

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ**

**міжвузівської конференції молодих вчених**

**та студентів**

**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)  
Харків, 2016. – 518 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

# ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

**Globa N.S., Isaeva I.N., Karmazina I.S.**

## **FEATURES OF ADAPTIVE RESPONSES TO PHYSICAL ACTIVITY IN YOUNG PERSONS WITH ARTERIAL HYPOTENSION**

**Kharkiv National Medical University, Physiology department,  
Kharkiv, Ukraine**

The main objective of this research was to identify the possible features of physical capacity in persons with arterial hypotension, depending on the type of regulation and self-regulation of systemic blood pressure.

60 students of 2nd year of KhNMU aged 18 - 20 years, including 25 students with arterial hypotension and 35 students with normal blood pressure levels have been examined. The physical strain was performed on a bicycle ergometer, during a standard resistance 200/400 W (for young women and men) and 60 rpm. Physical endurance was determined by the duration of the performance of each probationer. Vegetative supply was evaluated by determining the systolic (SBP) and diastolic (DBP) blood pressure by Korotkov method (mmHg), heart rate (HR) was examined by the pulsation of the radial artery, stroke volume (ml) was calculated by the standard formula, cardiac output using the formula:  $CO = SV \cdot HR$ . Grouping was performed on a range of factors – the level of systolic and diastolic blood pressure, the type of regulation and the nature of the recovery period. In individuals of the control group (with normal values of SBP, DBP, HR, SV, CO) immediately after exercise, the average duration of which was 164,2sec, in 91,4% of cases acceleration of the heart rate with the average level of 142,3 bpm was observed. Also there was noted a moderate rise in SBP (77,1% of cases), which on average amounted to 144,5 mm Hg; in 45,7% persons of the control group there was a slight decrease in diastolic blood pressure to 63 mm Hg on average, and, accordingly, an increase in PP was observed in 85,7% of cases. The significant and adequate increase in the CO (11.7 l/min) has been identified which is the result of increase in HR and SV. Analyzing vegetative supply of cardiovascular system of subjects with initially reduced blood pressure, after exercise, the average duration of which was 128,9 s that is much less than the duration of exercise in control group, it was found that a significant increase in heart rate to an average of 166 bpm was observed in 52% of cases. At that SBP did not change in 48% of cases, and slightly increased to 127,5 mmHg in 52% of examinees in this group. Moreover, DBP more often increased slightly to 80.7 mm Hg on average, which was reflected in 56% of cases, in 28% of subjects DBP did not change, and only 16% of the subjects had a decrease in diastolic blood pressure. Pulse pressure in the majority of persons in this group remained unchanged – 55.3 mm Hg. Also there was noted an increase of CO, which was achieved mainly due to a significant increase of heart rate and not due to increase of SV that was 77.2 ml in average.

The results of current research showed that young persons with initially reduced level of blood pressure have less endurance for physical exercises than those in the control group; also they have the limitation of regulatory mechanisms of adaptive response to physical activity and reduced effectiveness of self-regulation of systemic blood pressure. In patients with hypotension the increase of CO was achieved mainly due to a significant increase in heart rate, instead of SV and heart rate, which indicates the hypotonic type of circulatory regulation, as opposed to individuals with normal BP values, in which the increase of CO was achieved by parallel increase in HR and SV that shows the normotensive type of regulation of the cardiovascular system.

**Mohamad Sultan**  
**THE ANTIMICROBIAL RESISTANCE ANALYSIS OF CAUSATIVE AGENTS**  
**OF ACUTE UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS**  
**Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine**  
**Department of Microbiology, Virology, and Immunology,**  
**Kharkiv, Ukraine**

**Supervisor: asst.prof. Kovalenko N.I.**

Rates of antimicrobial resistance have been increasing in bacteria responsible for community-acquired respiratory tract infections, due to the irrational use of antibiotics, the augmented resistance of bacteria may result in increase in morbidity and mortality with time. Common etiologic pathogens associated with community-acquired respiratory tract infections (RTIs), including *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, and to lesser degree, *Streptococcus pyogenes*, and *Staphylococcus aureus* show this kind of problem. There is a significant growth of challenge to clinical practitioners due to the morbidity and mortality associated with the RTIs caused by these pathogens.

Treatment of RTIs is conducted primarily with the usage of antimicrobial agents; therefore it is essential to get an overview of the susceptibility state of these bacteria. As the number of antibiotic-resistant strains of bacteria rises, it becomes crucial that decisions about the use of antibiotics should be based on sound evidence. The aim of this study was to investigate the prevalence of bacteria species isolated from nasopharynx of patients with respiratory signs and to determine their antibiotic susceptibility.

**Materials and methods.** We analyzed the results of the local microbiological monitoring that included the study of biological material of patients with RTIs as well as the dynamics of the isolation of major pathogens and their sensitivity to major antibiotics. We retrospectively analyzed the distribution and antibiotic resistance pattern of all the pathogenic microbial isolates cultured from upper respiratory tract aspirations. History of disease of 168 patients with acute upper respiratory tract infections who were treated in “Kharkiv Municipal Clinical Hospital No 30” was examined.

**Results.** One hundred and eighty strains of opportunistic microorganisms were isolated in the study of nasopharyngeal microflora of patients with acute upper respiratory tract infections. Gram-positive cocci were the most frequent isolates (175 isolates- 97.2%), followed by Gram negative bacilli (5 isolates-2.8%). The leading role belonged to *S.pyogenes* (40.5%) and *S.epidermidis* (33.3%). *S.aureus* (12.8%) and *S.pneumoniae* (10.6%) were next, and finally *K.pneumoniae* (2.8%).

Research of sensitivity of selected strains to antibiotics in vitro showed that the majority of the tested isolates were susceptible to fluoroquinolones (levofloxacin, ciprofloxacin, ofloxacin) as well as cephtriaxone. All tested *S.aureus* and *S.pneumoniae* isolates revealed a susceptibility to levofloxacin as well as 98.6% of *S.pyogenes* and 80% of *K.pneumoniae* isolates. From 91-100% of isolates were susceptible to cephtriaxone.

Cephtazidim was the agent to which the greatest percentages of Gram-positive cocci were resistant. 52.2% of *S.aureus*, 47.4% of *S.pneumoniae*, 45% of *S.epidermidis* and 30.1% of *S.pyogenes* were resistant to cephtazidim. All tested isolates were characterized by multi-resistance; the resistance was against 2-8 relevant antimicrobial agents. Thus, we demonstrated the role of local monitoring and knowledge of the “drug history” in achieving of effective beginning of experimental antibiotic therapy.

**Conclusions:** Opportunistic microorganisms, such as *S.pyogenes*, *S.pneumoniae*, *S.epidermidis* and *S.aureus* are present together with the facultative anaerobic microfloras of nasopharynx of patients with acute upper respiratory tract infections. A high level of

resistance to antibiotics of therapeutic purposes is characteristic of bacteria isolated from the patients with acute upper respiratory tract infections. For the treatment of acute upper respiratory tract infections cephtriaxone ,levofloxacin, ofloxacin ,ciprofloxacin, and can be used as the drugs of choice.

**Pyskun V.V.<sup>1</sup>, Kurinnyi V.V.<sup>2</sup>**

**THE POSSIBILITY OF USING SKT TO STUDY INDIVIDUAL VARIATION OF THE HUMAN DIAPHRAGM STRUCTURE**

**<sup>1</sup> Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine**

**Department of the operative surgery and topographical anatomy,**

**<sup>2</sup> Military-medical clinical center of Northern region, Kharkiv, Ukraine**

**Department of endoscopic surgery**

**Scientific adviser: Professor Dudenko V.G.**

For diagnostic and particularly therapeutic manipulation knowledge of the individual characteristics of each patient is required. A study to determine the individual characteristics of the spatial topography of the human diaphragm in two vertical planes - sagittal and frontal based on SKT-data by sex, age and somatotype. Also relationships between diameters and angles of the diaphragmatical natural orifices is important and necessary to know. One of the key points is their relation to the center line (CL) - line in the sagittal plane drawn through the middle of the vertebral body and the middle of the sternum. In studying of the individual anatomical variability of the human diaphragm structure variations in topography of the pericardial area (PA) is noticeably important. The resulting data can be used to make individual 3D modeling programs for human diaphragm.

Material the data of 75 patients surveyed in the last 2 years about various diseases of the abdominal and thoracic cavities. Any diaphragm with pathology was excluded. Analysis and image processing were performed on a workstation "HP-Z820" with using the specialized program "Vitrea 2".

Gender-based cases were: male – 61 and female – 14 cases. Age interval from 26 to 82 years old, according to the type of the structure revealed the following relationships - male hypersthenics - 35%, normostenics - 60%, asthenics - 15%; for female following ratio was 30%, 50% and 20% resp. Type of body structure was determined by the index of Pinue. Measuring of the height of the right and left part of diaphragm and its attachment angles in the frontal plane was made on the posterior-posterior axillary, middle-middle axillary and anterior-anterior axillary lines.

The linear dimensions of the PA of diaphragm and the orientation angle of PA to the central line in the horizontal plane have been calculated. Statistical analysis of the measurements revealed poor correlation between the age and height of the cupola in male. Other parameters were not correlated with the studied values (sex and type of body structure). Measure the distance from the vena cava (VC) to CL in male has shown that these numbers are very diverse. In 20 observations VC adjacent to CL, and in 5 cases CL passed through VC. In female in the remaining 7 cases VC adjoined to CL. Measure of the distance from the aorta (A) to CL for male: 27 cases lying on CL. In 5 cases CL passes through A, in one case CL lies to the right of A. In female in 7 cases A lying back on CL. Measure of the distance from the esophagus (E) to CL in 27 cases showed that E directly adjacent to CL. In another case CL passed through E. In female, in 6 cases E adjacent to CL. In one case, E and VC adjacent to CL.

To sum up, individual spatial topography of the diaphragm is highly variable and is practically independent of sex, age and type of body structure. In some cases in both sexes

the height of the left cupola of the diaphragm more on the left side than the right. Obtained data should be taken into account in the interpretation of X-ray research data and performing thoracentesis left.

**Абдуллаева С.И., Гасанова А.Р.**

**ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ  
ОСНОВАНИЙ ШИФФА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРЫС**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра патологической физиологии им. Д.Е. Альперна,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доцент И.А. Сулхдост**

Актуальность. На сегодняшний день технический прогресс во многих его проявлениях связан с применением электромагнитных полей. Суммарная мощность источников электромагнитных полей постоянно возрастает, а параметры электромагнитного излучения становятся все более разнообразными, так что люди подвергаются воздействию электромагнитных сигналов с возрастающей интенсивностью.

Цель. Изучение влияния ЭМИ (800-950 МГц) на состояние окислительных процессов у крыс на основании оценки уровня оснований Шиффа.

Материалы и методы. Проведено исследование воздействия ЭМИ на 12 крыс 5-месячного возраста линии Вистар, разбитых на две группы по 6 животных в каждой: основную (1 гр.) и контрольную (2 гр.). Основания Шиффа в сыворотке крови определялись спектрофотометрическим методом.

Результаты. У крыс 1-й группы отмечается значительное повышение концентрации оснований Шиффа в сыворотке крови ( $149,4 \pm 10$  ммоль/л) по сравнению со 2-ой группой ( $119,7 \pm 8,05$  ммоль/л) на 24,8% ( $p < 0,001$ ). Полученные данные являются отражением увеличения свободнорадикального окисления биологических и органических соединений в организме у крыс. В обычных условиях на процесс образования оснований Шиффа оказывает влияние концентрация протонов водорода (уровень pH), которые обладают окислительным свойством и приводит к химической трансформации амидных групп в основания Шиффа.

Выводы. Активизация процессов ПОЛ, вызываемых ЭМИ(800-950 МГц), сопровождается увеличением концентрации соединений типа оснований Шиффа. Это приводит к снижению регенераторных способностей тканей, увеличению риска злокачественных трансформаций, а также к изменению структуры соединительной ткани, в частности димеризации гликозаминогликанов.

**Аралова В.О., Кулиш Р.С., Кулиш А.С.**

**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЫШЕЧНЫХ ВЕТВЕЙ  
ЗАПИРАТЕЛЬНОГО НЕРВА ЧЕЛОВЕКА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Кафедра анатомии человека, Харьков, Украина  
Научный руководитель: доцент Измайлова Л. В.**

Задачей настоящего исследования является изучение анатомии мышечных ветвей запирающего нерва человека с учетом возрастных особенностей.

Нами было проведено двустороннее изучение распределения нервов в мышцах, иннервируемых запирающим нервом: длинная приводящая а также тонкая мышца.

Материалом для исследования служили нижние конечности и изолированные мышцы плодов, новорожденных, детей 3х лет и взрослых. Применялись методы макромикроскопического исследования.

При изучении тонкой мышцы в области ее верхней трети к ней подходит ветвь, которая вступает в толщу со стороны ее внутренней поверхности, предварительно разделившись на 4-5 веточек. Основной ствол входит под острым углом по отношению к продольной оси мышцы, причем его направление вначале не совпадает с ходом мышечных пучков. Возрастные особенности иннервации тонкой мышцы заключаются в том, что на препаратах новорожденных более интенсивно снабжаются средние участки мышцы. С возрастом наблюдается равномерность в распределении нервных стволиков по всей площади мышцы.

