Мета: Вивчення особливостей психічного стану військових в умовах військових дій.

Матеріали та методи: Було проведено опитування учасників бойових дій (40 осіб) та проаналізовано контент творів (віршів) учасників АТО.

Результати: Виявлено що у воїнів, які протягом певного часу знаходяться під впливом бойових стрес-факторів, виникає елементарна стомлюваність, що істотно знижує ефективність їх бойової діяльності. Вдома негативно впливає на всі психічні та психофізіологічні процеси воїна, а саме викликає зниження уваги, порушення пам'яті, мислення, сприяє виникненню конфліктних ситуацій з товаришами по службі, що підтверджується дослідженням німецького вченого Е.Динтера, який встановив, що перебування бійців безпосередньо на передовій більше ніж 30-40 днів непродуктивне. Це пов'язано з тим, що після досягнення максимуму морально-психічних можливостей, який наступає через 20-25 днів, у бійців настає швидкий їх спад, зумовлений виснаженням духовних і фізичних сил.

Висновок: Таким чином, у воїнів можуть виникати бойові психічні травми, під якими розуміють різноманітні психічні розлади та порушення, які ведуть до часткової чи повної втрати боєздатності у результаті впливу факторів екстремальних умов, що травмують психіку воїна. Для лікування можна застосовувати як психотерапевтичні заходи, так і медикаментозну терапію. Але саме завдяки психотерапії можна визначити оптимальний варіант виходу з психотравмуючої ситуації.

В.С. Пічка, А.С. Вей, Д.З. Файн

ОСОБИСТІСНА ДИНАМІКА В ПРОЦЕСІ ГРУПОВОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРЕНІНГУ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Н.В. Рациборинська-Полякова (к. мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В наш час у зв'язку з розвитком практики соціального навчання, соціально-психологічного тренінгу, підготовки особистості до різних видів діяльності кількість питань, пов'язаних з вивченням групових форм психологічної роботи значно збільшилося. Популярність використання групових форм ґрунтується на їхній економічності й ефективності, у ряді випадків більш високій в порівнянні з індивідуальною роботою. Іншим аспектом, що впливають на актуалізацію вивчення групових форм психологічної роботи, є запити різних

областей соціальної практики.

Мета: Визначення впливу соціально-психологічного тренінгу на підвищення рівня соціальної адаптивності, компетентності в сфері спілкування, особистості та фахової рефлексії студентів медичного університету.

Матеріали й методи: У процесі дослідження використовувалися метод спостереження з наступним аналізом поведінкових реакцій і тестування. Дослідження проводилося як тестування і ретестування після проходження 2-х блоків соціально-психологічного тренінгу (рефлексивного та комунікативного) групи студентів-медиків.

Результати: При аналізі даних включеного спостереження звернуло на себе увагу, що в учасників групи збільшилась кількість ефективних трансакцій, підвищилась толерантність до висловлювань, декларованих позицій та дій інших. Порівняння результатів тестування на початку роботи групи СПТ та ретестування показало підвищення показників функціонального стану, активності, настрою, зниження тривожності.

Висновки: Таким чином, досвід групової роботи є підставою для набуття особистістю нового досвіду, розширення її світогляду, соціального сприйняття, що, в свою чергу, є підґрунтям для підвищення рівня соціальної адаптивності.

Ю.О. Подворна, Л.М. Коцаб'юк

ФЕНОМЕН ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

О.М. Бондар (ас.)

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність: Інтернет-аудиторія у світі становить понад 2 млрд людей. З них 56% підлітки і молодь у віці 16-30 років. За даними європейського дослідження 75 % підлітків у віці 9-16 років виходять в он-лайн щотижнево, 30 % опитаних у віці 11-16 років вказали на надмірне використання Інтернету, що відбувається за їхніми словами «часто» або «дуже часто». При цьому за даними експертів 75% батьків не цікавляться тим, які сайти відвідують їхні діти.

Мета: вивчення феномену Інтернет – залежності серед підлітків: причини його виникнення, поширення в Україні і світі, етапи розвитку, психологічні особливості Інтернет - залежних дітей, проблеми лікування і запобігання розвитку даного стану.

Матеріали і методи: Для досягнення поставленої мети проаналізовано результати досліджень європейських вчених. Було визначено частоту і причини виникнення підліткової інтернет-залежності, етапи її розвитку і методи терапії.

Результати: Інтернет-залежність – це психічний розлад, нав'язливе бажання підключитися до мережі і хвороблива нездатність вчасно відключитися від неї. 70 % молоді у віці 12-19 років є постійними користувачами мережі Інтернет.

Рівень Інтернет-залежності у підлітковому віці корелює з такими психологічними особливостями, як: занижена самооцінка, депресивні стани, відчуття самотності, схильність до вживання психоактивних речовин. Серед українських користувачів Інтернету залежними вважаються від 2 % до 6 %, абсолютна більшість серед яких – студенти.

Вчені виділяють такі стадії Інтернет-залежності: I стадія - це легкий розлад. II стадія - наростання симптомів. III стадія – це соціальна дезадаптація.

Надмірне перебування дитини в Інтернет негативно впливає на її поведінку, самопочуття з'являється потреба в постійному збільшенні кількості часу перебування в мережі, зневага до родини та друзів, проблеми з навчанням.

Вченими були розроблені наступні етапи корекції комп'ютерозалежної поведінки: I – діагностичний; II – інформаційно-навчальний; III – етап модифікації поведінкових стратегій; IV – етап корекції сімейних і соціальних відносин; V – етап подолання наслідків комп'ютерної залежності.

У країнах Європи створені спеціалізовані клініки і табори для подолання даної проблеми. Завдання таких центрів полягає в тому, щоб навчити дітей використовувати комп'ютер і мережу в розумних цілях.

Висновок: З метою попередження розвитку інтернет-залежності психологами були запропоновані такі напрямки профілактичної роботи: інформаційні, освітні, зайнятості, корекції сімейних відносин, релігійні. Після лікування у 73 % пацієнтів спостерігалися стійкі позитивні зміни.

М.С. Рижовський

ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к.психол.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми дослідження обумовлена зростаючими вимогами з боку суспільства до особистості та здоров'я медичних працівників, якості наданої ними медичної допомоги, адже професія медика має величезну соціальну важливість, так як на нього лягає велика відповідальність не тільки за фізичне здоров'я пацієнта, але і

за його психічне здоров'я і соціально-психологічну адаптацію. Лікарі та інші працівники медичної сфери, які постійно контактують із хворими людьми, мають підвищений ризик розвитку ряду психологічно зумовлених патологічних станів: поведінкових розладів, депресії, синдрому емоційного вигорання. Проблемою є не тільки розвиток вигорання у медичних працівників, а й невміння вчасно його помітити. Тому дуже важливим є застосування психодіагностичних прийомів оцінки рівня емоційного вигорання, які можуть допомогти в припиненні розпочатого процесу або попередити його виникнення, зберегти здоров'я медичного працівника та ефективність його професійної діяльності.

Мета: виявлення наявності та сформованості симптомів емоційного вигорання, їх залежності від статі, фаху, стажу роботи, факторів, що впливають на виникнення даного синдрому у медичних працівників.

Матеріали та методи: емпіричне дослідження відбувалося за допомогою методики на вивчення рівня емоційного вигорання В.В.Бойка. Тестування проводилося серед 40 лікарів обласної клінічної лікарні імені О.Ф. Гербачевського Житомирської обласної ради.

Результати: синдром емоційного вигорання (СЕВ) виявлений у 87,5% опитаних лікарів. Більш виражений він у фахівців терапевтичного профілю, які мають справу з пацієнтами із хронічними захворюваннями. Відмінності показників емоційного вигорання у чоловіків і жінок не є суттєвими. Значним виявився зв'язок між рівнем вигорання та стажем роботи. Фаза «Виснаження» на стадії формування, здебільшого, характерна для лікарів зі стажем роботи 20 і більше років. Відсутність СЕВ (12,5%) виявлена в лікарів із стажем роботи 2 та 14 років а також в осіб пенсійного віку зі стажем роботи 42, 43 та 44 роки.

Висновки: Серйозність проблеми емоційного вигорання у медичних працівників потребує комплексного підходу до її вирішення, який має бути спрямованим на постійне підвищення післядипломної освіти, матеріальне заохочення, формування сприятливого соціально – психологічного клімату в колективі, використання конструктивного стилю керівництва. Необхідно також забезпечити психологічне навчання лікарів, середніх медичних працівників з метою підвищення у них навичок ефективного спілкування та саморегуляції. Суттєвим моментом у профілактиці синдрому емоційного вигорання повинно бути розширення об'єму професійних знань студентів медичних вузів, лікарів і медичних сестер щодо вивчення проблем медичної психології.

Д.О. Романець

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к.психол.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Поняття «емоційний інтелект» почало використовуватись з 1990 року американськими дослідниками Пітером Селовея і Джеком Майєра. Вони об'єднали в цьому понятті групу ментальних здібностей, які допомагають усвідомити і зрозуміти власні емоції і емоції оточуючих. Активне дослідження цього питання, спроби зрозуміти його природу, способи і цілі розвитку почалося в 1995 році після опублікування книги Денієля Гоулман «Emotional Intelligence» («Емоційний інтелект»). Автор визначив емоційний інтелект як спосіб, метод і форму звернення людини з самим собою і оточуючими. Юнацький вік, згідно з П.М. Якобсоном та А.О. Реаном, надзвичайно значущий для розвитку емоційної сфери людини, це «критичний вік», оскільки в цей період закладаються основи емоційного життя, які стануть фундаментом його емоційності у більш зрілі роки. Основною характеристикою емоційного інтелекту у цьому віці є формування пізнавальних та професійних інтересів, які мають чітке емоційне забарвлення, пов'язане з планами на майбутнє і визначенням шляхів їх реалізації.

Мета: дослідити особливості емоційного інтелекту в юнацькому віці.

Матеріали та методи: Емпіричне дослідження проводилось серед студентів 5 курсу Хмельницького національного університету у кількості 50 осіб. Для виконання дослідження було використано методику оцінки емоційного інтелекту (Н. Холла), яка має на меті діагностувати емоційний інтелект як елемент емоційної компетентності та ментальних здібностей, які беруть участь в усвідомленні та розумінні власних емоцій і емоцій оточуючих. Результати дослідження відображаються в наступних шкалах: «емоційна обізнаність», «управління своїми емоціями», «самотивація», «емпатія», «управління емоціями інших людей». Значення кожної шкали можуть бути проявлені на 3 рівнях – високий, середній та низький. За отриманими результатами вираховується інтегративний рівень емоційного інтелекту.

Результати: Середній рівень отримали значення за шкалами: «емоційна обізнаність» (24%), «самотивація» (22%), «емпатія» (21%), «розпізнавання емоцій інших людей» (19%) та «управління своїми емоціями» (11%). Інтегральний рівень емоційного інтелекту становить 74%, що свідчить про його високий рівень. Такі студенти більш адаптивні і вони легше досягають своїх цілей при взаємодії з оточуючими.

Висновок: У процесі емпіричного дослідження було виявлено, що у даній групі досліджуваних переважає «емоційна обізнаність», що свідчить про усвідомлення і розуміння своїх емоцій, а також розуміння емоцій оточуючих. Середній рівень за шкалою «вміння розпізнавати емоції інших людей» свідчить про сформовану особистість, про уміння впливати на емоційний стан інших людей, а також про залежність від емоційного стану соціального оточення. Результати за шкалою «емпатія» характеризуються середнім рівнем співпереживання

емоційного стану інших людей, розуміння емоцій інших людей, а також готовності надати підтримку. Загальні високі показники розвитку емоційного інтелекту у юнаків свідчать про сформовану самосвідомість, навички усвідомлення своїх і чужих емоцій, вміння керувати ними та ефективно взаємодіяти з людьми.

М.А. Сичинська, О.М. Савельєва, К.М. Семененко, В.Ю. Хоменко
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Н.В. Раціборинська-Полякова (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Внаслідок бойових дій на території України та збільшення кількості постраждалих потребує вирішення проблема розладів адаптації у величезних груп людей: в першу чергу у військовослужбовців, населення територій ведення бойових дій, переселенців. Клінічна психодіагностика за допомогою комплексу експериментально-психологічних методик-тестів робить можливою оцінку функціонування як окремих сфер психічної діяльності, так і інтегративних утворень, які можуть виступати детермінуючими факторами виникнення різноманітних розладів та формування неконструктивних життєвих установок. Особлива актуальність дослідження розладів адаптації пов'язана не тільки з їх значним поширенням – 5-20% усіх амбулаторних пацієнтів, але й зі схильністю до хронізації процесу і фіксації симптомів у вигляді стійких змін особистості.

Мета: Визначити клініко-психопатологічні особливості переважаючих варіантів розладів адаптації у постраждалих в АТО

Матеріали і методи: Нами було обстежено 98 респондентів, які перебували на стаціонарному лікуванні в клінічних відділеннях Вінницького обласного клінічного госпіталю інвалідів війни внаслідок бойових травм, отриманих під час участі в АТО. Включення в методичний апарат дослідження конкретних тестів та відповідних їм експериментальних показників здійснювалось за такими критеріями: концептуальна обґрунтованість методів, висока валідність, психометрична надійність, а також можливість співставлення отриманих результатів.

Результати: В ході даного експериментального дослідження було встановлено ступінь вираженості афективних порушень у групі дослідження, визначено варіабельність даних та проведено статистично-математичний аналіз результатів обстеження. Було виявлено достовірну кореляцію між показниками ситуативної, особистісної, загальної психічної тривожності та депресивності, показників психічної активності, самопочуття, настрою та функціонального стану з самооцінкою по коефіцієнтам кореляції Пірсона та Спірмена ($P < 0,01$). Респонденти родом з міст, мали кращі показники, ніж мешканці маленьких містечок та сіл, що може бути пов'язано з більшою соціальною захищеністю, вищою вірогідністю влаштуватися на роботу після лікування.

Висновок: Таким чином на перший план у постраждалих в АТО на даному етапі виступають порушення афективної сфери. Когнітивний дефект може бути сформований пізніше через закріплення та прогресування органічних змін. А перехід розладу адаптації на поведінковий рівень буде пов'язаний з особистісними рисами та особливостями соціальної реадaptaції респондентів. Результати використаного нами психодіагностичного алгоритму відбивають структуру змін афективної сфери та певні особистісні предиспозиції у хворих з афективними варіантами розладів адаптації.

О.Р. Слюсар

СУБСКТИВНІ ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ТА РАНЬОМУ ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к.психол.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Відчуття самотності – це суб'єктивна реакція на невідповідність бажаного і досягнутого рівнів соціальних контактів, яка може не відповідати частоті і широті реальних контактів. Самотність - почуття, на формування якого впливає ряд суб'єктивних факторів (відсутність коханої людини, близьких друзів; відчуженість через нерозуміння з боку оточуючих; усамітненість). За В.Г.Лашук, рівень переживання почуття самотності визначає специфіку ставлення до оточуючих. На думку Л.П. Журавльової, імпліцитним базовим чинником суб'єктивних факторів самотності є нерозвинена емпатійність особистості. На переживання стану самотності впливають не стільки реальні стосунки, Підлітки та юнаки набагато частіше відчувають себе самотніми ніж дорослі. Це пов'язано з особливостями пубертатного віку що є періодом внутрішніх переживань та емоційних труднощів. Саме в цьому віці діти проявляють найбільшу конформність при взаємодії з однолітками, як спосіб уникнення самотності.

Мета: дослідити особливості суб'єктивного переживання самотності у підлітків та юнаків.

Матеріали та методи: емпіричне дослідження самотності здійснювалось за допомогою опитувальника

запропонованого Д.Расселом, Л.Попелу та М.Фергюсоном. Дослідження проводилось серед 30 учнів 9 класу, що становить підлітковий вік, та 28 учнів 11 класу, представників раннього юнацького віку.

Результати: В результаті проведеного дослідження було отримано наступні результати. Суб'єктивне переживання самотності серед учнів 11 класу у 75% проявлене на низькому рівні. Середній рівень самотності притаманний для 22%, та лише 3% юнаків суб'єктивно переживають високий рівень самотності. Щодо суб'єктивного переживання самотності підлітками було отримано наступні результати. Високий рівень проявлено у 13%, середній у 27% та низький у 60%. Як видно з результатів дослідження саме у підлітків, у порівнянні з юнаками, суб'єктивне переживання самотності виражено яскравіше.

Висновки: Підліток, який «страждає» від почуття самотності, часто відчуває себе не таким, як усі, і вважає себе непривабливою особистістю. Самотній дитині складно контактувати з соціумом, тому вона відсторонюється від нього. Їй властива імпульсивність, надмірна дратівливість, страх, неспокій, почуття фрустрованості, гіпертрофоване відчуття жалості до себе. Юнаки, на відміну від підлітків, адаптуючись до нової соціальної ситуації, набувають потрібного досвіду з налагодження задовільних стосунків, визначають пріоритети й таким чином долають почуття самотності. Вони емансипуються від батьків та освоюють нову соціальну роль, яка пов'язана з адаптацією до нового світу взаємин. Гостре переживання почуття самотності у підлітковому віці пов'язане з: складнощами процесу соціальної ідентифікації на етапі дорослішання; переживанням негативного ставлення до себе; втратою старих і відсутністю нових дружніх взаємин. Це свідчить про те, що переживання самотності розглядається як етап осмислення життя та стимулює підлітка до активного пошуку цікавого та змістовного спілкування.

М.Я. Собченко

РОЛЬ МЕТОДУ ВНУТРІШНЬОТКАНИННОЇ ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ В ПРОЦЕСАХ РЕІНЕРВАЦІЇ

Кафедра нервових хвороб

М.М. Прокопів (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,

м. Київ, Україна

Актуальність. Швидке відновлення організму після пошкодження нервів являється важливим принципом реабілітації. Зазвичай такі ушкодження супроводжуються тривалою втратою працездатності або навіть можуть завершуватися інвалідністю. Терміни відновлення функції нерва досить тривалими і становлять від 1 до 10 років.

Мета. Застосування реабілітаційних заходів, що прискорять реінервацію ушкоджених тканин. Останнім часом серед консервативних методів широко застосовується електростимуляція м'язів та нервів. Причинами незначного ефекту даної процедури було те, що точкою дії електричного струму являвся стовбур нерва, а точніше аксон та дендрити. Ріст та відновлення нерва регулюється клітинами розміщеними безпосередньо в спинному мозку. Отримуючи стимуляцію з периферії, нервові клітини активують ріст нервових волокон, але поступово їх відновлювальна функція зменшується і реінервація припиняється через недостатню стимуляцію з периферії.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз результатів застосування внутрішньо тканинної електростимуляції хребта серед 25 пацієнтів, що отримали травми кінцівок з ушкодженням середнього та ліктьового нерва в нижній третині передпліччя результати експериментального дослідження на тваринах.

Результати. В умовах електростимуляції відбувається значне прискорення росту осевих циліндрів з диференціацією нервових волокон. Забезпечується підведення електродів до спинного мозку через кісткову тканину, дуги хребців; встановлення голок в між остист у зв'язку хребта на рівні нервових клітин пошкодженого нерва. Важливим являється становлення оптимальних параметрів дії електричного струму. Пасивний електрод фіксується на шкіру в проекції ушкодженого нерва. Крайній ефект відмічається при проведенні курсу з 10-15 процедур, тривалістю по 40-50 хв.

В результаті лікування, повне відновлення рухової функції відмічалось у 18 хворих з 25 (72%), а повне відновлення поверхневої чутливості - у 13 (52%).

Висновки. При порівняльному аналізі ефективності лікування пацієнтів традиційними методами та електростимуляцією хребта виявлено, що при застосуванні останнього методу, терміни відновлення нерва скорочуються в 4-5 разів. Така ефективність реінервації досягається завдяки активації функції нервової клітини за допомогою фізіологічних параметрів електричного струму, який підводиться безпосередньо до дуги хребця на рівні ураження. Тривала електростимуляція - ефективний та безпечний метод впливу для відновлення функціонального стану периферичних нервів.

С.Р. Сорбало

ТРИПОФОБИЯ. МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ?

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

С.В. Черначук (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Психологів давно не дивує той факт, що людина здатна відчувати страх від чого завгодно. Тому

дуже важливо «знати свій страх в лице» для того, щоб подолати.

Мета: Метою нашого дослідження було визначити, чи є насправді трипофобія, а також її поширеність серед населення.

Трипофобія була виявлена на початку 2000-х років медичними фахівцями Оксфордського університету А.Уілкінсом та Дж.Коулом. Офіційно під трипофобією розуміють боязнь «кластерних» отворів. У деяких випадках цим же терміном позначають страх дірок, порожнин, нарізів на шкірі тощо. Люди відчувають почуття відрази і страху, коли вони бачать об'єкти з великою кількістю маленьких отворів, зібраних в одному місці. Їх прикладом можуть служити бджолині стільники або мурашник. Слід зауважити, що медицина офіційно поки не визнала цю фобію. За припущенням вчених, ця хвороба - найпоширеніша фобія на Землі. Першовідкривачі фобії вважають, що її причина - біологічний страх перед отруйними рослинами і тваринами, які часто бувають покриті візерунком з кіл. З цієї точки зору нескладно пояснити підсвідомий страх перед безліччю отворів - первісна людина також боялась ос, отруйних тварин і комах, які живуть у норах. «Схема» реагування на подібні об'єкти була закладена ще в ті часи, коли практично будь-який отвір в землі, скелі або дереві могли приховувати небезпеку для людини. Ну а бджолиний вулик або гніздо ос взагалі є своєрідним «зразком» кластерних отворів. Дослідники стверджують, що перші наукові дослідження трипофобії показують, що реакція швидше за все заснована на біологічній відразі, а не страху. У статті, написаній Вілкінсом і Коулом описується, що реакція заснована на відповіді мозку асоціаціям, які пов'язують форми з небезпекою. Типи форм, які викликають дану реакцію було включено: «кластерні отвори в шкірі, м'ясі, дереві, рослинах, коралах, губах, цвілі, сухих стручках, насінні і сотах», спостерігаючи їх, певні особи, які страждають трипофобією, відчувають, «мурашки по тілу, тремтіння, свербіж та фізичну втому». Деякі зазначені причини цього страху в тому, що отвори здаються «огидними і величезними», або бояться, що вони «можуть впасти в ці отвори», або «щось може жити всередині цих отворів».

Матеріали та методи: Серед студентів ВНМУ було проведено опитування, метою якого було встановити, чи дійсно така патологія є реальною та визначити її прояви.

Результат: Серед 46 опитаних людей 13 з них дійсно відчувало деякі симптоми, які описували нам британські вчені: відразу, почуття дискомфорту, свербіж а також «мурашки по тілу».

Висновок: В ході дослідження ми встановили, що трипофобія абсолютно реальне захворювання, яке підлягає більш досконалому вивченню, аналізу, а також пошуку ефективних методів лікування.

С.О. Сучок, Т.М. Хлипняч, Н.М. Амс

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ НА ТЛІ ПІДВИЩЕНОЇ ТРИВОЖНОСТІ

Кафедра нервових хвороб

Г.С. Московко (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Зміни у емоційній та ефекторно-вольовій сфері, які супроводжуються вегетативною симптоматикою є частою причиною звернень до лікарів загальної практики. Надмірна тривожність, депресивні стани, що виникають в осіб молодого віку, негативно впливають на баланс вегетативної нервової системи, зумовлюючи зниження працездатності та якості життя.

Мета: Аналіз вегетативних змін у осіб з підвищеною та нормальною тривожністю; встановити наявність кореляційного зв'язку між окремими вегетативними симптомами, рівнем тривожності та змінами ВСР за допомогою методу пульсометрії.

Матеріали та методи: у дослідженні взяли участь 42 студенти ВНМУ імені М.І. Пирогова віком від 19 до 22 років. Було сформовано дві групи: досліджувана – 28 осіб з наявністю вегетативних проявів, та контрольна – 14 осіб з їх відсутністю. Дослідження включало аналіз даних наступних шкал: HADS (субшкала депресії та тривоги), Спілберга (субшкала особистісної та ситуативної тривожності), Бека, а також проведення варіаційної пульсометрії з використанням програми «КардіоЛаб».

Результати: 1. Середні показники за субшкалою тривоги HADS у досліджуваній групі склали $7,25 \pm 0,55$; у контрольній $5,1 \pm 0,76$. Встановлена достовірна різниця між групами з наявністю та відсутністю вегетативних проявів і рівнем тривожності ($p = 0,05$).

2. За шкалою депресії Бека достовірних відмінностей не виявлено ($p = 0,05$).

3. Середні показники субшкали особистісної тривожності Спілберга: контрольна група - $40,71 \pm 2,05$; досліджувана - $47,81 \pm 1,59$; ситуативної: контрольна група - $35,92 \pm 2,63$; досліджувана – $44,0 \pm 2,01$. Встановлена достовірна різниця між групами з наявністю та відсутністю вегетативних проявів і рівнем особистісної та ситуативної тривожності ($p = 0,05$).

4. За результатами варіаційної пульсометрії зв'язку між рівнем тривожності та ВСР не виявлено.

Висновки: Підвищений рівень тривожності зумовлює появу вегетативних симптомів, зокрема: головного болю, запаморочення, тремтіння, серцебиття, підвищеної пітливості, нудоти, агресивності. Тому, важливо при наявності даних симптомів звертати увагу на стан ефекторно-вольової сфери, використовуючи стандартні шкали діагностики рівня тривожності, що дозволить вчасно провести необхідну корекцію та відновити баланс складових вегетативної нервової системи.

К.В. Терешко, М.І. Шулякова, О.С. Кулинська, В.Ю. Хоменко
**ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА СИСТЕМА
ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ РОБОТИ З НИМИ.**

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний госпіталь інвалідів війни

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Всім хотілося б вірити, що із закінченням війни для її героїв настає нове прекрасне життя. Але насправді переможці на полі бою програють боротьбу з бойовим посттравматичним синдромом. Це стресовий розлад, що руйнує життя до 20% ветеранів. Страх смерті, втрата бойових товаришів та почуття провини підривають навіть найміцнішу психіку. БПТС - посттравматичний синдром, «в'єтнамський синдром», «афганський синдром», «східний синдром» - важкий психічний стан, різновид розладу адаптації, що виникає в результаті поодинокі або повторюваних психотравмуючих ситуацій, як, наприклад, військові дії. При БПТС проявляється група характерних симптомів, таких як часте повторне нагадування, уявлення і переживання травматичних стресових ситуацій, уникання спогадів або їх випадіння стосовно травмуючих подій та високий рівень тривожності, які зберігаються більше місяця після психологічної травми. Підраховано, що кількість тих, хто гине в перші 10 років після закінченні війни, перевищує кількість загиблих впродовж бойових дій.

Мета: Аналіз характеру розладів адаптації учасників АТО та методичні підходи щодо їх лікування.

Матеріали та методи: З вересня 2015 року по лютий 2016 року нами було проведено дослідження афективних проявів та адаптивних можливостей з подальшою психокорекцією та ретестуванням групи учасників бойових дій, що знаходились на стаціонарному лікуванні у ВОКГІВ. В дослідженні були використані: соціально-демографічний та клініко-анамнестичний методи, клінічне інтерв'ю, комплексне дослідження клініко-патопсихологічних параметрів розладів адаптації за допомогою блоку методик для визначення емоційної стійкості, актуального психічного стану та особистісних характеристик, а також методики виявлення ПТСР.

Результати: У всіх обстежених були виявлені психопатологічні ознаки, характерні для афективного варіанту розладів адаптації, а також у 45% були виражені прояви ПТСР: повторні настирливі болісні спогади про подію; повторні неприємні сни про подію; почуття та поведінка такі, наче травматична подія відбувається знову; сильний психологічний та фізичний дискомфорт при зіткненні із будь-якими натяками, що символізують чи нагадують про обставини травматичної події. Ретестування після проведеної групової психокорекції показало значне покращення стану респондентів.

Висновки: Адекватність лікувальної тактики постраждалих під час бойових дій в значній мірі зумовлюється вчасною диференціацією варіанту стресового розладу, який є передумовою формування різних варіантів розладів адаптації. Після чого можливо обрати відповідні лікувальні заходи.

Т.О. Токарський

РЕМІСІЇ ПРИ РЕКУРЕНТНОМУ ДЕПРЕСИВНОМУ РОЗЛАДІ (ТИПОЛОГІЧНА ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ)

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

А.А.Бойко. (д.мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними різних епідеміологічних досліджень, ризик розвитку депресивного епізоду, що викликає соціальну дезадаптацію, що зумовлює актуальність дослідження.

Мета: Метою даного дослідження є клініко-психопатологічний аналіз ремісій при рекурентній депресії з визначенням їх формалізованих параметрів і клінічної структури.

Матеріали та методи: Об'єктом даного дослідження є 27 пацієнтів санітарно-курортного відділення ВОПЛ № 2, віком $45,4 \pm 13,3$ років), які страждають рекурентним депресивним розладом з верифікованими ремісіями на момент обстеження або в анамнезі.

Для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу) була застосована госпітальна шкала тривоги і депресії. Для більш детальної кваліфікації стану та відстеження його подальшої динаміки була застосовувана шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS), шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS).

Результати: У результаті аналізу вибірки дослідження (27 обстежених) встановлена поширеність верифікованих ремісій при уніполярній депресії, яка склала 40,7 % (11 з 27 обстежених). При цьому поширеність верифікованих симптоматичних і синдромальних ремісій склала 29,6 % і 11,3 % відповідно (8 і 3 обстежених).

Вік більшості – 72,7 % (8 обстежених) - пацієнтів відноситься до періоду високої соціальної активності, відносна збереження якої, не дивлячись на наявність рецидивуючого психічного захворювання, підтверджується показниками шлюбного, освітнього та професійного статусу. Так, більше половини - 63,6 % (7

обстежених) - пацієнтів вивченої вибірки, на момент обстеження, перебувають у шлюбі, причому у більшості з них – 71,4 % (5 обстежених) - шлюб був єдиним.

Статистичних відмінностей між синдромальними і симптоматичними ремісіями не виявлено: середня тривалість проаналізованих світлих проміжків значно варіювала і знаходилася в межах 2,6 - 8,3 років.

Висновки: 1) Ремісії, що формуються при рекурентному депресивному розладі характеризуються значною поширеністю. При домінуванні в їх складі симптоматичних над синдромальними, у співвідношенні 3:1. 2) У формуванні ремісій (симптоматичних / синдромальних) беруть участь прояви як рекурентної уніполярної депресії, так і конституційно обумовлених аномалій, за механізмами коморбідності афективних і патохарактерологічних розладів. 3) Клінічна картина симптоматичних ремісій- поліморфна і визначається залишковими циклотимічними і патохарактерологічними симптомокомплексами.

О.О. Токарчук, Т.В. Секрет

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ЛЕЙКОЗОМ

кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Серед дітей смертність від онкологічних захворювань, особливо від лейкозів знаходиться на другому місці в структурі причин смертності. Найчастіше у дітей (95%) випадків зустрічається гострий лімфобластний лейкоз (ГЛЛ). Хоча сьогодні доведена ефективність поліхіміотерапії та опромінення у лікуванні ГЛЛ, проте лікування недостатньо знижує рівень смертності та продовжує тривалість життя хворих дітей. Клінічна картина захворювання досить часто корелює зі змінами різних аспектів психічного. Психосоматика є однією із доволі нових та перспективних галузей медичного знання. І хоча досі не доведені безсуперечні моделі формування соматичних захворювань під дією психічних факторів, проте підтверджена достовірна кореляція між наявністю соматичної хвороби та певними психічними порушеннями.

Мета: Проаналізувати зв'язок між соматичним станом хворих на ГЛЛ, гематологічними показниками та психічним статусом хворих. Сформувати «психосоматичний портрет» ГЛЛ.

Матеріали та методи: Нами проаналізовано дані дослідження «PsychologicalRiskFactorsinAcuteLeukemia» (GouvaM., DamigosD., 2009 p., UniversityofIoannina - MedicalSchool, Ioannina, Greece). А також зроблено аналіз даних 70 медичних карт стаціонарних хворих, що проходили лікування з приводу гострого лімфобластного лейкозу на базі онкогематологічного відділення ВОДКЛ у 2015 р., проаналізовано зв'язок між гематологічними показниками та психічним статусом хворих.

Результати: Згідно вказаного вище дослідження ключовими психологічними факторами ризику гострого лейкозу у дітей є: надзвичайно близькі стосунки і згуртованість всередині сім'ї, конфліктні і агресивні стосунки в сім'ї, стан тривоги, алекситимія, а також почуття провини. Факторами, що зменшують ризик достовірно є: достатнє емоційне вираження, високий рівень моральності та релігійності. На основі вивченого нами клінічного матеріалу було виявлено 7 хворих, які проходили консультацію у психіатра, з них 1 хворому виставлено тривожно-субдепресивний розлад, 6 – астенічний синдром. У всіх хворих, у яких діагностовано розлади психіки, виявлено різку лейкопенію та явища мієлосупресії, що розвивались на фоні поліхіміотерапії (з них у 1 хворого – на рівні $0,3-0,6 \cdot 10^9$ /л, у 6 – на рівні $1,0-1,7 \cdot 10^9$ /л). У хворих з рівнем лейкоцитів вище $2,0 \cdot 10^9$ /л не відмічалось виразних змін у психічному статусі, проте відмічались окремі прояви астенічного синдрому (найчастіше зустрічались когнітивні зниження, мотиваційні та емоційні розлади).

Висновки: Психологічними факторами ризику розвитку ГЛЛ за даними GouvaM. і DamigosD. є: надзвичайна згуртованість сім'ї, конфлікти всередині сім'ї, алекситимія, відчуття тривоги, провини. Нами було виявлено взаємозв'язок між виразністю порушень у психічному статусі хворих та рівнем лейкоцитів у периферичній крові у хворих на ГЛЛ виявлено прямий зв'язок (чим більш виражені порушення – тим нижчий рівень лейкоцитів).

С.М. Фала

РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ (КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ, ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ)

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

О.О. Белов (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Розлади адаптації (РА) виявляються у 14-21% студентів вищих навчальних закладів (ВНЗ). Медичні ВНЗ (МВНЗ) відрізняються підвищеною інтенсивністю навчального процесу та значним обсягом інформаційного навантаження, що створює високий ризик дезадаптації.

Мета. Дослідити клініко-психологічні особливості та закономірності копінг-поведінки при різних формах РА у студентів МВНЗ.

Матеріали та методи. Обстежено 86 студентів III, IV та V курсів спеціальності «лікувальна справа» (72 чол.) та «медична психологія» (14 чол.), (33,7% чоловіків та 66,3% жінок, середній вік 20,6±1,5 роки) з використанням скороченого багатфакторного опитувальника особистості, шкал реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності С. Spilberger у модифікації Ю. Ханіна, тестукопінг-поведінки S. Norman та ін. у адаптації Т. Крюкової, та спеціально розробленої анкети.

Результати. У 19,7% студентів ознаки дезадаптації були відсутні, у 36,1% виявлено латентний рівень дезадаптації, у 33,7% – дезадаптивні пертурбації, у 10,5% – ознаки стійкої дезадаптації. Субклінічний рівень дезадаптації виявлений у 54,7% обстежених, у 22,1% наявні розлади пристосувальних реакцій, у 3,5% – ознаки стійкої невротизації. За клініко-синдромологічною структурою переважали тривожно-депресивні прояви (43,1%), рідше спостерігалися тривожно-фобічні (23,2%) та депресивні (14,0%) прояви. У профілі особистості студентів з дезадаптивними проявами у порівнянні з респондентами без ознак дезадаптації домінували ознаки депресивних (50,9±10,4Т проти 35,4±4,0Т, $p<0,01$) та психастенічних (55,1±10,9Т проти 35,8±6,4Т, $p<0,01$) проявів, а також іпохондричні тенденції (54,0±10,4Т проти 45,3±7,6Т, $p<0,01$) і прояви емоційної лабільності (51,8±10,9Т проти 39,5±5,3Т, $p<0,01$). Рівень ОТ та РТ у студентів з ознаками дезадаптації був значуще вищим: відповідно 41,7±4,6 балів проти 35,9±4,3 бали ($p<0,01$), та 38,6±3,5 балів проти 32,8±2,8 балів ($p<0,01$). Студенти без ознак дезадаптації використовують переважно конструктивні копінг-стратегії, спрямовані на вирішення задачі (88,2%, $p<0,05$), студенти з латентними РА – стратегії уникнення (32,2%, $p<0,05$), а студенти з клінічними формами РА – поведінку, орієнтовану на емоції (37,9%). В цілому студенти медико-психологічного факультету виявляли дещо менші ознаки дезадаптації, однак, розбіжності були статистично не значущими. Серед актуальних стресорів найчастіше виявлялися напружене навчання (45,4%), конфлікти у сім'ї (17,4%) та конфлікти з однолітками (12,8%). У 67,3% студентів психоемоційні стреси є періодичними, у 18,6% респондентів – частими, і у 8,2% – постійними. У 2,2% студентів психоемоційний стрес є надмірним, у 19,8% – потужним, у 47,7% – помірним, у 25,6% – слабким і у 4,7% – дуже слабким.

Висновки. Поширення дезадаптивних станів серед студентів МВНЗ є значимим, при цьому у переважній більшості розлади адаптації мають латентний та субклінічний характер, з домінуванням тривожно-депресивних проявів та неконструктивних копінг-стратегій.

С.М. Фала, Ю.Г. Мельник

ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ СЕБЕ ПСИХІЧНО ХВОРИМИ ЯК ЧИННИК ЇХ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема адаптації психічно хворих у соціумі є доволі актуальною, оскільки кількість людей з розладами психіки збільшується. Досить часто самі хворі ускладнюють свою соціалізацію тим, що вважають себе людьми «третього сорту», яких «не візьмуть на достойну роботу» незалежно від їх кваліфікації та стану здоров'я, які не зможуть влаштувати особисте життя, бо «кому вони такі потрібні». Таким чином утворюється порочне коло: через хибні уявлення про себе, про ставлення з боку соціуму - людина саму себе обмежує геть не в усіх проявах життя. Тобто відбувається процес стигматизації.

Мета: Виявити особливості сприйняття психічно хворими самих себе, свого положення в соціумі, можливостей самореалізації особистісної та професійної, відношення пересічних громадян до себе та порівняти ці дані з думкою пересічних громадян.

Матеріали і методи: Зроблено аналіз і систематизація джерел літератури та проведено опитування з метою виявлення рівня стигматизації 30 осіб віком від 21 до 50 років: 15 - психічно хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні у відділенні № 7 ВОПНЛ імені О.І.Ющенка з діагнозами шизофренія, біполярний афективний розлад й інші та групи з 15 пересічних громадян.

Результати: Опитування пацієнтів ВОПНЛ показало, що в більшості випадків вони не відмічають погіршення відношення до них з боку суспільства ні у спілкуванні, ні в питаннях стосовно роботи (у відповідності до освітнього рівня, кваліфікаційних вимог) чи отримання освіти, отримання лікування, але самі постійно очікують негативного ставлення саме через хворобу, самі собі створюють обмеження у реалізації своїх потреб та самореалізації. Що ж стосується опитування пересічних громадян воно виявило, що більшість не має в колі свого спілкування осіб з психічними розладами, має місце певна насторога та нерозуміння, які в той же час поєднуються зі співчуттям. За цими відповідями чітко простежується низька обізнаність у суспільстві стосовно психічних розладів.

Висновок: Отже, у соціумі існує певна насторога до психічних захворювань. Але в більшості випадків її формують самі хворі з психічними розладами, які вважають себе не здатними до зайняття керівних посад, створення сім'ї та виховання дітей, здобуття фінансової незалежності.

Д.В. Федоряка
АНОРЕКСІЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА
Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти
Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: все частіше і частіше нам доводиться стикатися з захворюванням, яке стало «популярним» за останні 30 років. Що таке анорексія? Які причини її виникнення і наскільки вона небезпечна? Згідно невтішних даних статистики, близько 1,2% жінок (з них 80% дівчата у віці 12-26 років) і 0,29% серед чоловіків молодого віку – жертви анорексії. На жаль, цей показник щорічно збільшується. В останні роки став широко відомим науковий термін, що описує таку тенденцію як «анорексичний вибух в популяції». Є ще більш сумні факти: смертність при відсутності ефективного лікування досягає 20-35%! Таким чином, кожен п'ятий хворий помирає від усвідомленого виснаження організму. Що саме змушує людей зважитись на цей крок?

Мета: Встановити причинно-наслідковий зв'язок між впливом модельної індустрії, соціальних стандартів, виховання та формуванням викривленого образу свого «Я» та провести аналіз особливостей психіки осіб з груп ризику.

Матеріали та методи: аналіз джерел літератури і останніх даних щодо захворюваності на анорексію в Україні та світі

Результати: Anorexia nervosa є серйозним захворюванням, яке може бути небезпечним для життя. При правильному лікуванні пацієнти після закінчення терапії продовжують нормально харчуватися і додавати у вазі, але бувають і рецидиви. Базова терапія анорексії – психологічна допомога, підтримка, корекція нав'язливих станів, відволікання психіки від зацікленості на зовнішності, вазі і їжі, позбавлення відчуття неповноцінності, розвиток особистості та її поваги до себе, здатності приймати себе і світ навколо. Аналіз фахових видань свідчить, що для пацієнтів підлітків більш необхідна сімейна психотерапія, ніж індивідуальна.

Висновки: У зв'язку з поширенням даного захворювання спостерігається розгляд цієї проблеми на державному рівні в країнах ЄС, у США та Канаді, однак в Україні система надання допомоги таким хворим та групам ризику поки що на етапі формування. Таким чином, надзвичайно важливими є заходи на державному рівні, а саме розробка профілактично-просвітніх заходів для підлітків та осіб молодого віку та популяризація здорового способу життя серед молоді.

І.В. Циганкова
ДЕПРИВАЦІЯ СНУ ЯК ПРИЧИНА РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ
Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти
Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Ще нещодавно сон був загадкою навіть для найкращих науковців світу. На сьогодні вже визначено важливість сну для людини. Скарги на непорядкованість сну (інсомнія, гіперсомнія та парасомнії) є одними з найбільш поширених серед населення світу. В комплексному епідеміологічному дослідженні Бікслер представив такі дані: скарги на безсоння -32,2%, на гіперсомнію -7,1%, нічні кошмари у 11,2%, сомнабулізм - 2,5% від загалу населення. Також опитування показало, що у 40 % людей, які страждали безсонням та у 41,5% людей з гіперсомнією є розлади психіки, порівняно з 16,4 % людей з психічними порушеннями, які не мали скарг на порушення сну.

Мета: Визначити як саме впливає сон на психічне здоров'я, для подальшої профілактики розвитку ментальних захворювань.

Матеріали та методи: Аналіз літератури щодо впливу розладів сну на виникнення симптомів психічних розладів та матеріалів наукового дослідження, проведеного групою вчених Гарвардського медичного університету, яке полягало в дослідженні 26 здорових студентів віком від 25 до 31 років, частина яких спала без сну, в той час, як інша половина не засипала протягом певного часу. 14 досліджуваних провели 25 годин всю ніч, в той час, як інша половина не засипала протягом певного часу. 14 досліджуваних провели 25 годин без сну, перед тим, як їм провели МРТ мозку, під час якого їм показували 100 зображень різного змісту, від найменш до найбільш тривожних. Найбільшу увагу дослідники приділяли мигдалевидному тілу, яке відповідає за формування емоцій людини.

Результати: Було виявлено, що під час перегляду безпечних зображень лінія активності мигдалевидного тіла була однаковою серед представників обох груп. Але, коли зображення на малюнках ставали більш жахливими, активність мигдалевидного тіла серед представників групи депривації сну, стала вищою на 60% відносно активності серед представників нормального населення. Більше того, в мозку з депривацією сну в 5 разів більше нейронів було задіяно в передачі нервового імпульсу. За даними МРТ у нормальних учасників,

мигдалевидне тіло мало зв'язок з медіальною частиною префронтальної кори. В мозку, залишеному без сну, мигдалевидне тіло встановило зв'язок з блакитною плямою, яка секретує норепінефрин, який викликає більш агресивні типи реакцій на подразнення ззовні.

Висновки: Таким чином, дослідження медичної лабораторії Гарвардського університету показали, що саме недостатність сну призводить до порушень мозкової діяльності і, як наслідок, психічних порушень, а саме: медіальна частина префронтальної кори головного мозку робить нас більш раціональними, цей вплив на мигдалевидне тіло, втрачається в умовах відсутності сну. Внаслідок чого людина здатна відчувати швидку зміну емоцій. Ці дослідження підкреслюють важливість лікування саме розладів сну для того, щоб уникнути виникнення психічних порушень.

Д.О. Цирульник.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ І РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ

Кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти

А.А. Бойко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В усьому світі і, зокрема, в Україні, існують значні групи населення, що, зазнавши впливу різних екстремальних подій, мають різні психічні порушення, у тому числі посттравматичні стресові розлади (ПТСР) і розлади адаптації (РА). Особлива актуальність дослідження цих психічних розладів пов'язана не лише з їх значним поширенням, але й зі схильністю до хронізації процесу і фіксації симптомів у вигляді стійких змін особистості.

Мета: Вивчити клініко-психопатологічні особливості і патопсихологічні характеристики хворих на ПТСР і РА. Визначити типи перебігу цих розладів у осіб, що пережили різні екстремальні події.

Матеріали та методи: Здійснено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 87 осіб (38 чоловіків і 49 жінок віком від 18 до 50 років), у яких внаслідок травматичних подій виникли психопатологічні порушення, що згідно з МКХ-10 відповідають діагнозу "Посттравматичний стресовий розлад" (F 43.1) і "Розлад адаптації" (F 43.2).

Результати: Аналіз особливостей клінічної картини ПТСР дав змогу виокремити такі клінічні варіанти посттравматичного стресового розладу у пацієнтів: тривожний (21,33 %), астеничний (20,03 %), дисфоричний (19,64 %), іпохондричний (15,95 %), соматоформний (16,25 %) та змішаний (5,77 %). Виділено також два основні клінічні варіанти розладу адаптації: афективний (81,77 %) і поведінковий (18,23 %). На підставі вивчення особливостей і закономірностей динаміки клінічної симптоматики ПТСР було виділено декілька типів подальшого перебігу захворювання, а саме: прогресивний (19,64 %), стабільний (46,45 %), регресивний (33,89 %). Було визначено, що розлади адаптації також мали різні варіанти перебігу клінічної симптоматики: найрідше зустрічався прогресуючий з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми (20,23 %), рецидивуючий (36,18 %). Варіантами розвитку даного типу перебігу є або його трансформація в прогресуючий тип перебігу, або одужання; регресивний (43,59 %).

Висновки: На основі аналізу клініко-психопатологічних особливостей 39 хворих на ПТСР і 48 пацієнтів з РА визначили клінічні варіанти цих психічних розладів, а також типи їх перебігу. Визначено основні клінічні варіанти ПТСР: тривожний, астеничний, дисфоричний, іпохондричний, соматоформний, змішаний; визначено два основні клінічні варіанти РА: поведінковий і афективний. Охарактеризовано типи перебігу посттравматичних стресових розладів: прогресивний, стабільний та регресивний; визначено типи перебігу розладів адаптації: прогресуючий з трансформацією в інші нозологічні форми, рецидивуючий та регресивний.

О.С. Цициліна

ВПЛИВ СТАТТІ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО РИЗИКУ ОСОБИСТОСТІ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

Кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти

І.С. Потоцька (к. психол. н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Розкриття основного змісту та проблеми «ризик» в цілому може сприяти покращенню та більш глибокому розумінню основних процесів життєдіяльності людини в сучасних умовах її буття, оскільки ризикована поведінка визначається не стільки темпераментальними характеристиками, скільки певними особистісними чинниками. До цих чинників можна віднести і агресивну поведінку, яка є яскраво вираженою у підлітковому та ранньому юнацькому віці. Ризик в контексті психологічних властивостей людини це дія навмання, яка вимагає сміливості, відваги, надії на щасливий результат. Саме в юнацькому віці дана поведінка проявляється найчастіше. Дослідженню статевих відмінностей у схильності до ризику присвячено багато наукових робіт, які і підтверджують наявність таких відмінностей. Нами було вирішено провести емпіричне дослідження статевих відмінностей схильності до ризику саме у осіб юнацького віку.

Мета: порівняти готовність до ризику між особами чоловічої та жіночої статі.

Матеріали та методики: Емпіричне дослідження проводилось серед студентів 3 курсу Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова та Вінницького національного технічного університету в загальній кількості 40 осіб віком від 19 до 21 року. Дана вибірка включала в себе осіб як чоловічої (24 особи) так і жіночої статі (16 осіб). У дослідженні була використана методика визначення рівня схильності до ризику Шуберта. Результати дослідження відображають схильність до ризику на таких рівнях як «низький», «середній» та «високий».

Результати: За даними нашого дослідження було отримано наступні результати: серед досліджуваних найбільш проявленим є середній рівень схильності до ризику, як у осіб чоловічої, так і у осіб жіночої статі. Але було виявлено деякі статеві відмінності: у осіб чоловічої статі, рівень ризику був на середньому рівні, з наближенням до високого (85,1%), а у досліджуваних жіночої статі навпаки – з наближенням до низького (65,7%). Такі дані свідчать про те, що схильність до ризику особистості залежить від статі опитуваних.

Висновки: Отримані нами результати засвідчують незначні відмінності у схильності до ризику у представників чоловічої та жіночої статі в юнацькому віці. На нашу думку, це пов'язано саме з віковими особливостями, адже в юнацькому віці, а особливо під час навчання у вищому навчальному закладі, їх діяльність є аналогічною: студенти навчаються, здають іспити та заліки, проходять практику, отримують досвід ефективного спілкування з дорослими не залежно від їх статі, що і проявляється в більш-менш однакової схильності до ризику. Виходячи з отриманих результатів дослідження нами висунута гіпотеза про те, що статеві відмінності схильності до ризику будуть більш проявлені серед осіб зрілого віку, а саме в період молодості.

І.Ю.Шеметюк

ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ «НАТАЛІЗУМАБУ» НА ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ ТА АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ

Кафедра неврології

З.І. Заводнова (к.мед.н., ас.)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

м.Київ, Україна

Актуальність. Розсіяний склероз - хронічне прогресуюче демієлінізуюче захворювання центральної нервової системи. По мірі заглиблення розуміння процесів патогенезу хвороби появляється все більше «мішеней» для терапевтичної дії. Зараз широко в лікуванні використовуються гуманізовані моноклональні антитіла, що направлені на специфічні антигени.

Мета. на підставі аналізу літературних джерел провести оцінку впливу препарату «Наталізумабу» (Тізабрі) на пацієнтів із розсіяним склерозом та виявити його основні побічні ефекти.

В основі механізму дії моноклональних антитіл лежить інгібування одного з основних етапів патогенезу розсіяного склерозу - взаємодії з ендотеліальними клітинами і міграції лімфоцитів через гематоенцефалічний бар'єр. Першим препаратом, який пройшов клінічні обстеження, став наталізумаб - гуманізоване моноклональне антитіло, що зв'язується з $\alpha 4$ -субодиницею людського інтегрину і експресується на поверхні всіх лейкоцитів, за виключенням нейтрофілів.

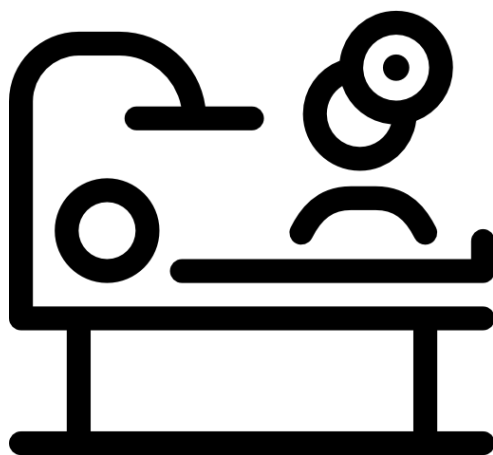
Побічними ефектами на терапію є реакція на інфузію, реакції гіперчутливості, інфекції(простий і оперізуючий герпес), в тому числі опортуністичні.

Одним із побічних ефектів терапії є прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія (ПМЛ), яка виникає в результаті активації вірусу Джона Каннінгема (JC). При цьому відмічається дифузна неухильна запальна демієлінізація із формуванням зливних вогнищ у білій і сірій речовині головного мозку. Були проведені дослідження, в якому взяли участь 242 пацієнтів, які отримували цей препарат. Ризик розвитку ПМЛ склав 2,36:1000. Із цих 242 пацієнтів, що захворіли на ПМЛ, 78,5% вижили, 21,5% померли. У більшості виживших пацієнтів залишається грубий неврологічний дефект, що проявляється тріадою симптомів: когнітивні розлади, порушення зору і рухові порушення. Тому головною умовою після початку застосування препарату слід контролювати рівень антитіл.

Деякі дані свідчать, що після відміни тізабрі загострення розсіяного склерозу становиться тяжчим, з більшою кількістю нових і контрастуючих вогнищ. У Франції був проведений аналіз активності розсіяного склерозу у 577 пацієнтів протягом 12 місяців після припинення (з різних причин) введення тізабрі. За час спостереження у 50% хворих були загострення, які в більшості розвивались на 3-5 місяць після припинення, однак частота їх така ж, як і за 12 місяців до початку лікування тізабрі.

Висновки. дослідження доказали клінічну і радіологічну ефективність наталізумабу як препарату другої лінії у JC -негативних пацієнтів, який модифікує агресивний перебіг хвороби . А для уникнення серйозних опортуністичних інфекцій слід проводити динамічні регулярні обстеження пацієнтів, що приймають наталізумаб.

ХІРУРГІЯ



SURGERY

O.-G.S.Balagush I.V.Muzyka
THE TREATMENT OF KERATOCONUS THROUGH THE METHOD OF CROSSLINKING

Department of Ophthalmology FPGE

N.A.Martinek (assist.)

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

Lviv, Ukraine

Goal. To determine the efficiency of the keratoconus treatment through the method of crosslinking; to research the impact of the method on the cornea structure.

Materials and methods. There has been conducted the analysis of 184 outpatient care cards with various stages of keratoconus who had been subject to treatment at the "Vizex" clinic during the time period from 2010 to January 2016. All the patients underwent standard ophthalmological examinations: visometry, refractometry, bio-microscopy, interior segments analysis and optical tomography of the eye anterior segment with the help of Zeiler's lamp using low intensity ultraviolet irradiation of the A spectrum of 340 nm wave length, 5,4 J/cm² during 30 minutes. Prior to this procedure, there has been carried out the application of the 40% ethyl alcohol solution and the cornea was saturated with the photo mediator, i.e. 0,1% riboflavin solution. At the core of the method there is the chemical reaction of photo-polymerization of the cornea collagen fibers emerging as the result of the combined effect of the photo-sensitive substance (0,1% riboflavin solution) and low intensity ultraviolet irradiation. In the meantime, the riboflavin molecule breaks down releasing transient free radicals of oxygen. The latter activate amino acids in the collagen molecules thus facilitating the creation of the additional cross-bridges between them.

The findings. All the patients achieved the process stabilization: no cornea thinning, its central segment flattening, refractability and astigmatism level decrease which have been proved by the interior segments analysis. Steady improvement of the functions was noticed in 2-4 weeks: there appeared correction, sight acuteness without correction increased by 2 rows in average. Better indices were noticed at the early stages of keratoconus.

Conclusions. 1. The application of the crosslinking method helps to terminate the keratoconus progress through increasing of the corneal mechanical elasticity, to decrease corneal curvature and the astigmatism level, to improve the functions of the eyesight. 2. The method of crosslinking is a new minimally invasive method of keratoconus treatment that allows avoiding surgical interference and serves as the alternative method of the cornea transplantation.

K.V. Marchuk, MucheneKevinKachara, S.S. Gusakovskyy, A.P. Maistruk, O.V. Gorovyy

**ANALYSIS OF RESULTS THE SURGICAL TREATMENT VESICOVAGINAL AND URETEROVAGINAL
FISTULAS**

Course of Urology, Department of Surgery №1

V.I.Gorovyy (Ph.D., ass.)

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University

Vinnitsa, Ukraine

Actuality: Development of vesicovaginal or ureterovaginal fistulas are the hard and tragical complications after gynecologic or obstetric operations.

Aim: Analysis of results the surgical treatment vesicovaginal and ureterovaginal fistulas.

Material and methods: For the last 20 years in Urological Department Vinnitsa Regional Hospital were performed 72 operations on female patients: 66 were operated because of vesicovaginal fistulas, 6 – ureterovaginal. Most fistulas (64 or 88,9%) were after gynecologic operations and 10 (11,1%) – after obstetric operations. Diameter of fistulas was from 2 mm to 20 mm. Vesicovaginal fistula repair were performed by transbladder rout with using plastic principles and absorbable suture material (vicril 2-0). All women with ureterovaginal fistulas were operated with using reimplantation of ureter, in 2 cases psoas - hitch plastic of bladder was used.

Results: Recurrence of vesicovaginal fistula was noted in 3 (4,5%) cases. Complications after ureterovaginal fistulas repair were no noted.

Conclusion: Surgical repair of vesicovaginal and ureterovaginal fistulas must be performed by experience and qualified urologist with using plastic principles and modern suture absorbable materials.

A.V. Moshenska, T. V. Sekret

NUTRITIONAL SUPPORT IN SEPTIC PATIENTS

Department of Surgery №1 with the course Anesthesiology and Intensive Care

O.V. Serhiychuk (PhD, assistant)

National Pirogov Memorial Medical University Vinnitsya, Ukraine

Relevance: Nutritional support is mandatory treatment measure in patients in critical condition. It is considered as one of the main methods for solving pathophysiological manifestations of systemic inflammatory response - hypermetabolizmu-hyperkatabolizmu syndrome. In the 90's XX century have formed a new understanding of the complex changes in the metabolism of lipids, proteins, carbohydrates, resulting in the syndrome of systemic inflammatory response (SSIR) infectious origin.

Objective: To analyze the nature of changes in the homeostasis in septic patients, to formulate the basic task of nutritional support and assess its adequacy in sepsis.

Materials and Methods: Analysis of foreign studies; clinical and medical history, statistical, comparative.

Results: In the course of the studies found that the result of the formation hypermetabolizmu-hyperkatabolizmu syndrome is the development of resistant to standard nutritional treatment of severe protein-energy deficiency due to constant prevalence of type catabolic reactions. Thus, the modified metabolic characteristics of patients in critical conditions require the use of early and appropriate high requirements artificial nutrition. The main objective is the prevention and treatment of organ failure. The analysis of the adequacy of nutritional support, conducted in 213 intensive care patients (academics USA) showed that only 31% of patients can not carry out an adequate program of artificial food, 21% - malnutrition, and 48% - hiperalimentatsiya. It was established that the energy need for septic patients within 25-35 kcal / kg / d. Daily doses of carbohydrates - 6 g / kg lipids - 1-1.5 g / kg protein - 1,5-2 g / kg. The main methods are enteral and parenteral nutrition. Probe for oral or enteral support using metabolically directed mixture. Formula immune food containing GLN, arginine, nucleotides, ω -3 fatty acids are used in the APACHE II <15 points. These mixtures are not recommended with APACHE II > 25 points identified in connection with the increase of mortality (from 8.9 to 25%). However, recent studies have found that 75-80% of septic patients is no possibility for a full enteral nutrition. They displayed parenteral nutrition, the main components of which are dextrose (glucose), fat emulsions, solutions crystalline amino acids and supplements of vitamins and minerals. Note, however contraindications for nutritional support, its intolerance, refractory shock syndrome, severe arterial hypoxemia, hypovolemia, metabolic acidosis.

Conclusions: Thus, early nutritional support is the method of choice in the treatment of septic patients, as it has important characteristics for critical state, physiology, availability, low invasiveness of access, ease of use. Of particular importance is used in the first 24 hours of enteral support that prevents the development of multiple organ failure, affecting the starting factor in the pathogenesis.

Muchene Kevin Kahara
DIELECTRIC COSMETIC LIPOSUCTION SURGERY
Surgery department № 2
(scientific guidance – PhD, T. V. Formanchuk)
Vinnitsa National Medical University named after N.I. Pirogov
Vinnitsa, Ukraine

Introduction. Obesity has become a leading and major issue in the modern world today. According to the WHO it is estimated 600 million adults (13%) and 42 million children under the age of five were obese with men accounting for greater percentage compared to their counterpart women. "Health for all phases" as described in public health has emerged that obesity has indeed become a XXI century problem. A lot of emphasis has been laid on living a healthier life style - diet, exercise, and better ways of stress managing. Cease tobacco smoking among other modifications. Convectional medicine has over years come up with procedures in trying to reduce the fat and creating a leaner mass. Liposuction use has been one of them.

Material and method. The use of dielectric heating basically is a concept that is used to heat up polar molecules having an electrical dipole with the consequence that they will align themselves in an electromagnetic field. If the field is oscillating, these molecules rotate continuously aligning with it. This is called dipole rotation. As the field alternates, the molecules reverse direction. Rotating molecules push, pull, and collide with other molecules. It has been used in microwave technology however not utilized in the medical community. Adipose tissue is less polar compared to water in case we need to perform abdominal fat aspiration, however can be used in any place with excessive fat.

Results. At this temperature adipose tissue undergoes liquefaction and an aspirator introduced at hypogastic area near the pubic region. Due to the heat, skin contracts and collagen formation thus making the layer tighter for even greater results.

Summary. Excess removal of fat layers will overall increase the lean mass of patient and better lifestyle. The different variants of liposuction methods can be used in cosmetic surgery.

M. G. Zaslavskaya
WHEN WE SHOULD NOT USE CANCER-DIRECTED THERAPY FOR SOLID TUMOR PATIENTS
Oncology Department
Andrey Anatolievich Tkach, M.D., (Asst. Professor of Oncology Department)
Vinnitsa National Medical University named after M. I. Pirogov
Vinnitsa, Ukraine

Actuality: Using cancer-directed therapy for solid tumor patients who have a low performance status (3 or 4) is not necessary. It is also not necessary in the following patients: ones who resulted in having no benefits from prior evidence-based interventions; who are not eligible for clinical-trial and patients having no strong evidence supporting the clinical value of further anti-cancer treatment.

Methods: Based on the data of the American Society of Clinical Oncology, studies show that cancer-directed therapy treatments are most likely to be an ineffective way of treatment for solid tumor patients who have this particular criteria. There are exceptions and they include patients with functional limitations due to involvement of other conditions resulting in a low performance status or those with disease characteristics such as mutations that suggest a high likelihood of response to therapy.

Results: After adjusting for proper treatment methods, results showed advance in not using cancer-directed therapy for a higher patient-survival rate. There is no need to use chemotherapy in solid tumor patients who already showed no prior benefits from evidence-based medical interventions and those who had a low performance level.

Conclusion: According to all of the gathered information regarding solid tumor patients who have underwent medical evidence-based interventions with no benefits afterward, and those who showed a low performance status should not be directed for the use of cancer-directed therapy. Since treatment relates independently to the outcome and benefit, it is likely that using chemotherapy will not improve the final result.

В.В. Айф, Л.В. Петришина
**ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКОСТІ ТРОМБОЦИТІВ В ЗБАГАЧЕНІЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМІ В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ ВИГОТОВЛЕННЯ**

Кафедра хірургії медичного факультету №2

Ю.В. Бабійчук (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність теми. Пошук новітніх технологій, які покращують терміни заживлення виразок та ран при трофічних розладах тканин є актуальними та необхідними в сучасній медицині. Збагачена тромбоцитами плазма(ЗТП) – це фракція плазми власної крові, в якій міститься концентрація тромбоцитів понад базове значення цільної крові за рахунок обробки і концентрації. ЗТП використовується в різних хірургічних галузях, щоб пришвидшувати загоювання м'яких тканин та кісток, шляхом доставки збільшених концентрацій аутологічних тромбоцитів в місця пошкодження тканин. Ці препарати можуть забезпечити хороше клітинне джерело різних факторів росту (тромбоцитарний фактор росту, трансформуючий фактор росту, фактор росту ендотелію судин, інсулін-подібний фактор росту, епідермальний фактор росту). ЗТП може бути використана для лікування ран всіх типів, включаючи опікові, а також для кращого приживлення донорських ділянок шкірного трансплантата. Перспективним є її використання в лікуванні трофічних виразок при цукровому діабеті та недостатності венозного кровотоку.

Мета.Визначити кількість тромбоцитів в плазмі в залежності від значення фактору розділення і кількості центрифугувань.

Матеріали та методи. Для дослідження застосовувалися лабораторна центрифуга MicromedSM3.01 і гематологічний аналізатор Muthik18.

Група складала з 10 пацієнтів, з яких - 5 чоловіків і 5 жінок. Середній вік 38 ($\pm 12,2$)років.

У всіх пацієнтів ЗТП була виготовлена двома способами.

1 спосіб. Плазма отримувалась в спеціальній пробірці з роздільним гелем за рахунок центрифугування з роздільним фактором 800g (3500 оборотів 15 хвилин).

2 спосіб. Розділений на два етапи. Спочатку отримана плазма при центрифугуванні з роздільним фактором 250g (10 хвилин на швидкості 1500 оборотів на хвилини), щоб відділити еритроцити і лейкоцити. Далі отриману плазму переливаємо в чисту стерильну пробірку і центрифугуємо з роздільним фактором 800g (10 хвилин 3700 об в хвилину).

Результат.В цільній крові підраховано кількість тромбоцитів апаратним методом. Середнє значення $266\pm 48\times 10^9/\text{л}$.

I спосіб: кількість тромбоцитів в середньому складає $590\pm 128\times 10^9/\text{л}$, що в 2.2 рази більше ніж в цільній крові.

II метод: в отриманій плазмі після другого центрифугування у верхньому шарі кількість тромбоцитів $79\pm 46\times 10^9/\text{л}$ менша, ніж у нижньому шарі $960\pm 132\times 10^9/\text{л}$.

Висновок. Метод з використанням 2 центрифугувань підвищує концентрацію тромбоцитів майже в 4 рази і кількість клітин досягає $1039\pm 89\times 10^9/\text{л}$, що відповідає ефективній концентрації в збагаченій плазмі. При одному центрифугуванні концентрація тромбоцитів більша, ніж в цільній крові в 2.2 рази за рахунок того, що частина тромбоцитів проходить через роздільний гель, концентрація тромбоцитів вища, але не досягає характерних концентрацій для збагаченої плазми. При другому способі при центрифугуванні концентрація тромбоцитів в верхньому шарі $79\pm 46\times 10^9/\text{л}$, що в 3.36 рази менше, ніж в цільній крові $266\pm 48\times 10^9/\text{л}$.

Д.Ю. Артемчук

ХИРУРГИЯ ОДНОГО ДНЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Кафедра общей хирургии и военной медицины

В.Ю. Шаповалов(к.мед.н.)

Одесский национальный медицинский университет

г. Одесса, Украина

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность.Широкое внедрение видеолaparоскопических технологий в абдоминальной хирургии позволило уменьшить интенсивность боли в послеоперационном периоде. Снижение травматичности доступа позволило сократить длительность пребывания пациента в стационаре. За рубежом распространена хирургия одного дня (daycasesurgery), которая подразумевает стационарное лечения хирургических больных на срок не более 24

часов.

Цель. Изучить возможность лечения хирургических пациентов с определенной абдоминальной патологией с использованием эндоскопических технологий в стационаре по программе «хирургии одного дня». Возможность выписки пациентов при полной уверенности в благополучном течении послеоперационного периода и дальнейшим наблюдением хирургом на протяжении 7-8 дней.

Материалы и методы. С 2010-2014 г.г. в отделениях, занимающихся абдоминальной хирургической патологией ВМКЦ ЮР выполнено 11834 оперативных вмешательств, из них 897 (7,6%) пациентов прошли лечение в хирургическом стационаре по программе «хирургии одного дня». Рассматривались больные как с плановой, так и с неотложной хирургической патологией. Всем вышеописанным пациентам выполнены видеоэндоскопические оперативные вмешательства.

Результаты. По программе «хирургия одного дня» выполнены следующие лапароскопические вмешательства: 577 холецистэктомий, 180 аппендэктомий, 91 герниопластик паховых грыж, 36 герниопластик пупочных и вентральных грыж, 8 круорофий с фундопликацией по Ниссен, 5 операций по поводу некроза жирового привеска. При сомнении в благополучном течении операции или раннего послеоперационного периода пациенты находились в стационаре столько, сколько требовало клиническое течение.

Выводы. 1. Использование видеолапароскопических технологий во многих случаях сокращает стационарное лечение пациентов до 24 часов, что позволяет эффективно использовать мощности хирургических стационаров.

2. При выполнении плановых лапароскопических вмешательств в стационаре короткого пребывания необходим тщательный отбор пациентов, что подразумевает отсутствие тяжелой сопутствующей патологии с возможностью наблюдения пациента в амбулаторных условиях.

В.О. Баглай, О.Ю. Гойна-Кардасевич

ІСТОРИЧНА РЕТРОСПЕКТИВА МЕТОДІВ ТИМЧАСОВОГО ГЕМОСТАЗУ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

С.В. Сандер (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність : На сьогоднішній день тема тимчасової зупинки кровотечі набуває особливої важливості. Знання методів та правильне застосування матеріалів для зупинки кровотечі дозволяє ефективно надати першу допомогу пораненим та запобігти летальним наслідкам.

Мета: Серед методів тимчасового гемостазу в літературі згадується використання “венозного” джгута, проте трактування даного методу є неоднозначним. Нашою метою стало з’ясувати, чи доцільно застосовувати “венозний” джгут з метою тимчасової зупинки венозної кровотечі.

Матеріали та методи: Опитування серед студентів ВНМУ. Літературний матеріал з 1953-2014 роки. Проведення експерименту з використанням імпровізованого венозного джгута (манжетка).

Результати: Аналіз літератури свідчить про те, що “венозний” джгут, як дієвий метод тимчасової зупинки венозної кровотечі згадується вкрай рідко. Проведений експеримент свідчить про те, що кровонаповнення вени при застосуванні імпровізованого джгута не змінюється, а отже незмінним залишається і венозний тиск, тому варто припустити, що при застосуванні даного методу кровотеча не зупиниться, слід вважати його не дієвим.

Висновки: Варто застосовувати “венозний” джгут за призначенням (венісекція, венепункція), що не включає в себе методи тимчасової зупинки кровотечі, а отже не є ефективним, що ми й намагались довести в даному досліді.

Б.І. Барало

БАКТЕРІАЛЬНА ФЛОРА У ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ (ІСШ) ТА ЇЇ ЧУТЛИВІСТЬ І РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ

Курс урології кафедри хірургії №1

С.П. Дмитришин (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В Україні темпи формування та поширення стійких до антимікробних препаратів мікроорганізмів мають безпрецедентний та неконтрольований характер, що вже найближчим часом може повернути на доантибіотичний рівень лікування інфекцій. За результатами досліджень інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМНУ (2013р.) встановлено, що понад 70% мікроорганізмів, що спричиняють внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ), в Україні нечутливі до дії, щонайменше, одного антибіотика.

Мета роботи: Провести аналіз патогенної мікрофлори, яка стала причиною інфекцій сечових шляхів. Оцінити частоту резистентності бактерій до найпоширеніших антибактеріальних препаратів та визначити ліки, які є в більшості випадків ефективними проти збудників ІСШ.

Матеріали та методи: Вивчали структуру бактерій, збудників ІСШ хворих, які лікувались в урологічному

відділенні чи проходили обстеження в урологічному кабінеті консультативної поліклініки Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова протягом 2014 року. Матеріалами для дослідження були результати бактеріологічних аналізів сечі, виконаних бактеріологічним відділом клінічної лабораторії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова.

Результати: Проведений аналіз результатів 617 бактеріологічних досліджень сечі. В 304 випадках було виявлено ріст патогенної флори. Самим частим збудником засівів мікроорганізмів була кишкова паличка в 32%, фекальний ентерокок висівався в 24%, паличка синьо-зеленого гною – 4%. Найчастіше патогенні мікроорганізми були резистентними до фторхінолонів: норфлоксацину - 40%; левофлоксацину - 36%; моксифлоксацину - 36%; ципрофлоксацину - 24%. Серед антибактеріальних препаратів, до яких визначалась чутливість бактерій, максимальний відсоток чутливості виявився до цефоперазону, ванкоміцину, амікацину.

Висновки: Кожному пацієнту з інфекцією сечових шляхів до призначення антибактеріальної терапії необхідно проводити засів сечі на флору та визначення її чутливості до антибіотиків. Не призначати антибактеріальні препарати, до яких спостерігається високий відсоток (більше 30%) резистентної флори. В умовах урологічної клініки для стаціонарних хворих застосовувати парентеральні антибіотики з максимальним ефектом по відношенню до найбільш поширеної флори. На сьогодні оптимальними антибіотиками для емпіричної терапії є цефоперазон, ванкоміцин, амікацин.

В.В.Билицкая

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОИТ

Л.А.Мальцева (д.м.н., проф.)

Днепропетровская государственная медицинская академия

г. Днепропетровск, Украина

Актуальность темы: Изучение публикаций и опыт научных исследований показал, что пациенты, находящиеся на лечении в отделении интенсивной терапии (ОИТ), имеют высокий риск венозных тромбозов и эмболий (ВТЭ). Применение низкомолекулярного гепарина (НМГ) снижает этот риск.

Цель: Целью нашего исследования было изучение эффективности профилактического применения НМГ у больных ОИТ.

Методы и ход исследования: Исследование проводилось на основании анализа результатов наблюдения и обследования за группой пациентов, получавших НМГ и не получавших НМГ. Включались взрослые пациенты с массой тела не менее 45 кг, которые находились в ОИТ не менее 3 суток. Не включались больные с массивной травмой, неврологическими или ортопедическими операциями, с показаниями к терапии антикоагулянтами, получавшие гепарин ≥ 3 суток, с противопоказаниями к назначению гепарина или препаратов крови, беременностью, с невозможностью жизнеобеспечения. Участники исследования получали НМГ по 5000 МЕ подкожно один раз в сутки. Гепарины назначались на все время нахождения пациента в ОИТ.

На вторые сутки после поступления в ОИТ и затем дважды в неделю проводилась компрессионная ультрасонография для диагностики проксимальных тромбозов глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей. Клинические события прослеживались до выписки.

Результаты: Рандомизировано 64 пациента. Группы получавшие НМГ и не получавшие НМГ были сопоставимы по исходным демографическим и клиническим характеристикам. Средний возраст больных составил 61 год, женщины – 43%, пациенты терапевтического профиля – 76%. У 90% больных применялась искусственная вентиляция легких, у 45% – вазопрессоры. За все время исследования частота использования препаратов и устройств, влияющих на риск тромбозов или кровотечений, между группами не различалась. У пациентов ОИТ профилактическое использование НМГ сопровождалось трендом к снижению комбинации ВТЭ, риска летального исхода, легочной эмболии, частоты проксимального тромбоза глубоких вен нижних конечностей в сравнении с пациентами, не получавшими НМГ постоянно в профилактических дозах, на 40,2%.

Выводы: Таким образом, применение профилактических доз НМГ доказывает свою эффективность в риске возникновения таких осложнений, как ВТЭ, ТГВ, ЛЭ и летальности от них у пациентов, находящихся в ОИТ.

К.І. Бірюкова

ОСОБЛИВОСТІ ЕСТРОГЕНО-ПРОГЕСТЕРОНОВОГО СТАТУСУ БЛАСТОМИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

В.Г. Дроненко (к.мед.н.доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Рак молочної залози залишається актуальною проблемою сучасної онкології, в Україні займає перше місце в структурі захворюваності і смертності від злоякісних пухлин у жінок. Значний прогрес в лікуванні раку молочної залози внесли дослідження по виявленню в пухлині стероїдних рецепторів естрогену і прогестерону.

Мета роботи: Проаналізувати особливості імуногістохімічного дослідження (ІГХ) у хворих на рак молочної

залози жінок Подільського регіону.

Матеріали та методи: Матеріалом для вивчення були архівні матеріали результатів ІГХ хворих на рак молочної залози за даними патологоанатомічного бюро за останні 5 років. Проведено аналіз якісних та кількісних показників PgR, ER.

Результати: . Встановлено, що серед 1135 жінок якісна реакція рецепторів естрогену була наступною: позитивна – у 862 (76%) жінок, негативна 273 (24%). Кількісна естрогенова чутливість містила наступні відомості: відсутня (0-10%) у 454 (40%) жінок; низька (11-33%) - 454 (20%) , середня (34-66%) - 68 (6%) жінок , висока (100%) – 386 (34%) жінок; прогестеронова відповідь була такою: негативна – 511 (45%) хворих, позитивна – 624 (55%). Кількісна прогестеронова реакція становила наступне: відсутня (0-10%) у 533 (47%) жінок, низька (11-33%) – 227 (20%) жінок, середня (34-66 %) - 137 (12%), 1 висока (100%) – 238 (21%). Аналізуючи наявність рецепторів до естрогену і прогестерону, в залежності від віку хворих, встановлено наступні закономірності: в передменопаузальному періоді переважають естрогенові рецептори у 772 (68%) хворих, в постменопаузальному більше прогестеронових рецепторів 612 (54%) хворих, тоді як в похилому та старечому віці, в більшості випадків, рецептори відсутні .

Висновки: Використання клініко-морфологічного діагностичного алгоритму дозволяє індивідуалізувати тактику лікування (хімотерапія, гормонотерапія) хворих і пролонгувати їх виживання. Отримані дані дають цінну прогностичну інформацію та дозволяють призначити адекватне лікування хворих на рак молочної залози.

О.О. Боярський, О.Н. Білий

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВІЛЬНОГО TRAM-КЛАПТЯ, ЯК МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦІЇ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра онкології

О.Н Білий (к.мед.н., доцент), В.І. Стариков (д.мед.н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. Рак грудної залози (РГЗ) займає провідне місце в структурі онкологічної захворюваності жінок. Успіх у лікуванні РГЗ залежить від багатьох факторів, серед яких головна роль належить термінам початку лікування, гістологічним особливостям пухлини та ступеня її розповсюдження. Головним етапом у лікуванні РГЗ є хірургічний. В переважаючій кількості випадків застосовують радикальну мастектомію. Така операція забезпечує достатній радикалізм видалення пухлини, але приносить фізичні та психологічні страждання жінці. І в зв'язку з тим, що РГЗ у 20% випадків виникає у жінок репродуктивного віку, одним із важливих питань у лікуванні даної патології є відновлення видаленої грудної залози. Найбільш розповсюдженим методом є використання спеціальної білизни. Але цей метод має декілька недоліків, особливи серед молодих пацієнток: неможливість вдягання купальника, відчуття неповноцінності за умови відсутності даної білизни, тому таким жінкам рекомендують провести реконструкцію грудної залози.

Мета. Оцінка ефективності використання вільного TRAM-клаптя, як одного з найбільш фізіологічних методів реконструкції грудної залози.

Матеріали та методи. Нами було виконано одномоментне переміщення TRAM-клаптя на ніжці після радикальної мастектомії 12 пацієнкам у віці до 55 років з 1-2 стадією РГЗ.

Результати. 40% пацієнток – курці, проте очікувано високого показника крайового некрозу за даними світової літератури ми не отримали. Таке ускладнення було відмічене лише у 2 хворих. Серому було виявлено у 1 пацієнтки – своєчасні регулярні пункції під контролем УЗД дозволили вилікувати її без нагноєння. Післяопераційних гриж відзначено не було. У всіх пацієнток застосовували проленову сітку для пластики черевної стінки. Для відновлення виду сосково-ареолярного комплексу пацієнтки використовували тривимірний татуаж. Терміни спостереження всіх прооперованих пацієнток приблизно 1 рік. Після загоєння ран вони отримували ад'ювантне лікування за протоколом. Пролонгації захворювання в даній групі пацієнток поки не відмічено.

Висновки. Таким чином, використання TRAM-клаптя для відновлення молочної залози після радикальної мастектомії є перспективним і надійним методом, але не слід забувати, що кожна пацієнтка потребує комплексного і індивідуального підходу.

В.Ю. Войтков

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТІ ЯЄЧКА У ХЛОПЧИКІВ

Кафедра дитячої хірургії

О.Г. Якименко (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Перекрут яєчка є одним з найважчих захворювань органів репродуктивної системи у хлопчиків і зустрічається з частотою 1:4000, найчастіше в пубертатному періоді. На об'єм хірургічного лікування впливає давність захворювання та виразність гемодинамічних порушень в гонаді.

Мета. Визначення відповідності критеріїв життєздатності яєчка при його торсії та вивчення безпосередніх та віддалених результатів лікування.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 51 історії хвороб дітей з перекрутом яєчка в період 2005-2015 років. Визначено методи об'єктивної оцінки життєздатності яєчка: сонографія, доплерографія, інтраопераційна голчаста проба. Проаналізовано безпосередні результати лікування у 100 % хворих, віддалені у 19 хворих (37,25%).

Результати. Серед 51 хворого у 12 (23,53%) тривалість захворювання склала 6 годин, у 22 (43,14%) 6-12 годин, у 11 (21,57%) 12-24 години, у 6 (11,76%) більше 24 годин. Новонароджених було 11, хлопчиків віком 1-3 роки - 4, 4-6 років - 3, 7-11 років - 8, 12-18 - 28 дітей. УЗД до операції виконано - 23 хворим (45,1%), доплерографія - 17 хворим (33,34%). Оперативні втручання були виконані у всіх випадках. Інтраопераційно всім хворим виконували голчасту пробу за результатами якої визначався об'єм операції. Дренування мошонки застосовувалось у 37 хворих. Всім дітям проводилась консервативна терапія. Повторні оперативні втручання були виконані 42 дітям, передопераційна сонографія - 51, доплерографія - 28 пацієнтам. При повторних ревізіях видалено яєчко у 1-го пацієнта. При оцінці безпосередніх результатів враховувалась динаміка зменшення набряку яєчка, наявність кровотоку в ньому за даними енергетичного доплера, а з 2012 року - швидкість кровотоку та індекс резистентності за даними імпульсно-хвильової доплерографії. За даними обстежень як задовільний безпосередній результат лікування розцінено у 98,03% хворих. Відстрочені результати лікування виявили у 2-х хлопчиків аплазію яєчка, давність захворювання у яких склала більше 24 годин; ще у 5-х констатовано сонографічні ознаки гіпоплазії яєчка та підвищені рівні індексу резистентності за даними імпульсно-хвильової доплерографії, ці пацієнти мали давність захворювання 18-24 години. У решті оглянутих дітей клінічних змін зі сторони органів репродуктивної системи виявлено не було.

Висновки. Перекрут яєчка частіше зустрічається у дітей першого року життя та серед хлопчиків пубертатного періоду у яких частою причиною захворювання була травма яєчка, або ж надмірне фізичне навантаження. Задовільний результат лікування прямо пропорціонально залежить від давності захворювання та строків хірургічного лікування по усуненню торсії яєчка.

А.В. Гаврилюк, Г.В. Шетманюк, В.В. Корольчук, Є.Д. Завадський
**СПОСІБ КОНТРОЛЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ АДЕНОЇДИТУ В ПРАКТИЦІ ДОКАЗОВОЇ
МЕДИЦИНИ**

Кафедра ЛОР-хвороб

А.І. Барціховський (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність. Згідно протоколу надання медичної допомоги хворим з аденоїдитом (наказ МОЗ України від 24.03.2009 № 181) другим етапом лікування залежить від ступеня гіпертрофії носоглоткового мигдалика, який визначається в стані ремісії. Протокол діагностичної програми хворих включає загальний огляд ЛОР-органів, пальцеве дослідження носової частини глотки, лабораторні обстеження (загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою; цукор крові; загальний аналіз сечі; коагулограма; група крові; резус-фактор), що зрештою ніяким чином не може доказово верифікувати зміну ступеня зменшення носоглоткового мигдалика в період ремісії у порівнянні з стадією загострення. І лише в «сумнівних чи складних» випадках рекомендується використання відеоендоскопічного обстеження носової порожнини і носоглотки, фіброскопії, МРТ або КТ дослідження.

Методи. Згідно наших спостережень тільки відеоендоскопія дає змогу огляду ділянок, недосяжних під час стандартного ЛОР огляду при відсутності опромінення, з якісним збільшеним зображенням, можливістю фіксації ендоскопічної картини та контролем її в динаміці, що є доказовим (об'єктивним), а також переконливим і для медичних працівників, і для пацієнта або батьків дитини.

З метою об'єктивізації зміни розмірів носоглоткового мигдалика під час загострення і в період ремісії в практиці доказової медицини нами було запропоновано спрощену послідовність геометричних і математичних процедур з метою обчислення контурованих площин вільної та обтурованої носоглотковим мигдаликом частин хоани.

Матеріали. Нами виконано клінічне та відеоендоскопічне обстеження 14 дітей з аденоїдитом. Створені відеофільми аві-формата конвертовано у послідовність ендоскопічних малюнків jpeg-кадрового формату, контуровано їх у в рамках комп'ютерних програм системного тривимірного моделювання. Контури хоани та мигдалика в динаміці обраховувалися з точністю до 0,1 мм методом фрактального аналізу з обчисленням розмірності Хаусдорфа (Mannelquist A. et al., 1988; Van Put A. et al., 1994; Zahn W. et al., 1997, 1999). Надалі площа вільної та обтурованої частини хоани обчислювалась і вираховувалась їх співвідношення, яке інтерпретувалось згідно згаданого Наказу № 181.

Результати та висновки. Таким чином, створена комп'ютерна процедура з використанням відеоендоскопічного обстеження носоглотки хворих з аденоїдитом є об'єктивним і достатньо простим методом оцінки зміни ступеню порушення носового дихання в процесі медикаментозного лікування, що дозволяє оцінити ефективність різних схем терапії і прогнозувати необхідність оперативного втручання у майбутньому, особливо з точки зору доказової медицини.

І.С. Гришина, Е.В. Дуденко
**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СЕКРЕТОЛІТИКІВ У ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ НА ГОСТРІ РИНОСИНУСИТИ**

Кафедра оториноларингології з офтальмологією
С.Б. Безшапочний (д. мед. н., професор)
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
м. Полтава, Україна

Актуальність. Гострі риносинусити займають одне з перших місць серед захворювань ЛОР-органів. Доведено, що у пацієнтів з ГРВІ виявляються ознаки риносинуситу (Лопатін А.С., 2000). За даними комп'ютерної та магнітно – резонансної томографії у 90% хворих на ГРВІ у приносних синусах виявляють зміни у вигляді реактивного набряку, катарального запалення слизової оболонки та порушення реології секрету (Завалій М.А., 2014). До 80% гострих риносинуситів мають вірусну етіологію, у 56% випадків захворювання трансформуються у поствірусний риносинусит, у 5-8% випадків – у бактеріальний (Попович В.І., 2015). Як відомо, гостре запалення носової порожнини та приносних синусів супроводжується утрудненням носового дихання, ринореєю внаслідок набряку слизової оболонки, що призводить до порушення функціонування мукоцільярного транспорту та застою секрету. З цією метою принципово важливим у комплексному лікуванні гострих риносинуситів є застосування препаратів із протизапальною та секретолітичною дією.

Мета дослідження. Визначити ефективність застосування миртолу стандартизованого у комплексному лікуванні хворих на гострі риносинусити.

Матеріали і методи дослідження. На базі 4 міської клінічної поліклініки м. Полтави нами було відібрано 32 хворих на гострі вірусні риносинусити, які були розподілені на 2 групи – контрольну та дослідну по 16 чол. у кожній. Усі пацієнти були обстежені ендоскопічно. Алгоритм комплексної терапії гострих риносинуситів був складений згідно протоколів МОЗ України. Єдиною відмінністю було те, що пацієнти дослідної групи отримували миртол стандартизований у дозі 300 мг 3 рази на день.

Результати дослідження. За допомогою листа спостереження, проводилась суб'єктивна оцінка стану пацієнта у динаміці за такими критеріями як закладеність носа, ринорея, втрата нюху та біль у ділянці синусів. Об'єктивну оцінку проводили за допомогою риноскопії за 3 критеріями: гіперемія слизової оболонки носової порожнини, набряк носових раковин, патологічні виділення у носовій порожнині. Оцінку кожної ознаки проводили за 4 – бальною шкалою. Оцінювання проводилось на 1, 4, 7 день звернення до лікаря. У результаті дослідження у дослідній групі було відмічено більш швидке зменшення симптомів захворювання у порівнянні з контрольною групою. Даний лікарський засіб проявив високу ефективність у зменшенні симптомів бронхообструкції у хворих на гострі риносинусити у поєднанні із супутньою бронхолегеневою патологією.

Висновки. Включення секретолітичного препарату миртолу стандартизованого до комплексної терапії гострих риносинуситів підвищує ефективність лікування, зменшуючи термін непрацездатності та покращуючи якість життя хворих.

Б. З. Гулобов, Л.А. Тереховська
**ВИКОРИСТАННЯ ПРОЛОНГОВАНОЇ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІХ НА СПОНТАННОМУ ДИХАННІ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ**

Кафедра хірургії №1
Курс анестезіології та реанімації
А.І. Тереховський (к.мед.н. доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Використання пролонгованої епідуральної анестезії у людей похилого віку без штучної вентиляції легень при лапароскопічних холецистектоміях є дуже важливим аспектом порівняно з іншими методами знеболення, які вимагають проведення ШВЛ, адже цей метод допомагає запобігти цілій низці ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної систем.

Мета: Визначення показників самостійного зовнішнього дихання під час лапароскопічних холецистектомій з використанням пролонгованої епідуральної анестезії у людей похилого віку і як наслідок доцільності використання цього типу знеболення.

Матеріали та методи: Показники зовнішнього дихання вимірювались у 73 пацієнтів, яким виконувалась лапароскопічна холецистектомія, з приводу загострення хронічного холециститу. Більшу частину хворих становили жінки – 51 (69.8%). Середній вік пацієнтів становив 70.8 роки.

Пролонговану епідуральну анестезію виконували за стандартною методикою, з використанням 0.5% розчину бупівакаїну на рівні Th VII – Th IX. Ступінь анестезіологічного ризику визначався за шкалою ASA. 39 (53.4%) хворих були віднесені до III класу, 34 (46.6%) увійшли до II класу.

Дослідження функції зовнішнього дихання проводилось тричі і у горизонтальному положенні: перед проведенням анестезії, через 40 хвилин після введення анестетика і під час проведення операції на фоні пневмоперитоніума. Спірометрія виконувалась за допомогою приладу Spiromed-250 (Японія). Також під час операції здійснювався неінвазивний контроль артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС), частоти дихальних рухів (ЧДР), насичення крові киснем (SpO₂) і контроль за самопочуттям пацієнтів.

Результати: У всіх пацієнтів під час операцій прогресування дихальної недостатності не спостерігалось, потреби у проведенні ШВЛ не виникало. При аналізі даних спірометрії встановлено: зменшення життєвої ємності легень (ЖЄЛ) порівняно з показниками до операції на 2.7% через 40 хв. після виконання анестезії, та на 4.5% під час самої операції. Проте показники пікової швидкості видиху на рівнях крупних (MEF 75%) середніх (MEF 50%) та малих (MEF 25%) бронхів покращилась порівняно з даними до анестезії. Попередньо вони були нижче норми, та складали 71.5% для крупнокаліберних, 68.8% для середньокالیберних та 60.5% для дрібнокаліберних бронхів. Після виконання епідуральної анестезії ці показники покращились на 8%, 11% та 16% відповідно. Також тенденція до зростання відзначалась на фоні пневмоперитоніума: 7% для MEF 75%, 10% для MEF 50% і 15% для MEF 25% порівняно з початковими показниками. ОФВ₁ після проведення анестезії зріс на 9.7% і на 10.3% під час операції. SpO₂, що знаходилась в межах 94-97% та відсутність значних змін в ЧДР, помірна гіпотензія.

Висновки: Використання пролонгованої епідуральної анестезії під час лапароскопічних холецистектомій, в умовах карбоперитоніуму, у людей похилого віку є доцільним, в зв'язку з відсутністю негативного впливу на вітальні функції та адекватний знеболюючий ефект.

І.С.Гунчак

БІОПСІЯ СТОРОЖОВОГО ЛІМФАТИЧНОГО ВУЗЛА У ВИРШЕННІ ПИТАННЯ АКСИЛЯРНОЇ ЛІМФОДЕСЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Я. Какар'їн (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Радикальне хірургічне лікування раку молочної залози (РМЗ), передбачає проведення повної регіонарної лімфодисекції. В початкових стадіях РМЗ метастази в регіонарних лімфовузлах (ЛВ) знаходять рідко, а лімфодисекція може бути причиною ряду ускладнень, таких, як тривала лімфорей, больовий синдром в аксилярній ділянці, обмеження рухів кінцівки, лімфостаз, що значно погіршує якість життя хворих. Біопсія сторожового лімфатичного вузла (БСЛВ) може попередити ці ускладнення. Якщо у вузлі не знаходять злویкісних клітин, решту ЛВ не видаляють. Ефективність БСЛВ доведена численними рандомізованими дослідженнями. Кількість помилково негативних детекцій (коли СЛВ не містить метастазу, а регіонарні ЛВ уражені) не перевищує 5%. При порівнянні 5-ти річної безрецидивної виживаності, при відмові від лімфодисекції у пацієнток з негативними СЛВ ці показники не гірше, а іноді і кращі, ніж у пацієнток з лімфодисекцією.

Мета. Дослідити інформативність інтраопераційної детекції СЛВ для можливості подальшого зменшення об'єму регіонарної лімфодисекції.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати 10 випадків БСЛВ при РМЗ, виконаних у відділенні пухлин молочної залози Хмельницького обласного онкологічного диспансеру. Біопсію виконували хворим в початкових стадіях захворювання (T1-T2N0M0), з відсутністю клінічно та рентгенологічно виявлених регіонарних метастазів, які не проходили неoad'ювантної терапії. Хворим субареоларно вводили 4–5 мл 1% метиленового синього. Через 10 хв виконували невеликий розріз в аксилярній ділянці і в підшкірній клітковині знаходили синю лімфатичну протоку, що веде до СЛВ. Останній видаляють і відправляють на патогістологічне дослідження.

Результати. У 8 жінок було виявлено метастази раку у СЛВ. Мастектомію за Маденом було виконано 6-ти з них і радикальну квадрантектомію з лімфаденектомією – 2 пацієнткам. У 2 жінок не було виявлено метастазів пухлини у СЛВ і їм була проведена ампутація молочної залози без лімфаденектомії. Всі хворі отримали ад'ювантну хіміо-променеви терапію і спостерігались протягом року. Рецидивів і метастазів не було ні в кого. У 3 хворих після операції Мадена лімфорей продовжувалась більше 1 місяця, у 1 розвилось порушення чутливості шкіри в ділянці плеча і надлопаткової ділянки, майже у всіх після лімфаденектомії розвився лімфостаз руки з боку операції I чи II ступеня. У хворих без лімфаденектомії ускладнень не було.

Висновки. Інтраопераційне дослідження СЛВ є сучасним і ефективним методом, який дозволяє індивідуалізувати підходи до хірургічного втручання. Проведення детекції СЛВ дозволяє уникнути травматичних хірургічних втручань при інтактних ЛВ, попереджає виникнення післяопераційних ускладнень, скорочує терміни лікування і підвищує якість життя хворих, що обґрунтовує необхідність впровадження методики БСЛВ у практику онкологічних стаціонарів України.

Ю.О. Гунько

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЗАГАЛЬНОЇ ВИЖИВАНОСТІ У ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ ВІД ПРОВЕДЕНОГО ПРОТИПУХЛИННОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії і онкології

С.А. Лисенко (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: При виявленні на сьогоднішній день незапущеного раку легень є такі види комплексного лікування: радикальна операція, хіміотерапія та дистанційна променева терапія або їхні комбінації. Якщо у хворого є протипокази до операції або виявлений запущений процес, тоді йому призначається консервативне протипухлинне лікування: хіміотерапевтичне, променеве або комбіноване хіміопротипухлинне лікування.

Мета: вивчення залежності загальної виживаності у хворих на рак легень від проведеного протипухлинного лікування.

Матеріали та методи: Вивчення загальної виживаності проведено у 707 хворих на РЛ, які знаходились діагностиці та лікуванні у клініці ВОКОД протягом 2009-2012 років. Перша група, – це хворі на РЛ, у яких основним методом було радикальне хірургічне лікування (265 хворих). Воно включало: - хірургічне (самостійне) – 108 (15,3 %) пацієнтів; - комбіноване: хірургічне + променева терапія – 68 (9,6 %) хворих та хірургічне лікування + поліхіміотерапія – 48 (6,8 %) хворих; - комплексне: хірургічне + хіміопротипухлинне лікування – 41 (5,8 %) пацієнт. Друга група – 269 хворих, які отримали консервативне протипухлинне лікування (38,0%). Воно було представлено у вигляді: - променевої терапії (самостійної) – 53 (7,5 %) хворих; - поліхіміотерапії (самостійної) – 149 (21,0 %) хворих; - комбінованої хіміопротипухлинної терапії – 67 (9,5 %) пацієнтів. В третю групу виділені хворі, які не отримали ніякого спеціального протипухлинного лікування – 173 (24,5 %) хворих.

Результати: Так, найвищі показники загальної 5-річної виживаності характерні для методів, де домінуючим було радикальне хірургічне лікування хворих на РЛ (від 20 % до 42 %): спочатку іде комплексне лікування (хірургічне+променева терапія+хіміотерапія), потім самостійне хірургічне, потім хірургічне+променева терапія та хірургічне+хіміотерапія. Гірші віддалені результати консервативного протипухлинного лікування хворих на РЛ (від 14 % до 21 % на 3-річний термін спостереження): спочатку комбінація променева терапія+хіміотерапія (найнижча кумулятивна виживаність), потім самостійна хіміотерапія та самостійна променева терапія. І найнижчі показники загальної виживаності та найгірші віддалені результати були у хворих на РЛ (близько 5 % на 3-річний термін спостереження), які не отримували ніякого протипухлинного лікування.

Висновки: Найкращі результати 5-річної виживаності у хворих, які отримали радикальне хірургічне лікування. Найгірші – у тих, які не отримали ніякого протипухлинного лікування.

С.С.Гусаковський, К.В.Марчук, А.П.Майструк, О.В.Горовий

БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРЕДОЧЕРЕВИННОЇ ПЛАСТИКИ ПАХВИННИХ ГРИЖ ПРИ ВИКОНАННІ ЗАЛОННОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

Курс урології кафедри хірургії №1

В.І. Горовий (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність: В українській літературі не описані випадки симультанного виконання передочеревинної пластики пахвинних гриж під час виконання залонної простатектомії, так як цю операцію виконують практично лише в урологічній клініці Вінницького національного медичного університету.

Мета: Оцінити безпосередні та віддалені результати передочеревинної пластики пахвинних гриж при виконанні залонної простатектомії.

Матеріали та методи: Передочеревинну пластику пахвинної грижі під час одномоментної залонної простатектомії було виконано 10 хворим на доброякісну гіперплазію простати в 2000-2004 рр., які знаходились на стаціонарному лікуванні в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні. При цьому, 2 хворим була виконана грижепластика з обох боків. Розміри грижових воріт перед операцією коливались від 2,5 до 3,5см, прямих гриж було 5, косих - 7. Клубово-лобковий тяж із аркою поперечного м'яза живота зшивали лавсановими (2-0) лігатурами. Віддалені результати пластики гриж оцінювали за допомогою анкетування.

Результати: У ранньому післяопераційному періоді (до виписки хворого із клініки) рецидиву гриж не спостерігали. У віддаленому післяопераційному періоді рецидив грижі виник у 2 (20%) хворих, у яких пахвинне кільце перевищувало 3см. Лише один із них переніс повторну грижепластику із пахвинного доступу із застосуванням сітчастого протезу.

Висновки: Передочеревинна пластика пахвинних гриж із невеликими (до 3см) грижовими воротами під час виконання одномоментної залонної простатектомії дозволяє покращити якість життя хворих після операції та уникнути повторного хірургічного втручання.

Ю.В. Гуцуляк

ЕФЕКТИВНІСТЬ АБДОМІНОПЛАСТИКИ У ПОСДНАННІ З АЛОПЛАСТИКОЮ ГРИЖОВИХ ВОРІТ У ХВОРИХ НА ПУПКОВУ І ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНУ ВЕНТРАЛЬНУ ГРИЖУ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

О.Є.Каніковський (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність : Кількість післяопераційних вентральних гриж за останні десятиліття має неспадкову тенденцію до зростання. Причиною є збільшення кількості оперативних втручань на органах черевної порожнини, збільшення числа хворих, що страждають на метаболічний синдром. Частота післяопераційних гриж сягає до 30% серед всіх гриж. Рецидиви констатують у 8,7 - 45,2 % випадків. Післяопераційні вентральні грижі після лапаротомії у 10-12%.

Мета дослідження: Дослідити ефективність проведення абдомінопластики у поєднанні з алопластикою грижових воріт у пацієнтів з пупковими і післяопераційними вентральними грижами.

Матеріали і методи : Проведено дослідження та статистична обробка клінічних матеріалів історій хвороб з грижою, які проходили лікування у клініці медичного факультету №2 ВНМУ за період з 2012 по 2016 роки.

Результати дослідження: Серед 100 хворих які проходили лікування у клініці з 2012 по 2016 роки - 12 % прооперовано в ургентному порядку, 88% у плановому. За статеву приналежністю 58 % - жінок, 42 % - чоловіків. За віковою структурою: 1% пацієнтів віком з 15-20 років, 4%- 20-30 років, 18% - 30-40 років, 10% - 40-50 років, 19% - 50-60 років, 26 % - 60-70 років, 17 % - 70-80 років, 5 % - 80-90 років, медіана-37.5 роки. 51% хворих працездатного віку (від 20 до 60 років). 58% пацієнтів прооперовано з приводу післяопераційних вентральних гриж, 42% з приводу пупкових гриж. За даними опитувальника SF-36 визначили, що відмічається покращення показників фізичної активності у 93% пацієнтів, зменшення інтенсивності фізичної болі у 84%, покращення загального стану у 94 %, покращення психологічного компоненту здоров'я у 80% у віддаленому післяопераційному періоді (6 місяців після проведеної операції).

Висновок : Таким чином отримані результати пацієнтів з пупковими і післяопераційними вентральними грижами, яким було проведено абдомінопластику, показали, що застосування абдомінопластики разом з алопластикою грижових воріт покращує показники фізичної активності, загального стану, психологічного компоненту здоров'я, і зменшує інтенсивність фізичної болі у віддаленому післяопераційному періоді.

Дехтяр К.В., Заяц А.С.

СУЧАСНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Кафедра хірургії медичного факультету № 2

Я.В. Карий (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Мета роботи: вивчення ефективності малоінвазивних і традиційних хірургічних втручань у хворих на варикозну хворобу нижніх кінцівок.

Матеріали та методи дослідження: проаналізовано результати хірургічного лікування 30 хворих на варикозну хворобу нижніх кінцівок, які знаходились у хірургічному відділенні ВОКГВв. Вік хворих – від 30 до 85 років. Жінок було 19 (63,3%), чоловіків – 11 (36,7%). Анамнез захворювання – від 1 року до 30 років. Хронічна венозна недостатність (ХВН) клас 2 – спостерігалась у 5 (16,7%), клас 3 – у 9 (30,0%), клас 4 – у 10 (33,3%), клас 5 – у 2 (6,7%) і клас 6 – у 4 (13,3%).

Результати досліджень та їх обговорення: Малоінвазивні втручання проведено у 20 (66,7%) випадках. Ендоваскулярну лазерну коагуляцію здійснено у 14 (46,7%) хворих (клас 2, 3). У хворих з післятромбофлебітичним синдромом у 6 (20,0%) випадках виконано кросектомію з перев'язкою комунікантних вен за Коккетом і Лінтоном. У 2 (6,7%) хворих (клас - 5) трофічні виразки зажили вторинним натягом. У 4 (13,3%) випадках (клас - 6) на другому етапі проведено аутодерматопластику. Ускладнення спостерігались у 1 (3,3%) випадку. Традиційні оперативні втручання (флебектомія за Беккокком - Наратом) застосовано у 10 (33,3%) хворих при наявності ХВН 4 класу в поєднанні з тромбофлебітом поверхневих вен нижніх кінцівок. Ускладнення діагностовано 2 (6,7%) випадках.

Висновки: 1. Використання малоінвазивних втручань у хворих на варикозну хворобу нижніх кінцівок дає змогу знизити частоту післяопераційних ускладнень удвічі.

2. Необхідність у проведенні традиційних операцій виникає при наявності тромбофлебіту поверхневих вен нижніх кінцівок.

С.О. Дмитренко, Я.А. Степанова
СУЧАСНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

Кафедра хірургії медичного факультету № 2

Я.В. Карий (к.мед.н.)

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

Актуальність: Механічна жовтяниця (МЖ) вважається однією із найбільш важких ускладнень жовчнокам'яної хвороби і інших захворювань, які спричиняють перешкоду відтоку жовчі жовчновивідними шляхами, оскільки часто призводить до післяопераційних ускладнень і високого рівня летальності. Сучасні методи лікування МЖ включають малоінвазивні і відкриті оперативні втручання, які дозволяють досягти значного лікувального ефекту, мінімізують розвиток постопераційних ускладнень і летальності.

Мета роботи: вивчення ефективності малоінвазивних і відкритих оперативних втручань у хворих на механічну жовтяницю.

Матеріали та методи дослідження: проаналізовано результати хірургічного лікування 20 хворих на МЖ, які знаходились у хірургічному відділенні ВОКГВв. Вік хворих – від 60 до 90 років. Жінок було 12 (60,0%), чоловіків – 8 (40,0%). Тривалість МЖ до 14 днів діагностовано у 10 (50,0%), від 14 до 30 днів у 6 (30,5%), більше 30 днів у 4 (20,0%) випадках. МЖ доброякісного генезу спостерігалась у 12 (60,0%) хворих, злаякісного – у 8 (40,0%).

Результати досліджень: Для діагностики МЖ застосовували загальноклінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. У 10 (50,0%) хворих з гіпербілірубінемією понад 100 мкмоль/л, тривалістю МЖ понад 14 днів та декомпенсованою супутньою патологією проводили двохетапні оперативні втручання. На першому етапі було здійснено ендоскопічну папілосфінктеротомію, на другому – лапароскопічну холецистектомію. Ускладнення діагностовано у 1 (5,0%) випадку. У 10 (50,0%) хворих з рівнем білірубіну нижче за 100 мкмоль/л, тривалістю МЖ не більше 14 днів, компенсованою або субкомпенсованою супутньою патологією виконували одноетапні оперативні втручання. Ускладнення спостерігались у 2 (10,0%) випадках.

Висновки: 1. Використання малоінвазивних двохетапних оперативних втручань при МЖ у хворих похилого і старечого віку дає змогу знизити частоту післяопераційних ускладнень удвічі.

2. Відкриті одноетапні операції доцільно застосовувати при гіпербілірубінемії нижче за 100 мкмоль/л, тривалості МЖ не більше 14 днів, наявності компенсованої або субкомпенсованої супутньої патології.

А.Р.Дмитрієва, О.Я.Вербіловська, Ю.В. Гуцуляк

ЗАСТОСУВАННЯ ВАКУУМ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ІНФІКОВАНИХ РАН

Кафедра хірургії №2

А.А.Жмур (к.мед.н., доц.), О.В.Гончаренко (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Лікування ран визначається, насамперед, перебігом процесу заживлення, приєднанням патологічної мікрофлори, больовим синдромом та виникненням рубцьового процесу. Проблема створення максимально ефективної терапії для місцевого лікування ран існує тривалий час.

Мета роботи: Дослідити ефективність проведення вакуум-терапії у лікуванні інфікованих ран.

Матеріали і методи: Проведено дослідження та статистична обробка клінічних матеріалів історій хвороб пацієнтів з ранами, які проходили лікування у клініці кафедри хірургії №2 ВНМУ за період з 2014 по 2016 роки.

Результати : В клініці кафедри хірургії №2 ВНМУ імені М.І. Пирогова в період з 2014 по 2016 рік 18 хворих, у яких використовувалась VAC-терапія у лікуванні раньового процесу. **За статеву приналежністю 61 % - жінок, 39 % - чоловіків.** В залежності від локалізації ран: у 11 % враження стегна, у 17 % гомілки, у 72 % ступні. 66% пацієнтів старше 60 років, які мали супутні захворювання: 55,5% страждали стенокардією та атеросклерозом, 50% гіпертонічною хворобою, 44% - метаболічним синдромом. Медіана перебування хворих в стаціонарі склала 28,0 ± 1,5 діб. Тривалість проведення вакуум терапії коливалась від 4 до 14. У 28% пацієнтів VAC система накладалась двічі. На 1 добу відзначено зменшення явищ лімфангоїту та ліквідація набряку. На 4 добу відзначено розвиток грануляційної тканини в вигляді окремих осередків з новоутворенням капілярів. На 7-10 добу був наявний найбільш повний розвиток грануляційної тканини, яка забезпечує процес епітелізації рани. При загоєнні ран шириною до 3 см, вторинним натягом площа раньової поверхні зменшувалась на 2-4% за добу. На 4-7 добу індекс інтоксикації Кальф-Каліфа становив - 1,1 ± 0,5. Після проведення VAC-терапії з розвитком грануляційної тканини ранові дефекти накривали власними тканинами за допомогою вторинних швів. Повна епітелізація ран тривала від 3 до 14 тижнів (в середньому 4 ± 2,5 тижнів), що у порівнянні з контрольною групою була у 2-3 рази коротша (від 28 до 122 діб).

Висновки: Своєчасне застосування хірургічної обробки інфікованих ран у поєднанні з вакуум терапією, є ефективним методом в комплексному лікуванні і профілактиці інфекційних ускладнень, у хворих на цукровий діабет з гнійно-некротичними ранами та ішемією нижніх кінцівок. Застосування вакуум-терапії сприяло ранньому очищенню ран від нашарувань фібрину та ділянок некрозу, зменшенню площі та глибини ран, росту грануляційної рани, прискоренню крайової епітелізації. Застосування комплексного лікування дозволило

досягти загоєння ран у 94,4 % пацієнтів та уникнути ампутації кінцівок.

О.І. Дубей, І.В. Малицька
ОФТАЛЬМОПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Кафедра офтальмології
Т.В. Баран (к.мед.н., доц.)
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність. Ревматоїдний артрит (РА) – системне аутоімунне захворювання, яке характеризується ураженням не лише суглобів, а й інших органів, серед яких офтальмологічні прояви займають значну частину. Згідно даних відділу медичної статистики МОЗ України у 2014 році поширеність ревматоїдного артриту в абсолютних показниках становила 105 963 хворих, у тому числі з діагнозом, встановленим вперше в житті – 15,9 на 100 000 осіб. Тому вивчення всіх аспектів цього процесу є актуальним.

Мета. Проаналізувати частоту офтальмологічних ускладнень у хворих з РА за даними доступної літератури.

Матеріали та методи. Була використана доступна література та інтернет-ресурси з проблем офтальмологічної патології у хворих на ревматоїдний артрит за 2010-2015 роки.

Результати. Досліджувалися захворювання очей, що пов'язані з РА, а саме: сухий кератокон'юнктивіт, епісклерит, склерит, периферичний виразковий кератит, увеїт, катаракта та глаукома, васкуліт сітківки. За результатами літературного пошуку було виявлено, що офтальмологічні ускладнення зустрічалися у 39% хворих на РА (AP Vignesh, R.Srinivasan, 2015р.). Сухий кератокон'юнктивіт в дослідженнях А. Zoto, B. Selimi, 2015р. складає 13%. За даними AP Vignesh, R.Srinivasan, 2015р. епісклерит та склерит становлять 3% і 2% відповідно. Павлюченко А.К. вказує у своїй роботі, що кератит спостерігається у 7% хворих з РА (2012). Периферичний виразковий кератит - 7,4% (Sainz de la Maza, 2012р.). Увеїт становить 15.6% в дослідженнях Р. Kumar, 2013р. Катаракта та глаукома зустрічається по 5% згідно з даними Синяченко О.В. та ін. 2012р. Васкуліт сітківки складає 0,45% за оцінкою G. Zlatanovic, D.Veselinovic та ін. 2010 р.

Висновки. Офтальмопатологія, асоційована з ревматоїдним артритом, є досить актуальною і складною проблемою, що потребує тісної співпраці між ревматологами та офтальмологами для діагностики та лікування цих хворих.

В.П. Дудик
**МОЖЛИВОСТІ “РІДИННОЇ ЦИТОЛОГІЇ” В ТЕРМІНОВІЙ ІНТРАОПЕРАЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ
РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології.
О.Я.Какар'їн(к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пироговам.
м. Вінниця, Україна.

Актуальність. Термінове інтраопераційне морфологічне дослідження при проведенні секторальних резекцій молочних залоз з приводу доброякісних пухлин відіграє велику роль у виявленні раку і розширенні об'єму оперативних втручань, що дозволяє досягти радикальності і своєчасності лікування. Розрізняють гістологічне і цитологічне дослідження видаленого матеріалу. Останнім часом набуває популярності метод рідинної цитології.

Мета. Оцінити можливості “рідинної цитології” в терміновій інтраопераційній діагностиці раку **молочної залози**, порівняти їх з традиційними методами морфологічних досліджень.

Матеріали і методи: У 198 пацієток, яким було проведено оперативне лікування пухлин молочних залоз в об'ємі «секторальної резекції», на базі хірургічного відділення Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру, проводилось термінове цитологічне і гістологічне дослідження видалених пухлин. З них у 14 хворих виконано тільки цитологічне дослідження, у 22 – тільки гістологічне, 10 хворим проведено дослідження з використанням “рідинної цитології”.

Результати: При терміновому морфологічному дослідженні у 95 зі 198 оперованих пацієнтів виявлено рак, що склало 48%. Це змусило розширити об'єм операції до радикальної квадрантектомії у 78 хворих (39,4%) і до радикальної мастектомії за Маденом – у 17 (8,6%), з яких у 4 хворих об'єм операції був завищений через несвоєчасність гістологічного заключення (2-4 доба), щоб не втратити радикальності лікування. У 5 хворих, у яких рак було виявлено цитологічним методом, попередня термінова цитологія його не виявила. Інформативність рідинної цитології співпала з гістологічним методом і склала 85%, тоді, як при традиційній цитології лише 36%. Чутливість і специфічність рідинної цитології також були вищими і склали відповідно 88,2% та 87%, проти 55% і 36% при традиційній цитології.

Висновки. Рідинний метод підвищує ефективність та розширює можливості цитологічного дослідження в профілактиці та діагностиці онкологічних захворювань, може служити альтернативою гістологічному методу. Перевагою над традиційною цитологією є не тільки більша специфічність та інформативність а і швидкість отримання результату. Автоматизоване приготування і фарбування препаратів, зменшує кількість неадекватних препаратів. Простіша візуалізація діагностично-значущих клітин, стандартизація приготування препарату та

можливість комп'ютерної реєстрації значно підвищують роль методу в сучасній морфологічній діагностиці пухлин.

А.А. Егреші

ВИВЧЕННЯ НАЙБІЛЬШ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ПРИЧИНДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Кафедра анатомії людини

О.В. Кузнецова(викладач)

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

м. Дніпропетровськ, Україна

Актуальність: Дисплазія кульшового суглоба є дуже поширеною патологією і зустрічається в 2 – 4 % випадків. У деяких країнах і регіонах на його частку припадає до 12 % (Сушко, 2009). Природжений вивих стегна має неоднозначну статистику. Наприклад, на Україні вроджена дисплазія зустрічається в 5 – 25 % (Орлов, 2011). За даними міжнародних дослідників, цією вродженою патологією страждає 1 з 7000 новонароджених (Волков, 2010). Дане захворювання було і залишається за даними сучасної статистики особливим питанням дитячої ортопедії, саме тому є досить актуальною проблемою.

Мета: За аналітичним оглядом літератури вивчити найбільш розповсюджені причини дисплазії кульшового суглоба.

Матеріали та методи: Огляд вітчизняних літературних джерел причин захворюваності дисплазії кульшового суглоба.

Результати: Дисплазія кульшового суглоба – це порок розвитку опорно-рухового апарату у новонароджених, суть якого полягає в порушенні будови всіх компонентів тазостегнового суглоба. Це призводить до підвивиху або вивиху головки стегнової кістки ще до народження дитини або в перші дні після нього. В основі захворювання лежить недорозвинення елементів кульшового суглоба, зокрема кульшової западини, головки і шийки стегна. Як правило, у новонародженого вивиху ще немає, а є вроджена дисплазія кульшового суглоба, яка в залежності від ряду факторів в подальшому може призвести до вивиху в суглобі, або, навпаки, в результаті нормалізації анатомічних структур – до одужання. Вертлюжна западина у дітей з вродженою дисплазією менш глибока, ніж в нормі, внаслідок чого головка не утримується у кульшовій западині, і поступово зміщується догори з утворенням вивиху в тазостегновому суглобі (Данилов, 2011).

У сучасній травматології та ортопедії існує багато відомостей про причини захворюваності на дисплазію кульшового суглоба. Ними є як ендогенні 6 – 11 %, так і екзогенні фактори 25 – 40 % (Лисенко, 2013). Вроджений вивих стегна виникає частіше під впливом факторів внутрішньоутробно, в той період, коли йде закладка і розвиток кістково-м'язової системи – це генетична схильність (у 3 – 7 %). Крім того, дефіцит вітамінів і мінералів, шкідливі звички, хвороби, гормональна перебудова у вагітної жінки (у 2,6 - 5,8 %), тазове передлежання (у 10 – 12,4 %), маловоддя (у 4 – 7 %), підвищення тону м'язів матки (у 8 – 12 %) також призводить до вродженого вивиху стегна. Природжена дисплазія (у 2,5 – 5 %) спостерігається й у сім'ях, де найближчі члени родини хворої дитини мали слабкість зв'язок кульшового суглоба, малу глибину вертлюгової западини (Сушко, 2009).

Висновки: Зазначені дані свідчать про те, що природжена дисплазія кульшового суглоба повинна бути діагностована і лікована на ранніх стадіях цього захворювання, тоді неправильне розміщення голівки стегнової кістки буде усунуте і не зберігатиметься протягом усього життя людини та зменшить ймовірність подальшої ранньої інвалідизації.

Н.О. Захарко, Н.І. Пилипович

ХАРАКТЕРИСТИКА ШТАМІВ ЗОЛОТИСТОГО СТАФІЛОКОКУ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ

Кафедра загальної хірургії

Ю.С. Лисюк (к.мед.н., доц.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність. За даними ВООЗ золотистий стафілокок очолює список широко розповсюджених бактерій та є однією з проблем лікування гнійно-запальних захворювань.

Мета. Вивчення особливостей та поширеності *Staphylococcus aureus* серед збудників гнійно-запальних захворювань для оптимізації антибіотикотерапії в умовах загальнохірургічного відділення.

Матеріали і методи. Ретроспективно проаналізовано 416 результатів бактеріологічних досліджень за 2015 рік пацієнтів хірургічного відділення лікарні швидкої медичної допомоги м.Львова. Критерії відбору мікробіологічних досліджень – верифікований ріст із проб ексудату при нагнійних захворюваннях м'яких тканин, абдомінальних запальних захворюваннях та післяопераційних ранах. Чутливість стафілококів до антибіотиків визначалася з використанням стандартизованого набору дисків. Інтерпретація результатів проводилася за допомогою програмного забезпечення бази даних мікробіологічної лабораторії WHONET-5.

Результати. Аеробна мікрофлора виявлена у 355 дослідженнях. З них у 189 (53,2%) ідентифіковано різні види стафілококів: 177 (93,7%) *St.aureus*, 12 (6,3%) *St. coagulans* *negative*. За частотою виявлення стафілококова

мікрофлора переважала у ексудаті при: маститах (92%), карбункулах і фурункулах (83%), абсцесах (63%), флегмонах (44%), ранах (30%). Водночас, при абдомінальних захворюваннях частка стафілококу становила лише 1,6% (3 випадки). При аналізі антибіотикочутливості стверджено абсолютну (100%) чутливість виділених штамів *St. aureus* до ванкоміцину, гентаміцину і лінезоліду, високу чутливість – до рифампіцину (99,4%), кліндаміцину (97,6%), тетрацикліну (84,2%). Поряд з тим, клінічні ізоляти були високорезистентними до іміпінему (38%), еритроміцину (38%) та навіть цефалоспоринів IV покоління – цефепіму (37,3%) та цефпірому (33,3%). При дослідженні рівня стійкості до оксациліну для виявлення Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) відмічено, що загалом 37,3% штамів були резистентними. Зокрема, у 74,3% випадках стверджено класичну оксацилінрезистентність (полірезистентні штамів) і 25,7% випадках – відсутність полірезистентності.

Висновки. Програма бази даних мікробіологічної лабораторії WHONET-5 забезпечує можливість повноцінно проаналізувати поширеність та антибіотикочутливість збудників запально-нагнійних захворювань в конкретному клінічних умовах для обґрунтування емпіричної стартової антибіотикотерапії. Золотистий стафілокок є домінуючим етіологічним чинником (53,2%) при основних гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин у загальнохірургічному відділенні. Висока частота (37,3%) виявлення MRSA за даними річного обліку детермінує необхідність врахування особливостей цих штамів при виборі антибактерійної терапії стафілококової інфекції.

Д.И.Имерек

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ НА АКТИВНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра хирургии №2

(научный руководитель –И.Н.Вовчук(ас., к.мед.н.)

Винницкий национальный медицинский университет им.Н.И.Пирогова

г.Винница ,Украина

Актуальность: Продукция белковых молекул, обладающих выраженной антимикробной активностью, является одним из наиболее древних механизмов неспецифической защиты макроорганизма от инвазии инфекционными патогенами. Наиболее яркими и эффективными молекулярными компонентами неспецифических механизмов защиты организма являются антимикробные пептиды (АМП). АМП представляют эволюционно наиболее древнюю противоифекционную систему, которая эффективно противодействует, преимущественно на эпителиальных поверхностях слизистых оболочек и кожных покровов, широкому кругу патогенных бактерий, грибов и вирусов. Одними из наиболее изученных АМП являются дефензины. Разработка терапевтических методов регуляции продукции дефензинов может стать решающим компонентом медикаментозного управления некоторыми дефензин-ассоциированными заболеваниями. На основе дефензинов, обладающих выраженными бактерицидными, вирулицидными и фунгицидными свойствами, сегодня ведущими фармакологическими фирмами уже созданы и активно производятся новые лекарственные средства, которые идут на смену антибиотикам, выработавшим свой потенциал, в связи с увеличением антибиотикорезистентности патогенных бактерий.

Цель: Сравнить активность течения острого панкреатита в зависимости от уровня АМП в организме. Доказать, что пациенты нуждаются в антибиотикотерапии не смотря на уровень АМП в организме, но агрессивность этой терапии будет прямопропорциональна к уровню АМП, то есть, чем больше уровень АМП, тем в меньших дозах нуждается пациент.

Материалы и методы: Статистический анализ проводился с использованием параметрических и непараметрических критериев на персональном компьютере с использованием программ Microsoft Excel 2007 та Biostatistica 7.2. Данное исследование основывается на изучении 60 больных с разными формами острого панкреатита, которые находились на лечении в Винницкой городской клинической больнице скорой медицинской помощи в период с 2013 по 2016 гг. Из этих пациентов выделили две группы по 30 человек. В одной группе были пациенты с легкой формой, во второй со средней и тяжелой формами. Также была изучена контрольная группа из десяти человек, у которых не было жалоб на дисфункцию поджелудочной железы. Всем исследуемым были проведены анализы для определения уровня АМП в организме и результаты были сравнены между собой и с контрольной группой.

Результаты: В результате проведенного анализа массива исследуемых было выявлено, что уровень дефензинов у первой группы (легкая форма) колеблется в интервале 0,15+(-)0,06 нг/мл, у второй группы (средняя и тяжелая формы) уровень дефензинов 0,08+(-)0,003 нг/мл, результаты контрольной группы 0,19+(-)0,09 нг/мл.

Выводы: Дефензины по праву считают эндогенными антибиотиками. Соответственно, данные результаты подтверждают нашу теорию, что уровень АМП влияет на активность течения острого панкреатита и в зависимости от их уровня мы можем коррелировать дозировки назначаемых АБ препаратов.

П.О. Ілляк, Ж. М. Легович
**РОЛЬ ДИФУЗІЙНО-ЗВАЖЕНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МАГНІТНО РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ
ДІАГНОСТИЧНО-НИРКОВО-КЛІТИННОГО РАКУ**

Кафедра урології

Ю.О. Мицик (к.мед.н., доцент)

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

Актуальність. Нирково-клітинний рак (НКР) – найбільш розповсюджена первинна пухлина нирки, що зустрічається у 3% випадків всіх злоякісних новоутворів і у 90% випадків злоякісних пухлин нирки. Застосування дифузійно-зважених зображень (ДЗЗ) дозволяє вимірювати молекулярну дифузію в тканинах *in vivo*. Вимірюваний коефіцієнт дифузії (ВКД) використовується для оцінки ступеню дифузії у здорових та уражених тканинах. Оцінка ефективності застосування МРТ із модальністю ДЗЗ для визначення параметрів пухлини та ступеню її диференціації при НКР є вкрай актуальним питанням сучасної урології.

Мета. Оцінити інформативність МРТ із використанням модальності ДЗЗ у діагностиці світло-клітинного нирково-клітинного раку (скНКР) та визначенні ступеня його диференціації.

Матеріали та методи. Ретроспективне дослідження проводилося у 85 дорослих хворих із скНКР із 87 пухлинами нирок віком від 40 до 74 років. Контрольну групу склали 15 здорових волонтерів без ниркової патології за даними клінічних та променевих досліджень віком від 22 до 47 років. Всім пацієнтам із скНКР та здоровим волонтерам проводилась МРТ, яка включала ДЗЗ з подальшим обрахуванням ВКД. Дослідження проводилось на базі клінік кафедри урології та кафедри радіології і радіаційної медицини ЛНМУ імені Данила Галицького та на базі медичного центру «Євроклінік» протягом 2013-2016 років.

Результати. На зображеннях МРТ пухлини мали в основному неправильну форму із нерівними краями та нечіткими контурами. Всі новоутворення мали діаметр більше 3 см. У трьох із 85 хворих пухлина була мультифокальною, у решти – монофокальною. У пацієнтів з скНКР в 49 випадках спостерігався гомогенний сигнал; в інших 36 пацієнтів відмічався гетерогенний сигнал. На ДЗЗ ділянка пухлини завжди була представлена гіперінтенсивним сигналом, в той час, коли на ВКД-картах відповідна зона була гіпоінтенсивною. У результаті проведеного аналізу було встановлено, що середнє значення ВКД злоякісних новоутворів було значно нижчим, ніж у нормальної ниркової паренхіми і становило $1,81 \pm 0,16 \times 10^{-3}$ мм²/с проти $2,16 \pm 0,12 \times 10^{-3}$ мм²/с відповідно ($p < 0,05$), як наслідок обмеження в них дифузії молекул водню. При оцінці середнього значення ВКД у хворих із скНКР було відмічено зниження середнього значення ВКД поруч із зростанням вираженості ядерного поліморфізму.

Висновки. Отримані дані свідчать про значне обмеження дифузії молекул водню у тканинах скНКР. Ми спостерігали вищі показники ВКД у пухлин із низьким ступенем диференціації, ніж у високо диференційованих пухлинах. Застосування МРТ модальності ДЗЗ із обчисленням ВКД дозволяє отримати цінну інформацію, яка є необхідна для діагностики скНКР та диференціації ступенів його злоякісності. Необхідні подальші дослідження для встановлення різниці у значеннях ВКД інших гістологічних підтипів НКР та доброякісних новоутворів нирок.

К.С. Калашникова, С.С. Дубівська, М.Д. Бітчук

**СУЧАСНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРАКТЕРУ ТА СТУПЕНЯ КОГНІТИВНИХ ЗМІН У
ПАЦІЄНТІВ, ЩО ОТРИМАЛИ БАГАТОКОМПОНЕНТНУ ЗАГАЛЬНУ АНЕСТЕЗІЮ В УМОВАХ
ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ**

Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії

А.А. Хижняк (д.мед.н., проф.)

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день не є можливим заздалегідь передбачити наслідки, характер та ступінь впливу операційних втручань, проведення багатокомпонентної загальної анестезії та інших реанімаційних заходів у кожного окремого пацієнта, який цього потребує, але літературні дані свідчать про те, що умовах загальної анестезії в усіх вікових групах виявляються специфічні патологічні стани, серед яких наявні зміни перфузії головного мозку, внутрішньочерепного тиску, нейротоксичний вплив з порушенням синаптогенезу, індукція нейродегенерації, стимуляція апоптозу нейронів. Як наслідок, ці зміни можуть зумовлювати в подальшому виникнення різноманітних порушень вищої мозкової діяльності. Саме цьому ця тема є актуальною і потребує детального подальшого вивчення з метою розробки методів корекції даних порушень.

Мета: Метою даного дослідження є оцінка впливу загальної анестезії на стан когнітивної функції з подальшою розробкою методів її корекції у пацієнтів з гострою хірургічною патологією шляхом удосконалення методів інтенсивної терапії.

Матеріали та методи: Дослідження було проведено на базі Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова. У дослідженні брали участь 78 пацієнтів з гострою хірургічною патологією, яких ми спостерігали у передопераційний період та протягом 30 діб після операційного періоду. Оперативне втручання відбувалося в умовах загальної багатокомпонентної анестезії зі штучною вентиляцією легень з використанням пропофолу та фентанілу. Для дослідження загального стану пацієнта в -

до та післяопераційний період були використані всі клінічні та параклінічні методи згідно клінічного протоколу МОЗ України. Для дослідження когнітивної сфери пацієнта: шкала MMSE, тест малювання годиннику, тест «5 слів», батарея тестів на лобнудисфункцію, метод Шульце.

Результати: За даними дослідження у передопераційний період показники когнітивної функції знаходились у межах вікової норми, але протягом післяопераційного періоду нами були отримані дані, що свідчать про зниження когнітивної функції від 18% до 38% за різними показниками, які поступово нормалізуються до 30 доби у більшості пацієнтів

Висновки: Отримані нами дані дослідження когнітивної функції у пацієнтів в після операційному періоді в порівнянні з перед операційним періодом вказує на наявність змін когнітивної сфери. Ці зміни залежать від віку хворого та попереднього, доопераційного стану когнітивної сфери.

Т.Ю. Калінчук

СИСТЕМНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: КРИСТАЛІЧНІ АРТРОПАТІЇ – ПОДАГРА. ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ

Кафедра загальної хірургії

М.Д. Желіба (д.мед.н., проф.),

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми. У країнах із високим рівнем життя випадки захворювання подагри відмічаються у 1-3% населення. В Україні частота захворюваності становить 5-28 випадків на 1000 чоловіків та 1-6% на 1000 жінок. Поширеність гіперурикемії серед населення складає 15-20%. За останні 10-20 років частота захворюваності у світі збільшилася більше ніж у два рази, що пов'язується із особливостями способу життя (алкоголізм, паління, часте використання діуретиків, вживання великої кількості м'ясних та рибних продуктів, малорухливий спосіб життя, коморбідні стани до подагри, такі як ожиріння, інсулінорезистентність, гіпертригліцеридемія).

Мета. З'ясувати етіологію та патогенез утворення тофусів. Дослідити функціональний стан уражених структур організму. Розглянути аспекти хірургічного лікування ускладнених форм подагри.

Матеріали і методи. В основу даного дослідження лягли 4 клінічні випадки подагри. Також були використані наукові дані вітчизняних і зарубіжних джерел. У всіх пацієнтів на момент поступлення у хірургічне відділення було діагностовано хронічний подагричний артрит в періоді загострення або хронічний тофусний артрит.

Результати досліджень. Проведення консервативного лікування не дало бажаних результатів, у зв'язку з чим було вирішено планово прооперувати хворих. Після проведеного хірургічного лікування у пацієнтів спостерігалось зменшення больового симптому в уражених суглобах, покращення функціонування кінцівки, зменшення вторинних реактивних запальних змін, про що свідчать і лабораторні показники: зменшення рівня сечової кислоти у сироватці, нормалізація лейкоцитарної формули та ШОЕ.

Висновки. Проведення хірургічного лікування у комплексній терапії з урикодепресантами та урикозуричними препаратами покращує загальний стан пацієнтів та зменшує вірогідність виникнення тофусів на прооперованих суглобах.

Р.Ф. Карімулін, С.А. Босий, І.В. Цимбалюк

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОЛОНГОВАНОЇ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНАЛЬГЕЗІЇ У ХВОРИХ ІЗ СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра хірургії №1. Курс анестезіології та реанімації

П.П. Слободян (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Регіонарні методи знеболення займають провідні місця у світовій анестезіологічній практиці. Пролонгована епідуральна анальгезія – це подовжене введення лікарських засобів в епідуральний простір через катетер з метою знеболення. 35% пацієнтів, які перенесли планові та екстренні хірургічні втручання, страждають від післяопераційного болю.

Мета дослідження: Визначити клінічну ефективність застосування пролонгованої епідуральної анальгезії у хворих із судинною патологією.

Матеріали і методи: Протягом 2012-2014 р.р. було обстежено 44 хворих, яким проводилися оперативні втручання на нижніх кінцівках на базі відділення хірургії судин ВОКЛ ім. М.І. Пирогова.

Результати дослідження. В залежності від патології та оперативних втручань пацієнтів було розділено на дві групи: 1-а група – 23 пацієнта, яким в післяопераційний період було використано НПЗЗ і наркотичні анальгетики для зняття больового синдрому; 2-а група – 21 пацієнт, яким в післяопераційний період було використано пролонговану перидуральну анальгезію і наркотичними анальгетиками. Аналіз динаміки вираженості больового синдрому в післяопераційному періоді показав, що біль середньої інтенсивності хворі 1-ї групи відчували вже на 6-й годині (ВАШ=48,6±6,1 мм.). У пацієнтів 2-ї групи він значно слабше виражений (ВАШ=12,2±3,1 мм.) по інтенсивності і вірогідно нижчий в порівнянні з 1-ю групою. У пацієнтів з 1-ї групи післяопераційний період протікав з середньою вирішеністю больового синдрому вже з 6-ї години

післяопераційного періоду, що свідчить про недостатній знеболюючий ефект в цій групі. У пацієнтів з 1-ї групи при виписці зберігся больовий синдром у 6 (26%), 2-ї групи – 2 (10%).

Висновок: Використання пролонгованої епідуральної анальгезії під час оперативного втручання має вірогідний вплив на скорочення термінів лікування та частоту хронізації больового синдрому.

Т.А. Касперович

ВПЛИВ РАНЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НА ДИНАМІКУ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ, ЯК ІНТЕГРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ СОМАТИЧНОГО ПУЛУ БІЛКА, У ДІТЕЙ, ПРООПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ПУХЛИН ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Кафедра хірургії № 1 з курсом анестезіології та інтенсивної терапії

Д.В. Дмитрієв (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Раннє післяопераційне ентеральне харчування – «наріжний камінь» програми прискореної післяопераційної реабілітації в абдомінальній хірургії. Ентеральне харчування в ранньому післяопераційному періоді в рамках мультимодальної програми «fasttrack» хірургії дозволяє відновити порушені функції шлунково-кишкового тракту, знизити частоту інфекційних ускладнень, ризик синдрому поліорганної недостатності та стабілізувати стан хворих після перенесених оперативних втручань. За рекомендаціями експертів ВООЗ ентеральному харчуванню слід віддавати перевагу і застосовувати у всіх можливих випадках.

Мета: Визначити вплив раннього ентерального харчування на динаміку антропометричних показників.

Матеріали та методи: Дослідження були проведені у 51 дитини, з них 23 дитини основної групи ($4,7 \pm 2,2$ років) та 28 дітей контрольної групи ($5,2 \pm 2,0$) після лапаротомних оперативних втручань з приводу пухлин черевної порожнини та іншої рівноцінної абдомінальної хірургічної патології (контрольна група) в умовах ВАІТ Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. На всіх етапах догляду ентеральне харчування дітей (основна група) в ранньому післяопераційному періоді проводилось за наступною схемою: перша доба після операції – 5-10 мл/год, друга – четверта доба 10 – 20 мл/год з поступовим переходом на фізіологічну потребу. Проводилось дослідження маси тіла, індексу маси тіла (ІМТ) та товщини підшкірної жирової складки над трицепсом (ТПЖСТ) в динаміці в 1, 3 та 7 добу після оперативного втручання. Статистичний аналіз проводився на основі пакету програм «Excel».

Результати: Як показали наші дослідження, в основній групі спостерігалася позитивна динаміка маси тіла (1 доба: $20,09 \pm 7,98$, 3 доба: $20,16 \pm 7,98$, 7 доба: $20,26 \pm 7,99$), ІМТ (1 доба: $17,5 \pm 1,52$, 3 доба: $17,61 \pm 1,51$, 7 доба: $17,74 \pm 1,51$), ТПЖСТ (1 доба: $6,39 \pm 0,82$, 3 доба: $6,4 \pm 0,82$, 7 доба: $6,51 \pm 0,82$) та негативна динаміка маси тіла (1 доба: $20,75 \pm 7,18$, 3 доба: $20,7 \pm 7,18$, 7 доба: $20,64 \pm 7,17$), ІМТ (1 доба: $16,61 \pm 0,92$, 3 доба: $16,55 \pm 0,93$, 7 доба: $16,48 \pm 0,93$), ТПЖСТ (1 доба: $6,58 \pm 0,56$, 3 доба: $6,55 \pm 0,56$, 7 доба: $6,45 \pm 0,55$) в групі контролю. Негативна динаміка вищезазначених показників є клініко-патогенетичним предиктором формування нутритивної недостатності.

Висновки: В результаті хірургічного втручання різко зростає потреба в нутрієнтах і енергії, тому роль лікувального харчування зростає після операції, особливо в ранні терміни. В ранньому післяопераційному періоді підвищенні енергетичні витрати організму хворого нашаровуються на вже наявний енергетичний дефіцит і на вимушене голодування. Філогенетично детермінований шлях отримання енергії – ентеральний, тому раннє ентеральне харчування в першу добу після операції забезпечує успіх програми «fasttrack» хірургії як після невеликих, так і об'ємних операцій, метою якої є зменшення стресових реакцій і дисфункції органів, тривалості повного відновлення організму або ERAS (earlyrehabilitationaftersurgery) – ранньої реабілітації після операції.

Т.А. Катеринчук

КОНТУЗІЇ ВНУТРІШНЬОГО ВУХА

Кафедра ЛОР-хвороб

І.В. Дмитренко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Внутрішнє вухо найбільш чутливе до механічних пошкоджень, тому його конту є однією з найпоширеніших патологій, що зустрічаються під час військових дій, що ведуться на території України. За статистикою ООН станом на 2014-2015 постраждало тисячі людей, половина яких має супутню контузію вуха. Сторонні тіла в ЛОР-органах, вибухові хвилі, дія високих шумів, струси, травми черепа, крововиливи у середнє та внутрішнє вухо - одні із головних причин контузіє. Як відомо, контузіє внутрішнього вуха можуть призвести до важких наслідків, а саме: туговухості, повної втрати слуху, порушення роботи вестибулярного апарату.

Мета. Виявлення контузіє вуха, можливих ускладнень та етапи лікування.

Матеріали та методи. Дослідження вуха та вестибулярного апарату проводилося за допомогою суб'єктивних, об'єктивних даних, «живої» мови, тести з камертоном, тональна аудіометрія, вестибулярні проби. Підбір

відповідного лікування за наказом МОЗ №198.

Результати. При огляді в області вушної раковини спостерігаються згустки крові, витікання крові із зовнішнього слухового проходу. У перші години можуть спостерігатися повна глухота і виражені вестибулярні симптоми. При відсутності анатомічних пошкоджень завитки можуть спостерігатися різного ступеня приглухуватість або навіть глухота, але можливе покращення зі стабілізацією на деякому ступені приглухуватості. За даними аудіометрії буде порушена звукосприйняття та звукопроведення зі сторони враженого вуха. При враженні вестибулярного апарату за допомогою отолітової реакції спостерігається спонтанний ністагм і запаморочення, спрямовані на здорове вухо, промах при вказівних пробах в бік пораненого вуха. Проявами ускладнень можуть бути кровотечі з великих судин, параліч лицьового нерва, поранення нервів слухолицевого пучка, гнійний менінгіт, лабіринтит, тромбоз сигмовидного синуса. Лікування проводять у два етапи. 1.Зняття причини захворювання, 10 днів. 2.Відновна терапія, 10 днів.

Висновок Отже, в умовах війни контузії внутрішнього вуха вважається однією з найпоширеніших патологій. За допомогою додаткових методів дослідження можна на ранніх етапах захворювання діагностувати і профілактувати ускладнення, та підібрати адекватне лікування. Але найкраще попередити контузію та ускладнення за допомогою спеціалізованих методів захисту вуха.

Т.А. Катеринчук

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ШЛУНКУ ЗА ДОПОМОГОЮ VEGF ФАКТОРА УСКЛАДНЕННЯ ПЕРИТОНІТОМ

Кафедра хірургії №2

І.М. Вовчук (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Перфорація стінки шлунка або власне ракової пухлини у вільну черевну порожнину є частим та надзвичайно тяжким ускладненням раку шлунка, яке тягне за собою розвиток перитоніту. VEGF фактор- це сигнальний білок, що виробляється клітинами для стимулювання васкулогенез і ангиогенезу, він зв'язується з ендотелієм клітин і стимулює їх проліферацію. Цей фактор посилено продукується клітинами деяких пухлин людини.

Мета. Діагностика раку шлунка за допомогою VEGF фактора. перебіг гострого перитоніту, причиною якого є злоякісне новоутворення шлунку.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі МКЛ ШМД Статистичний аналіз проводився за використанням параметричних і не параметричних критеріїв на персональному комп'ютері з використання програм Microsoft Excel 2007 та Biostatistica 7.2. Проведено аналіз лікування 52 пацієнтів на гострий поширений перитоніт, джерелом якого був шлунок. пацієнти розподілені на дві групи-контрольна та основна. Групу контролю складало 44 осіб із перитонітом не пухлинної етіології, основна 8 осіб із злоякісними новоутвореннями шлунку. Дослідження проводилося в медичних лабораторій «Synovo»

Результат. Результати лабораторних показників VEGF фактору у досліджуваній групі отримано такі результати, контрольна група ($\pm 1-2$) 21 пк.мл, основна група ($\pm 14-15$) 154.23 пк.мл. Про що свідчить онкозахворювання основної групи. Вивчаючи показники даного захворювання, ми отримали такі результати- гострий перитоніт, який виник внаслідок злоякісного новоутворення, за ступенем важкості – важкий, здебільшого є розлитим, серозно-фібринозним, а також для нього характерні- порівняно більша тривалість лікування, вища частота післяопераційних ускладнень та летальності. Дані клінічні особливості необхідно враховувати при виборі методу та тактики лікування хворих на злоякісні новоутворення шлунка, ускладнені гострим поширеним перитонітом.

Висновок. Отже, одним із найбільш чутливих та новітніх методів діагностики раку шлунка є VEGF фактор, який може допомогти діагностувати і попередити ускладнення. VEGF впливає на розвиток нових кровоносних судин. Для росту пухлин і їх живлення потрібне відповідне кровопостачання, про що і свідчить зростання показників VEGF фактора.

Л.О. Килимнюк

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ІШЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ГОМІЛКИ

Кафедра травматології та ортопедії

В.О. Фіщенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Розвиток ішемічного процесу на фоні скелетної травми етіологічно найбільш часто пов'язаний з переломами кісток гомілки. Крім цього, виділяють ряд додаткових факторів, які значно збільшують ризик виникнення даного ускладнення. В умовах ішемії незадовільні результати лікування у пацієнтів з переломами кісток гомілки реєструються більше, ніж у половини випадків, що й обумовлює актуальність вивчення даної проблеми.

Мета: оцінити частоту основних факторів ризику розвитку ішемічного процесу у пацієнтів з переломами кісток гомілки.

Матеріали та методи: під спостереженням знаходилося 135 пацієнтів з переломами кісток гомілки, які перебували на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період 2015 року. Середній вік $40,7 \pm 5,3$ років. З них 74 (54,8%) чоловіка та 61 (45,2%) жінка. Усім проведено оцінку основних факторів ризику розвитку ішемічного процесу. Серед факторів ризику, які детерміновані з боку пацієнта оцінені наступні: чоловіча стать 74 (54,8%), варикоз вен нижніх кінцівок 38 (28,2%), індекс маси тіла $> 25 \text{ кг/м}^2$ 92 (68,1%), вік до 35 років 12 (8,9%), цукровий діабет 20 (14,8%), гіпотиреоз 10 (7,4%), застосування антикоагулянтів 8 (5,9%) та алкогольне сп'яніння при госпіталізації 14 (10,4%). Окремо оцінені фактори, пов'язані з періодом та умовами госпіталізації: пізня госпіталізація (≥ 3 год.) 70 (51,8%), самостійне звернення до травмпункту 77 (57,0%), відсутність засобів транспортної іммобілізації 52 (38,5%), та використання джгута 4 (3,0%). Важливу роль відіграють і фактори обумовлені травмою – високоенергетична травма 30 (22,2%), відкритий перелом 31 (23,0%), виробничий характер травми 21 (15,6%) та проведеним лікуванням – використання системи скелетного витягу 61 (45,2%), гіпсової іммобілізації 50 (37,0%) та використання джгута під час оперативного втручання 115 (85,2%). Для порівняння виділено групи за гендерною належністю.