Длинная приводящая мышца получает ветвь также со стороны внутренней поверхности, на границе своей верхней и средней трети. Эта ветвь делится еще до погружения в мышцу на 2-3 веточки, причем ход не совпадает с направлением мышечных пучков. В толще мышцы нервные стволики распределяются по магистральной форме ветвления. В дальнейшем, делясь на нервные стволики второго и третьего порядков, нервные веточки наиболее обильно снабжают средние участки мышцы. Почти на всех препаратах от нерва, направляющегося к данной мышце, отделяется веточка, заканчивающаяся на коже медиальной области бедра. Между внутримышечными стволиками второго и третьего порядков у взрослых людей наблюдается значительное количество соединительных веточек.

Таким образом направление нервных стволиков в мышцах совпадает с направлением мышечных пучков, за исключением начальных отделов, где они располагаются под острым углом. С возрастом и увеличением мышечной массы количество нервных ветвлений и связей между ними увеличивается.

Запирательный нерв постоянно отдает мышечные ветви к тонкой и длинной мышцам. Места вступления нервов в толщу мышцы чаще располагаются в верхней или средней их трети. В изученных мышцах встречаются три формы ветвления: магистральная, рассыпная и смешанная.

**Ахундова Г.А., Лютенко М.А.**

## **ВЛИЯНИЕ СЛАДКОГО ГАЗИРОВАННОГО НАПИТКА НА ОРГАНИЗМ И ПОВЕДЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКА**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра нормальной анатомии человека,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель - доцент Шиян Д.Н.**

Тестируемый напиток был выбран после проведенного нами социопроса, так как является наиболее популярным среди студентов г. Харькова. Цель исследования: определить характер влияния, оказываемого тестируемыми напитками на организм и поведение подопытных животных – моделирующих организм человека.

Задачи исследования: 1. Выяснить уровень популярности тестируемого напитка. Выяснить мнение опрошенных людей о влиянии этих напитков на их организм. 2. Изучить литературные источники по заданной теме. Сделать соответствующие выводы. 3. Подтвердить или опровергнуть процесс влияния тестируемого напитка на организм и поведение человека, описанный в литературных источниках. 4. Сравнить действие тестируемого напитка с действием контрольного (вода, содержащая сахар в эквивалентном количестве).

Материалы и методы исследования: для реализации поставленной цели было проведено исследование, которое включало 4 модуля: 1. Обзор литературных источников. 2. Социологический опрос. 3. Определение артериального давления (у испытуемых добровольцев до и после приема тестируемого/контрольного напитка). 4. Определение уровня инсулина в крови. 5. Наблюдение за поведением лабораторных животных (тестируемых и контрольной группы)

Определение сахара в крови. Метод Хагедора-Енсена. Лабораторная норма – 4,4 – 6,6 ммоль/л. Экспериментально была определена норма сахара в крови у крыс годовалого и старше возраста – от 2,6 до 3,5 ммоль/л и у молодых крыс 3-х – 6-и месячных крыс - до 3 ммоль/л. Для этого кровь забиралась дважды натощак у каждой крысы. Взрослых крыс было 3, молодых – 7, но кровь забиралась у пятерых. Забор и анализ крови происходил у испытуемых в ходе эксперимента, после определения нормы сахара в крови для каждого индивидуума натощак, непосредственно перед приемом тестируемого контрольного напитка и дважды после приёма.

По экспериментальным и литературным данным был сделан вывод, что тестируемые напитки оказывают негативное влияние на психику и организм лабораторных животных и человека соответственно.

**Бабаева А.Р.**

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ГРУДНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА У ТЕННИСИСТОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра  
физической реабилитации, спортивной медицины с курсом физического  
воспитания и здоровья,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доцент Кириченко М.П.**

Актуальность. В последнее время обращает на себя внимание позвоночная патология у спортсменов-теннисистов. Вынужденное частое изменения положения тела в пространстве во время игры, сопровождающиеся изгибами, скручиваниями позвоночника может вызывать патологию грудного отдела позвоночного столба. При недостаточном внимании специальной тренировки мышц позвоночного столба и спины сагиттальные и фронтальные нагрузки позвоночного столба суммируются как негативные. Для грудного остеохондроза характерна разнообразная вегетативная симптоматика.

Цель исследования. Анализ функциональной достаточности реабилитационных мероприятий у теннисистов с грудной локализацией грудного остеохондроза позвоночника.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 29 теннисистов возрасте от 16 до 27 лет (13 девушек и 16 мальчиков) диагностированным грудным остеохондрозом той или иной степенью выраженности. У большинства обследованных отмечался болевой синдром. Спортсмены были разделены на 2 группы: экспериментальная и контрольная. Для экспериментальной группы использовался широкий диапазон индивидуальных программ коррекции, включающих ЛФК с акцентом на специальные дыхательные упражнения, постизометрическую реабилитацию, гидрокинезотерапию, массаж, элементы психотерапии и аутотренинга. По показаниям физиотерапию. Контрольная группа подвергалась воздействию классической методики, основную часть которой составляла лечебная гимнастика.



Результаты исследования. В экспериментальной отмечалось значительное, по сравнению с контрольной улучшение показателей подвижности грудного отдела позвоночника при активных и пассивных движениях во всех плоскостях. Увеличился объем движений во всех отделах позвоночника. Отмечалось увеличение величины ЖЕЛ, уменьшение показателей ЧСС и диастолического давления. У обследуемых обеих групп отмечалось увеличение экскурсии грудной клетки и подвижности края легких.

Выводы: 1. Остеохондроз грудного отдела позвоночного столба следует рассматривать как специальную спортивную патологию теннисиста. 2. Качество реабилитационных прямо пропорционально возрасту и спортивному стажу спортсмена. 3. Критерии эффективности реабилитации является: подвижность грудного отдела позвонка во фронтальной, сагиттальной и поперечной плоскостях.

**Бальчунас И.В., Белицкий И.Л., Сымкина В.Е., Чернуха Т.Ю.  
ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ  
СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ИБС**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра патологической физиологии им. Д.Е. Альперна,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: проф. Павлова Е.А.**

В механизмах развития большинства патологических процессов лежит активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) являющаяся общим, универсальным неспецифическим звеном повреждения. В механизмах развития ишемической болезни сердца (ИБС) активация ПОЛ на фоне перманентного снижения активности ферментов антиоксидантной системы (АОС) даже на фоне лечения является мощным фактором мембранодеструкции.

Цель настоящего исследования - изучение закономерностей изменения активности ферментов АОС при ИБС до и после антиоксидантной терапии, которую применяли в дополнение к общепринятой.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 20 пациентов с ИБС в возрасте от 55 до 65 лет. Средняя продолжительность болезни составляла 10 лет. 10 пациентов получали стандартную терапию (контроль), и 10 - получали в/в струйно тиотриазолин 2,5% - 4 ml и корвитин 0,5 г растворенный в 50 ml физиологического раствора в/в капельно в течение 10 дней в дополнение к стандартной терапии.

Для оценки состояния АОС спектрофотометрически определяли активность каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД).

Установлено, что у больных контрольной группы (стандартная терапия), сохранялся дисбаланс активности ферментов системы АО защиты. У 26% больных выявлена тенденция к повышению активности КАТ (до  $476 \pm 2$  мккат/мгНб при норме  $352 \pm 8$  мккат/мгНб,  $p < 0,01$ ); на фоне нормальной активности СОД  $28,7 \pm 1,2$  мккат/мгНб,  $p > 0,05$ ). Такие изменения активности ферментов АОС оценены как защитно-приспособительные в ответ на постоянное гипоксическое повреждение. У 50% отмечалось снижение активности СОД ( $11,4 \pm 1,8$  мккат/мг Нб,  $p > 0,05$ ) на фоне некоторого повышения активности КАТ (в 1,3 раза). У 24% больных выражены снижение активности КАТ ( $205 \pm 13$  мккат/мгНб,  $p < 0,01$ ) и СОД ( $10,4 \pm 0,8$  мккат/мгНб,  $p < 0,01$ ).

Таким образом, применение антиоксидантов (тиотриазолина и корвитина) в дополнение стандартной терапии ИБС является патогенетически обоснованным, так

как у больных получавших антиоксиданты на момент завершения лечения отмечалось восстановление активности ферментов АОС (КАТ и СОД), увеличивался антиоксидантный потенциал и отмечалось восстановление ПОЛ-АОС – гомеостаза.

**Васильєва І.М., Гойдіна В.С.**  
**СТАН ПРООКСИДАНТНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У**  
**ХВОРИХ НА ГАСТРОКАНЦЕРОГЕНЕЗ**  
**Харківський національний медичний університет**  
**кафедра біологічної хімії,**  
**м. Харків, Україна**  
**науковий керівник: професор Жуков В.І.**

Хімічний канцерогенез пов'язують з утворенням реактивних метаболітів в реакціях біотрансформації ксенобіотиків і ушкодження ними критичних генів, до яких відносять гени, що беруть участь в регуляції клітинного росту - онкогени. Баланс активності реакцій активації і детоксикації ксенобіотиків, процесів репарації ДНК і елімінації клітин з пошкодженим геномом, визначають вірогідність розвитку раку. До канцерогенів, відносяться поліциклічні ароматичні вуглеводи, ароматичні аміни, афлотоксини і ін .. Дані класи сполук приймають участь в генезі деяких форм раку у людини. Система мікросомального окислення, трансформуючи дані сполуки, призводить до утворення реактивних метаболітів, що пошкоджують мембрани, клітинні макромолекули, при цьому можуть змінюватися показники прооксидантної та антиоксидантної системи. Вивчення динаміки прооксидантної та антиоксидантної системи при онкологічних захворюваннях є актуальною медико-біологічною проблемою, яка потребує подальших досліджень.

В представленому фрагменті роботи було вивчено стан антиоксидантної та прооксидантної системи у хворих на гастроканцерогенез. Проведені дослідження свідчать, що у хворих на гастроканцерогенез активовані вільнорадикальні процеси, перекисне окиснення ліпідів, окиснювальна модифікація білків. Про це свідчать рівні підвищення вмісту у сироватці крові малонового діальдегіду, дієнових кон'югатів, шифових основ, 2,4-динітрофенілальдегідо- і кетогідразонів та інтенсивності фосфоресценції. Підвищення вмісту молекул середньої маси в сироватці і досить високий показник індексу лейкоцитарної інтоксикації вказують, що метаболічні процеси у хворих на гастроканцерогенез протікають з вираженою ендогенною інтоксикацією на фоні пригнічення системи анти радикального і антиперекисного захисту, які супроводжувалися особливо в термінальну фазу гастроканцерогенезу інгібіцією каталази, глутатіонпероксидази, церулоплазміну, супероксиддисмутази. Вивчення H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> індукованої люмінол-залежної біохемілюмінісценції сироватки крові виявило зворотну залежність цього показника від стадії розвитку патологічного процесу. Інтенсивність БХЛ значно пригнічувалась з наростанням ступеня тяжкості перебігу хвороби.

Таким чином, результати роботи свідчать про те, що гастроканцерогенез протікає на фоні розвитку ендогенної інтоксикації в основі якої лежить вільнорадикальна мембранна патологія, пригнічення системи антирадикального та антиперекисного захисту, біоенергетичних процесів. Ступінь їх вираженості корелює із стадією розвитку пухлини. Діагностичним, високочутливим методом, який характеризує ступінь тяжкості перебігу хвороби може бути інтенсивність біохемілюмінісценції і фосфоресценції які діагностують наявність вільнорадикальної

мембранної патології і віддзеркалюють стан біоенергетичних процесів в організмі пухлиноносія.

**Великий А. П., Вовк А.О.**  
**РОЛЬ ESCHERICHIA COLI В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
ОСЛОЖНЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии,  
Украина, Харьков**

Одним из главных осложнений при абдоминальных операциях является послеоперационный перитонит, который служит непосредственной причиной смерти более чем у 50% больных, оперированных на органах брюшной полости. Послеоперационный перитонит (воспаление листков брюшины) может быть связан с попаданием микроорганизмов из органов брюшной в полости в брюшину. Кишечная палочка (*Escherichia coli*) – вид грамотрицательных палочковидных бактерий, являющихся условно патогенными микроорганизмами. Кишечная палочка вызывает гнойно-воспалительные заболевания брюшной полости, а также сепсис. Обитает в нижних отделах кишечника человека, существует как в аэробных, так и в анаэробных условиях, отличается высокой устойчивостью к антибактериальным препаратам. Особенностью вызываемого кишечной палочкой воспалительного процесса является гнилостный распад тканей с развитием тяжелой интоксикации. В очагах гнойного воспаления кишечная палочка может быть в ассоциациях со стафилококками, стрептококками, в таких случаях воспалительный процесс принимает наиболее тяжелое течение.

Достаточно часто послеоперационный перитонит возникает вследствие несостоятельности различных швов органов. Причиной несостоятельности могут быть технические хирургические ошибки. Среди таких ошибок:

- ✓ Сшивание неполноценных тканей при их воспалении;
- ✓ Значительное натяжение стенок кишки;
- ✓ Травмирование стенки кишки хирургическим инструментарием или руками;
- ✓ Наложение или слишком частых швов с последующим нарушением кровоснабжения и возникновением некрозов, или слишком редких швов, не обеспечивающих достаточную герметизацию.