Результати. Фактори ризику виявлено у 134 (99,3%) пацієнтів, лише в 1 (0,7%) пацієнтки додаткові фактори були відсутні. У 4 пацієнтів (3,0%) зустрічався один додатковий фактор ризику із групи детермінованих. Решта 130 (96,3%) пацієнтів досліджуваної групи мали 2 і більше додаткових факторів ризику. При сумарній оцінці частоти факторів ризику у пацієнтів досліджуваної групи встановлено, що на одного пацієнта з групи чоловіків припадає $5,75 \pm 1,11$ факторів ризику, в той же час аналогічний показник серед жінок становив $4,03 \pm 0,81$. Отримана різниця показників статистично значима ($t=3,83$, $p<0,001$). Встановлено, що чоловіки з переломами кісток гомілки мають більше додаткових факторів та достовірно вищий ризик розвитку ішемічного процесу.

Висновок. Таким чином, у пацієнтів з переломами кісток гомілки майже завжди присутні додаткові чинники, що можуть підвищувати ризик розвитку ішемічного процесу. Тому, ретельний аналіз усіх наявних факторів ризику та ліквідація їх впливу буде сприяти кращим результатам лікування у пацієнтів даної групи.

Ю.В. Кукарєва

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра хірургії № 1

В.О. Шапринський (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Механічна жовтяниця (МЖ) - це патологічний синдром, який виникає внаслідок ускладнення різних захворювань органів гепатопанкреатодуоденальної зони, і до цього часу є актуальною проблемою абдомінальної хірургії. Даний синдром обтяжує перебіг основного захворювання і призводить до появи різного роду ускладнень і летальності.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих з синдромом механічної жовтяниці шляхом проведення аналізу інформативності клініко-лабораторних, інструментальних методів діагностики та визначення оптимального алгоритму хірургічної тактики.

Матеріали і методи: У клініці хірургії №1 за період 2008 - 2015 роки прооперовано 96 хворих на ОЖ пухлинного генезу. Серед прооперованих чоловіків було 66,8%, жінок - 33,2%. Вік хворих коливався від 37 до 80 років, в середньому склав $62,2 \pm 1,6$ роки. Діагноз на ОЖ пухлинного генезу встановлювали на основі анамнезу та даних фізикальних методів обстеження. Усім хворим проводили загально-клінічні лабораторні методи дослідження. З додаткових методів обстеження важливе значення мали неінвазивні методи променевої діагностики (УСГ, КТ, ЯМР), ФГДС, методи прямого контрастування жовчних сегментів, ангіографічні методи, також використовували метод цифрової спектрофотокориметрії як.

Результати: за нашими даними практично у всіх хворих з ОЖ пухлинного генезу на початку захворювання не було больового синдрому. В анамнезі хворі відмічали втрату ваги тіла протягом останніх місяців, а також відмічався астеничний синдром. Спочатку з'являлась жовтяниця, а вже потім з'являлись такі клінічні симптоми, як біль в епігастрії, збільшення печінки, свербіж шкіри, позитивний симптом Курвуазьє. Середній рівень білірубінемії досягав 245 мкмоль/л і був підвищений за рахунок прямої фракції. Метод цифрової спектрофотометрії допомагав неінвазивно визначити рівень білірубінемії, полегшити та пришвидшити діагностику та дозволив в динаміці контролювати рівень білірубіну та прогнозувати перебіг захворювання. Об'єм операцій визначався умовами виконання радикального втручання і включав ревізію та відповідну корекцію патології, радикальність усунення причин обтурації. Різного характеру післяопераційні ускладнення відмічені у 5,5% пацієнтів.

Висновки: Використання всіх сучасних неінвазивних методів діагностики (УСГО, КТ, ЯМР), ФГДС та методів прямого контрастування жовчних шляхів дає можливість проводити цілеспрямований відбір в доопераційному періоді хворих на радикальне оперативне лікування одно- або двохетапне. Дані методи діагностики можуть бути доповнені методом цифрової спектрофотометрії, який є технічно простим, доступним і ефективним для

визначення рівня білірубину крові і може ефективно використовуватися у повсякденній клінічній практиці. Лікування ОЖ пухлинного генезу повинно проводитись у спеціалізованих хірургічних відділеннях або у відділеннях, де хірурги мають досвід лікування таких хворих.

Л.О. Килимнюк, І.В. Кучер

ЗМІНИ РЕОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ НА ФОНІ ПЕРЕЛОМУ КІСТОК ГОМІЛКИ

Кафедра травматології та ортопедії

В.О. Фіщенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Незадовільні результати лікування пацієнтів з переломами кісток гомілки в умовах ішемії реєструються більше, ніж у половини випадків. Зміни, які виникають в зоні перелому призводять до порушення регенерації кісткової тканини, формування хибних суглобів, розвитку асептичного некрозу, а також нейродистрофічних ускладнень. Проблема ранньої діагностики ішемічного процесу у хворих травматологічного профілю залишається актуальною.

Мета: оцінити показники локального кровопостачання у пацієнтів з переломами кісток гомілки з допомогою реографічного дослідження.

Матеріали і методи: обстежено 135 пацієнтів з переломами кісток гомілки, які перебували на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період 2015 року. Середній вік $40,7 \pm 5,3$ років. Серед них 74 (54,8%) чоловіків та 61 (45,2%) жінка. Усім пацієнтам в передопераційному періоді проведено реографічну оцінку кровопостачання в басейні гомілки з використанням чотирьохканального реографа Р4-02. Аналіз реограм включав в себе оцінку візуальних та вимірювальних показників.

Результати: Провівши аналіз отриманих реограм у переважній більшості пацієнтів 79 (58,5%) виявлено низькоамплітудні гострокінцеві хвилі аркоподібної форми. Основна реографічна крива мала швидкий підйом та швидкий спуск з вираженими додатковими хвилями на катакроді. Дикротичний зубець глибокий, знижений. Додаткові та пресистолична хвилі виражені. Збільшення швидкісних показників кровотоку та зниження показників периферичного опору судин характерні для вазодилаторного типу реографічної кривої, який виникає внаслідок порушення регуляції судинного тонуусу. Спазматичний тип кривої виявлено у 56 (41,5%) пацієнтів. Основна реографічна крива мала пологі висхідну частину, зменшений кут анакротичного підйому, округлу та розширену верхівку, випуклу низхідну частину хвилі. Інцизура та дикротична хвиля згладжені, зміщені до вершини. Реографічна хвиля переважно сідлоподібної чи платоподібної форми, сплюснена, наближена до ізолінії. Додаткові хвилі слабо виражені, згладжені. Пресистолична хвиля виражена. Зниження швидкісних показників кровотоку та підвищення показників опірності периферичних судин пов'язано з спазматичним впливом вегетативної нервової системи на дистальне судинне русло у відповідь на травму. Крім того, у всіх пацієнтів досліджуваної групи спостерігалися ознаки недостатнього кровонаповнення, підвищення тонуусу судинної стінки та порушеного венозного відтоку. Середня амплітуда основної реографічної хвилі становила $0,059 \pm 0,01$ Ом, що свідчить про зниження інтенсивності артеріального притоку в басейні гомілки.

Висновки: пацієнти з переломами кісток гомілки мають високий ризик розвитку ішемічного процесу та потребують ретельної оцінки стану гемодинамічних показників в ділянці перелому та більш дистальних відділах кінцівки. Динамічний контроль локального кровопостачання та його нормалізація сприятимуть поліпшенню результатів лікування пацієнтів даної групи.

К.М. Комнацька

ВПЛИВ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ МЕЛАТОНІНУ НА ПЕРЕБІГ НЕЙРОДЕСТРУКТИВНИХ ПРОЦЕСІВ В СІТКІВЦІ ТА ЗОРОВОМУ НЕРВІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ТРАВМІ ОКА У КРОЛІВ

Кафедра очних хвороб

І.Л. Черешнюк (к.мед.н., ст.н.с.)

Кафедра фармакології

О.А. Ходаківський (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Травми ока залишаються однією з основних медико-соціальних проблем України. В нозологічній структурі первинної інвалідності серед осіб працездатного віку, на травматичне ураження ока припадає третина, що виводить дану категорію на перше місце з поміж інших очних хвороб. Завдяки наявності широкого спектру фармакологічної активності мелатоніну, враховуючи його потенційну направленість на основні патогенетичні ланки травматичного та ішемічного каскадів ураження сітківки та зорового нерва, є достатньо обґрунтованою доцільність проведення експериментальних та клінічних досліджень із вивчення його ефективності при травмах зорового аналізатора.

Мета. Доклінічна оцінка нейроретинопротекторної активності водно-спиртового розчину мелатоніну при його

парентеральному застосуванню в умовах контузії ока.

Матеріали та методи. Попередньо наркотизованим внутрішньовенно (в/в) пропофолом (40 мг/кг, Kabi, Австрія) кролям, здійснювали впритул холостий постріл вуглекислим газом під тиском у центр рогівки. Через годину – перше в/в введення в крайову вену вуха кроля водно-спиртового розчину мелатоніну з наступним інтервалом через 12 год, дозою 10 мг/кг. Групі контрольної патології в якості терапії застосовували 0,9% розчин NaCl (2 мл/кг). Всі препарати вводили в/в повільно в крайову вену вуха. Величину, ступінь деструкції нейрональних шарів сітківки та волокон зорового нерва визначали за активністю нейромаркера – нейрон-специфічної енолази (NSE) в сироватці крові, яку забирали з крайової вени вуха кролів наприкінці першої доби терапії. NSE верифікували методом твердофазного імуноферментного аналізу.

Результати. Через 24 год у кролів групи контрольної патології активність NSE вірогідно ($p < 0,05$) підвищилась відносно початкових значень в середньому в 43,3 рази. Це вказує на розвиток суттєвої деструкції нейрональних шарів сітківки та волокон зорового нерва. Вивільнення ферменту NSE у кров (підвищення її активності в сироватці), є маркером пошкодженнями їх мембранної цілісності. Вірогідна деескалація активності NSE – свідчення нейроцитопротекторного ефекту. Упродовж першої доби, двократно (інтервал 12 год) в/в введення кролям з модельною контузією ока водно-спиртового розчину мелатоніну (10 мг/кг), сприяло вірогідному ($p < 0,05$) зменшенню відносно тварин групи контрольної патології активності нейромаркера–NSE, в середньому у 1,67 рази.

Висновки. Таким чином, мелатонін, – є носієм нейроретинопротекторної активності в умовах модельної контузії ока, що проявилось у вірогідній деескалації активності маркера нейродеструкції. Терапевтичне використання мелатоніну в запропонованій дозі 10 мг/кг, сприяє збереженню цілісності нейронів сітківки та волокон зорового нерва в умовах експериментальної контузії ока. Отримані дані є підґрунтям для подальшої доклінічної оцінки на предмет доцільності створення на основі мелатоніну промислового зразка його ампульної форми для застосування за новим призначенням при травмах зорового аналізатора.

Д.П.Конопельнік, Г.-Х.Г.Кудла, Л.В.Нестерак., Д.Е.Волкова

ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЕКСУДАТИВНИМ ОТИТОМ І АДЕНОЇДНИМИ ВЕГЕТАЦІЯМИ: ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ

кафедра дитячої хірургії та отоларингології

С.А.Левицька (д.мед.н., проф.)

ВНЗ «Буковинський державний медичний університет»

м.Чернівці, Україна

Актуальність: Розвиток ексудативного отиту у дітей із гіпертрофією глоткового мигдалика пов'язаний із тривалою обструкцією слухових труб. Існує декілька лікувальних тактик при веденні дитини з ексудативним отитом і аденоїдними вегетаціями: призначення топічних стероїдів для ліквідації запального процесу в глотковому мигдалику і відновлення вентиляційної функції слухових труб, відкриття отворів слухових труб шляхом видалення аденоїдів, виконання тимпанотомії чи тимпаностомії.

Мета: Визначити доцільність і ефективність одночасного проведення аденотомії і тимпанотомії при лікуванні дітей із аденоїдними вегетаціями і ексудативним отитом.

Матеріали та методи: в залежності від обраної лікувальної тактики 48 дітей із ексудативним отитом і аденоїдними вегетаціями II-III ступенів розподілили на чотири групи. Пацієнтам першої (12 дітей) і другої (12 дітей) груп одночасно з видаленням глоткового мигдалика проводили двобічну тимпанотомію. Пацієнти третьої (12 дітей) і четвертої (12 дітей) груп зазнали лише аденотомії. Після операцій діти першої і третьої груп отримували топічні стероїди протягом 10 днів.

Визначення стану середнього вуха проводили через 10 і 30 днів після операції на підставі даних отоскопії і тимпанометрії. Статистичну обробку виконували із використанням критеріїв χ^2 і Mann-Whitney.

Результати: отоскопічні (66,7% проти 8,3%; $p < 0,05$) і тимпанометричні ознаки ексудативного отиту (75% проти 16,7%; $p < 0,05$) через десять днів після хірургічних втручань статистично значимо частіше зустрічалися в дітей після аденотомії порівняно з пацієнтами після симультантних операцій на вусі і глотці. Водночас призначення топічних стероїдів не впливало на швидкість відновлення функцій слухової труби. Тимпанограма типу «В» зареєстрована у двох третин пацієнтів третьої і четвертої груп і у 8,3%, у 16,7% пацієнтів першої і другої груп відповідно.

Через місяць після хірургічного лікування кондуктивну приглухуватість діагностовано в 35,4% дітей, хоча накопичення ексудату в барабанній порожнині (тимпанограма типу «В») відмічене лише у 12,5%.

Через місяць після хірургічних втручань місцеве вживання топічних стероїдів і тимпанотомія виявилися однаково ефективними щодо відновлення слухової функції. Так, відновлення слуху відмічене в 66,7% дітей після терапії топічними стероїдами і в 75% дітей після тимпанотомії ($p > 0,05$)

Висновки: Виконання лише аденотомії недостатньо для повноцінного відновлення слухової функції при лікуванні дітей, хворих на ексудативний отит і аденоїдні вегетації. Одночасне проведення тимпанотомії і аденотомії сприяє більш швидкому відновленню функцій середнього вуха порівняно з видаленням глоткового мигдалика. Місцеве вживання топічних стероїдів протягом місяця після аденотомії мало таку саму ефективність щодо відновлення слухової функції, як і одночасне проведення аденотомії і тимпанотомії.

В.В.Корольчук, А.В.Гаврилюк, Г.В.Шетманюк, Є.Д.Завадський
**ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ СЛУХУ ПРИ БАРОАКУТРАВМІ МІННО-ВИБУХОВОГО
ПОХОДЖЕННЯ**

Кафедра ЛОР-хвороб
А.І.Барціховський (к.мед.н., доц)
Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова,
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Актуальність досліджень, що присвячені вдосконаленню методів діагностики та лікування бароакутравми мінно-вибухового походження пояснюється насамперед тим: 1) що частота мінно-вибухових травм (МВТ) зростає не тільки у всьому світі, але й в Україні; 2) при МВТ насамперед вражається вухо (Schultz B.A. atal., 2011; Cho S.I. atal., 2013; Ewert D.L. atal., 2012; Harch P.G. at. al., 2011; Vande Weyer P.S. atal., 2011); 3) відсутність сучасних даних про особливості порушень слуху і їх прогноз у вітчизняній літературі.

Мета: Аналіз тональних порогових аудіограмм та виділення основних типів порушення слуху в популяції військових, що проходили обстеження і лікування у ВМКЦ ЦР.

Матеріали та методи: Шляхом аналізу баз даних PubMed, MedLine нами вивчено сучасні відкриті дані про особливості порушення слуху і проведено порівняння з результатами власних досліджень слуху у 246 осіб з бароакутравмою мінно-вибухового походження.

Згідно літературних джерел при МВТ не тільки відбувається перфорація барабанної перетинки з крововиливами, але й у 88% випадків порушується звукопередача ланцюжком слухових кісточок (Spremo S.I. atal., 1998; Vande Weyer P.S. atal., 2011), а у 78% спостережень виникає нейросенсорна приглухуватість, яка може бути ізольованою (Nageris B.I. atal., 2008).

Згідно даних 412 тональних порогових аудіограмм 206 поранених з бароакутравмою мінно-вибухового походження, що проходили обстеження і лікування у ВМКЦ ЦР у період з 12.2014 р. по 12.2015 р. визначено елементи порушення слуху у 98,8% обстежених.

Результати: В результаті аналізу виділено 3 основних типів порушення слуху:

1) ізольоване враження звукосприйняття різного ступеню важкості – 31,3% (в т.ч. типовий нисхідний тип кривої на обидва вуха – 14,1%; ізольоване враження в ділянці мовних частот 1-4 кГц у вигляді зубця – 14,8%; повна глухота на одне вухо – 1,0%; повна глухота на обидва вуха – 1,5%);

2) комбіноване враження звукосприйняття і звукопроведення – 61,7% (в т.ч. типове враження звукопроведення і звукосприйняття на всьому протязі – 9,5%; типове помірне враження звукосприйняття і звукопроведення комбіновано на низькі і високі частоти – 27,2%; типовий нисхідний тип кривої середнього ступеню у вигляді зубця з діастазом кривих на високі частоти – 22,8%; типове помірне враження звукосприйняття і звукопроведення на низькі частоти – 2,2%);

3) ізольоване враження звукопроведення у вигляді зубця на високі частоти – 7,0%.

Висновки: Таким чином, у структурі приглухуватості внаслідок бароакутравми мінно-вибухового походження переважають комбіновані враження звукосприйняття і звукопроведення (61,7%) і ізольоване враження звукосприйняття (31,3%), що потребує як відновлення барабанної перетинки і ланцюжка слухових кісточок, так і звукосприймаючої частини звукового аналізатора.

Л.М. Коцаб'юк, Ю.О. Подворна

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ІНТРА- ТА ЕКТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ

Кафедра травматології та ортопедії
Т.М. Ковалишин (к.мед.н., доц.)
Івано-Франківський національний медичний університет
м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність: З розвитком промисловості та автотранспорту стрімко збільшується частота переломів, що в свою чергу є підґрунтям вивчення нових методів лікування цих станів. Ці методи повинні бути оптимальні для певного виду переломів та забезпечувати максимальну репозицію кісткових відламків.

Мета: Порівняти інтрамедулярний та екстрамедулярний метод остеосинтезу та визначити точки їх прикладання, недоліки та переваги.

Матеріали і методи: Для досягнення поставленої мети проаналізовано результати досліджень європейських вчених. Було вивчено покази до застосування, недоліки та переваги інтра- та екстра медулярного остеосинтезу.

Результати: Остеосинтез - з'єднання уламків кісток. Мета остеосинтезу - забезпечення міцної фіксації зіставлених уламків до повного їх зрощення. Розрізняють два основні види остеосинтезу:

1) Внутрішній (занурювальний) остеосинтез - це метод лікування переломів за допомогою різних імплантатів (штифти, пластини, гвинти, спиці, дріт), які фіксують кісткові відламки всередині тіла пацієнта.

2) Зовнішній (черезкістковий) остеосинтез, коли кісткові відламки з'єднують за допомогою дистракційно-компресійних апаратів зовнішньої фіксації (найпоширенішим з яких є апарат Ілізарова), металевих пластин.

Показаннями до застосування остеосинтезу є: неможливість фіксації відламків без металоконструкцій, переломи шийки стегна та внутрішньо суглобові переломи, переломи що можуть призвести до перфорації м'яких тканин та з їх інтерпозицією між уламками, з пошкодженням магістральних судин і нервів.

Переваги інтрамедулярного остеосинтезу: мінімальна травматичність та можливість навантаження на кінцівку уже через кілька днів; Недоліки: травмування кісткового мозку, жирова емболія, нагнійні процеси, складність підготовки до операції.

Переваги екстрамедулярного остеосинтезу: стабільність та функціональність кістки, збереження внутрішньокісткового кровотоку, швидке відновлення м'язового каркасу; Недоліки: неможливість виконання операції без спеціального інструментарію та її травматичність, можливий розвиток остеомієліту, травматичне видалення пластини.

Висновок: проаналізувавши переваги та недоліки двох видів остеосинтезу можна визначити покази для їх проведення. Для екстрамедулярного остеосинтезу це переломи діяфізів трубчастих кісток та плоских кісток, тоді як для інтрамедулярного - це діяфізи трубчастих кісток та внутрішньо суглобові переломи, деякі переломи шийки стегнової кістки.

О.С. Країло, Р.І. Грабаль.

КОМПЛЕКС ГАНГЛІОЗНИХ КЛІТИН СІТКІВКИ МЕТОДОМ ОПТИЧНОЇ КОГЕРЕНТНОЇ ТОМОГРАФІЇ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА МОНІТОРИНГУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ ГЛАУКОМОЮ

Кафедра офтальмології

І.Д. Скрипниченко (доцент, к.мед.н)

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
м.Київ, Україна

Актуальність: В структурі очних захворювань, що призводять до сліпоти, інвалідності та знижують якість життя, одне з основних місць належить первинній глаукомі. Актуальність проблеми посилюється тим, що захворювання на початкових стадіях тривалий час перебігає безсимптомно, а сліпота, якою завершується нелікована первинна глаукома – безповоротна. З огляду на частоту захворюваності на первинну глаукому (29,8%), доцільно визначити морфометричні параметри шару гангліозних клітин сітківки з метою раннього виявлення, моніторингу та лікування пацієнтів із цією патологією.

Мета: Оцінити діагностичну інформативність зміни параметрів комплексу гангліозних клітин сітківки (ГКС), отриманих методом оптичної когерентної томографії (ОКТ), в діагностиці первинної відкритокутової глаукоми.

Матеріали та методи: Під спостереженням знаходилося 83 пацієнти (124 ока): чоловіків – 32, жінок – 45. Вік пацієнтів становив від 49 до 76 років. Проводилися загальноприйняті офтальмологічні дослідження: збір анамнезу, візометрія, тонометрія, біомікроскопія, гоніоскопія, офтальмоскопія. Крім того, всім пацієнтам виконувалася ОКТ диска зорового нерва і періпапілярної нервових волокон сітківки, комплексу ГКС. ОКТ проводилася на томографі Cirrus HD-OCT фірми Carl Zeiss (США). Методом ОКТ оцінювалися середня товщина комплексу ГКС (GCC Thickness Average), фокальна втрата об'єму комплексу ГКС (FLV), глобальна втрата об'єму комплексу ГКС (GLV). Параметри RNFL Thickness і GCC Thickness додатково аналізувалися по секторах: оцінювалися верхньо-темпоральний (ST), верхньо-назальний (SN), назальний (N), нижньо-темпоральний (IT), нижньо-назальний (IN), темпоральний (T) сегменти для параметра товщини періпапілярної нервових волокон, а також верхній (GCC Superior) і нижній (GCC Inferior) сегменти для товщини комплексу ГКС.

Результати: Для параметрів комплексу ГКС виявлено прогресуюче зменшення середнього значення товщини комплексу ГКС (GCC Average), значення товщини комплексу ГКС в нижньому сегменті (GCC Inferior) та індексу глобальної втрати обсягу (GLV) по мірі росту стадії глаукомного процесу.

Висновки: Морфометричні параметри шару ГКС (індекс глобальної втрати обсягу комплексу ГКС (GLV), середня товщина комплексу ГКС (GCC Average), товщина комплексу ГКС в нижньому сегменті (GCC Inferior)) мають велику інформативність в ранній діагностиці первинної відкритокутової глаукоми та моніторингу таких пацієнтів.

В.М. Кравченко, Д.О. Шаварін

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБґРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ СІТЧАСТИХ АЛОТРАНСПЛАНТАТІВ З АНТИМІКРОБНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ ДЛЯ ГРИЖЕПЛАСТИКИ

Кафедра загальної хірургії

О.А. Вільцанюк (к.мед.н. доц)

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

Актуальність: Проблема алопластики і з'єднання тканин залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії. Сучасні шовні матеріали і алотрансплантати не зовсім задовольняють хірургів, внаслідок великої кількості ускладнень, після проведення алопластики тканин з використанням алотрансплантатів та шовних матеріалів у яких відсутні антимікробні властивості. Тому розробка нових видів шовних матеріалів та алотрансплантантів з антимікробними властивостями залишається актуальною проблемою.

Мета дослідження: Вивчення реакції тканин на імплантацію сітчастого імпланту модифікованого антисептиком полігексагуандіну хлоридом.

Матеріали та методи: Порівняльна оцінка розроблених матеріалів для виготовлення алотрансплантатів і

розроблених сітчастих ендопротезів включало вивчення механічних, фізичних та антимікробних властивостей, а також реакції тканин передньої черевної стінки тварин на імплантацію розроблених сітчастих імплантів в експерименті.

Результати дослідження. Проведені дослідження показали, що за своїми механічними та фізико-хімічними властивостями розроблені матеріали для виготовлення алотрансплантатів та самі алотрансплантати переважали класичні алотрансплантати з поліпропілену. Крім того проведенні дослідження показали, що розроблені алотрансплантати гідрофобні і не мають ефекту гнота, що дає можливість використовувати їх в умовах інфікованих ран. Введення антисептиків до складу розроблених сітчастих алотрансплантатів забезпечувало протимікробну дію цих виробів. Розроблені алотрансплантати при стерилізації різними методами не втрачали своїх властивостей, тоді як класичні алотрансплантати при стерилізації частково втрачали свої властивості. Морфологічні дослідження реакції тканин на розроблені сітчасті алотрансплантати в порівнянні на реакцію тканин імплантацію класичних алотрансплантатів з поліпропілену показало, що явища запалення в тканин передньої черевної стінки швидко зникали, і починала формуватись тонка сполучнотканинна капсула, формування якої завершувалось на 21 добу спостереження, тоді як при імплантації класичних алотрансплантатів з поліпропілену формування сполучнотканинної капсули завершувалось в більш пізні терміни.

Висновки: Отриманні дані свідчать, що модифікація поліпропіленових ниток антисептиком дозволяє створити нові хірургічні шовні матеріали та алотрансплантати для гриже пластики, які за своїми властивостями переважають відомі алотрансплантати з поліпропілену і мають антимікробні властивості та високу біосумісність з тканинами.

Ю.В. Кукарева

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра хірургії № 1

В.О. Шапринський (д.м.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Механічна жовтяниця (МЖ) - це патологічний синдром, який виникає внаслідок ускладнення різних захворювань органів гепатопанкреатодуоденальної зони, і до цього часу є актуальною проблемою абдомінальної хірургії. Даний синдром обтяжує перебіг основного захворювання і призводить до появи різного роду ускладнень і летальності.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих з синдромом механічної жовтяниці шляхом проведення аналізу інформативності клініко-лабораторних, інструментальних методів діагностики та визначення оптимального алгоритму хірургічної тактики.

Матеріали і методи: У клініці хірургії №1 за період 2008 - 2015 роки прооперовано 96 хворих на ОЖ пухлинного генезу. Серед прооперованих чоловіків було 66,8%, жінок - 33,2%. Вік хворих коливався від 37 до 80 років, в середньому склав 62,2± 1,6 роки. Діагноз на ОЖ пухлинного генезу встановлювали на основі анамнезу та даних фізикальних методів обстеження. Усім хворим проводили загально-клінічні лабораторні методи дослідження. З додаткових методів обстеження важливе значення мали неінвазивні методи променевої діагностики (УСГ, КТ, ЯМР), ФГДС, методи прямого контрастування жовчних сегментів, ангіографічні методи, також використовували метод цифрової спектрофотокориметрії як.

Результати: за нашими даними практично у всіх хворих з ОЖ пухлинного генезу на початку захворювання не було больового синдрому. В анамнезі хворі відмічали втрату ваги тіла протягом останніх місяців, а також відмічався астеничний синдром. Спочатку з'являлась жовтяниця, а вже потім з'являлись такі клінічні симптоми, як біль в епігастрії, збільшення печінки, свербіж шкіри, позитивний симптом Курвуазьє. Середній рівень білірубінемії досягав 245 мкмоль/л і був підвищений за рахунок прямої фракції. Метод цифрової спектрофотометрії допомагав неінвазивно визначити рівень білірубінемії, полегшити та пришвижити діагностику та дозволив в динаміці контролювати рівень білірубіну та прогнозувати перебіг захворювання. Об'єм операцій визначався умовами виконання радикального втручання і включав ревізію та відповідну корекцію патології, радикальність усунення причин обтурації. Різного характеру післяопераційні ускладнення відмічені у 5,5% пацієнтів.

Висновки: Використання всіх сучасних неінвазивних методів діагностики (УСГО, КТ, ЯМР), ФГДС та методів прямого контрастування жовчних шляхів дає можливість проводити цілеспрямований відбір в доопераційному періоді хворих на радикальне оперативне лікування одно- або двохетапне. Дані методи діагностики можуть бути доповнені методом цифрової спектрофотометрії, який є технічно простим, доступним і ефективним для визначення рівня білірубіну крові і може ефективно використовуватися у повсякденній клінічній практиці. Лікування ОЖ пухлинного генезу повинно проводитись у спеціалізованих хірургічних відділеннях або у відділеннях, де хірурги мають досвід лікування таких хворих.

І.В. Кучер, Л.О. Килимнюк

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ТА МОНОКОНДИЛЯРНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Кафедра травматології та ортопедії

В.О. Фіщенко (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність : Аналіз сучасного стану питання надання допомоги хворим на гонартроз показує, що патологія великих суглобів, в тому числі колінного, є важливою соціальною і клінічною проблемою. Разом з тим, якості життя пацієнтів літнього віку після ендопротезування колінного суглоба приділяється недостатньо уваги. На початку XXI століття термін «якість життя» перетворився на предмет наукових досліджень і отримав більш точну назву «якість життя, яка пов'язана зі здоров'ям». На сьогодні, це надійний, інформативний і економічний метод оцінки здоров'я хворого з дегенеративно-деструктивними захворюваннями суглобів як на індивідуальному, так і на груповому рівні, що є перспективним для подальшого вивчення у пацієнтів після ендопротезування колінного суглоба.

Мета : проаналізувати результати тотального та моноконділярного ендопротезування колінного суглобу та їх віддалених наслідків на основі оцінки показників якості життя.

Матеріали та методи : Обстежено 40 пацієнтів, віковою категорією від 46 до 74 років (середній вік - $63,15 \pm 6,42$ років), які перебували на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні Вінницької міської лікарні швидкої медичної допомоги за період 2011 – 2015 років. Серед них 10 (25,0%) чоловіків та 30 (75,0%) жінок. На основі ретроспективного аналізу історій хвороб у всіх пацієнтів в передопераційному періоді встановлено гонартроз III-IV ст. по Kellgren-Lawrence, в тому числі у 4 (10%) хворих ревматоїдного, у 2 (5,0%) - посттравматичного генезу. Усі пацієнти були розділені на 2 групи в залежності від типу встановленого ендопротезу. У 1 групу включено 20 хворих (50,0%) яким було виконано тотальне цементне ендопротезування колінного суглоба, у 2 групу – 20 пацієнтів (50,0%) – після моноконділярного ендопротезування. Оцінку якості життя пацієнтів з патологією колінного суглобу проводили методом інтерв'ю з використанням шкали WOMAC (The Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index).

Результати : Показник якості життя у пацієнтів 1 групи становив $25,7 \pm 14,75$, а у пацієнтів 2 групі він склав – $80 \pm 40,21$. Різниця в показниках шкали WOMAC між пацієнтами, яким проводили тотальне та моноконділярне ендопротезування колінного суглоба статистично значима ($p < 0,05$).

Висновки : Отже, у пацієнтів досліджуваної групи, які перенесли тотальне ендопротезування колінного суглоба показники якості життя у віддаленому післяопераційному періоді достовірно краще, порівняно з аналогічними показниками пацієнтів, яким виконано моноконділярне ендопротезування колінного суглоба. Таким чином, з точки зору оцінки якості життя, тотальне ендопротезування колінного суглоба являється найбільш ефективним способом лікування пізніх стадій гонартрозу.

І.В. Кучер, О.О. Ларін, Г.М. Шевельова

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ІДІПАТИЧНОГО СКОЛІОЗУ У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ У ПЕРІОД З 2011 – 2015 РР.

Кафедра дитячої хірургії

В.В. Погорілий (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність : Своєчасне виявлення та системна профілактика порушень постави, зокрема ідіопатичного сколіозу, є стратегічним питанням сучасної ортопедії дитячого віку. Сколіотична хвороба залишається найбільш важкою проблемою ортопедії, поширеність якої серед дитячого населення в Україні складає близько 25%, у 5-6 осіб з тисячі це сколіоз. Саме тому питання ранньої діагностики сколіотичної хвороби у дітей, своєчасного та синдромального обґрунтованого вибору методу лікування сколіозу, а також моніторингу динаміки даної ортопедичної патології є надзвичайно актуальними.

Мета : провести статистичний аналіз захворюваності дитячого населення Вінницької області на ідіопатичний сколіоз у період з 2011 – 2015 рр.

Матеріали та методи : Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів ($n = 260$), віковою категорією від 7 до 18 років (середній вік - $14,29 \pm 2,13$ років) серед них 60 (23,0%) хлопчиків та 200 (77,0%) дівчаток, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні травматології та ортопедії Вінницької області дитячої клінічної лікарні з діагнозом «Ідіопатичний сколіоз» I – 4 ступеню за Cobb. Всі пацієнти були розділені на 5 груп в залежності від року перебування на лікуванні. Проведено клініко-епідеміологічне дослідження поширеності ідіопатичного сколіозу у дітей Вінницької області та оцінка захворюваності за статевою структурою, ступенем розвитку хвороби, територіальним розподілом.

Результати : Упродовж досліджуваного періоду показники захворюваності хлопчиків на ідіопатичний сколіоз у Вінницькій області в 2015 році (15%) зменшилися по відношенню до 2011 року (27%) на 12 %. Структура захворюваності міського і сільського населення практично не змінюється і для міського населення складає в межах $52,61 \pm 4,89$ %. Визначається зменшення кількості хворих із II ступенем сколіозу на 40 % та зростання

числа пацієнтів із IV ступенем сколіозу майже на 14 %. Серед всіх типів сколіотичної деформації переважає S-подібний грудо-поперековий сколіоз (53 %) та спостерігається збільшення його частоти у 2015 році (62%) на 19 % у порівнянні з 2011 роком (43%). Частота повторної госпіталізації пацієнтів для продовження лікування упродовж досліджуваного періоду неоднорідна і знаходиться в межах 18,18 % – 63,27 %.

Висновки : Прогнозування популяції та індивідуального розвитку деформацій хребта у дітей, з метою зниження очікуваних величин захворюваності в популяції, визначенні потреби в лікуванні і вироблення індивідуальних рекомендацій доцільно здійснювати в режимі скринінгу.

О.А. Лавренчук

ОСОБЛИВОСТІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ТОРАКО-АБДОМІНАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ

Кафедра хірургії №1 з курсом ендоскопічної та лазерної хірургії

В.Ф. Кривецький (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Торако-абдомінальні поранення відносяться до числа найбільш важких травм як військового, так і мирного часу, представляючи собою одну з найскладніших проблем невідкладної хірургії. Вони характеризуються складністю діагностики, значною кількістю тактичних і діагностичних помилок і ускладнень при наданні допомоги. При вогнепальних торако-абдомінальних пораненнях спостерігаються, так звані, тангенціальні (дотичні) поранення, коли внаслідок високої кінетичної енергії раннячого елемента мають місце великі руйнування кісткових структур і органів грудної клітки та черевної порожнини, незважаючи на те, що поранення мають дотичний характер з поздовжнім напрямком ранового каналу без пошкодження діафрагми, а рановий канал проходить в товщі м'яких тканин грудної клітки і передньої черевної стінки.

Мета: Визначити особливості бойової торако-абдомінальної травми, що допоможе в процесі діагностики та виборі оптимальної оперативної тактики.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз 49 історій хвороб поранених у зоні АТО, які лікувалися у Військово-медичному клінічному центрі центрального регіону. Діагноз торако-абдомінального поранення був підтверджений рентгенологічно та інтраопераційно.

Результати: Всі проаналізовані поранення відносились до групи важких. За формою ранового каналу спостерігалися: наскрізні поранення у 20 (48,8%), сліпі у 24 (49%) та дотичні (тангенціальні) у 5 (10,2%) хворих. У всіх спостереженнях при тангенціальних пораненнях в області грудей і живота були глибокі лінійні рани. Цілісність парієтальної плеври і очеревини порушена не була, таким чином, ці поранення були непроникаючими. Вхідний отвір ранового каналу у 21 (42,8%) випадку знаходився на черевній стінці (абдоміно-торакальне поранення). Залежно від домінуючого патологічного процесу під час пошкодження оперативне втручання починалося з грудної у 4(8,1%) або черевної порожнини у 45(91,9%) випадках. Пошкодження органів черевної порожнини спостерігалось у всіх поранених з торако-абдомінальною травмою, в тому числі ізольовані пошкодження виявлено у 15 (30,6%), поєднані - у 34 випадках, при чому ушкодження двох органів черевної порожнини у 23(46,9%) хворих, трьох – у 9(18,4%), чотирьох – у 2(4,1%).

Ускладнення при торако-абдомінальних пораненнях спостерігалися в 34% випадків, що в 2 рази більше, ніж при ізольованих пораненнях грудної клітки. Рівень летальності при торако-абдомінальних пораненнях склав 16,3%, тоді як при ізольованих пораненнях він близько 5%.

Висновки: Торако-абдомінальні поранення відносяться до важких поранень із високим рівнем ускладнень і летальності. Особливе місце в структурі торако-абдомінальної травми займають тангенціальні поранення, які, не зважаючи на те, що є непроникаючими, потребують оперативної діагностики та активної хірургічної тактики.

Д.О. Левковська

БЕЗКРОВНА ХІРУРГІЯ: НОВІТНІ ЗАСОБИ У ПРАКТИЦІ ХІРУРГІВ

Кафедра хірургії №2

М.А. Гудзь (асистент кафедри)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: на сьогоднішній день, основною метою «безкровної хірургії» є зведення до мінімуму втрат крові під час операцій та попередження переливання аллогенної крові. Так як переливання компонентів донорської крові - далеко не безпечне втручання, є, по суті, трансплантацією чужорідної тканини і поєднане з ризиком розвитку різних посттрансфузійних реакцій і ускладнень імунного та неімунного характеру. Перш за все, це несумісність за системою АВО та іншими системам еритроцитарних антигенів. Згідно зарубіжним даними, серйозні імунологічні реакції та ускладнення зустрічаються в одному з 6 тис. випадків переливання крові. Тому є необхідність різко обмежити використання донорської крові, а в ідеалі повністю відмовитися від неї. Для цього необхідний цілий комплекс хірургічних, трансфузіологічних і анестезіологічних методик, використання спеціальних лікарських засобів, ефективних кровозамінників та інших засобів боротьби з анемією і крововтратою. Проте перш за все необхідно змінити ідеологію і погляди на крововтрату і

трансфузійної терапії як хірургів, так і анестезіологів-реаніматологів.

Мета: пошук та дослідження наукових та медичних статей, що містять інформацію про застосування різноманітних методик проведення хірургічного втручання з мінімізацією крововтрати.

Матеріали та методи: у роботі використано матеріали 2014-2016 років.

Результати: існують наступні напрями безкровної хірургії: 1) розробка нових ліків, створених за допомогою генної інженерії, які стимулюють продукцію тромбоцитів, лейкоцитів та факторів згортання крові; 2) лапароскопічні, ендоскопічні, ендovasкулярні хірургічні методики, а також використання роботів для зменшення крововтрат; 3) лікарські засоби, що зменшують крововтрату під час хірургічного втручання (апротинін, антифібринолітики, десмопресин); 4) хірургічні інструменти, що дозволяють розрізати і одночасно коагулювати тканини (ультразвуковий скальпель, аргоновий коагулятор); 5) апарати для зварювання судин (наприклад «Ligasure»), принцип роботи яких полягає у циклічній подачі перемінного струму на бранші до моменту денатурації; 6) прогрес моніторингової техніки, яка дає можливість слідувати за гемодинамікою та рівнем кисню в крові; 7) покращення перфузії тканин за рахунок переливання власної крові пацієнта під час операції; 8) використання біологічних хірургічних матеріалів (хітозан) та фібринового клею для закриття великих кровотокових ділянок тканин.

Висновки: безкровна хірургія полягає у застосування всіх доступних методик задля уникнення переливання аллогенної крові. Існує багато анестезіологічних та хірургічних принципів, які різняться за ефективністю та безпечністю, тому вибір конкретної методики для окремого пацієнта потребує ретельної оцінки його стану. На даний момент, необхідна розробка ефективних програм безкровної хірургії, задля покращення результатів надання допомоги у закладах охорони здоров'я.

Ж.М.Легович

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ НА РАК НИРКИ В УКРАЇНІ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Кафедра радіології та радіаційної медицини

Ю.О. Мицик (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність: Нирково-клітинний рак (НКТ) становить близько 3% усіх злоякісних пухлин у дорослих і понад 90% — усіх новоутворень нирки. За останнє 10-річчя відзначають значне підвищення захворюваності на цю пухлину, про що свідчать статистичні дані. Так, в Україні з 1994 по 2004 р. захворюваність підвищилась з 6,6 до 9,4 (грубий показник на 100 тис. населення, кількість зареєстрованих випадків РН становила 3459 у 1998 р., у 2004 р. — 4466 (зростання на 23%). Проблема моніторингу та аналізу показників захворюваності та смертності на НКТ в Україні та її регіонах має вкрай актуальне значення для сучасної онкоурології.

Мета: Метою дослідження було проаналізувати динаміку показників захворюваності та смертності на НКТ в Україні та її регіонах за останні роки.

Матеріали та методи: Аналіз показників захворюваності та смертності на НКТ в Україні здійснювався за даними Бюлетеню Національного канцер-реєстру України 1999-2015 р. Було проаналізовано наступні показники: грубі (звичайні) показники захворюваності та смертності - кількість нових випадків захворювання на злоякісні новоутворення (або, відповідно, випадків смерті від злоякісних новоутворень), які відбулися в популяції протягом року, віднесена до середньої чисельності цієї популяції в тому самому році, виражена через показник на 100 тис. населення; стандартизовані за віком показники захворюваності та смертності – показник захворюваності (смертності) населення, розрахований за віковою структурою “стандартного населення” для нівелювання відмінностей у віковому розподілі різних популяцій.

Результати: В результаті проведеного аналізу грубого та стандартизованого показників захворюваності на НКТ в Україні за 1999-2012 роки було констатовано тенденцію до зростання обох показників. Так у 1999 р. грубий показник захворюваності на НКТ склав 8, у 2004 р. – 9,8, у 2005 р. – 10,3, у 2006 р. – 10,3, у 2007 р. – 11,1, у 2008 р. – 11,5, у 2009 р. – 11,2, у 2010 р. – 11,9, у 2011 р. – 12,3, у 2012 р. – 12,8, у 2013 р. – 12,7, у 2014 р. – 12,5, у 2015 р. – 12,8. При цьому грубий показник захворюваності був в середньому в 1,5 разів вищий у чоловіків, ніж у жінок. При аналізі динаміки змін стандартизованого показника захворюваності (український стандарт) на НКТ в Україні та в її областях впродовж 1999-2012 років було встановлено його неспинне зростання у порівнянні із попередніми роками. Так у 1999 р. він становив 8,1, у 2004 р. – 9,4, у 2005 р. – 9,8, у 2006 р. – 9,8, у 2007 р. – 10,8, у 2008 р. – 11,2, у 2009 р. – 10,82, у 2010 р. – 11,2, у 2011 р. – 11, у 2012 р. – 11,1, у 2013 р. – 11,0, у 2014 р. – 11,1, у 2015 р. – 11,2.

Висновки: Проведений аналіз динаміки показників захворюваності на НКТ в Україні у 1999-2015 роках продемонстрував їх зростання. При цьому спостерігались гендерні особливості – у чоловіків обидва показники значно перевищували такі у жінок. Невпинне зростання захворюваності та смертності у хворих із НКТ потребує перегляду протоколів обстеження та лікування такої категорії хворих.

А.С. Лемешов
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕРТЕБРО- И КИФОПЛАСТИКИ

Кафедра нервных болезней с курсом нейрохирургии

К.И. Горбатюк (к.мед.н.)

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Винница, Украина

Актуальность. Компрессионные переломы тел позвонков одна из достаточно распространенных патологий особенно у людей старшего возраста. С увеличением возраста увеличивается вероятность развития остеопороза, который, соответственно, может привести к компрессионному перелому тела позвонков.

Цель исследования. Определить динамику болевых ощущений после выполнения пункционной через кожной вертебро и кифопластики.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2015 года в отделении нейрохирургии №20 Винницкой психоневрологической больницы имени акад. А.И. Ющенко было прооперировано 25 пациентов с применением метода через кожной пункционной кифопластики, и 174 пациента методом пункционной через кожной вертебропластики. Всем пациентам были разосланы анкеты для оценки болевых ощущений по шкале VAS (visualanaloguescale), до проведения операции и на момент опроса. Обратный ответ получен от 6 человек, которым была произведена пункционная через кожная кифопластика и 36 ответов от пациентов которым была произведена вертебропластика.

Результаты. Среди 25 пациентов которым была выполнена кифопластика было 18 мужчин 7 женщин, средний возраст был $40,88 \pm 24,3$ лет. В полученных анкетах определили VAS до операции, который в среднем составлял $8,67 \pm 0,91$, после операции - $2 \pm 2,93$. При этом 2 пациента совсем не ощущали болевых ощущений на момент опроса. После выполнения операции до момента исследования прошло - $1,5 \pm 0,8$ года.

Вертебропластика была выполнена 174 пациентам среди них 65 мужчины и 109 женщин, средний возраст - $58,73 \pm 23,87$ лет. В 133 случаях причиной операции являлся компрессионный перелом, 35 – гемангиома, 1 случай - остеохондроз, 3 - опухоль, 1 – стойкий болевой синдром из-за патологии межпозвоночного диска L4-L5, 1 - клиновидная деформация позвонка. 4 пациента из данной выборки принимали глюкокортикостероидные препараты, которые могли обусловить явления остеопороза в телах позвонков. VAS до операции - составлял $8,54 \pm 1,43$, после операции - $3,82 \pm 2,99$ при этом три пациента совсем не ощущали боли на момент опроса. После выполнения операции до момента исследования прошло - $1,28 \pm 1,33$ года.

Выводы. Пункционная вертебро- и кифопластика являются эффективными методиками, которые значительно улучшают состояние пациентов на длительный срок. Подавляющее большинство прооперированных лиц женского пола (116 исследуемых) в среднем возрасте 58,73 года может свидетельствовать о деградирующем влиянии постклимактерического статуса на прочность костной ткани позвонка. Также 4 пациента принимали глюкокортикостероиды, которые в свою очередь вызывали явления остеопороза.

А.С. Лемешов

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ В ПОЗДНЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кафедра нервных болезней с курсом нейрохирургии

К.И. Горбатюк (к.мед.н.)

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова,

Винница, Украина

Актуальность. Боли, связанные с заболеваниями позвоночника, являются основной проблемой жителей современного общества. 85% людей на земном шаре испытывают их многократно в течение жизни. Десятки тысяч людей с дегенеративными поражениями межпозвоночных дисков представляют в наше время серьезную медицинскую и экономическую проблему.

Цель. Определить динамику состояния пациентов с диагнозом: грыжа межпозвоночного диска, после проведенной микродискэктомии по стандартной методике, с использованием местной аппликации стероидов, имплантацией системы динамической межкостистой стабилизации позвоночника ДИАМ. А также определить наиболее эффективный из этих методов оперативного вмешательства при данной патологии.

Материалы и методы. Проведено анкетирование пациентов (99), которым выполнено оперативное вмешательство в отделении нейрохирургии №20 Винницкой областной психоневрологической больницы имени академика А.И. Ющенко в период с 2009 по 2015 года (микродискэктомия, микродискэктомия с использованием местной ирригации стероидов, ДИАМ) по поводу грыж межпозвоночных дисков. При этом использовались шкалы: visualanaloguescale(VAS), NorthAmericanspinesociety(NASS)lumbarspineoutcomeassessmentinstrument.

Результаты. Наиболее подвержены развитию грыж межпозвоночных дисков пациенты зрелого возраста на уровнях - L4-L5 и L5-S1. В среднем период от появления первых симптомов до выполнения операции длился два с половиной года. Пик ухудшение качества жизни и усиление болевого синдрома приходится на период трех лет после оперативного вмешательства. Однако при использовании ДИАМ отмечается более значительное улучшение качества жизни и регресс болевого синдрома, также не выявлено пика ухудшения качества жизни через 3 года, что имеет место при выполнении микродискэктомии без имплантации ДИАМ. Также при сравнении групп исследуемых с имплантацией ДИАМ и без нее, выявлена четкая зависимость повышения

эффективности при использовании ДИАМ от времени, которое прошло после операции. При использовании местной ирригации стероидов, после удаления грыжи диска отмечается более значительное уменьшение болевого синдрома, в раннем послеоперационном периоде (2 недели), в сравнении с пациентами которым местная ирригация не выполнялась. Частота повторных операций составляет в среднем 2%, при этом все они отличаются высокой эффективностью.

Выводы. Микродискэктомия является достаточно эффективной методикой, которая обеспечивает регресс болевого синдрома и улучшение качества жизни на длительный срок, однако имеет тенденцию к отрицательной динамике этих показателей в позднем послеоперационном периоде.

А. С. Лемешов

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕВРИНОМЫ VIII ПАРЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ

Кафедра ЛОР болезней

И.В. Дмитренко (к.мед.н., доц.)

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

г. Винница, Украина

Актуальность. Невринома VIII пары черепно-мозговых нервов (ЧМН) – наиболее частая опухоль мостомозжечкового угла. На ее долю приходится от 5 до 13% всех опухолей полости черепа и 1/3 опухолей задней черепной ямки. Опухоль является доброкачественной, озлокачивается редко. Чаще поражает лиц трудоспособного возраста – от 20 до 60 лет (в среднем – 50 лет). У женщин встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

Цель. Определить основные диагностические критерии позволяющие выявить невриному VIII пары ЧМН.

Материалы и методы: проанализированы современные отечественные и зарубежные литературные источники.

Результаты. Первые симптомы проявляются в виде характерного шума, напоминающего шум прибора, свист. Обычно развивается сначала частичная глухота, а затем полная потеря слуха и костной проводимости на стороне поражения, однако в 10% случаев - внезапная потеря слуха. В 70% теряется слух на звук высокой частоты, что приводит к нарушению различия слов (что особенно заметно при разговоре по телефону). По мере роста опухоли и развития компрессии V и VII ЧМН появляются оталгия, онемение на лице, изменения вкуса. Слабость лицевой мускулатуры возникает позже, хотя VII пара ЧМН находится ближе к VIII паре, это связано с большей эластичностью двигательных волокон VII нерва. Если размеры опухоли <2 см, эти симптомы не возникают. По мере роста опухоли возможно поражение IX, X, XII пары ЧМН (осиплость голоса, дисфагия и т.д.). Происходит латерализация теста Вебера в здоровую сторону, если еще сохранен достаточный слух, то тест Ринне будет положительным. На аудиограмме разница в слухе между ушами >10-15 дБ, порог чистого тона ≥ 50 дБ являются подозрительными. При регистрации акустических стволовых вызванных потенциалов наблюдается удлинение I-III и I-V межпиковых латентностей. Электронистагмография: если реакция с одной стороны составляет <35% от общей, то это является ненормальным. Калорическая проба: измерение продолжительности нистагма с помощью вливания холодной воды - уменьшение ≥ 1 мин на пораженной стороне является подозрительным. В общем частота возникновения определенных симптомов при невриноме VIII пары ЧМН следующая: потеря слуха 98%, звон в ушах 70%, нарушение равновесия или головокружение 67%, головная боль 32%, онемение на лице 29%, слабость мышц лица 10%, диплопия 10%, тошнота/рвота 9%, оталгия 9%, изменение вкуса 6%. МРТ с контрастированием является наилучшим методом диагностики с чувствительностью почти 98% и почти 0% уровнем ложно положительных результатов. КТ второй по значимости метод нейровизуализации.

Выводы. Прежде всего пациенты с невриномой VIII пары ЧМН обращаются к ЛОР врачу, так как основными симптомами этого заболевания являются снижение и потеря слуха на стороне поражения, звон в ухе, нарушение равновесия. В связи с этим необходимо провести все необходимые исследования, для того что бы заподозрить данную патологию и направить пациента на МРТ с контрастированием для окончательного подтверждения диагноза.

І.В. Лепешко, М.М. Марчук, І.А. Ошовський

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПРИВОДУ ГОСТРОГО МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО ТРОМБОЗУ

Кафедра хірургії №2

І.М. Вовчук (ас., к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Незважаючи на бурхливий розвиток абдомінальної та судинної хірургії, появу нових високоінформативних методів діагностики та вдосконалення хірургічних втручань, проблема лікування гострих порушень мезентеріального кровообігу залишається однією з найскладніших серед ургентних захворювань органів черевної порожнини. Нині навіть у високоспеціалізованих клініках летальність при цій патології сягає 50—100%. Актуальність дослідження даної теми полягає і в тому, що основною причиною гострого

мезентеріального тромбозу є важкі ускладнення різних хронічних захворювань серцево-судинної системи, що є основною причиною смертності населення України.

Мета роботи. Метою нашої роботи було проаналізувати ефективність виконання оперативних втручань хворим з тромбозом мезентеріальних судин та запропонувати один із методів ведення таких пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження. На базі хірургічної клініки кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова було проаналізовано та вивчено динаміку змін ендогенної токсемії 65 клінічних випадків тромбозу мезентеріальних судин. Допомога хворим надавалася в екстремному порядку без змоги виконати ангіографічні дослідження та оперативні втручання на мезентеріальних судинах. На діагностичному етапі виконувалися – діагностичний лапароцентез та лапароскопія, в 27 – діагностовано тотальний тромбоз, проведено симптоматичну терапію. 14 пацієнтів відмовилися від оперативного втручання, із них 7 померло в лікарні. У 23 пацієнтів було використано запатентований метод керованої лапаростомії (Патент №55576 Україна, МПК (2009)A61B17/00. «Спосіб формування керованої лапаростомії у хворих на гострий некротичний панкреатит»)

Результати. У ході дослідження було виявлено, що у випадках виключно симптоматичної терапії летальність складала - 100%, при резекції кишки із накладанням кінцевої стоми - 38%, резекції кишки із накладанням анастомозу по Майндлю – 27%, резекція кишки із накладанням первинного анастомозу – 7%, операції по типу «Damagecontrol» - 7%, запатентований метод керованої лапаростомії – 7%.

Висновки. Виявлені у даних випадках біохімічні синдроми системної запальної відповіді та ендогенної токсемії вказують на неспроможність методів консервативного лікування щодо адекватної корекції досліджуваних параметрів. Аналіз показників системи гемостазу засвідчив про наявність тенденції до обмеженої нормалізації досліджуваних параметрів, підкреслюючи принципове значення гемокоагуляційних порушень при гострому мезентеріальному тромбозі, що формує умови для розробки методів їх корекції. Тому зазначене є передумовою для подальшого дослідження і пошуку адекватних методів корекції біохімічних показників у хворих на гострий мезентеріальний тромбоз.

В.В. Лесной

ДИНАМИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОНЫХ НАРУШЕНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНОМ ПРИ ЭТАПНЫХ ПРОГРАММИРУЕМЫХ САНАЦИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургии

И.В. Иоффе (д.м.н., проф.)

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

г. Рубежное, Украина

Актуальность: Ведущую роль в патогенезе полиорганной недостаточности при разлитом перитоните составляет синдром энтеральной недостаточности (СЭН). Главной причиной развития СЭН является выраженная регионарная ишемия и тканевая гипоксия кишечной стенки. Одним из перспективных современных методов изучения микроциркуляции в тканях является лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ).

Цель исследования: установление эффективности лечения больных с разлитым перитонитом препаратом L-аргинина на основании данных микроциркуляции слизистой оболочки тонкой кишки полученных с помощью ЛДФ.

Материалы и методы: В основу работы положен анализ результатов лечения 65 больных с разлитым перитонитом У всех пациентов индекс брюшной полости составил более 13 баллов, что требовало лечение перитонита полуоткрытым методом с программируемыми этапными санациями. Для сравнительного анализа больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) в нее были включены 33 больных, в комплексной инфузионной терапии использовался препарат 4,2% L-аргинина, 2-я группа (контрольная), представленная 32 больными лечение которых проводили в соответствии с общепринятыми стандартами. Интраоперационно во время первой операции и при последующих «релапаротомиях по программе» производили оценку состояния микроциркуляции различных отделов слизистой оболочки тонкой кишки, определяли показатель микроциркуляции (ПМ). Оценку состояния микроциркуляции проводили методом ЛДФ с использованием аппарата «ЛАКК-01». Использовался полостной игольчатый датчик типа-N, который фиксировали путем прокола петли тонкой кишки под сонографическим контролем и удерживали в течении 2 минут до появления стабильного показателя на дисплее прибора. На место прокола стенки кишки накладывался П-образный шов.

Результаты и обсуждение. В 1-группе исследование показателей тканевой перфузии в тонкой кишке показало, что средние значения ПМ во время первой операции $8,1 \pm 0,69$ пф.ед, первой «релапаротомии по программе» $7,5 \pm 0,61$ пф.ед, а уже во время второй «релапаротомии по программе» $8,0 \pm 0,83$ пф.ед. Летальность в данной группе составила 12,1%. Во 2-группе средние значения ПМ во время первой операции $8,0 \pm 0,47$ пф.ед, первой «релапаротомии по программе» $7,2 \pm 0,61$ пф.ед, второй «релапаротомии по программе» $7,4 \pm 0,61$ пф.ед, что говорит о сохраняющихся явлениях ишемии в кишечной стенке. Летальность в данной группе составила 25,6%. Значимое различие показателей микроциркуляции у больных основной и контрольной групп отмечено ко второй «релапаротомии по программе» у 22 больных (66,7%), к третьей «релапаротомии по программе» у 11 больных (33,3%) в сравнении с контрольной группой.

Вывод. Восстановление микроциркуляции в стенке тонкой кишки при программируемых этапных санациях с использованием в инфузионной терапии 4,2% L-аргинина происходило на 48 часов раньше по сравнению с контрольной группой.

О.С. Лунгол, Н.М. Гомон, О.О. Токарчук

ЕФЕКТИВНІСТЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ВАЖКИХ ФОРМ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ

Кафедра хірургії №1, курс анестезіології і реаніматології
М.Л. Гомон (д.мед.н., доц.), Г.М.Мазур (асистент)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Вірусно-бактеріальні пневмонії найважчі за перебігом і статистично найчастіше зустрічаються під час епідемії грипу, особливо при грипу А (H1N1).

У 1918–1919 роках (18 місяців) у всьому світі від іспанки (Грип А (H1N1)) померло приблизно 50-100 млн. людей або 2,6-5,2% населення Землі. Було заражено близько 400 млн людей, або більше, ніж 20% населення планети. Пандемія розпочалася в останні місяці Першої світової війни і швидко затьмарила це найбільше кровопролиття за масштабом жертв. Епідемії грипу А(H1N1) в Україні, 2009 та 2015-2016 рр. характеризуються високими показниками смертності від вірусно-бактеріальних пневмоній.

Мета: порівняльна характеристика перебігу важких форм вірусно-бактеріальних пневмоній, які закінчились летально під час епідемії грипу А(H1N1) в 2009 та 2016 роках.

Матеріали і методи: Проведено аналіз 38 випадків (із них 15 летальних) перебігу важких форм вірусно-бактеріальних пневмоній в ВАІТ ВОКЛІ кінця 2015, початку 2016 років, та порівняно з 150 летальними випадками 2009 року.

Результати: Аналіз вікового цензу померлих в 2009 році показав в два рази більшу 6,7% захворюваність серед жінок в віці до 20 років в порівнянні з чоловіками (3,07%). Максимальна захворюваність (89,3%) жінок та (91,4%) чоловіків була в працездатному віці (21-60 років). Захворюваність в віці більше 60 років складала всього 4%. В 2016 році чоловіки вражались в 6 раз частіше (86%), в порівнянні з жінками (14%). Найбільша смертність відмічена серед чоловіків в віці 41-60 років (53%).

Під час епідемії 2009 року великий відсоток померлих складала вагітні та породілі (11%), та хворі з ожирінням (19%). В 2016 році не відмічено випадків смертності вагітних, однак ожиріння зустрічалось у 20% випадків. У 100% випадків патологоанатомічно виявлена різна супутня патологія.

Рентген картина вірусно-бактеріальних пневмоній 2009 року характеризувалась симетричністю і гомогенністю затемнення та чіткою ортостатичною складовою інфільтрації легень. В 2016 році відмічено вогнищевість і рівномірність враження різних частин легень та менш виражена ортостатична складова затемнення легень.

У вибірці 2016 року відмічено розвиток пневмотораксів у 26% пацієнтів, чого не спостерігалось в 2009 році.

Висновки: 1) в структурі смертності від вірусно-бактеріальних пневмоній епідемії грипу А(H1N1) 2016р. переважають чоловіки зрілого працездатного віку (41-60 р); 2) наявність супутньої патології різних органів і систем та ожиріння є факторами, що збільшують важкість перебігу вірусно-бактеріальних пневмоній; 3) зміна рентген-картини та вікових категорій хворих свідчать про зміни вірулентних властивостей вірусу грипу А(H1N1); 4) Ріст частоти пневмотораксів диктує необхідність перегляду адекватності режимів респіраторної підтримки (CPAP та ШВЛ з ПТКВ) в межах ближчих до фізіологічних (4-8 см. H₂O) та методик бактеріологічної діагностики.

Ю.М. Лях

РОЗРОБЛЕННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОГО ЗОРОВОГО СИНДРОМУ

Кафедра очних хвороб
О.О. Андрушкова (к. мед. н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Тенденція до збільшення кількості пацієнтів, з характерною для комп'ютерного зорового синдрому (КЗС) симптоматикою, неспинно зростає. З одного боку, це пов'язано з недостатнім рівнем інформованості населення, а з іншого – відсутністю методів профілактики, які б були зручними в повсякденній практиці користувачів персональних комп'ютерів (ПК). Тому розробка нових методів профілактики та лікування КЗС залишається актуальною.

Мета: розробити комп'ютерну програму для користувачів ПК, з метою профілактики та лікування КЗС.

Матеріали і методи: Проведено обстеження 57 студентів віком від 18 до 23 років. Досліджували гостроту зору, рефракцію, акомодацию, час розриву слізної плівки (проба Норна), стан рогики, кон'юнктиви (біомікроскопія), очного дна. Крім того, проводили анкетування з метою визначення режиму роботи за ПК та умов праці, збору

очних та зорових скарг. Для попередження виникнення КЗС була розроблена та впроваджена комп'ютерна програма, що регламентує послідовність дій користувачів ПК.

Результати: На основі анкетних даних та об'єктивного обстеження у 75 % пацієнтів в різній ступені спостерігалися прояви КЗС. Вони в однаковій мірі пред'являли очні та зорові скарги. 100% пред'являли скарги з боку інших органів і систем. Для 67 % людей з КЗС характерні аномалії рефракції, що проявляються міопією, у 17% - астигматизмом. У 2% обстежуваних виявлено простий блефарит. У пацієнтів з діагностованим КЗС рекомендовано з профілактичною та лікувальною метою перед початком роботи за ПК вмикати запропоновану та розроблену нами комп'ютерну програму, яка періодично вказує на послідовність дій, які необхідно здійснювати паралельно з виконуваною за комп'ютером роботою. Впроваджена програма регламентує, згідно з рекомендацій, використання сучасних патогенетичних лікарських засобів (інстиляції очних крапель на основі ектоїну та для покращення стану сітківки прийом препаратів чорниці, а також застосування стерильних, зволожуючих серветок з очищаючим лосьйоном для повік).

Висновки: Таким чином, запроваджена нами комп'ютерна програма дозволила у всіх випадках значно знизити прояви комп'ютерного зорового синдрому, а з часом повністю ліквідувати. Запропоновані методи профілактики і лікування КЗС можуть бути рекомендованими для широкого використання.

В.М. Ляшик

ВАРІАНТ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З НЕВУСОМ ХОРИОІДЕЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Кафедра очних хвороб

К.Ю. Грїжимальська (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Невус судинної оболонки являє собою доброякісне новоутворення, атипове скупчення меланоцитів у поверхневих, а згодом і в глибоких шарах хоріоїдеї. Дане захворювання виникає у 5-10% пацієнтів європеїдної раси і вкрай рідко зустрічається серед представників афроамериканців. Більшість невосів закладається в організмі людини ще з самого народження, проте пігментація з'являється у міру дорослішання, зазвичай в період статевого дозрівання. Тому найчастіше подібні пігментні новоутворення діагностуються саме у дорослих людей, і часто – на стадії росту вогнища, що і зумовлює актуальність даного дослідження. Не існує статевої відмінності в частоті виявлення невосів, тобто вони однаково часто зустрічаються як у чоловіків, так і у жінок.

Мета: Вивчити перебіг невоса хоріоїдеї на клінічному випадку.

Матеріали та методи: Матеріалом для дослідження стали результати обстежень пацієнта з використанням наступних методів: збирання скарг, анамнезу, візометрія, периметрія, тонометрія, офтальмоскопія, флуоресцентна ангіографія сітківки на протязі періоду з 1993 по 2016 р.

Результати: Отже, була проведена: флуоресцентна ангіографія сітківки у період протягом 1993-1995 рр., результати якої вказують на наявність аваскулярного, пігментованого, гіпофлуоресцентного вогнища з чіткими межами та нерівними краями, у верхньо-латеральному напрямку відносно диску зорового нерва і дотичного до нього. Вогнище знаходилось на очному дні лівого очного яблука, не прогресувало. Це дослідження доповнює випуску онкоофтальмолога з інституту ім. В.П.Філатова щодо даного пацієнта від 26.03.1994р., до якого хворий звернувся зі скаргами на головний біль, та при огляді очного дна якого виявлено: OD – без видимої патології, OS – наявність пігментованого вогнища дозовні-доверху від диска зорового нерва, ДЗН – дещо блідий. OD – 19, OS – 20. Хворий направлений на дообстеження, тактика – очікувальна. Наступне дослідження відбулось в листопаді 2015 року, а саме – флуоресцентна ангіографія сітківки, при якій спостерігалось пігментоване вогнище, що, в порівнянні зі знімками за 1995 рік, є дещо більшим, захоплює диск зорового нерва, а також УЗД очного дна OS, що виявило вогнище нерівності (вистояння) біля ДЗН діаметром 1,6 мм. Гострота зору OS знизилась у зв'язку з розвитком катаракти, внутрішньоочний тиск в межах норми.

Висновки: На прикладі окремого клінічного випадку ми спостерегли перетворення стаціонарної форми невоса судинної оболонки в повільно прогресуючу (23 роки прогресії) з підозрою на розвиток меланоми хоріоїдеї. Враховуючи даний характер розвитку захворювання, пацієнту рекомендовано регулярне динамічне обстеження офтальмолога та онколога, а також проведення додаткових досліджень, зокрема УЗД, КТ внутрішніх органів (для діагностики та попередження можливих метастазів).

О.С. Майданович, М.В. Романчук

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ КОЛІННОГО СУГЛОБУ

Кафедра травматології та ортопедії

Медичний центр «СТАТУС»

Р.М. Демчук (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. У загальній структурі запальних і дегенеративно-дистрофічних захворювань колінного суглоба провідне місце належить деформуючому остеоартрозу і ревматоїдному артрити. Враження колінного суглоба

при даній патології, навіть при незначних порушеннях функцій, призводить до значного дискомфорту для людини та стійкого зниження працездатності, а при тривалому перебігу процесу - до інвалідизації. Раннє виявлення і встановлення правильного діагнозу є важливим, оскільки основний контингент хворих проходиться на людей працездатного віку. (Миронов Н.А та ін. 2006)

Мета дослідження. Дослідити сонографічні зміни у хворих з травмами, дегенеративно-дистрофічними та запальними захворюваннями колінного суглоба.

Матеріали і методи дослідження: Сонографічне дослідження проводились на ультразвуковому апараті *TOSHIBA Aplio MX3* з використанням лінійного датчика з діапазоном частот 6-12 МГц. Всі хворі розділено на підгрупи: з ушкодженнями меніска, з ушкодженнями зв'язкового апарату (медіальні і латеральні зв'язки), хворі на деформуючий остеоартроз і ревматоїдний артрит. В дослідженні оцінювали такі структури колінного суглоба: м'які тканини (наявність або відсутність набряку), гіаліновий хрящ (товщина, рівномірність товщини, структура, поверхня), зміни синовіальної оболонки (потовщення, наявність розростань), стан суглобових сумок, заворотом і суглобової порожнини (наявність випоту), суглобові поверхні (поява крайових кісткових остеофітів), ушкодження і запальні явища зв'язкового компонента і м'язів, ушкодження менісків, хряща, патологія кісток, пухлини і пухлиноподібні захворювання.

Результати: Проаналізовано результати обстеження 78 пацієнтів зі скаргами на біль в ділянці колінного суглоба у віковому діапазоні 5-75 років, з них 39 (50%) жінок і 39 (50%) - чоловіків. У 15 пацієнтів встановлена I стадія деформуючого остеоартрозу, у 7 - II стадія, у 4 пацієнтів - III стадія. У 26 пацієнтів з ураженням колінного суглоба діагностований ревматоїдний артрит, з них у 14 пацієнтів - I стадія захворювання, у 10 - II стадія, у 2 - III стадія. Розрив колатеральної зв'язки діагностовано у 5 випадках, лігаментит в 11, кіста Бейкера в 6 випадках. Синовіт виявлено у 26 хворих, ушкодження менісків в 14, зменшення товщини гіалінового хряща виявлено в 60 обстежених.

Висновки: 1. Високороздільне ультразвукове дослідження в режимі реального часу є ефективним діагностичним методом морфологічного вивчення захворювань і пошкоджень м'яких тканин колінного суглоба.

2. Переваги даного методу - неінвазивність, нешкідливість, оперативність виконання, багаторазовість дослідження і відносно низькі витрати.

О.Ю. Макарицька

КОРИСНА МОДЕЛЬ ЛІКУВАННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ГНІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії №2

М.А. Гудзь (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день проблема розповсюдженого гнійного перитоніту (РГП) постає досить гостро, це обумовлено тим, що незважаючи на дослідження патогенетичних та патофізіологічних механізмів розвитку його ускладнень, вдосконалення хірургічних способів та технологій лікування, сучасні методи хірургічного впливу супроводжуються значними показниками летальності.

Мета: Розробити спосіб санації черевної порожнини при РГП, який чинив би імуностимулюючу дію як на поверхні очеревини, так і в глибоких її шарах, забезпечуючи: активацію фагоцитарної ланки місцевого імунітету, зниження кількості післяопераційних ускладнень, скорочення термінів лікування.

Матеріали та методи: Теоретичні (аналіз сучасної літератури, узагальнення), лабораторні (визначення маркерів клітинного і гуморального імунітету – CD3, CD4, CD8, CD11a, CD19; концентрації імуноглобулінів А, М, G); санація черевної порожнини пацієнтів клінічної групи та її дренажування.

Результати: Методи санації черевної порожнини при первинних і повторних операціях, які були запропоновані раніше, на наш погляд, не забезпечують стимуляцію місцевої ланки неспецифічного імунітету, а здійснюють лише механічну функцію очистки черевної порожнини (ЧП) - зменшуючи кількість колонієутворюючих бактерій та видаляючи некротичні тканини. Для вирішення даної проблеми нами була створена клінічна модель лікування РГП, що полягає в санації ЧП розчином ліпосомальних тіл (ліпін) в комбінації з розчином акридоноцтової кислоти (циклоферон), а також продовженні терапії на 1-ий, 2-ий та 4-ий дні післяопераційного періоду через встановлені дренажі.

Інтраочеревинне використання ліпосомальної емульсії (500 мг) в поєднанні з імуностимулюючим засобом – акридоноцтовою кислотою (250 мг) забезпечує цільове захоплення суміші перитонеальними макрофагами з їх наступною активацією, сприяє підвищенню швидкості кисневої тканинної дифузії, оновлює функціональну активність клітин ендотелію, синтез ендотеліального фактора розслаблення, інгібує перекисне окислення жирів. Дані препарати надають ефект мембранопротекції, виконують функцію імуномодулятора, посилюючи дію акридоноцтової кислоти, що нормалізує співвідношення Т-хелперів і Т-супресорів, сприяє активації клітин-кіллерів і Т-лімфоцитів, забезпечуючи корекцію імунного статусу організму.

Висновок: Запропонованим способом було проліковано 21-го хворого з токсичними і термінальними стадіями перитоніту. Спостерігалось 1-не ускладнення. Середні терміни лікування хворих склали 16,7 ліжко-днів. В той же час у 26 хворих, пролікованих класичним способом, відмічено 5-ро з внутрішньочеревними ускладненнями. У одному випадку спостерігали утворення ранньої спайкової непрохідності, в чотирьох – прогресування

перитоніту, що потребувало виконання повторних методів санацій. Середні терміни лікування склали 28,2 ліжко-дні.

Таким чином застосування запропонованого способу дозволяє: коригувати стан вторинного імунодефіциту, зменшити кількість післяопераційних ускладнень і скоротити терміни лікування.

О.В. Машевська, Н.Л. Годован, В.В. Іович
**ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ТАРГЕТНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ
СУЧАСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОШИРЕНОГО РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

О.Г. Костюк (доц., д.мед.н.)

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

Актуальність: Рак підшлункової залози є важким захворюванням із неблагоприятним прогнозом. Щорічно в світі реєструється до 230000 нових пацієнтів, що страждають на рак підшлункової залози, 98% з яких дуже швидко вмирають. За період 2004 – 2014 років захворюваність на рак підшлункової залози збільшилась на 8,9%.

На сьогоднішній день гемцитабін є стандартом хіміотерапевтичного лікування, в комбінації з інгібітором тирозинкінази ерлотинібом та бевацизумабом він показав високий результат по медіані подовження життя у пацієнтів з раком підшлункової залози. Як відомо, одним із перших симптомів у пацієнтів даної групи є біль і на сьогоднішній день недостатньо досліджено вплив таргетної терапії на перебіг больового синдрому у хворих на розповсюджений рак підшлункової залози.

Ціль роботи : оцінити перебіг больового синдрому при лікуванні пацієнтів на рак підшлункової залози при використанні комбінації таргетної терапії + гемцитабін та монотерапії гемцитабіном.

Матеріали та методи: проліковано 46 хворих на рак підшлункової залози які були розділені на 3 групи: група 1 монотерапії гемцитабіном (1000мг/м²), група 2 гемцитабін (1000мг/м²) + ерлотиніб (100 мг/сут), група 3 гемцитабін (1000мг/м²)+ерлотиніб (100мг/сут)+бевацизумаб (15мг/кг).

Для оцінки больового синдрому використовувались шкала VAS(візуальна аналогова шкала) та шкала оцінки болю (ВРІ), опитування проводилось кожні 4 тижні в процесі лікування та моніторинг режиму прийому анагетиків пацієнтами.

Результати : отримані нами дані показали, що інтенсивність больового синдрому при оцінці по шкалі ВАШ та шкалі оцінки болю почала зменшуватись в групі 1(монотерапія гемцитабіном) на 16 тижні лікування (ВРІ – 42 мм), в групі 2 (гемцитабін та ерлотиніб, ВРІ – 28мм) та 3(гемцитабін +ерлотиніб+ бевацизумаб) на четвертому тижні лікування, причому в групі 3 зниження показника вираженості больового синдрому було найбільшим (ВРІ 19). Також відмічалось зменшення потреби в анагетиках у пацієнтів в групі таргетної терапії (потреба в опіоїдних анагетиках < 1 мг/кг/добу) при тому, що використання опіоїдів в групі монотерапії гемцитабіном зберігалось на рівні >2 мг/кг/добу.

Висновки: використання в лікуванні поширеної форми раку підшлункової залози схеми гемцитабіну з інгібітором тирозинкінази ерлотинібом або комбінації таргетних препаратів ерлотинібу та бевацизумабу з гемцитабіном показало значне зниження інтенсивності перебігу больового синдрому та зменшення потреби в анагетиках, особливо опіоїдних для лікування болю в порівнянні із монотерапією гемцитабіном.

О.О. Мельник, О.В. Жураховська
ЕНДОСКОПІЧНЕ ДРЕНУВАННЯ НИРКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ВНУТРІШНЬОГО СТЕНТА

Курс урології, кафедри хірургії №1

І.В.Барало (к.мед.н.,доц.)

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

Актуальність: Головною метою лікувальних заходів в урології є відновлення прохідності сечових шляхів. Це може бути здійснено різними методиками, один із яких стентування нирки. Перша згадка про розміщення стента в сечоводі датується 1803 роком, коли лікар Густав Симон описав встановлення трубки в сечовід під час відкритої операції на сечовому міхурі. В 1974 році Маккалоу описав використання стента із завитком, щоб запобігти зісковзуванню стента вниз із нирки, а в 1978 Фінні вводить новий "Double-J" дизайн стента, який має завиток у верхній і нижній частинах стента. В практичній роботі урологів стентування нирок стало рутинною процедурою, яка виконується майже щодня у різних категоріях хворих.

Мета: Проаналізувати результати стентування нирок в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова.

Матеріали та методи: Провели вивчення результатів стентування нирок за даними журналу оперативних втручань ендоскопічного кабінету урологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова з 06.01.2015 по 27.02.2016

Результати: За аналізований нами період, було проведено 127 оперативних втручань стентування нирки. Переважна більшість закінчилась успішним відновленням прохідності сечових шляхів. У 7 випадках після

стенування, виникла потреба в корекції положення проксимального кінця стента, що було пов'язано з розташуванням «ниркового» кінця в чашечках або субкапсулярно. В 2 випадках хворих було прооперовано вікритим методом у зв'язку із перфорацією сечовода під каменем і міграцією стента в заочеревинний простір. В 1 випадку мала місце міграція дистального кінця в сечовід, за допомогою уретероскопа скореговано положення стента: дистальний кінець переміщений в сечовий міхур.

Висновок: Для запобігання вище згаданих ускладнень процедури встановлення стента в нирку показано флюороскопічний контроль.

О.О. Мельник, О.В. Жураховська
**АНАЛІЗ ПРИЧИН ТА ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА
УСКЛАДНЕНИЙ ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

Кафедра хірургії медичного факультету № 2

І.В. Павлик (доц., к.мед.н)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічний панкреатит (ХП) є багатогранним захворюванням, яке характеризується хронологією перебігу та больового синдрому. На даний момент жоден метод лікування не дозволяє повністю зняти больовий синдром.

Мета: Визначити типові причини больового синдрому у хворих на ХП.

Матеріали та методи: В хірургічній клініці медичного факультету №2 ВНМУ проведено лікування 62 хворих на ускладнений ХП. Чоловіків було 50, жінок - 12, середній вік $46,0 \pm 13,7$ років.

Згідно класифікації TIGAR-O в 56 (90,3%) пацієнтів ХП виник після перенесеного ГП, в 59 (95,1%) – відмічали токсичний вплив алкоголю, причому 6 пацієнтів не вказували в анамнезі перенесений ГП, а у 2 хворих ХП виник після проведеної хіміотерапії.

По класифікації Büchler «В» стадія ХП відмічалася у 16,12% (10), «С» стадія – 83,87% (52), серед них панкреатогенний цукровий діабет відмічався у 18 хворих.

Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації ХП (1989) кальцифікуючу форму діагностовано у 5 хворих, обструктивну - 12, фіброз підшлункової залози у 2, ретенційні і псевдокісти у 43.

Локальна резекція ПЗ за Frey була виконана при обструктивному ХП (6), локальна резекція ПЗ за Frey – Izbicki (22), панкреатодуоденальна резекція (2), цистодигестивний анастомоз при кістах ПЗ (39).

Результати: Згідно досліджень DanielK.Mulladyetal., 2011, виділяється 5 основних типів больового синдрому при ХП. А — епізодичний біль легкого чи середнього ступеня важкості який знімається медикаментозно; В — постійний біль середнього чи важкого ступеня який знімається медикаментозно; С — епізодичний сильний біль; Д — постійний біль середнього ступеня з епізодами сильного; Е — постійний сильний біль який не змінюється.

Звичайно, пацієнти які поступають в хірургічне відділення мають важкий ускладнений ХП з вираженим больовим синдромом Д та Е ступеню.

Важливі є декілька принципів градації больового синдрому: 1 — постійний чи епізодичний біль; 2 — купується медикаментозно чи ні. RudolfM. Ammannetal., 1999, розподілив больовий синдром на категорію А — епізодичний сильний біль з наявними проміжками безбольового періоду; В — постійний з епізодами сильного болю, що потребує госпіталізації.

В залежності від форми, при кальцифікуючому ХП біль типу Б був у 5 хворих, при обструктивному — біль типу А (4 з рівномірним розширенням) і біль типу Б (1 рівномірне розширення і 7 розширення по типу низки озер), при фіброзі — біль типу А (1) і біль типу Б (1), а при кістах ПЗ біль типу А (26 малих або середніх неускладнених кіст) і біль типу Б (5 інфікованих і 12 гігантських кіст). Всього біль типу А був у 31 хворого, біль типу Б теж у 31 хворого.

При ускладненнях ХП: дуоденальній непрохідності (1) і абсцесах ПЗ (5) спостерігався біль типу Б, а при холестазі (7) і асциті (8) біль типу А.

Висновки: Таким чином, наявність та важкість перебігу ХП та його ускладнень корелює з типом та важкістю больового синдрому. Оцінивши тип больового синдрому, можна опосередковано оцінити важкість ХП.

Т.В. Мурзова

АБДОМІНАЛЬНИЙ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кафедра хірургії №1, Курс анестезіології та інтенсивної терапії

О.В. Столярчук (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Частота виникнення інтраабдомінальної гіпертензії (ІАГ) у хірургічних хворих в середньому досягає 30% , а як максимум до 50%, (найчастіше у хворих з перитонітом, набряковим та деструктивним панкреатитом, сепсисом, важкій поєднаній травмі та інш.), і знаходиться у групі ризику для абдомінального компартмент синдрому (АКС), який виникає у 4-8% цих пацієнтів. Смертність при АКС досягає 68% випадків, а

при відсутності лікування до 100%. Підвищення ІАТ призводить до погіршення, що підтверджується літературними даними [Гаин 2009, Kirkpatrick 2000].

Метою дослідження було проаналізувати частоту випадків підвищення ІАТ у пацієнтів з гострим панкреатитом (ГП) відповідно до його форми.

Матеріали та методи: Нами було обстежено 11 пацієнт з діагнозом гострий панкреатит, які перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні та ВАІТ ВОКЛ ім. Пирогова. Визначення ІАТ проводилось внутрішньоміхуровим методом за допомогою катетера Фолея (Kron, 1984) на 1-й та 5-й день лікування.

Результати: У хворих контрольної групи не було гострих хірургічних захворювань, а середній інтраабдомінальний тиск (СІАТ) був $2,2 \pm 0,3$ мм.вод.ст., що відповідало нормальному рівню ІАТ та не відрізнялося від літературних даних [Malbrain M. 2007, Diebel L.N. 1997, Гурьянов В.А. 2007]. У групі набрякового панкреатиту СІАТ на момент поступлення був $6,2 \pm 1,1$ мм.вод.ст., а на 5 добу знижувався майже до нормальних показників - $2,8 \pm 1,4$ мм.вод.ст.. У групі з деструктивним панкреатитом СІАТ склав $14 \pm 2,1$ мм.вод.ст., а на 5 день - $8,6 \pm 2,8$ мм.вод.ст.. Таким чином у хворих з гострим набряковим панкреатитом мало місце підвищення ІАТ, що під впливом консервативної терапії на 5 день наближалось до нормальних показників. При деструктивній формі панкреатиті рівень ІАТ був значно вищим та досягав 1 та 2 ступеня ІАГ, а протягом лікування його рівень вдавалось знизити, щоправда ІАТ залишався на високому рівні.

Результати дослідження підтверджують те, що **інтраабдомінальна гіпертензія** - це часте ускладнення хворих хірургічного відділення та ВАІТ, що може перерости у АКС, який викликає важкі патофізіологічні зміни, та призводить до порушення функції усіх систем органів, вимагає коштовнішого та тривалішого лікування [P. Marino 2007, Зильбер А.П. 2006].

Висновки: У хворих на гострий панкреатит підвищується ІАТ, а у хворих на деструктивну форму підвищується до 1 та 2 ступеня ІАГ, та повільно знижується. Хворі на деструктивну форму гострого панкреатиту мають ризик до виникнення АКС, що потребує моніторингу в динаміці. Під час дослідження було доведено доцільність вимірювання ІАТ у пацієнтів з гострим панкреатитом.

Д.В.Нестерак, Г.Х.Г.Кудла, М.А.Палій, М.І.Бельзецька

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

С.А.Левицька (д.мед.н., проф.)

ВНЗ «Буковинський державний медичний університет»

м.Чернівці, Україна

Актуальність: Синдром Дауна – одна з найбільш розповсюджених спадкових хвороб. Когнітивні, фізичні і фізіологічні порушення, властиві пацієнтам, впливають не тільки на тривалість та якість життя хворих, але й зумовлюють особливості діагностики і лікування різноманітних соматичних захворювань.

Мета: Визначити особливості проведення хірургічних втручань і перебігу післяопераційного періоду у дітей із гіпертрофією мигдаликів глотки і синдромом Дауна.

Матеріали та методи: Видалення гіпертрофованого глоткового мигдалика і часткове видалення піднебінних мигдаликів виконали 12 дітям із синдромом Дауна і 25 дітям без спадкової патології (контрольна група). У статевому і віковому співвідношеннях дослідна і контрольна групи були однорідними. Прогнозування складності анестезіологічного супроводу проводили на підставі визначення індексу Маллампаті, ступеню висування нижньої щелепи, рухливості шийного відділу хребта за Деліканом. Для прогнозування висоти, ширини і вигину носоглотки використовували параметри кефалометрії: лицевий кут, відстань між нижніми носовими раковинами. Статистична обробка отриманих результатів проводилася із визначенням критерію χ^2

Результати: у дітей із синдромом Дауна статистично значимо частіше виявляли III-IV клас за Маллампаті (58,3% проти 12%), класи B і C висування нижньої щелепи (33,3% проти 12%), значне обмеження атланти-окципітальної рухливості (у 83,3% проти 12% дітей групи контролю). Це не лише підвищує складність анестезіологічного супроводу дитини, але й обтяжує і обмежує роботу хірурга.

У дітей із синдромом Дауна післяопераційні кровотечі виникали не частіше ніж в контрольній групі (12% проти 8,3%), натомість покращання носового дихання в результаті хірургічного втручання відмічене рідше (59,3% проти 88,5% в контрольній групі). Даний факт можна пояснити наявністю інших чинників, здатних викликати постійну назальну обструкцію, окрім гіпертрофії глоткового мигдалика.

Підтвердженням цієї гіпотези є результати краніометрії. Так, в дослідній групі переважали володарі ортогрантних облич (75% проти 44%), що асоціюються із мінімальним вигином носоглотки, в той час як відстань між носовими раковинами, котра асоціює із шириною носоглотки, виявилася статистично значимо меншою ($1,1 \pm 0,02$ см проти $0,8 \pm 0,02$ см в контрольній групі).

Висновки: особливостями хірургічного лікування захворювань мигдаликів глотки у дітей із синдромом Дауна є підвищена складність анестезіологічного супроводу. Мінімальний вигин і незначна ширина носоглотки повинні бути враховані при виборі хірургічного інструментарію для проведення аденотомії у дітей із синдромом Дауна. Утруднення носового дихання у дітей із трисомією 21 хромосоми може бути пов'язаним не тільки із назальною обструкцією гіпертрофованими мигдаликами глотки, але й особливостями анатомічних взаємовідношень між органами обличчя і ший.

І. Нестеренко
**КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДОЛІХОСІГМИ У ДІТЕЙ, ЯК ВІСЦЕРАЛЬНИЙ ПРОЯВ ДИСПЛАЗІЇ
СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ**

Кафедра дитячої хірургії
В.В. Погорілий (д.мед.н., проф.); В.С. Коноплицький (д.мед.н. наук., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічні неспецифічні захворювання органів травлення у дітей займають вагому частку серед усіх хвороб дитячого віку. Лікування дітей з хронічними закрепками до теперішнього часу залишається проблемним. Доліхосігма одна з найбільш частих патологій, що зустрічається із усіх захворювань товстої кишки. Та являється пограничним станом між нормою та патологією товстої кишки у дітей. Частота коливається від 1:500 до 1:2000. За даними літератури дана аномалія зустрічається часто досягаючи 27,6%. Доліхосігма не завжди проявляє себе закрепками, для клінічного прояву потрібен так званий пусковий момент, що веде до синдрому подразненого кишківника, який і являється причиною хронічних закрепів.

Дисплазія сполучної тканини (ДСТ)- мультифакторіальна патологія, що характеризується порушенням розвитку сполучної тканини, що веде до розладу гомеостазу на рівні клітин та організму в цілому у вигляді морфо-функціональних порушень органів. У розвитку ДСТ спадковий характер пов'язаний із набутиим генезом. Вивчення джерел захворювання, та етіологічних факторів і механізмів їхнього формування звертає увагу на аномалії і вади розвитку товстої кишки, що зустрічається в останні роки часто і здатні складати підґрунття на якому формується як функціональна так і органічна патологія.

Мета: Вивчити зв'язок доліхосігми та дисплазії сполучної тканини, шляхом розпізнавання фенотипових ознак дисплазії.

Матеріали та методи: Обстежено 50 дітей різного віку, (30 дів. та 20хл.), що страждають на доліхосігму і мають фенотипові прояви ДСТ, середній вік становив $(14 \pm 0,5)$. Кожна дитина пройшла комп'юторну спірографію. Кожний хворий записаний в індивідуальну карту, яка заповнювалась і вираховувались бали, відповідно до фенотипових ознак (ДСТ) кожної дитини.

Результати: Встановлено, що всі діти мають обструктивно- рестриктивні зміни дихальної системи, про що свідчать дані спірографії, на відміну від здорових дітей. Що дозволяє достовірно припустити про стан хронічної інтоксикації у цих хворих. Бальна оцінка фенотипових проявів дисплазії сполучної тканини складає від 35 до 54 балів (мак.94 бал. мін 1 б.)

Висновки: Таким чином ДСТ слід вважати фоновим станом у пацієнтів з доліхосігмою, а виявлення великої кількості фенотипових ознак ДСТ має спрямувати пошуки лікаря на виявлення супутньої патології не тільки товстої кишки, так як зовнішні прояви ДСТ проходять непомічені для спеціалістів не націлюючи їх на пошук внутрішньої патології органів і систем.

Д.В. Новиков
**ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З БОЛЬОВОЮ
ФОРМОЮ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ**

Кафедра загальної та військової хірургії
В. С. Вансович (д.мед.н., проф.)
Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Актуальність: Спайкова хвороба очеревин (СХО) є одним із тяжких захворювань, яке характеризується високою частотою та частими епізодами больових рецидивів, зниженням або стійкій втраті працездатності, функціональними порушеннями, значною кількістю повторних оперативних втручань та зниженням якості життя. Розвиток больового синдрому протягом післяопераційного періоду примушує фахівців шукати нові схеми комплексної фармакотерапії болю.

Мета: підвищення ефективності профілактики та фармакотерапії вираженості болю у хворих на СХО шляхом додаткового включення в лікувальний комплекс пентоксифіліну (ПТФ) та ліпоєвої кислоти (ЛК).

Матеріали та методи: Обстежено та проліковано 60 хворих зі СХО, які були розділені на 2 групи (по 30 пацієнтів в кожній). Хворим 1-ї групи застосовували традиційне лікування, метою якого було в тому числі пригнічення надмірного спайкоутворення у післяопераційному періоді. Хворим 2-ї групи до комплексного лікування додавали ПТФ та ЛК. Інтенсивність болю оцінювали в балах із застосуванням аналогової шкали оцінки болю.

Результати: Виразеність болю у хворих 1-ї групи через добу після операції дорівнювала 5.4 ± 0.6 балів, а у хворих 2-ї групи - 3.6 ± 0.4 бали, що було на 33 % менше порівняно з таким показником у хворих без сумісного введення ПТФ та ЛК ($p < 0.05$). Інтенсивність болю у хворих, яким додатково вводили ПТФ та ЛК, через 3 доби після операції була мінімальною. Виразеність болю в них була в 1.5 рази менше, ніж у хворих 1-ї групи ($p < 0.05$). Хворі 2-ї групи раніше починали рухатися, вставати, а також були виписані раніше, ніж хворі 1-ї групи, що також опосередковано свідчило про більш ефективне лікування спайкоутворення.

Висновки: Отримані дані свідчать про більшу ефективність лікування хворих зі СХО при додатковому

включенні в схему лікування ПТФ та ЛК, що підтверджується кращим перебігом післяопераційному періоду та запобіганням розвитку больового синдрому. З точки зору вивчення механізмів реалізації антиспайкової активності обох препаратів важливо те, що для ПТФ та ЛК спільними механізмами є блокування синтезу окису азоту, що є важливим в патогенетичному сенсі, оскільки висвітлює патогенетичні механізми спайко утворення. Наші дані висвітлюють також перспективний напрямок профілактики та лікування больової форми СХО.

Т.В. Овчарук

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ АНАТОМІЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ВРОДЖЕНОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

Кафедра дитячої хірургії

О.Г. Якименко (к.мед.н., доц.)

К.А. Педоренко (паталогоанатом ВОПАБ)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Реконструктивні оперативні втручання у дітей раннього віку з приводу кишкової непрохідності передбачають виконання резекцій, накладання стом та анастомозів, що супроводжується видаленням певних ділянок кишки. На об'єми резекцій впливає не тільки стан кишки, але і особливості її кровопостачання. Вивчення анатомічних особливостей судин брижі дозволяє виявити вікові особливості їх архітектоники.

Матеріали та методи. Будова мезентеріальних судин вивчалась під час сонографічних досліджень та лапаротомій у дітей віком до 1 року з кишковою непрохідністю на базі Вінницької ОДКЛ та на секціях трупів у Вінницькому ПАБ. Визначались: особливості архітектоники мезентеріальних судин, їх діаметри та довжина. Всього виконано 47 досліджень: 14 інтраопераційних, 33 секційних, сформовано дослідну та 2 групи порівняння.

Мета. Дослідження вікових анатомо-топографічних особливостей будови мезентеріальних судин в контексті хірургічної анатомії тонкої та товстої кишки.

Результати. При дослідженні архітектоники судин було виявлено три основні варіанти будови артеріальних стовбурів: тип А – загальний стовбур для середньої та правої ободовокишкової артерій (класичний), тип Б – загальний стовбур для правої ободовокишкової та клубовоободовокишкової артерій, тип В – відсутність середньої ободовокишкової артерії компенсується великою гілкою від лівої ободовокишкової артерії. В дослідній групі, інтраопераційно, в 64,28% нами було виявлено тип будови судин - Б, в 21,42% тип А та в 14,29% тип В. В групі порівняння І, при секційному дослідженні померлих дітей віком до 1 року тип Б виявлено у 47,83% випадків, тип А – 30,43%, тип В – 21,74%. В контрольній групі ІІ – секційні дослідження дорослих пацієнтів, найчастіше виявлено варіант будови мезентеріальних судин за типом А – 81,82%, тип Б та В відповідно у 9,09% випадків кожний. У всіх дослідженнях співвідношення діаметру верхньої брижової артерії до аорти склало як 1:2,5±0,38.

Висновки. Ембріологічно первинно розвиток мезентеріальних судин визначає розвиток тонкої і товстої кишки та їх внутрішньоочервинну просторову орієнтацію. Виявлені переважання будови мезентеріальних судин у дітей до року за типом Б та В над класичним - А, ймовірно є передумовою для виникнення кишкової непрохідності в цій віковій групі. З віком ріст судин продовжується і їх архітектоника набуває класичної будови, що підтверджується виявленим переважанням типу А. Вибір місця стомування чи резекції кишки у дітей необхідно виконувати з врахуванням виявлених особливостей будови мезентеріальних судин.

А.В. Ожиганов, О.О. Ушпалевич

ОЦІНКА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ З ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИМ РЕВМАТИЧНИМ СИНДРОМОМ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

С. А. Лисенко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Актуальність: Рак легені (РЛ) належить до найпоширеніших злоякісних новоутворень людини. За даними ВООЗ, кожний 20-й чоловік в світі гине від цього захворювання. З РЛ пов'язана велика кількість паранеопластичних синдромів (ПНРС), домінуючим серед яких є паранеопластичний ревматичний синдром (ПНРС), який проявляється ознаками ураження кістково-суглобового і зв'язкового апарату.

Мета: вивчення віддалених результатів лікування у хворих на РЛ в залежності від наявності ПНРС.

Матеріали та методи. Було проведено вивчення віддалених результатів лікування у 707 хворих на РЛ, які знаходились на діагностиці та лікуванні у профільних відділеннях (торакальне, хіміотерапевтичне та відділення променевої терапії) Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру протягом 2009-2012 років: 515 (72,84%) пацієнтів без проявів ПНРС та 192 (27,16%) – з ПНРС. Загальну однорічну, 2-ох, 3-ьох, 4-ьох та п'ятирічну мулятивну виживаність хворих аналізували за методом Каплана-Мейера. Для порівняння кривих виживаності хворих двох груп використовували логранговий тест із $p < 0,05$.

Результати. Вивчення віддалених результатів лікування хворих на РЛ показало, що існує достовірний

взаємозв'язок у загальній кумулятивній виживаності в залежності від наявності або відсутності ПНРС. Встановлено, що у пацієнтів, що мали прояви ПНРС вона нижча на всіх термінах спостереження. Достовірні різниці в 1-річній виживаності у хворих на РЛ без ПНРС ($48,05 \pm 2,20\%$) та у хворих з симптомами ПНРС ($38,54 \pm 2,51\%$) складала $9,51\%$ ($p < 0,01$), 2-річній $-8,16\%$ ($p < 0,01$), тобто $31,96 \pm 2,07\%$ та $23,80 \pm 3,09\%$. Відповідно і різниця в 5-річній загальній кумулятивній виживаності $-6,75\%$ ($p < 0,01$): $17,64 \pm 2,15\%$ – у хворих на РЛ без ПНРС та $10,89 \pm 4,14\%$ – у пацієнтів з наявним ПНРС.

Висновки. Отже, в результаті проведеного дослідження було визначено, що існує достовірний зв'язок між виживаністю хворих на РЛ та проявами ПНРС. Загальна кумулятивна виживаність у хворих на РЛ з ПНРС на всіх термінах спостереження достовірно нижча ($p < 0,01$), ніж у аналогічних хворих без ПНРС (різниця в одно-, 2-ох та 5-ти річній виживаності: $9,51\%$, $8,16\%$ та $6,75\%$ відповідно).

В.М. Паранчишин

ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЗУЮЧОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра загальної хірургії

Ю.С. Лисюк (к.мед.н., доц.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність. Віддалені наслідки хірургічного лікування гострого некротизуючого панкреатиту (ГНП) достатньо не вивчені внаслідок труднощів їх статистичного обліку.

Мета. Вивчити клінічні аспекти віддалених наслідків хірургічного лікування ГНП.

Матеріали та методи. Проаналізовано частоту і спектр хірургічних ускладнень у віддаленому післяопераційному періоді у 33 пацієнтів із ГНП, які були прооперовані у міському центрі лікування хворих на гострий панкреатит (ГП) за період з 2002 по 2015рр.

Результати. Всі пацієнти були оперовані з приводу гнійних ускладнень ГНП. Вік хворих на момент операційного втручання був у межах від 25 до 74 років, чоловіків було 24 (73%), жінок – 9 (27%). Тривалість спостереження за пацієнтами становила від 1 до 12 років. За етіологічним чинником ГП був етанольного генезу в 22 (66,7%) пацієнтів, біліарного – у 9 (27,3%), алиментарного – у 2 (6%). Доспектру ускладнень, які потенційно підлягають хірургічній корекції, віднесено: післяопераційні грижі, нориці травного тракту, кісти підшлункової залози, деструкцію жовчного міхура. Ускладнення ($n=29$) виникли в різні терміни після операції у 23 (69,7%) пацієнтів. У перший рік в структурі ускладнень переважали нориці травного тракту, які утворилися у 8 (24,2%) пацієнтів: зовнішні нориці підшлункової залози (5), шлункова (1) та товстокишкова (1) нориці; в одного пацієнта виникла внутрішня панкреато-дуоденальна нориця. Після консервативного лікування закрилися 6 нориць. Операційного втручання потребували 2 пацієнта: в одному випадку виконано висічення зовнішньої панкреатичної нориці із повздожньою панкреатоєюностомією, в другому – виключено сегмент поперечної кишки із пасажу шляхом накладення асцендостомії. В одного пацієнта розвинулася гангрена жовчного міхура із подальшою самоампутацією органу через основну рану. У віддалені терміни після операції у 17 (51,5%) пацієнтів сформувалися грижі в проекції операційних доступів: дво-/однопідреберного (9), серединного (7), на місці люмботомії (1). Хірургічні втручання з приводу післяопераційних гриж виконано 8 (47,1%) пацієнтам: планова алогерніопластика (6) і пластика місцевими тканинами люмбальної грижі (1) та ургентна герніотомія (1) з приводу защемлення грижі. Постнекротичні кісти підшлункової залози сформувалися у 4 (12,1%) пацієнтів: псевдокісти тіла (2), голівки і тіла (1) та хвоста залози (1), які не мали клінічної маніфестації. У 9 хворих із біліарним генезом панкреатиту 5 пацієнтам у віддаленому періоді виконано планову відкриту холецистектомію. Окрім того, в однієї пацієнтки після повторного приступу панкреатиту виявлено холедохоцеле і виконано папілосфінктеротомію.

Висновки.

1. У різні терміни після хірургічного лікування гострого некротизуючого панкреатиту в 69,7% пацієнтів виникли віддалені ускладнення: нориці, гангрена жовчного міхура, післяопераційні грижі, постнекротичні кісти.

2. Нориці підшлункової залози в перший рік після операції піддаються консервативному лікуванню, післяопераційні грижі – потребують алогерніопластики.

А.А. Пелик

ІСТОРІЯ СТВОРЕННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ПРОТЕЗІВ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ У РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ХІРУРГІЇ АОРТО-СТЕГНОВОЇ ДІЛЯНКИ

Кафедра оперативної хірургії з топографічною анатомією

М.Г. Орел (ас.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність. Перебуваючи під постійним впливом систолічного поштовху крові, стінки аорти повинні витримувати навантаження та напруження, що прямо залежить від тиску у судині та її діаметра. Серед уражень

аорти спостерігають інфекції, травми, некроз м'язового шару та атеросклероз, які призводять до утворення аневризми, розшарування, стенотичного ураження та аортиту. Внаслідок цього постало актуальне питання використання різних матеріалів для відновлення кровоплину по аорті.

Мета. Детальніше ознайомитись із історією створення штучних протезів та матеріалами, які використовувалися для їх виготовлення, щоб порівняти та оцінити їх переваги і недоліки.

Матеріали та методи. Матеріалами слугували друковані та електронні інформаційні джерела. Здійснено огляд біографічних публікацій та аналіз наукових праць за допомогою науково-дослідницького та порівняльно-описового методів.

Результати. Перші спроби протезування судин розпочалися у 1882 р, коли для з'єднання кінців артерії Th. Glück вперше застосував металеві та кістяні трубочки. Спочатку хірурги звернулися до використання ауто-і гомотканин, тобто до пересадки судин. Е. Лексер (1907) в клініці вперше в світі пересадив сегмент великої підшкірної вени у дефект стегнової артерії. Однак діаметр аорти значно відрізнявся від діаметру аутовени, яка використовувалася для реконструкцій, а моделювання біфуркації технічно ускладнювало та подовжувало час операцій. А. Carrel (1910) запропонував у якості замінників судин синтетичні протези. Впродовж 70-ти років усі спроби замінити артерії штучними судинами найрізноманітніших конструкцій і з різних матеріалів (трубки зі слонової кістки, пір'я птахів, скло, алюміній, срібло, метилметакрилат, поліетилен) практично залишалися на етапі експериментальних досліджень, оскільки виявлялися безуспішними. Початком нового етапу в реконструктивній хірургії судин, є повідомлення американських дослідників у 1952 році про успішне застосування пористих трубок з інертного синтетичного матеріалу: нейлону, капрону, дакрону, лавсану, тефлону. Експерименти і клінічна практика показали, що штучні судинні протези з поліамідних волокон (нейлон, капрон) і полівінілалкоголю були малоприсадибними для відновних операцій. Одними з кращих виявилися гофровані протези виготовлені з дакрону та з політетрафторетилену. На території колишнього Радянського Союзу судинний трансплантат з лавсану першим з успіхом використав Е.Н. Мешалкін (1958).

Висновки. В процесі тривалих досліджень хірурги дійшли думки, що кращими судинними трансплантатами для виконання відновних операцій слід вважати аутовену (для дрібних і середніх артерій) і гофровані в'язані судинні протези з поліефірних (дакрон, терилен) і політетрафторетиленових (тефлон) волокон (для великих артерій і аорти), які після багаторічного перебування в організмі реципієнта майже не втрачали основних фізичних і хімічних властивостей.

А.В. Петраш, С.О. Куца

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ВІДЕО-АСИСТОВАНОЇ ТОРАКОСКОПІЇ

С.С. Сніжко (к.мед.н., доц.)

Кафедра хірургії №2 та кардіохірургії.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

м. Івано-Франківськ, Україна

Мета: Визначити ефективність відео-асистованої торакоскопії в хірургічному лікуванні хворих із спонтанним пневмотораксом, покращити результати лікування, знизити летальність та уникнути можливих віддалених наслідків захворювання.

Матеріали і методи: Проаналізовано результати лікування 146 хворих із спонтанним пневмотораксом в період з 2009 по 2015 роки, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні торакальної хірургії обласної клінічної лікарні. Серед хворих було 98 чоловіків та 48 жінок, вік хворих становив від 17 до 89 років, в середньому 39,4 роки.

Результати дослідження: Всім хворим проводилася відео-асистована торакоскопія як з діагностичною так і лікувальною метою. Причинами спонтанного пневмотораксу були: бульозна хвороба – 102 (69,8%) хворих, туберкульозне ураження легень – 16 (11,2%), невиясненого генезу (без встановлення пошкоджень вісцеральної плеври) 28 (19%) хворих.

Основним оперативним втручанням при бульозній хворобі було застосування відео-асистованої коагуляції бул у 56 (55%) хворих, відео-асистоване прошивання бул – 17 (17%), аксілярна мікроторакотомія з апаратною атипичною резекцією бульозно зміненої легеневої тканини – 19 (19%), конверсія у торакотомію при значній протяжності бульозного ураження та при злуковій хворобі плевральної порожнини застосовано у 9 (9%) хворих. За результатами лікування повне виздоровлення - у 137 (94%) хворих, яким проводили малоінвазивне лікування, летальності не було. У 9 (6%) хворих спостерігали в післяопераційному періоді бронхо-плевральну норицю, яка закрилася у 7 (77,7)% випадків в перші 3-х доби, у решті 2 (23,3%) хворих проведено торакотомія із апаратною резекцією патологічної легеневої тканини. В результаті розробленої тактики хірургічного лікування у віддаленому періоді рецидив пневмотораксу спостерігали у 3 (2%) хворих, повне виздоровлення – 143 (98%) пацієнтів.

Висновок: Застосування відео-асистованої торакоскопії в хірургічному лікуванні хворих із спонтанним пневмотораксом дозволяє покращити результати лікування, знизити летальність та покращити віддалені наслідки захворювання.

Т.Б. Петрук

ВИКОРИСТАННЯ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПОЛОГАХ

Кафедра хірургії №1 з курсом анестезіології та реанімації

М.Л. Гомон (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Найпопулярнішим методом знеболювання пологів є епідуральна анестезія (ЕПА). Вона застосовується в пологах з метою кращої адаптації родових шляхів до плоду, зниження або усунення болю. Метод ЕПА - єдиний метод, який схвалений Ватиканом. У деяких країнах пологи під ЕПА доходять до 70% (Франція, США), в інших країнах категорично не використовується ЕПА (Голанадія, Швеція). В Україні цей метод використовується в 6% ведення пологів.

Мета. Метою даної роботи є популяризація використання ЕПА при пологах.

Метеріали і методи: ЕПА включає в себе пункцію епідурального простору, постановку катетера і постійне або болосне введення розчину анестетика. Робиться пункція епідурального простору в поперековому відділі хребта голкою Туохі, через її встановлюється катетер, голка видаляється. При ЕПА в епідуральний простір вводять місцевий анестетик низької концентрації (0,25-0,125% бупівакаїн, 0,2% ропівакаїн) з адьювантами або без них для забезпечення селективного блоку больової імпульсації при збереженні моторної функції м'язів. При цьому больовий поріг переймів знижується настільки, щоб не подавити родову діяльність. Роділя відчуває перейми, може вільно ходити і приймати різні положення під час переймів і пологів. ЕПА можна використовувати при дискоординаній пологової діяльності. При завищенні концентрації або дози місцевого анестетика введеного в епідуральний простір відбувається повна або часткова блокада родової діяльності.

Результати. Позитивні сторони ЕПА: при пологах полегшуються больові відчуття жінки, а також зменшується шкідливий надлишковий вплив болю на родову діяльність, психіку жінки. Народжує жінка самостійно і фізіологічно, якщо пологи проходять природним шляхом. Жінка перебуває у свідомості і може контролювати, що відбувається, при цьому, не відчуваючи болю.

Для жінок, що страждають астмою або алергією така анестезія є альтернативою загальній анестезії. В післяпологовому періоді ЕПА дає можливість безболісно накласти шви, у разі розривів протягом пологів. Дія анестезуючого препарату короткотривала і може бути поновлена та поглиблена в залежності від клінічної ситуації.

Негативними сторонами ЕПА може бути депресивний вплив на родову діяльність аж до її зупинки. ЕПА протипоказана при ризику кровотечі, ризику інфікування епідурального простору, недостатніх знаннях та вміннях анестезіолога та акушер-гінеколога.

Висновки: Таким чином ЕПА полегшує процес пологів, сприяє зниженню кількості та важкості перипологових ускладнень як зі сторони породілі, так і народженої дитини, зберігає та посилює відчуття материнства. Підсумувавши, можна зробити висновок що на шляху руху до цивілізованого суспільства необхідно широко впроваджувати ЕПА для забезпечення цивілізованих пологів.

А.А. Полстяной

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Н.Г. Романюк (к.мед.д., доц.)

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, медицинский факультет, кафедра анатомии человека

Харьковский областной клинический онкологический центр
г. Харьков, Украина

Актуальность: Актуальность проблемы колоректального рака (КРР) в настоящее время не подлежит сомнению, принимая во внимание многообразие факторов развития заболевания (наследственных, генетических, национальной принадлежности, конституциональных, связанных с особенностями питания, социально-экономических и др.), а также недостаточную эффективность ранней диагностики, что зачастую приводит к развитию серьезных осложнений и высоким показателям смертности среди больных с данной онкопатологией. КРР является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей, частота которой ежегодно увеличивается. По результатам эпидемиологических исследований в США и Европе заболеваемость КРР за последние 10 лет возросла на 20,7%, тем самым заняв в структуре онкологической заболеваемости третье - четвертое место. В группу лиц повышенного риска развития КРР относятся пациенты с неспецифическим язвенным колитом (НЯК), заболеваемость которым за последнее десятилетие увеличилась почти в 3 раза и достигла 226 на 100 000 населения. При этом, согласно литературным данным, развитие злокачественных опухолей у лиц с диагностированным НЯК отмечается в 20-30 раз чаще, чем в общей популяции.

Цель: Изучить взаимосвязь и риск развития КРР у больных с НЯК.

Матеріали і методи: Для досліджень була определена виборка в 82 пацієнта с НЯК в візасте от 27 до 78 лет, проходивших за последние 10 лет лечение в Харьковском областном клиническом онкологическом центре. У 50 из них гистологически был диагностирован КРР различной локализации. Для оценки взаимосвязи развития КРР при НЯК было проведено статистическое исследование полученной выборки.

Результаты: В первые 10 лет при наличии колита развитие КРР было выявлено в 7 % случаев, при 20-летнем течении – в 14 % случаев, а при 30-летнем и более – в 38% случаев. Для развития рака ободочной кишки на фоне НЯК большое значение имеет также его распространенность. При тотальных формах колита КРР было выявлено у 21 % больных с длительностью заболевания НЯК более 10 лет, и у 46 % пациентов с заболеванием более 25 лет. При этом опухоли чаще локализуются в восходящей и поперечной ободочной кишке; и, в отличие от первичного КРР, реже располагаются в ректосигмоидной зоне.

Выводы: Таким образом, НЯК является одним из факторов повышенного риска развития КРР. На основании анализа литературных данных и полученные результаты можно сделать вывод, что риск развития КРР при фоновом заболевании НЯК находится в прямой зависимости от продолжительности воспалительного процесса в стенке кишки и экспоненциально возрастает после 10 лет заболевания. Вероятность развития КРР также увеличивается с распространённостью воспалительного процесса в кишке и возрастом пациента. Сочетанное влияние длительности болезни и протяженности поражения стенки толстого кишечника при язвенном колите повышает вероятность развития КРР в несколько раз.

В.Г. Савич, В.В. Покотицька, К.І.Тищенко

ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Кафедра хірургії №2

В. В. Балабуєва (к. мед. н., асистент)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогодні спостерігається збільшення кількості хворих на гострі захворювання органів черевної порожнини, зокрема друге місце за частотою виникнення серед цих патологій займає гострий панкреатит. Гострий панкреатит - захворювання підшлункової залози, в основі якого лежать дегенеративно-запальні процеси, викликані аутолізом її тканин власними ферментами з подальшим виникненням системної запальної відповіді. Він є поліетіологічним захворюванням і може виникати на фоні інших захворювань. Клінічно виділяють дві форми гострого панкреатиту: набрякову та некротичну. Дане захворювання має специфічну симптоматику та різні варіанти перебігу.

Метою нашої роботи було дослідити захворюваність на гострий панкреатит серед пацієнтів хірургічного відділення МКЛ ШМД у м. Вінниці.

Матеріали та методи. Матеріалом роботи є результати проспективного обстеження 36 пацієнтів на ГП, які знаходились на стаціонарному лікуванні в відділенні хірургії та ендоскопії ВМКЛ ШМД протягом листопада-грудня 2015 року. Критерієм включення було наявність неускладненого гострого панкреатиту, відсутність в анамнезі травми підшлункової залози та патології позапечіночних жовчних шляхів. Верифікацію клініко-морфологічна форми ГП проводили згідно рекомендацій Симпозіуму по гострому панкреатиту (Атланта, 1992 р.), Погоджувальної конференції по гострому панкреатиту (Греція, 1998 р.). При обстеженні хворих враховували скарги, дані анамнезу, клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження.

Результати: Серед 36 пацієнтів, які лікувалися від гострого панкреатиту протягом листопада-грудня 2015 року, від набрякової форми страждало 94%, деструктивна форма захворювання зафіксована у 6%, гендерних особливостей даної патології помічено не було (співвідношення 1:1). Серед усіх пацієнтів 42% склали такі, що страждали на захворювання серцево-судинної системи, 36% на захворювання шлунково-кишкового тракту, поєднання цих патологій разом з гострим панкреатитом зустрічалося у 19.4% пацієнтів.

Висновок: При статистичному оцінюванні вибірки пацієнтів на гострий панкреатит спостерігаємо прямий кореляційний зв'язок між захворюваннями серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту та розвитком гострого панкреатиту, що вказує на наявність поліморбідності у цих пацієнтів.

О.Б. Саноцька, О.С. Сас, Н.Ю.Кушпіль

ПРОСТА ДИЛАТАЦІЯ УРЕТРИ, ЕНДОСКОПІЧНА УРЕТРОТОМІЯ І УРЕТРОПЛАСТИКА ПРИ СПАЙКОВІЙ ХВОРОБІ УРЕТРИ У ДОРΟΣЛИХ ЧОЛОВІКІВ.

Кафедра урології ФПДО

О.Р. Білоруський (ас.)

Львівський національний медичний університет ім.Данила Галицького

м.Львів, Україна

Актуальність: Стриктури уретри одна з найбільш поширених причин обструкції сечовипускання у молодих чоловіків і незважаючи на новітні можливості, відмічаються часті рецидиви після проведеного лікування. Стандартне лікування включає внутрішнє розширення звуженої області шляхом балонної делятації або за допомогою оптичної уретротомії, але ці заходи пов'язані з високою частотою рецидивів, що вимагає повторного втручання.

Мета: Визначити, кращого хірургічного лікування стриктур уретри у чоловіків з урахуванням відносної ефективності, небажаних явищ і економічної ефективності.

Матеріали та методи: Ми провели пошук клінічних випробувань, реєстрів та списків літератури відповідних статей в таких базах даних, як: Cochrane Incontinence Group Specialised Register (searched 21 June 2012), CENTRAL (2012, Issue 6), MEDLINE (January 1946 to week 2 June 2012), EMBASE (January 1980 to week 25 2012), OpenSIGLE (searched 26 June 2012).

Результати: Були виявлені два рандомізованих досліджень. В одному з досліджень порівнювали результати хірургічної дилатації уретри і оптичну уретротомію в 210 дорослих чоловіків з хворобою стриктури уретри. Не було знайдено ніяких істотних відмінностей в співвідношенні чоловіків, які є стриктури безкоштовно на три роки або в Медіана часу до рецидиву. Друге випробування порівнювало результати уретротомії і уретропластики в 50 чоловіків з травматичним звуженням уретри задньої частини, що супроводжувалося переломом тазової кістки. Протягом перших шести місяців, чоловіки частіше вимагали подальшого хірургічного втручання в групі з уретротомією ніж в основній групі з уретропластикою (RR 3.39, 95% CI 1.62 to 7.07). Після двох років, 16 з 25 (64%) чоловіків яким первинно була застосована уретротомія, необхідне подальше дилатації або подальшої операції для стриктур рецидиву в порівнянні з 6 на 25 (24%) чоловіків, які отримали первинно уретропластику. Було недостатньо даних, щоб виконати мета-аналіз або достовірно визначити величину ефекту.

Висновки: Було недостатньо даних для визначення які втручання є найкращим для хвороби стриктури уретри з точки зору балансування ефективності, несприятливих наслідків і витрат. Щоб дати відповіді на питання які стосуються лікування хворобий стриктури уретри необхідно провести добре спроектовані, адекватної потужності мультицентрові дослідження.

О.С. Сас, О.Б. Саноцька

ЕФЕКТИ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ І КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЮЛОЗИ В ПРОФІЛАКТИЦІ РЕЦИДИВІВ УРЕТРИ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ УРЕТРОТОМІЇ

Кафедра урології ФПДО

О.Р. Білоруський (ас.)

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

Актуальність: Стриктури уретри є найбільш поширеною причиною обструкції сечовипускання у молодих чоловіків і незважаючи на новітні можливості, відмічаються часті рецидиви після проведеного лікування. Стандартне лікування включає внутрішнє розширення звуженої області шляхом балонної дилатації або за допомогою оптичної уретротомії, але ці заходи пов'язані з високою частотою рецидивів, що вимагає повторного втручання. Найтриваліші і найкращі результати відзначаються при уретропластиці з резекцією стриктури і анастомозом уретри "кінець в кінець", але в 30-40% всеодно виникають рецидиви. Вибір методу лікування залежить від етіологічного чинника стриктури і її зовнішніх характеристик.

Мета: Оцінити вплив гіалуронової кислоти (ГК) і карбоксиметилцелюлози (КМЦ) на рецидиви стриктури уретри після лікування ендоскопічною внутрішньою уретротомією (ЕВУ).

Матеріали та методи: В загальному ЕВУ було застосовано 120 пацієнтам. Набірані пацієнти були випадковим чином розділені на дві групи: А і В. Пацієнти в групі А (60 хворих, експериментальна група) отримували аплікації ГА / КМЦ, пацієнти групи В (60 хворих, контрольна група) отримала мастильні аплікації після внутрішньої уретротомії. Кожен пацієнт був оцінений на 4 тижні (V1), 12 тижні (v2), і 24 тижні (V3) після операції. Ефективність аплікацій ГА / КМЦ оцінювали на підставі Міжнародної шкали симптомів простати / якості життя, пікової швидкості потоку сечі, обсягу сечовипускання і postvoiding залишкового об'єму сечі. Візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) оцінка болю і ступінь задоволеності були також визначені для кожного учасника.

Результати: Серед 120 початкових учасників, 53 пацієнта в групі А і 48 хворих в групі В завершили експеримент. Бали болю за ВАШ склали $0,67 \pm 0,76$ і $3,60 \pm 1,52$ ($p < 0,001$), і ступеня задоволеності були $0,28 \pm 0,50$ і $0,80 \pm 0,81$ в групі А і групи В на 1 місяць після операції ($p = 0,001$). Рецидив стриктури уретри спостерігався в п'яти випадках (9,4%) в групі А і 11 (22,9%) в групі В ($p = 0,029$).

Висновки: ГА / КМЦ аплікації протягом ЕВУ може знизити рецидиви стриктури уретри. Крім того, використання ГА / КМЦ було ефективне в зниженні болю в найближчому післяопераційному періоді без жодного несприятливого ефекту.

К.А. Сербінова

ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ ВИЗНАЧЕННЯ МУТАЦІЇ ГЕНІВ BRCA 1/2 В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології

Т.В. Ткачук (ас.)

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

Актуальність: Рак молочної залози (РМЗ) — одна з найбільш актуальних медико - соціальних проблем. За даними ВООЗ щорічно у світі реєструється понад 1,4 млн пацієнток. З року в рік частота діагностованих випадків РМЗ неухильно зростає в усіх країнах світу і складає від загальної онкологічної захворюваності в Європі — 25 %, США — 30 %. В Україні щорічно виявляється близько 16–17 тис. хворих на РМЗ, а показники захворюваності складають приблизно 66 випадків на 100 тис. населення. Дослідження функції генів BRCA1 (breastcancer 1) та BRCA2 (breastcancer 2) дозволило виявити асоціації гермінальних мутацій цих генів зі спадковими формами РМЗ. Частота спадкового РМЗ становить 5–20 %, і мутації генів BRCA1/2 відіграють значну роль у формуванні цієї патології.

Мета дослідження: Довести важливість дослідження мутації генів BRCA 1/2 у пацієнток з спадковою формою РМЗ, так як це дозволяє виявляти ризик розвитку раку серед здорових жінок, які з 90% імовірністю можуть захворіти раком. Це дослідження дозволить діагностувати пухлину на ранніх стадіях її розвитку, коли сама пацієнтка в силу безсимптомного перебігу захворювання не знає про його початок.

Матеріали та методи: Огляд медичної літератури, статей, публікацій, наукових досліджень.

Результати: В роботі було доведено важливість дослідження генів BRCA 1/2, так як це дозволяє виявляти ризик розвитку раку серед здорових людей, які з 90% імовірністю можуть захворіти раком. Дане дослідження дає змогу діагностувати пухлину на ранніх стадіях її розвитку та можливість проведення органозберігаючих операцій і відповідно якнайшвидше розпочати спеціальну терапію, що в майбутньому збільшить загальну та безрецидивну виживаемість пацієнтів, та покращить якість і збільшить тривалість життя.

Висновки: Проведене дослідження мутацій гена BRCA1/2 показують перспективність подальших досліджень в галузі онкогенетики та молекулярної біології для розвитку сучасних високоефективних технологій із зміною пріоритетів на профілактичну направленість і відбір жінок у групу генетичного ризику з метою виявлення раку молочної залози на доклінічній стадії.

Д.В. Сімчук

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ В ЯКОСТІ ПЕРЕВ'ЯЗОЧНИХ В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Кафедра загальної хірургії
С.Б. Майструк (к.мед.н., ас.)

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

Актуальність. Протягом 2015 року у Вінницькій області виявлено 4461 хворих на ЦД, в Україні зареєстровано 50651 хворих і за прогнозами статистів ця цифра в 2026 році сягне 100 тисяч. Хвороба небезпечна ускладненнями, особливої уваги заслуговують діабетичні полінейропатії та ангіопатії нижніх кінцівок і виникаючі на їх тлі трофічні виразки. Дефекти шкіри погано піддаються лікуванню і мають знижену здатність до епітелізації, порівняно з такими у здорових людей. Слідуючи стандартам лікування трофічних виразок, бажане використання засобів на гіпертонічній основі. В дослідженні протестовано препарат гіалуронової кислоти «Дефенсаль» в якості перев'язочного, а також традиційні препарати «Інфларакс» (мазева основа) і «Діоксизоль» (на основі поліетиленгліколю). Облік результатів дослідження проводився після порівняння даних мікроскопії ранових відбитків, взятих до та після використання препаратів.

Мета – визначення найоптимальнішого способу лікування трофічних виразок у хворих на ЦД, а саме порівняння між собою результатів використання вищевказаних лікарських засобів.

Матеріали і методи. В ході дослідження проведена мікроскопія відбитків з ран, що лікувалися за допомоги уже відомих препаратів. Мазки були фіксовані метиленовим спиртом і пофарбовані за Романовським-Гімза. При мікроскопії досліджені показники: забрудненість мікрофлорою, наявність та вираженість незавершеного фагоцитозу, кількість лейкоцитів в рані та зміни їх структури.

Результати. Після випробування виявлено – застосування мазевих пов'язок з «Інфлараксом» – в полі зору виявлені лейкоцити (10-15...25-30) з токсичною зернистістю, бацилярна флора – «++». При застосуванні «Діоксизолу» з поліетиленгліколем - наявність лейкоцитів і макрофагів на все поле зору, також були виявлені одиночні бацилярні мікроорганізми. При застосуванні «Дефенсалу» з гіалуроновою кислотою виявлені одиничні бацилярні мікроорганізми, оточені невеликою кількістю лейкоцитів, осередки незавершеного фагоцитозу. Дані дослідження підтверджують доцільність використання препаратів з гіалуроновою кислотою в лікуванні трофічних ран, так як вона чинить стимулюючу дію на регенераторні процеси, є природним матриксом сполучної тканини, здатна утримувати вологу в рані, запобігаючи її пересиханню та сприяючи міграції в нього природних захисних факторів і факторів росту. Результати досліді з рановими відбитками підтверджуються клінічно: у хворих, лікованих «Дефенсалем» відмічалася найшвидша епітелізація рани, відсутність гнійно-запальних ускладнень.

Висновки. Використання препаратів гіалуронової кислоти в лікуванні ран є безумовно перспективним, так як вона стимулює міграцію і проліферацію клітин в рані, місцевий імунітет та активність фагоцитів, профілактує бактеріальні ускладнення, що є головною ціллю при лікуванні діабетичних виразок у хворих з ослабленою трофікою тканин, а саме з ЦД. В перспективі дослідження є використання суміші препарату гіалуронової кислоти з антибіотиком в лікуванні ран, ускладнених бактеріальною інвазією.

Б.А. Сірко
**КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛІПИХ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ
ЧЕРЕПА ТА ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

Кафедра нервових хвороб та нейрохірургії ФПО
Л.А.Дзяк (д.мед.н., проф.)
Дніпропетровська медична академія
м. Дніпропетровськ, Україна

Актуальність: Вогнепальні поранення черепа та головного мозку (ВПЧГМ) - важлива медико-соціальна проблема, враховуючи зростання кількості поранених, тяжкість самих поранень та їх наслідків. Застосування сучасної вогнепальної зброї та мінно-вибухових пристроїв в локальних збройних конфліктах призводить до виникнення нових видів ушкодження головного мозку (ГМ). Уточнення особливостей вогнепального поранення ГМ в сучасних умовах дозволить оптимізувати лікувальну тактику.

Мета: Вивчити комп'ютерно-томографічні особливості сліпих уламкових ВПЧГМ.

Матеріали та методи: Проведено аналіз комп'ютерних томограм головного мозку (КТГМ) у 27 поранених з сліпими уламковими пораненнями. Постраждали знаходились на обстеженні та лікуванні в КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова» у 2014 - 2015 роках. Поранення були спричинені металевими уламками мінно-вибухових пристроїв в локальному збройному конфлікті на сході України. КТГМ всім хворим проводилась при госпіталізації до стаціонару на 16-зрізовому спіральному комп'ютерному томографі (СКТ) Astelion (фірми Toshiba). Крок між зрізами становив 1 мм. До дослідження не були включені постраждалі з кульовими пораненнями, чи поранені, у яких раничий снаряд був відсутній в проекції черепа та мозку (дотичні, рикошетні та наскрізні поранення).

Результати: Вхідний отвір (ВО) раничого снаряду (РС) у 17 (63%) постраждалих знаходився в лівій половині голови, а у 10 (37%) – в правій половині. ВО у 9 (33,3%) поранених був розташований у скроневій ділянці голови. Ще в 9 (33,3%) поранених ВО знаходився в лобній ділянці, з них у 6 - в проекції лобного синусу. У 6 поранених ВО був розташований у тім'яній ділянці. По одному спостереженню представлені поранення в потиличну ділянку голови, ділянку орбіти та в ділянку задньої черепної ямки.

Найчастіше зустрічались прості сліпі поранення мозку, які були зафіксовані у 18 (66,7%) поранених. Сегментарний вид поранення відзначений у 4 (14,8%) поранених, радіальний – у 3 (11,1%), а діаметральний – у 2 (7,4%) постраждалих. У 4 (14,8%) постраждалих виявлені поранення множинними металевими РС.

Глибина поширення РС, виміряна від зовнішньої кісткової пластинки, у 23 хворих коливалися від 18 до 199 мм, у середньому $70,6 \pm 33,7$ мм. У 4 поранених РС залишився в проекції вхідного отвору на рівні зовнішньої чи внутрішньої кісткової пластинки. Глибина поширення кісткових уламків (так звані вторинні РС) коливались від 12 до 84 мм, у середньому $46,1 \pm 19,7$ мм. Дефект внутрішньої кісткової пластинки в проекції вхідного отвору був у середньому на $88,3 \pm 50,7\%$ більшим за дефект зовнішньої кісткової пластинки. Розміри самого РС коливались від 4 до 22 мм, у середньому $8,4 \pm 3,7$ мм (беручи до уваги найбільший з трьох лінійних вимірів РС). Раньовий канал у більшості випадків (у 20 (74%) поранених) мав конусоподібну форму. На вершині конусу був розташований РС, а основа конуса була утворена внутрішньою кістковою пластинкою в проекції ВО. Самі кісткові фрагменти були розташовані у вигляді двох компактних груп. Безпосередньо під кісткою розташовувались поодинокі крупні кісткові уламки, а далі – множинні дрібні уламки.

Висновки: Первинна хірургічна обробка (ПХО) вогнепальної рани полягає в повному видаленні всіх сторонніх тіл з мозку, як первинних, так і вторинних РС. Знання комп'ютерно-томографічних особливостей ВПЧГМ дозволять нейрохірургам проводити ПХО вогнепальної рани більш радикально.

А.С. Суглобов
ГОЛОСОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛАРИНГЕКТОМОВАНИХ ХВОРИХ

Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії

І.П. Феджага (ас.)

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

Актуальність: III і IV стадії раку гортані та гортаноглотки потребують хірургічного лікування, а саме ларингектомії, наслідком чого є повна втрата голосу. За останні 5 років на базі відділення пухлин голови та ший Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру було виконано 252 ларингектомії у хворих з III і IV стадіями раку гортані, а також з II-IV стадіями раку гортанного відділу глотки, в середньому 50 операцій за рік. Тому на сьогоднішній день залишається актуальною проблема пошуку ефективних методів голосової реабілітації пацієнтів, що перенесли ларингектомію.

Мета: Методами голосової реабілітації ларингектомованих хворих є використання «стравохідного голосу», електронної гортані, а також голосових протезів, кожен з яких має як свої переваги, так і недоліки. Метою нашої роботи було дослідження ефективності застосування голосових протезів у післяопераційному періоді хворих після ларингектомії.

Матеріали і методи: На базі відділення пухлин голови та ший Вінницького обласного клінічного онкологічного

диспансеру вже було виконано встановлення голосових протезів ProvoxVega за допомогою малоінвазивної методики Puncture set двом ларингектомованим хворим.

Результати: Відновлення голосу спостерігалось вже у ранньому післяопераційному періоді. Голос звучав більш фізіологічно у порівнянні з використанням «стравохідного голосу», хворі могли вимовляти довгі фрази без пауз, а самі протези мають естетичніший вигляд, ніж наявність трахеостоми. Також відмічалось покращення настрою цих пацієнтів. Ранні і пізні післяопераційні ускладнення не спостерігались.

Висновки: Наразі метод голосового протезування є золотим стандартом голосової реабілітації хворих після ларингектомії. Він позбувся недоліків інших методів, таких як важкість у навчанні, має високі ефективність і швидкість реабілітації, невисоку ймовірність виникнення ускладнень, відносні легкість і надійність самого метода голосового протезування, а також скорочення часу для згоди пацієнта на проведення ларингектомії, що збільшує їх шанси на виживання.

М.О. Таранушенко, В.О. Баглай

ЛАТЕНТНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ У ДІТЕЙ - СИМПТОМИ ХВОРОБИ, ПРИЧИНИ ЗАХВОРЮВАННЯ, ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ

Кафедра ЛОР-хвороб

П.А. Рауцкіс (асистент, к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В останнє десятиліття явний перебіг гострого отиту зустрічається все рідше, а не менше 30% всіх гострих запальних захворювань середнього вуха у дітей протікає у вигляді латентного гострого середнього отиту. Латентний перебіг запалення середнього вуха нерідко недооцінюється.

Мета: Дослідити причини розвитку латентного середнього отиту (ЛСО) у дітей. Описати клінічну картину перебігу ЛСО у дітей грудного віку. Розробити тактику профілактики і лікування ЛСО.

Матеріали та методи: Статистичні дані, архівівний матеріал ВОДКЛ, збір анамнезу та спостереження за хворими дітьми.

Результати: Найчастіше ЛСО виникає у дітей грудного віку з порушенням розвитку, імунною недостатністю, ослабленою імунореактивністю, на фоні перенесених загальних захворювань (вірусна інфекція, сепсис, захворювання бронхолегеневої системи і шлунково-кишкового тракту). Особливу роль у розвитку ЛСО у дітей грудного віку відіграє нераціонально проведена антибіотикотерапія: використання невиправдано малих доз чи передчасне завершення курсу антибіотикотерапії.

Виявлена невідповідність клінічних симптомів захворювання що протікають в середньому вусі з патологоанатомічними порушеннями. Отоскопічна картина маловиразна та мінлива: наявне невелике помутніння барабанної перетинки, її потовщення і згладження контурів, через деякий час може з'являтися гіперемія і інфільтрація барабанної перетинки, легке випинання її в задньоверхніх квадрантах, однак через декілька днів ці явища зникають. В клінічній картині може спостерігатися субфебрильна температура, блідість і сухість шкірних покривів, астено-вегетативний синдром

Висновки: Отже, діагноз латентного середнього отиту встановлюється за сукупністю загальних і місцевих симптомів, причому часто остаточне рішення приходить тільки при динамічному спостереженні за хворою дитиною на тлі проведеної терапії та діагностичного парацентезу. Лікування латентного середнього отиту комплексне і перш за все необхідно призначити лікування загального захворювання (застосування противірусних препаратів, лікування захворювань бронхо-легеневої системи і ШКТ, профілактика та лікування рахіту й гіпотрофії, гіпосенсибілізуючу та загальнозміцнювальну терапію). Призначають антибіотик широкого спектру дії. Поряд з антибактеріальною терапією, здійснюється корекція водно-сольового обміну, проводиться дезінтоксикаційна і десенсибілізуюча терапія, вводяться препарати, що стимулюють реактивність організму дитини. Велике значення мають місцеві заходи впливу, пов'язані в основному з полегшенням відтоку гною з барабанної порожнини.

О.В. Ткачук

ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ТА УСКЛАДНЕННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ДИВЕРТИКУЛАМИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Кафедра хірургії №1 з курсом ендоскопічної та лазерної хірургії

В.С. Собко (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: дванадцятипала кишка – найбільш поширене місце локалізації дивертикулів після ободової кишки. Із розвитком ендоскопічних та рентгенологічних методів діагностики частота дуоденальних дивертикулів збільшилась і становить за даними різних авторів від 0,016 до 6% хворих, яким виконувалось рентген-контрастне дослідження шлунку та тонкої кишки, від 9 до 25% серед хворих, яким виконана ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія. В теперішній час актуальним залишається питання поєднання ДДК і холедохолітазу. Сучасні ендоскопічні методи корекції холедохолітазу та його ускладнень

дозволили покращити результати лікування, в порівнянні з відкритими методами, але проблема механічної жовтяниці в умовах дивертикулів дванадцятипалої кишки залишається відкритою.

Мета: покращення результатів лікування холедохолітіазу у пацієнтів з дивертикулами дванадцятипалої кишки з використанням мініінвазивних хірургічних технологій, традиційних видів оперативних втручань.

Матеріали та методи: матеріалами стали результати лікування 145 хворих із механічною жовтяницею доброякісного генезу та дивертикулами дванадцятипалої кишки. Усі хворі розділені на 2 групи: в дослідну групу включено 60 (41,4%) хворих, яким проводилися транспапілярні втручання; 85 (58,6%) хворим виконувалися відкриті традиційні оперативні втручання (контрольна група). Хворі обох груп мали вік від 40 до 75 років, серед пацієнтів було 40 (38%) чоловіків та 105 (62%) жінок. Хворих дослідної групи розділено на 2 підгрупи: 37 пацієнтів з перипапілярними дивертикулами та 23 пацієнта з парапапілярними.

Для підтвердження діагнозу використовувалися клініко-лабораторні методи дослідження, УЗД ОЧП, комп'ютерна томографія, інтраопераційна холангіографія.

Результати та обговорення: серед пацієнтів контрольної групи ускладнення зареєстровано у 29 випадках (35%): у 12 пацієнтів (14,7%) гострий панкреатит, у 15 (17,4%) – холангіт, кровотеча - у 2 (2,9%). Тривалість ліжко-днів в контрольній групі – 14 ± 2 днів. Аналізуючи дані дослідної групи, було виявлено такі ускладнення: гострий панкреатит, кровотеча із папілотомного розрізу. Гострий панкреатит спостерігався у 2 (5,4%) пацієнтів із наявними перипапілярними дивертикулами, тоді як при наявності парапапілярних цей показник становить 8,6%. В одному випадку (2,7%) транспапілярне втручання ускладнилося кровотечею із папілотомного розрізу. При парапапілярних досягнення успіху при ЕПСТ було 100%, а при перипапілярних – у 79%. Тривалість лікування – 5 ± 2 доби.

Висновки: мініінвазивні транспапілярні втручання (ЕПСТ та різновиди) – альтернатива для лікування холедохолітіазу у пацієнтів з дивертикулами дванадцятипалої кишки. Відкриті оперативні втручання економічно затратні, більш травматичні. Ендоскопічне лікування холедохолітіазу у пацієнтів з парапапілярними дивертикулами при дотриманні методологічних та технологічних рекомендацій, незважаючи на успішність, вимагає оптимізації з метою зменшення кількості ускладнень.

Т.М.Хлипняч, С.О. Сучок

СИНДРОМ СУХОГО ОКА У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Кафедра очних хвороб

Т.М. Жмудь (к.мед.н.,ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром сухого ока (ССО) є частою причиною звернення до офтальмолога, оскільки зоровий дискомфорт та тривале подразнення очної поверхні значно погіршує якість життя. Серед населення планети у більше 100 млн. осіб спостерігається ССО, з яких вагому частку складають особи з цукровим діабетом. Ці проблеми пов'язані з метаболічними порушеннями, що призводять до зменшення продукції та зміни якості сльози. Важливим є вивчення поширеності ССО серед пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД), тому що це дозволить своєчасно профілакувати й діагностувати дане захворювання.

Мета: Аналіз скринінгового дослідження ССО серед контрольної групи та групи осіб з ЦД; встановити наявність кореляційного зв'язку між тривалістю ЦД і вираженістю ССО.

Матеріали та методи: Для скринінгового дослідження ССО було сформовано дві групи по 12 осіб (по 24 ока) віком від 40 до 60 років. Контрольна група включала практично здорових осіб, які не приймають бета-блокатори, оральні контрацептиви, сечогінні засоби, снодійні, а також не хворіють глаукомою. Досліджувана група - пацієнти з ЦД. Тривалість ЦД становила від 3 місяців до 20 років. Усім учасникам проводилась проба Ширмера за стандартною методикою. Анкета для досліджуваної групи додатково включала питання про тип, тривалість, ускладнення ЦД та супутні захворювання.

Результати: 1. Результат проби Ширмера у контрольній групі - $15,5 \pm 2,3$ мм, у досліджуваній - $4,9 \pm 1,6$ мм.

2. У досліджуваній групі виявлено 1 хворого (2 ока), що складає 8% з легким, 9 хворих (18 очей) - 75% з середнім і 2 хворих (4 очей) - 17% з тяжким ступенями важкості ССО. Серед контрольної групи 3 особи (6 очей) - 25% з легким і 2 особи (4 очей) - 17% з середнім ступенем важкості ССО, 7 осіб (14 очей) - 58% - норма.

3. Різниця сльозопродукції у пацієнтів хворих на ЦД та у практично здорових клінічно значима ($p \leq 0,01$).

4. Зв'язку між тривалістю ЦД і даними результатів проби Ширмера шляхом визначення коефіцієнта кореляції не виявлено, що також підтверджується іншими науковими дослідженнями (Richard O. Schuitz 1991р.).

Висновки: ЦД, незалежно від стажу, є одним із факторів ризику розвитку ССО, тому в пацієнтів з даною патологією важливо проводити своєчасну діагностику. Адже більшість осіб з ЦД на момент встановлення діагнозу вже мають середній ступінь важкості ССО. Крім проби Ширмера можна застосовувати тести McMonnies, OSDI, які також дозволять запідозрити ССО.

Для остаточної діагностики ССО рекомендоване комплексне дослідження з визначенням часу розриву слізної плівки осмолярності слізної рідини та її якісного складу.

Л.І. Черешнюк

ПОШУК ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДУ ВИЗНАЧЕННЯ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ У КРОЛІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Кафедра очних хвороб

Ю.Й. Салдан (к.мед.н., доц.)

І.Л.Черешнюк (к.мед.н., ст.н.с. НДЦ)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Глаукома є однією з основних медико-соціальних проблем, як України, так і усього світу. Суттєву проблему становлять офтальмогіпертензивні стани і при іншій патології ока, зокрема, внаслідок травм та оперативних втручань, тощо. Пошук нових, більш ефективних фармакологічних засобів, дія яких направлена на зниження внутрішньоочного тиску (ВОТ), потребує надійних методів оцінки їх офтальмогіпертензивної дії ще на етапі доклінічної оцінки. Також актуальним є вивчення впливу інших лікарських препаратів на ВОТ з метою виключення у них офтальмогіпертензивного ефекту (як побічної дії) та встановлення можливості та безпечності їх застосування у хворих на глаукому. Традиційно, вплив фармакологічних засобів на ВОТ вивчають на кролях – тваринах, гідродинамічна система ока яких подібна до людської. Згідно даних літератури для цього використовують ті ж прилади, які розроблені і для визначення ВОТ людини: тонометри Маклакова, Гольдмана, Шіотца, пневмотонометри, транспальпебральні тонометри, тонометри ICARE.

Мета: Порівняльна оцінка тонометрії за Маклаковим (СРСР), Гольдманом (тонометр ЦЛТ) (СРСР), тонометром «ИГД-02» (Росія), пневмотонометром TOPCON (Японія), тонометром «ICARE» (Фінляндія) у кролів та вибір найбільш оптимального методу.

Матеріали та методи: Досліди проведено на кролях-самцях породи Шиншила. При тонометрії за Маклаковим, Гольдманом (тонометр ЦЛТ, на рогівку наносили 1% розчин флуоресцеїну) та «ИГД-02» попередньо виконували місцеву анестезію розчином алкаїну 0,5% (Alcon-Couvreur, Бельгія). Тонометрія приладами TOPCON та ICARE знеболення не потребувала. Враховуючи вплив циркадних ритмів на коливання ВОТ, експерименти проводили завжди у однаковий світловий проміжок доби. Статистичну обробку отриманих результатів проводили в програмі «Biostatistics 4.03».