Таким образом, при проведении абдоминальных операциях необходимо помнить про условно патогенную микрофлору, обитающую в органах брюшной полости, в частности кишечную палочку, так как именно они могут привести к тяжелым послеоперационным осложнениям у больных хирургического отделения.

**Вороная Ю.М., Мирошниченко М.С.**  
**ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА  
НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ  
ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра патологической анатомии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Сорокина И.В.**

За последние годы отмечается рост удельного веса женщин, беременность которых протекает на фоне хронических инфекционных заболеваний дыхательных

путей, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и половой систем. Проведенные микробиологические исследования в акушерско-гинекологических клиниках свидетельствуют о том, что особенностью этиологической структуры инфекционных заболеваний у беременных женщин являются разные ассоциации микроорганизмов – бактериально-бактериальные, вирусно-бактериальные и вирусно-вирусные. Инфекционная патология у беременной женщины обуславливает высокую частоту осложнений во время беременности и родов, является фактором риска развития различных патологических состояний у плода и новорожденного.

Цель – выявить морфологические особенности сердца у новорожденных от матерей с хроническими инфекционными заболеваниями.

Материалы и методы. Материалом исследования послужила ткань сердца новорожденных. Сформировано две группы: группа сравнения (n=6) – новорожденные от матерей с физиологической беременностью; исследуемая группа (n=7) – новорожденные от матерей, беременность которых протекала на фоне хронических инфекционных заболеваний (тонзиллит, бронхит, пиелонефрит и сальпингит). Все новорожденные погибли от постнатальной асфиксии в результате ишемически-гипоксического повреждения ЦНС. Использовали гистологические и гистохимические методы окраски.

Результаты. У детей исследуемой группы эндокард в составе сердечной стенки незначительно утолщен, представлен слоем покрывающего эндотелия, субэндотелием, мышечно-эластическим и соединительнотканым слоем, который состоит из хорошо выраженных волокон соединительной ткани. Мышечная оболочка сердца образована мышечными клетками, которые, контактируя между собой, образуют залегающие послойно функциональные мышечные волокна, неравномерно окрашенные гематоксилином и эозином. В миокарде отмечались участки, где поперечная исчерченность мышечных волокон не выявлялась. Кроме того, в исследуемой группе в миокарде среди кардиомиоцитов с нормальными размерами встречались гипертрофированные сердечные клетки. Также определялись поля зрения с волнообразной деформацией мышечных волокон. В большинстве случаев в кардиомиоцитах ядра удлиненной, овальной формы, располагались как в центре клетки, так и на периферии. В некоторых кардиомиоцитах встречались увеличенные ядра с конденсированным хроматином преимущественно по периферии. Эпикард состоял из тонких нежных волокон соединительной ткани, плотно срастающихся с миокардом, и покрывающего их поверхность мезотелия. В сосудах микроциркуляторного русла эндокарда, миокарда и эпикарда отмечались признаки нарушения кровообращения, выражающиеся в расширении сосудов, их полнокровии, агрегации эритроцитов и стазе крови, наличии мелких тромбов. Также определялись явления стромального, периваскулярного отеков и мелкоочаговые кровоизлияния. В исследуемой группе выявлено нарастание склеротических процессов в стенке сердца, в отличие от группы сравнения. Также в исследуемой группе в 3 случаях определялась очаговая лимфоцитарно - макрофагальная инфильтрация во всех слоях сердечной стенки.

Вывод. В сердце у новорожденных от матерей с хроническими инфекционными заболеваниями отмечено наличие неравномерного окрашивания мышечных волокон, неравно выраженной поперечной исчерченности, участков волнообразной деформации мышечных волокон, дисциркуляторных и склеротических изменений, а также очаговой воспалительной инфильтрации.

**Гальперин В.Л., Тищенко А.Н., Васильева О.В.**  
**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ НА ПОРОГ**  
**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРА У СТУДЕНТОВ**  
**МЕДИКОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра физиологии,**  
**г. Харьков, Украина**

Самая простая радость в жизни человека – это вкусная еда. Казалось бы, идешь на кухню, открываешь холодильник, проводишь определенное время у плиты – и вуаля! – ароматное блюдо уже на столе, а эндорфины в головном мозге. Однако, с точки зрения физиологии весь прием пищи «от» и «до» складывается в сложный процесс, который начинается с оценки вкусовых качеств пищи с помощью вкусового анализатора.

В состав вкусового анализатора входят рецепторы, воспринимающие вкусовые раздражения, нервные волокна, передающие информацию от этих рецепторов в центральную нервную систему (ЦНС), и корковый отдел, где анализируется информация. Вкусовые рецепторы находятся в слизистой оболочке языка. Это клетки вкусовых лукович, которые реагируют на все виды вкусовых ощущений – соленое, горькое, кислое и сладкое. Появление рецепторных потенциалов зависит от действия катионов солей,  $H^+$  и других раздражителей. Возбуждение вкусовых клеток проходит через синапсы, передается афферентным волокнам, волокнами барабанной струны (ветвь лицевого нерва) – от передней и боковых частей языка, волокнам языкоглоточного и блуждающего нервов. Эти нервы проводят импульсы в продолговатый мозг, а затем, через медиальную петлю, – в ядра таламуса. Чувствительность различных участков языка к вкусовым раздражителям дифференцирована: вкусовые рецепторы, чувствительные к сладкому – кончик языка, к кислому – края, к горькому – корень, к соленому – кончик и края. При продолжительном действии вкусовых раздражителей происходит адаптация, наступающая быстрее к сладким и соленым веществам, медленнее – к кислым и горьким.

Цель данного исследования: изучение психофизиологических особенностей состояния вкусовой чувствительности организма к основным вкусовым стимулам студента в условиях эмоционально-стрессового состояния в динамике учебного процесса.

Материалы и методы. Нами для обследования были отобраны 24 иностранных студентов-медиков 1-2 курса. Студенты составили однородную социальную группу сходную по параметрам возраста, специфическим условиям жизни, национальности [Агаджанян Н.А. и др., 1998]. Поэтому именно они были выбраны для проведения данного исследования. После этого обследуемая группа была разделена на 2 подгруппы: 1 подгруппа (ПГ1) – 12 студентов первого курса, 2 подгруппа (ПГ2) – 12 студентов второго курса.

Успешность освоения учебной программы студентами во многом зависит от полноценности пищевого рациона, режима и калорийности питания. Но, в первую очередь, связана с состоянием вкусового анализатора, на который оказывают влияние умственная, физическая нагрузки, уровень состояния эмоционально-стрессового напряжения (учебный процесс, сессия, каникулярный период), социальная обстановка, наличие или отсутствие полноценного отдыха. Проведено исследование состояния вкусового анализатора студентов 1-2 курса при адаптации его к

стрессовым ситуациям в период сдачи аттестационных (итоговых) занятий по медико-биологическим дисциплинам методом анкетирования (исследование присутствия «вкусowego дальтонизма» – отсутствие способности ощущать четыре основные вида вкусовых раздражителей, наличие нормальных или чрезмерных вкусовых ощущений).

Согласно результатам анкетирования, проведенному во время сдачи итоговых аттестационных занятий (заполнение «дегустационных анкет») у студентов ПГ1 было обнаружено значительное обострение вкусовых ощущений после сдачи аттестации, что свидетельствует об увеличении стресса и его прямого влияния на вкусовой анализатор. Анкетирование студентов ПГ2 показало, что у них не наблюдалось обострения или ослабления вкусовых ощущений. Это свидетельствует о снижении эмоционально-стрессового состояния и развития адаптации к учебному процессу в динамике обучения.

Вывод. При психоэмоциональном напряжении, возникающем у студентов в динамике обучения и пребывания в новых социальных условиях, происходящие в организме функциональные и физиолого-биохимические перестройки обуславливают изменение состояния вкусовой чувствительности. Была показана возможность использования характера изменения вкусовой чувствительности в качестве одного из критериев состояния психоэмоционального напряжения человека.

**Ганизаде Н.Д. Оглы**  
**ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОГЛИФИКИ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ**  
**ГРУПП**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра медицинской биологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ст. преподаватель Ю.А. Садовниченко**

Дерматоглифические признаки индивидуума уникальны, обладают высокой степенью наследуемости и являются одними из самых доступных для изучения генетических маркеров. Они могут изменяться только вследствие травм и при некоторых наследственных заболеваниях, представляя тем самым, по мнению группы экспертов ВОЗ (1971), объективный критерий при исследовании полигенных систем болезней наследственного предрасположения. Кроме того, их используют для определения склонности к тем или иным видам спорта. Однако, большинство исследований базируется на ограниченном числе этнических групп.

Цель работы — определить этнические особенности дерматоглифики.

В исследовании приняли участие 100 студентов ХНМУ обоих полов: по 25 граждан Украины, Ливана, Нигерии и Индии. У испытуемых определяли типы пальцевых узоров и дельтовый индекс (ДИ).

Установлено, что у украинцев, сирийцев и индусов количество петель на пальцах обеих рук превышает количество завитков, однако доля последних возрастает с севера на юг. У африканцев довольно значительные, по сравнению с ними, число дуг и ДИ. Число дуг у студенток выше, чем у студентов, а для числа завитков установлена обратная зависимость. Таким образом, существуют определенные этнические различия в фенотипической выраженности дерматоглифических пальцевых узоров, которые следует учитывать при диагностике патологий, в частности, нарушений функций центральной нервной системы,

психических расстройств. Обсуждается вопрос об использовании дерматоглифов в качестве скрининг-теста в комплексе с другими клинико-лабораторными методами.

**Гирка Д.Э.**

## **ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра медицинской биологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ст. преподаватель Ю.А. Садовниченко**

Сахарный диабет (СД) представляет собой группу эндокринных заболеваний, развивающихся вследствие нарушения синтеза инсулина поджелудочной железой либо рецепторного аппарата клеток-мишеней данного гормона и приводящих к стойкой гипергликемии, а также нарушению всех видов метаболизма. Факторами риска развития СД являются наследственная предрасположенность, возраст, избыточный вес, гиподинамия и стрессы.

В Украине на начало 2015 года официально зарегистрировано 1 млн. 198,5 тыс. больных СД, однако истинное число больных может быть в 2–3 раза больше. В связи с этим актуальность приобретает ранняя диагностика риска развития СД. Целью данного исследования было установить риск развития СД в разных возрастных группах.

Риск развития СД оценивали с помощью вопросника FINDRISC, у группы риска определяли уровень сахара в моче с помощью тест-полосок «Uriscan 24U» (YD Diagnostics Corp., Корея). В анкетировании приняло участие 100 человек трех возрастных групп: младшей (33 человека в возрасте 17–18 лет), средней (34 человека в возрасте 30–50 лет) и старшей (33 человека пенсионного возраста). В младшей возрастной группе у 100% респондентов риск развития СД был минимальным по шкале FINDRISC. В средней возрастной группе лишь у одного опрошенного высока вероятность предиабета (17 баллов по шкале FINDRISC). В третьей группе только у 1/3 респондентов риск развития СД был низким, у 15% — возможен предиабет, у 42% — предиабет или СД, а у 6% — скорее всего СД 2-го типа. Полученные данные группы риска были подтверждены исследованием уровня глюкозы в моче.

**Глоба Н.С., Бенбузид И.**

## **КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОЙ СЕТИ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ И КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра физиологии  
г. Харьков, Украина**

В последние годы интенсивно изучается роль «цитокиновой сети» в развитии воспалительных процессов и злокачественных новообразований. Цитокины являются плюрипотентными полипептидами, регулирующими каскад воспалительных реакций и обладающими про- и антибластомными свойствами. В тесной связи с цитокинами находится С-реактивный белок (СРБ), продукция которого находится под контролем ИЛ-6, ключевого цитокина в каскаде реакций, ведущих к прогрессированию опухоли.

Цель исследования – изучить содержание провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6 и противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и рецептора антагониста

ИЛ-1 (ИЛ-1РА), а также СРБ в сыворотке крови больных с воспалительными процессами и при канцерогенезе и провести кластерный анализ для выявления наиболее достоверных оценочных критериев этих процессов. Исследованы 84 образца крови больных: I серия – воспалительные заболевания (n=22), II серия – плоскоклеточный рак гортани (n=43), из них 1 группа – начальные стадии опухолевого роста T1N0M0 (n=14), 2 группа – плоскоклеточный рак гортани T2N0M0, T3N0M0 (n=26), 3 группа – плоскоклеточный рак гортани в стадии метастазирования T4N0M0, T4N1(2)Mx, T1NxMx (n=21); III серия – контрольная группа (здоровые лица, n=18). Концентрацию цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа, концентрацию СРБ – иммунотурбидиметрическим методом. Результаты обрабатывали статистически с помощью программы STATISTICA 7.0. На основании статистических данных рассчитывали евклидовы расстояния между точками для построения кластерных деревьев объединения.

Анализ полученных результатов показал, что при воспалительном процессе, повышается уровень всех исследованных цитокинов: ФНО- $\alpha$  – в 3,6 раза, ИЛ-1 $\beta$  – в 2,8 раза, ИЛ-6 и ИЛ-4 – в 2,5 раза, ИЛ-1РА – в 4,4 раза, а также умеренное повышение концентрации СРБ (в 1,6 раза). Изменение концентрации исследованных показателей при канцерогенезе носили стадиезависимый характер. Так, ранние этапы канцерогенеза (1 группа, II серия) характеризовались повышением содержания ФНО- $\alpha$  в 5 раз, ИЛ-4 в 1,5 раза, СРБ в 1,9 раза по сравнению с контрольной группой, что при отсутствии морфологических признаков воспаления в микроокружении опухоли может рассматриваться как маркер канцерогенеза. Прогрессирования опухоли (2 группа, II серия) сопровождался повышением уровня провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, и концентрации СРБ в 3,3 раза. На стадия автономного злокачественного опухолевого роста и метастазирования (3 группа, II серия) содержание СРБ и провоспалительных цитокинов достигало максимальных значений (ФНО- $\alpha$  увеличивается в 9,3 раза, ИЛ-1 $\beta$  – в 4,4 раза, ИЛ-6 – в 6,2 раза, СРБ – в 3,8 раза), значительно снижался уровень противовоспалительных цитокинов, что может свидетельствовать об истощении адаптационно-компенсаторных механизмов, сдерживающих опухолевую прогрессию.

При кластерном анализе уровня цитокинов и СРБ выявлено значительные различия между воспалением и злокачественным опухолевым процессом. При воспалении формируются 2 основных кластера: в одном находятся противовоспалительные цитокины ИЛ-4 и ИЛ-1РА, в другом – противовоспалительные цитокины ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-6, ФНО- $\alpha$  и СРБ, при этом наибольшим сродством обладают ФНО- $\alpha$  и СРБ (расстояние 1,17), а также ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6 (расстояние 2,12). При канцерогенезе формируются новые кластеры, которые отражают дисбаланс цитокиновой сети: ФНО- $\alpha$  образует кластер с ИЛ-4, известным своими антибластомными свойствами (расстояние 1,66). Пробластомный ИЛ-6 формирует кластер с ИЛ-1РА (расстояние 1,63), ИЛ-1 $\beta$  (расстояние 2,62). В дереве объединения переменных СРБ находится на значительном расстоянии от всех цитокинов (расстояние 2,62), что позволяет рассматривать его как самостоятельный независимый маркер канцерогенеза.



**Голованова А.Ю., Семеняченко А.Н.**  
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПЛАСТИЧЕСКОГО МАКЕТИРОВАНИЯ В**  
**СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра судебной медицины, медицинского правоведения,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – доц. Бондаренко В.В.**

Судебно-медицинская экспертиза взрывной травмы представляет собой актуальную задачу судебно-медицинской науки и практики. В последнее время в нашей стране участились случаи террористических актов, связанных с приведением в действие взрывных устройств, что имеет место, как в зоне проведения антитеррористической операции, так и в мирных городах Украины.

Сложность данного вида экспертиз заключается в необходимости решения ряда специфических вопросов, интересующих следствие, таких как, взрывом какого устройства могли быть причинены повреждения, какова дистанция взрыва, какова поза пострадавшего и положение его тела относительно взрыва, мог ли пострадавший причинить повреждение себе сам, была ли преграда между телом и взрывным устройством и др. В связи с отсутствием должной свидетельской базы, разноречивости в показаниях потерпевших и свидетелей, сложностью осмотра места происшествия, на судебно-медицинскую экспертизу возлагается особая надежда в решении вышеуказанных вопросов и, соответственно, помощи следствию в раскрытии данного вида преступлений.

Цель нашей работы заключалась в возможности определения позы и взаиморасположения 13 пострадавших человек, одновременно получивших повреждения в результате взрыва взрывного устройства, что действительно имело место в одном из городов Украины в недавнее время. Материалом исследования послужили 13 историй болезни вышеуказанных лиц, которые после взрыва проходили стационарное лечение в лечебно-профилактических учреждениях Украины. Объектом исследования были телесные повреждения, полученные данными лицами фрагментами взрывного устройства.

В ходе работы были использованы метод визирования и метод пластического макетирования (Катков И.Д., 1977 г.). Наша работа была разделена на 3 основных этапа. В ходе 1-го этапа нами были изучены 13 историй болезни и составлены схематические рисунки телесных повреждений с учетом их локализации, количества, направления и глубины раневых каналов. В ходе 2-го этапа исследования нами были изготовлены 13 пластилиновых макетов человека в масштабе 1:15–1:20, на каждом из которых были смоделированы вышеуказанные повреждения. При этом, на каждом макете, в область каждого ранения вставлялась деревянная палочка, направление которой соответствовало направлению раневого канала. Таким образом, нами были изготовлены 13 пластилиновых макетов человека с указанием направлений раневых каналов в каждом конкретном случае. 3-й этап работы заключался в установлении положения, позы и взаиморасположения пострадавших. Нами применялся метод визирования, основанный на том, что направления раневых каналов, находящихся в теле радиально, должны сходиться (проецироваться) в одной точке – центре взрыва. На деревянной дощечке были установлены 13 пластилиновых макетов человека, «поврежденным» частям тела которых, придавали такое положение, которое на определенном расстоянии от тела обеспечивало схождение проекций раневых

каналов в одній точці (точці вибуха). При установленні взаєморозташування постраждалих учитувалась локалізація і множинність пошкоджень, висота їх від рівня подошвенної поверхності, комбінованість і поєднаність. В результаті роботи нам вдалося розташувати 13 макетів постраждалих людей відносно один від одного в момент вибуха вибухового пристрою. При цьому, нам вдалося довести, що в момент вибуха всі постраждалі особи знаходились в вертикальному положенні тіла або близько до нього, деякі з них знаходились в русі, роблячи крок вперед правою або лівою ногою, при цьому руки їх були відведені вперед або назад, що є природним положенням частин тіла людини при русі. Таким чином, нам вдалося вирішити питання про взаєморозташування постраждалих в момент вибуха.

**Голованова А.Ю., Писаренко Г.М.**

**ПОКАЗНИКИ СТРЕСА У ЩУРІВ МОЛОДШОГО ВІКУ ПРИ  
ЗАСТОСУВАННІ СТРЕСОПРОТЕКТОРНОГО ЗАСОБУ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра фармакології та медичної рецептури,  
Харків, Україна**

**Науковий керівник - проф. Киричок Л.Т.**

З літератури відомо, що незрілість фізіологічних систем дитячого організму є передумовою до вивчення особливостей їх стресової реакції, що виникає у відповідь на будь-які незнайомі зовнішні ситуації, та дії за цих умов антистресових коректорів.

Метою роботи було вивчення в експерименті показників іммобілізаційного стресу (ІС) у щурів 2-місячного віку та особливостей антистресової дії за цих умов пірацетаму порівняно із дорослими тваринами.

Робота виконана на 30 білих безпородних щурах обох статей, з яких 18 було дорослих (група порівняння). Іммобілізація щурів молодшого віку відтворювалася їх фіксацією на спині протягом 3 годин, а дорослих в клітках-пеналах 20 годин. Пірацетам (Галичфарм, Україна) вводився одноразово внутрішньочеревинно за 30 хвилин до закінчення моделювання в дозах 20 мг/кг (молодшим) та 200 мг/кг (дорослим), розрахованим на підставі чутливості тварин до ліків. Про реакцію організму на стрес і його корекцію пірацетамом судили за станом гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (ГГНС) й окиснювальної рівноваги (ПОЛ-АОЗ), про що свідчили загальноприйняті показники.

За результатами виконаного дослідження встановлено, що особливістю стресової реакції у піддослідних щурів 2-місячного віку, на відміну від дорослих, є збереження природного захисту, який вони набули при народженні з боку тимико-кортикостероїдної функції: підвищення вагового коефіцієнту тимусу та збільшення в крові кількості кортикостерону. За цих умов пірацетам попереджує розвиток окиснювального стресу та змінює в бік нормалізації показники нейрогормональної регуляції, зберігаючи при цьому ознаки природної захисної реакції.

Відмічені особливості стресу у щурів молодшого віку та його корекції пірацетамом не обмежують, а обґрунтовують залучення у комплексну терапію дітей антистресових засобів нейрометаболічної дії.

**Горбунова А. Ю.**  
**ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИЙ РОДА ЛИСТЕРИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА**  
**Харьковский государственный медицинский университет,**  
**кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.м.н. Вовк А.О.**

С 1926 г. Листерии известны микробиологам, эпидемиологам и клиницистам всего мира. Начиная с 1960 года, описываются первые крупные вспышки данного заболевания в странах Западной Европы и Северной Америки. С 80-х годов зафиксированы случаи эпидемий заболевания листериозом в высокоразвитых странах мира (США, Великобритания, Швейцария, Канада, Франция).

Причиной является употребление продуктов животного и растительного происхождения, а именно: продукты мясомолочной промышленности, в случае же растительных продуктов, источником заражения являются бактерии, оседающие на растениях, или паразитирующие в них.

Пероральный путь заражения – является основным для такого заболевания, как листериоз. Менее распространен трансплацентарный путь передачи заболевания.

Согласно официальной статистике, бессимптомное носительство листерий составляет 2-20%. В зависимости от продолжительности заболевания различают три вида течения заболевания: первый - острый (1-3 месяца), следующий длится от 3 до 6 месяцев, его называют подострый и последний длиться дольше 6 месяцев, это – хронический листериоз.

В зависимости от пути проникновения листериоза в организм, способности организма противостоять заболеванию, сопутствующих заболеваний и других факторов, болезнь может иметь различные пути протекания. В основном различают три формы протекания болезни: железистая, гастроэнтеритическая и нервная формы.

Железистая форма протекания заболевания также имеет два вида: ангинозножелезистый и глазожелезистый. Первому характерно повышение температуры, интоксикация, ангина, увеличение и боль поднижнечелюстных лимфатических узлов. При этом лихорадочный период продолжается примерно 5-7 дней. Второй вид характеризуется односторонним гнойным конъюнктивитом, отеком век, сужением глазной щели и, как следствие, ухудшение зрения. На переходной складке конъюнктивы появляются узелковые высыпания. В данном случае страдают уже околоушные и поднижнечелюстные узлы.

Гастроэнтеритической форме листериоза характерно быстрое начинание с резким поднятием температуры тела, вздутием живота, болью при пальпации, со временем начинается тошнота, рвота. В данном случае лихорадка может продолжаться более чем 5-7 дней. Данной форме свойственна достаточно высокая летальность.

Одной из наиболее распространенных форм является нервная форма. Проявления нервной формы практически не отличаются от проявлений бактериальных менингитов. Чаще всего это: повышение температуры, нарушение сознания и возрастающая по интенсивности головная боль.

Основными осложняющими факторами, которые влияют на распространение заболевания, являются беременность, диабетические состояния и раковые заболевания.

В случае беременности основное внимание обращают не столько на беременную женщину, сколько на новорожденного ребенка. Сроки возникновения и

клинические проявления листериоза новорожденных зависят от времени и пути инфицирования (антенатальное или интранатальное, трансплацентарное или аспирационное заражение). В отличие от беременных, у которых листериоз протекает обычно доброкачественно и даже без лечения наступает клиническое выздоровление, листериоз новорожденных— тяжелое генерализованное заболевание с высокой летальностью (более 20%), протекающее по типу сепсиса.

**Григорова М.В.**  
**МУЛЬТИМЕДИЙНОЕ ПОСОБИЕ К ИЗУЧЕНИЮ ФАРМАКОЛОГИИ**  
**СТИМУЛЯТОРОВ ХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ МЕДИАЦИИ**  
**(ХОЛИНОМИМЕТИКОВ)**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – профессор Л.Т. Киричек**

Применение компьютерной и мультимедийной техники в учебном процессе отражает 3-й уровень симуляционного (имитирующего) обучения (всего 6), отражающего разную степень наглядности теоретического материала. В докладе представлена работа холинергического (парасимпатического) отдела эфферентной нервной системы и эффект ее стимуляции лекарственными средствами в следующей последовательности: - Холинергическая медиация в относительном покое. - Центральная стимуляция холинергического медиатора ацетилхолина (АцХ). - Вхождение АцХ в ганглионарный синапс, взаимодействие с Н-холинорецепторами (Н-ХР), движение импульса по постганглионарному волокну к исполнительным органам. - АцХ и М-холинорецепторы (М-ХР), стимуляция функций. - Классификация холиномиметиков по избирательности действия на М- и Н-холинорецепторы:

- 1) М-холиномиметики: Пилокарпина гидрохлорид, Ацеклидин.
  - 2) Н-холиномиметики: Лобелина гидрохлорид, Цититон.
  - 3) М-,Н-холиномиметики: -прямого действия - Ацетилхолин хлорид, Карбохолин; -непрямого действия (антихолинэстеразные): -обратимые: Галантамин, Физостигмин, Прозерин; -необратимые: Армин (ФОС).
- М-холиномиметики (Пилокарпин) и М-ХР в глазу: терапевтическое (снижение внутриглазного давления) и побочное (спазм аккомодации) действие. Глаукома – показание к применению.
  - М-холиномиметики (Ацеклидин) и М-ХР гладких мышц кишечника (усиление перистальтики) и других гладкомышечных органов (bronхи, матка, желче- и мочевыводящие пути): терапевтическое и побочное действие. Атония кишечника и слабая родовая деятельность – показания. Бронхоспазм-противопоказание.
  - Н-холиномиметики (Лобелин, Цититон) и рефлекторная стимуляция дыхания через Н-ХР каротидных синусов. Показания: дыхательная недостаточность при сохранении рефлекторной возбудимости.
  - М-, Н-холиномиметики (Прозерин) влияние на исполнительные органы (через М-ХР) и на уровень АД и тонус скелетных мышц (через Н-ХР). Показания: глаукома, послеоперационная атония кишечника и мочевого пузыря, парезы, параличи скелетных мышц, передозировка недеполяризующих миорелаксантов.