Результати: Встановлено, що визначення ВОТ у кролів тонометрами Маклакова та Гольдмана тривалі, потребують місцевого знеболення анестетиками, які самі по собі можуть впливати на ВОТ, зокрема алкаїн, та при повторному або невдалому вимірюванні результати досліджень спотворюються внаслідок витіснення деякого об'єму внутрішньоочної рідини з ока. Вимірюванню ВОТ часто заважає третя повіка. Застосування методу пневмотонометрії також має певні недоліки, які пов'язані з необхідністю утримання тварини в необхідному (неприродному) положенні, а також з великим розкидом отриманих значень при вимірюванні ВОТ на одному і тому ж оці. Останнє особливо стосується і тонометрії приладом «ИГД-02», при використанні якого адекватно визначити ВОТ у кролів нам практично не вдалось. Найбільш надійні значення ВОТ були отримані за допомогою тонометру ICARE, який не потребує місцевого знеболення, тонометрія виконується при природному положенні тварини у спокійному стані, а стандартне відхилення середніх значень ВОТ (Ω) не перевищувало $\pm 1,8$.

Висновок: Найбільш оптимальним і придатним для експериментальних досліджень методом визначення ВОТ, на сьогодні, є тонометрія за допомогою приладу ICARE.

М.В.Черноконь

МЕТОДЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ РЕТИНОБЛАСТОМЫ

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

А.Г.Костюк (зав.каф.,д.мед.н.,доц)

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

г.Винница, Украина

Актуальность: Ретинобластома (РБ) – наиболее часто встречающаяся первичная внутриглазная злокачественная опухоль у детей. РБ составляет от 8 до 12% всех злокачественных новообразований у детей. В последнее десятилетие было отмечено увеличение частоты встречаемости РБ с 1 на 34 000 до 15 000-20 000 живых новорожденных, а также наблюдалась четкая тенденция к «повзрослению» заболевания.

Несмотря на существующие в настоящее время методы исследования, ранняя диагностика затруднена, в связи с чем дети в большинстве случаев направляются в специализированные клиники в далеко зашедших стадиях, что ограничивает выбор метода лечения и делает невозможным проведение органосохраняющих операций со спасением жизни ребенка.

Цель: Выявить наиболее эффективные методы органосохраняющей терапии интраокулярной ретинобластомы (ИОРБ).

Материалы и методы: В исследование брало участие 95 дете (145 глаза) в возрасте от 5 до 108 мес (в среднем $42 \pm 10,3$ мес) с РБ. У 95 больных диагностировано всего 339 опухолевых очагов с проминенцией от 0,6 до 10,5 мм (в среднем $5,05 \pm 0,11$ мм) и диаметром основания от 1 до 18,6 мм (в среднем $11,3 \pm 0,98$ мм). Произведена

оценка эффективности проводимого комбинированного органосохраняющего лечения ретинобластомы (методами системной химиотерапии(ХТ),общей химиотерапии(ОХТ), локальной химиотерапии(ЛХТ)(в качестве ЛХТ использовались два вида лечения – ХТ селективная внутриартериальная (СВАХТ) и интравитреальная(ИВХТ)мелфаланом),брахитерапии(БТ),телегаммотермотерапии(ТГТ),транспупиллярной термотерапии (ТТТ)).

Результаты: Анализ методов показал ,что в $\frac{3}{4}$ случаев эффект от проведения локального лечения характеризовался полной регрессией опухоли (тип I-IV)-74 очага РБ(73%).Неполный ответ был отмечен на 20 очагах РБ (20%),при этом в случаях использования БТ (12 очагов РБ),при проведении ТГТ (7 очагов РБ).Продолженный рост опухоли был выявлен в 7 случаях (7%).При расчете рецидивов чаще данный исход наблюдался после лечения очагов РБ методом ТТТ. Во всех случаях неполного ответа или рецидива опухоли было проведено повторное локальное лечение ,в результате которого удалось достичь полной регрессии. Таким образом ,локальный контроль над опухолью с использованием БТ,ЛТХ,БТ,ТГТ и ТТТ получен в 84 из 88 глаз(93%).Единственные глаза были сохранены в 94% случаев .Генерализация процесса не наблюдалась ни у одного из пациентов .Все дети живы.

Заключение: Анализ литературы показал, что РБ является единственной злокачественной опухолью сетчатки, встречающейся в раннем детском возрасте, которая приводит к слепоте, метастазированию и в конечном счете при отсутствии лечения к гибели ребенка. Многообразие клинических форм, склонность к быстрому росту, мультицентричному бинокулярному, а в некоторых случаях и к трилатеральному (с вовлечением эпифиза) поражению затрудняют диагностику и лечение РБ. Современная мировая стратегия комбинированного органосохраняющего лечения РБ предусматривает обязательное сочетание системной химиотерапии с локальным разрушением опухоли.

Р.М. Чернопищук

БАКТЕРІАЛЬНІ ПОЛІСАХАРАДИ ТА ЇХ МІСЦЕ У КОМПЛЕКСНІЙ ПРОГРАМІ ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНИХ РАН

Кафедра загальної хірургії

М.Д. Желіба (д.мед.н., проф.), М.І. Бурковський (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Проблема профілактики, діагностики та лікування ранової інфекції залишається актуальною, посідаючи чільне місце у структурі захворюваності населення України та Світу. Погіршення результатів традиційного методу лікування, які головним чином базуються на антибактеріальній терапії, високі матеріальні затрати вимагають розробки і впровадження більш ефективніших засобів для корекції цієї патології. Ця ситуація сприяє пошуку альтернативних шляхів впливу на рановий процес, одним з яких є використання імуномодуючих препаратів. Останнім часом все більше уваги дослідників привертає можливість місцевого використання імуностимуляторів топічної дії, які дозволяють не лише компенсувати порушення факторів імунного захисту, а й стимулювати активність різних ланок імунітету, скорочуючи терміни лікування та частоту рецидивів. Незважаючи на широкий асортимент подібних препаратів, неабиякий інтерес становить можливість використання імуностимуляторів бактеріального походження.

Метою роботи було провести пошук та аналіз літературних джерел щодо доцільності використання локальної імунотерапії із застосуванням бактеріальних полісахаридів, в тому числі для комплексного лікування гнійно-запальних захворювань м'яких тканин.

Матеріали та методи. Було проаналізовано 18 видань латиницею та 32 кирилицею, які присвячені вивченню впливу місцевої імунокорекції на перебіг ранового процесу в гнійній рані та оцінці її ефективності.

Результати. Одним із перших методів виділення полісахаридів із ендотоксинів був розроблений Воївін і Мергобеану (1935). Однак виявилось, що отримані препарати не були достатньо очищеними від білків, що спонукало до розробки більш досконалих методів виділення полісахаридів із мікроорганізмів. Згодом методика виділення полісахаридів була значно удосконалена, однак основним досягненням вітчизняних та зарубіжних вчених стало наукове підтвердження, що ці біологічно активні речовини можуть бути використані для підвищення неспецифічної резистентності макроорганізмів до бактеріальних інфекцій і позитивно впливати на запальний процес загалом. Висока біологічна активність і відносно низька токсичність бактеріальних полісахаридних комплексів, виділених із різноманітних мікроорганізмів, сприяло продовженню досліджень в цьому напрямку та широкому впровадженню цих препаратів в різні галузі медицини та хірургії зокрема. Особливої уваги заслуговує оригінальний вітчизняний імуномодулятор цієї групи під торговою назвою «Ліастен», що отримується з клітинної стінки *LactobacillusDelbrueckii*. Результати проведених досліджень підтвердили високу ефективність і безпечність системного використання цього препарату в комплексній програмі лікування хворих різного профілю, в тому числі ефективність його використання при лікуванні гнійної хірургічної інфекції з метою відновлення адекватних реакцій імунної системи організму на патологічний процес та активації репаративних процесів.

Брак відомостей про можливість використання імуномодуляторів бактеріального походження при місцевому лікуванні інфікованих ран потребує подальшого вивчення. Окрім цього нез'ясованою залишається можливість поєднаного використання бактеріальних полісахаридів з препаратами антимікробної дії.

Висновки. Загалом, вивчення лікувальних властивостей бактеріальних полісахаридів успішно продовжується. Однак уже відомі літературні дані підтверджують перспективність їх використання у корекції ранового процесу, в тому числі на місцевому рівні, та локальної корекції загалом.

М.Б. Шандра

НАСЛІДКИ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ВРОДЖЕНИХ ДІАФРАГМАЛЬНИХ ГРИЖ НА ТЛІ ДИСПЛАЗІЙ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРООПЕРОВАНІ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ

Кафедра дитячої хірургії

С.С. Лойко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність теми: Вроджені діафрагмальні грижі на сьогоднішній день залишаються актуальною проблемою дитячої хірургії в зв'язку з їх складністю, поширеністю (від 1:200 до 1:400 новонароджених), важкістю клінічного перебігу та глибиною морфологічних змін. Вроджені діафрагмальні грижі у більшості випадків поєднуються з хромосомно-генетичними абераціями, аномаліями розвитку дихальної, серцево-судинної, центральної нервової, видільної та інших систем (25%-50% випадків). Науково встановлена генетична причетність 2, 11, 15, 21 пар хромосом у хворих з вродженою діафрагмальною грижею в поєднанні з дисплазією сполучної тканини. Впровадження нових підходів діагностики, методів стабілізації стану і оперативної техніки при вроджених діафрагмальних грижах призвело в останній час до покращення результатів лікування.

Мета дослідження: Ретроспективне вивчення поширеності та клінічних характеристик пізньої спайкової кишкової непрохідності у дітей, які прооперовані з приводу вродженої діафрагмальної грижі в періоді новонародженості та у дітей, які перенесли малотравматичні операції на передній черевній стінці в поєднанні з наявністю дисплазії сполучної тканини.

Матеріали та методи: З метою вивчення поширеності та клінічних характеристик дисплазії сполучної тканини проведено поглиблене обстеження 22 дітей, які перенесли малотравматичні операції на передній черевній стінці та 12 прооперованих дітей з приводу вродженої діафрагмальної грижі в періоді новонародженості. Діти знаходились на лікуванні у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні за період 2008-2016 р.р.

Результати дослідження: У більшості дітей обох груп виявлені ознаки дисплазії сполучної тканини. Проводячи клінічне обстеження пацієнтів обох груп нами відмічено аномалії зі сторони внутрішніх органів та опорно-рухового апарату, які в комплексі підтверджують наявність синдрому дисплазії сполучної тканини. Серед них найчастіше спостерігались: MASS-фенотип (51,6%), Елерсо-подібний тип (32,1%) та Марфано-подібний тип (16,3%) дисплазії сполучної тканини. Потрібно відмітити, що нервово-психічний розвиток обстежених дітей відповідав віковим показникам. Зі сторони внутрішніх органів найчастіше виявлялись – природжені вади серця, нирок, жовчного міхура, яєчників та інші; зі сторони опорно-рухового апарату – плоскостопість, гіпереластоз шкіри, порушення статури, екзостози, гіпермобільність суглобів, воронкоподібна деформація грудної клітки, скривлення носової перетинки. При катамнезі не менше 5 років у 5 з 12 дітей з вродженою діафрагмальною грижею встановлена пізня спайкова кишкова непрохідність та спайкова хвороба. У 8 дітей з малотравматичними операціями на передній черевній стінці нами діагностовано спайкову хворобу без ознак пізньої спайкової кишкової непрохідності.

Висновки: 1. При катамнезі понад 5 років у 63,6% дітей оперованих на передній черевній стінці з приводу малотравматичних операцій та 75% дітей оперованих з вродженими діафрагмальними грижами в періоді новонародженості виявлені ознаки дисплазії сполучної тканини. 2. У 41,6% пацієнтів після оперативних втручань на діафрагмі проведено комбіноване лікування спайкової хвороби та пізньої спайкової кишкової непрохідності.

А.С. Шляпіна

АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПОЛІПОЗНОГО РИНОСИНУСИТУ

Кафедра оториноларингології

О.В. Лобова (к.мед.н., асистент)

Запорізький державний медичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність: незважаючи на очевидні результати у вивченні патогенезу та лікування хронічного поліпознориносинуситу (ХПРС), частота і тяжкість клінічних проявів захворювання не знижуються.

Мета дослідження- підвищення ефективності комплексного лікування хворих з хронічним поліпозним риносинуситом.

Матеріали і методи. Нами були досліджені 186 хворих з ХПРС у віці 18-73 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в ЛОР відділенні ТМО «Бердянське медичне об'єднання» (м. Бердянськ, Запорізька область) з 2013 по 2015 рік. Всім пацієнтам була виконана ендоскопічна функціональна синус-хірургія, відповідно поширенню поліпозного процесу. Після операційний матеріал піддався гістологічному дослідженню. При гістологічному дослідженні виявлена еозинофільна інфільтрація стромы слизової носі і навколоносових

пазух. У післяопераційному періоді хворим крім традиційного лікування (туалет порожнини носа, судинозвужувальні препарати) призначався топічний кортикостероїд (препарат «Різонел» (діюча речовина - мометазонфуроат) в дозі 50 мкг 1 раз в день на термін до 6 місяців).

Результати проведеного дослідження показали, що рецидив наступив тільки у 13 (6,9%) хворих. При морфологічному дослідженні у більшості хворих відзначався інтактний епітелій без еозинофілії.

Висновки: таким чином, застосування топічних кортикостероїдів після операційного періоду при лікуванні ХПРС сприяє відновленню нормальної структури слизової порожнини носа, зменшує відсоток рецидивів і тим самим підвищує ефективність лікування.

А.Ю.Щербань, В.В.Кішук
ФІЗИЧНІ ВПРАВИ НА ОСНОВІ ВЧЕННЯ ПРО МІОФАСЦІАЛЬНІ МЕРИДІАНИ ЯК ОДИН ІЗ ШЛЯХІВ ПРОФІЛАКТИКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ХРЕБТІ

Кафедра травматології та ортопедії

Р.М. Демчук (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність проблеми. Біль в спині – одна з найчастіших причин звернення хворих до лікарів. Згідно з офіційною статистикою ВООЗ різноманітними болями в хребті страждає близько 80% населення (2000 р.). Більшість – особи працездатного віку від 30 до 50 років. У 98% випадків причиною є міофасціальний синдром чи м'язове перенапруження, решта 2% припадає на запальні захворювання (2013 р.).

Міністерство охорони здоров'я США і федеральна державна організація Agency for Health Care Policy and Research рекомендують в якості найбільш ефективного і безпечного методу лікування болю в спині ЛФК та мануальну терапію (1994 р.).

Згідно з останніми вченнями м'язи, сухожилки та фасції потрібно розглядати не окремо, а об'єднувати в міофасціальні меридіани, по яких передається навантаження

(Томас В. Маєрс «Анатомічні поїзди» 2010р.). Локальний вплив на меридіану викликає поширення м'язового напруження і залучення до процесу всіх м'язів даної групи.

На основі досліджень щодо спіралеподібної будови м'язової системи відомо, що окремі частини м'язів можуть входити до складу ланок різнонаправлених кінематичних ланцюгів спіралей м'язів (проф.П.П. Шапаренко «Спіралеподібна будова м'язової системи» 2002р.) Згідно з проведеним опитуванням серед 500 осіб зі скаргами на болі в спині, що проходили різноманітне лікування, 96% осіб вказали на значне поліпшення під час вправ на розслаблення (Артур Клейн, Лейва Соубел 1999 р.).

Мега дослідження. Розробка комплексу вправ для попередження та зменшення болю в спині враховуючі анатомічні та фізіологічні особливості м'язів та фасцій, патогенез больового синдрому.

Матеріали та методи. На основі викладених вище досліджень нами розроблена система з 5 вправ. Вони направлені на відновлення фізіологічної та анатомічної структури м'язів, укріплення м'язового корсету хребта та зняття надмірного напруження та навантаження. Вправи направлені на глибокі м'язи спини та м'язи живота через меридіани, в які вони входять.

Визначення ефективності даної системи проводимо модифікованою цифровою рейтинговою школою та тестом на гнучкість. Модифікована цифрова рейтингова школа включає ряд питань на які пацієнт відповідає на початку курсу тренування та кожні 8 занять.

В дослідженні приймає участь 30 людей зі скаргами на болі в ділянці хребта, пов'язані з міофасціальним синдромом. Їх розділили на дві групи. Перша група – дослідна виконує запропоновану нами систему вправ. Друга - контрольна виконує поширені вправи на розтягнення хребта та покращення гнучкості.

Результати. Отримані дані будуть опрацьовуватись статистично у вигляді графіків та схем.

Висновки: 1. Аналіз огляду літературних джерел свідчить про безсумнівну актуальність вибраного напрямку досліджень.

2. Сучасні уявлення про будову м'язево-фасціальних зв'язків дозволяють розширити можливості лікувальної фізкультури в лікуванні больового синдрому.

А.О.Яковенко

ЗАСТОСУВАННЯ БАГАТОКОМПОНЕНТНОГО БІОЛОГІЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА З АУТОЛОГІЧНИМИ МЕЗЕНХІМАЛЬНИМИ СТОВБУРОВИМИ КЛІТИНАМИ З ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГРИЖАМИ ВЕЛИКИХ І ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ

Кафедра хірургії №2

В.Ю.Стемпен

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема герніопластики при грижах великих і гігантських розмірів гостро постає перед сучасними хірургами. Внаслідок несвоєчасного звернення пацієнтів до лікувальних закладів, часто не є можливим адекватне вправлення грижі, через що виникають післяопераційні вентральні киля. Використання

сітчастих трансплантантів не дозволили в повній мірі закрити це питання, так як, навіть зважаючи на гіпоалергентність, вони викликають появу хронічного запалення в прилеглих тканинах. Використання біотрансплантанта з мезенхімальними стовбуровими клітинами не викликає запальних реакцій, натомість покращує репаративні процеси і прискорює створення рубця.

Мета: Зважити плюси і мінуси, а також можливість використання даного метода в українських лікарнях.

Матеріали і методи: Проведено аналіз і систематизація джерел літератури та законодавчої бази.

Результати: Абсолютна більшість наявних джерел з цього питання свідчать на користь використання біотрансплантанта з аутологічними стовбуровими клітинам з жирової тканини. На жаль, не є цілком розвиненим законодавчий аспект. В даний момент йдуть розробки використання стовбурових клітин при інших захворюваннях, хоча грижі великих та гігантських розмірів знижують якість життя пацієнтів і є небезпечними для життя.

Висновок: Отже, для застосування цього методу в Україні є необхідним забезпечення законодавчої та матеріальної бази, поява великої кількості банків стовбурових клітин та розрішення етичних аспектів їх використання.

І.І. Яницька, А.О. Смолій

ВНУТРІШНЬОПРОСВІТНА МАЛОІНВАЗИВНА ФУНДОПЛІКАЦІЯ НА ОРГАНОКОМПЛЕКСІ ШЛУНКУ І СТРАВОХОДУ ТВАРИНИ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

Ю. В. Бабійчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Всесвітньою організацією гастроентерологів ГЕРХ визнано захворюванням ХХІ століття, на яке страждає від 20 до 50% населення різних країн світу. Незважаючи на ефективність сучасних фармакологічних засобів повного усунення симптомів захворювання досягти не вдається. Антирефлюксна хірургія є альтернативою при лікуванні ГЕРХ у пацієнтів, що мають хронічну форму зі стійкими симптомами, проте існують значні ускладнення (10-20%). Малоінвазивні ендоскопічні методи лікування характеризуються меншими ускладненнями, забезпечують швидке відновлення і повернення до звичайного способу життя. Прикладом може бути внутрішньопросвітна малоінвазивна фундоплікація (TransoralIncision-lessFundoplication (TIF)), яка проводиться за допомогою інноваційного хірургічного пристрою EsophyX. В основу TIF покладено принципи фундоплікації за Nissen, але без проникнення в червну чи грудну порожнини, що дає переваги: відсутність розрізів і рубців, швидке відновлення, менша кількість ускладнень. У клінічних дослідженнях, 79% пацієнтів припинили щоденне використання інгібіторів протонної помпи і 93% відчували повне усунення печії через 2 роки після процедури TIF.

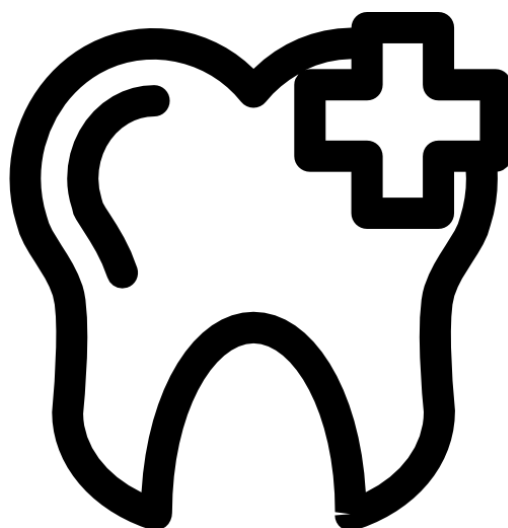
Мета роботи: Відпрацювати техніку створення кардіального клапану (клапану стравохідно- шлункового з'єднання) на органокомплексі стравоходу та шлунку тварини, оцінити ступінь травматизації та щільність створеної клапанної системи.

Матеріали і методи: На органокомплексі стравоходу і шлунку свині використовуючи пристрій EsophyX і гнучкий зонд, виконали процедуру створення антирефлюксного клапана. EsophyX за допомогою зонда ввели в шлунок, в положенні ретрофлексії під візуальним ендоскопічним контролем за допомогою спеціального приладу захопили стінку кардії шлунку, утворили складку і зафіксували спеціальними кліпсами. Таким чином в ділянці гастроезофагального переходу був створений клапан радіусом 270 градусів і висотою 3 см. Виконали перевірку на щільність утвореного нами клапана за допомогою проби з водою та провели секційне дослідження тканин органокомплексу для визначення ступеня травматизації слизового і м'язового шарів, наявність ушкоджень великих судин.

Результати: Операція по створенню клапана тривала 50 хвилин. Використовуючи пристрій EsophyX було створено спроможний клапан гастро-езофагального з'єднання, який продемонстрував хороші бар'єрні властивості при проведенні проби з водою. Під час секційного дослідження тканин використаного для операції органокомплексу було встановлено, що кліпси не травмували великі судини, травматизація слизової оболонки та м'язового шару були мінімальними.

Висновки: TransoralIncisionlessFundoplication (TIF)/ EsophyX - сучасний малоінвазивний і ефективний ендоскопічний метод лікування ГЕРХ. Сформований в ході операції (TIF/ EsophyX) клапан забезпечує достатній антирефлюксний бар'єр. Органокомплекс стравоходу і шлунку свині підходить для проведення тренувальних антирефлюксних операцій типу TIF - EsophyX.

СТОМАТОЛОГІЯ



STOMATOLOGY

Ю.В. Амбрусевич
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ PLASMOLIFTING В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ

Кафедра терапевтичної стоматології
М.А. Горай (доц., к.мед.н.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна.

Актуальність: Висока розповсюдженість захворювань ясен, що характеризуються тривалим хронічним перебігом та можуть призвести до розвитку дистрофічно-запальних захворювань потребують використання нових методик лікування, які могли б забезпечити тривалу стабілізацію процесу або швидке одужання. Перспективним є використання методик, що базуються на активації процесів репаративної регенерації тканинних структур факторами росту тромбоцитів. Суть методики Plasmolifting полягає в тому, що фактори росту вводяться в тканини ясен локально в концентрованій формі у вигляді ін'єкцій, що забезпечує тривалий протизапальний ефект та стабільну ремісію захворювання.

Мета: Оцінити ефективність застосування методики Plasmolifting в комплексному лікуванні хворих з хронічним катаральним генералізованим гінгівітом слизової оболонки порожнини рота.

Матеріали та методи: Проведено клінічне обстеження та лікування 15 хворих із хронічним генералізованим катаральним гінгівітом віком від 18 до 45 років, 7 хворих – основної групи та 8 осіб групи порівняння. В обох групах проводилась професійна гігієна порожнини рота, усунення місцевих подразнюючих факторів. Хворим групи порівняння проводили місцеву протизапальну терапію, що включала полоскання розчином Ротокану 2 рази на добу та аплікації гелю «Холісал» 2 рази на добу протягом 7-10 діб. Хворим основної групи по перехідній складці проводили ін'єкції тромбоцитарної аутоплазми (PRP), яку отримували шляхом центрифугування венозної крові пацієнтів в спеціальних пробірках. Курс лікування включав 1 ін'єкцію після проведеної професійної гігієни та 1-2 протягом тижня. Оцінку ефективності лікування проводили на основі визначення індексу РМА, індексу кровоточивості ясен, проби Шиллера-Писарева. Гігієнічний стан порожнини рота оцінювали за індексом Гріна-Вермільона, який визначали до лікування та на 3, 7 добу після. Статистичний аналіз проводили з використанням пакетів програм Microsoft Excel.

Результати: Середньостатистичні значення гігієнічного індексу (ОНІ- S) до лікування в 1-й і 2-й групі були незадовільними і склали відповідно $3,2 \pm 0,1$ та $2,8 \pm 0,01$. Після професійної чистки зубів аналіз результатів індексу Гріна – Вермільона показав добрий рівень гігієни ротової порожнини в обох групах. У 78% обстежених, яким застосовували методику Plasmolifting відсутність клінічних ознак запалення, встановлено на 3 добу після процедури і підтверджено протягом 7 днів спостереження. 2-ом пацієнтам було проведено повторне введення плазми на 3 добу спостереження. В той же час в групі контролю спостерігали зникнення ознак запалення у 25 % обстежених після процедури і у 50% на 7-й день спостереження. Повне усунення запалення у 2 пацієнтів контрольної групи наступило на 10 і 12 день спостереження.

Висновки: Застосування методу Plasmolifting сприяє швидкому усуненню ознак запалення ясен, кровоточивості, неприємного запаху з порожнини рота, є простим у використанні та немає побічних ефектів.

І.С. Божик

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ОБСЯГ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ У ВОЄННИЙ ЧАС

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно - лицевої хірургії
С.С.Поліщук (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Сучасне медичне забезпечення поранених і постраждалих під час бойових дій ґрунтується на основі системи етапного лікування з евакуацією за призначенням. Стандартизовані етапи медичної евакуації. Класична концепція медичної евакуації являє собою п'ятирівневу структуру, на кожному етапі якої здійснюється певний обсяг медичної допомоги в арифметичній прогресії. А саме : рівень 0 (на полі бою) – перша медична допомога; рівень 1 (МПБ)- перша до лікарська допомога; рівень 3 (МПП) – перша лікарська допомога; рівень 4 (ОМеБ) – кваліфікована медична допомога; рівень 5 (СВПГ)- спеціалізована допомога.

Етапи медичної евакуації в зоні АТО

На сьогодні в зоні АТО існує трьохетапна медична евакуація. Це поле бою (як за класикою), далі ВМШ (військово-медичний шпиталь), а далі СВППШ (спеціалізований військовий медичний шпиталь). Більшість поранених транспортуються повітряними силами, інші ешелонами поїздів, військових вантажівок.

Мета: дослідити частота та статистику поранень ЩЛД та Доповісти організацію та обсяг медичної допомоги при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки на етапах медичної евакуації у воєнний час.

Матеріали та методи: Статистичні дані 3-го Національного Українського Стоматологічного Конгресу, що відбувся в листопаді 2015 року в Києві.

Результати: Згідно 3-го Національного Стоматологічного Конгресу 2015 в Києві структура поранень в зоні АТО становить: більшість поранень є осколкові, а саме 62%; інші 27% -мінно-вибухова травма; 9% -кульові і 2%-опіки.

По локалізації найбільшу частину займають кінцівки – 48 % і голова – 29 %, так як належать до найбільш незахищених органів.

Щодо тяжкості поранень, то Конгрес надає такі дані: більшість поранень є легкими (52%). Інша досить вагома частка – це поранення середнього ступеню важкості (44%).

Досліджуючи статистичні дані поранень ЩЛД, більшість поранень є поранення м'яких тканин ЩЛД (45%), а також 23% займають переломи нижньої щелепи.

Найбільш вразливими є ЛОР-органи (75%) і лицевий скелет (16%) серед поранень голови.

Порівнюючи осередки різних військових конфліктів, в зоні АТО і Чечні найбільше серед усіх відбулися поранення ЩЛД (48% і 33%). Для порівняння: Іран – 1%, Афганістан – 18%.

Висновки: Згідно статистичних даних можна спрогнозувати основні принципи надання медичної допомоги. Підґрунтям служить правило «СПП»: принцип своєчасності, принцип спадкоємності, принцип послідовності.

Принцип своєчасності – це надання вчасної допомоги на різних ЕМЕ. А саме: «золота хвилина» - адекватна допомога протягом декількох хвилин на Рівні 1 для відновлення життєво-важливих функцій організму. «Золота година» - своєчасна допомога протягом пару годин для підтримання ЖВФО на рівні 2-3. «Золотий квартет» стабілізація ЖВФО в подальші ЕМЕ.

Принцип спадкоємності (або принцип досвіду): базується на єдиному розумінні патогенезу і відповідно єдиній тактиці лікування, профілактики поранень згідно медичної документації.

Принцип послідовності - збільшення обсягу медичної допомоги на наступних етапах медичної евакуації.

Виконуючи послідовність всіх ЕМЕ і їхній обов'язковий обсяг можливе ведення поранень без ускладнень і стабілізації процесу.

М.В. Гикавчук

ІНДЕКСНА ОЦІНКА СТАНУ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ПРИ ПРОФЕСІЙНОМУ ВІДБІЛЮВАННІ

Кафедра терапевтичної стоматології

Н.Г. Гаджула (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Відбілювання дисколоритів зубів є досить популярним стоматологічним втручанням. Проте, суттєвим недоліком більшості відбілюючих систем є їх демінералізуючий вплив на тверді тканини зубів, що призводить до зниження резистентності емалі, виходу макро- і мікроелементів із твердих тканин, виникнення гіперестезії дентину.

Мета: вивчити вплив відбілюючого гелю на тверді тканини зубів після професійного відбілювання дисколоритів вітальних зубів.

Матеріали та методи: У дослідженні взяли участь 12 пацієнтів із різними видами дисколоритів зубів у віці від 18 до 35 років. Учасників дослідження обирали за такими критеріями: відсутність ознак гострого запалення слизової оболонки порожнини рота і тканин пародонта, рецесії ясен та оголення шийок і коренів зубів, гіперестезії та несанованих каріозних порожнин. До початку відбілювання всім пацієнтам проводили професійну гігієну порожнини рота, визначали тест емалевої резистентності (ТЕР-тест), індекс ремінералізації емалі. Відбілювання вітальних зубів проводили нанесенням гелю OpalescenceXtraBoost («Ultradent», США) тривалістю 15 хв. щоденно протягом 3-х днів з обов'язковим ізолюванням ясен рідким кофердамом. Дослідження впливу відбілюючого гелю на тверді тканини зубів проводили одразу після процедури відбілювання за індексами розповсюженості та інтенсивності гіперестезії зубів (Г.Б. Шторина, 1986), ТЕР-тестом за В.Р. Окушко (1984), індексом ремінералізації емалі (Ю.А. Федоров, Л.А. Дмитриєва, 1977). Статистичне обчислення отриманих результатів проводили методом варіаційної статистики із визначенням критерію достовірності Ст'юдента.

Результати: Індекс ремінералізації емалі після виконаного відбілювання зубів підвищився від $2,82 \pm 0,09$ до $3,68 \pm 0,13$ бала ($p < 0,001$), що вказує на демінералізуючий вплив відбілюючого засобу. При вивченні структурно-морфологічного складу поверхневого шару емалі встановили, що показники ТЕР-тесту після процедури відбілювання зубів достовірно збільшилися відносно вихідного рівня значень від $3,87 \pm 0,17$ до $5,78 \pm 0,2$ ($p < 0,001$), що підтверджує зниження карієсрезистентності емалі після впливу відбілюючого гелю на тверді тканини зуба. В обстежених пацієнтів підвищення проникності емалі після виконаного відбілювання супроводжувалось підвищеною чутливістю зубів. При цьому, індекс розповсюженості гіперестезії збільшився від нульового значення до $13,97 \pm 0,35$ %. Аналогічну тенденцію спостерігали при визначенні індексу інтенсивності гіперестезії зубів: показники зросли до $1,67 \pm 0,05$ бала. Цим кількісним значенням відповідає якісна оцінка «відсутність гіперестезії» до проведення відбілювання та «локалізована гіперестезія II ступеня» після процедури відбілювання.

Висновки: Усунення дисколориту вітальних зубів хімічним способом призводить до зниження карієсрезистентності емалі, виникнення гіперестезії твердих тканин зубів, тому потребує обов'язкового поєднання з місцевою ремінералізуючою терапією на етапах відбілювання.

А.В. Горбалюк, О.О. Горбалюк
**ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ОКТЕНІДОЛ» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ**

Кафедра терапевтичної стоматології

Л.Г. Діденко (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ, близько 15-20% населення середнього віку (35-44 роки) страждають на пародонтит. Важливим у місцевому лікуванні пародонтиту є вплив на патогенну та умовно-патогенну мікрофлору порожнини рота. Для цього використовують антибактеріальні, та знезаражуючі препарати. До таких препаратів відноситься ополіскувач для порожнини рота «Октенідол» (вода, ПЕГ-40 гідрогенне касторове масло, гліцерин, ароматизатор, глюконат натрія, сукролаза, октенідин HCL, лимонна кислота, ВНТ).

Мета: Метою нашого дослідження є підвищення результатів у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту, при місцевому використанні ополіскувача «Октенідол».

Матеріали і методи: Для досягнення мети дослідження проведено обстеження і лікування 20 пацієнтів, що страждають на генералізований пародонтит. Обстеження включало в себе вивчення клінічного стану пацієнтів та визначення індексів РІ (Рассел) та РМА. З урахуванням стану порожнини рота та зубних рядів, пацієнти були розділені на 2 групи: 1гр. – 10 осіб з 1 ступенем важкості генералізованого пародонтиту; 2гр.- 10 осіб з 2 ступенем важкості генералізованого пародонтиту. Також визначалася кількість лейкоцитів у 1 мл змиву з пародонтальних кишень: 1гр.- середнє значення 450 в 1мл, 2гр.- 670 в 1мл змиву. Місцеве лікування: Антисептична обробка порожнини рота розчином «Лесной бальзам» (в розведенні 1:2), професійна гігієна порожнини рота, проведення іригацій розчином «Октенідол» із розведенням 1:3 протягом 15 сек, ополіскування ротової порожнини дистильованою водою. Вдома пацієнти самостійно проводили ополіскування порожнини рота 3 рази на день розчином «Октенідол», протягом місяця. Повторний огляд проводився кожних 3 дні для пацієнтів обох груп, з проведенням іригацій.

Результати: При первинному обстеженні хворих РІ: 1гр.- 1.2, 2 г.- 3.7. Індекс РМА: 1гр.- 28%, 2гр.- 56%. Також визначалася кількість лейкоцитів у 1 мл змиву з пародонтальних кишень: 1гр.- середнє значення 450 в 1мл, 2гр.- 670 в 1мл змиву. Після проведеного лікування відмітили зміни у кількості лейкоцитів із змиву з пародонтальних кишень: 1гр.- 150 в 1мл, 2гр.- 230 в 1 мл змиву.

Висновки: Таким чином, комплексне лікування генералізованого пародонтиту за допомогою ополіскувача «Октенідол» є ефективним, про що свідчать зміни показників кількості лейкоцитів в 1мл змиву з пародонтальних кишень. Проведене дослідження дозволяє використовувати ополіскувач «Октенідол» у комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту завдяки вираженій антибактеріальній дії.

М.І. Гуршал

ВИВЧЕННЯ МІСЦЕВОПОДРАЗНЮЮЧОЇ ДІЇ МЕТРОКСАНУ

Кафедра терапевтичної стоматології

О.І.Кутельмах (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: В медицині постійно оновлюється спектр лікарських препаратів-сорбентів, які відрізняються як за хімічною структурою, механізмом сорбції, спектром сорбованих речовин, так і за терапевтичним ефектом. Чільне місце серед них займають сорбенти на основі високодисперсного кремнезему - силіксу, які мають різні фізико-хімічні властивості, тому вивчення побічних ефектів, що виникають при їх застосуванні є актуальним.

Мета: Дослідження подразнюючої дії метроксану, який являє собою композицію двох сорбентів – нанодисперсного діоксиду кремнію і поліметилсилоксану, та антимікробних препаратів – декаметоксину і метронідазолу, при місцевому застосуванні на слизовій оболонці порожнини рота у шурів.

Матеріали та методи дослідження: Дослідження дії препарату було виконано згідно з методичними рекомендаціями. В даному експерименті оцінювали місцево подразнюючу дію метроксану (в гострому досліді при нанесенні на контактну ділянку слизової оболонки порожнини рота і губ) на 14 білих імбредних щурах, лінії Вістар, обох статей , вагою 130-180 г.

Перед початком випробувань у тварин оцінювали стан слизової оболонки. Протягом 4-х наступних днів проводили обробку ротової порожнини вищезгаданим препаратом 3 рази протягом доби , витрачаючи на кожну тварину по 0,3 мл 3% водної суспензії препарату , яку рівномірно наносили на СОПР за допомогою атравматичного тампону протягом 30 секунд. Термін спостереження склав 7 днів (4 дні випробувань та 3 дні після закінчення обробки порожнини рота метроксаном).

Ступінь подразнення СОПР та губ оцінювали в балах за 4-значною шкалою : а) СОПР : 0 – відсутність подразнення ; 1 – втрата кольору , легке лущення ; 2 – лущення в різних ділянках; 3 – поява виразок ; б) зони з'єднання губ : 0 – відсутність подразнення ; 1 – легке помутніння, лущення, сухість ; 2 – зморщення , невеликі виразки ; 3 – кровотечі , розтріскування.

Коефіцієнт подразнення підраховували шляхом складання середнього щоденного групового бала за обома показниками (подразнення СОПР і губ), поділеного на кількість днів спостереження. Інтерпретацію

результатів здійснювали наступним чином : 0-0,4 бали – дуже слабе подразнення ; 0,5-1,0 бал - слабе ; 1,1-2,0 бали – помірне ; більше 2 балів – сильне подразнення.

Висновки: Результати експерименту показали, що застосована лікарська композиція в рекомендованій терапевтичній концентрації не проявила видимої місцевопоздразнюючої дії на слизову оболонку ротової порожнини експериментальних тварин, а отже не несе потенційної небезпеки при аплікаційному застосуванні при лікуванні захворювань ротової порожнини у людей.

А.І.Даліщук, В.С. Поліщук

ПОКАЗНИКИ ДЕНСИТОМЕТРІЇ У ХВОРИХ З ОДОНТОГЕННИМИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ФОНІ ПОРУШЕНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

С.С.Поліщук (к.мед.н., доцент)

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

Актуальність: Денситометрія – метод сканування мінеральної щільності кісток, під час якого оцінюють рівень втрати кісткової маси, який може визначатись за допомогою безпосереднього використання денситометра або шляхом визначення одиниць Хаунсфілда на основі комп'ютерної томографії. На сьогоднішній день це найбільш точний метод діагностики остеопенії та остеопорозу. Доведено, що у пацієнтів із супутніми захворюваннями внутрішніх органів та систем перебіг гнійно-запальних процесів більш ускладнений.

Мета дослідження: Дослідити залежність виникнення одонтогенних гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) від порушення функціонування гепатобіліарного тракту шляхом аналізу показників денситометрії.

Матеріали та методи: Проведено дослідження 33 пацієнтів віком від 30 до 55 років з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки, яких в процесі роботи було розділено на 2 групи: I – контрольна (без супутньої патології), II – пацієнти з порушеннями функції гепатобіліарного тракту, в яких при біохімічному дослідженні виявлено підвищення вмісту АЛТ, АСТ, фракцій білірубіну та загального білка в крові. Для визначення щільності кісткової тканини користувалися комп'ютерним томографом з програмним забезпеченням Planmeca шляхом визначення одиниць Хаунсфілда. Показники мінеральної щільності кісток визначали в ділянці 36(46) та 37(47) зубів.

Результати: В результаті дослідження виявлено 7 пацієнтів (21,2%) з флегмонами, в яких не було зареєстровано супутньої патології та 26 пацієнтів (79,8%) із порушенням функції гепатобіліарного тракту. У пацієнтів I групи середній показник щільності компактної речовини – $1237 \pm 24,2$ HU. На противагу даним першої групи показники мінеральної щільності компактної кісткової тканини у пацієнтів II групи був нижчим ніж у першій та склав $536,8 \pm 12,2$ HU.

Висновки: В результаті визначення мінеральної щільності кісток на основі показників комп'ютерної томографії у даних пацієнтів можна зробити висновок:

- при порушенні функції гепатобіліарного тракту збільшується кількість виникнення одонтогенних гнійно-запальних процесів ЩЛД у 3,5 рази;
- на основі показників денситометрії можна прогнозувати ймовірність виникнення одонтогенних гнійно-запальних процесів ЩЛД;
- показники денситометрії дозволять визначати та корегувати схеми комплексного лікування хворих з супутньою патологією, яка впливає на метаболізм кісткової тканини.

О.С. Жуковська, А.О. Кушта

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ З РАДІАЦІЙНИМ УРАЖЕННЯМ У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

А.О. Кушта (к.мед.н., доцент)

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

Актуальність. З моменту заснування стоматологічної науки існували такі проблеми, як: психоемоційна напруга пацієнта та методи боротьби із нею. Це обумовлено тим, що рівень тривожності людини впливає на частоту і своєчасність звертання за спеціалізованою допомогою, процес лікування та швидкість одужання хворого. Відомий той факт, що люди, які мають супутні патології або знаходились під впливом негативних факторів, більш вразливі і у них вище рівень тривожності, ніж у практично здорових людей. Проте, внаслідок подій, що сталися за останнє сторіччя, а також швидкого погіршення екологічної ситуації у світі, особливої уваги заслуговують пацієнти з радіаційним ураженням. Попередниками були проведені дослідження психоемоційного стану даної групи людей у безпосередньо наближеному періоді після опромінення. Нас зацікавили віддалені наслідки дії радіаційного випромінювання. Тому дослідження було проведено через 29 років після аварії на Чорнобильській АЕС.

Мега. Виявлення необхідності корекції психоемоційного стану пацієнтів з радіаційним ураженням у віддалені періоди на стоматологічному прийомі.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі стоматологічного відділення Вінницького обласного спеціалізованого клінічного диспансеру радіаційного захисту населення. Було обстежено 17 пацієнтів (8 чоловіків і 9 жінок), віком 50 – 75 років. Кожен із них являвся чорнобильцем 1 – 4 категорії. Перед та після стоматологічного прийому, для виявлення психоемоційної напруги, пацієнтам вимірювався артеріальний тиск, пульс та показники шкірно-гальванічної реакції (ШГР). Далі, ми фіксували дані і проводили математично-статистичну обробку за допомогою програми «STATISTICA 6».

Результати. Середні показники систолічного артеріального тиску пацієнтів до стоматологічного втручання склали 148,2±11,5 мм.рт.ст., після – 152,0±10,8 мм.рт.ст.. Артеріальний тиск діастолічний до маніпуляцій був 90,5±7,14 мм.рт.ст., після - 94±5,8 мм.рт.ст.. Частота серцевих скорочень становила 95,5±14,5 уд/хв перед прийомом і 92,0±9,4 уд/хв після. Результати АТ і ЧСС – вище нормальних значень. Показники шкірно-гальванічної реакції були розділені на дві групи: особиста ШГР і ситуаційна ШГР. Перша група до втручання в середньому складала 1,41±1,09 у.о., друга – 1,59±1,02 у.о.. Після стоматологічного прийому особиста ШГР була 1,38±0,9 у.о., ситуаційна ШГР – 1,58±0,98 у.о. Отримані дані свідчать про високий рівень тривожності пацієнтів з радіаційним ураженням на стоматологічному прийомі.

Висновки. Підтверджена необхідність розробки схем корекції психоемоційного стану та проведення спеціалізованої підготовки перед стоматологічним втручанням пацієнтам з радіаційним ураженням у віддалені періоди.

К.Д. Кузь

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПРОВІДНИКОВОГО ТА ВНУТРІШНЬОКІСТКОВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Кафедра терапевтичної стоматології

О.В. Мунтян (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день в сучасній стоматології знеболення залишається однією з найактуальніших проблем. В сучасної людини витривалість до болю значно знизилась, в той же час зросли вимоги до комфорту під час лікування зубів. Розширення спектру засобів та методів місцевого знеболення суттєво покращило, але, на жаль, не вирішило багатьох питань ефективності та безпечності знеболення в стоматології. Таким чином, порівняльна оцінка провідникових та внутрішньокісткових методів знеболення для лікування гострого глибокого карієсу зубів нижньої щелепи є актуальною.

Метою: даного дослідження є порівняльна оцінка ефективності провідникового та внутрішньокісткового знеболення при лікуванні карієсу зубів нижньої щелепи.

Матеріали та методи: В дослідженні приймали участь 36 пацієнтів віком від 20 до 49 років з гострим глибоким карієсом. Для знеболення використовували Септанест з концентрацією адреналіну 1:200000.

Пацієнти були розділені на 2 групи в залежності від методу знеболення: I група: 18 пацієнтів, яким проводили провідникове знеболення, II група: 18 пацієнтів – внутрішньокісткове знеболення. Для провідникового знеболення використовували стандартний карпульний шприц, внутрішньокісткового - апарат Quicksleeper.

Для визначення глибини та тривалості знеболення проводили вимірювання електростимуляції пульпи до знеболення та через 1, 2, 5, 15 та 30 хвилин після ін'єкції. Поріг больової чутливості пульпи зубів в ділянці ін'єкції визначали з допомогою апарату ЕОД (ІВН-01 Пульпест-ПРО). За критерій пульпарної аналгезії приймали величину в 100 мкА, яка визнана показником виключення чутливості пульпи. Тривалість знеболення визначали часом появи больових відчуттів під час лікування.

Результати: За результатами дослідження встановлено, що провідникова анестезія забезпечує знеболення зубів нижньої щелепи в 89% випадків. Час настання знеболення через 2-5 хвилин після введення 1,7-2,5 мл анестетика. Тривалість знеболення 40-60 хвилин.

Внутрішньокісткова анестезія забезпечує знеболення зубів нижньої щелепи в 98% випадків. Час настання знеболення через 30-60 с після введення 0,4-0,7 мл анестетика. Тривалість знеболення 25-40 хвилин.

Висновки: Отримані результати свідчать про ефективність провідникового та внутрішньокісткового методів знеболення на нижній щелепі. Внутрішньокісткова анестезія відрізняється більшою швидкістю настання знеболення, порівняно з провідниковими методами знеболення, що дає можливість розпочати лікування одразу після ін'єкції. Також, при проведенні внутрішньокісткового знеболення для знеболюючого ефекту потрібні менші дози анестезуючого розчину, порівняно з провідниковими методами, що дозволяє рекомендувати внутрішньокісткове знеболення для використання у пацієнтів групи анестезіологічного ризику. Саме тому, використання внутрішньокісткової анестезії за допомогою електронного апарату QuickSleeper можна вважати методом вибору знеболення при лікуванні карієсу зубів нижньої щелепи.

К.П. Малезик, Т.В. Мірошніченко, Т.Г. Григор'єва
**ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕТИНОВАНИХ ТА ДИСТОПОВАНИХ ТРЕТІХ
МОЛЯРІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицьової хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією
голови та шиї

О.В.Рибалов (к.мед.н., проф.)

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»
м. Полтава, Україна

Актуальність дослідження: У хірургічній стоматології та щелепно-лицьовій хірургії до нашого часу достатньо розроблені питання діагностики та лікування третіх молярів нижньої щелепи. На сьогодні в клініку звертається значна кількість пацієнтів з ретенцією та дистопією третіх молярів верхньої щелепи, але питання топічної діагностики та методичних підходів до видалення цих зубів в професійній літературі висвітлені недостатньо, тому в амбулаторній хірургічній стоматології цей розділ є актуальним.

Мета дослідження: Проаналізувати частоту звернень до клініки хірургічної стоматології хворих з ретенцією та дистопією третіх молярів верхньої щелепи, використовуючи прицільні рентгенограми, описати характерні види дистопії третіх верхніх молярів з визначенням оптимальних підходів до їх видалення.

Матеріали і методи дослідження: Частоту зверненості пацієнтів з приводу видалення третіх молярів верхньої щелепи вивчали на підставі аналізу «журналу оперативних втручань ПОКСП» за 2015 рік. Характер ретенції та дистопії верхніх третіх молярів вивчався за даними ортопантограм та прицільних рентгенограм 30 пацієнтів.

Результати дослідження: За результатами досліджень з січня по грудень 2015 року в відділенні хірургічної стоматології Полтавської обласної стоматологічної поліклініки було проведено 1604 операцій, з яких 671 з ретенцією зубів мудрості на нижній щелепі (41,8%) та 102 по видаленню ретинованих і дистопованих верхніх третіх молярів (6,36%).

За результатами аналізу ортопантограм та прицільних рентгенограм нами виділені три характерні види дистопії верхніх третіх молярів: відношення коронки 18;28 зуба до 17;27 в межах 35-40 градусів без вираженого контакту з 17;27 зубами, глибока ретенція 18;28 з вираженим контактом з пришийковою та кореневою частиною 17;27 та майже горизонтальне положення 18;28 з приляганням його кореневої частини до вестибулярної поверхні коренів 17;27 зубів. У залежності від характеру ретенції та дистопії верхніх зубів мудрості визначалася методика їх видалення.

Висновок: Варіантів ретенції та дистопії верхніх молярів більше, ніж в 38, 48 зубах, що потребує адекватного обстеження хворих з визначенням оптимальних методів їх видалення.

А.Д. Матвеева

КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ ДЕСНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ДУОДЕНИТОМ

Кафедра детской стоматологии

Е.Г. Романенко (к.мед.н., асс.)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
г. Днепропетровск, Украина

Актуальность: Десна является составляющей частью пародонта, барьерная роль которой в основном обеспечивается процессами пролиферации и дифференцировки клеток. Данные исследований отпечатков десневого края несут изменения, характерные для определённых заболеваний, что может служить раннему выявлению не только патологии пародонта, но и органов и систем ребенка.

Цель работы: Изучить особенности клеточного состава десны у пациентов детского возраста с хроническим катаральным гингивитом, хроническим гастритом и дуоденитом.

Материалы и методы: было обследовано 279 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет. В первую группу (n=107) были включены больные с хроническим катаральным гингивитом, хроническим гастритом и дуоденитом (ХГД). Вторую группу составили 90 соматически здоровых детей с хроническим катаральным гингивитом. Контрольная группа включала 82 здоровых ребёнка без патологии тканей пародонта. Для цитологического исследования брали отпечатки с вестибулярной поверхности десны верхней и нижней челюстей. Мазки фиксировали и окрашивали по методике Май-Грюнвальда и Паппенгейма, изучали под микроскопом при увеличении 10x10 и 90x10 с помощью иммерсионной системы. Подсчитывали процентное содержание эпителиальных и клеток соединительной ткани - полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЯЛ) и лимфоцитов.

Результаты исследований: В клеточном составе десны детей контрольной группы преобладали ороговевшие клетки (44,50±0,37%) и ядродержащие плоскоэпителиальные клетки (37,41±0,32%), что является вариантом нормы. Количество патологически изменённых эпителиальных клеток достигало 0,50%. В отпечатках десны у детей с ХГД поверхностные эпителиоциты и роговые чешуйки встречались на 30% и 44,2% реже, чем в цитограммах детей контрольной группы. Данная ситуация обусловлена возросшей активностью механизмов, которые препятствуют окончательному созреванию клеток. Наблюдалось значимое увеличение содержания эпителиальных клеток с вакуолизированной цитоплазмой – в 68,8, с деформацией ядра – в 51 раз (p<0,01). В отпечатках достоверно увеличилось количество ПМЯЛ и лимфоцитов (p<0,01), что свидетельствовало об активации клеточной защиты эпителиального пласта. Во 2-й группе наблюдалось существенное снижение

содержания ядродержащих и ороговевших безъядерных эпителиальных клеток ($p_k < 0,01$), однако значительно увеличилось число патологически измененных эпителиальных клеток: с вакуолизированной цитоплазмой – в 19,5, с деформацией ядра – в 13,4 раза ($p_k < 0,01$); содержание ПМЯЛ выросло в 2,6 раза, а количество лимфоцитов составило $1,80 \pm 0,06\%$.

Выводы: Цитологическими критериями диагностики хронического катарального гингивита у детей 12-17 лет с гастритом и дуоденитом могут служить следующие показатели: уменьшение количества клеток терминальных стадий дифференцировки до 50%, повышение числа клеток с патологическими изменениями до 18,2%, увеличение числа ПМЯЛ до 92,3%, лимфоцитов до 20,5%.

В.С. Поліщук, В.С. Карабаєв, А.І. Далішук

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ КВЕРТУЛІНУ НА ПРОЦЕСИ ЗАГОЄННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТУ ЩУРІВ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

С.С. Поліщук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Останнім часом тенденції до зменшення ран щелепно-лицевої ділянки не спостерігається. При цьому набуває актуальності наявність великої кількості ускладнень, що зустрічаються при загоєнні ран щелепно-лицевої ділянки, що потребує пошуку нових препаратів та схем комплексного лікування. Лікування ран щелепно-лицевої ділянки вимагає профілактику чи зменшення загрози, яку складає рана чи її ускладнення для організму. Загоєння рани відбувається завдяки здатності живого організму до регенерації деяких тканин, насамперед сполучної та епітелію, внаслідок чого або відновлюється попередня структура тканини чи ранові дефекти в тканинах заповнюються сполучнотканинними "латками", які органічно зливаються з краями навколо дефекту (репарація).

Мета дослідження: експериментально дослідити вплив квертуліну на умови загоєння травматичного пошкодження слизової оболонки порожнини роту щурів.

Матеріали та методи: Експеримент був проведений на 20 білих щурах-самцях лінії Вістар. Вік тварин – 5 місяців. Маса пацюків коливалася в межах 240-270 г. Рану на слизовій оболонці правої щоки утворювали з допомогою нанесення дозованої травми гострим трепаном округлої форми з діаметром робочої частини 3 мм, шляхом легкого натискання, пошкоджуючи при цьому слизову по лінії змикання зубів. Щурі були поділені на 2 групи: 1 – контрольна – 10 щурів з травмою слизової оболонки порожнини роту; 2 – дослідна – 10 щурів з травмою слизової оболонки порожнини роту, в день травмування слизової оболонки та послідувачі два тижні, добавляли до їжі квертулін в дозі 200 мг на кілограм маси щура. Клінічну оцінку стану ранової поверхні щоки проводили щоденно, починаючи з 4 доби досліду.

Результати: Повне загоєння (100 %) стандартних травматичних ран щоки у контрольній групі тварин відбулося на 12-й день, дослідній групі – 10-й. Отримані нами результати щоденних спостережень за динамікою процесів загоєння травматичних ран слизової оболонки щоки, доводять те, що у тварин, які щоденно отримували препарати квертулін, швидкість процесів епітелізації була значно вища, ніж у тварин контрольної групи із спонтанним загоюванням рани слизової оболонки порожнини роту.

Висновки: 1. Використання квертуліну позитивно впливає на загоєння післятравматичних пошкоджень слизової оболонки порожнини роту щурів.

2. Квертулін скорочує терміни загоєння післятравматичних пошкоджень слизової оболонки порожнини роту щурів на $2 \pm 0,8$ доби.

3. Використання квертуліну може зменшити кількість післятравматичних ускладнень при загоєнні ран щелепно-лицевої ділянки.

Т.В. Рак

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗУБНОЇ ПАСТИ EDELWHITE «SELDEVIE» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Кафедра стоматології дитячого віку

Н. М. Ісакова (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними М. Ф. Данилевського та співавт. (2002), по Україні захворюваність тканин пародонта у віці 15-35 років складає 74%. Прогресування генералізованого пародонтиту призводить до ранньої втрати зубів, низки загальносоматичних захворювань, тому пошук ефективних методів лікування є надзвичайно актуальним. Пусковим механізмом у розвитку запального процесу чи його загострення є пародонтотропні мікроорганізми, тому їх ідентифікація та елімінація біоплівки є важливими в лікуванні генералізованого пародонтиту. Вплив зубної пасту Edelwhite «SeldeVie» (Швейцарія) на перебіг запального процесу в пародонті раніше не досліджувався. Паста збагачена альпійською сіллю з мікроелементами, екстрактом ехінацеї пурпурної, шавлії, володіє протизапальними, кровозупинними та протимікробними властивостями.

Мета: оцінити терапевтичну ефективність застосування зубної пасти Edelwhite «SeldeVie» в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту.

Матеріали та методи: 20 пацієнтам з генералізованим пародонтитом II ступеня було проведено ретельне клінічне та рентгенографічне обстеження стану тканин пародонта з визначенням індексів гігієни ОНІ-S, кровоточивості ясенної борозни (SBI) за H.R.Mühlemann, A.S. Mazor, папілярно-маргінально-коміркового (РМА) за С.Parma. Всіх пацієнтів навчали правильним навичкам гігієни порожнини рота і чищення зубів з використанням зубної пасти Edelwhite «SeldeVie», зубної нитки, щітки, контроль чищення зубів проводився за допомогою PlaqueAgent (Німеччина). Біоплівку та зубні відкладення видаляли кюретами Грейсі, хендблестером (NSC), кюретаж за допомогою кюрет Лангера (Hu-Friedy). Для дослідження якісного складу мікробних збудників проводили посів виділень з кишень. Забір матеріалу проводили спеціальними стерильними одноразовими зондами у вигляді петлі, ідентифікація збудників проводилась на бактеріальному аналізаторі «Vitec² Compact 15».

Результати: Основними мікроорганізмами, що були виділені з пародонтальних кишень, були піогенні коки, умовно-патогенні гриби роду Кандида, фузобактерії, пептострептококи, лактобацили, превотели. До лікування РМА становило – $61,73 \pm 1,46\%$, SBI – $5,39 \pm 0,54$, що було характерно для вираженого запального процесу в тканинах пародонта, особливо ясен. Через 14 днів спостерігали покращення пародонтальних індексів: РМА – $16,02 \pm 1,2\%$, SBI – $1,51 \pm 0,4$. Через місяць клінічних спостережень показники стану тканин пародонта достовірно покращились. Так, індекс РМА склав – $6,9 \pm 2,02$ ($p < 0,05$), індекс кровоточивості SBI – $0,2 \pm 0,1$ ($p > 0,05$).

Висновки: Використання зубної пасти Edelwhite «SeldeVie» (Швейцарія) вже через 14 днів сприяє зниженню запальних явищ в пародонті, зменшує кровоточивість ясен, стимулює обмінні процеси в тканинах пародонта та елімінацію патогенної мікрофлори, що позитивно впливає на перебіг генералізованого пародонтита. Тому застосування даної пасти в комплексному лікуванні захворювань пародонта є перспективним.

О.І. Рошук

РОЛЬ НЕЗНІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ У РОЗВИТКУ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ РЕАКЦІЙ В ПАЦІЄНТІВ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ

Кафедра ортопедичної стоматології

О.Б. Беліков (д.мед.н., проф.)

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Актуальність: Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених вивченню проблеми оксидативного стресу, як універсального механізму пошкодження, у хворих на виразкову хворобу шлунка (ВХШ) при ураженому пародонті, залишається не до кінця з'ясованим вплив зубних протезів на стан оксидантно-протіоксидантної рівноваги в організмі в цілому та місцево – у ротовій порожнині (РП), що зумовлює актуальність даної проблеми.

Мета: з'ясувати патогенетичну роль генерації та агресії активними формами кисню процесів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) та функціонального стану систем протиоксидантного захисту в розвитку та перебігу патологічних змін тканин пародонта при наявності незнімних зубних протезів у хворих на ВХШ.

Матеріали та методи: Обстежено 55 хворих на ВХШ у фазі загострення. Пацієнтів з наявними незнімними зубними протезами було поділено на 2 групи залежно від конструкційного матеріалу: 1-у групу склали 20 осіб із зубними металевими протезами (МП), 2-у групу – 20 осіб із металокерамічними протезами (МКП). Групу контролю склали 15 осіб з ВХШ з інтактними зубними рядами. Контрольну групу порівняння склали 15 практично здорових осіб (ПЗО). У всіх пацієнтів вивчали показники стоматологічного статусу, визначали вміст у крові та ротовій рідині молекулярних продуктів ПОЛ – дієнових кон'югатів (ДК) та малонового альдегіду (МА). Також визначали вміст у крові відновленого глутатіону (ГВ), а також активність каталази.

Результати: Встановлено істотне зростання вмісту продуктів ПОЛ у хворих на ВХШ. Зокрема, у хворих контрольної групи вміст МА та ДК перевищував норму у 1,2 та 1,6 раза відповідно ($p < 0,05$). При наявності зубного протезування дані показники були ще вище. У 2-й групі спостерігається мінімальне зростання вмісту в крові МА у 1,26 раза, а вміст ДК перевищив дані К групи у 1,07 раза ($p < 0,05$). У 1-й групі продукти ПОЛ максимально перевищували показники К групи: вміст МА був більший на 26,8% ($p < 0,05$), а ДК – у 1,2 раза ($p < 0,05$). Концентрація ГВ в еритроцитах у К групі була нижчою від норми у 1,3 раза ($p < 0,05$), однак активність каталази перевищила показник норми на 16,7% ($p < 0,05$). У 2-й групі вміст ГВ перевищив показник К групи на 18,6% ($p < 0,05$), за активністю каталази дані вірогідно не відрізнялися ($p > 0,05$). У 1-й групі концентрація ГВ була нижчою від показника у К групі на 25,7% ($p < 0,05$), активність каталази була у 1,4 раза нижчою порівняно з К групою ($p < 0,05$).

Висновки: У патогенезі запальних захворювань пародонта в хворих на виразкову хворобу шлунка, за наявності металевих включень у ротовій порожнині, чільне місце посідають процеси вільнорадикального окиснення ліпідів при дезінтеграції параметрів системи протирадикального захисту. Отже, наявність металевих включень у ротовій порожнині у хворих на ВХШ поглиблює ступінь тяжкості вже наявних та викликає нові структурні та функціональні порушення тканин пародонта, що вимагає необхідного лікування.

О.М. Солтис, В.М. Батіг

АНАЛІЗ ЯКОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ ПРЯМИМ МЕТОДОМ З ВИКОРИСТАННЯМ КОНЦЕПЦІЇ БІОМІМЕТИКИ

Кафедра терапевтичної стоматології

В.М. Батіг (к.мед.н., доц.)

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”

м. Чернівці, Україна

Актуальність: Однією з найбільш поширених стоматологічних маніпуляцій є відновлення анатомічної форми коронкової частини зуба. На сьогоднішній день запропоновано багато методів та технік реставрації, що дозволяють досягти оптимального функціонування відновленого зуба та задовольнити естетичні потреби пацієнта. При художній реставрації фронтальної групи зубів необхідно чітко розуміти природні фізичні, хімічні та оптичні закони, поєднувати їх з наявним клінічним випадком, вміти вибрати оптимальні реставраційні матеріали з метою відновити всю естетичність і природність властиву натуральному зубу.

Мета: аналіз якості відновлення зруйнованої коронкової частини фронтальної групи зубів з використанням сучасних фотополімерних композитних матеріалів.

Матеріали та методи: Для вирішення поставлених завдань оглянуто 61 пацієнт віком від 18 до 58 років, які звернулися за допомогою зі скаргами на естетичний дефект у фронтальній ділянці. Обстеження проводилося на базі кафедри терапевтичної стоматології Буковинського державного медичного університету. На основі загальноприйнятих методів обстеження було визначено стоматологічний статус пацієнтів, пародонтальні та гігієнічні індекси, а також проведено відновлення коронкової частини фронтальної групи зубів прямим методом, використовуючи біоміметичний принцип побудови, запропонований С.Радлінським. Суть біоміметичного способу відновлення коронкової частини фронтальних зубів полягає в повторенні природної будови зуба.

Для реставрації коронкової частини фронтальної групи зубів були використані сучасні нанокompозитні матеріали Filtek™ Ultimate фірми 3MESPE і Esthet.X.HD фірми Dentsply.

Оцінка відновлення коронкової частини фронтальних зубів з використанням нанокompозитних матеріалів проводилася за допомогою критеріїв G. Ryge, визнаних Службою Охорони Здоров'я США (UnitedStatesPublicHealthService – USPHS), що включають в себе визначення таких параметрів, як колірна характеристика реставрацій, якість поверхні пломби, крайова адаптація до тканин зуба, анатомічна форма, наявність вторинного карієсу, і тестову систему їх оцінки, визначену в буквовому еквіваленті: A(Alfa), B (Bravo), C (Charlie), D (Delta), H (Hotel), O (Oscar) по кожному з критеріїв.

Результати: Виявлено, що прямі реставрації з використання біоміметичного принципу побудови коронкової частини зуба нанокompозитними матеріалами Filtek™ Ultimate фірми 3MESPE і Esthet.X.HD фірми Dentsply за критеріями оцінки USPHS одразу після виконання відповідають оцінці «бездоганно» - Romeo.

Висновки: Використання концепції біоміметики в реставрації коронкової частини фронтальної групи зубів дозволяє досягти оптимальних функціональних та естетичних результатів.

В.О. Стойко

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ МІКРОКРИСТАЛІЗАЦІЇ РОТОВОЇ РІДИНИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ МНОЖИННИМ КАРІЄСОМ

Кафедра терапевтичної стоматології

Побережна Г. М. (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна.

Актуальність: Одним із чинників, що сприяють розвитку захворювань зубів, тканин пародонту і слизової оболонки порожнини рота та обтяжують їх перебіг є місцеві умови ротової порожнини, які визначаються фізично-хімічними і мінералізуючими властивостями ротової рідини. Стан твердих тканин зубів в великій мірі залежить від рівня гігієни, складу і властивостей ротової рідини, особливо мінералізуючого потенціалу. Важливим прогностичним тестом щодо ураження зубів карієсом є зменшення функції кристалоутворення ротової рідини в період дозрівання постійних зубів у дітей пубертатного віку.

Мета: визначити рівень мікрокристалізації ротової рідини підлітків із множинним карієсом.

Матеріали та методи: забір змішаної слини проводили із дна порожнини рота пипеткою, в кількості 0,2 - 0,3 мл. Потім на предметне скло, попередньо оброблене спиртом, наносили 3 - 4 краплі слини. Висушували мікропрепарат при кімнатній температурі та вивчали під мікроскопом. Оцінку результатів проводили за(Т.Л. Рединой и А.Р. Поздеевым, 1994). Нами досліджено ротову рідину 15 підлітків із множинним карієсом та 15 здорових осіб відповідного віку.

Результати: Певне місце у виникненні та розвитку карієсу зубів займає погіршення мінералізуючих властивостей ротової рідини. Слід зазначити, що для підлітків з множинним карієсом в морфологічній картині кристалоутворення характерна висока кількість ізометрично розміщених структур неправильної форми. В той же час для здорових осіб контрольної групи був характерний чіткий малюнок кристалічних структур деревоподібної або папоротеподібної форми в центрі краплі. Вивчення мінералізуючого потенціалу слини за

характером її мікрокристалізації виявило переважання III типу з мінеральним потенціалом відповідно $1,37 \pm 0,12$, в той час як у осіб контрольної групи складав $3,77 \pm 0,24$. При цьому різниця показників в основних та контрольних групах мала високий ступень достовірності (99,9 %).

Висновки: Отже, низький мінералізуючий потенціал цієї біологічної рідини у дітей підліткового віку з ураженням твердих тканин зубів є маркером виражених деструктивних процесів та визначає високу схильність до множинного карієсу зубів.

О.Є. Труш

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ З ХРОНІЧНИМ ТОКСИЧНИМ ОСТЕОМІЄЛІТОМ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно – лицевої хірургії з пластичної та реконструктивної хірургії голови та шиї

В. В. Бондаренко (к.мед.н., ас.)

Українська Медична Стоматологічна Академія

м. Полтава, Україна

Мета дослідження: Провести аналіз хронічного токсичного остеомієліту з хронічним одонтогенним остеомієлітом.

Матеріали і методи дослідження: Порівняльна характеристика проводилася на підставі комплексу із стандартними загальноклінічними апаратурними та інструментальними методами обстеження хворих. В ОКЛ ім. М. В. Скліфосовського було обстежено 18 хворих: 11 хворих (61%) з діагнозом одонтогенний остеомієліт, 7 хворих (39%) токсичний остеомієліт.

Результати дослідження: Хронічний одонтогенний остеомієліт. Причина одонтогенна інфекція. При зовнішньому огляді виявляються зміни конфігурації обличчя деформації, припухлості відповідно до місця локалізації запального інфільтрату. Шкіра над ним не змінена або може бути незначно гіперемована іноді спаяна з підлеглими тканинами, пальпація цієї ділянки слабоболісна. При затримці гнійного секрету відбувається загострення запальних явищ, що супроводжується погіршенням загального стану хворого, появою болю, підвищенням температури тіла, змінами показників крові. При огляді порожнини рота визначається запальний інфільтрат, муфтоподібно охоплює альвеолярний відросток або тіло щелепи. Слизова оболонка слабо гіперемована. В області лунок раніше видалених зубів визначають гирла нориць з вибухаючими грануляціями з гнійним виділенням. Перші рентгенологічні зміни в кістці з'являються на 10-14 день від початку розвитку захворювання. Спостерігається дифузне або вогнищеве ураження кістки з подальшим її дифузним некрозом або формуванням секвестру з формуванням секвестральної сумки, що рентгенологічно виявляється у вигляді смуги просвітлення. Торкаючись хронічного токсичного остеомієліту причиною якого є вживання наркотичних речовин, а саме «дезоморфіну». При огляді порожнини рота визначається різного кольору (від брудно-жовтого до брудно-сірого) оголена кісткова тканина, що має поїдену структуру. В області патологічного вогнища найчастіше відзначається гнійний ексудат. Процес супроводжується постійною гнієтечією із нориць на шкірі і в області вогнищ в порожнині рота, тривалою хронічною інтоксикацією. Відзначається місцями осередкове, місцями дифузне, помірно або різко виражене хронічне запалення в стадії загострення. Гальмування репаративних процесів в кістковій тканині пояснюється наявністю імунодефіцитних станів у наркоманів.

Висновок: Порівнюючи захворювання у пацієнтів з наркотичною залежністю від «дезоморфіну» клінічна картина характеризується більш важким, затяжним перебігом, дифузним характером, швидким поширенням процесу, тривалою хронічною інтоксикацією, рецидивами, високою частотою септичних ускладнень тяжкість яких залежить від термінів вживання наркотику. Клінічні прояви хронічного одонтогенного остеомієліту менш агресивні: млявий перебіг, виражена інтоксикація, прогресуюча деструкція кістки з неодноразовою секвестрацією з формуванням секвестральної сумки. Після відходження секвестрів або операції секвестрэктомії остеомієлітичний процес завершується.

Є.А. Філоненко Д.І. Гребенюк

БІОМЕХАНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ ЛІКТЬОВОГО ВІДРОСТКА БЛОКОВАНИМ ГВИНТОМ

Кафедра ортопедії і травматології

П.М. Жук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Переломи ліктьового відростка складають до 40% переломів ліктьового суглобу. Незважаючи на велику кількість сучасних методик лікування переломів ліктьового відростка, кількість незадовільних результатів залишається високою і становить 18,5–45,6%.

Мета. Обґрунтувати переваги металоосетосинтезу переломів ліктьового відростка блокуванням гвинтом над стандартною методикою.

Матеріали і методи. Проведене математичне моделювання напружено-деформованого стану моделей ліктьової кістки з варіантами остеосинтезу ліктьового відростка, при його переломах, спицями і дротяним серкляжем та

блокованим гвинтом нашої конструкції. Було побудовано дві скінчено-елементні моделі ліктьової кістки з переломом ліктьового відростка. Навантаження моделей здійснювали розподіленою силою, яку прикладали до її дистального кінця. Моделі досліджували під впливом трьох видів навантаження: згин, розтягнення, кручення. В якості критерію оцінки напруженого стану моделей використовували напруження за Мізесом. Моделювання виконували за допомогою системи автоматизованого проектування Solid Works. Розрахунки напружено-деформованого стану моделей виконували за допомогою програмного комплексу CosmosM.

Результати. Різниця між величинами максимальних напружень в моделях під впливом навантаження на згин спостерігається в зоні перелому, і в металевих конструкціях, і в кісткової тканині. Остеосинтез блокованим гвинтом показує нижчий рівень напружень, в порівнянні з остеосинтезом спицями. При навантаженні моделей на розтягнення при обох варіантах остеосинтезу, різниці в величинах максимальних напружень практично не спостерігається. Основні розбіжності торкаються величин максимальних напружень, які виникають саме в металевих конструкціях системи "кістка-імплантат" в зоні перелому. Так, на ділянці з боку ліктьового відростку максимальні напруження, що виникають в блокованому гвинті, за величиною, практично, вдвічі нижчі за показники, що спостерігаються при остеосинтезі спицями. Але на ділянці, що розташована з боку проксимального відділу ліктьової кістки, спостерігаємо зворотну картину. Тут рівень максимальних напружень, що виникають в блоковану стержні вищий ніж той, що виникає у спицях, але різниця не така помітна, як на ділянці з боку ліктьового відростка. При навантаженнях на кручення в моделі ліктьової кістки з остеосинтезом блокованим гвинтом виявляються напруження на ліктьовому відростку та на самому імплантаті значно менші за максимальними величинами, ніж в цих же ділянках моделі з остеосинтезом за допомогою спиць. В кісткової тканині на всьому протязі діяфізу рівень напружень в обох моделях спостерігається, практично, на одному рівні.