- Признаки отравления грибами-мухоморами (М-ХР) и АХЭ фосфорорганическими соединениями (ФОС). Помощь: Атропин, ганглиоблокаторы и миорелаксанты, реактиваторы холинэстеразы.

**Грищенко Д.А.**  
**ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАССЕЯННОМУ СКЛЕРОЗУ**  
**У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра медицинской биологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ст. преподаватель Ю.А. Садовниченко**

Рассеянный склероз (multiple sclerosis; G35 МКБ-10) (РС) — наиболее распространенное хроническое аутоиммунное заболевание, развивающееся вследствие поражения миелиновой оболочки нервных волокон ЦНС. Факторами риска РС являются инфекции, дефицит солнечного света и другие воздействия среды, недостаток витамина D, вакцинация против вируса гепатита В, интоксикация, вредные привычки и наследственная предрасположенность. В последние годы в Украине наблюдается существенный рост заболеваемости РС, особенно среди молодежи. В связи с этим целью данного исследования было выявить предрасположенность к РС у студентов харьковских вузов.

Исследование проводилось методом анонимного опроса. Тест Е.А. Тарасова «Признаки рассеянного склероза», рассчитанный на раннюю диагностику заболевания, был адаптирован для данного исследования.

В опросе приняли участие 84 студента ХНМУ, ХНУРЭ, НТУ «ХПИ», ХНУГХ имени А.Н. Бекетова и ХНУ имени В.Н. Каразина в возрасте 16–25 лет. Соотношение респондентов мужского и женского полов составило 29,8% и 70,2% соответственно. Риск развития РС разной степени имеется только у восьми опрошенных, семь из них — женского пола, что согласуется с данными литературы о большей предрасположенности женского пола к развитию заболевания. Связи риска развития РС с вакцинацией против вируса гепатита В выявлено не было, что также соответствует литературным данным. Была установлена отрицательная корреляция риска развития РС с группой крови В, что, возможно, объясняется размером выборки.

**Дзюба В.С.**  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ-**  
**МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ**  
**ИНФОРМАЦИОННЫХ И КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГРОВЫХ НАГРУЗОК**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра физиологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Сокол Е.Н.**

Эффективность интеллектуальной деятельности человека определяется количественными и качественными показателями работы всех уровней ЦНС, а главное нейронных ансамблей коры больших полушарий, аналитико-синтетическая (умственная) работоспособность которых и обеспечивает адаптацию к информационному стрессу. Психо-эмоциональное напряжение, которое испытывает организм студентов-медиков в первые годы обучения, обуславливают многие факторы внешней и внутренней среды. Литературные данные по исследованию

умственной работоспособности студентов большей частью отражают влияние факторов стресса, связанных с процессом обучения. Однако помимо университетских занятий значительный процент молодёжи серьёзно увлекается компьютерными играми, которые не только не развивают интеллектуальные способности молодого организма, но и вызывают дополнительный психо-эмоциональный стресс, личностный конфликт волевых и мотивационных установок, агрессивность. Актуальность изучения данной проблемы состоит в исследовании количественных и качественных показателей умственной работоспособности при комплексном воздействии информационных нагрузок различного генеза. Цель исследования состояла в возможности применения показателей эффективности умственной работоспособности для выявления психо-эмоционального напряжения и агрессивности. Исследование проведено на 87-ми студентах-медиках, добровольно согласившихся принять участие в эксперименте. Показатели эффективности умственной работоспособности определяли по методу Крепелина. Диагностику состояния агрессии проводили с помощью компьютерного варианта тест-опросника Басса-Дарки. Состояние психо-эмоционального напряжения оценивали по уровню ситуативной и реактивной тревожности с помощью тест-опросника Спилберга-Ханина. Уровень увлечённости компьютерными играми определяли с помощью соответствующего опросника и на основании анонимного анкетирования. У каждого испытуемого определяли психотип личности с помощью компьютерного варианта тест-опросника Айзенка. По результатам определения психотипа личности (тип темперамента) студентов распределили на четыре группы обследуемых: 1) 49,7% студентов имели сильный уравновешенный подвижный тип нервной системы (сангвиники по Гиппократу); 2) 32,8% студентов имели сильный неуравновешенный тип нервной системы (холерики по Гиппократу); 3) 8,9% студентов имели слабый тип нервной системы (меланхолики по Гиппократу); 4) 8,6% студентов имели сильный уравновешенный инертный тип нервной системы (флегматики по Гиппократу). Уровень увлечённости компьютерными играми во всех группах распределился практически одинаково: средний уровень показали 80-90% студентов, низкий – 5-15%, высокий – 5%. Индекс агрессивности и враждебности по тест-опроснику Басса-Дарки и состояние тревожности определяли до и после проведения интеллектуальной нагрузки по методу Крепелина. В результате эксперимента в группе сангвиников во всех уровнях увлечённости компьютерными играми повышение психо-эмоционального напряжения уменьшило проявление агрессивности, а умственная работоспособность оказалась наиболее эффективной. Аналогичная ситуация наблюдалась в группе флегматиков, только производительность умственной работоспособности была значительно снижена на фоне повышенного качества работы. Наибольший индекс агрессивности и враждебности в условиях эксперимента наряду с низкой эффективностью умственной работоспособностью проявили меланхолики и холерики с высоким и средним уровнем увлечённости компьютерными играми.

Таким образом, интеллектуальная нагрузка индуцирует проявление агрессивности в условиях психо-эмоционального напряжения.

**Доспехова М.А.**  
**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**  
**ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра физической реабилитации и спортивной медицины,**  
**Харьков, Украина**  
**Научный руководитель: Кириченко М.П.**

Проблема инсульта остается актуальной, так как среди инсультных больных отмечается высокая смертность, большой процент утраты трудоспособности и определенные сложности социальной адаптации. Среди множества комплексных подходов восстановительного лечения некоторые особенности ведения этих больных недостаточно исследованы, особенно в случае развития депрессивных состояний, снижающих качество реабилитации.

**Цель:** Анализ достаточности общепринятых методик реабилитационных мероприятий и их социального влияния жизни постинсультных больных.

**Материалы и методы:** наблюдались 23 пациента (9 женщин и 14 мужчин) в возрасте 55-65 лет, которые перенесли ишемический инсульт и проходили курс восстановительного лечения на базе УНМК «Университетская клиника» ХНМУ и неврологического отделения ОКБ г. Харькова. Больные были распределены на две группы: контрольная (11 больных) и экспериментальная (12 больных), в которую вошли пациенты с психоэмоциональной нестабильностью, имеющие склонность к депрессивным состояниям. Предварительно была проведена оценка их психофизического и функционального статуса. Методами контроля были дыхательные пробы, пробы с переменной положением тела и психологические тесты. Всем больным проводилось: лечебный точечный массаж, дыхательная гимнастика, лечебная физкультура и физиотерапия. В экспериментальной группе применялась арттерапия, психоэстетотерапия, музыкотерапия, аутотренинг, специальная лечебная гимнастика для инсультных больных. Особое внимание уделялось коррекции внутрисемейных и межличностных отношений, элиминации психотравмирующих факторов. При составлении реабилитационных программ принимались во внимание социальные факторы конкретных больных: профессия и трудовой стаж, заработная плата в среднем на одного члена семьи, жилищно-бытовые условия, семейное положение и образование.

**Результаты:** Большая часть больных (9 человек) экспериментальной группы продемонстрировала редуцирование психоэмоциональной нестабильности, при этом качество реабилитационного эффекта (78%) достигло результата в контрольной группе (84%). Индивидуальная мобилизация личностных ресурсов способствовала восстановлению адаптационных возможностей и формированию психоэмоциональной устойчивости.

**Выводы:** 1. Своевременно начатые реабилитационные мероприятия позволяют в значительной степени предотвратить развитие повышенного мышечного тонуса, формирование порочной позы и синкинезий. 2. В поздний восстановительный период реабилитационные мероприятия направлены на развитие компенсаций функций и приспособление больных с имеющимися у них дефектами к самообслуживанию и труду.

**Дроботова К. О.**  
**СУДОВО-МЕДИЧНІ МОРФОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ХРОНІЧНОЇ**  
**НАРКОТИЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ**  
**Харківський національний медичний університет, кафедра судової**  
**медицини, медичного правознавства,**  
**м. Харків, Україна**  
**Науковий керівник к.мед.н., доц. Губін М.В.**

Актуальність. В даний час вживання наркотиків перетворюється на лихо у всіх країнах світу. Найчастіше в судово-медичній практиці виникають ситуації, коли підозра на отруєння наркотичними засобами (НЗ) не підкріплюється результатами судово-токсикологічного дослідження і тоді особливого значення набуває виявлення вісцеральних патологічних станів, що відбивають факт тривалого зловживання НЗ.

Мета дослідження. З метою вдосконалення судово-медичної діагностики отруєнь НЗ завданням мого дослідження було з'ясування морфологічних маркерів, які могли б служити критеріями хронічної наркотичної інтоксикації (ХНІ).

Матеріали та методи дослідження. Матеріалом для судово-медичного аналізу в ході роботи стали дані 30 випадків ХНІ із нашої практики та взятих з різних літературних джерел. Загиблими були 22 чоловіків і 8 жінок у віці від 15 до 46 років (переважали особи молодого віку - близько 74% спостережень).

Результати дослідження. При зовнішньому дослідженні померлі були зниженого харчування, з наявністю множинних слідів від ін'єкцій. Гістологічно відзначався фіброз дерми і хронічний панікуліт, а також гострі крововиливи у дерму і підшкірно-жирову клітковину. При внутрішньому дослідженні визначаються загальноасфіктичні ознаки. При дослідженні головного мозку відзначені ознаки набряку і набухання, а гістологічно діapedезні крововиливи в субкортикальних відділах і в стовбурі, ішемічні зміни, важкі зміни нейронів підкіркових ядер і стовбура з явищами сателітозу і нейронофагії. У легнях виявлено ознаки стромального та інтерстиціального набряку, субсегментарних гострих крововиливів і осередкового гемосидерозу. Нерідко спостерігався вогнищевий пневмосклероз і явища ацинарної бронхопневмонії. З боку серцево-судинної системи виявлені фрагментації контрактурно пошкоджених кардіоміоцитів, парез мікроциркуляції і осередкові гострі крововиливи. Ураженість атеросклерозом була низька у всіх спостереженнях. У мікроциркуляторному руслі відзначалися ознаки ДВС-синдрому. З боку органів травлення відзначені ознаки гострого ерозії слизової оболонки шлунка. Печінка при макроскопічному дослідженні була збільшена (від 1500 до 2400 г), тканина органу щільна, поверхня гладка, з заокругленим краєм, на розрізі червоно-жовтого кольору. Гістологічно у всіх випадках виявлена картина хронічного гепатиту. Практично у всіх спостереженнях відзначалися ознаки фіброзу. У ретикулоендотеліальних клітинах вогнищево відзначено скупчення гемосидерину. Гепатоцити з ознаками вогнищевої жирової дистрофії. Постійно зустрічався вогнищевий ліпофусциноз гепатоцитів. Відзначені початкові явища анулярного цирозу печінки. У сечостатевої системі в частині спостережень виявлено ознаки мезангіокапілярного гломерулонефриту. У тестикулах зазначалося пригнічення сперматогенезу. Відзначено збільшення селезінки (від 150 до 350 г) і портальних лімфатичних вузлів. Гістологічно виявлена фолікулярна гіперплазія з формуванням світлих центрів. Відзначений гемосидероз макрофагів селезінки і лімфатичних вузлів. У щитовидній залозі відзначена перебудова гістоархітекτονіки з формуванням макро-мікрофолікулярного зобу, строма нерідко грубо фіброзована. В надниркових залозах



виявлена атрофія кори. Відзначена деліпоїдизація клітин кори, корелююча з темпом смерті.

Висновки. Виходячи з проведеного аналізу смертей від ХНІ, виявлено основні морфологічні маркери, що дозволяють запідозрити наявність факту вживання наркотиків в трупному матеріалі особливо в тих випадках, коли немає ніяких лабораторних даних, що свідчать про наявність психотропних речовин в організмі померлого.

**Дудник О.С.**

## **КАК РАСПОЗНАТЬ ВРАЧЕБНУЮ ОШИБКУ**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра судебной медицины, медицинского правопедения  
Научный руководитель: д.м.н., проф. Ольховский В.О.**

Автором понятия «врачебная ошибка» является великий русский хирург Н.И. Пирогов. Несмотря на то, что термин появился в начале XIX ст., и в настоящее время он имеет множество неточностей, и не содержится ни в одном из документов, регламентирующих здравоохранение. Согласно академическому толковому словарю украинского языка, термин «ошибка» означает: «Неправильність, неточність у якому-небудь механізмі, пристрої, в якійсь схемі; неправильна думка, хибне уявлення про когось, щось». В англо-американской литературе в этих случаях применяется слово «непреднамеренность» (Эльштейн Н.В., 2005). Наиболее точное определение данному термину дал профессор И.В. Давыдовский, согласно которому врачебная ошибка – добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов: халатности, небрежности, профессионального невежества. «Врачебная ошибка» - понятие глобальное, о чём говорит статистика. Так, в США от оплошностей медиков ежегодно умирают 50-100 тыс. человек, в Великобритании – 70 тыс., в Германии – 100 тыс. По Украине приводятся следующие цифры: около 3000 смертных случаев год и около 7000 случаев инвалидизации. Если верить статистике ВОЗ, из-за врачебных ошибок в Украине ежедневно умирают 6-7 больных, и порядка 20 становятся инвалидами. Сами медики настроены еще более скептически: по словам бывшего министра здравоохранения Николая Полищука, данные ВОЗ сильно занижены. Экс-министр утверждает, что на самом деле из-за врачебных ошибок в среднем по стране умирает по 9-10 человек в сутки (т. е. 3300-3600 человек в год). Еще более мрачную картину дают соцопросы: они показывают, что 40-50% пациентов в той или иной мере сталкивались с врачебными ошибками. Ошибки подразделяются на деонтологические, диагностические и лечебные. Наиболее часто встречаются: ошибки в постановке диагноза (40%); Неправильное лечение при верном диагнозе (28%); Ошибки выполнения процедур и манипуляций (22%); Административные ошибки (4%); Лабораторные ошибки (2%). Процент расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов - один из показателей уровня квалификации клиницистов. И постоянный спутник любой клиники. Даже в очень хорошей клинике с высоким уровнем квалификации врачей расхождения могут составлять до 12-18%. Довольно сложно определить, что именно послужило причиной действия (или бездействия): действительно невежество в виде банальной недостаточности знаний и нежелания учиться, узкой специальности врача или же несовершенство технического обеспечения на сегодняшний день. Очевидно, что случаи врачебных ошибок сегодня,

уже через несколько лет могут быть расценены как невежество. Поэтому вопрос о повышении квалификации врача стоит особенно остро. Главный патологоанатом МЗ Украины П.И. Червяк утверждает, что расхождение между прижизненным и посмертным диагнозом составляет 10-15 %. Причины ошибок могут быть объективными и субъективными. Первые чаще всего связаны с изменением взглядов на лечение определенного заболевания. Комплекс лечебных мероприятий, который считался наиболее рациональным еще совсем недавно, с позиций новейших достижений науки может быть квалифицирован как ошибочный. Сюда же относятся ошибки, допущенные врачами в процессе их общения с пациентами вследствие несоблюдения основных деонтологических принципов. Субъективные причины: переоценка лабораторных и инструментальных данных, нелогичное их осмысление, предвзятое отношение к больному, особенности психики врача. Согласно данным литературы на долю субъективных причин врачебных ошибок приходится 60% от общего их количества.

**Емец М. А.**

## **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА**

**Харьковский национальный медицинский университет  
кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц., к.м.н. Рыхлик С.В.**

**Актуальность.** На сегодняшний день во всем мире наблюдается возрастание заболеваний щитовидной железы. Это требует более детального изучения особенностей ее микроскопического строения в норме для наилучшего понимания патологических процессов.

**Анализ литературы.** Основная функция щитовидной железы — управлять скоростью метаболизма (обменом веществ). Гормоны, вырабатываемые щитовидной железой, влияют на умственные способности, сон и аппетит, физическую активность, массу тела, прочность костей скелета, работу сердца, женскую репродуктивную систему. С возрастом эти показатели жизнедеятельности организма изменяются: наблюдается гипотония, заболевания опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы.

**Цель исследования.** Изучить индивидуальные особенности строения фолликулов щитовидной железы человека в норме, в зависимости от возраста и пола.

**Предмет исследования.** Средний диаметр фолликулов, средняя площадь фолликулов, средняя высота фолликулярного эпителия, визуальная оценка состояния коллоида.

**Материалы и методы.** Работа производилась на материале, взятом из архива кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии ХНМУ. Были изучены микропрепараты, полученные из щитовидных желез, взятых от 20 трупов человека, которые при жизни проживали в Харькове и Харьковской области и смерть которых не была связана с эндокринной патологией. Весь материал был разделен по возрасту и полу на следующие группы: группу А составили 12 макропрепаратов, полученных от лиц женского пола с распределением по возрасту от 57 до 85 лет, в группу Б вошли 8 макропрепаратов, полученных от лиц мужского пола, с возрастной градацией от 49 до 70 лет.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что у женщин ярко выражена зависимость увеличения диаметра фолликулов с возрастом. У женщин в пожилом возрасте, средний диаметр фолликула верхнего полюса правой доли в среднем составил 131.7 мкм, а левой доли — 138.6 мкм. У женщин старческого возраста — 140.3 мкм и 143.4 мкм соответственно. В возрасте от 70 до 85 лет среднее число фолликулов установить сложно, т.к. в этом периоде отмечена значительная вариабельность размеров фолликулов.

В своих исследованиях мы встречали фолликулы гигантские, неправильной формы (до 412 мкм), переполненные коллоидом, рассеянные в железе без выявленной закономерности. В пожилом и старческом возрасте преобладают фолликулы мелких размеров (102 мкм). Постепенное увеличение диаметра фолликулов свидетельствует о нарастающей возрастной гипофункции органа, так как в увеличенных фолликулах наблюдается застой коллоидных масс, снижение высоты и уплощение тиреоидного эпителия. У мужчин же с возрастом наблюдается тенденция к снижению диаметра фолликулов. В пожилом возрасте средний диаметр фолликула верхнего полюса правой доли составляет 147.6 мкм, а верхнего полюса левой доли — 148.8 мкм. В старческом возрасте эти показатели составляют 141.2 мкм и 139.2 мкм. соответственно. С возрастом отмечается утолщение соединительнотканых прослоек и повышение числа межфолликулярных клеток, что возможно связано с дегенерацией фолликулов. На некоторых препаратах наблюдались очаги склерозирования.

Выводы. В ходе нашего исследования было установлено, что в щитовидной железе с возрастом независимо от пола происходят выраженные дегенеративные изменения, что очень вероятно является одной из предпосылок нарушения функционирования этого органа при общем старении организма.

**Еськова О.С.**

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра физической реабилитации и спортивной медицины,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доцент, к.мед.н. - Латогуз С.И.**

Введение. Продолжает оставаться проблемной ситуация в школах, вызванная необходимостью длительного нахождения детей в условиях статического мышечного перенапряжения. Частой мишенью этого фактора является позвоночный столб. Это касается, прежде всего слабых в физическом смысле подростках. Истощив энергетический ресурс мышечного каркаса грудной клетки ребенок деформирует позвоночный столб пытаясь придать своему телу функционально удобное положение.

Цель исследования: функциональный анализ достаточности групповых общепринятых методик коррекции по сравнению с разнообразными но индивидуальными методами.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 69 школьников в возрасте от 9 до 14 лет, у всех диагностировался сколиоз преимущественно грудного типа. В большинстве случаев превалировал правосторонний вариант сколиоза. Школьники распределены на 2 группы: экспериментальная и контрольная. Экспериментальная группа осуществляла расширенный, но индивидуальный цикл программ комплексной коррекция в которую входили: ЛФК, массаж, йоготерапия, плавание, лечебные ванны, электростимуляция

ослабленных мышц спины, ультразвуковая терапия. Школьники контрольной группы получали стандартный набор лечебной гимнастики и массажа. Обследуемые обеих групп 3 раза в неделю осуществляли специальные подвижные игры.

Результаты исследования и их обсуждение. Наилучший результат выявлен у школьников экспериментальной группы, особенно у мальчиков. Улучшалась осанка показателей общей физической работоспособности (по тесту РWC-170), увеличивалась статическая выносливость мышц спины и туловища, а также статодинамическая функция позвоночника.

Выводы: 1. Школьный сколиоз требует строгой индивидуальной коррекции. 2. Положительный результат прямо пропорционален возрасту, полу, стадии сколиоза и своевременности проводимых мероприятий.

**Зупанець К.О.\*, Ратушна К.Л.**  
**ЗАСТОСУВАННЯ РИЗИК-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ НА МІСЦІ**  
**ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ**

\*Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації НФаУ,  
кафедра клінічної фармакології,  
Національний фармацевтичний університет,  
кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації,  
м. Харків, Україна

**Науковий керівник: д. фарм.н., проф. Добрава В. Є.**

У зв'язку із процесом інтеграції України у міжнародну систему вимог та стандартів якості, збільшення кількості та ускладнення клінічних випробувань (КВ), організація та проведення клінічного дослідження потребує удосконалення, систематизації та впровадження відповідних методів ефективного менеджменту, одним з яких є управління ризиками для якості. На сьогодні актуальним завданням є впровадження ризик-орієнтованого підходу до управління якістю КВ на місці проведення дослідження (МПД), де здійснюються його найвідповідальніші процеси. Згідно до концепції quality-by-design, при плануванні КВ необхідно визначити чіткі цілі з якості, провести оцінку ризиків, які можуть стати на заваді їх досягнення, та розглянути шляхи для їх попередження та мінімізації. Цілі з якості КВ на МПД можна розглядати, як мінімум, у трьох аспектах, які не суперечать один одному: достовірність отриманих даних, здоров'я суб'єктів, залучених до проведення дослідження, та відповідність дослідницького проекту вимогам замовника. Тому перший етап процесу управління ризиками для якості, який полягає в аналізуванні інформації про систему управління КВ та проект дослідження, дозволяє окреслити загальну структуру ризиків та виділити їх основні типи: ризики для якості даних, ризики для здоров'я, благополуччя та прав пацієнтів / здорових добровольців та ризики дослідника, пов'язані з плануванням та проведенням КВ на місці проведення дослідження та виконанням вимог Спонсора / контрактно-дослідницької організації. Негативний вплив на якість даних КВ на МПД можуть чинити ризики, пов'язані з процесами управління даними, серед яких ризик неправильної оцінки ефективності / безпеки ЛЗ; ризики проблем з рандомізацією та застосування сліпого методу дослідження; ризик порушення процедури отримання інформованої згоди та ризик порушення процедури включення суб'єктів до випробування. Ці ризики можуть призвести до отримання помилкових даних або їх втрати, систематичних помилок та зниження достовірності результатів КВ, може стати причиною подовження термінів дослідження, додаткових витрат коштів і ресурсів. Виникнення загрози чи

спричинення шкоди здоров'ю пацієнтів / добровольців КВ, порушення їх прав внаслідок невідповідності процедур КВ міжнародним етичним вимогам може призвести до передчасної зупинки випробування та інших тяжких наслідків. Тому дуже важливо на початку КВ детально проаналізувати усі аспекти дослідження з точки зору існування потенційної небезпеки для залучених суб'єктів та розробити на МПД план заходів із запобігання їх виникненню. Поза увагою часто залишаються ризики дослідника, які можуть мати критичне значення для належного проведення КВ та призвести до провалу його старту на МПД, призупиненню або передчасній зупинці. Серед найбільш важливих слід відзначити проблеми з набором суб'єктів випробування, порушення роботи з біологічними зразками, ризики для забезпечення МПД медичним інвентарем, інструментарієм та обладнанням, вибування пацієнтів / добровольців з випробування тощо. Визначення структури ризиків на МПД важливо для подальшого проведення їх оцінки та визначення пріоритетних напрямків застосування дій, що попереджують їх негативний вплив на якість КВ. Саме це дозволяє реалізувати зміст ризик-орієнтованого управління якістю, який полягає в мінімізації ймовірності та ступеню негативного впливу помилок, порушень протоколу, невідповідностей Належній клінічній практиці та інших подій та явищ на якість КВ, забезпечуючи ефективне використання наявних ресурсів.

**Калюжка В.Ю.**

## **ЭКСУМАЦИИ ТРУПОВ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра судебной медицины, медицинского правоповедения**

**Научный руководитель - проф. Ольховский В.А.**

Эксгумация (лат. ex – из, humus – земля) - это извлечение трупа из места его захоронения. В судебно-медицинской практике эксгумация назначается: 1) в случаях проведения судебно-медицинского исследования трупа, не проведенного ранее; 2) при повторном исследовании трупа, если у правоохранительных органах возник вопрос о неполноте его исследования; 3) в связи с необходимостью идентификации личности захороненного; 4) в связи с необходимостью транспортировки трупа к другому месту захоронения.

Целью работы стало изучение правил и случаев эксгумации трупов по архивным материалам Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы (ХОБСМЭ) за период с 2009 по 2014 годы.

Результаты: Эксгумация назначается постановлением правоохранительных органов или определением суда. Эта процедура проводится следователем с участием судебно-медицинского эксперта в присутствии понятых и родственников или знакомых покойного, которые могут подтвердить личность покойного. Эксгумация проводится в определенной последовательности: 1) установление места захоронения; 2) вскрытие могилы и извлечение погребенного; 3) опознание родными или знакомыми останков покойного с указанием в протоколе эксгумации по каким признакам произведено опознание. В последние годы были разработаны специальные методики определения антигенной структуры в гнилостно измененных органах и тканях, которые можно проводить через несколько месяцев, а в волосах – через несколько лет после смерти. Такие методы используются при необходимости установления групповой принадлежности тканей при исследовании эксгумированного трупа. Заключительный этап эксгумации трупа – укладывание трупа в гроб (тот же или новый) и повторное захоронение.