Висновки. При використанні блокованого гвинта нашої конструкції рівень максимальних напружень, що виникають в ліктьовому відростку та на імплантаті в зоні перелому виявляється нижчим, ніж при використанні спиць, практично, при всіх видах навантаження

В.В. Циц

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ПЛОМБ З КОМПОЗИЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ «PREMISE» І «FILTEK SUPREME XT»

Кафедра терапевтичної стоматології

Т.В. Федик (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Використання світлотвердуючих матеріалів для реставрації твердих тканин зубів обумовлено їх перевагами, а саме: відмінними естетичними характеристиками, здатністю витримувати велике жувальне навантаження та зручністю в роботі. Але для лікаря-стоматолога важливим аргументом при виборі того чи іншого композиту є його здатність зберігати міцність реставрації та кольоростійкість протягом тривалого часу.

Мета: Провести клінічну та порівняльну оцінку віддалених результатів пломбування з використанням наногібридного композиту «Premise» фірми Kerr та нанопаповненого композиту «FiltekSupreme XT» фірми 3MESPE.

Матеріали та методи: Нами було проведено лікування карієсу 60 вітальних зубів у 46 пацієнтів (які були розподілені на 2 групи), середній вік яких склав 35 років. Локалізація дефектів була така: 24 (40%) – 1 клас за Блемом, 18 (30%) – 2 клас, 8 (13, 3%) – 3 клас, 4 (6, 6 %) – 6 клас, (10%) – 5 клас. Використовувалися стандартні набори шприців вказаних матеріалів та адгезив «Optibond Solo» фірми Kerr. Застосовували загальноприйнятну методику роботи з композиційними матеріалами. Усім пацієнтам було проведено професійну гігієну порожнини рота та надані рекомендації по догляду за зубами.

Результати: Якість реставрацій оцінювали одразу після завершення роботи і через 1 рік. Огляд і оцінка пломб базувалися на критеріях Ryge [1988г]: крайова адаптація, збереження анатомічної форми, маргінальна пігментація та кольороадаптація. Стан пломб оцінювався як: відмінно, добре, задовільно і незадовільно.

Висновки: Безпосередньо після пломбування матеріалом «Premise» всі 100% реставрацій за критеріями «крайове прилягання», «анатомічна форма» та «маргінальна адаптація» отримали оцінку «відмінно». В категорії «кольороадаптація» 86,7% пломб оцінені як «відмінно», а 13,3% незначно відрізнялись за кольором чи прозорістю, тому отримали оцінку «добре».

16,6% реставрацій, виконаних «FiltekSupreme XT», за критерієм «кольороадаптація» оцінені «добре», 83,4% - «відмінно». За рештою критеріїв 100% пломб отримали оцінку «відмінно».

При проведеної клінічної оцінки пломб з матеріалу «Premise» через 12 місяців після пломбування були отримані такі результати: «крайове прилягання» - в 1 випадку виявлена маргінальна щілина без оголення дентину; «анатомічна форма» - у 96,7% оцінка «відмінно», у 3,33% - «добре»; маргінальна пігментація на межі пломби і твердих тканин виявлена в 6,66% випадків; у 20% реставрацій зміни кольору чи опаковості в межах допустимого – оцінка «добре».

Через 12 місяців після пломбування композитом «FiltekSupreme XT» 6,66% пломб за критерієм «крайове прилягання» оцінені «добре», 93,33% - відмінно. Анатомічна форма у 96,7% випадків відповідає оцінці «відмінно», у 3,33% - «добре». За критерієм «маргінальна пігментація» 10% реставрацій оцінені «добре», 90% -

«відмінно». В категорії «кольороадаптація» у 3,33% пломб виявлено незначні відхилення в кольорі – «задовільно», 23,33% - «добре», 73,33% - «відмінно».

A.N. Sheehama, P.Royson

CLINICAL SIGNIFICANCE OF SUBMENTAL ARTERY FLAPS

Department of surgical stomatology and maxillo-facial surgery
(Scientific advisor - O. V. Kulytska, assistant)

Vinnitsia Pirogov Memorial Medical University, Vinnitsia, Ukraine

Relevance. At the present time, maxillo-facial surgeons are increasingly interested in the anatomy of the mental and submental regions. The range of possible operations in the chin area is quite wide. Submental artery flaps are widely used in reconstructive maxillo-facial surgery.

Purpose. To study the anatomy of submental region, the types and the clinical usage of submental flaps for reconstruction of defects in maxillo-facial surgery.

Materials and methods. The study of 2014-2016 year articles was performed. The information about anatomy of submental region, classification and usage of submental flaps was assessed.

Findings. The submental artery is a constant branch of the facial artery, it has five main branches. This artery communicates with inferior alveolar, sublingual, mylohyoid and mental arteries.

The submental artery flaps can be classified by the flap composition, by the blood supply and by minor modifications. To reach the elongation of the flap several procedures can be used: division of the facial vessels, Y-V procedure, reverse flow flap and section of facial vein and microvascular anastomosis.

Conclusions. Submental artery flap has a suitable choice in reconstruction of head and neck defects. It has a wide arc of rotation and can be used for defects of lower two thirds of face, oral cavity and with the procedures of elongation also for frontal and temporal regions.

М.И. Юсифова, Н.Р. Гальметдинова

ВЛИЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ ФАКТОРОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской стоматологии

Е.Г. Романенко (к.мед.н, асс.)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

г. Днепропетровск, Украина

Актуальность: Оксид азота (NO) и его метаболиты способны оказывать как повреждающие, так и защитные воздействия на слизистую оболочку, которые во многом зависят от концентраций этого соединения. Подобное действие метаболиты азота должны оказывать на ткани полости рта, однако эти данные требуют дополнительного изучения.

Цель: изучить влияние взаимодействия неспецифических защитных факторов ротовой жидкости на состояние тканей пародонта у детей.

Объект и методы исследования: Под наблюдением находилось 76 школьников, которые пребывали на лечении в гастроэнтерологическом отделении областной детской клинической больницы города Днепропетровска. Гликопротеины из слюны выделяли 20% раствором сульфосалициловой кислоты. Уровень общих гликопротеинов (муцинов) в ротовой жидкости определяли спектрофотометрическим методом с реактивом Фолина. Нитратредуктазную активность слюны определяли по методике В.А.Храмова. Сумму стабильных метаболитов NO (NO₂ + NO₃) в ротовой жидкости определяли спектрофотометрическим методом с реактивом Грисса. Статистическую обработку результатов исследований осуществляли методами вариационной статистики, реализованными стандартным пакетом прикладных программ StatisticaforWindows 6.0. Достоверность разницы показателей оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты: в результате исследования установлено, что фоновый уровень стабильных метаболитов NO в ротовой жидкости здоровых детей и детей с гастродуоденальной патологией находился в прямой зависимости от активности нитратредуктазы. Наиболее высокий уровень гликопротеинов регистрировался у соматически здоровых детей с лёгкой степенью гингивита. У здоровых детей со средней тяжестью воспалительного процесса в десне уровень гликопротеинов снижался. Дальнейшее снижение уровня гликопротеинов в ротовой жидкости детей с гастродуоденальной патологией можно объяснить истощением их синтеза в результате хронического заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Выводы: При исследовании определено, что высокий уровень нитратредуктазы в ротовой жидкости благоприятно отражается на состоянии тканей пародонта и способствует синтезу гликопротеинов, обеспечивающих защиту и регенерацию слизистой оболочки десны. Образующиеся в процессе восстановления нитратов интермедиаты, всасываясь через слизистую оболочку, оказывают влияние не только на ткани пародонта, но и на состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что особенно важно у детей с сопутствующими хроническими заболеваниями пищеварительного канала.

ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ



PHARMACY AND PHARMACOLOGY

Т.П. Андрієць
**ВИКОРИСТАННЯ ВИДІВ РОДУ *GEUM* У ФАРМАЦІЇ – БІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА
СИРОВИННА БАЗА**

Кафедра фармакогнозії і ботаніки
Н.М. Воробець (д. біол. н., проф.)

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

Актуальність: Успіхи сучасної медицини в профілактиці та лікуванні різних захворювань залежать від пошуку і впровадження в практику нових лікарських засобів з широким спектром дії. Тому виявлення перспективних видів рослин флори України з метою глибшого вивчення вмісту у них біологічно активних речовин та створення на їх основі нових лікарських засобів є актуальним.

Мета: Аналіз наукових публікацій щодо найбільш використовуваних в офіційній та народній медицині видів роду *Geum* (Rosaceae), виявлення серед них менш вивчених, але перспективних щодо одержання достатньої кількості сировини та створення на їх основі лікарських засобів.

Матеріали та методи: Об'єктами досліджень були наукові статті, Державний реєстр лікарських засобів, компендіуми, матеріали Internet-ресурсів. При виконанні роботи використовували метод інформаційного пошуку та порівняння. Дослідження біологічних особливостей виду *Geum montanum* L. проводили протягом липня-серпня 2015 року на полонині Менчул-Квасівська, а також у лабораторних умовах на висушених рослинах.

Результати: Рід *Geum* налічує близько 50 видів трав'яних багаторічників (Визначник рослин України, 1965; Кобів, 2004). На більшій частині території України зростає *G. urbanum* та *G. rivale*, які широко використовуються завдяки вмісту дубильних речовин (до 12%) у народній медицині. Рослинною сировиною з лікувальними властивостями вважають усі частини рослин. Ними лікують кровотечі різної етіології, кривавий проніс, туберкульоз легенів, запалення ротової порожнини, дизентерію, блювоту, геморої, лихоманку, малярію, безсоння, головний біль. Ванни з відвару кореневищ застосовують для лікування суглобових і м'язових захворювань, вивихів (McCutcheon et al., 1994; Panizziet al., 2000). У високогір'ї Карпат зростає *G. montanum* L., який мало вивчений. Його біологічні особливості: прикореневі листки переривчасті, ліровидні з великим кінцевим сегментом, стеблові — трійчасті або трироздільні; квітки поодинокі чи зібрані в щитки; ♀♂ $Ca_5Co_5A_{\infty}G_{\infty}$; плід багатогорішок. Народна медицина використовує траву, кореневища і корені гравілату гірського для лікування запальних захворювань шлунково-кишкового тракту, хвороб печінки (Кюсов, 2001; Козира, 2008). Державний реєстр лікарських засобів України (2015) не містить лікарських засобів з рослинами роду Гравілат. Види роду Гравілат розмножуються насінням, а також вегетативно - поділом кореневища навесні. Очевидно, для одержання достатньої кількості сировини необхідно закладати дослідні ділянки у природних умовах зростання *G. montanum* з дотриманням вимог ГАСР.

Висновки: Результати проведеного аналізу свідчать про перспективи подальшого дослідження та використання видів роду *Geum*, зокрема виду *G. montanum*, а також розробки і створення на їх основі нових лікарських засобів.

В.О. Баглай, В.С. Зеленський
ДОСЛІДЖЕННЯ АКТОПРОТЕКТОРНОЇ АКТИВНОСТІ БЕМІТИЛУ СУКЦИНАТУ

Кафедра фармакології
О.П. Драчук (к.мед.н., доц.)

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

Актуальність. На сьогоднішній день сукцинатвміщуючі засоби широко використовуються в лікуванні різноманітних патологій ЦНС, серцево-судинної системи тощо. Це зумовлено важливою роллю янтарної кислоти в біохімічних процесах клітини в якості субстрату окислення в циклі трикарбонових кислот – центральному ланцюзі метаболізму. Вказані дані сприяли синтезу багатьох сполук, що містять солі янтарної кислоти (емоксипін, мексидол, мексикор тощо) та проявляють різноманітні фармакологічні ефекти. Нашу увагу привернуло нове похідне бензімідазолу та янтарної кислоти – бемітилу сукцинат, а саме дослідження його здатності підвищувати фізичну працездатність тварин.

Мета роботи: вивчити актопротекторні властивості бемітилу сукцинату в порівнянні з бемітилом.

Матеріали та методи. Дослідження проведені на 49 білих нелінійних щурах обох статей масою 160-190 г, розподілених на групи: 1-ша – контроль, 2-6-та групи - щурі, що отримували перорально бемітилу сукцинат в дозах, що становили відповідно 0,6; 1,25; 2,5; 5 та 10% від його ЛД₅₀, 7-ма - щурі, що отримували еталонний актопротектор бемітил (33,5 мг/кг внутрішньоочеревино) в дозі ЕД₅₀ за попередніми дослідженнями (Лонська О.П., 2008). Зазначені сполуки вводили за 40 хв до тестування. Для оцінки актопротекторної ефективності досліджуваних сполук використовували показник тривалості плавання щурів у воді t 24-26 °C з додатковим навантаженням (10 % від маси тіла), що кріпилось до кореня хвоста (Головенко М.Я., 2002). Визначали час плавання щурів до появи ознак повної втоми (занурювання, опускання на дно). На основі результатів розраховували ЕД₅₀ (середньоєфективну дозу речовини, яка сприяла зростанню тривалості плавання тварин на 50%).

Результати. Дослідження показало, що нове похідне бензімідазолу та янтарної кислоти бемітилу сукцинат, подібно до бемітилу, проявляє актопротекторний ефект, що проявилось вірогідним збільшенням тривалості плавання щурів у більшості досліджених доз (0,6; 1,25; 2,5; 5; 10% ЛД₅₀) порівняно з контролем, причому ця дія є дозозалежною (динаміка тривалості плавання, відповідно, -3,4; +69; +63; +60; +12%). Це дало змогу розрахувати ЕД₅₀ бемітилу сукцинату (15,1 мг/кг).

Висновки. В результаті дослідження встановлено, що бемітилу сукцинату притаманна актопротекторна активність. Зазначена дія є дозозалежною. За показником ЕД₅₀ бемітилу сукцинат (15,1 мг/кг) переважає бемітил (33,5 мг/кг) в актопротекторній активності вдвічі. Враховуючи ці дані та перспективність вивчення метаболітних препаратів, можна вважати цікавим подальше дослідження актопротекторних властивостей нового похідного бензімідазолу та янтарної кислоти.

Т. І. Баланчук

ВИЗНАЧЕННЯ ЯКІСНОГО СКЛАДУ ТА КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ АМІНОКИСЛОТ В СУЦВІТТЯХ ТА ЛИСТІ CARDUUSNUTANS L. та CARDUUSACANTHOIDES L.

Кафедра фармації

О.В.Мазулін (д.фарм.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ у світі понад 2 млрд людей страждають на захворювання печінки. У лікуванні цих патологій успішно застосовують лікарські рослини та препарати на їх основі з гепатопротекторними властивостями. Суттєву роль у реалізації гепатозахисної дії відіграють амінокислоти, що входять до складу лікарської рослинної сировини (ЛРС). Крім нормалізації функції печінки, вони також стимулюють кровотворення, мають кровоспинну дію. Препарати, що вміщують амінокислоти, широко застосовуються в медичній практиці для парентерального харчування, лікування захворювань органів травлення, гепатобіліарної системи, анемії, опіків, нервово-психічних і епілептичних випадків. Визначення амінокислотного складу у рослинній сировині та лікарських засобах на їх основі має великий науковий і практичний інтерес.

Мета: Дослідження якісного складу та кількісного вмісту амінокислот у ЛРС будяку пониклого (*Carduus nutans* L.), будяку акантовидного (*Carduus acanthoides* L.) флори України.

Матеріали та методи: Об'єктом дослідження були суцвіття та листя будяку пониклого та б. акантовидного, заготовлені в різних регіонах України під час цвітіння (травень-серпень 2015 р.р.), відповідно до загальних вимог ДФУ. Для аналізу використовували метод ВЕРХ, запропонований Штейном і Муром у сучасній модифікації, на хроматографі ААА Т-339 (Чехія). Хроматографічна колонка приладу з катіоном марки Ostion LGAN (l=600 мм, d=8,0 мм, колонка №1) і (l=700 мм, d=7,0 мм, колонка №2). Елюентами були цитратні буферні розчини (рН = 3,25; 4,25; 5,28) під робочим тиском 14-16 кПа/см² (колонка №1) і 4-8 кПа/см² (колонка №2), об'єм досліджуваного розчину 100 мкл.

Результати: Встановлено присутність та концентрації до 15 амінокислот (вільних та у складі білка). З них 7 є незамінними (лейцин, ізолейцин, метіонін, фенілаланін, валін, лізин, треонін).

Висновки: Результати дослідження якісного вмісту та кількісного складу амінокислот у суцвіттях та листі *Carduus nutans* L. та *Carduus acanthoides* L. дозволяють рекомендувати рослини як перспективне джерело для одержання ефективних лікарських засобів з вираженою гепатопротекторною дією.

І.С. Башенко

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ З ТОЧКИ ЗОРУ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

Н.В. Щербенюк (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Профілактика і лікування захворювань печінки залишається серйозною проблемою охорони здоров'я як в Україні, так і за кордоном. Сьогодні у світі кількість хворих з різною гепатобіліарною патологією перевищує 2 млрд. людей. Для патогенетичної терапії захворювань печінки широко використовують препарати з групи гепатопротекторних лікарських засобів (ЛЗ), ефективність та безпека застосування яких є предметом дискусій у професійних колах.

Мета. Визначити ефективність та безпеку застосування гепатопротекторів при різних захворюваннях печінки шляхом опрацювання літературних джерел та провести аналіз продажів гепатопротекторів в аптеках м. Вінниці та м. Роздільна (Одеська обл.).

Матеріали та методи. Проведено опрацювання баз даних PubMed, Cochrane Collaboration, бази клінічних досліджень Америки, Всесвітньої бази клінічних досліджень, наукових статей, монографій та експертних думок. Проаналізовано Державний реєстр ЛЗ з метою вивчення асортименту даної групи препаратів на фармацевтичному ринку України. Опрацьовані звіти про продажі ЛЗ у двох аптеках. Статистична обробка результатів проведена із застосуванням програмного забезпечення Excel.

Результати. Найбільшою ефективністю та безпекою володіють гепатопротектори на основі есенціальних фосфоліпідів (ЕФЛ). Накопичених відомостей недостатньо, щоб широко застосовувати ЛЗ розторопші плямистої при всіх захворюваннях печінки. Препарати на основі артишоку позитивно впливають на рівень холестерину в крові, проте гепатопротективні властивості досліджені недостатньо. Проведені клінічні дослідження свідчать про невисоку ефективність ЛЗ урсодезоксихолевої кислоти. Наявні РКД не дозволяють з впевненістю говорити про ефективність адеметіоніну. Виявлено суперечливі дані щодо безпеки препаратів на основі індійських трав. За допомогою маркетингового аналізу асортименту гепатопротекторів виявлено, що на ринку переважають іноземні препарати. Країнами-лідерами є Німеччина, Канада, Великобританія. Вивчення лікарських форм показало, що гепатопротекторні засоби представлені у вигляді таблеток та капсул. Аналіз продажів виявив, що в різних територіальних одиницях лідирують різні препарати. За кількістю проданих упаковок та сумарною виручкою в м. Роздільна першість займають препарати ЕФЛ, на другому місці препарати розторопші плямистої, в м. Вінниці навпаки – на першій позиції препарати розторопші плямистої, а на другій — препарати ЕФЛ.

Висновки. На сьогодні ми маємо недостатню доказову базу ефективності та безпеки застосування гепатопротекторів, що свідчить про необхідність проведення рандомізованих клінічних досліджень, які б відповідали вимогам належної клінічної практики (GCP). Аналіз ринку гепатопротекторів вказує на домінування імпортованих ЛЗ в асортиментній ніші даної групи. Це має спонукати українських виробників до розробки і впровадження вітчизняних аналогів, що значно скоротить витрати пацієнтів на лікування. Гепатопротектори, які найчастіше реалізуються через аптечні заклади, володіють найбільшою доказовою базою.

І.С. Башенко

МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ПІДЛЯГАЮТЬ ПРЕДМЕТНО-КІЛЬКІСНОМУ ОБЛІКУ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ м. ВІННИЦІ

Кафедра фармації

О.Д. Благун (ст. викл.)

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

Актуальність: Серед багатьох проблем українського суспільства достатньо гострою є проблема наркоманії, яка, в тому числі, пов'язана із ростом її розповсюдженості та зловживанням лікарськими засобами (ЛЗ), які у своєму складі містять наркотичні та психотропні речовини. Зокрема, особливої уваги потребує контроль за обігом комбінованих ЛЗ, які вміщують ефедрин, псевдоєфедрин, трамадол та декстропропаксифен та підлягають предметно-кількісному обліку (ПКО). На сьогодні обіг зазначених ЛЗ в аптечних закладах (за виключенням сиропів, які містять у своєму складі ефедрин) регулюється наказом МОЗ України від 19.07.2005 р. №360. (зі змінами та доповненнями додатком 3, пунктом 4). Однак у професійних фармацевтичних колах проблема обігу цих препаратів є предметом частих дискусій.

Мета: Дослідити асортимент комбінованих ЛЗ, які підлягають ПКО на фармацевтичному ринку м. Вінниці.

Матеріали та методи: Проаналізовано нормативно-директивні документи, що контролюють обіг даної групи препаратів. Проведено аналіз Державного реєстру лікарських засобів з метою визначення асортименту зареєстрованих комбінованих ЛЗ, що підлягають ПКО. Визначено за допомогою маркетингових досліджень асортиментну нішу препаратів даної групи, що представлені в аптечних закладах м. Вінниці.

Результати: На фармацевтичному ринку України зареєстровані торгові назви комбінованих ЛЗ, що містять підконтрольні речовини і підлягають ПКО у такій кількості: трамадолу – 2, ефедрину - 2, псевдоєфедрину – 7, декстропропаксифену - 1. Питома вага даної групи препаратів у загальній структурі фармацевтичного ринку згідно з даними Державного реєстру станом на 24.02.2016 р. становить 0,12 %. Зазначені ЛЗ відпускаються з аптек за рецептурним бланком форми ф-1, який має бути оформлений основними та додатковими реквізитами. Досліджені ЛЗ не підлягають відпуску за безоплатними та пільговими рецептами, окрім тих, що в своєму складі містять трамадол. Зауважимо, що на такому бланку дозволяється виписувати лише одне найменування ЛЗ. Такі рецепти, при відпуску, залишаються в аптечному закладі та зберігаються 1 рік, не враховуючи поточного. Серед даної групи препаратів на фармацевтичному ринку м. Вінниці виявлено лише один комбінований ЛЗ, до складу якого входить ефедрин, що становить 8,3 % від загального асортименту даної групи препаратів. Згідно з маркетинговим аналізом встановлено, що обігом підконтрольних ЛЗ у м. Вінниці займається обмежена кількість аптек.

Висновки: Обмежена кількість аптек та незначний асортимент комбінованих ЛЗ, які підлягають ПКО, призводить до зниження якості забезпечення хворих. Питання вилучення процедури ведення предметно-кількісного обліку комбінованих ЛЗ в аптечних закладах, на фоні жорсткого контролю за їх рецептурним відпуском, значною мірою сприятиме подоланню зазначеної проблеми.

Р.Г. Бражник, Р.Д. Кобко

ПЕРЕВАГИ У МЕХАНІЗМІ ДІЇ БЛОКАТОРІВ РЕЦЕПТОРІВ АНГІОТЕНЗИНУ 2 ПЕРШОГО ТИПУ НАД ІНГІБІТОРАМИ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ

Кафедра фармакології та клінічної фармакології

Н.О. Горчакова (д.мед.н., проф.)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність. На даний час блокатори рецепторів ангіотензину II першого типу (БРА) є останнім класом антигіпертензивних засобів першого ряду. Вони довго перебували в тіні інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ). БРА використовували лише при непереносимості останніх або при наявності побічних дій ІАПФ. Але ефективність БРА при артеріальній гіпертензії стала доведеною, а самі препарати стали популярними антигіпертензивними ліками у світі.

Мета. Встановити переваги у механізмі дії БРА над ІАПФ.

Матеріали та методи. Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури, відомостей Інтернету.

Результати. Білок ангіотензиноген утворюється в печінці й розщеплюється протеолітичним ферментом ренином, який походить з юктагломерулярних клітин нирки, до утворення ангіотензину I (А1). ІАПФ відщеплює дві амінокислоти від А1, утворюючи А2, що і є ефекторним гормоном. А2 з'єднується з рецепторами до нього. Людина має два типи рецепторів до А2 — АТ1 і АТ2. Судинні ефекти ренин-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) діють через вплив на АТ1-рецептори. У продукції А2 беруть участь також інші ферменти. Вони були виявлені в серці, нирках, судинах та ін. (тканинний активатор плазміногену, катепсин G, тонін, хімази). Це може відігравати роль у «втечі ІАПФ», коли при тривалому вживанні ІАПФ не вдається повністю пригнічити вироблення А2. Прийом ІАПФ також призводить до зменшення розпаду брадикініну. З цим пов'язаний вплив ІАПФ на функцію ендотелію, згортання крові та фібриноліз. Зараз невідомо, яка із двох дій більше впливає на кінцевий клінічний ефект. На відміну від ІАПФ БРА блокують лише АТ1-рецептори. Через це, утворений будь-яким шляхом, А2 не може зв'язатися із заблокованим рецептором. Але він може взаємодіяти з АТ2-рецепторами. Активація АТ2-рецепторів має обернений ефект щодо активації АТ1-рецепторів. Виходить що, порівняно з ІАПФ, БРА ефективніше блокують РААС, не впливають на брадикінін і на процеси згортання крові та фібриноліз, а також мають вплив на ендотелій тільки блокуючи РААС. Отже, різниця в механізмах дії ІАПФ та БРА стверджує те, що подібність їх дії полягає лише у впливі на активність РААС. Але кінцевий результат дії обох класів значно відрізняється, що впливає на різні біохімічні процеси організму та дає різні клінічні ефекти.

Висновки. Використання БРА в клінічній практиці показало, що при порівнянні з ІАПФ та з іншими групами антигіпертензивних препаратів першого ряду вони справляють еквівалентний антигіпертензивний ефект, мають позитивні метаболічні властивості, характеризуються дуже доброю переносимістю, що сприяє їх високій ефективності в запобіганні серцево-судинних та ниркових ускладнень.

А.С. Воронкіна

РОЗРОБКА СКЛАДУ І ТЕХНОЛОГІЇ ОСНОВИ ДЛЯ КОНДИТЕРСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ

Кафедра фармації

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Л.Л. Давтян (д.фарм.н., проф.)

Кафедра фармацевтичної технології та біофармації

Національна медична академія ім. П.Л. Шупика

м. Київ, Україна

Актуальність: Запальні захворювання пародонту за даними ВООЗ є одними з найбільш поширених в Україні і світі. Зважаючи на це актуально є розробка нових лікарських форм, що дозволяли б чинити тривалий терапевтичний ефект та одночасно були б зручними у застосуванні. Однією з таких лікарських форм, віднесених до групи кондитерських, є жувальні цукерки.

Мета: Метою дослідження було вивчення органолептичних та фізико-механічних властивостей основ, виготовлених за різними технологіями та з різних складових, та обґрунтування їх використання в технології стоматологічних жувальних цукерок

Матеріали і методи: Для виготовлення зразків основи для стоматологічних жувальних цукерок використовували цукор, цукровий сироп, крохмальну патоку та цукрозамінники: фруктозу та ксиліт, у якості желуючих агентів – желатин, агар, пектин, альгінат натрію, хітозан, воду очищену для розчинення водорозчинних речовин, кислоту лимонну та кислоту молочну, як коригенти смаку та для створення кислого середовища, у різних співвідношеннях та кількостях. Використовувались різні способи додавання та змішування полімерів та вуглеводів. Після виготовлення порівнювали органолептичні властивості основ для цукерок: колір, блискучість, прозорість, однорідність, а також фізико-механічні властивості: міцність на розрив та еластичність.

Результати: Було виготовлено основи для жувальних цукерок 24 різних складів. Оптимальні органолептичні та фізико-механічні властивості показали цукерки на основі натуральних рослинних желуючих агентів та деяких

їх комбінацій. Зважаючи на перспективу використання лікарського засобу на розробленій основі у стоматології для її приготування був обраний цукрозамінник, що, відповідно до даних літературних джерел, чинить найменший вплив на зубну емаль, а в якості коригента та для творення кислого середовища – кислота лимонна. Подальші фізико-механічні дослідження дозволили обґрунтувати концентрацію желюючого агента та спосіб його введення до складу основи.

Висновки: Розробка складу кондитерської стоматологічної лікарської форми у вигляді жувальних цукерок на сьогоднішній день є актуальною. Проведені дослідження дозволили обрати комбінацію інгредієнтів для виготовлення основи для жувальних цукерок, а саме рослинного полімера та цукрозамінника, яка показала оптимальні органолептичні та фізико-хімічні властивості для обраної стоматологічної лікарської форми.

Ф.В. Гладких

ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКОВОЇ СЕКРЕЦІЇ У ЩУРІВ З АД'ЮВАНТНИМ АРТРИТОМ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ ІБУПРОФЕНУ ТА ЙОГО КОМБІНАЦІЇ З ВІНБОРОНОМ

Кафедра фармакології

Н.Г. Степанюк (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) належать до числа лікарських засобів, які найчастіше використовуються в клінічній практиці, що обумовлено унікальним поєднанням протизапального, анальгетичного, жарознижуючого та антиагрегантного ефектів. Проте, застосування НПЗП може супроводжуватись рядом побічних ефектів, перш за все з боку шлунково-кишкового тракту. Багатогранність патогенезу НПЗП-індукованих гастропатії слугує підґрунтям застосування препаратів з політропними фармакологічними властивостями для корекції побічних ефектів нестероїдних антифлогістиків.

Мета: Оцінити вплив монотерапії ад'ювантного артриту (АА) ібупрофеном та його комбінації з вінбороном на рН шлункового соку.

Матеріали і методи: Дослідження проведено на 42 статевозрілих нелінійних щурах-самцях, розбитих на 6 груп: I – інтактні щури (n=7), II – щури зі змодельованим АА без лікування (контроль), III (n=7) та IV (n=7) – щури з АА, які отримували ібупрофен (73 мг/кг, внутрішньошлунково (в/ш) та 218 мг/кг, в/ш відповідно), V (n=7) та VI щури (n=7) ліковані ібупрофеном (73 мг/кг, в/ш та 218 мг/кг, в/ш відповідно) в комбінації з вінбороном (11 мг/кг, в/ш). Шлункову секрецію досліджували за методикою Н.Шау.

Результати: Проведене дослідження показало, що на 28 добу експерименту у щурів з АА, які не отримували лікування відмічалось зниження рівня рН на 19,7% відносно інтактних тварин (2,13) та становив відповідно 1,74. Монотерапія ібупрофеном статистично вірогідно призвела до ще більшого зниження значення рН шлункового соку відносно контрольних тварин та становило відповідно 1,34 при застосуванні вказаного антифлогістика в дозі 73 мг/кг та 1,07 при застосуванні ібупрофену в дозі 218 мг/кг маси тіла щура. Найвиразніші зміни з боку шлункової секреції відмічались при застосуванні ібупрофену в дозі 218 мг/кг, що співставляється з даними літератури про дозозалежність як фармакотерапевтичної активності, так і гастротоксичності ібупрофену. Комбінована терапія АА ібупрофеном та вінбороном призвело до статистично вірогідної нормалізації рН, що практично співставлялось з показниками інтактних тварин.

Висновки: Застосування ібупрофену в терапії АА у щурів призводить до зниження рН шлункового соку. Одночасне введення в організм щурів з АА ібупрофену та вінборону супроводжується нівелюванням ознак гастротоксичності вказаного НПЗП за рахунок послаблення факторів агресії шлункового соку, зокрема нормалізації рН.

Н.О. Гребената, О.О. Павловська

ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

Т.М. Маслоїд (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Хронічне обструктивне захворювання легень є одним із найбільш частих та важких прогресуючих захворювань дихальної системи та значною медико-соціальною проблемою сьогодення. ХОЗЛ розглядається як мультифакторне захворювання, що виникає внаслідок взаємодії генетичних чинників і впливу ендогенних факторів, таких як куріння, вік, професійні шкідливості, часті респіраторні інфекції в дитячому віці, забруднення міського повітря та повітря погано провітрюваних житлових приміщень, бідність. В медико-соціальному та економічному плані воно являється однією із основних причин захворюваності та смертності у всьому світі.

Мета: Оцінити ефективність базисної терапії у пацієнтів із ХОЗЛ.

Матеріали та методи: Обстежено 32 пацієнти з ХОЗЛ III ступеня, які знаходилися на лікуванні в пульмонологічному відділенні ВОКЛ ім.М.І. Пирогова. Серед них 28 чоловіків та 5 жінок. Середній вік хворих

51,18 ± 1,28 р.. Для оцінки якості життя у пацієнтів з ХОЗЛ застосовували опитувальник САТ-тест, який складається з восьми пар тверджень, котрі протилежні відносно один одного. Вони охоплюють такі аспекти як кашель, кількість мокротиння, відчуття стиснення у грудях, задишка, обмеження активності, впевненість в собі при знаходженні поза домом, якість сну, енергійність. Пацієнту пропонується відзначити точку, яка найближче до його відчуттів. Кожній точці надається бал. Сума набраних балів 0 - 10 - незначний вплив хвороби на якість життя, 11 - 20 - помірний, 21 - 30 - виражений, від 31 до 40 – надмірно сильний. З допомогою шкали MRC-тесту оцінювали ступінь задишки за 5-ти бальною шкалою. Визначалося насичення гемоглобіна артеріальної крові киснем за допомогою пульсоксиметра PatientMonitorBR-88. Критерієм наявності гіпоксемії вважали сатурацію менше 95 %. Спірографічне дослідження проводилось на апараті MicroLabSpiro: визначали вираженість бронхіальної обструкції по показнику ОФВ₁ в %. Хворі отримували базисну терапію згідно наказу МОЗ України №555 від 27 червня 2013 р. Обстеження проводили до- та через 24-28 днів проведеної терапії.

Результати: В результаті проведеного нами дослідження можна стверджувати, що після проведеної фармакотерапії показники САТ-теста покращились на 44,22 %. Інтерпретація цих величин визначає перехід із «надмірно сильного» впливу захворювання в межі «помірного» впливу ХОЗЛ на якість життя хворих. Показник ОФВ₁ у пацієнтів зріс на 22,28%. По результату MRC – тесту, задишка зменшилась на 43,10%. Показники насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем покращились на 6,72%.

Висновки: Базисна терапія ХОЗЛ сприяє позитивній динаміці показників насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем та показників ОФВ₁; сприяє зменшенню задишки та покращує якість життя хворих.

В.В. Забава

ДОЦІЛЬНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЙОДУ ТА СЕЛЕНУ В ЛІКУВАННІ ЙОДОДЕФІЦИТНИХ СТАНІВ

Кафедра фармакології

О.С. Пашинська (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Життєдіяльність і адаптація організму до проживання в навколишніх умовах середовища значною мірою залежать від забезпеченості його поживними речовинами, в тому числі макро- і мікроелементами. Типовим прикладом мікроелементозів є "йододефіцитні захворювання", причиною яких спочатку вважали виключно дефіцит йоду в харчуванні населення. Проте, багато фундаментальних досліджень з біохімії, молекулярної фармакології мікроелементів показали, що в профілактиці та терапії йододефіцитних станів слід враховувати нерозривний зв'язок метаболізму йоду з метаболізмом інших мікронутрієнтів. Навіть за наявності йоду, дефіцит Se може спровокувати руйнування тканини щитоподібної залози.

Мета. Проаналізувати необхідність комбінації мікроелементів селену та йоду в нормалізації функції щитоподібної залози в умовах йододефіциту.

Матеріали та методи. Опрацювання вітчизняних та зарубіжних літературних джерел з питань поширеності та доцільності призначення препаратів, що містять селен в комбінації з йодвмісними лікарськими засобами для регуляції йододефіциту в Україні та світі.

Результати. Починаючи з 60-х років ВООЗ та ЮНІСЕФ склали світову мапу «йододефіцитних» країн, серед яких є і Україна. У 80-х в країнах з важким дефіцитом йоду прийняті програми йодування харчової солі. Однак, при масовій йодизації виявлена небажана закономірність: при тому, що випадки зоба за 7 років зменшились на 30-50%, частота аутоімунних захворювань щитоподібної залози збільшилась у 3 рази. Лише йоду недостатньо для вирішення проблеми з щитоподібною залозою. Зниження рівня селену призводить до зміни структури щитовидної залози, появи новоутворень, розвитку аутоімунних процесів. Величезна кількість досліджень доводять, що йод та селен спільно забезпечують процес утворення тиреоїдних гормонів і нормальне функціонування щитоподібної залози. При недостатньому надходженні мікроелементу з їжею його експресія пригнічується, що веде до накопичення H₂O₂, перекисного окислення ліпідів і може індукувати апоптоз клітин. Селен інактивує надлишок гідроген пероксиду та запобігає пошкодженню клітин. Нестача селену призводить до гормонального дисбалансу. Від його рівня залежить не тільки утворення гормонів, але й реалізація їх функцій в організмі в цілому, і прийом лише йоду не може заповнити цей дефект. На підставі знання про взаємозв'язок йоду та селену було створено ряд комбінованих засобів для лікування йододефіцитних станів, серед яких є ЙоСен – перший препарат, що містить добову дозу йоду та селену в одній таблетці.

Висновки. Враховуючи, що в етіології йододефіцитних захворювань, крім йоду, має значення дисбаланс селену, перспективним буде застосування комбінованих препаратів, що забезпечать спільне надходження в організм обох елементів.

А.С. Заяц
СІГМА-РЕЦЕПТОРИ І МЕХАНІЗМИ ДІЇ АНТИДЕПРЕСАНТІВ

Кафедра фармакології
О.М. Денисюк (к.мед.н., доц.)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність: Проблема розробки нових ефективних і безпечних антидепресантів з новими механізмами дії є однією з найбільш актуальних, враховуючи збільшення захворюваності на депресивні розлади. Сьогодні велику увагу привертають дослідження, спрямовані на вивчення нейрональних механізмів дії антидепресантів. Одним з найбільш цікавих і перспективних напрямків в рамках даного пошуку стало вивчення сигма-рецепторів (σ -рецепторів).

Мета: Проаналізувати особливості дії антидепресантів, що впливають на сигма-рецептори ЦНС.

Матеріали і методи: публікації в фахових виданнях, присвячені зазначеній проблемі.

Результати: Більшість антидепресантів мають ту чи іншу ступінь афінності до них. Найбільша виявлена у Флувоксаміну (Депривокс, Феварин) - селективного інгібітора оборотного захоплення серотоніну. Йому, на відміну від інших препаратів цієї групи, притаманна виразна тимоаналептична і анксиолітична дія в поєднанні з м'яким психостимулюючим ефектом, позитивним впливом на когнітивну сферу (суттєве покращення пам'яті, уваги, здатності до навчання), а також безпечність. Саме впливом на σ -рецептори пояснюють суттєві відмінності його клініко-фармакологічних ефектів. Отже, σ -рецептори (σ -1, σ -2) у ЦНС були виділені ще в 1976 р. і спочатку розглядалися як один з підтипів опіатних рецепторів, проте після детального вивчення вони були також віднесені до окремого класу внутрішньоклітинних рецепторних структур. Показано, що сигма-рецептори беруть участь в регуляції активності адрено-, дофамін- і серотонінергічних систем мозку, очевидно, за рахунок модулюючого впливу як на вивільнення медіатора в синаптичну щілину, так і на рівні зв'язування з рецепторними структурами. Тому в рамках депресії активація σ -рецепторів шляхом застосування їх агоністів може сприяти активації серотонін і адренергічної передачі в різних ділянках ЦНС. σ -рецептори розглядаються в якості білка-шаперона - універсального регулятора внутрішньо- і позаклітинних функцій в умовах клітинного стресу, що сприяє реалізації адаптаційних реакцій як на клітинному, так і на системному рівнях. Крім цього, через σ -рецептори забезпечується активація процесів спраунтингу (ріст і розгалуження нейрональних закінчень), що визначає нейропластичні можливості мозку. Ці рецептори також приймають участь в регуляції активності різних іонних каналів (кальєвих, кальцієвих, хлорних) і нейротрансмітерних рецепторів (NMDA, ГАМК). Так, в дослідженнях доведено, що під впливом флувоксаміну відбувається ослаблення патологічної гіперактивності NMDA-рецепторів, що може розглядатися як ще одна ланка антидепресивного ефекту.

Висновки: Таким чином, активація процесів в головному мозку, опосередкованих через сигма-рецептори, шляхом спрямованого фармакологічного впливу представляє сьогодні одне з найбільш перспективних напрямків психофармакології.

Н.С. Іваненко
МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ І ТИПУ

Кафедра фармації
А.І. Коваль (асистент)
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Частота розвитку діабетичної нефропатії (ДН) при ЦД досить висока: при ЦД I типу вона складає 25-40%. У пацієнтів з ЦД I типу та будь-яким порушенням функцій нирок слід підтримувати АТ <130/80 мм рт.ст. На початкових стадіях ДН приймають ЛЗ групи інгібіторів АПФ в мінімальних дозах при нормальному АТ та в середньотерапевтичних дозах при підвищеному АТ понад 130/80 мм рт.ст..

Мета. Аналіз вітчизняного та закордонного ринку ЛЗ групи інгібіторів АПФ для застосування при лікуванні ДН на тлі ЦД I типу.

Матеріали і методи. Здійснено ретроспективний аналіз карт історій хвороб пацієнтів з основним діагнозом ЦД I типу, які були госпіталізовані протягом 2014 року у Вінницькому обласному ендокринологічному диспансері. Досліджували аналіз ринку вітчизняного та закордонного виробництва ЛЗ для застосування при лікуванні ДН на тлі ЦД I типу.

Результати. Проведено маркетингове дослідження вітчизняного та іноземного фармацевтичного ринку інгібіторів АПФ, які застосовуються для лікування ДН, відповідно стандартам протоколу лікування за 2014 рік. За даними Державного реєстру ЛЗ України, на час дослідження в Україні було зареєстровано 6 міжнародних непатентованих назв та 62 торгові назви інгібіторів АПФ. При проведенні аналізу асортименту ЛП встановлено, що ринок вітчизняного виробництва становив — 33, 87%, а закордонного виробництва — 66,13%. Аналітичним методом вивчено найчастіше призначення та застосування інгібіторів АПФ, а саме: лізиноприл, берліприл, копренеса, кардиприл, еналаприл. На фармацевтичному ринку ЛП вітчизняного виробництва представлені такі лідери-виробники, як: "Астрафарм", "Київмедпрепарат", "Київський вітамінний завод", "Фармацевтична фірма "Дарниця", "Лекхім-Харків", "Лубнифарм", "Фармацевтична компанія "Здоров'я", "Фармак", "Хімфармзавод

"Червона зірка", "Фарма Старт", "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", та іноземного виробництва: КРКА, Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Мерк Шарп і Доум Лімітед, Актавіс ЛТД, Санофі-Авентіс, Фармацевтичний завод ЕГІС, Актавіс АТ, Фламінго Фармасьютикалс Лтд, Пфайзер Менюфекчуринг Дойчленд ГмбХ Бетрібштетте Фрайбург, АЛКАЛОЇД АД-СКОП'Є, Лабораторія Бейлі Креат, Мікро Лабс Лімітед. Асортимент препаратів експортується з: Республіки Македонії, Індії, Словенії, Німеччини, Мальти, Болгарії, Ісландії, Угорщини, Італії, Великобританії серед зарубіжних фірм-виробників. Найбільша кількість експорту охоплює такі країни як: Індія, Словенія, Німеччина, Республіка Македонія.

Висновки. Результати дослідження асортименту інгібіторів АПФ за даними Державного реєстру ЛЗ України на 2014 рік дозволяють стверджувати про домінування ЛЗ іноземного виробництва (66,13%) над вітчизняним (33,87%).

А.І. Коваль

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ ЧАСТОТИ УРАЖЕННЯ ОЧЕЙ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТИПУ ПРОТЯГОМ 2012-2013 РОКІВ

Кафедра фармації

О.О. Яковлева (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: У зв'язку з погіршенням екологічної ситуації, зміною харчового раціону населення та підвищенням кількості стресових ситуацій все більшого розповсюдження здобуває цукровий діабет. На жаль, це невилковне захворювання вражає абсолютно всі без винятку органи та системи людського організму. Не в останню чергу відбувається і специфічне пошкодження очей. Зі сторони очей можливе різноманітне ураження структур ока: діабетична катаракта, діабетична глаукома, діабетична ретинопатія. Та все ж таки найчастіше до повної інвалідизації призводить діабетичне ураження сітківки – ретинопатія. Ретинопатія при цукровому діабеті постійно прогресує, тому відслідковувати такі зміни можна за допомогою знімків очного дна, які проводять в різний час в динаміці.

Мета: Аналіз частоти ураження очей на тлі цукрового діабету І типу протягом 2012-2013 років у Хмельницькому регіоні.

Матеріали і методи: Здійснено ретроспективний аналіз 390 карт історій хвороб пацієнтів з основним діагнозом цукрового діабету І типу, які були госпіталізовані протягом 2012-2013 років у Хмельницькій обласній лікарні. Ураження очей на тлі цукрового діабету І типу верифіковано за даними лабораторних і клінічних досліджень. Критеріями виключеннями були діти та підлітки, хворі на цукровий діабет І типу, а також вагітні жінки.

Результати: При проведенні ретроспективного аналізу карт історій хвороб діагноз цукрового діабету І типу було встановлено співвідношення захворюваності на цукровий діабет І типу у 2012 році: чоловіки — 134 (59,82%), жінки — 90 (40,18%); в 2013 році: жінки — 86 (51,81%), чоловіки — 80 (48,19%). Пацієнти розподілялись відповідно віковим групам у 2012 році: І група — молодий вік (18-29 р.) - 95 хворих (42,4%), ІІ група — середній вік (30-44 р.) - 93 хворих (41,5%), ІІІ група — зрілий вік (59-64 р.) - 36 хворих (16,1%); у 2013 році: група — молодий вік (18-29 р.) - 75 хворих (45,2%), ІІ група — середній вік (30-44 р.) - 65 хворих (39,1%), ІІІ група — зрілий вік (59-64 р.) - 26 хворих (15,7%). Без значних коливань за роки спостереження найчастіше переважали пацієнти молодого віку. Специфічне ураження очей діагностовано з максимальною частотою, що становить 96,4-98,66%. Розвиток діабетичної ретинопатії на різних стадіях діагностовано у: 2012 році – 75 хворих (52,08%); 2013 році – 57 хворих (57,56%).

Висновки: Цукровий діабет І типу супроводжується специфічним ураженням очей, що сягає високої частоти показників 96,4-98,66%; раннє виявлення та лікування ретинопатії при цукровому діабеті дозволяє довше зберігати зір хворого; оптимальний рівень холестерину, глюкози в крові та артеріального тиску дозволяє уникнути ускладнень із зором при цукровому діабеті.

О.С.Ковальчук

ЛЕГКІ АЛГОРИТМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВАЖКИХ СТАНІВ

Кафедра фармакології

О.В. Грималовська (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Купірування гострих станів, таких як гостра серцева недостатність, набряк Квінке чи анафілактичний шок - вимагає застосування певного набору препаратів в строго визначеній послідовності. Часто ця послідовність є досить складною, тому для покращення її запам'ятовування потрібно розробляти чіткі асоціативні/аббревіатурні ряди.

Мета: Систематизувати матеріал про препарати для купірування гострих станів. Створити наочні матеріали (стенд) які будуть викликати прості та зрозумілі асоціації для покращення ефективності та спрощення вивчення даної теми.

Матеріали: лікарські засоби, що використовуються для купірування різноманітних гострих станів, тематичні

публікації з теми.

Методи: вивчення друкованих матеріалів та інтернет-ресурсів з теми, порівняльний аналіз дії лікарських засобів, систематизація та узагальнення матеріалів у вигляді демонстраційного стенду.

Результати: демонстраційний стенд, що наочно відображає алгоритми застосування препаратів для купірування гострих станів; особливості послідовностей використання лікувальних засобів.

Висновки: оскільки в екстрених ситуаціях, коли потрібно швидко купірувати гострий стан, лікар повинен швидко згадати чітку послідовність використання певного набору препаратів, то для покращення її запам'ятовування варто створювати демонстраційно-асоціативні стенди, які в легкій для сприйняття формі будуть відображати дану тематику. Демонстраційна наочність (стенд) допоможе якісному вивченню та засвоєнню матеріалу.

I.В. Костенко

СИНЕРГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ НАНОЧАСТИНОК ЗОЛОТА В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра фармакології та клінічної фармакології

Н.О. Горчакова (д.мед.н., проф.)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Наноструктуроване золото останнім часом привертає пильну увагу дослідників. Це пов'язано з унікальними властивостями, які цей метал проявляє на рівні наночастинок. Такі властивості не характерні для макроскопічного золота і в основному пов'язані з великою кількістю поверхнево розташованих атомів, що зумовлено великим співвідношенням площі поверхні до об'єму наночастинок.

Мета: Оцінити властивості наночастинок золота, як переносників лікарських засобів.

Матеріали і методи: Аналіз вітчизняної, зарубіжної літератури та відомостей з мережі інтернет.

Результати: Було встановлено, що наночастинки золота мають значення як активні засоби доставки протипухлинних засобів до злоякісних пухлин та можуть самі пригнічувати їх ріст та розвиток і в той же час вон можуть бути датчиком для візуалізації за допомогою електронної мікроскопії. Впродовж останніх років з'явилися нові результати дослідження наночастинок золота, які можуть пояснити синергічні властивості наночастинок золота. При моделюванні пухлин шкіри у мишей встановлено, що застосування розчинів наночастинок золота з рентген- та радіоопроміненням дозволяє підвищити дозу опромінення і тим самим не тільки покращити ефективність, але і безпечність фармакотерапії. Досліджували вплив наноконструкції, який складався з наночастинок золота і полетіленгліколю. Даний композит порушував цілісність мембран клітин пухлини у мишей та знижував мітохондріальний потенціал мембран, що підтверджувало його ефективність як протипухлинного засобу, в тому числі при застосуванні з променевою терапією.

Висновок: Встановлені потенціуючі властивості наночастинок золота та наноконструкцій при застосуванні з рентгено- та радіотерапією.

А.О. Краєвська, Є.Л. Маркін

ФАРМАКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЦЕФТРИАКСОНУ У ХВОРИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ТА МІННО-ВИБУХОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ.

Кафедра фармакології

Н.В. Савченко (к.мед.н., доц.)

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: Одним з актуальних питань військово-шпитальної хірургії є тактика ведення та лікування пацієнтів із вогнепальними та мінно-вибуховими пораненнями. Це пов'язано зі збільшенням кількості хворих на дану патологію, важкістю діагностики та лікування, досить високим показником ускладнень та інвалідизації. Сучасна модернізація військової техніки призводить до більш тяжких за обсягом та перебігом поранень та їх ускладнень, особливо після приєднання інфекційних захворювань. Саме тому раціональне лікування та вибір тактики антибіотикотерапії вогнепальних поранень та мінно-вибухових травм займає ключове місце в військово-шпитальній хірургії.

Мета: Провести клініко-фармакологічний аналіз застосування цефтріаксону при лікуванні хворих з вогнепальними та мінно-вибуховими пораненнями.

Матеріали і методи: аналітичні, статистичні, порівняльні.

Результати: Цефтріаксон - антибіотик цефалоспоринового ряду III покоління, механізм бактерицидної дії якого пов'язаний із пригніченням активності ферменту транспептидази, що призводить до порушення біосинтезу пептидоглікану клітинної стінки мікроорганізмів. Препарат було обрано в якості парентеральної антибактеріальної фармакотерапії хворих з вогнепальними (10 пацієнтів) та мінно-вибуховими (7 пацієнтів) пораненнями після оперативного лікування на фоні щоденної обробки та перев'язки ран. Критеріями ефективності лікування були наступні ознаки: загальний стан пацієнта, температура тіла, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі та швидкість загоєння ран.

Для хворих із вогнепальними пораненнями тривалість лікування складала в середньому 7 днів. Позитивна

динаміка спостерігалась на другий-третій день після початку курсу у вигляді: 1) покращення загального стану пацієнтів; 2) спаду середньодобової температури (із 38,0-38,5 до 36,6-37,0⁰ С); 3) зменшення рівня лейкоцитів в загальному аналізі крові; 4) відсутність патологічних відхилень від норми в загальному аналізі сечі. На 5-6 день стан хворих значно поліпшився, температурні показники нормалізувались, лабораторні показники наблизились до норми, з'явилась грануляційна тканина в ранах, що свідчить про позитивну тенденцію.

Для пацієнтів із мінно-вибуховими травмами курс лікування складав в середньому 10 днів. Покращення стану спостерігалось на третій-четвертий день після призначення антибіотикотерапії: 1) спаду середньодобової температури (із 38,5-39,0 до 37,0-38,0⁰ С); 2) зменшення рівня лейкоцитів в загальному аналізі крові; 3) відсутність патологічних відхилень від норми в загальному аналізі сечі. Перші грануляції з'явилися на 7-8 день лікування.

При спостереженні за хворими побічних ефектів препарату не було виявлено.

Висновок: При динамічному спостереженні за станом пацієнтів із вогнепальними та мінно-вибуховими пораненнями було встановлено доцільність застосування цефтріаксону. У хворих з вогнепальними пораненнями позитивна динаміка спостерігалась швидше, ніж у хворих з мінно-вибуховими ушкодженнями, що пов'язано з важкістю і об'ємом отриманих поранень.

Г.І. Крамар

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗНЕБОЛЮЮЧОЇ ДІЇ СПОЛУКИ ПК-66 У ПОРІВНЯННІ З ТРАМАДОЛОМ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра фармакології

Г.І. Степанюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. В попередніх скринінгових дослідженнях серед нових похідних 4-оксо (аміно-) хіназоліну нами встановлено, що найбільша анальгетична активність на різних моделях болю притаманна 4-[4-оксо-(4Н)-хіназолін-3-іл] бензойної кислоти (сполуці ПК-66). Характер знеболюючого ефекту ПК-66 раніше не вивчався, що і стало підставою для нашого дослідження.

Мета дослідження: виявити наявність чи відсутність опіоїдергічного компонента в знеболюючій дії сполуки ПК-66.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на 28 нелінійних статевозрілих щурах-самцях масою тіла 170-210 г, розбитих на 4 групи по 7 тварин у кожній: I – щури, яким за 30 хв. до початку дослідження в/оч вводили одноразово трамадол у дозі 33 мг/кг; II – щури, яким за 30 хв. до початку дослідження в/оч вводили сполуку ПК-66 в дозі 1 мг/кг; III – щури, яким за 10-15 хв. до трамадолу (33 мг/кг в/оч) інтраперитонеально вводили одноразово налуксон в дозі 1 мг/кг; IV – щури, яким за 10-15 хв. до введення сполуки ПК-66 (1 мг/кг в/оч) вводили інтраперитонеально одноразово налуксон в дозі 1 мг/кг. Дози трамадолу та налуксону запозичені із літератури (О. Є. Ядловський, О.Д. Мовчан, 2011).

Ноцицептивну реакцію моделювали шляхом занурювання хвоста тварин у воду з температурою 50,0 ± 0,2⁰ С. Величину больового відчуття визначали за тривалістю (сек) латентного періоду відсмикування хвоста. Тестування проводили через 30, 60, 90, 120 і 180 хв. після введення досліджуваних речовин.

Результати: Встановлено, що налуксон у поєднанні з трамадалом викликає послаблення знеболюючої дії вказаного наркотичного анальгетика. Про це свідчило зменшення величини показника тривалості латентного періоду ноцицептивної реакції тварин у відповідь на дію термічного фактора. Найбільш чітко це проявилось на 90 хв. спостереження, коли на тлі налуксону величина знеболюючого ефекту трамадолу вірогідно зменшилась вдвічі, порівняно з дією самого наркотичного анальгетика.

В протилежність цьому в комбінації ПК-66 з налуксоном величина анальгетичного ефекту вказаної сполуки практично не змінювалась протягом всього експерименту відносно групи тварин, яким вводили лише одну сполуку ПК-66.

Таким чином, характеризуючи отримані дані, можна зазначити, що налуксон проявляє чіткий антагонізм відносно анальгетичного ефекту трамадолу. Це цілком узгоджується з даними інших дослідників (О. Є. Ядловський, 2011). На відміну від цього, при поєднанні налуксону з ПК-66 не відмічено послаблення величини знеболюючої дії даної сполуки. Результати проведеного дослідження дають підставу стверджувати, що сполука ПК-66 відноситься до числа ненаркотичних анальгетиків.

Висновок. У знеболюючій дії сполуки ПК-66, на відміну від трамадолу, відсутній опіоїдергічний компонент.

О.В. Матійків

СИНТЕЗ ТІАЗОЛО[4,5-В]ПІРИДИН-5-КАРБОНОВИХ КИСЛОТ ЯК ПОТЕНЦІЙНИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК

Кафедра фармацевтичної, органічної і біоорганічної хімії

А.В. Лозинський (к.фарм.н., ас.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

м. Львів, Україна

Актуальність: Похідні 4-тіазолідинону є широко відомим класом біологічно активних сполук. Так серед них

виділено ряд агентів, що мають виразну протимікробну, протипухлинну, протизапальну та протипаразитарну активність. Останнім часом на основі похідних тiazолідинону було створено ряд інноваційних лікарських засобів: подвійних інгібіторів ЦОГ-2/5-ЛОГ (дарбуфелон); агоністів PPAR- γ -рецепторів, як протидіабетичних препаратів (розіглітазон, піоглітазон); діуретиків (етозолін) тощо.

Не менш цікавими є похідні піридинового ряду, які є основою значної кількості біологічно активних речовин та ефективних лікарських препаратів. Понад 10 % з півтори тисячі найбільш регулярно вживаних лікарських препаратів припадає на частку сполук, що мають піридиновий фрагмент у молекулі. Серед похідних піридину є дуже важливі сучасні серцево-судинні, анальгетичні, ноотропні, проносні, антигістамінні, хіміотерапевтичні засоби, вітаміни тощо.

Тому актуальним є вивчення похідних які містять у структурі анельований тiazолідиновий та піридиновий біофорні фрагменти, особливо серед тiazоло[4,5-*b*]піридинів та їх аналогів. Так, сполуки цього класу виявляють афінитет до інтегрально зв'язаної кінази, метаболічних глутататних рецепторів, фосфодіестерази тощо.

Мета: Розробка препаративних методів синтезу тiazоло[4,5-*b*]піридин-5-карбонових кислот та дослідження їх протимікробної та протизапальної активності.

Матеріали і методи: Хімічний синтез, ЯМР-спектроскопія, рентгеноструктурний аналіз, карагенінова модель набряку, метод дифузії в агар.

Результати: З метою синтезу похідних тiazоло[4,5-*b*]піридин-5-карбонових кислот нами було апробовано взаємодію 4-аміно-5*H*-тiazол-2-ону та серії ариліденпіровиноградних кислот в умовах реакції [3+3]-циклоконденсації. Синтезовані сполуки були протестовані на предмет їх протимікробної та протизапальної активності. Скринінг протизапальної активності дозволив ідентифікувати ряд високоактивних сполук з показником пригнічення запальної реакції в межах 43.8%, що є співмірним або переважає в умовах експерименту активність еталонних лікарських засобів – диклофенаку натрію (43.2%) та кетанову (41.1%). Дослідження протимікробної активності проведено методом дифузії в агар і дозволило ідентифікувати ряд сполук, які проявили виражену протимікробну дію щодо метацилінчутливого та метацилінрезистентних штамів *S. aureus*, а також штаму дріжджоподібних грибів *Candida albicans* ST-1.

Висновки: Встановлено, що [3+3]-циклоконденсація 4-аміно-5*H*-тiazол-2-ону з ариліденпіровиноградними кислотами дозволяє одержати неописані в літературі 2-оксо-7-феніл-2,3-дигідротiazоло[4,5-*b*]піридин-5-карбонові кислоти, які є перспективними об'єктами у пошуку потенційних «лікоподібних молекул».

Я.І.Мосур¹, І.О.Петрик¹, Р.Г.Редькін²

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА КАРДІОПРОТЕКТОРНИХ ЕФЕКТІВ БЛОКАТОРА 11- β -ГІДРОКСИСТЕРОЇДДЕГІДРОГЕНАЗИ НА ПРИКЛАДІ ПОХІДНОГО 3,2'-СПІРО-ПІРОЛО-2-ОКСИНДОЛУ (СПОЛУКА R-86)

Кафедра фармакології¹

О.А.Ходаківський¹ (д.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова

м. Вінниця, Україна

Кафедра органічної хімії²

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. Відомо, що 11- β -гідроксистероїддегідрогеназа першого типу (11 β -HSD1) – фермент, який конвертує неактивні 11-кетоглюкокортикоїди в їх активні 11 β -гідроксиформи в печінці, жировій тканині, скелетних м'язах, міокарді та мозку. Стероїдна кардіотоксичність (надлишкова активність 11 β -HSD1), є важливою ланкою патогенезу та перспективною мішенню для кардіопротективної терапії деструктивно-дегенеративних змін м'язових волокон серця при його ішемічному ураженні або гострому стресовому ремоделюванні, викликаному надлишком катехоламінів. Новим напрямком у пошуку специфічних органопротекторів, є впровадження препаратів, що здатні послаблювати прояви стероїдної токсичності при ішемічно-гіпоксичних станах (гострій та хронічний стрес, цукровий діабет, інсульт, інфаркт міокарда (ІМ), метаболічний синдром, тощо) та захищати органи-мішені, в першу чергу – серце та головний мозок. Однією із перспективних біологічно-активних речовин, якій притаманні подібні властивості є похідне 3,2'-спіро-піроло-2-оксіндолу – сполука R-86, яка проявляє властивості блокатора 11 β -HSD1.

Мета. Доклінічна оцінка морфо-функціональних змін міокарда в умовах ІМ або гострої адреналінової кардіоміопатії (АК) на тлі застосування сполуки R-86.

Матеріали та методи. Поставлені завдання вирішені шляхом проведення серій експериментальних досліджень на моделях АК та пітуїтрин-ізадринного ІМ. Параметрами морфо-функціональних величин, що віддзеркалюють наявність кардіопротекторних ефектів сполуки R-86, були перш за все – динаміка летальності тварин, ступінь деескалації сегменту ST, зменшення титрів серцевого тропоніну I та рівня фрагментованої ядерної ДНК міокарда лівого шлуночка (кардіоапоптоз).

Результати. Застосування тваринам із модельною патологією міокарда (АК та пітуїтрин-ізадринний ІМ) сполуки R-86, яка проявляє властивості блокатора 11 β -HSD1, сприяло вірогідному ($p < 0,05$) зменшенню відносно шурів групи контрольної патології (в якості терапії отримували 0,9 % розчин NaCl) відповідно, в сироватці крові – титрів серцевого тропоніну I, в міокарді лівого

шлуночка – рівня фрагментованої ядерної ДНК, а на електрокардіограмі – деескалації сегменту ST. Ці зміни знайшли своє закономірне віддзеркалення у зменшенні показника летальності тварин. Зазначені позитивні зміни в морфо-функціональній активності серця при АК або ІМ свідчать про зменшення кардіодеструктивних процесів, локалізації ішемічного вогнища та наявності у сполуки R-86 кардіопротективної активності.

Висновки. Таким чином, досліджуване похідне 3,2'-спіро-піроло-2-оксіндолу – сполука R-86, яка проявляє властивості блокатора 11β -HSD1, є носієм кардіопротективної активності. Отримані дані є підґрунтям подальшої доклінічної оцінки цієї речовини на предмет всебічного обґрунтування доцільності створення на її основі промислового зразка фармацевтичної композиції лікарського засобу із кардіопротекторними властивостями для терапії ішемічно-гіпоксичного ураження міокарда.

О.С. Мотузенко

ДОСЛІДЖЕННЯ ГІПОГЛІКЕМІЧНОЇ АКТИВНОСТІ СУХОГО ЕКСТРАКТУ HEMEROCALLIDISFULVAEBULBOTUBERA В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра фармацевтичної хімії, кафедра фармакології

О.В. Зарічанська (ас.) Н.І. Волошук (д.мед.н, проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Фітотерапевтичний метод лікування і профілактики захворювань визнаний науковою медициною і має цілком обґрунтовану основу – біологічну активність хімічних компонентів лікарської рослинної сировини, здатних впливати на фізіологічні процеси в організмі. Лілійник буро-жовтий (*Hemerocallisfulva*L.) – багаторічна трав'яниста рослина з потужним повзучим кореневищем із запасуючими кореннями (коренебульбами). Сухий екстракт із коренебульб лілійника буро-жовтого, одержаний водним екстрагуванням – однорідний кристалічний сипучий порошок кремово-жовтого кольору, солодкувато-солоного пряного смаку, з легким приємним ароматним запахом, добре розчинний у воді. Хімічний склад його характеризується високим вмістом поліфруктану інуліну (46,8 %).

Мета. Оцінити гіпоглікемічну дію сухого екстракту лілійника жовто-бурого коренебульб за умов гострої та хронічної гіперглікемії у щурів.

Матеріали та методи. Досліди виконані на 96 білих нелінійних самках щурів масою 190-230 г. Гостру гіперглікемію викликали в/оч введенням 40% розчину глюкози в дозі 3 г/кг. Хронічну гіперглікемію моделювали п/ш введенням дексаметазону в дозі 0,125 мг/кг протягом 14 днів. Рівень глюкози в крові вимірювали за допомогою глюкометра. Щури були поділені на 4 групи по 7 тварин в кожній. I група – інтактні, II група – дексаметазон без корекції (контроль), III група – екстракт коренебульб лілійника в/шл, IV група – дексаметазон + екстракт коренебульб лілійника. Сухий екстракт коренебульб лілійника вводили в умовно-ефективній дозі, яку визначали за умов гострої гіперглікемії.

Результати. Наші результати засвідчили, що сухий екстракт коренебульб лілійника при його в/шл введенні на тлі гострої гіперглікемії у щурів викликав дозозалежну гіпоглікемічну дію, інтенсивність якої збільшувалась в інтервалі доз від 50 до 150 мг/кг. Подальше підвищення дози (175, 200 мг/кг) не супроводжувалось помітним зростанням досліджуваного ефекту. Тому для подальших досліджень було обрано дозу 150 мг/кг. 14-денне введення шурам дексаметазону шурам контрольної групи викликало збільшення рівня глікемії на 32,5% порівняно з інтактними тваринами. Введення фітопрепарату запобігало розвитку гіперглікемії (вміст глюкози в крові у щурів IV групи був на 25,9% нижчим, ніж у тварин II групи та статистично не відрізнявся від показника інтактних щурів). У тварин III групи 14-денне введення досліджуваного екстракту супроводжувалось зменшенням вмісту глюкози в крові на 5,63% порівняно з вихідними значеннями.

Висновки. Сухий екстракт коренебульб лілійника буро-жовтого має виразні гіпоглікемічні властивості і може бути рекомендований для подальших досліджень в якості цукрознижуючого засобу.

Д.В. Новиков

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З БОЛЬОВОЮ ФОРМОЮ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ

Кафедра загальної та військової хірургії

В. Є. Вансович (д.мед.н., проф.)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Актуальність: Спайкова хвороба очеревин (СХО) є одним із тяжких захворювань, яке характеризується високою частотою та частими епізодами больових рецидивів, зниженням або стійкій втраті працездатності, функціональними порушеннями, значною кількістю повторних оперативних втручань та зниженням якості життя. Розвиток больового синдрому протягом післяопераційного періоду примушує фахівців шукати нові схеми комплексної фармакотерапії болю.

Мета: підвищення ефективності профілактики та фармакотерапії вираженості болю у хворих на СХО шляхом додаткового включення в лікувальний комплекс пентоксифіліну (ПТФ) та ліпоєвої кислоти (ЛК).

Матеріали та методи: Обстежено та проліковано 60 хворих зі СХО, які були розділені на 2 групи (по 30 пацієнтів в кожній). Хворим 1-ї групи застосовували традиційне лікування, метою якого було в тому числі

пригнічення надмірного спайкоутворення у післяопераційному періоді. Хворим 2-ї групи до комплексного лікування додавали ПТФ та ЛК. Інтенсивність болю оцінювали в балах із застосуванням аналогової шкали оцінки болю.

Результати: Вираженість болю у хворих 1-ї групи через добу після операції дорівнювала 5.4 ± 0.6 балів, а у хворих 2-ї групи - 3.6 ± 0.4 бали, що було на 33 % менше порівняно з таким показником у хворих без сумісного введення ПТФ та ЛК ($p < 0.05$). Інтенсивність болю у хворих, яким додатково вводили ПТФ та ЛК, через 3 доби після операції була мінімальною. Вираженість болю в них була в 1.5 рази менше, ніж у хворих 1-ї групи ($p < 0.05$). Хворі 2-ї групи раніше починали рухатися, вставати, а також були виписані раніше, ніж хворі 1-ї групи, що також опосередковано свідчило про більш ефективне лікування спайкоутворення.

Висновки: Отримані дані свідчать про більшу ефективність лікування хворих зі СХО при додатковому включенні в схему лікування ПТФ та ЛК, що підтверджується кращим перебігом післяопераційного періоду та запобіганням розвитку больового синдрому. З точки зору вивчення механізмів реалізації антиспайкової активності обох препаратів важливо те, що для ПТФ та ЛК спільними механізмами є блокування синтезу окису азоту, що є важливим в патогенетичному сенсі, оскільки висвітлює патогенетичні механізми спайко утворення. Наші дані висвітлюють також перспективний напрямок профілактики та лікування больової форми СХО.

В.В. Огородник

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛАНКИ ОПТОВОЇ ТОРГІВЛІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ

Кафедра фармації

Т.А. Германюк (д.мед.н., проф.), Т.І. Івко (ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Діяльність з оптової торгівлі лікарськими засобами (ЛЗ) регулюється Законами України "Про захист прав споживачів", "Про ліцензування певних видів господарської діяльності", "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення", "Про лікарські засоби". Оптова торгівля ЛЗ здійснюється на підставі ліцензій, одержаних суб'єктами господарювання. Оптова торгівля ЛЗ без наявності ліцензії забороняється. Для здійснення оптової реалізації ЛЗ створюються аптечні бази (склади). До 1991 р. в Україні функціонувало 4 аптечні бази і 32 аптечні склади. Аптечні бази здійснювали експортні операції при поступленні ЛЗ з-за кордону. Аптечні склади функціонували в кожному обласному центрі та великих містах. В перші роки незалежності України кількість оптових складів склала понад 3000. З часом їх кількість почала зменшуватись. Зараз їх близько 1170. Кількість аптечних складів в Україні станом на 01.01.2010р. склала 700. Такої кількості аптечних складів немає ні єдина країна Європи.

Мета роботи. Вивчення основних оптових постачальників ЛЗ в Україні.

Завдання дослідження. Визначити оптові посередники, які присутні на фармацевтичному ринку та встановити їх питому вагу.

Матеріали та методи: дані базового прайс-листа національного дистриб'ютора фармацевтичного ринку ТОВ «БаДМ» від 12.11.2014р.

Результати: При дослідженні фармацевтичного українського ринку були встановлені найбільші дистрибутори та їх питома вага. Визначено, що 91% загального оптового ринку складає 5 компаній-лідерів: «БаДМ», «Оптіма-Фарм», «Вента», «Фра-М» та «Фармпланета». Станом на вересень 2014 р. 41,10% оптового сегменту займав БаДМ (Дніпропетровськ), 23,20% – Оптіма-Фарм (Київ), 13,50% – Вента (Дніпропетровськ), 9,10% – Фра-М (Донецьк), 4,10% – Фармпланета (Київ). Дані компанії займаються оптовою торгівлею як вітчизняних, так і імпортованих ЛЗ.

Висновки: 1. Встановлено, що 91% загального оптового сегменту займають 5 компаній-лідерів: «БаДМ», «Оптіма-Фарм», «Вента», «Фра-М» та «Фармпланета». 2. Визначено, що 41,10% оптового сегменту займав БаДМ (Дніпропетровськ), 23,20% – Оптіма-Фарм (Київ), 13,50% – Вента (Дніпропетровськ), 9,10% – Фра-М (Донецьк), 4,10% – Фармпланета (Київ).