С 2009 по 2014 годы врачами судебно-медицинскими экспертами ХОБСМЭ было подвергнуто исследованию 20 эксгумированных трупов, что составляет 0,04 % по отношению ко всем исследованиям трупов в ХОБСМЭ за этот период. В целом по архивным материалам ХОБСМЭ количество эксгумаций колеблется от 2 до 6 случаев в год. В 12 случаях умершие были мужского пола, в 8 - женского. В 14 случаях эксгумация была проведена в первые месяцы после захоронения; в 5 случаях - свыше одного года; в 1 случае - свыше двух лет. При этом судебно-медицинские экспертизы трупов проводились из-за повторных возбуждений уголовного дела или после первоначально неполноценных исследований. Анализ архивного экспертного материала ХОБСМЭ показал, что в большинстве исследуемых случаев, судебно-медицинские эксперты смогли обоснованно ответить на вопрос о причине смерти, ее виде и на другие вопросы следственных органов. Особенно это касается исследования травматических случаев, случаев заболевания гипертонической болезнью, атеросклерозом и др. В одном случае удалось обнаружить следы электрической метки и по данным исследований было дано заключение о имевшей место электротравме.

Выводы: Основная и наиболее частая цель – это установление причины смерти, ее насильственного или ненасильственного характера, механизма, давности смерти и других судебно-медицинских вопросов.

Практика судебно-медицинской экспертизы показывает, что часто в результате вскрытия эксгумированного трупа (несмотря на далеко зашедшие процессы разложения) следственные и судебные органы получают важные сведения, а порой и доказательства по делу. Следовательно, несмотря на сложность проведения и получения разрешения на извлечение трупа из земли, данная процедура оправдана и находит активное применение и пользу в нашей стране.

**Кашатин Ж.А., Хамдамова К.Б.**  
**ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА**  
**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ГЛИКОКАЛИКСА ЭРИТРОЦИТОВ К**  
**НИЗКОИНТЕНСИВНОМУ ЛАЗЕРНОМУ ИЗЛУЧЕНИЮ**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра патологической физиологии им. Д. Е. Альперна**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц. Ещенко В.Е.**

В настоящее время многочисленными работами показано, что электромагнитное излучение с длинами волн близкими к формату мобильной связи, изменяет чувствительность гликокаликса эритроцитов. В связи с этим представляем интерес изучения воздействия электромагнитного излучения.

Цель исследования: изменение чувствительности к низкоинтенсивному лазерному излучению гликокаликса эритроцитов, предварительно подвергнутых воздействию электромагнитного излучения, близкого по характеристикам к стандарту мобильной связи GSM 900.

Материалы и методы: Опыты поставлены с эритроцитами лягушек. Кровь наливали на часовое стекло и ставили под источник электромагнитного излучения на расстоянии 5см. Плотность потока мощности излучения составляла 5 мВт/см<sup>2</sup>, экспозиция - 20, 40, 60, 80, и 100 мин.

По прошествии промежутков времени кровь отбирали для изучения поглотительной способности гликокаликса до и после воздействия красным лазерным излучением. Все пробы инкубировали с красителем альциановым синим в течении 30

мин, после чего центрифугированием отделяли клетки и в надосадочной жидкости определяли содержание красителя.

Результаты: Установлено, что на всем протяжении действие электромагнитного излучения способность гликокаликса связывать альциановый синий колеблется незначительно. Однако эритроциты после действия электромагнитного излучения становятся чувствительными к последующему лазерному облучению. Через 40 мин. их способность связывать альциановый синий снижается, а через 100 мин. эта способность теряется почти полностью.

Выводы: Электромагнитное излучение с длинами волн близкими к формату мобильной связи, изменяет чувствительность гликокаликса эритроцитов лягушек к действию лазерного излучения, что обнаруживается в снижении способности гликокаликса связывать альциановый синий по мере удлинения сроков экспозиции крови под электромагнитным излучением.

**Козинская А.С.**

**РАЗРАБОТКА ПОДСИСТЕМ ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ  
Харковский Национальный медицинский университет,  
кафедра медицинской и биологической физики и медицинской  
информатики, Харьков, Украина  
Научный руководитель – доцент Човпан А.А.**

Цель работы заключается в упрощении работы врача с пациентом и его данными путем использования современных технологий, которые стремительно развиваются и внедряются во всех сферах государственной деятельности.

В условиях повсеместного внедрения цифровых технологий, важно использовать все имеющиеся возможности для повышения эффективности работы медицинских учреждений. Использование цифровых баз данных в значительной степени упрощает обработку необходимой регистрационной информации.

В процессе выполнения работы, при помощи Microsoft Access была разработана ключевая база основных данных для быстрого и удобного учета информации о пациентах, их болезнях, симптоматике и посещениях лечебных заведений, а также о посещении ими конкретных врачей. Это реализовано путем создания соответствующих форм (врачей, пациентов, посещений и т.д.), связанных по ключевым полям и организованным в удобную для редактирования базу данных. Посредством созданного в Delphi интерфейса можно легко осуществить поиск и учет любой информации, находящейся в этой базе, что может значительно облегчить сложный процесс регистрации и стандартизации вышеописанных данных. Благодаря связанной структуре, поиск можно осуществить по любому полю, будь то врач или пациент, его заболевания или что-то еще. В перспективе, основываясь на ключевой информации, базу данных можно расширить любыми необходимыми ведомостями, а повсеместное внедрение подобной практики может обеспечить быстрый доступ к ней в любое время, независимо от привычного ненадежного бумажного реестра, который, к тому же, в значительной степени уступает по защищенности конфиденциальных данных пациентов.

**Колодєзна Т.Ю.**  
**ВИЯВЛЕННЯ ПЕРЕШКОД НА ШЛЯХУ ЕФЕКТИВНОГО**  
**ФУНКЦІОНУВАННЯ КОМІСІЙ З ПИТАНЬ ЕТИКИ В УКРАЇНІ**  
**Національний фармацевтичний університет,**  
**кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації,**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: д. фарм. н., проф. Доброва В.Є.**

Початок будь-якого клінічного випробування (КВ) неможливий без отримання позитивного висновку комісії з питань етики при лікувально-профілактичному закладі (ЛПЗ). Проведений нами аналіз джерел літератури показав, що в світі велика увага приділяється питанням оцінки та підвищення якості й ефективності роботи комісій з питань етики. Найпоширенішим методом контролю їх роботи є використання інструментів для самооцінки комісій. Іншим ефективним заходом моніторингу якості захисту досліджуваних є інспекції, що проводяться FDA (США) та ЕМА (ЄС).

На сьогодні в Україні функціонує близько 500 комісій з питань етики, що розглядають різні дослідницькі проекти, в тому числі КВ нових лікарських засобів та медичних технологій. Нажаль, результати усіх етичних розглядів не є публічними даними. Також відсутні будь-які дослідження щодо ефективності роботи таких комісій. Брак нагляду за роботою комісій та частковість методичних рекомендацій із забезпечення їх належної роботи можуть стати серйозною перешкодою на шляху ефективного захисту учасників КВ. Тому дуже важливим завданням постає виявлення перешкод для ефективного функціонування комісій в Україні, забезпечення їх необхідними інструментами та методичними рекомендаціями, котрі б допомогли підвищити рівень якості та ефективності етичних розглядів, а також захищеності учасників КВ.

На сьогодні робота комісій з питань етики при ЛПЗ в Україні недостатньо вивчена. Існує необхідність розробки інструментів для оцінки якості та ефективності їх роботи. Дуже важливим є вивчення взаємодії між ключовими учасниками цієї галузі. Публічність результатів етичного розгляду має бути одним з факторів контролю ефективності роботи комісій з питань етики.

**Колюбаєва Е.Ю.**  
**ИССЛЕДОВАНИЕ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У СТУДЕНТОВ**  
**С ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ СУТОЧНЫХ РИТМОВ**  
**ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра физиологии,**  
**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Сокол Е.Н.**

В условиях постоянно ускоряющегося жизненного темпа информационные и эмоциональные нагрузки, которые испытывает организм людей, занятых в сфере интеллектуальной деятельности, обуславливают дополнительный фактор стресса – фактор недостатка времени. Индивидуальный отсчет времени субъективен, несмотря на его связь с ритмичностью работы ЦНС, которая оптимизирует активность функциональных систем организма в соответствии с суточными и сезонными изменениями окружающей среды. По данным литературы в процессе адаптации к информационным нагрузкам важную роль играет индивидуальная организация



суточных ритмов организма – хронотип человека, а также психофизиологическая характеристика личности – способность к адекватному внутреннему отсчету интервалов времени. Преобладание процесса возбуждения в ЦНС приводит к субъективному удлинению времени, а преобладание торможения – к его укорочению. Следует учесть известный факт, что эффективность адаптационных реакций зависит от адекватности восприятия событий, происходящих во внешнем пространстве и во времени. Люди с разной продолжительностью индивидуальной минуты разнятся не только в реакции вегетативных показателей на физическую и интеллектуальную нагрузки, но и уровнем работоспособности. Вместе с тем, изучению влияния фактора времени и хронотипа человека в обеспечении эффективности умственной работоспособности студентов в процессе их адаптации к информационным и эмоциональным нагрузкам в современной научной литературе уделяется недостаточное внимание. На основании вышеизложенного целью настоящей работы было оценить эффективность умственной работоспособности студентов с различными хронотипами и индивидуальными показателями внутреннего отсчета временных интервалов. В результате проведенного исследования студенты разделились на три группы хронотипа, который определяли с помощью тест-опросника О.Остберга в модификации С.И.Степановой: 1) 21,1% студентов составили утренний тип, или «жаворонки» – наиболее благоприятным период работы – утренние часы; 2) 20,0% студентов составили вечерний тип, или «совы» – наиболее благоприятный период работы – вечерние часы; 3) 58,9% студентов составили индифферентный тип – аритмики, или «голуби» – поддержание достаточно высокого уровня активности в течение всего рабочего дня. 68 студентов-медиков добровольно согласились принять участие в эксперименте. В экспериментальных группах измеряли продолжительность индивидуальной минуты, оценивали точность отмеривания заданных интервалов времени до и после проведения интеллектуальной нагрузки по методу Крепелина. Исследование показателей внутреннего отсчета временных интервалов после интеллектуальной нагрузки нивелирует психо-эмоциональный соревновательный фактор и корректирует достоверность этого показателя. Наибольший процент сбалансированного временного фактора (течение внутреннего времени совпадало с ходом физического времени, ошибка не превышала  $\pm 1\%$ ) наблюдалась в группе аритмиков – 92,3%, где также отмечалась наиболее эффективная умственная работоспособность с наименьшим психо-эмоциональным напряжением. У «сов» имело место ускорение (переоценка) временного фактора. Максимум работоспособности они проявили во второй половине дня, однако количество ошибок оставалось достоверно в 2,5 раза больше, чем у «голубей». У «жаворонков» процент замедления (недооценка) фактора времени проявилась практически у всех студентов. Максимум работоспособности наблюдался с 9<sup>00</sup> до 11<sup>00</sup> часов. Умственная работоспособность в эти часы была наиболее эффективна, но психо-эмоциональное напряжение оставалось на достаточно высоком уровне.

**Комаров Д.А.**  
**ГРУППЫ КРОВИ СИСТЕМ АВО И РЕЗУС-ФАКТОР В**  
**ВОСТОЧНОУКРАИНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра медицинской биологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ассистент, канд. биол. наук. О.В. Дунаева**

В настоящее время различают более 30 систем групп крови. В клинической практике чаще используют эритроцитарные антигены систем АВО и резус-фактор. Литературные данные свидетельствуют о географической неравномерности распределения антигенов эритроцитов систем АВО и Rh.

Цель работы — исследование распределения фенотипов, частот аллелей и генотипов в популяции г. Харькова.

Выборку составила 180 человек в возрасте 14–19 лет: 50 студентов I курса стоматологического факультета ХНМУ, 80 студентов факультета физического воспитания ХНПУ имени Г.С. Сковороды, 50 учащихся 9–11-х классов Харьковской гимназии № 46 имени М.В. Ломоносова. Соотношение полов составило 54,44% : 45,56% соответственно мужского и женского. Проводили анонимное анкетирование. Данные обрабатывались при помощи пакетов Microsoft Office Excel.

Фенотипическое распределение респондентов по системе АВО было следующим: 0 группа — 47 человек, А — 98, В — 16, АВ — 19. Таким образом, в выборке наиболее распространенной является вторая группа крови, что подтверждается литературными данными.

Положительный резус-фактор был у 136 опрошенных, а отрицательный — у 44. Используя математическую модель закона Харди-Вайнберга, рассчитали частоты аллелей и генотипов системы Rh.. Частота рецессивного аллеля (отрицательный резус-фактор) составила 0,48, а доминантного (положительный резус-фактор) — 0,52. Частота доминантных гомозигот составила 27%, гетерозигот — 50 %, рецессивных гомозигот — 23%.