В.О. Пашинський

ДИНАМІКА РІВНЯ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В МОЗКУ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ РІЗНОГО СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ ТА ВВЕДЕННЯ ЦИТИКОЛІНА

Кафедра фармакології

Н.І. Волошук (д.мед.н, проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Травматичне ураження головного мозку є важливою проблемою клінічної медицини, що має не тільки медичну, але й соціальну значущість. Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини та численні наукові дослідження з даної проблеми, черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з провідних причин смертності та інвалідизації працездатного населення в індустріально розвинених країнах. В зв'язку з цим, пошук нових підходів до лікування ЧМТ, як її гострих проявів, так і віддалених наслідків є актуальним. Гідроген сульфід (H_2S) - важливий газотрансмітер, який синтезується в тканинах, в тому числі і головному мозку, і активно бере

активності. Отримані дані є підґрунтям для їх подальшої доклінічної оцінки на предмет застосування за новим призначенням при ішемічно-гіпоксичних ураженнях зорового аналізатора.

Ю.М. Поліщук
ОБГРУНТУВАННЯ ВТРАЧЕНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ГОСТРОЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНАЛІЗУ МІНІМІЗАЦІЇ ВИТРАТ

Кафедра фармації

Т.А. Германюк (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Негоспітальна пневмонія (НП) – найбільш поширене гостре інфекційне захворювання і є джерелом величезних економічних збитків. З метою раціоналізації фармакотерапії гострої НП (ГНП) та забезпечення ефективного використання фінансових ресурсів важливими стають дослідження, що дають можливість запропонувати економічно і клінічно обґрунтоване лікування.

Мета дослідження: визначення можливості зменшення витрат на антибіотикотерапію (АБТ) без зниження ефективності лікування.

Матеріали та методи дослідження: ретроспективним аналізом досліджено 142 медичні картки стаціонарних хворих на ГНП та їх листів призначень в пульмонологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні №1 за період січень-березень 2014 року; частотним аналізом визначено найбільш часто вживані антибактеріальні ЛЗ (АБЛЗ); аналітичним методом вивчено Протоколи лікування НП за наказом МОЗ України №128 від 19.03.2007; досліджено вартість середніх добових доз (DDD) застосованих АБЛЗ АТС/DDD-методологією; проведено VEN-аналіз ЛЗ для лікування ГНП, аналіз мінімізації витрат; визначено NNT-коефіцієнт.

Результати: VEN-аналіз АБЛЗ визначив, що до групи Vital (V) увійшли Цефепім (МНН цефепім), Бліцеф (МНН цефтріаксон), Лефлоцин (МНН левофлоксацин), Аугментин (МНН амоксицилін і клавуланова кислота), Азитрокс (МНН азитроміцин), Амікацин (МНН амікацину сульфат). Частотний аналіз встановив найбільш часто вживані АБЛЗ за торговими назвами: Лефлоцин (33,8%), Цефтріаксон (24,65 %), Азитрокс (16,9%). Аналіз мінімізації витрат на найбільш вживані АБЛЗ показав, що при заміні найдорожчого генерика Левофлокс з МНН левофлоксацин на найдешевший генерик Левофлоксацин витрати на десятиденний курс лікування 1 хворого зменшувалися на 1252,30 грн., Бресек з МНН цефтріаксон на Цефтріаксон – на 2060,70 грн., Азитроміцин (Індія) з МНН азитроміцин на Азитроміцин (Україна) – на 749,50 грн. NNT-коефіцієнт виявив, що при використанні найдешевшого генерика левофлоксацину можна пролікувати в 3,29 рази більше хворих ніж при використанні найдорожчого генерика; при застосуванні найдешевшого генерика цефтріаксону – в 14,74 разів більше хворих, при використанні найдешевшого генерика азитроміцину – в 7,91 рази більше хворих.

Висновки: Частотним аналізом встановлені найбільш часто вживані АБЛЗ за торговими назвами: Лефлоцин (33,8%), Цефтріаксон (24,65 %), Азитрокс (16,9%); за результатами VEN-аналізу виявлені АБЛЗ категорії Vital, що відповідали Протоколам лікування НП за наказом МОЗ України; аналіз мінімізації витрат визначив можливість значної економії коштів при застосуванні найдешевших генериків; встановлено, що при застосуванні генериків з МНН левофлоксацин NNT склав 3,29; з МНН цефтріаксон – 14,74; з МНН азитроміцин – 7,91.

А.Г. Попелнуха, Ю.В. Гуцуляк

ФАРМАКОГЕНЕТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВАРФАРИНУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

О.В. Стопінчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Щорічно від ТЕЛА помирає 0,1% населення земної кулі. Вірогідна частота ТЕЛА в Україні складає приблизно 50 тис. випадків на рік, у тому числі близько 10 тис. із летальним наслідком.

Мета дослідження: вивчити фармакогенетичні характеристики варфарину.

Матеріали і методи: проведено аналіз літературних даних у вітчизняних та зарубіжних фахових виданнях, що висвітлюють фармакогенетику варфарину. А також проаналізовано клінічного випадку.

Результати дослідження: Результати дослідження: Варфарин - напівсинтетичний препарат з групи непрямих антикоагулянтів для перорального застосування, що відноситься до похідних кумарину. Механізм дії препарату полягає у блокуванні дії вітаміну К шляхом інгібування ферменту вітамін-К-залежної епоксидредуктази, та, у результаті цього, гальмування синтезу факторів згортання крові II, VII, IX і X, а також двох антикоагулянтних білків (протеїнів С та S). Було оброблено дані з історії хвороби пацієнта який проходив лікування у ВМКЦ ЦР з діагнозом -ІХС нестабільна стенокардія. Вогнищевий кардіосклероз. Шлуночкова екстрасистолія. Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії. За даними анамнезу відомо, що пацієнт періодично оглядався спеціалістами за місцем проживання якими було призначено і відкореговано дозу варфарину. Останні два тижні почав відмічати погіршення самопочуття з'явилася задишка, болі в ділянці серця, посилене серцебиття, нароста

загальна слабкість. В зв'язку з чим звернувся у ВМКЦ ЦР, госпіталізований ВРІТ для терапевтичних хворих. Оглянутий гематологом діагностовано коагулопатію важкого ступеня важкості змішаного генезу, ускладнену геморагічним синдромом з анемією. На фоні проведеного лікування (сорбіфер дурулес 1 таб. 2 р/д , івабрадин 7.5мг по 1 таб, фолієва кислота по 1 таб. 1 р/д) стан хворого дещо покращився, зменшилась загальна слабкість, задишка , серцебиття та болі болі в ділянці серця не турбують. Призначення варфарину було відмінено на основі генетичного дослідження.

Висновок : Варфарин входить до стандартів лікування і профілактики тромбоемболій, в тому числі, і тромбоемболії легеневої артерії. Проте він має ряд характеристик які ускладнюють його використання. Тому, при призначенні варфарину потрібно звертати увагу на: можливість взаємодії з іншими препаратами; а іноді проводити генетичні тестування для визначення мутацій гену цитохрому 2С9, який біотрансформує вказаний препарат, чи виключати неефективність варфарину, зумовлену мутаціями гену, що кодує вітамін-К-залежну епоксидредуктазу.

В. І. Пшеничний

ЗАПОБІГАННЯ ПАТОБІОХІМІЧНИХ ЛАНЦЮГІВ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКОВОЇ ПАРЕНХІМИ ШЛЯХОМ ДОДАТКОВОГО ВВЕДЕННЯ ТИВОРТІНУ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Кафедра загальної та військової хірургії

В. Є. Вансович (д.мед.н., проф.)

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Актуальність: Захворювання органів гастрогепатодуоденальної зони є одним з основних «постачальників» хворих для хірургічних клінік. В цьому аспекті найнебезпечнішим ускладненням є печінкова недостатність (ПН), розвиток якої є непередбачуваним, досить швидким, а також в рівному ступені як до, так і після оперативних втручань. Отже, важливими є пошуки оптимальної схеми комплексної фармакокорекції функціонального стану паренхіми печінки у хворих з гострим холециститом (ГХ), в яких ПН розвинулася на тлі механічної жовтяниці (МЖ).

Мета: підвищення ефективності фармакотерапії ПН у хворих на ГХ, ускладнений механічною жовтяницею, шляхом додаткового включення тивортину через запобігання патобіохімічних механізмів ураження печінкової паренхіми.

Матеріали та методи: Обстежено 60 хворих, які розділена на 2 групи. Хворим 1-ї групи (n=30) проводили традиційне лікування ендотоксикозу та ПН. До комплексного лікування ендотоксикозу та ПН хворих 2-ї групи (n=30) включали тивортин. Ефективність лікування оцінювали за вмістом 2,3-дифосфогліцеринової кислоти (ДФГК) в еритроцитах, за активністю уроканіази та гіалуронідази у сироватці крові та вмісту оксипроліну в сечі хворих протягом післяопераційного періоду.

Результати: Проведені обстеження виявили цілу низку особливостей змін метаболічних процесів після оперативного втручання. Післяопераційний період у хворих обох груп був тяжким, особливо протягом перших 3-4 діб. Вміст ДФГК у хворих 2-ї групи на 4-у добу після операції на 22.5 % був менше такого показника до операції та на 17.6 % менше порівняно з таким показником в еритроцитах крові хворих 1-ї групи (в обох випадках $p < 0.05$). Вміст ДФГК в еритроцитах крові хворих 2-ї групи на 7-у добу післяопераційного періоду був спів ставним з таким показником в контрольній групі ($p > 0.05$) та залишався на 15.4 % більше, ніж у хворих 1-ї групи ($p < 0.05$).

Активність маркера ушкодження печінки – уроканіази - на 4-у добу після операції у хворих 2-ї групи була на 51,6 % менше, ніж до операції ($p < 0.01$), та на 33.7 % менше, ніж у хворих 1-ї групи ($p < 0.05$). На 7-у добу після операції у хворих 2-ї групи активність досліджуваної сполуки була на 71.3 % менше, ніж до операції ($p < 0.01$) та залишалася суттєво більшою (на 17.2 %) порівняно з таким показником у сироватці крові хворих 1-ї групи ($p < 0.05$).

Висновки: Ефективність лікування ПН у хворих на ГХ, ускладнений механічною жовтяницею, за умов додання до комплексної схеми тивортину була вище порівняно з такою традиційною схемою фармакокорекції ПН, що проявлялося нормалізацією активності біохімічних маркерів ушкодження печінки.

Р.Г. Редькін¹, О.А. Ходаківський²

СИНТЕЗ І НЕЙРОПРОТЕКТОРНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ІМІДІВ СПІРО[ПІРОЛІДИН-3,2'-ОКСІНДОЛ]-ЦИС-3',4'-ДИКАРБОНОВОЇ КИСЛОТИ З ЗАЛИШКАМИ БІОГЕННИХ СІРКОВМІСНИХ АМІНОКИСЛОТ

¹Кафедра органічної хімії

В.П. Черних (академік Національної академії наук України, доктор фармацевтичних наук, доктор хімічних наук, професор)

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

²Кафедра фармакології

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Модифікація каркаса спіро-2-оксіндолів – це ефективний шлях пошуку і створення, нових біологічно активних молекул непласкої будови, здатних більш ефективно зв'язуватися з субстратами біомішеней. Зокрема, ядро спіро[піролідін-3,2'-оксіндолу] є ізостерним ядру спіро[піролідін-3,3'-оксіндолу], яке ідентифіковано як структурний фрагмент ряду алкалоїдів із широким спектром біологічної активності. Однак антигіпоксичний і нейропротекторний потенціал спіро[піролідін-3,2'-оксіндолів] не вивчався.

Мета: Встановити стереонаправленість циклоприєднання симетричних дипольофілів (малеїмідів) до 2-оксіндолних азотетинілідів та вивчити антигіпоксичну активність в ряду імідів спіро[піролідін-3,2'-оксіндол]-3',4'-дикарбонОВОЇ кислоти із залишками алкілтіо-амінокислот, розширити ряд похідних спіро[піролідін-3,2'-оксіндолу].

Матеріали та методи: Синтез проводили однореакторним рідкофазним методом, хід реакції, а також чистоту отриманих сполук контролювали за допомогою ТШХ на пластинках SilufolUV-254 в системах ацетон-гептан (4:1), вода-метанол (1:9). Спектри ЯМР ¹H та ¹³C записані на приладах VarianMercuryVX-200 (200 МГц) і BrukerAvanceDRX 500 (500 МГц) в розчині ДМСО-d₆, внутрішній стандарт ТМС. Спектри COSY, NOESY, HSQC і HMBC вимірювали, використовуючи стандартну методику з градієнтним виділенням сигналу. Мас-спектри отримані на приладі GC-MSVarian 1200L при іонізуючій напрузі 70 eV. Структура сполук розшифрована за допомогою рентгеноструктурного аналізу (РСА) прямим методом за комплексом програм SHELXTL. Координати атомів, а також повні таблиці довжин зв'язків і валентних кутів депоновані нами у Кембриджському банку структурних даних (CCDC, 1423260). Дослідження антигіпоксичної активності синтезованих оригінальних похідних проводили на моделях гострої нормобаричної гіпоксичної гіпоксії з гіперкапнією (ГНГТГ) і гострої асфіксії. Експеримент проводили на щурах-самцях стадного розведення масою 140-160 г. Антигіпоксичну активність оцінювали за тривалістю життя (хв) щодо контролю, прийнятого за 100%, за формулою $AA = t_d / t_k \times 100\%$, де AA - антигіпоксична активність (%), t_d – час життя піддослідних тварин, t_k – час життя контрольних тварин. Гостру асфіксію у щурів моделювали під пропофоловим наркозом (60 мг/кг).

Результати: Використовуючи комплекс спектроскопічних методів та РСАнами встановлена регіоселективність досліджуваної реакції циклоприєднання ізатину, аліфатичних, у тому числі, сірковмісних амінокислот із малеїмідами, з утворенням лише двох з восьми можливих енантіомерів, які мають *цис*-конфігурацію метінових протонів піроло[3,4-с]пірольної системи. Превентивне введення 2 з 10 сполук в дозі 10 мг/кг достовірно, як і мексидол в дозі 100 мг/кг, збільшували тривалість життя щурів щодо контролю в середньому на 33,7; 28,6 і 80,2% відповідно.

Висновки: Використовуючи трискладову доміно-реакцію було отримано ряд нових імідів 4'-R₄-5'-алкілтіо-S-R₃-спіро[піролідін-3,2'-оксіндол]-цис-3',4'-дикарбонОВОЇ кислоти із залишками сірковмісних амінокислот і вивчена їх антигіпоксична активність на моделях гострої нормобаричної гіпоксичної гіпоксії з гіперкапнією і гострої асфіксії у щурів. Найбільш активним виявилось похідне із залишком метіоніну.

Т. А. Савенко

ЕТІОТРОПНА ТЕРАПІЯ ГРИПУ У ВІННИЦІ: ТЕОРІЯ ТА РЕАЛЬНІСТЬ

Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології

Н. В. Щербенюк (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: На сьогоднішній день грип залишається практично малокерованою інфекцією. Показник смертності від неускладненого грипу невисокий і становить 0,01–0,2%, але він різко збільшується у разі виникнення хвороби у осіб похилого віку, ослаблених хронічними хворобами, у вагітних жінок і дітей.

Мета: Вивчити ефективність і безпеку етіотропної терапії грипу шляхом опрацювання літературних джерел та оцінити обізнаність населення щодо противірусних лікарських засобів і частоту їх використання.

Матеріали та методи: Проведено опрацювання протоколів лікування, баз даних Cochrane Database. Проведено анкетування 100 респондентів жінок 66%, чоловіків 34%. В спеціальну анкету входило 12 питань, що стосувалися використання противірусних ЛЗ. Анкетування проводили в аптеках м. Вінниці.

Результати: Згідно наказу МОЗ України від 16.07.2014р. №499 “Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної медичної допомоги дорослим та дітям. Грип.” доведеною противірусною ефективністю по відношенню до вірусів грипу володіють два препарати: занамівір та озельтамівір. У проведеному Кокранівському дослідженні дії Таміфлю (озельтамівіру) і Релензи (занамівіру) зазначено, що обидва препарати при прийомі під час грипу скорочують тривалість симптомів захворювання на півдня в порівнянні з плацебо у дорослих і практично не впливають на тривалість грипу у дітей. Немає даних про те, що Таміфлю або Реленза знижують ризик госпіталізації з ускладненнями після грипу. Нове дослідження, проведене у 2014р., показало, що прийом Таміфлю і Релензи знижує смертність на 25%. Дискусія триває.

Проведене нами анкетування виявило, що респонденти для лікування грипу використовували такі групи ЛЗ: жарознижуючі 40%, противірусні 36%, антибіотики 28% та інші ЛЗ 14%. Найчастіше опитувані обирали ЛЗ за рекомендацією членів родини 39%, користувалися зовнішньою інформацією 27%, порадою лікаря 26% і порадою фармацевта 23%. Найбільш часто застосовували такі противірусні препарати, як Амівон 30%, Арбідол 15%, Аміксин 14%. Вважали противірусними ЛЗ препарати інших груп (Грипго, Фармацитрон) 36% респондентів. З профілактичною метою приймали противірусні препарати лише 7% опитуваних, інші вважали таку профілактику неефективною і економічно не вигідною. Побічні дії були відмічені у 11% опитуваних, найчастіше порушення з боку шкт. Більшість респондентів не використовують противірусних ЛЗ вважаючи їх неефективними і токсичними.

Висновок: В Україні препаратами, регламентованими для лікування та профілактики грипу, озельтамівір та занамівір. У світі досі триває дискусія щодо ефективності використання озельтамівіру та занамівіру. Не всі противірусні ЛЗ мають достатню доказову базу. За даними анкетування найчастіше для лікування грипу респонденти використовують жарознижуючі ЛЗ, противірусні ЛЗ. Більшість респондентів віддає перевагу не рекомендованим для лікування грипу противірусним ЛЗ. Виявлена необізнаність населення у використанні противірусних ЛЗ, що потребує більш інтенсивної просвітницької роботи.

І.С. Самойдук, А.В. Багінська
СУЧАСНА АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ

Кафедра фармакології

А.В Саєнко (к.мед.н., асистент)

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

Актуальність: Масштаби поширення вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) набули глобального характеру. Станом на 01.01.2015 р. під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я України перебувало понад 146 тисяч ВІЛ-інфікованих осіб, 34 тисяч з діагнозом СНІД. Первинна профілактика ВІЛ та обізнаність щодо проблеми ВІЛ/СНІДу відіграють важливу роль у комплексній протидії епідемії, але ці заходи не завжди дієві, тому слід коректно застосовувати антиретровірусну терапію (АРТ) згідно до сучасних наукових поглядів. Ефективна АРТ призводить до зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Перспективою у лікуванні ВІЛ-інфікованих є пошук нових оптимальних схем АРТ.

Мета: вивчити основні групи препаратів, їх переваги та недоліки для лікування ВІЛ-інфікованих осіб згідно з сучасними науковими даними.

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

Результати: До основних класів антиретровірусних препаратів належать:

1. Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ)
 - Переваги: визнана основа для комбінованих схем АРТ;
 - Недоліки: існують дані про рідкі але серйозні випадки лактацидозу зі стеатозом печінки;
 - Препаратів: зидовудин, ламівудин, абакавір, тенофовір.
2. Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ)
 - Переваги: зберігають можливість використання ІІ в майбутньому; тривалий період напіввиведення;
 - Недоліки: високий ризик розвитку резистентності в випадку невдачі або переривання лікування, великий ризик перехресної резистентності, шкірний висип;
 - Приклади препаратів: ефавіренз, невірапін.
3. Інгібітори протеази (ІІ)
 - Переваги: зберігають можливість використання ННІЗТ в майбутньому, високий генетичний бар'єр до формування резистентності, низький рівень перехресної резистентності;
 - Недоліки: метаболічні ускладнення (дисліпідемія, інсулінорезистентність), побічні дії з боку ШКТ, часті лікарські взаємодії через вплив на СYP 3A4 печінки (неможливе застосування з рифампіцином);

- Препаратів: лопінавір/ритонавір, дарунавір, індінавір.

Лікування зазвичай починають з комбінації з 3-х препаратів (2 з яких НІЗТ):

2 НІЗТ + ННІЗТ або 2 НІЗТ + посилений ІП

Висновки: Застосування цих класів препаратів призводить до максимально можливого пригнічення реплікації ВІЛ, відновлення функції імунної системи, продовження тривалості життя ВІЛ-позитивних і покращення його якості, попередження розвитку СНІД-індикаторних захворювань, попередження передачі ВІЛ.

М.В. Сокирко, В. В. Присіч, Ю.В. Короткий

ВПЛИВ ПОХІДНОГО АДАМАНТАНУ (СПОЛУКИ ЮК-76) НА ПЕРЕБІГ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ШЕМІЇ СЕРЦЯ

Кафедра фармакології

Г. І. Степанюк (д. мед. н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Ішемічна хвороба серця (ІХС)- одна із головних причин смертності та втрати працездатності людей у більшості розвинутих країн світу, в тому числі і в Україні. Не зважаючи на те, що арсенал сучасних препаратів для лікування ІХС доволі великий, однак вони не завжди задовільняють запити клініцистів через недостатню ефективність та наявність побічних ефектів, які обмежують їх широке застосування. Тому сьогодні ведеться пошук нових молекул із кардіопротекторною дією, придатних для створення на їх основі нового більш ефективного та безпечного препарату для лікування ІХС.

У зв'язку з цим нашу увагу привернуло похідне адамантану з лабораторним шифром ЮК – 76, у якого в попередніх дослідженнях виявлена висока захисна дія на ішемізований мозок (Н.О.Семененко,2014). Це дає підставу сподіватися на наявність у ЮК – 76 кардіопротекторних властивостей. Дана сполука синтезована в Інституті органічної хімії НАН України к.хім.н. Ю.В. Коротким.

Мета роботи. Охарактеризувати вплив ЮК – 76 на перебіг експериментальної ішемії серця (ЕІС), визначити її перспективність для подальших досліджень.

Матеріали та методи. ЕІС моделювали шляхом одноразового введення 0,18% розчину адреналіну гідротартрату в дозі 1 мг/кг внутрішньом'язево 20 щурів обох статей (160-260 г), розбитих на дві рівні групи: 1- тварини з ЕІС (n= 10) без лікування (контроль, отримували еквіоб'ємну кількість 0,9% NaCl); 2 – тварини з ЕІС (n= 10), яким з 1-го по 7-ий день досліду вводили ЮК – 76 (10 мг/кг внутрішньоочеревинно). Ефективність лікування оцінювали на 2 та 8 добу експерименту за такими показниками: летальність, зміни на ЕКГ, тривалість плавання у воді (t 24-26°C).

Результати. В групі нелікованих щурів летальність через 1 добу становила 40%, мало місце порушення структури ЕКГ (на це вказувало зростання висоти зубця Т, поява аритмії), вірогідне зменшення тривалості плавального тесту на 25%. На 8 добу експерименту зазначені зміни показників у контрольній групі щурів були менш виразними. На тлі лікування щурів з ЕІС сполукою ЮК – 76 в обидва терміни досліду спостерігалось зменшення летальності, відновлення структури ЕКГ та зростання фізичної витривалості тварин.

Висновок. За результатами проведеного дослідження можна зазначити, що похідному адамантану сполуці ЮК – 76 притаманна виражена захисна дія на ішемізований серцевий м'яз, що вказує на перспективність подальшого поглибленого вивчення її фармакологічних властивостей.

А. П. Станімир, В. В. Кебенко, А. В. Задворна

ГЕПАТОПРОТЕКТОРИ: ЗА І ПРОТИ

Кафедра фармакології

О.М. Денисюк (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гепатопротектори - лікарські засоби, що підвищують стійкість печінки до патологічних чинників, в тому числі і медикаментів. Однак, на сьогоднішній день їх широке практичне застосування вступає в протиріччя з даними доказової медицини.

Мета: Проаналізувати переваги та недоліки відомих гепатопротекторних засобів.

Матеріали і методи: публікації в українських та закордонних фахових виданнях, присвячені зазначеній проблемі.

Результати: Найбільш широко вживаними засобами цієї групи є препарати рослинного походження з екстрактами росторопші плямистої (Легалон, Карсил) та артишоку (Хофітол). Вони мають антиоксидантну, жовчогінну та антихолестеринову дії, малотоксичні і показані при дисфункціях і цирозі печінки, токсичних гепатитах, однак їх клінічна ефективність при алкогольних та гострих гепатитах не підтверджена. Засоби з есенціальними фосфоліпідами (Есенціале) відновлюють ліпідний шар гепатоцитів, знижують енерговтрати печінки, покращують ферментну активність та властивості жовчі. Однак, є дослідження, в яких не виявлено їх лікувальної дії, а при вірусних гепатитах зафіксовано активацію запалення через виникнення застою жовчі.

Згідно інших даних, з таблетованої форми фосфоліпиди майже не потрапляють в печінку, а розподіляються по всьому організму. Препарати тваринного походження (Гепатрін, Сірепар) містять амінокислоти, віт В₁₂, фрагменти ростових факторів печінки. Володіють детоксикаційною, антиоксидантною, антифіброзною діями, покращують кровотік в печінці. Однак вони потенційно небезпечні через високий алергогенний потенціал та ризик зараження пріонової інфекцією. Препарати, що містять амінокислоти Гептрал (адеметионін) та Гепа-Мерц (орнітину аспартат) беруть участь в синтезі біологічно активних речовин і фосфоліпідів, мають регенеруючу, детоксикаційну, антиліпідну, антидепресивну дії. Доведена їх висока клінічна ефективність при алкогольному та медикаментозному ураженні печінки, холестатичних захворюваннях, хронічних вірусних гепатитах. Проте їх ефективність спостерігається лише при внутрішньовенному введенні (низька біодоступність при ентеральному прийомі). Гепатопротектори, що містять урсодезоксихолеву кислоту (Урсофальк), використовуються при жовчнокам'яній хворобі, для розчинення холестеринових каменів у жовчному міхурі, алкогольному, токсичному ураженні печінки, гострих гепатитах, при гепатопатії вагітних. В клінічних дослідженнях доведено, що вони є найбільш ефективними при лікуванні первинного біліарного цирозу, збільшуючи тривалість життя хворих.

Висновки: Отже, незважаючи на належність до однієї фармакологічної групи, препарати з гепатопротекторною дією мають різні особливості впливу за різних патологічних процесах, тому лікарю слід робити правильний вибір засобу для адекватної фармакотерапії в кожному конкретному випадку.

С.В. Яковець

ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ФОСФОДІЕСТЕРАЗИ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра фармакології

Н.І. Волощук (д.мед.н., проф.)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова,

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Інгібітори фосфодіестрази (ФДЕ) – великий клас лікарських засобів, які змінюють внутрішньоклітинну концентрацію циклічних нуклеотидів (цАМФ, цГМФ), котрі, в свою чергу, регулюють внутрішньоклітинну концентрацію іонів кальцію. Інгібітори фосфодіестраз розрізняються за вибірковістю дії, залежно від виду ізоферменту, дії якого вони перешкоджають.

Мета: Узагальнити наукову інформацію щодо застосування лікарських засобів, в механізмах дії яких лежить здатність пригнувати фосфодіестрази, в фармакотерапії різноманітних захворювань.

Матеріали: Аналіз вітчизняної та закордонних наукових джерел з даної проблеми. **Результати:** В літературі описано існування більше 10 ізоформ фермента ФДЕ, які локалізуються в різних органах і тканинах і контролюють різні функції організму, проте найбільше значення мають ФДЕ I-V типів. Препарати метилксантинів (еуфілін, теофілін та ін.) є неселективними інгібіторами ФДЕ, в т.ч. аденілової (III та IV типи) та гуанілової (V тип). Інгібування ізоформи ФДЕ III типу, яка виявляється в гладких м'язах міокарда та судин, приводить до збільшення концентрації цАМФ в міофібрилах, внутрішньоклітинному перерозподілу іонів Ca²⁺ зі зниженням їх концентрації в цитозолі і захопленням мітохондріями. Інгібування ФДЕ IV типу веде до пригнічення функції опасистих клітин, еозинофілів, Т-лімфоцитів. Похідні ксантинів мають виражену бронходилатуючу, гіпотензивну, діуретичну дію, покращують реологічні властивості крові. Серед препаратів, які мають селективну інгібуючу дію на фосфодіестразу, виділяють інгібітор ФДЕ I типу - Вінпоцетін, здатний покращувати кровопостачання головного мозку, зменшувати опір спазмованих судин, покращувати мікроциркуляцію, підсилувати утилізацію глюкози мозковою тканиною. Інгібітори ФДЕ III типу - Амрінон, Букладезін, Еноксімон, Мілринон відносяться до неглікозидних кардіотонічних засобів. Вони посилюють скорочення міокарда, покращують його діастолічну функцію та знижують тонус гладеньких м'язів. Дротаверин та папаверин є селективними інгібіторами ізоформи ФДЕ IV типа, яка бере участь у регуляції скорочень гладкої мускулатури кишечника, сечо- і жовчовивідних шляхів, бронхів, міометрію, вони є відомими спазмолітичними засобами, які широко використовують в клінічній практиці. Інгібітори ФДЕ-V (Силденафіл, Тадалафіл, Варденафіл) проявляють позитивний вплив при доброякісній гіперплазії передміхурової залози, еректильній дисфункції.

Висновок: Інгібітори фосфодіестрази є перспективним класом лікарських засобів з широким діапазоном фармакологічної активності, який включає в себе як добре відомі препарати, так і нові лікарські засоби, які продовжують вивчатись.

В.В. Якубовська

ВПЛИВ НАТРІЙ ТРИАЗИНОХІАЗОЛІНБУТАНОАТУ (СПОЛУКИ DSK-38) НА ПЕРЕБІГ АД'ЮВАНТНОГО АРТРИТУ У ЩУРІВ ЗА ГЕМАТОЛОГІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ

Кафедра фармакології

Н.М. Серединська (д.мед.н., зав. відділом ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМНУ»)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Недостатня ефективність та наявність низки побічних ефектів у сучасних НПЗЗ спонукає до

пошуку і створення нових нестероїдних антифлогістиків. Перспективною в цьому плані є натрій триазинобутаноат (сполука DSK-38), яка за ступенем протизапального та знеболюючого ефектів не поступається диклофенаку (ДФ) (Г.І. Степанюк та ін., 2011; Ф.В. Гладких та ін., 2014).

Мета роботи: Оцінити лікувальну дію DSK-38 у порівнянні з ДФ на моделі ад'ювантного артриту за гематологічними показниками.

Матеріали та методи: Ад'ювантний артрит (АА) моделювали у 42 нелінійних щурів-самців шляхом одноразового субплантарного введення ад'юванта Фрейнда. Лікування окремих груп щурів (n=7) сполукою DSK-38 (2мг/кг, в/о) та ДФ (4мг/кг, в/о) проводили з 14 по 28 день після інокуляції ад'юванта. Ефективність терапії оцінювали за динамікою показників ШОЕ, кількості гемоглобіну та формених елементів крові, ступінь протизапального ефекту в пошкодженому суглобі – за змінами (%) товщини лапки відносно фону. Цифрові дані обробляли методом варіаційної статистики з визначенням t- критерія Ст'юдента.

Результати: Курсове лікування щурів з АА сполукою DSK-38, як і ДФ, супроводжувалось послабленням запальної реакції, про що свідчила позитивна динаміка більшості гематологічних показників. Так, на 28 добу дослідження на тлі DSK-38, як і ДФ, мало місце зниження показника ШОЕ, відносно нелікованих тварин відповідно у 2,8 та 2,0 рази ($p < 0,05$), однак повної нормалізації ШОЕ не відбулось. Водночас DSK-38, як і ДФ, сприяла зниженню лейкоцитозу, переважаючи при цьому за ефективністю еталонний НПЗЗ. Поруч з цим на тлі дії DSK-38, як і ДФ, мала місце нормалізація в крові кількості лімфоцитів та моноцитів без суттєвих змін вмісту гранулоцитів. Викликане похідним хіназоліну та ДФ вірогідне зростання кількості еритроцитів та гемоглобіну вказувало на послаблення ознак анемії. Позитивна динаміка гематологічних показників на тлі DSK-38 та ДФ корелювала із зменшенням ступеня запальної реакції в ушкодженому суглобі. У групі щурів з АА, лікованих DSK-38, була відсутня летальність, під дією ДФ одна тварина загинула від перфоративної виразки шлунка.

Висновок: Натрій триазинохіназолінбутаноату (сполуці DSK-38) притаманна достатньо виразна протизапальна дія на моделі артриту у щурів. За ступенем лікувального ефекту DSK-38 (2мг/кг, в/о) співставляється, а часом і переважає диклофенак (4мг/кг, в/о), зокрема за спроможністю нормалізувати показники ШОЕ та кількості лейкоцитів у крові. Водночас DSK-38 є більш безпечною речовиною, ніж ДФ, відносно ШКТ.

ЗМІСТ

МОРФОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ	
MORPHOLOGY	3
1. Ю.М. Береговенко, Я.М. Демчишин, С.І. Поніна СТРУКТУРНІ ЗМІНИ КЛУБОЧКОВОГО ТА ЕПІТЕЛІАЛЬНОГО КОМПОНЕНТІВ НИРОК ПРИ МОДЕЛЮВАННІ ХРОНІЧНОГО ТОКСИЧНОГО ГЕПАТИТУ ТА КОРЕКЦІЇ ЛІЗИНОПРИЛОМ	4
2. Б.М. Береза, І.В. Коваленко, О.В. Яцула ДОСЛІДЖЕННЯ ВЛАСТИВОСТЕЙ АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ І ЧУТЛИВОСТІ ЗБУДНИКІВ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	4
3. Д.В. Бильський, С.А. Антоненко ДИНАМІКА ЗМІН МОТОРНОЇ, М'ЯЗОВОЇ ТА ЕМОЦІЙНОЇ ПОВЕДІНКИ ЩУРІВ ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ ТА ШЕМИЧНОМУ УШКОДЖЕННІ МОЗКУ	5
4. Б.Д. Білик, В.С. Ласавуц СУЧАСНІ АСПЕКТИ МОРФОЛОГІЇ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН В УКРАЇНІ	5
5. О.О. Білик ЗМІНИ СИСТЕМИ КРОВІ ЖІНКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	6
6. А.М. Бобр, І.А. Дорофеева РОЛЬ ПАТОМОРФОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ХВОРОБИ КРОНА	6
7. А.М. Бобр, І.А. Дорофеева РОЛЬ ПАТОФІЗІОЛОГІЇ В РОЗВИТКУ ХВОРОБИ КРОНА	7
8. І.В. Боднар ЗНАЧЕННЯ МІКРОСКОПІЧНОГО МЕТОДУ ВИВЧЕННЯ СТАНУ ВАГІНАЛЬНОГО МІКРОБІОЦЕНОЗУ В ДІАГНОСТИЦІ КОЛЬПІТІВ	7
9. І.В. Болгарська РІВЕНЬ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ НАПРУГИ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ, ЩО НАВЧАЮТЬСЯ НА І-ІІІ КУРСАХ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ М. І. ПИРОГОВА	8
10. Л.В.Бондарчук, І.С.Самойлюк ПАТОМОРФОЛОГІЯ ПРИОНОВИХ ІНФЕКЦІЙ	9
11. Р.Г. Бражник, Є.В. Басенко, О.Ф. Ничипорчук ІМУНОМОДУЛЮЮЧА РОЛЬ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КЛІТИН КОН'ЮНКТИВИ ЛЮДИНИ В АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОКА	9
12. О.В. Бурлак, В.А. Кузьміна, Б.Р. Криса ПЕРВИННИЙ ЛІПОІДНО-НЕФРОТИЧНИЙ СИНДРОМ	10
13. О.В. Бур'ян ОЦІНКА РОЛІ СЕЛЕНУ В РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННІ ГЕПАТИТІВ	10
14. А.Є. Бухштаб КОМП'ЮТЕРНИЙ ЗОРОВИЙ СИНДРОМ – ХВОРОБА ХХІ СТОЛІТТЯ	11
15. Г.О. Василюк, О.В. Зінченко ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ЛЕЙОМІОМИ МАТКИ	12
16. О.Я. Вербіловська РІДКІСНИЙ ВИПАДОК ШЕМИЧНОГО ІНСУЛЬТУ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПЕРЕРВАНОЇ СТРАНГУЛЯЦІЙНОЇ МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ	12
17. О.В. Власенко (аспірант) РОЛЬ ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СИНАПТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ІННЕРВАЦІЇ СЕРЦЯ	13
18. О.В. Войцешина ПРИНЦИП ЗОЛОТОГО ПЕРЕРІЗУ У ПРИРОДІ	13
19. Я.В. Вороновський ПРОСТОРОВО-ЧАСОВІ ПАРАМЕТРИ ХОДЬБИ З ДОДАТКОВИМ КОГНІТИВНИМ ЗАВДАННЯМ У ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ	14
20. І.І. Габрук, О.М. Казмірчук ПАТОМОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОУТВОРЕНЬ КОН'ЮНКТИВИ ОКА	14
21. Л.І. Гайдучик КАТЕТЕР-ІНДУКОВАНЕ РОЗШАРУВАННЯ КЛУБОВИХ АРТЕРІЙ: АНАЛІЗ ВИПАДКУ	15
22. Г.М. Галунко ЕЛЕКТРОННО-МІКРОСКОПІЧНІ ЗМІНИ В ТОНКІЙ КИШЦІ В ПІЗНІ СТАДІЇ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОЛОЇДНО-ГІПЕРОСМОЛЯРНИХ РОЗЧИНІВ	15
23. Н.Д. Ганизаде ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ	16
24. Т.М. Гомон, І.С. Самойлюк ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ШОКУ	17
25. Г.Ю. Гончаренко КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСДНАННЯ АДЕНОМІОЗУ З ПАТОЛОГІЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІУ	17
26. В.О. Горнович, О.В. Рибич ФІЗІОЛОГІЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ В ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАРАНОЇДОЇ ШИЗОФРЕНІЇ ТА АМФЕТАМІНОВОЇ АДДИКЦІЇ	18
27. О.В. Горвий МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СІМ'ЯНОГО ГОРБИКА ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ	18
28. А.П. Гунько СТРУКТУРНА ОРГАНІЗАЦІЯ СПИННОГО МОЗКУ СІАМСЬКИХ БЛИЗНЮКІВ	19
29. Т.В. Гуранич ЗМІНИ АКТИВНОСТІ NO-СИНТАЗ У ГОМОГЕНАТІ МІОКАРДУ ЩУРІВ ІЗ ГІПОФУНКЦІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ НА ТЛІ КОМБІНОВАНОГО ДЕФІЦИТУ ЙОДУ Й МІДІ, МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ	20
30. М.М. Гурін ВПЛИВ ШКІДЛИВИХ ФАКТОРІВ ТЮТЮНОВОГО ДИМУ НА СИЛОВІ ПОКАЗНИКИ І ФІЗИЧНУ ВИТРИВАЛІСТЬ ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ	20
31. С.В. Дем'янюк, Р.В. Бутинець ЕЛЕКТРОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНІ КОРЕЛЯТИ ВИКОНАННЯ ЛЮДИНОЮ З СУДОМНИМ СИНДРОМОМ ЦІЛЕСПРЯМОВАНИХ РУХІВ ВЕРХНЬОЮ КІНЦІВКОЮ	21
32. А.В. Дениско МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ АНЕМІЇ ПРИ МІСЛОМНІЙ ХВОРОБІ	22
33. Н.В. Джевага МЕТОД РОЙАЛА РЕЙМОНДА РАЙФА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ КАРЦИНОМ ЯК ВІРУСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	22
34. Н.В. Джевага М'ЯЗОВА ПАМ'ЯТЬ ЯК МЕХАНІЗМ ВІДНОВЛЕННЯ ФІЗИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ ТРИВАЛИХ ПЕРЕРВ У ТРЕНУВАННЯХ	23

35.	К.Д. Дмитрієв, А.Г. Попелнуха, Л.О. Єкеніна ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ПРОГРАМИ MATHCAD В ОБРОБЦІ ЦИФРОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ ДЛЯ ПОТРЕБ СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ.....	24
36.	О.М. Добровольська, Н.І. Мар'єнко МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МОЗОЧКА ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	24
37.	37. Т.А. Дуднік, Ю.О. Василюк, І.П. Клімко РОЛЬ ЛЕПТИНУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЦИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	25
38.	38. Ю.Р. Дячок, Т.О. Зайцева ГЕРОІЗМ ВЧЕНИХ МІКРОБІОЛОГІВ – ПРИКЛАД ВІДДАНОСТІ НАУЦІ І МЕДИЦИНИ	25
39.	Л.О. Єкеніна, В.М. Стульнова, К.Д. Дмитрієв. СУДОВО-МЕДИЧНА ДІАГНОСТИКА ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ СИНЦІВ ЗА КОЛОРИМЕТРИЧНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ТРАВМОВАНОЇ ШКІРИ	26
40.	О.О. Жукова ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ СПАДКОВИХ МУКОПОЛІСАХАРИДОЗІВ	26
41.	О.О. Жукова ФОРМИ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ РОЗСІЯНОМУ СКЛЕРОЗІ	27
42.	Т.О. Зайцева ВЗАЄМОДІЯ ЕЛЕМЕНТІВ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ З КОМПОНЕНТАМИ ЗУБНОЇ ПАСТИ.....	27
43.	В.С. Здорикова ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СТРЕССА И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ОРГАНИЗМ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	
44.	М.В. Зонарис, С.В. Руснак ДИНАМІКА КРОВОПОТЕРИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ В ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФАЗЕ В СОЧЕТАНИИ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ.....	28
45.	О.М. Казмірчук СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ОСОБЛИВОСТІ БІОЛОГІЇ ТА РЕПРОДУКЦІЇ ВІРУСУ ЕПШТЕЙН-БАРР	29
46.	Т.Ю. Калінчук СИНДРОМ СОННИХ АПНОЕ.....	30
47.	Т.Ю. Карпова ВИПАДОК МЕЛАНОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА В ПОЄДНАННІ З АДЕНОМАТОЗОМ.....	30
48.	І.М. Коваленко, Н.С. Фоміна ВИВЧЕННЯ ФОРМУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО АНТИСЕПТИЧНИХ СУПОЗИТОРІВ	31
49.	Л.В. Коваленко, Н.С. Барзак ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ОРГАНІВ ПРИ НЕХОДЖКІНСЬКІЙ В-КЛІТИННІЙ ЛІМФОМІ.....	31
50.	А.В. Ковтун ХВОРОБА ХАНТИНГТОНА.....	32
51.	Н.І. Когут, В.С. Красноштан ТОКСИЧНІ ФАКТОРИ ЯК ЕТІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ АРТЕРІОСКЛЕРОЗУ В МОЛОДОМУ ВІЦІ	32
52.	А.В. Конюк, К.С. Крутікова ВИЗНАЧЕННЯ ТА РЕЄСТРАЦІЯ КОЛЬОРУ ТА РОЗМІРУ УШКОДЖЕНЬ ЗА ДОПОМОГОЮ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ СУДОВОЇ ФОТОГРАФІЇ	33
53.	А.О. Косташ, В.Р. Мирончук ВПЛИВ НАВЧАЛЬНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОРГАНУ ЗОРУ У ПЕРШОКУРСНИКІВ	34
54.	Д.Р. Крамаренко МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ МЕХАНІЗМУ РЕЗИСТЕНТНОСТІ СТАФІЛОКОКІВ ДО БЕТА-ЛАКТАМНИХ АНТИБІОТИКІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНИХ РЕЧОВИН	34
55.	Р.С. Кугот, Д.В. Кириєнко СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА УШКОДЖЕНЬ ОДЯГУ ВІД ДІЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ ЗБРОЇ, СПОРЯДЖЕНОЇ ПАТРОНАМИ ФЛОБЕРА.....	35
56.	Р.Р. Кукенко ЗАСТОСУВАННЯ ГЕНЕТИЧНИХ МЕТОДІВ В СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ.....	35
57.	М.І. Кучерява, Ю.В. Чайка РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПРИНАЛЕЖНОСТІ ДІАТОМОВИХ ВОДОРОСТЕЙ В СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	36
58.	О.І. Куян ІМУНОТЕРАПІЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ТА ІМУНОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛЯХОМ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ПЕРЕПРОГРАМУВАННЯ ТИМОЦИТІВ, А САМЕ – АКТИВАЦІЇ БІЛКА FOXN1, ЩО ВІДПОВІДАЄ ЗА ІНДУКЦІЮ РОЗВИТКУ ТИМУСА В ЕМБРІОНАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	36
59.	Є.С. Лагно ЧАСТОТА І МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ ВИДІВ НЕВУСІВ ЗА ДАНИМИ ГІСТОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВІННИЦЬКОМУ ОБЛАСНОМУ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОГО БЮРО ЗА 2015 РІК	37
60.	Ю.Ю. Лепетенко КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ.....	38
61.	Ю.Ю. Лепетенко СПАДКОВІ ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ЛІПІДІВ.....	38
62.	В.В. Лефтерова ЗМІНА ВИРАЖЕНОСТІ АБО ВТРАТА ЕРИТРОЦИТАМИ АНТИГЕНІВ СИСТЕМИ АВ0 ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ПРОЦЕСАХ ТА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ.....	40
63.	К.А. Лісовська, Ю.П. Сіренко ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТА ПРООКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ СИРОВАТКИ КРОВІ МОРСЬКИХ СВИНОК З ЕКЗОГЕННИМ АЛЕРГІЧНИМ АЛЬВЕОЛІТОМ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ТА КОРЕКЦІЯ ЦИХ ЗМІН КОРВИТИНОМ.....	40
64.	А.О. Лунина ПАМ'ЯТЬ НА МОЛЕКУЛЯРНОМУ УРОВНІ.....	40
65.	І.А. Лушпай ДОСЛІДЖЕННЯ ҐРУНТУ ТЕРИТОРІЙ ДИТЯЧИХ МАЙДАНЧИКІВ МІСТА ВІННИЦІ НА НАЯВНІСТЬ ПАТОГЕННИХ ГЕОГЕЛЬМІНТІВ КЛАСУ НЕМАТОД.....	41
66.	С.С. Малеш ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ.....	41
67.	Ю.В. Мартиняк, В.Р. Стойка ВПЛИВ ЗАСОБІВ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ.....	42
68.	Є.В. Міронов, М.О. Прокопчук МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ШКІРИ ПРИ ОПІКАХ ПЬ СТУПЕНЯ ЧЕРЕЗ 1 ДОБУ У ЩУРІВ.....	43
69.	Е.А. Медяник, Е.Ю. Горбач ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПУЧКОВОЙ ЗОНЫ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПОТОМКОВ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР В СЛЕДСТВИЕ ПРЕНАТАЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНА.....	43

70.	О.А. Назарчук, Д.В. Палій, В.М. Буркот ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИСЕПТИЧНИХ ЗАСОБІВ ЩОДО ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ХВОРИХ З КРИТИЧНИМИ СТАНАМИ.....	44
71.	А.В. Нестреляй ВЛИЯНИЕ ВОСПРИЯТИЯ ЦВЕТА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА.....	45
72.	С.В. Ніколайчук РОЛЬ MODY-ДИАБЕТУ У СТРУКТУРІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.....	45
73.	М.А. Новрузов КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ВИПАДКІВ СМЕРТІ ВІД ДІЇ АТМОСФЕРНОЇ ЕЛЕКТРИКИ	46
74.	Ніколь Машонгайіка Нокузола, Дума Жанет Іоланда ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ НАПРУГИ В ІНОЗЕМНИХСТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	46
75.	І.В. Олійник, С.Р. Сорбало БРОНХІАЛЬНА АСТМА	47
76.	Г.І. Ордак, М.Д. Тимочко ДОСЛІДЖЕННЯ ЕТІОЛОГІЇ, ПАТОГЕНЕЗУ, КЛІНІЧНИХ ПРОЯВИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ЕЛЕРСА- ДАНЛОСА.....	48
77.	І.О. Остапенко, Н.Д. Аль-Надаві ДИСФУНКЦІЯ ПРОЦЕСІВ НАВЧАННЯ, КОРОТКОЧАСНОЇ ТА ДОВГОЧАСНОЇ ПАМ'ЯТІ ПРИ ПІКРОТОКСИНОВОМУ КІНДЛІНЗІ	48
78.	Е.А. Павличук, Л.Г. Огнева ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ РЕАКТИВНОСТИ ПРИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА К УЧЕБНОЙ НАГРУЗКЕ.....	49
79.	А.В. Плужник ОСОБЛИВОСТІ ПАТОМОРФОЛОГІЇ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ.....	49
80.	ЕНДОМЕТРІЯ	
81.	О.А. Польова, О.С. Ковальчук МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНЕ ВІДДЗЕРКАЛЕННЯ ПОЄДНАНОГО ВПЛИВУ ТОКСОПЛАЗМОЗУ ТА ЦИТОМЕГАЛІЇ НА ПЛІД.....	50
82.	С.І. Поніна ПРОГРЕСУВАННЯ АТЕРОСКЛЕРОЗУ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	51
83.	С.І. Поніна, Я.М. Демчишин СТРУКТУРНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА У ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ ТА ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ.....	51
84.	О.А. Поплавська, В.Л. Зарудня ОСОБЛИВОСТІ ТИПУ МИСЛЕННЯ У ЛЮДЕЙ З РІЗНИМ ТИПОМ МОТОРНОЇ АСИМЕТРІЇ ПІВКУЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ.....	52
85.	Б.В. Плотичя СТОВБУРОВІ КЛІТИНИ ЯК ДЖЕРЕЛО ЛІКУВАННЯ СІМЕЙ ПОРОДІЛЬ ВІННИЦЬКОГО РЕГІОНУ	52
86.	О.О. Равчук, А.К. Макогон МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПАТОГЕННО ІНДУКОВАНОГО АПОПТОЗУ ГЕПАТОЦИТІВ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ВІРУСНОМУ ГЕПАТИТІ.....	53
87.	А.В. Распутіна, М.М. Шверид ЛІКАРСЬКІ ПОМИЛКИ ТА ПРАВОВА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРЯ	53
88.	В.П. Раушкіс ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СІМ'ЯНИКІВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ТВАРИН ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ ПРИ ПОСТІЙНОМУ ВЖИВАННІ РАУНДАПСТІЙКОЇ ГЕНЕТИЧНО МОДИФІКОВАНОЇ СОЇ.....	54
89.	Т.О. Рекун АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ ВИСТИЛКИ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ ЗОНИ	55
90.	О.К. Рибак ЕПІФІЗ: МІФИ ТА РЕАЛЬНІСТЬ	55
91.	Т.В. Рижків, Х.З. Живіцька, К.І. Кобаль МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДВОРОГОЇ МАТКИ У ЖІНОК ДІТОРОДНОГО ВІКУ	56
92.	І.В. Романенко, В.В. Медяна, Я.М. Демчишин ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЕЧІНКИ ТА БІОХІМІЧНІ ЗМІНИ СІРОВАТКИ КРОВІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ГОСТРОМУ АЛКОГОЛЬНОМУ ГЕПАТИТІ	56
93.	І.І. Савчук ЕВОЛЮЦІЯ УЯВЛЕНЬ ПРО БІОСТРУМИ ТА СПОСОБИ ЇХ РЕЄСТРАЦІЇ.....	57
94.	О.С. Садовий, А.О. Стоянов ПОГІРШЕННЯ РОЗВИТКУ ТА МАНІФЕСТАЦІЇ УМОВНОГО РЕФЛЕКСУ АКТИВНОГО УНИКНЕННЯ В ДИНАМІЦІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	58
95.	Ю.О. Садовська, І.А. Горюк, К.О. Смірнова, Д.П. Терновий, О.І. Ромак ЗАСТОСУВАННЯ КЛІТИННОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ІНДУКОВАНОМУ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ У ЩУРІВВ ЕКСПЕРИМЕНТІ МАЄ СУТТЄВИЙ ПОЗИТИВНИЙ ВПЛИВ НА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ОРГАНУ.....	58
96.	І.В. Саприга, Т.В. Секрет РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	59
97.	О.П. Сарафинюк ЗМІНИ АМПЛІТУДНИХ РЕОВАЗОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ГОМІЛКИ У ВОЛЕЙБОЛІСТІВ ВИСОКОГО РІВНЯ СПОРТИВНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	59
98.	А.О. Сасовець ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СПЕКТРУ ПОТУЖНОСТІ АЛЬФА-ДІАПАЗОНУ ЕЕГ ПІД ЧАС СКЛАДНОЇ РОЗУМОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	60
99.	У.В. Сатурська, О.В. Сатурський ХОЛІНЕРГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЯК СТРЕС-ЛІМІТУВАЛЬНОГО ЧИННИКА ПРИ СЕРЦЕВІЙ ПАТОЛОГІЇ.....	61
100.	Т.Ф. Сердюк СИНДРОМ ТАУНСА-БРОКСА	61
101.	К.В. Скиба ОСОБЛИВОСТІ УСПАДКУВАННЯ МУЛЬТИФАКТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПРИКЛАДІ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ	62
102.	Б.Є. Сокрут, Ю.Е. Марченко ІНВАЗИВНІ ФОРМИ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ: МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА СТАТИСТИКА ЗАХВОРЮВАННЯ	62
103.	Ю.О. Солонар ГЕННА ТЕРАПІЯ. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ТА НАПРЯМКИ ГЕННОЇ ТЕРАПІЇ. ГЕННА ТЕРАПІЯ ПУХЛИН.....	63
104.	Ю.С. Стрельнікова ВНУТРІШНЬОПОКАМПАЛЬНЕ ТА ВНІТРІШНЬОНІГРАЛЬНЕ ВВЕДЕННЯ АНТАГОНІСТУ ІНТЕРЛЕЙКІН-1	

	РЕЦЕПТОРІВ СПРИЧИНЯ РОЗВИТОК ПРОТИСУДОМНОГО ЕФЕКТУ ЗА УМОВ ШКРОТОКСИНОВОГО КІНДЛІНГУ	64
105.	А.А. Стругинська ЛІМБІЧНА СИСТЕМА. ЛІМБІЧНИЙ ЕНЦЕФАЛІТ.....	64
106.	В.М. Стульнова, А.В. Конюк, М.О. Науменко ДІАГНОСТИКА ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ СИНЦІВ З САДНАМИ ЗА КОЛОРИМЕТРИЧНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ТРАВМОВАНОЇ ШКІРИ У СУДОВО-МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	65
107.	Д.С. Сухань ГЕОГРАФІЧНІ ВАРІАЦІЇ В ГЕНОМАХ HELICOBACTERPYLORI	65
108.	Л.А. Тереховська ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ РИС ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ТА ЇХ ПРОГНОСТИЧНА ОЦІНКА	66
109.	М.Д. Тимочко, Г.І. Ордак СИНДРОМ САНФІЛІППО – МУКОПОЛІСАХАРИДОЗ ІІІ ТИПА	66
110.	А.В. Тимошенко, М.А. Новрузов, М.О. Цокур СУДОВО-МЕДИЧНА ДІАГНОСТИКА УШКОДЖЕНЬ ШКІРИ ВІД ДІЇ ПНЕВМАТИЧНОЇ ЗБРОЇ.....	67
111.	А.А. Токарчук, М.С.Кмитюк, Х.І.Замнифіст СИНДРОМ БАРЕТТА ЯК ПЕРЕДРАКОВИЙ СТАН СТРАВОХОДУ	68
112.	С.В. Топольницька ВПЛИВ ТІОТЮНОПАЛІННЯ НА ЕМБРІОГЕНЕЗ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ)	68
113.	Г.І. Тракало, Н.М. Гринчак ПОШИРЕННЯ ГРУП КРОВІ У СВІТІ І ЇХ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	69
114.	Р.В. Трофіменко КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАРКІНСОНІЗМ З УРАХУВАННЯМ ВНЕСКУ ГЛУМАТЕРГІЧНОЇ СИСТЕМИ В МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	69
115.	Ю.Ю. Трофіменко МІКРОБНА КОНТАМІНАЦІЯ ЕНДОТРАХЕАЛЬНИХ ТРУБОК У ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ	70
116.	Т.І. Трофімчук ВПЛИВ ПРИЙОМУ ЇЖИ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ (ЗАГАЛЬНУ КІЛЬКІСТЬ ЛЕЙКОЦИТІВ ТА ЛЕЙКОЦИТАРНУ ФОРМУЛУ.....	71
117.	С.Т. Федитник РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ЛЮДИНИ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ.....	71
118.	В.О. Федорченко, О.В. Кузовлева МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСТОСУВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ.....	72
119.	Д.В. Філіпова ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТА ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ КІСТКОВОЇ СИСТЕМИ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ.....	73
120.	І.Д. Цибулюк МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІМУНОЦИТАРНОЇ ІНФІЛЬТРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ	73
121.	М.О. Цокур МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АКТИВНОСТІ ТА СТАДІЙ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ.....	74
122.	О.В. Чайковська, Н.С. Барзак КОРЕЛЯЦІЯ МІЖ АКТИВНІСТЮ НЕЙРОНІВ ПЕРВИННОЇ ЗОРОВОЇ КОРИ І ЗМІНОЮ ПЛОЩІ ЗІНИЦІ	75
123.	О.В. Чемеринська, М.І. Гуменюк, Л.А. Корінчак РЕФЛЕКСІЯ ЯК ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ МЕХАНІЗМ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ПОВЕДІНКИ.....	75
124.	Т.І. Чіхрай ПАТОГЕНЕЗ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ	76
125.	Ю.О. Шабала ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ (ФПН) ПРИ ЗАЛІЗОДЕФИЦІТНІЙ АНЕМІЇ (ЗДА).....	76
126.	Ю.О. Шабала ЦЕРВИКАЛЬНА ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНА НЕОПЛАЗІЯ (CIN, ДИСПЛАЗІЯ ШИЙКИ МАТКИ), ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ.....	77
127.	М.П. Шванц, Д.І. Муромцев, В.В. Цимбалюк ОСОБЛИВОСТІ РУХЛИВОСТІ НЕРВОВИХ ПРОЦЕСІВ, ОБ'ЄМУ ПАМ'ЯТІ ТА УВАГИ У ОСІБ З РІЗНОЮ ДОБОВОЮ РИТМІЧНІСТЮ.....	78
128.	О.Б. Шевця, В.В. Шавлюк., М.В. Архіпов ВІВЧЕННЯ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ ТА ЙОГО ФІТОПРОФІЛАКТИЦІ.....	78
129.	О.М. Шишковський ПАТОГЕНЕЗ ВТОРИННОГО УШКОДЖЕННЯ ТКАНИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ШЕМИЧНОМУ ІНСУЛЬТІ ЗАУМОВ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ.....	79
130.	О.Ю. Шишов РОЛЬ ГАСТРОЕНТЕРОПАНКРЕАТИЧНОЇ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ У РЕГУЛЯЦІЇ ПРОЦЕСІВ ТРАВЛЕННЯ ТА МОЖЛИВІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ВІДХИЛЕННЯ ПРИ ЇЇ РОЗЛАДАХ.....	80
131.	Г.П. Шонаров ЗЕРКАЛЬНЫЕ НЕЙРОНЫ. АНАЛИЗ АНАЛИТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ФУНКЦИЙ, СТРОЕНИЯ И РАБОТЫ В ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА.....	80
132.	Н. І. Штурмаревич ВОЛОССЯ – ПОКАЗНИК ЗДОРОВ'Я	81
133.	С.М. Якліч ВИЗНАЧЕННЯ ЗАКОНОМІРНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЮДЕЙ НА ВІРУС ГЕПАТИТУ С У М. ВІННИЦІ.....	81
	СУСПІЛЬНІ НАУКИ	
	SOCIAL SCIENCES	82
134.	Н.М. Амс ПРАВАПОРОДІЛЛІ. ПУПОВИННА КРОВТАСОВБУРОВІКЛІТИНИ.....	83
135.	А.Р. Velykyi THE ROLE OF ESCHERICHIA COLI IN POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS OF SURGERY DEPARTMENT	83
136.	Ю.О. Вітрова, К. Е. Гаврилець РИНОК МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	84

137.	Н.Д. Ганизаде NUMERALIA В АНАТОМИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ НОМЕНКЛАТУРЕ.....	84
138.	Д.В. Глухонюк PATIENTS' TRUSTTOPHYSICIANS	85
139.	Є.В. Григоруک ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СФОРМОВАНОСТІ ЕТНІЧНИХ СТЕРЕОТИПІВ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ.....	85
140.	М.М. Hurin, J.O.Katilova HAZARDOUS EFFECT OF TOBACCO SMOKING ON POWER INDICES AND PHYSICAL ENDURANCE IN YOUNG PEOPLE	86
141.	Didukh Bohdana, Halatyn Ruslana NATURAL PROCREATIONAL TECHNOLOGIES(NAPROTECHNOLOGIES)ALTERNATIVE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES	87
142.	Б.В. Дністрянський ЕТИМОЛОГІЧНИЙ ТА ЛЕКСИКО-СЕМАНТИЧНИЙ АСПЕКТ НАЗВ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ПРИЛАДІВ ТА ІНСТРУМЕНТІВ.....	87
143.	Б.Є. Довгоборець MINERALS AND VITAMINS FOR STRONG, LONG HAIR AND NAILS	88
144.	М. М. Душний, У-М, О. Панчук, Ю. О. Святун ЦІЛЮЩИЙ СВІТ ЙОГИ	88
145.	Л.С. Іванова TYPESANDRISKFACTORSOFCILDHOODLEUKEMIA	89
146.	К. V. Kolomiets THE DIAGNOSTICS OF LEFT-HANDEDNESS AND FEATURES OF WORK WITH LEFT-HANDED CHILDREN	89
147.	О.М. Корнова CHILD'S RISK FOR PNEUMONIA AND ITS PREVENTION	90
148.	О.А. Лавренчук ПРАВА ПОРАНЕНИХ У ЗОНІ АТО У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	91
149.	Т.Н. Ладька АНАЛИЗ ОБРАЗОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ ОТ ПРИСТАВОК ГРЕЧЕСКОГО И ЛАТИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.....	91
150.	І.В. Лепешко ПРАВОВИЙ АСПЕКТ ТА ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	92
151.	Т.С. Лимар, Я.Й. Тросцінська СТРАХОВА МЕДИЦИНА В УКРАЇНІ: ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ.....	93
152.	Т.О. Луцок SAVANT SYNDROME.WHERE WE HAVE BEEN. WHAT WE KNOW.....	93
153.	Ю.М. Лях ЕТИКО-ПРАВОВІАСПЕКТИВСИСТЕМАНАДАННЯПАЛІАТИВНОЇДОПОМОГИОНКОХВОРИМДІТЯМВУКРАЇНІ	94
154.	Т. Майданевич, В.Чорний ЕЛЕКТРОННА ПЕТИЦІЯ ЯК ОСОБЛИВА ФОРМА ЗВЕРНЕННЯ ГРОМАДЯН В УКРАЇНІ	94
155.	О.Ю. Макарицька ПРАВОВІ АСПЕКТИ ЗГОДИ ТА ВІДМОВИ ВІД МЕДИЧНОГО ВТРУЧАННЯ	95
156.	О.О. Мельник, О.В. Жураховська ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ ПОМЕРЛИХ ДОНОРІВ: ПРОБЛЕМИ ПРАВОЇ РЕГЛАМЕНТАЦІЇ	96
157.	A.V. Moshenska, T.V. Sekret LEGAL ASPECTS OF THE DOCTOR- RESUSCITATOR, PASSIVE EUTHANASIA	96
158.	С.В. Нечипоренко, Б.Д. Мазуркова ЕВТАНАЗІЯ - ПРАВО НА СМЕРТЬ	97
159.	І.А. Ошовський, Д.А. Манжелеєв ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ	97
160.	Д.В. Павлюк СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ТЕРМІНІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ В ГЕМАТОЛОГІЇ	98
161.	Г.В. Пелих, Г.В. Бичковська ЕВТАНАЗІЯ В КОНТЕКСТІ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ: ПРАВОВИЙ АСПЕКТ.....	99
162.	О.О. Петричук SHOCK AS A SERIOUS CONDITION.....	99
163.	M.V. Pisartsova SYSTEM-VECTOR PSYCHOLOGY	100
164.	М.І. Піщуліна ПРАВОВАРЕГЛАМЕНТАЦІЯНАДАННЯМЕДИЧНОЇДОПОМОГИВІЛ-ІНФІКОВАНИМТАХВОРИМНАСНІД.....	100
165.	A.V. Ponomaryeva REVITALIZATION IS A STEM CELL REJUVENATION	101
166.	С.В. Приходько ПРАВОВІПРОБЛЕМИАБОРТУ	101
167.	V.V. Savina HISTORYOFCLOINGANDIT'SRELEVANCEINCONTEMPORARYWORLD	102
168.	К.С. Серга, О.Р. Дацків ДОНОРСТВО КРОВІ: ПРАВОВІ АСПЕКТИ	102
169.	Т.В. Снятинська SPECIFIC TREATMENT OF PNEUMONIA IN CHILDREN OF ALL AGE GROUPS.....	103
170.	О. V. Stepanenko ALTERNATIVES TO ANTIBIOTICS	104
171.	Т.І. Степанюк, О.В. Гордійчук ПРАВОВЕРЕГУЛЮВАННЯІШТУЧНОГОЗАПЛІДНЕННЯВУКРАЇНІ	104
172.	Takyi Collins (Ghana) CORVITAEST	105
173.	М.О. Таранушенко, А.ГарсіяКоваленко ПРОБЛЕМИПРАВОВОЇРЕГЛАМЕНТАЦІЇПЛОДУ ЛЮДИНИВУКРАЇНСЬКОМУЗАКОНОДАВСТВІ.....	105
174.	О.І. Трухманова ФІЛОСОФСЬКИЙ АНАЛІЗ МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛІЗМУ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ	106
175.	О. V. Yuriy THE EFFECTS OF ATMOSPHERE ON PEOPLE'S HEALS	107
176.	А.Ю. Яворська ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЕТНІЧНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ СТУДЕНТІВ.....	107

177. О.В. Яременко	СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВІ ПРОБЛЕМИ ТРАНСГЕНДЕРІВ В УКРАЇНІ	108
МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАПРЯМ		
PUBLIC HEALTH		
178. O.S. Motuzenko	ENVIRONMENTAL EVALUATION OF WATER CLEANING WITH BASALTIC TUFF	110
179. Н.О. Арштува	БІОЛОГІЧНИЙ ТА КАЛЕНДАРНИЙ ВІН СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	110
180. А.Р. Бабаєва	ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ТЕННИСИСТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА.....	111
181. Р.О. Бенцак	ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД. «ДОНБАСЬКИЙ СИНДРОМ	111
182. А.М. Бобр, І.А. Дорофєєва	МЕДИЧНІ ПРОГНОЗИ ПОГОДИ ЦЕ НЕ ТІЛЬКИ ІНФОРМАЦІЯ ПРО ТЕМПЕРАТУРУ ПОВІТРЯ.....	112
183. Т.О. Бойко	ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПІСЛЯ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС.....	112
184. Д.О. Гаврилюк, О.О. Боровська	ЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ СНУ З ВПЛИВОМ НА ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ	113
185. О.В. Бур'ян	ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА УМОВ ПРАЦІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ТА ДОТРИМАННЯ ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМУ В ОПЕРАЦІЙНОМУ БЛОЦІ ЛІКАРЕНЬ.....	113
186. А.В. Ваколюк, Г.О. Влодек	ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНДАРТІВ ДИТЯЧОЇ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА У КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ	114
187. Ю.О.Василець	ЗАМІНА ДЖГУТА У ПОСТРАЖДАЛИХ ПРИ ТРИВАЛОМУ ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ	114
188. А.Н. Войт, А.В. Шаньгин	ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПСИХОГЕННОГО ФАКТОРА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВОДИТЕЛЕЙ.....	115
189. В.Ю. Годлевська, Т.В. Скочко	СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	116
190. В.Ю. Годлевська, Т.В. Скочко	ВИЗНАЧЕННЯ ЗОВНІШНІХ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ФАКТОРІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	116
191. А.О. Горинь	САМООЦІНКА ПСИХІЧНИХ СТАНІВ ФЕХТУВАЛЬНИКІВ-ПОЧАТКІВЦІВ	117
192. Ю.В.Гуцуляк, А.В.Мошенська, Т.В.Секрет, О.Токарчук	ПОРІВНЯННЯ ПОТРЕБ В ПАЛІАТИВНІЙ ДОПОМОЗІ СЕРЕД ДОРОСЛОГО ТА ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ.....	118
193. Ю.А.Гушинець, І.І. Шинкарук	ЕЛЕКТРИЧНА АКТИВНІСТЬ СЕРЦЯ У СПОРТСМЕНІВ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ФУТБОЛОМ.....	118
194. Я.М. Демчишин	АДАПТАЦІЯ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОДИНАМІКИ У СТУДЕНТІВ РІЗНИХ ВЕГЕТОТИПІВ ПРИ ФІЗИЧНОМУ ТА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОМУ НАВАНТАЖЕННІ	119
195. С.В. Дяченко, І.В. Кучер	МЕДІАТИВНИЙ МЕТОД, ЯК СУЧАСНА АЛЬТЕРНАТИВА ВИРІШЕННЯ КОНФЛІКТІВ У СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ДОСУДОВОМУ РІВНІ	119
196. О.С.Ковальчук, О.П.Струсевич	СТАТИСТИЧНИЙ ЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ МОЛОКА КОРІВ В СЕЛАХ ВІННИЦЬКОЇ ТА ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ З ЧАСТОТОЮ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЛЮДЕЙ НА ЛЕЙКОЗИ.....	120
197. А.В. Ковтун	ОЦІНКА ЯКОСТІ ШОКОЛАДУ НА УКРАЇНСЬКОМУ РИНКУ	120
198. К.В. Коломієць	ВПЛИВИ РІЗНИХ ЧИННИКІВ НА ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ РІЗНОЇ ВІКОВОЇ КАТЕГОРІЇ	121
199. Я.О. Кондратюк	ЗНАЧЕННЯ ХРОНІЧНОГО МІЄЛОЇДНОГО ЛЕЙКОЗУ У СТРУКТУРІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЛЕЙКОЗИ	121
200. Я.О. Кондратюк	ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ У ЛІКУВАННЯ СПОНДИЛОЛІСТЕЗІВ	122
201. С.І. Коновал	ВПЛИВ ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ НА РОЗУМОВУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СПОРТСМЕНІВ, КОТРІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ЛЕГКОЮ АТЛЕТИКОЮ	123
202. А.В. Кравченко	ОЦІНКА РОЗВИТКУ МОРФОЛОГІЧНИХ ОЗНАК У СПОРТСМЕНОК	123
203. Т.В. Кузьмінець	ПРИЧИНИ ПОЯВИ ГОЛОВНИХ БОЛЕЙ У СТУДЕНТІВ ВНМУ ІМ.М.І.ПИРОГОВА	124
204. А.С. Куржос	ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАГАЛЬНОЇ ТА ПЕРВИННОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В М. ВІННИЦІ ТА ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	124
205. О.В. Лазюк, І.В. Пасічняк	ВОГНЕПАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ, ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ.....	125
206. В.П. Лепегун	АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОТЕЗУВАННЯ В СЬОГОДЕННІ УКРАЇНИ ТА ПРОЕКТ СОЛОМІЇ ВІТВИЦЬКОЇ “ПЕРЕМОЖЦІ”	126
207. Т.О. Луцок	ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ПРИ НЕПРАВИЛЬНИХ ПОЛОЖЕННЯХ І ТАЗОВОМУ ПЕРЕДЛІЖАННІ ПЛОДУ	126
208. Ю.М. Лях, Б.З. Гулобов	ДОСТУПІСТЬ ЗНЕБОЛЕННЯ ДЛЯ ПАЛІАТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ ДОРОСЛОГО ТА ДИТЯЧОГО ВІКУ	127
209. Т.В. Мацьків	СУЇЦИД ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУСПІЛЬСТВА	127
210. О.Ю. Макарицька	СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	128
211. Н.О. Мельніченко, Я.В. Вербіцька, С.П. Шута	ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СПОРТИВНОГО ХАРЧУВАННЯ СПОРТСМЕНАМИ	129

212.	А.А. Моїсеєнко ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ШАХТАХ.....	129
213.	В.О. Мовчанюк ДУМКА НАСЕЛЕННЯ ЩОДО ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЦЕНТРАХ ПМСД МІСТА ВІННИЦІ.....	130
214.	І.І. Мотрук, О.О. Паламарчук ВПЛИВ ГЛОБАЛЬНОГО ПОТЕПЛІННЯ НА ПИЛКУВАННЯ ЗЛАКОВИХ ТРАВ (РОАСЕАЕ).....	130
215.	М.С. Музика КОМПЛЕКСНИЙ КОНТРОЛЬ РОЗВИТКУ КООРДИНАЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ СТУДЕНТІВ-БАСКЕТБОЛІСТІВ ВНМУ.....	131
216.	А.І. Новак ВПЛИВ ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ НА ПЕРЕБІГ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ КОМПЛЕКСОМ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ.....	132
217.	І.В. Ометюх ПРОЛЕЖНІ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ З ЗАСТОСУВАННЯМ ПОЄДНАННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.....	132
218.	А.Є. Отчик, А.М. Зінчук, О.Г. Зінчук ВПЛИВ ЯКОСТІ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ЛЕГЕНІВ НА ДОВІРУ ПАЦІЄНТА ЛІКАРЮ.....	133
219.	О.В. Павлік КОРИСТЬ І НЕБЕЗПЕКА МОЛОЧНИХ ПРОДУКТІВ.....	134
220.	Н.К. Покровська АСТЕНОВЕГЕТАТИВНИЙ СИНДРОМ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ГРЗ.....	134
221.	А.А. Попик, В.В. Фіщук ДИНАМІКА ДОСТАВЛЕННЯ ХВОРИХ ДЛЯ КОРОНАРНОГО СТЕНТУВАННЯ БРИГАДАМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	135
222.	Т.Ф. Сердюк РЕЖИМ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ УЧНІВ.....	135
223.	Я.С. Скоробогач, Т.П. Березівська ПОРІВНЯННЯ ЯКОСТІ ВОДИ З КРИНИЦЬ, АРТЕЗІАНСЬКИХ СВЕРДЛОВИН ТА ВОДОПРОВОДУ.....	136
224.	Ю.С. Степанчук ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ТИМЧАСОВИХ МЕТОДІВ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧ У БОЙОВИХ УМОВАХ.....	137
225.	В.А. Тростенюк ПОРІВНЯННЯ ЗВИЧАЙНИХ ТА ЕЛЕКТРОННИХ ЦИГАРОК.....	137
226.	М.І.Чвертневич ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ ФЕРТИЛЬНОСТІ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	138
227.	М.І.Чвертневич ПРИНЦИПИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ.....	138
228.	А.Н. Чурсина, Б.М. Микаилова ВЛИЯНИЕ СВИНЦА НА РАЗВИТИЕ ПЛАЦЕНТЫ.....	139
229.	Т.С. Шеремета ЛІКУВАННЯ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ В ДІЛЯНКУ ГРУДНОЇ КЛІТКИ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АТО.....	140
230.	Ю.В. Шило, В.М.Стульнова, І.О. Моканюк ДВІ ПОСТАТІ - ДВІ СТОРІНКИ ІСТОРІЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ.....	140
231.	Т.С. Ширінга ПОШИРЕНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД СТУДЕНТІВ. ОСНОВИ ТА ПРОБЛЕМАТИКА МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.....	141
232.	С.В.Яковець СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ОЖИРІННЯ.....	141
ФІЗИКО-ХІМІЧНИЙ НАПРЯМ		
PHYSICS AND CHEMISTRY.....		
233.	К.У. Barkasi, S. Yu. Yurikova THE PERSPECTIVES OF USE OF CLOUD TECHNOLOGIES IN MEDICINE.....	144
234.	Я.В. Габорець ЛАУРЕАТИ НОБЕЛІВСЬКОЇ ПРЕМІЇ, ВИХІДЦІ З УКРАЇНИ.....	144
235.	Т.Л. Домбровська ВПЛИВ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ НА РІВЕНЬ ЦИСТЕЇНУ ТА ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В КРОВІ.....	145
236.	О.Ю. Бабійчук, А.С. Данилюк БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ ВІДДАЛЕНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ.....	145
237.	О.С. Баглюк «МАТРИКСНЫЕ МЕТАЛЛОПРОТЕАЗЫ И ИХ ИНГИБИТОРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ».....	146
238.	К.И. Баркаси, С.Ю. Юрикова ДИСАДИПОКІНЕМІЯ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ РЯДУ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	146
239.	О.В. Беца ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЙОДОДЕФИЦИТУ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ МОЗКУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВІКОМ 16-18 РОКІВ.....	147
240.	В.П. Гавриш МОНІТОРИНГ ДЕФИЦИТУ МАГНІУ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В РІЗНІ ПЕРІОДИ НАВЧАННЯ.....	148
241.	Д.В. Глухонюк БІОЛОГІЧНІ ТА ІМУННІ ВЛАСТИВОСТІ ПОЛІРЕАКТИВНИХ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ.....	148
242.	Л.Г. Грищук ВПЛИВ ЕЙКОЗАНОЇДІВ НА ОВАРІАЛЬНО-МЕНСТРУАЛЬНИЙ ЦИКЛ, ФЕРТИЛЬНІСТЬ ТА ГЕСТАЦІЮ.....	149
243.	М.М. Гурін, А.А. Стругинська ВПЛИВ ЦУКРОЗНИЖУЮЧОГО ПРЕПАРАТУ МЕТФОРМІНУ НА ПРОДУКЦІЮ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ІНТАКТНИХ ЩУРІВ.....	150
244.	Я.В. Джадан, М.О.Салій, С.О. Росохай, М.С. Хижняк ВПЛИВ ЕЙКОЗАНОЇДІВ НА СИСТЕМИ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ.....	150
245.	В.О. Діброва ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ МЕДИКАМЕНТОЗНІ МОДЕЛІ ГІПЕР- ТА ГІПОТИРЕОЗУ У ЩУРІВ.....	151
246.	М.М. Желізна ЦИСТЕЇН ТА ГОМОЦИСТЕЇН.....	151
247.	О.В. Зінченко ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОГО ІНСУЛІНУ.....	152

248.	Т.В. Кукуруза, В.О. Приймак РОЛЬ ВІТАМІНІВ А, К, С У ПОСТТРАНСЛЯЦІЙНІЙ МОДИФІКАЦІЇ БЛІКІВ	152
249.	О.К. Лимаренко ІНГІБУВАННЯ ЗВОРОТНОЇ ТРАНСКРИПТАЗИ ВІЛ-1	153
250.	Ю.І. Лобортас ВПЛИВ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ЛЮДИНИ.....	154
251.	Т.О. Луцок ДЕФІЦИТ АЛЬФА-1-АНТИТРИПСИНУ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ПОЛІПАТОЛОГІЇ. СПРИЯЮЧІ ЧИННИКИ. МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ.....	154
252.	О.В. Матійків СИНТЕЗ ТІАЗОЛО[4,5-В]ПІРИДИН-5-КАРБОНОВИХ КИСЛОТ ЯК ПОТЕНЦІЙНИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК	155
253.	А.В. Мельник ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ РЕГУЛЯЦІЇ ТОНУСУ АОРТИ У ЩУРІВ	155
254.	С. Настішин, Д. Калиш ДАТЧИК ДЛЯ ВИМІРЮВАННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОГО ТИСКУ ТА ТЕМПЕРАТУРИ.....	156
255.	Д.О. Некрут МОЖЛИВА ПРИЧИНА НЕВІДПОВІДНОСТІ ВМІСТУ ЖИРУ (ТРИГЛЦЕРИДІВ) У ПЕЧІНЦІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ГІСТОЛОГІЧНИХ ТА БІОХІМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	156
256.	Є.В. Неймановський, О.Д. Лабоженко, В.В. Дячишин ЕКЗОГЕННІ ТА ЕНДОГЕННІ ОПОЇДИ: БУДОВА, ВЛАСТИВОСТІ, ФУНКЦІЇ	157
257.	Л.І. Нетребін, М.В. Сулима МЕТОДИКА МОНІТОРИНГУ ТА КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ ВОДИ В РІЧЦІ ПІВДЕННИЙ БУГ	158
258.	В.М. Нечипорук ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ВПЛИВАЄ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ЦИКЛУ МЕТИЛУВАННЯ В МОЗКУ ЩУРІВ.....	158
259.	І.В. Паламарчук ВМІСТ ГАЛЕКТИНУ-3 В СИРОВАТЦІ КРОВІ ЩУРІВ ЗА СТРЕПТОЗОТОЦИНОВОГО ДІАБЕТУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЇ	159
260.	М.В. Писарцова, О.В. Юрій КЕЙЛЮНИ, ЇХ ФУНКЦІЇ, МЕХАНІЗМ ДІЇ ТА РОЛЬ В БОРЮТБІ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	159
261.	Т.Ю. Повшедна ЦИТОКІНИ ЯК НОВА САМОСТІЙНА СИСТЕМА РЕГУЛЯЦІЇ ФУНКЦІЙ ОРГАНІЗМУ	160
262.	В.М. Сай, Ю.В. Харченко, М.М. Вороновська ВПЛИВ РІЗНИХ ДОЗ ДИКЛОФЕНАКУ НАТРИУ НА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ПЕЧІНЦІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ОДНОРАЗОВОГО ВВЕДЕННЯ.....	161
263.	Ю.Р. Свирид БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ ЦЕЛІАКІЇ.....	161
264.	О.Б. Семенович ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ. ЛІКУВАННЯ, СУЧАСНИЙ ПІДХІД	162
265.	О.В. Степаненко ОНКОМАРКЕРИ.....	162
266.	А.О. Вахнюк, О.О. Степун БІОХІМІЯ РАКОВИХ КЛІТИН.....	163
267.	О.А. Столяр, М.-Г.І. Гвозд, Л.В. Стадник ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ ТА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО ЛІКУВАННЯ.....	164
268.	О.Б. Струтинська РОЛЬ СИСТЕМИ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ЩУРІВ	164
269.	Л.А. Тереховська ПРІОНИ. ПЕРЕДАЧА СПАДКОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ БЕЗ ДНК.....	165
270.	В.А. Тростенюк МОЛЕКУЛЯРНІ МЕХАНІЗМИ ДІЇ НА МЕТАБОЛІЗМ АРАХІДОНОВОЇ КИСЛОТИ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ В ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....	165
271.	О.І. Трухманова МЕТАБОЛІЗМ ОКСАЛАТНОЇ КИСЛОТИ В НОРМІ ТА ПАТОЛОГІЇ.....	166
272.	К.М. Тубулкан ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ СИСТЕМИ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В НИРКАХ ЩУРІВ: ЗВ'ЯЗОК З ФУНКЦІОНАЛЬНИМ СТАНОМ НИРОК	167
273.	І.О. Умен, С.О. Гетьманенко ВЛАСТИВОСТІ АНТОЦΙΑНІВ	167
274.	М.А. Федюк ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ЩУРІВ З МОДЕЛЬОВАНИМ ВОДНО- ІММОБІЛІЗАЦІЙНИМ СТРЕСОМ.....	168
275.	Ю.Є. Хомюк, Д.С. Марцінішина, Н.В. Мигаль, М.С. Масловська СПАДКОВІ ХВОРОБИ ОБМІНУ АМІНОКИСЛОТ, ВУГЛЕВОДІВ, ЛІПІДІВ, НУКЛЕЇНОВИХ КИСЛОТ	168
276.	В.В. Чернецька ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕРИТРОЦИТІВ У ЩУРІВ З МОДЕЛЬОВАНИМ ОЦТОВИМ КОЛІТОМ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ РІЗНИМИ ДОЗАМИ ІНДОМЕТАЦИНУ	169
277.	С. Човган СУДИННІ УСКЛАДНЕННЯ НАПОВНЮВАЧІВ НА ОСНОВІ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ ТА РОЛЬ ГІАЛУРОНІДАЗИ В ЇХ ЛІКУВАННІ	169
278.	О.Б. Шевня, В.В. Шавлюк, М.В. Архіпов ВИВЧЕННЯ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВИМУ ДІАБЕТИ ТА ЙОГО ФІТОПРОФІЛАКТИЦІ.....	170
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ OBSTETRICS AND GYNECOLOGY		172
279.	А.О. Брюханова ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ЧАСТОТИ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РІЗНИХ КОМБІНАЦІЙ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО АБОРТУ	173
280.	С.А. Босий, Ю.В. Гуцуляк НОВІ НАПРЯМКИ В ПРОФІЛАКТИЦІ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ В ГІНЕКОЛОГІЇ	173
281.	Я.В. Вівчарук ПЕРЕДМІНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ У ЖІНОК З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ	174
282.	А.В. Вознюк ПЕРЕДЧАСНІ ПОЛОГИ ПРИ БАГАТОПЛІДНІЙ ВАГІТНОСТІ. СУЧАНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ.....	174

283.	О.В.Гордійчук ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ	175
284.	М.Я. Гула ЖІНОЧИЙ КАР'ЄРИЗМ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ФІБРОМІОМИ МАТКИ	175
285.	А.Р. Дмитрієва, С.А. Босий, Ю.В. Гуцуляк ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ЕНДОМЕТРІО В РЕПРОДУКТИВНОМУ ВІЦІ І ПРЕМЕНОПАУІ	176
286.	І.С. Євсєєва, О.В. Ютовець НАСЛІДКИ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГЕСТОЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ ЖІНКИ	176
287.	М.М. Жила, К.П. Костур, Н.В. Криванич АКУШЕРСЬКА ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ЕНДОМЕТРІОЗУ	177
288.	В.О.Ігнатенко ДОЦІЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ВАКУУМ-ЕКСТРАКЦІЇ У ВАГІТНИХ	177
289.	В.О.Ігнатенко ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ РАНЬОГО ТОКСИКОЗУ У ВАГІТНИХ	178
290.	О.Б.Каплюк, О.О. Шкільна КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГОРМОНЗАЛЕЖНОЇПУХЛИНИ ЯЄЧНИКА НА ФОНІ ТРИВАЛОГО ПРИЙОМУ КОМБІНОВАНИХ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ	178
291.	О.О. Кусакова ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ КІСТ БАРТОЛІНОВИХ ЗАЛОЗ	179
292.	О.М. Кучеренко, Г.В.Чайка ПРОГНОЗУВАННЯ ЮВЕНІЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ РІЗНИХ МОРФОТИПІВ	179
293.	О.О. Мельник, О.В. Жураховська МІСЦЕ ВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ В СУЧАСНІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ	180
294.	Ю.Г. Мельник СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД МОЛОДІ НА ПИТАННЯ КОНТРАЦЕПЦІЇ	181
295.	О.О. Місюра ПАТОЛОГІЯ ПРИКРІПЛЕННЯ ТА ПЕРЕДЧАСНЕ ВІДШАРУВАННЯ ПЛАЦЕНТИ ЯК ОДНІ З ОСНОВНИХ ПРИЧИН АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ	181
296.	В.В. Моспан ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ЕНДОМЕТРІОЗУ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ ТА СУПУТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	182
297.	В.Г. Палійчук ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ	183
298.	О.О.Павловська, Н.О.Гребената ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА АКУШЕРСТВА	183
299.	О.І. Сушицький ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	184
300.	М.О. Шолкіна, Г.Ю.Король ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГ У ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ	184
301.	О.О. Шкільна, О.Б. Каплюк ДОТРИМАННЯ ПРИНЦИПІВ «FASTTRACK» ХІРУРГІЇ В ПРАКТИЦІ АКУШЕР-ГІНЕКОЛОГА	185
302.	О.В. Ютовець, І.С. Євсєєва АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ЖІНОК РАНЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	185
303.	К.О. Ярошевич АНАЛІЗ ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ АНОМАЛІЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ТА ЇХ МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ	186
ПЕДІАТРІЯ		
PEDIATRICS		187
304.	О.О. Боровська ЗВ'ЯЗОК ПАТОЛОГІЙ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ З РОЗВИТКОМ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ	188
305.	Н.О. Буглова ЕПІДЕРМАЛЬНИЙ ФАКТОР РОСТУ ЯК МАРКЕР РЕПАРАТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ПРИ ВИРАЗЦІ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ	188
306.	О.М. Венглюк ПСИХОСОМАТИЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	189
307.	О.Б. Вишинська МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ НА ТЛІ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	189
308.	В.Ю. Вдовиченко, С.В. Цісарж ВРОДЖЕНА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ	190
309.	У.В. Гаврилишин КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ «КОТЯЧОГО КРИКУ»	190
310.	М.О. Гнатюк, Н.М. Прилипко ІСТОРИЧНІ НАРИСУ ВИВЧЕННЯ ПОЛОМІСЛІТУ. СУЧАСНА СИТУАЦІЯ ВАКЦИНАЦІЇ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ	191
311.	І. Гола, С. Леснянська ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЕКСТРОФІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ	192
312.	А.М. Гончарук, Д.С. Онофрійчук ПРОБЛЕМИ ЛЕПТОСПИРОЗУ У ДІТЕЙ	192
313.	А.М. Гончарук ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ НЕЙРОФІБРОМАТОЗУ У ДІТЕЙ	193
314.	С.В. Гуріна ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ	193
315.	А.Д. Губанов КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТІВ У ДІТЕЙ	194
316.	М.Я. Гула, А.А. Ігнатішина ОСОБЛИВОСТІ ТЕРМОРЕГУЛЯЦІЇ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЩЕПЛЕННЯ	194
317.	В.В. Демянишина МУКОВІСЦИДОЗ У ДІТЕЙ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	195
318.	А.В. Дениско ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РАХІТУ ТА ОКЦИПІТАЛЬНОЇ АЛОПЕЦІЇ	195
319.	О.В. Жураховська, О.О. Мельник СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДІАГНОСТИКИ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ	196

320.	О.О. Зборовська ГАЛЕКТИН-3-БИОЛОГІЧНИЙ МАРКЕР МІОКАРДІАЛЬНОГО ФІБРОЗУ У ДІТЕЙ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПРИ ВРОДЖЕНИХ ВАДАХ СЕРЦЯ	197
321.	О.І. Ізюмець, Т.В. Мурашко, В.О. Баньковський ДІАГНОСТИЧНІ ЗАХОДИ ПРИ СУБФЕБРИЛІТЕТІ У ДІТЕЙ.....	197
322.	О.І. Ізюмець, О.А. Моравська, Т.В. Мурашко ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НЕКРОТИЧНОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	198
323.	О.І. Ізюмець, Т.В. Мурашко, Ю.В. Шербич РОЛЬ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ФОРМУВАННІ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	198
324.	Д.Й. Кароль, О.В. Лазуркевич ПОЛІКІСТОЗ НИРОК ДОРОСЛОГО ТИПУ У ДІТЕЙ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РОЗМІРАМИ КИСТ І ПЕРЕБИГОМ ХВОРОБИ	199
325.	Г.Ю. Король КЛІНІЧНІ ТА ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ.....	199
326.	М.О. Корнієнко, О.О. Постолюк СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	200
327.	В.Э.Корякина, А.Н. Основаная ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	200
328.	Д.С. Круковська, В.А.Коробко РОЛЬ КОМПЛІАСНСА ПРИ ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ.....	201
329.	О.О. Купрата, В.І.Чернова, І.А.Бабій ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНОГО ПЕРЕБИГУ АТРОФІЧНОГО ГАСРИТУ У ДІТЕЙ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ЙОГО РОЗВИТКУ	202
330.	І.П. Кутинська СТРУКТУРА ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНУ ПАТОЛОГІЮ	202
331.	І.П. Кутинська ТОКСИЧНІ ЕФЕКТИ ХІМІОТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ЛІМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗУ У ДІТЕЙ	203
332.	М.С. Лисак, І.В. Кисіль СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПІДЛІТКІВ.....	203
333.	Я.О. Мельничук, Б.В.Кабиш МУКОВІСЦИДОЗ. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ	204
334.	С.А. Набієва ОЦІНКА ВЕГЕТАРІАНСЬКОГО ХАРЧУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ГОЛОДОМ.....	204
335.	Л.Ш. Нешерет СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ ТА ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ.....	205
336.	О.С. Новікова КЛІНІЧНІ ВАРИАНТИ ПЕРЕБИГУ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ.....	206
337.	Г.В. Целих, Ахмад АльСмаірат, О. Р. Дацків ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РАХІТУ У ДІТЕЙ З М. ІРБІД (ЙОРДАНІЯ) ТА ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	206
338.	М.М. Пугач ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА СТАН КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ВІТАМІН D-ДЕФІЦИТНИЙ РАХІТ.....	207
339.	Л.Б. Прочук ОСОБЛИВОСТІ АЦЕТОНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ	207
340.	Ю.П. Резніков, А.В.Шкот СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ДІТЕЙ З НЕВРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТАКНИНИ.....	208
341.	Н.П. Русак ПОКАЗНИКИ ФОСФОРНО-КАЛЬЦІЄВОГО ОБМІНУ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ З БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ.....	209
342.	В.Г. Савич КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ДІ ДЖОРЖІ.....	209
343.	Х.П. Сович ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ ГОСТРИХ ЕНЦЕФАЛІТІВ У ДІТЕЙ	210
344.	Н.О. Ситник ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ПЕРЕБИГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	210
345.	Н.О. Ситник, І.І. Андрієвський ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО СТАЦІОНАРУ	211
346.	І.А. Тарасова ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ УМІСТУ АТИПОВИХ ЛІМФОЦИТІВ У ПЕРИФЕРИЧНІЙ КРОВІ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО ПЕРЕБИГАЮТЬ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ	211
347.	О.О. Токарчук, Д.В. Бойчук, Т.В. Секрет ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЛІМФОБЛАСТНИЙ ЛЕЙКОЗ	212
348.	Р.В. Телебей, І.І. Городиський КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ НИРОК ПРИ ПУРПУРІ ШЕНЛЕЙН – ГЕНОХА У ДІТЕЙ.....	213
349.	О.А.Ткач ДОПРОБЛЕМИ РЕТИНОПАТІЇ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ.....	213
350.	Ю.С. Фаріон ГІСТІОЦИТОЗИ У ДІТЕЙ.....	214
351.	К.В.Хромих СТАН СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	214
352.	О.М. Шийка, А.О. Шиманський, Ю.С. Придатченко ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ.....	215
353.	А.А. Шидлівська СИНДРОМ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТАКНИНИ У ДІТЕЙ. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА ДІАГНОСТИКИ.....	216
354.	О.О. Юхименко МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СПІРОМЕТРІЇ ДЛЯ ОБСТЕЖЕННЯ ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ.....	216

355.	А.А. Иванова ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ У ДЕТЕЙ.....	217
356.	A.V. Moshenska, O.V. Staeva, Y.V. Hutsuliak ETIOEPIDEMIOLOGICAL FEATURES, TREATMENT AND CLINICAL, LABORATORY ASPECTS OF ZIKA VIRUS.....	217
357.	Tay Young Tsatsu, Plovs Offei, Elkanna Pappoe, Kwame Osei CHILD HEALTH CARE IN GHANA	218
358.	G.Yu. Zvenigorodska PROGRESSION OF CHRONICGLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN AND ANEMIA	218
ТЕРАПІЯ		
INTERNAL MEDICINE		220
359.	Е.І. Алієв ЧИ БУЛА ПОДАГРА У МІКЕЛАНДЖЕЛО?	221
360.	М.І. Андрієнко, Х.О. Корвач ЗАСТОСУВАННЯ ДИНАМІЧНОЇ ГЕПАТОБІЛІСЦИНТИГРАФІЇ ДЛЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПАТОЛОГІЮ ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ.....	221
361.	А.А. Ахмедова ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА У ПОСДНАННІ ЗАРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІОЮ: КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ТА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ПАРАЛЕЛІ	222
362.	А.В. Багінська, І.С. Самойдук СВІТОВІ ДОСЯГНЕННЯ ДИСТАНЦІЙНОЇ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ТА МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ В УКРАЇНІ	223
363.	А.В. Бердар ЛІХОМАНКА ЕБОЛА – НАЙСТРАШНІША ПАНДЕМІЯ ХХІ СТОЛІТТЯ.....	223
364.	К. І. Бірюкова СПЕКТР ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С ЗАЛЕЖНО ВІД МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН В ПЕЧІНЦІ.....	224
365.	А.С. Богомолов ОБ’ЄКТИВІЗАЦІЯ ОЦІНКИ АЛЕРГІЧНИХ ШКІРНИХ ПРОБ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕДИЧНОЇ ТЕРМОГРАФІЇ	224
366.	Є.Л. Болінська ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІАГНОСТИКИ РЕСПІРАТОРНИХ ІgЕ-ЗАЛЕЖНИХ ХВОРОБ МЕТОДОМ ШКІРНОГО ТЕСТУВАННЯ – ПРИК-ТЕСТ (in vivo) ТА ТЕСТ-СИСТЕМОЮ POLYCHECK (in vitro).....	225
367.	Я.С. Боровська, А.О. Смотрицький ЛІХОМАНКА НЕУТОЧНЕНОГО ГЕНЕЗУ: ПОШИРЕНІСТЬ У ХВОРИХ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА СТРУКТУРА ПРИЧИН	225
368.	А.О. Брюханова МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ: ЗВ’ЯЗОК З ПЕРЕБИГОМ ЗАХВОРЮВАННЯ	226
369.	Ю.Ю. Валецький, Д.А. Седлярчук ЗАСТОСУВАННЯ МЕБІКАРУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ПРИ ВІДМОВІ ВІД ЛІКУВАННЯ	227
370.	Я.В. Вівчарук ГІПОТИРЕОЗ НА ТЛІ АІТ ТА ПОРУШЕННЯ ОВАРІО-МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ У ЖІНОК РЕПРДУКТИВНОГО ВІКУ	227
371.	Д.О. Гацька РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	228
372.	Є.О. Гетьманенко, І.О. Умен, А.О. Косташ ХІРОМАНТІЯ У ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	228
373.	К.В. Гиренко, О.В. Сулімко РОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	229
374.	О.О. Гладкий СКТ- ДІАГНОСТИКА ЦИРОТИЧНИХ ЗМІН У ПЕЧІНЦІ НА ФОНІ ДИFUЗНИХ ЗМІН ЇЇ СТРУКТУРИ.....	229
375.	О.О. Говардовська ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВТОРНИХ ВИПАДКІВ ТУБЕРКУЛЬОЗУ З НЕВДАЧЕЮ ЛІКУВАННЯ.....	230
376.	Т.М. Голенко, А.О. Андрєєва РІВЕНЬ ВІСФАТИНУ ТА ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ЗАГАЛЬНОЇ СОННОЇ АРТЕРІЇ.....	231
377.	О.В. Грібенюк ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ	231
378.	Б.З. Гулюбов, Ю.М. Лях ВПЛИВ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА ПОРУШЕННЯ ІНТРАЦЕПТИВНИХ ВІДЧУТТІВ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА	232
379.	Ю.А. Гушинець, І.І. Шинкарук ЛІПІДОЗНИЖУЮЧА ТЕРАПІЯ: РЕАЛІЇ ПРИЗНАЧЕННЯ ТА ПРИХИЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДАНИМИ АНАЛІЗУ ІСТОРІЙ ХВОРОБ ТА ТЕЛЕФОННОГО АНКЕТУВАННЯ.....	232
380.	Н.І. Дзигар ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ«ХВОРОБА СТІПЛА У ДОРΟΣЛИХ	233
381.	М.В. Дем’янчук ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ГОЛОВИ І ШИЇ.....	234
382.	Д.В. Діденко ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	234
383.	А.О. Довгань ОСОБЛИВОСТІ СОМАТОПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ЗА ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ.....	235
384.	В.Ю. Дорожинська ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СТАН АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАСОЦІЙОВАНИМИ КИСЛОТОЗАЛЕЖНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	235
385.	В.Ю. Дорожинська КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІО.....	236
386.	Н.В. Жебель РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ОКРЕМИХ ВАРІАНТІВ ГЕНОТИПУ АПОЛІПОПРОТЕЇНУ Е У ХВОРИХ З ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІОЮ РІЗНОЇ ВАЖКОСТІ.....	237
387.	А.В. Іванкова ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИДУ СУПУТНЬОГО ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІО	237

388.	М.С. Лозинська ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЕХОРЕФЛЕКТИВНОСТІ ТА ІНДЕКСУ ВІКУ СЕРЦЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА ГІПЕРТЕНЗІЮ ХВОРОБУ.....	238
389.	К.О. Заїчко ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНУ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ СИНТАЗИ ОКСИДУ АЗОТУ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ.....	239
390.	К.В. Залужна ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА У ПОЄДНАННІ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОЇ ТОВСТОЇ КИШКИ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ.....	239
391.	Х.І. Замніфіст ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	240
392.	В.С. Зеленський МЕТАСТАЗИ У ГОЛОВНИЙ МОЗОК.....	240
393.	О.А. Іскрак АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ – ВІД СИМПТОМІВ ДО ДІАГНОЗУ.....	241
394.	О.А. Іскрак КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗА З СИНДРОМОМ БОНВАРТА.....	241
395.	Т.О. Казібрід ВПЛИВ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ.....	242
396.	В.В. Кельман ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В У ВАГІТНИХ.....	242
397.	В.В. Кішук, І.Г. Ланецька, А.Ю. Щербань СПОРТИВНЕ СЕРЦЕ.....	243
398.	М.С. Кмитюк ПОШИРЕНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	244
399.	В.О. Ковач ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ У ВІЙСЬКОВИХ МЕДИКІВ: ФАКТОРИ РИЗИКУ.....	245
400.	М.О. Колесник, В.П. Іванов ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ ЗАЛІЗА В ХВОРИХ ІЗ СИСТОЛІЧНОЮ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ВПЛИВ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ.....	245
401.	А.Л. Красно ВИЗНАЧЕННЯ ДИСФУНКЦІЇ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА ЯК МАРКЕРУ ТЯЖКОСТІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДОРОСЛИХ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ.....	246
402.	О.О.Крюкова СПІРАЛЬНА КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ.....	246
403.	Е.А. Кузовенкова, И.П. Зарудняк РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	247
404.	Е.А. Кулакова, Л.С. Татьяна, М.В. Куликова ЦИТОКИНОВАЯ АКТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	248
405.	М.В. Кузуб ОСОБЛИВОСТІ ДОЗУВАННЯ ВАРФАРИНУ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА.....	248
406.	А.С. Куржос, І.І. Шаповал ВИЗНАЧЕННЯ НЕЙРОПАТИЧНОГО КОМПОНЕНТУ БОЛЮ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗНИЙ СПОНДИЛІТ.....	249
407.	Є.О. Лебедева ¹ , М.М. Груша ² , М.М. Брянський ¹ , С.П. Панченко ¹ ЗВІВІСТІСТЬ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ШЕМІЇ МІОКАРДА.....	249
408.	Д. О. Левковська РЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.....	250
409.	Т. С. Лещук ІПОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ДЦП.....	251
410.	Т. С. Лещук СИНДРОМ ШКВІКА.....	251
411.	О.П. Литвинюк ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД РІЗНИХ ГРУП МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	252
412.	А.А. Лілевська ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА КОМОРБІДНІСТЬ.....	252
413.	В.Л. Лісовський ДЕРМАТОГЛІФІКА ЯК ІНСТРУМЕНТ ЛІКАРЯ В ПРОГНОЗУВАННІ РОЗВИТКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ.....	256
414.	Т.М. Лозинская ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ РЕЙТЕРА ПО ДАННЫМ ОДЕССКОГО ГОРОДСКОГО РЕВМАТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.....	256
415.	О.Ю. Макарицька ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ГІДРОКСИТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....	254
416.	А.І. Максимчук А.І., Г.О.Чайка ЕФЕКТИВНІСТЬ АТОРВАСТАТИНУ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ПОХИЛОГО ВІКУ.....	255
417.	И.А. Матчак, Л.Гриб, М.Шишкану, В.Евтодиев, Р. Ридкодубский ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИАЛИЗОМ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	255
418.	А.В. Микитюк, І.В. Біляченко (к.мед.н., ас.), М.Л. Шарасва (к.мед.н., доц.) РАННІ ЗМІНИ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	256
419.	М.В. Мирющенко ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ И НАРУШЕНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	256
420.	Д.В. Молодан ПОРУШЕННЯ МЕТАБОЛІЗМУ ЛІПІДІВ І АКТИВНІСТЬ СРП У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ.....	257
421.	Д.Г. Молодягін, О.А. Кудрик СКЛАДНОСТІ ДІАГНОСТИКИ МІКСОМАТОЗНОГО УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ.....	257
422.	Н. О. Музика ОЦІНКА СТАНУ ПОКАЗНИКІВ ВАЗОДИЛАТАЦІЇ У ХВОРИХ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ І ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ.....	258

423.	М.С. Назарова ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА РІЗНИМ РІВНЕМ АНТИТІЛ ДО ФОСФОЛІПІДІВ	259
424.	О.М. Науменко ЗМІНИ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ ПРИ РОТАВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ.....	259
425.	Ю.В. Некрасова АДИПОНЕКТИН ТА МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ПЕЧІНКИ	260
426.	С.А. Новрузова Р.У. Мухаммед ВІРУС ЗІКА І МОЖЛИВІ УСКЛАДНЕННЯ.....	260
427.	І.В.Ометюх ПРОЛЕЖНІ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ: ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ З ЗАСТОСУВАННЯМ ПОЄДНАННЯ АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.....	261
428.	О.В. Павлік СТУПІНЬ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ВИБОРУ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ	261
429.	Г.О. Палагнюк, Ю.П. Пашкова, О.П. Пасюк, М.І. Васенко ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОКЛ В 2015-2016 РР	261
430.	Ю.П.Пашкова, Г.О.Палагнюк,В.О. Ружанська ЗМІНИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРИ НОСІЙСТВІ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ГЕНА МОЗКОВОГО НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ У ЧОЛОВІКІВ БЕЗ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, МІЖКАНЦІВ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ 262УКРАЇНИ.....	263
431.	В.Л. Побережець ЗМІНИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ РІЗНИМИ МЕТАБОЛІЧНИМИ ФЕНОТИПАМИ ХОЗЛ.....	264
432.	О.С. Примачук, Н.В. Скрипник СУЧАСНІ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С	264
433.	О.С. Примачук, Н.В. Скрипник ПРОЯВИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО СИНДРОМУ В ТЕРАПІЇ.....	265
434.	Р. В. Ридкодубский, Н.Ф.Спанчок, Е. М. Самохвалов, М. И. Курудимов, В. А. Евтодиев СУСТАВНОЇ СИНДРОМ В ІНФЕКЦИОННОМ ЕНДОКАРДИТЕ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	265
435.	В.Р. Романенко ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	266
436.	В.О.Романова ДЕЯКІ МАРКЕРИ РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ.....	266
437.	Н.М. Рущенко, О.І. Миронюк КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ	267
438.	И.Н. Садък, Ю.И. Монастырский, Ю.Л. Шкарицкий ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫМИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	268
439.	К.О. Свідерська, В.В.Саражинська ЗРІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМФОРТУ У СТУДЕНТІВ ІІ КУРСУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	268
440.	Т.В. Секрет, О.О. Токарчук ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЛІМФОБЛАСТНИЙ ЛЕЙКОЗ	269
441.	Ю.П.Синиця ВПЛИВ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ НА ДІАСТОЛІЧНУ ФУНКЦІЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА СТАН ЗАГАЛЬНИХ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	269
442.	А.О. Сірко РОЗЛАДИ СНУ У ХВОРИХ ІЗ БРОНХООБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	270
443.	Т.В. Скочко ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	270
444.	М.В. Слобода, О.І. Кошоба, І.О. Лаба ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ КОМБІНОВАНОГО ПРЕПАРАТУ МЕЛДОНІО З γ- БУТИРОБЕТАЇНОМ НА РІВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА ПРОЦЕСИ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ У ХВОРИХ НА ІХС З ФІБРІЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ	271
445.	С.В. Струц, В.Ю. Масловський ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ СТРАТИФІКАЦІЇ РИЗИКУ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРОЮ ТЕРАПЕВТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	272
446.	С.О.Сучок, Т.М.Хлипяч, Н.М.Амс ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ НА ТЛІ ПІДВИЩЕНОЇ ТРИВОЖНОСТІ.....	272
447.	П.С. Табас, Р.О. Клос, О.М. Оқусок ЗМІНАГЕМОГРАМАТАПОКАЗНИКІВФУНКЦІОНАЛЬНОГОСТАНУПЕЧІНКИУХВОРИХНАТУБЕРКУЛЬОЗЛЕГЕНЬ.....	273
448.	А.А. Токарчук ЕФЕКТИВНІСТЬ ВПЛИВУ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НА ОСТЕОАРТРОЗ КОЛІННОГО ТА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБІВ.....	273
449.	О.О. Токарчук, І.А. Ільюк ОЦІНКА ДИНАМІКИ МАРКЕРІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ	274
450.	А.А.Трибрат ПРИХИЛЬНІСТЬ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ДО ЛІКУВАННЯ	275
451.	А.В. Троць, С.В. Зябловский РОЛЬ ІНФЕКЦІЙНОГО ЕНДОКАРДИТУ У РИЗИКУ РОЗВИТКУ ГОСТРИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ РОЗЛАДІВ.....	275
452.	Д.В.Федоряка ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДИСЛІПОПРОТЕЇНЕМІЄЮ.....	276
453.	А.В.Хромих ДИСПНУТАРИЗМ	276
454.	К.Р. Чалайдиок, Х.О. Соломко РАК НИРОК	277
455.	Ю.В.Щербич ЛАЗЕРОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ З ЛЕГКИМ ПЕРЕБІГОМ	277
456.	О.В.Юговец ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РАМПРИЛУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	278
	КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ, НЕВРОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ CLINICALPSYCHOLOGY, NEUROLOGYANDPSYCHIATRY	280

457.	Н.В. Бецько КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕВ У ЛІКАРІВ ПЕДІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ	281
458.	А.Т. Водяницький ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАЖКОЇ ЗЧМТ У ДІТЕЙ ВІКОВОЇ ГРУПИ ВІД 0 ДО 5 РОКІВ	281
459.	А.Д. Волківська ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ	282
460.	Г.Г. Гусак ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ЮНАКІВ.....	282
461.	О.Р. Дацків, К.С. Серга РОЛЬ ФАРМАКОГЕНЕТИЧНОГО ТЕСТУВАННЯ В ПСИХІАТРІ	283
462.	О.Р. Дацків Я.І. Запопадний, О.О. Мельник ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ВАРІАЦІЙНОЇ ПУЛЬСОМЕТРІЇ ПРИ ШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ У ХВОРИХ ІЗ СТРЕСОВОЮ ГІПЕРГЛІКЕМІЄЮ	283
463.	О.П. Дзядзьо ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЇ ПОВЕДІНКИ В КОНФЛІКТНІЙ СИТУАЦІЇ.....	284
464.	М.В. Добровольська ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК.....	285
465.	В.Ю. Дорожинська ВПЛИВ ПСИХОГЕННОГО ЧИННИКА НА ФОРМУВАННЯ КОМОРИДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	285
466.	А.А. Захарян СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ ПРОЯВУ АГРЕСІЇ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	286
467.	А.Р. Зюлковський, Є.В. Басенко, О.Ф. Ничипорчук ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ІНСУЛЬТУ СЕРЕД ЧОЛОВІКІВ В М. КИЄВІ У СІЧН 2016 РОКУ. СУЧАСНИЙ ПРОГНОЗ ЗАХВОРЮВАННЯ	286
468.	Д.В. Кириченко, В.В. Попова, М.В. Дем'янчук, О.Б. Вишинська, Т.В. Динис АНАЛІЗ СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ З ПЕРВИННИМ ГОЛОВНИМ БОЛЕМ.....	287
469.	І.П. Кириченко АНАЛІЗ ПАТЕРНУ ХОДИ СПИНОЮ ВПЕРЕД У ЗДОРОВИХ ОСІБ.....	288
470.	О.М. Кобзар, Л.В. Юхименко ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ ПРОЯВІВ У ПРАВШІВ, ЛІВШІВ І АМБІДЕКСТРІВ	288
471.	О.О. Комаринська АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ЕКЗОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ	289
472.	В.А. Король КЛІНІКО-ДИНАМІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАНИХ ФОРМ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ	289
473.	В.М. Ляшик ЕЙДЖИЗМ ЯК СОЦІАЛЬНО ПСИХОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН.....	290
474.	Т.М. Майданевич КЛІНІЧНІ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХОРЕЇ ГЕНТІНГТОНА.....	290
475.	К.Р. Марценюк СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ РОЗВИТКУ ЕМАПТІВ ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ	291
476.	М.М. Марчук ІПОТЕРАПІЯ В ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	292
477.	О.І. Масік, Л.В. Пипа, Ю.М. Лисиця РОЛЬ АЛЕКСИТИМІЇ В РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ	292
478.	С.Т. Месяцева ВИКОРИСТАННЯ ПРОЕКТИВНОЇ МЕТОДИКИ «МАЛЮНОК СІМ Ї» ТА АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПІДХОДУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ 8-12 РОКІВ.....	293
479.	Ю.С. Миколаєнко ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОТРЕБИ У СПІЛКУВАННІ У ПІДЛІТКОВОМУ ТА ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ	294
480.	Я.І. Мосур ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ У СТУДЕНТІВ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ М.І. ПИРОГОВА	294
481.	І.В. Музика О.-Г.С. Балагуш ВПЛИВ АНТИДЕПРЕСАНТІВ НА ПЕРЕБІГ ЕПІЛЕПСІЇ.....	295
482.	А.Ю. Мусієць, О.О. Мельник, А.О. Андрєєва ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ОСІБ З ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЦНС НА ТЛІ ВИКОРИСТАННЯ "ГЛІАТИЛІНУ".....	295
483.	А.В. Найда ПЕРСПЕКТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА.....	296
484.	Ю.О. Наконечна СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ДО НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО ПРОЦЕСУ	297
485.	М.С. Нитичук, Я.В. Співак, А.О. Брюханова, В.В. Кельман ВПЛИВ МУЗИКИ НА РОБОТУ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	297
486.	Г.В. Пелих СУЧАСНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ЛЕННОКСА-ГАСТО	298
487.	Г.В. Пелих ЕПІЛЕПСІЯ У ДІТЕЙ: ПЕРЕДВІСНИКИ ТА ПРОБЛЕМА ЇЇ ДІАГНОСТИКИ	298
488.	Д.В. Печкан ПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ ВНАСЛІДОК ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ ТА КАТАСТРОФ	299
489.	В.С. Пічка, А.С. Вей, Д.З. Файн ОСОБИСТІСНА ДИНАМІКА В ПРОЦЕСІ ГРУПОВОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРЕНІНГУ	299
490.	Ю.О. Подворна, Л.М. Коцаб'юк ФЕНОМЕН ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ	300
491.	М.С. Рижовський ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	300
492.	Д.О. Романець ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ.....	301
493.	М.А. Сичинська, О.М. Савельєва, К.М. Семененко, В.Ю. Хоменко ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	302
494.	О.Р. Слюсар СУБ'ЄКТИВНІ ПЕРЕЖИВАННЯ САМОТНОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ТА РАНИЙОМУ ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ.....	302
495.	М.Я. Собченко РОЛЬ МЕТОДУ ВНУТРІШНЬОТКАНИННОЇ ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ В ПРОЦЕСАХ РЕІНЕРВАЦІЇ	303

496.	С.Р.Сорбало ТРИПОФОБИЯ. МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ	303
497.	С.О. Сучок, Т.М. Хлипняч, Н.М. Амс ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ НА ТЛІ ПІДВИЩЕНОЇ ТРИВОЖНОСТІ	304
498.	К.В. Терешко, М.І. Шулякова, О.С. Кулинська, В.Ю. Хоменко ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА СИСТЕМА ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ РОБОТИ З НИМИ	305
499.	Т.О. Токарський РЕМІСІЇ ПРИ РЕКУРЕНТНОМУ ДЕПРЕСИВНОМУ РОЗЛАДІ (ТИПОЛОГІЧНА ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ	305
500.	О.О. Токарчук, Т.В. Секрет ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ У ДІТЕЙ З ГОСТРИМ ЛЕЙКОЗОМ	306
501.	С.М. Фала РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ (КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ, ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ)	306
502.	С.М. Фала, Ю.Г. Мельник ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ СЕБЕ ПСИХІЧНО ХВОРИМИЯК ЧИННИК ЇХ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ	307
503.	Д.В. Федоряка АНОРЕКСІЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА	308
504.	І.В. Циганкова ДЕПРИВАЦІЯ СНУ ЯК ПРИЧИНА РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ	308
505.	Д.О. Цирульник КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ СТРЕСОВИМИ РОЗЛАДАМИ І РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ	309
506.	О.С. Цициліна ВПЛИВ СТАТТІ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО РИЗИКУ ОСОБИСТОСТІ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ	309
507.	І.Ю.Шеметюк ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ «НАТАЛІЗУМАБУ» НА ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ ТА АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ПОБІЧНИХ ЕФЕКТІВ	310
ХІРУРГІЯ		
SURGERY		
508.	О.-G.S.BalagushI.V.Muzyka THE TREATMENT OF KERATOCONUS TROUGH THE METHOD OF CROSSLINKING	312
509.	К.В. Marchuk, MucheneKevinKachara, S.S. Gusakovskyy, A.P. Maistruk, O.V. Gorovyy ANALYSIS OF RESULTS THE SURGICAL TREATMENT VESICOVAGINAL AND URETEROVAGINAL FISTULAS	312
510.	A.V. Moshenska, T. V. Sekret NUTRITIONAL SUPPORT IN SEPTIC PATIENTS	312
511.	Muchene Kevin Kahara DIELECTRIC COSMETIC LIPOSUCTION SURGERY	313
512.	M. G. Zaslavskaya WHEN WE SHOULD NOT USE CANCER-DIRECTED THERAPY FOR SOLID TUMOR PATIENTS	313
513.	В.В. Айф, Л.В. Петришина ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКОСТІ ТРОМБОЦИТІВ В ЗБАГАЧЕНІЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ ВИГOTOBJEHHЯ	314
514.	Д.Ю. Артемчук ХІРУРГІЯ ОДНОГО ДНЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІИ	314
515.	В.О. Баглай, О.Ю. Гойна-Кардасевич ІСТОРИЧНА РЕТРОСПЕКТИВА МЕТОДІВ ТИМЧАСОВОГО ГЕМОСТАЗУ	315
516.	Б.І. Барало БАКТЕРІАЛЬНА ФЛОРА У ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ (ІСШ) ТА ЇЇ ЧУТЛИВІСТЬ І РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО АНТИБІОТИКІВ	315
517.	В.В. Билицкая ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОИТ	316
518.	К.І. Бірюкова ОСОБЛИВОСТІ ЕСТРОГЕНО-ПРОГЕСТЕРОНОВОГО СТАТУСУ БЛАСТОМИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПОДІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ	316
519.	О.О. Боярський, О.Н. Білий ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВІЛЬНОГО ТРАМ-КЛАПТЯ, ЯК МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦІЇ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	317
520.	В.Ю. Войтков ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕКРУТІ ЯЄЧКА У ХЛОПЧИКІВ	317
521.	А.В. Гаврилюк, Г.В. Шетманюк, В.В. Корольчук, Є.Д. Завадський СПОСІБ КОНТРОЛЮ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ АДЕНОДИТУ В ПРАКТИЦІ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	318
522.	І.С. Гришина, Е.В. Дуденко ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ СЕКРЕТОЛІТИКІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ РИНОСИНУСИТИ	319
523.	Б.З. Гулюбов, Л.А. Тереховська ВИКОРИСТАННЯ ПРОЛОНГОВАНОЇ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІХ НА СПОНТАННОМУ ДИХАННІ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	319
524.	І.С.Гунчак БІОПСІЯ СТОРОЖОВОГО ЛІМФАТИЧНОГО ВУЗЛА У ВИРІШЕННІ ПИТАННЯ АКСИЛЯРНОЇ ЛІМФОДЕСЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	320
525.	Ю.О. Гунько ЗАЛЕЖНІСТЬ ЗАГАЛЬНОЇ ВИЖИВАНОСТІ У ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ ВІД ПРОВЕДЕНОГО ПРОТИПУХЛИННОГО ЛІКУВАННЯ	321
526.	С.С.Гусаковський, К.В.Марчук, А.П.Майструк, О.В.Горовий БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ПЕРЕДОЧЕРЕВИННОЇ ПЛАСТИКИ ПАХВИННИХ ГРИЖ ПРИ ВИКОНАННІ ЗАЛОННОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ	321
527.	Ю.В. Гуцуляк ЕФЕКТИВНІСТЬ АБДОМІНОПЛАСТИКИ У ПОСДНАННІ З АЛОПЛАСТИКОЮ ГРИЖОВИХ ВОРІТ У ХВОРИХ НА ПУПКОВУ І ПСЛЯОПЕРАЦІЙНУ ВЕНТРАЛЬНУ ГРИЖУ	322
528.	К.В. Дехтяр, А.С. Заяц СУЧАСНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК	322
529.	С.О. Дмитренко, Я.А. Степанова СУЧАСНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ	323

530.	А.Р.Дмитрієва, О.Я.Вербіловська, Ю.В. Гуцуляк ЗАСТОСУВАННЯ ВАКУУМ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ІНФІКОВАНИХ РАН	323
531.	О.І. Дубей, І.В. Малицька ОФТАЛЬМОПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ	324
532.	В.П. Дудик МОЖЛИВОСТІ “РІДИННОЇ ЦИТОЛОГІЇ” В ТЕРМІНОВІЙ ІНТРАОПЕРАЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	324
533.	А.А. Егреші ВИВЧЕННЯ НАЙБІЛЬШ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ПРИЧИНДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА	325
534.	Н.О. Захарко, Н.І. Пилипович ХАРАКТЕРИСТИКА ШТАМІВ ЗОЛОТИСТОГО СТАФІЛОКОКУ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ	325
535.	Д.И.Имерекров ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ НА АКТИВНОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	326
536.	П.О. Іллюк, Ж. М. Легович РОЛЬ ДИФУЗІЙНО-ЗВ'ЯЗЕНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МАГНІТНО РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ ДІАГНОСТИЧНО-КЛІТИННОГО РАКУ	327
537.	К.С. Калашникова, С.С.Дубівська, М.Д. Бітчук СУЧАСНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРАКТЕРУ ТА СТУПЕНЯ КОГНІТИВНИХ ЗМІН У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ОТРИМАЛИ БАГАТОКОМПОНЕНТНУ ЗАГАЛЬНУ АНЕСТЕЗІЮ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ	327
538.	Т.Ю. Калінчук СИСТЕМНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: КРИСТАЛІЧНІ АРТРОПАТІЇ – ПОДАГРА. ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ.....	328
539.	Р.Ф. Карімулін, С.А. Босий, І.В. Цимбалюк ЗАСТОСУВАННЯ ПРОЛОНГОВАНОЇ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНАЛЬГЕЗІЇ У ХВОРИХ ІЗ СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	328
540.	Т.А. Касперович ВПЛИВ РАНЬОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ НА ДИНАМІКУ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ, ЯК ІНТЕГРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ СОМАТИЧНОГО ПУЛУ БІЛКА, У ДІТЕЙ, ПРООПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ПУХЛИН ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.....	329
541.	Т.А. Катеринчук КОНТУЗІЇ ВНУТРІШНЬОГО ВУХА.....	329
542.	Т.А.Катеринчук ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РАКУ ШЛУНКУ ЗА ДОПОМОГОЮ VEGF ФАКТОРА УСКЛАДНЕННЯ ПЕРИТОНИТОМ	330
543.	Л.О. Килимнюк ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ІШЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ГОМІЛКИ	330
544.	Ю.В. Кукарєва СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ	331
545.	Л.О. Килимнюк, І.В. Кучер ЗМІНИ РЕОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ НА ФОНІ ПЕРЕЛОМУ КІСТОК ГОМІЛКИ	332
546.	К.М. Комнацька ВПЛИВ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ МЕЛАТОНІНУ НА ПЕРЕБІГ НЕЙРОДЕСТРУКТИВНИХ ПРОЦЕСІВ В СІТКІВЦІ ТА ЗОРОВОМУ НЕРВІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ТРАВМІ ОКА У КРОЛІВ.....	332
547.	Д.П.Конопельнік, Г-Х.Г.Кудла, Л.В.Нестерак, Д.Е.Волкова ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЕКСУДАТИВНИМ ОТИТОМ І АДЕНОЇДНИМИ ВЕГЕТАЦІЯМИ: ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ.....	333
548.	В.В.Корольчук, А.В.Гаврилюк, Г.В.Шетманюк, С.Д.Завадський ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ СЛУХУ ПРИ БАРОАКУТРАВМІ МІННО-ВИБУХОВОГО ПОХОДЖЕННЯ.....	334
549.	Л.М. Коцаб'юк, Ю.О. Подворна ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ІНТРА- ТА ЕКТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ.....	334
550.	О.С. Країло, Р.І. Грабаль КОМПЛЕКС ГАНГЛІОЗНИХ КЛІТИН СІТКІВКИ МЕТОДОМ ОПТИЧНОЇ КОГЕРЕНТНОЇ ТОМОГРАФІЇ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА МОНИТОРИНГУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРВИННОЮ ГЛАУКОМОЮ.....	335
551.	В.М.Кравченко, Д.О.Шаварін ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБґРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ СІТЧАСТИХ АЛОТРАНСПЛАНТАТІВ З АНТИМИКРОБНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ ДЛЯ ГРИЖЕПЛАСТИКИ.....	335
552.	Ю.В. Кукарєва СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ	336
553.	І.В. Кучер, Л.О. Килимнюк ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ТА МОНОКОНДИЛЯРНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА.....	337
554.	І.В. Кучер, О.О.Ларін, Г.М.Шевельова СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ІДІОПАТИЧНОГО СКОЛІОЗУ У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ У ПЕРІОД З 2011 – 2015 РР	337
555.	О.А. Лавренчук ОСОБЛИВОСТІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ТОРАКО-АБДОМІНАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ	338
556.	Д.О. Левковська БЕЗКРОВНА ХІРУРГІЯ: НОВІТНІ ЗАСОБИ У ПРАКТИЦІ ХІРУРГІВ	338
557.	Ж.М.Легович ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СМЕРТНОСТІ НА РАК НИРКИ В УКРАЇНІ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ	339
558.	А.С. Лемешов ОЦЕНКА ЭФЕКТИВНОСТИ ВЕРТЕБРО- И КИФОПЛАСТИКИ	340
559.	А.С. Лемешов ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ В ПОЗДНЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	340
560.	А. С. Лемешов ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НЕВРИНОМЫ VIII ПАРЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ.....	341
561.	І.В. Лепешко, М.М. Марчук, І.А. Ошовський ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПРИВОДУ ГОСТРОГО МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО ТРОМБОЗУ.....	341

562.	В.В. Лесной ДИНАМІКА МІКРОЦИРКУЛЯТОНИХ НАРУШЕНИЙ ТОНКОЇ КИШКИ У БОЛЬНИХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОТОМ ПРИ ЕТАПНИХ ПРОГРАММУЕМЫХ САНАЦІЯХ БРЮШНОЇ ПОЛОСТИ.....	342
563.	О.С. Луцголд, Н.М. Гомон, О.О. Токарчук ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ ВАЖКИХ ФОРМ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ	343
564.	Ю.М. Лях РОЗРОБЛЕННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОГО ЗОРОВОГО СИНДРОМУ	343
565.	В.М. Ляшик ВАРІАНТ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З НЕВУСОМ ХОРИОІДЕЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).....	344
566.	О.С. Майданович, М.В. Романчук УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ КОЛІННОГО СУГЛОБУ	344
567.	О.Ю. Макарицька КОРИСНА МОДЕЛЬ ЛІКУВАННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ГНІЙНОГО ПЕРИТОНИТУ	345
568.	О.О. Мельник, О.В. Жураховська ЕНДОСКОПІЧНЕ ДРЕНУВАННЯ НИРКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ВНУТРІШНЬОГО СТЕНТА.....	346
569.	О.В. Машевська, Н.Л. Годован, В.В. Ювич ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ТАРГЕТНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБИГ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ СУЧАСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОШИРЕНОГО РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	346
570.	О.О. Мельник, О.В. Жураховська АНАЛІЗ ПРИЧИН ТА ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	347
571.	Т.В. Мурзова АБДОМІНАЛЬНИЙ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ	347
572.	Л.В. Нестерак, Г.Х.Г. Кудла, М.А. Палій, М.І. Бельзєцька ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА.....	348
573.	І. Нестеренко КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ДОЛІХОСІГМИ У ДІТЕЙ, ЯК ВІСЦЕРАЛЬНИЙ ПРОЯВ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	349
574.	Д.В. Новиков ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З БОЛЬОВОЮ ФОРМОЮ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ	349
575.	Т.В. Овчарук ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ АНАТОМІЇ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ВРОДЖЕНОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ	350
576.	А.В. Ожиганов, О.О. Ушпалевич ОЦІНКА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ З ПАРАНЕОПЛАСТИЧНИМ РЕВМАТИЧНИМ СИНДРОМОМ.....	350
577.	В.М. Паранчишин ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЗУЮЧОГО ПАНКРЕАТИТУ	351
578.	А.А. Пелик ІСТОРІЯ СТВОРЕННЯ ТА ВИКОРИСТАННЯ ПРОТЕЗІВ РІЗНОГО ПОХОДЖЕННЯ У РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ХІРУРГІЇ АОРТО-СТЕГНОВОЇ ДІЛЯНКИ	351
579.	А.В. Петраш, С.О. Куца ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ВІДЕО-АСИСТОВАНОЇ ТОРАКОСКОПІЇ.....	352
580.	Т.Б. Петрук ВИКОРИСТАННЯ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПОЛОГАХ.....	353
581.	А.А. Полстяной ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ.....	353
582.	В.Г. Савич, В.В. Покотицька, К.І. Тищенко ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ.....	354
583.	О.Б. Саноцька, О.С. Сас, Н.Ю. Кушпіль ПРОСТА ДИЛАТАЦІЯ УРЕТРИ, ЕНДОСКОПІЧНА УРЕТРОТОМІЯ І УРЕТРОПЛАСТИКА ПРИ СПАЙКОВІЙ ХВОРОБИ УРЕТРИ У ДОРΟΣЛИХ ЧОЛОВІКІВ	354
584.	К.А. Сербінова ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ ВИЗНАЧЕННЯ МУТАЦІЇ ГЕНІВ BRCA 1/2 В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	355
585.	Д.В. Сімчук ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ В ЯКОСТІ ПЕРЕВ'ЯЗУЮЧИХ В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	356
586.	Б.А. Сірко КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЛІПНИХ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЧЕРЕПА ТА ГОЛОВНОГО МОЗКУ.....	357
587.	А.С. Суглобов ГОЛОСОВА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛАРИНГЕКТОМОВАНИХ ХВОРИХ	357
588.	М.О. Таранущенко, В.О. Баглай ЛАТЕНТНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ У ДІТЕЙ - СИМПТОМИ ХВОРОБИ, ПРИЧИНИ ЗАХВОРЮВАННЯ, ДІАГНОСТИКА, ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ.....	358
589.	О.В. Ткачук ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ТА УСКЛАДНЕННЯ ХОЛЕДОХОЛІТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ДИВЕРТИКУЛАМИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	358
590.	Т.М. Хлипняч, С.О. Сучок СИНДРОМ СУХОГО ОКА У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	359
591.	Л.І. Черешнюк ПОШУК ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДУ ВИЗНАЧЕННЯ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ У КРОЛІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	359
592.	М.В. Черноконь МЕТОДИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩОЇ ТЕРАПІЇ ІНТРАОКУЛЯРНОЇ РЕТИНОБЛАСТОМИ.....	359
593.	Р.М. Чернопишук БАКТЕРІАЛЬНІ ПОЛІСАХАРАДИ ТА ЇХ МІСЦЕ У КОМПЛЕКСНІЙ ПРОГРАМІ ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНИХ РАН.....	360
594.	М.Б. Шандра НАСЛІДКИ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ВРОДЖЕНИХ ДІАФРАГМАЛЬНИХ ГРИЖ НА ТЛІ ДИСПЛАЗІЙ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ, ЯКІ ПРООПЕРОВАНИ НА ПЕРШОМУ РОЦІ ЖИТТЯ	362
595.	А.С. Шляпіна АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПОЛІПОЗНОГО РИНОСИНУСИТУ.....	362

596.	<u>А.Ю.Шербань, В.В.Кішук</u> ФІЗИЧНІ ВПРАВИ НА ОСНОВІ ВЧЕННЯ ПРО МІОФАСЦІАЛЬНІ МЕРИДІАНИ ЯК ОДИН ІЗ ШЛЯХІВ ПРОФІЛАКТИКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ХРЕБТІ	363
597.	<u>А.О.Яковенко</u> ЗАСТОСУВАННЯ БАГАТОКОМПОНЕНТНОГО БІОЛОГІЧНОГО ТРАНСПЛАНТАНТА З АУТОЛОГІЧНИМИ МЕЗЕНХІМАЛЬНИМИ СТОБЕУРОВИМИ КЛІТИНАМИ З ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГРИЖАМИ ВЕЛИКИХ І ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ.....	363
598.	<u>І.І.Яницька, А.О.Смолій</u> ВНУТРІШНЬОПРОСВІТНА МАЛОІНВАЗИВНА ФУНДОПІЛКАЦІЯ НА ОРГАНОКОМПЛЕКСІ ШЛУНКУ І СТРАВОХОДУ ТВАРИНИ.....	364
СТОМАТОЛОГІЯ		
STOMATOLOGY		
599.	<u>Ю.В. Амбрусевич</u> ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ PLASMOLIFTING В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ	366
600.	<u>І.С. Божик</u> ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ОБСЯГ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ У ВОЄННИЙ ЧАС	366
601.	<u>М.В. Гикавчук</u> ІНДЕКСНА ОЦІНКА СТАНУ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ПРИ ПРОФЕСІЙНОМУ ВІДБІЛЮВАННІ.....	367
602.	<u>А.В. Горбалюк, О.О. Горбалюк</u> ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ОКТЕНІДОЛЬ» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ.....	368
603.	<u>М.І. Гуршал</u> ВИВЧЕННЯ МІСЦЕВОПОДРАЗНЮЮЧОЇ ДІЇ МЕТРОКСАНУ	368
604.	<u>А.І.Даліщук, В.С. Поліщук</u> ПОКАЗНИКИ ДЕНСИТОМЕТРІЇ У ХВОРИХ З ОДОНТОГЕННИМИ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ПРОЦЕСАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ФОНІ ПОРУШЕНЬ ГЕПАТОБІЛІАРНОГО ТРАКТУ.....	369
605.	<u>О.С. Жуківська, А.О. Кушта</u> ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ З РАДІАЦІЙНИМ УРАЖЕННЯМ У ВІДАЛЕНИЙ ПЕРІОД НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ.....	369
606.	<u>К.Д. Кузь</u> ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ПРОВІДНИКОВОГО ТА ВНУТРІШНЬОКІСТКОВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ЗУБІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	370
607.	<u>К.П. Малежик, Т.В. Мірошніченко, Т.Г. Григор'єва</u> ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕТИНОВАНИХ ТА ДИСТОПОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.....	371
608.	<u>А.Д. Матвеева</u> КЛІТОЧНИЙ СОСТАВ ДЕСНЫ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ И ДУОДЕНИТОМ.....	371
609.	<u>В.С. Поліщук, В.С. Карабасєв, А.І. Даліщук</u> ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ КВЕРТУЛІНУ НА ПРОЦЕСИ ЗАГОЄННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ПОШКОДЖЕНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТУ ЩУРІВ.....	372
610.	<u>Т.В. Рак</u> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗУБНОЇ ПАСТИ EDELWHITE «SELDEVIE» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ	372
611.	<u>О.І. Рошук</u> РОЛЬ НЕЗІМНИХ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ У РОЗВИТКУ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ РЕАКЦІЙ В ПАЦІЄНТІВ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ	373
612.	<u>О.М. Солтис, В.М. Батіг</u> АНАЛІЗ ЯКОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ ФРОНТАЛЬНОЇ ГРУПИ ЗУБІВ ПРЯМИМ МЕТОДОМ З ВИКОРИСТАННЯМ КОНЦЕПЦІЇ БІОМІМЕТИКИ.....	374
613.	<u>В.О. Стойко</u> ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ МІКРОКРИСТАЛІЗАЦІЇ РОТОВОЇ РІДИНИ У ПІДЛІТКІВ ІЗ МНОЖИННИМ КАРІЄСОМ.....	374
614.	<u>О.Є. Труш</u> ПОРІВНЯЛЬНАХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ ЗХРОНІЧНИМ ТОКСИЧНИМ ОСТЕОМІЄЛІТОМ.....	375
615.	<u>Є.А Філоненко Д.І. Гребенюк</u> БІОМЕХАНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ ЛІКТЬОВОГО ВІДРОСТКА БЛОКОВАНИМ ГВИНТОМ.....	375
616.	<u>В.В. Циц</u> КЛІНІЧНА ОЦІНКА ПЛОМБ З КОМПОЗИЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ «PREMISE» І «FILTEK SUPREME XT.....	376
617.	<u>A.N. Sheehama, P.Royson</u> CLINICAL SIGNIFICANCE OF SUBMENTAL ARTERY FLAPS	377
618.	<u>М.И. Юсифова, Н.Р. Гальметдинова</u> ВЛІЯННЯ ВЗАЙМОДЕЙСТВИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАЩИТНЫХ ФАКТОРОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ	377
ФАРМАЦІЯ ТА ФАРМАКОЛОГІЯ		
PHARMACY AND PHARMACOLOGY		
619.	<u>Т.П. Андрієць</u> ВИКОРИСТАННЯ ВИДІВ РОДУ <i>GEUM</i> У ФАРМАЦІЇ – БІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА СИРОВИННА БАЗА	379
620.	<u>В.О. Баглай, В.С. Зеленський</u> ДОСЛІДЖЕННЯ АКТОПРОТЕКТОРНОЇ АКТИВНОСТІ БЕМІТИЛУ СУКЦИНАТУ	379
621.	<u>Т. І. Баланчук</u> ВИЗНАЧЕННЯ ЯКІСНОГО СКЛАДУ ТА КІЛЬКІСНОГО ВМІСТУ АМІНОКИСЛОТ В СУЦВІТТЯХ ТА ЛИСТІ CARDUUSNUTANSL. та CARDUUSACANTHOIDESL	380
622.	<u>І.С. Башенко</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ З ТОЧКИ ЗОРУ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ	380
623.	<u>І.С. Башенко</u> МАРКЕТИНГОВИЙ АНАЛІЗ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ПІДЛЯГАЮТЬ ПРЕДМЕТНО- КІЛЬКІСНОМУ ОБЛІКУ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ м. ВІННИЦІ.....	381
624.	<u>Р.Г. Бражник, Р.Д. Кобко</u> ПЕРЕВАГИ У МЕХАНІЗМІ ДІЇ БЛОКАТОРІВ РЕЦЕПТОРІВ АНГІОТЕНЗИНУ 2 ПЕРШОГО ТИПУ НАД ІНГІБІТОРАМИ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ	382
625.	<u>А.С. Воронкіна</u> РОЗРОБКА СКЛАДУ І ТЕХНОЛОГІЇ ОСНОВИ ДЛЯ КОНДИТЕРСЬКОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ	382

626.	Ф.В. Гладких ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКОВОЇ СЕКРЕЦІЇ У ЩУРІВ З АД'ЮВАНТНИМ АРТРИТОМ НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ ІБУПРОФЕНУ ТА ЙОГО КОМБІНАЦІЇ З ВІНБОРОНОМ.....	383
627.	Н.О. Гребената, О.О. Павловська ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.....	383
628.	В.В. Забава ДОЦІЛЬНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЙОДУ ТА СЕЛЕНУ В ЛІКУВАННІ ЙОДОДЕФИЦИТНИХ СТАНІВ	384
629.	А.С. Заяц СІГМА-РЕЦЕПТОРИ І МЕХАНІЗМИ ДІЇ АНТИДЕПРЕСАНТІВ	385
630.	Н.С. Іваненко МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ І ТИПУ	385
631.	А.І. Коваль РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ ЧАСТОТИ УРАЖЕННЯ ОЧЕЙ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ТИПУ ПРОТЯГОМ 2012-2013 РОКІВ	386
632.	О.С.Ковальчук ЛЕГКІ АЛГОРИТМИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВАЖКИХ СТАНІВ	386
633.	І.В. Костенко СИНЕРГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ НАНОЧАСТИНОК ЗОЛОТА В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ	387
634.	А.О. Красвська, С.Л. Маркін ФАРМАКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЦЕФТРИАКСОНУ У ХВОРИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ТА МІННО-ВИБУХОВИМИ ПОРАНЕННЯМИ	387
635.	Г.І. Крамар ХАРАКТЕРИСТИКА ЗНЕБОЛЮЮЧОЇ ДІЇ СПОЛУКИ ПК-66 У ПОРІВНЯННІ З ТРАМАДОЛОМ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	388
636.	О.В. Матійків СИНТЕЗ ТІАЗОЛО[4,5-В]ПІРИДИН-5-КАРБОНОВИХ КИСЛОТ ЯК ПОТЕНЦІЙНИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК	388
637.	Я.І.Мосур ¹ , І.О. Петрик ¹ , Р.Г. Редькін ² МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА КАРДІОПРОТЕКТОРНИХ ЕФЕКТИВ БЛОКАТОРА 11-В-ГІДРОКСИСТЕРОЇДДЕГІДРОГЕНАЗИ НА ПРИКЛАДІ ПОХІДНОГО 3,2'-СПІРО-ПІРРОЛО-2-ОКСІДОЛУ (СПОЛУКА R-86).....	389
638.	О.С. Мотузенко ДОСЛІДЖЕННЯ ГІПОГЛІКЕМІЧНОЇ АКТИВНОСТІ СУХОГО ЕКСТРАКТУ НЕМЕРОСАЛЛІДИСFULVAEVLVOTUBERA В ЕКСПЕРИМЕНТІ	390
639.	Д.В. Новиков ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З БОЛЬОВОЮ ФОРМОЮ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ	390
640.	В.В. Огородник ДОСЛІДЖЕННЯ ЛАНКИ ОПТОВОЇ ТОРГІВЛІ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ В УКРАЇНІ.....	391
641.	В.О. Пашинський ДИНАМІКА РІВНЯ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ В МОЗКУ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ РІЗНОГО СТУПЕНЮ ВАЖКОСТІ ТА ВВЕДЕННЯ ЦИТИКОЛІНА.....	391
642.	В.Л. Повх, Л.В. Коваленко, В.О. Федорченко МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА ОФТАЛЬМОПРОТЕКТОРНИХ ЕФЕКТИВ МЕМАНТИНУ ТА РОЗЧИНІВ АМАНТАДИНУ І МАГНІЮ СУЛЬФАТУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ПЕРЕХІДНІЙ ШЕМІЇ ОКА.....	392
643.	Ю.М. Поліщук ОБГРУНТУВАННЯ ВТРАЧЕНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ГОСТРОЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ АНАЛІЗУ МІНІМІЗАЦІЇ ВИТРАТ.....	393
644.	А.Г. Попелнуха, Ю.В.Гуцуляк ФАРМАКОГЕНЕТИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВАРФАРИНУ.КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	393
645.	В. І. Пшеничний ЗАПОБІГАННЯ ПАТОБІОХІМІЧНИХ ЛАНЦЮГІВ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКОВОЇ ПАРЕНХИМИ ШЛЯХОМ ДОДАТКОВОГО ВВЕДЕННЯ ТИВОРТИНУ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ	393
646.	Р.Г. Редькін ¹ , О.А. Ходаківський ² СИНТЕЗ І НЕЙРОПРОТЕКТОРНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ІМІДІВ СПІРО[ПІРОЛІДИН-3,2'-ОКСІДОЛ]-ЦИС-3',4'-ДИКАРБОНОВОЇ КИСЛОТИ З ЗАЛИШКАМИ БІОГЕННИХ СІРКОВІСНИХ АМІНОКИСЛОТ	394
647.	Т. А. Савенко ЕТИОТРОПНА ТЕРАПІЯ ГРИПУ У ВІННИЦІ: ТЕОРІЯ ТА РЕАЛЬНІСТЬ.....	394
648.	І.С. Самойлюк, А.В. Багінська СУЧАСНА АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ	395
649.	М.В. Сокирко, В. В. Присіч, Ю.В. Короткий ВПЛИВ ПОХІДНОГО АДАМАНТАНУ (СПОЛУКИ ЮК-76) НА ПЕРЕБІГ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ШЕМІЇ СЕРЦЯ.....	396
650.	А. П. Станімир, В. В. Кебенко, А. В. Задворна ГЕПАТОПРОТЕКТОРИ: ЗА І ПРОТИ.....	396
651.	С.В. Яковець ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ФОСФОДЕСТЕРАЗИ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	397
652.	В.В. Якубовська ВПЛИВ НАТРІЙ ТРИАЗИНОХІАЗОЛІНБУТАНОАТУ (СПОЛУКИ DSK-38) НА ПЕРЕБІГ АД'ЮВАНТНОГО АРТРИТУ У ЩУРІВ ЗА ГЕМАТОЛОГІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ	397