**Коновал Н.С.**  
**ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ НА ПІЗНІХ СТРОКАХ**  
**ПІСЛЯСМЕРТНОГО ПЕРІОДУ**

**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра судової медицини, медичного правознавства**  
**Науковий керівник – проф. Ольховський В.О.**

Проблема судово-медичного визначення давності настання смерті (ДНС) не втрачає своєї актуальності як в практичному так і науково-теоретичному відношенні і на сьогоднішній день. Відповідь експерта на питання судово-слідчих органів щодо визначення ДНС має важливе, а інколи й вирішальне значення при проведенні слідчих дій та розкриття злочину. Слід відзначити те, що переважна більшість існуючих досліджень присвячена визначенню ДНС саме у ранньому періоді після настання смерті, в той час як проблема визначення ДНС на пізніх строках постмортального періоду вивчена недостатньо.

Проаналізувавши наукову літературу, ми не знайшли робіт, присвячених морфологічному вивченню змін хрящової тканини саме в аспекті визначення ДНС. Структурні особливості, анатомічне розміщення хрящів, разом з їх механічними,

фізичними та хімічними властивостями мають уповільнювати процеси аутолізу, тому хрящова тканина може стати вдалим критерієм визначення ДНС у пізньому постмортальному періоді. Тому нами пропонується та обґрунтовується концептуально новий науковий підхід до судово-медичного визначення ДНС по збереженню колагену в хрящовій тканині, у віддалені терміни постмортального періоду. Зокрема планується: дослідження на практичному експертному матеріалі особливостей збереження колагену в хрящовій тканині у різні терміни постмортального періоду, при зберіганні зразків в різних температурних умовах; дослідження можливостей впливу віку та статі на збереження колагену в хрящовій тканині; дослідження можливостей впливу категорії смерті (насильницька та ненасильницька), а також наявності в крові етилового спирту на збереження колагену в хрящовій тканині; створення практичного алгоритму дій судово-медичного експерта при визначенні ДНС по збереженню колагену в хрящовій тканині.

Основне дослідження планується провести на фрагментах реберних хрящів, вилучених із трупів людей під час їх судово-медичної експертизи на базі Харківського обласного бюро судово-медичної експертизи. Час з моменту настання смерті при цьому не має перевищувати 1 добу. Після кожного розтину, відібраний для дослідження матеріал буде зберігатися деякий час в умовах температури вище 0 °С, оскільки при заморожуванні лізис колагену не відбувається. Для цього весь матеріал буде розподілено на 3 групи, згідно умов зберігання у термостаті при температурах +5 °С, +15 °С, +25 °С. В подальшому планується вирізати по 1 шматочку міжреберного хряща з кожної групи на 3, 7, 14, 21, 28, 35, 42 добу, фіксуючи їх у 10% розчині нейтрального формаліну. Зневоднення препаратів буде проводитись в батареї спиртів висхідної концентрації, з подальшим заливанням в парафін при температурі +56 °С і приготуванням на мікротомі серійних зрізів завтовшки 5-7мкм. Після депарафінізації буде використана методика забарвлення гематоксилін-еозином та пікрофуксином за Ван-Гізеном за загальноприйнятими протоколами. Імуногістохімічне дослідження плануємо провести на парафінових зрізах завтовшки 5-6мкм непрямим методом Кунса, за методикою Brosnan (1979). Для проведення даної реакції мають бути використані моноклональні антитіла до колагену II-го типу людини, з люмінесцентною візуалізацією ФІТЦ. Інтенсивність флюоресценції колагену буде визначатися на мікропрепаратах за методом Г.І. Губіної-Вакулик та співавторів (Спосіб кількісного визначення вмісту антигену в біологічних тканинах. Патент на корисну модель №46489 G01N 33/00, 25.12.2009. Бюл. №4) за допомогою мікроскопа «Axioskop 40» (Carl Zeiss, Німеччина) і програмного забезпечення Biostat.exe.)

**Косолапова М.В.**

## **СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА ХНМУ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра медицинской биологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ст. преподаватель Ю.А. Садовниченко**

Головная боль (ГБ) является одним из наиболее распространенных неспецифических симптомов болезненных состояний человека различной этиологии. Различают до 200 форм ГБ, наибольшую опасность из которых представляет хроническая ГБ, продолжающаяся у больного более 15-ти дней в месяц и длящаяся не

менее трех месяцев. Родственники больных ГБ могут иметь сходные симптомы заболевания, однако характер наследования данного заболевания не до конца выяснен. В связи с этим целью данного исследования было выявление распространенности и причин ГБ у студентов 1-го курса ХНМУ и наследственной предрасположенности к ГБ.

В анонимном опросе «Социально-демографические показатели и характеристика ГБ» принял участие 101 человек в возрасте 17–18 лет. Соотношение респондентов мужского и женского пола составило 36 : 65.

У большинства (70%) опрошенных ГБ наблюдается не чаще одного раза в месяц, еще реже — у четверти, а хроническая ГБ — у 5 % респондентов. Длительность приступов у 2/3 студентов составляет около 1 ч, и только у 3 % длится в течение нескольких дней. Таким образом, ГБ у подавляющего большинства студентов не является хронической. Основными причинами ГБ у опрошенных были стресс, нарушение режима питания, переутомление. У большинства респондентов ГБ купировалась анальгетиками-антипиретиками, периферическими вазодилататорами, нестероидными противовоспалительными и антигистаминными препаратами. Анализ родословных респондентов с хронической ГБ выявили ее семейный характер.

Обсуждается взаимосвязь ГБ с адаптацией студентов к обучению в вузе.

**Коцур В.Е.**

## **ХРОНОТИП КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА УСПЕВАЕМОСТЬ И АДАПТАЦИЮ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**кафедра медицинской биологии,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доцент, канд. мед. наук Л.Г. Диголь**

Начало обучения в вузе требует от первокурсника включения его в новые виды деятельности и новый круг общения. Безусловно, успешное обучение в высшей школе требует много внимания, сил и терпения, принося при этом иногда множество переживаний и стрессов. На эффективность приспособления студента к меняющимся условиям влияет индивидуальный характер биологических ритмов, который и определяет подъемы его интеллектуальной и физической активности. Условно выделяют 3 основных хронотипа, которые согласно статистике распределяются следующим образом: утренний («жаворонки») — 25% населения Земли, вечерний («совы») — 40%, индифферентный («голуби») — 35%.

Цель исследования — выявить взаимосвязь хронобиологических типов студентов 1 курса с показателями успеваемости и темпераментом.

Определение хронотипа у 65 студентов первого курса было проведено путем анкетирования по методике Хорна-Остберга. При анализе полученных результатов нами рассматривались два противоположных хронотипа — «жаворонки» и «совы».

Для оценки адаптационного потенциала использовался показатель индивидуальной минуты (ИМ), отражающий состояние эмоционального напряжения организма испытуемых. Субъективная оценка ИМ от 57 с до 63 с соответствовало адекватному восприятию временных интервалов, более 63 с — замедленному, менее 57 с — ускоренному.

Результаты исследования показали, что количество «сов» среди студентов первого курса вдвое больше, чем «жаворонков» (63,08% и 33,85% соответственно). В группе «жаворонков» число студентов с высокой успеваемостью было в три раза

більше (72,73% против 22,73%), в то время как среди «сов» количество студентов с высокой и низкой успеваемостью составляло 56,1% и 43,9%. Этот факт можно объяснить тем, что период активности «жаворонков» совпадает с учебными занятиями в университете, в то время как у «сов» период максимальной активности приходится на внеучебное время.

По темпераменту распределение оказалось следующим: среди студентов утреннего хронотипа преобладали флегматики, среди студентов вечернего хронотипа — сангвиники. Интересно, что количество девушек-сангвиников вечернего хронотипа с низкой успеваемостью было в 3 раза больше таковых с высокой успеваемостью.

Оценка показателя ИМ свидетельствует о том, что оба хронотипа могут объективно и точно оценивать течение времени, но «жаворонки» все же более успешно ориентируются в нем. Важно отметить, что среди «сов» 36,67 % опрошенных назвали интервал равный меньше 57 секунд, в то время как среди «жаворонков» таких было только 3,33%.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что студенты вечернего хронотипа имеют более низкую успеваемость, в этой группе наиболее уязвимыми являются девушки-сангвиники. Укорочение восприятия времени у студентов вечернего хронотипа свидетельствует о снижении гомеостатических механизмов адаптации.

**Кочнєва О.В., Петренко Л.О.**

## **ВИВЧЕННЯ ШЛЯХІВ ПОДОЛАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

**Харківський національний медичний університет**

**Кафедра мікробіології, вірусології та імунології**

**м. Харків, Україна**

На сьогоднішній день гострою проблемою сучасної медицини є розповсюдження патогенних штамів стійких до хіміотерапевтичних препаратів (ХТП), що ускладнює застосування антимікробної терапії у боротьбі проти збудників інфекційних захворювань.

На шляху прогресу антибіотикотерапії існує кілька великих перешкод, одна пов'язана з генетичною та набутою резистентністю мікроорганізмів, інша – із здатністю бактерій до формування біоплівки.

За даними дослідників виникненню резистентності мікроорганізмів до ХТП сприяють декілька факторів: синтез позаклітинних ферментів, які інактивують антибіотики; експресія генів резистентності; утворення в біоплівках антибіотикорезистентних мікроорганізмів, а також уповільнення метаболізму і, відповідно, зменшення швидкості росту мікроорганізмів в умовах лімітування поживних речовин у біоплівках, через що антибактеріальний препарат дифундує з біоплівки швидше, ніж встигне на них подіяти.

Концентрації ХТП, які мають ефективність відносно планктонних клітин, можуть бути в сотні разів вищими для мікроорганізмів у формі біоплівки. Виявляється, що загальноприйняті методи лікування не впливають на прикріплені форми, які здатні виживати і розмножуватися в біоплівках, після закінчення терапії. Крім того, патогени, що існують в біоплівках, взаємодіють з імунною системою господаря. Антигени бактерій, які утворюють біоплівки стимулюють синтез антитіл, але в той же час формується стійкість до факторів імунного захисту господаря. В

результаті цього реакції, що відбуваються в процесі імунної відповіді можуть пошкоджувати навколишні тканини в осередку запалення.

Частина мікробних клітин, які знаходяться в матриксі біоплівки, залишаються недоступними для фагоцитів, вони виживають після припинення антибактеріальної терапії та можуть знову розмножуватись і викликати рецидив захворювання. Можна припустити, що застосування антибіотиків знищує більшу частину популяції, залишаючи невелику кількість персистентів. Якщо концентрація антибіотиків тимчасово знижується чи терапія припиняється, а симптоми захворювання зникають через елімінацію загиблих клітин, персистенти знову починають зростати, утворюючи біоплівки, від яких згодом знову почнуть відділятися планктонні клітини. Цей динамічний механізм пояснює рецидиви інфекцій пов'язаних з формуванням біоплівок, потребу тривалого лікування хіміотерапевтичними препаратами та застосування комбінованої терапії.

Проаналізувавши вищенаведені дані можна сказати, що стійкість мікроорганізмів у формі біоплівок до хіміотерапевтичних препаратів, на відміну від планктонних клітин, не обов'язково пов'язана з високим рівнем генетично опосередкованої резистентності. Після закінчення антибіотикотерапії залишаються декілька персистентів, які виживають значно краще за своїх планктонних клонів, завдяки здатності протистояти реакціям імунної відповіді макроорганізму.

Отже, актуальними залишаються питання щодо подолання резистентності мікроорганізмів до антимікробних препаратів шляхом вивчення механізмів її формування та створення нових хіміотерапевтичних засобів, які мають ефективність не тільки відносно планктонних форм, а й діють на збудників у формі біоплівок.

**Кравець Л.Д.**

## **РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ У ХАРКІВСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра медичної біології, м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: ст. викладач Ю.О. Садовниченко**

Синдром циклічної блювоти (CVS, ацетономічний синдром, нервово-артритичний діатез, R11 МКБ) — особливий стан дитячого організму, який є аномалією конституції тіла або порушенням адаптації, що супроводжується неадекватною реакцією на звичайний вплив. При CVS спостерігається порушення обміну речовин, здебільшого сечової кислоти та пуринових основ. Основною причиною CVS є генетично детермінована зміна активності ксантинооксидази та інших ферментів. Симптомами CVS є підвищена збудливість ЦНС, а також інші синдроми: невротатичні, шкірні, спастичні, обмінні. Через велику нервову напруженість, розгорнута клінічна картина формується лише у шкільному віці. В Україні CVS спостерігається у 4–6% дітей. Метою нашої роботи було вивчити розповсюдження захворювання серед населення м. Харкова.

За допомогою анкети «CVS» анонімно опитали 100 респондентів у різних вікових групах. У групі ризику — 4 особи (4%): трьом з них раніше вже було поставлено діагноз CVS, а одному респондентові було рекомендовано звернутися до спеціаліста. Більш схильними до цього виду порушення обміну речовин виявилися особи жіночої статі. У всіх опитаних осіб прояв симптомів завершився у віці пубертатного періоду. Індекс маси тіла людей з таким порушенням обміну речовин не перевищував норму. Усі опитувані мали близьких родичів. У кожного з респондентів

CVS супроводжувався різноманітними хронічними захворюваннями. Таким чином, розповсюдженість CVS у м. Харкові не відрізняється від загальноукраїнської.

**Крашановский П.В., Ткемаладзе Д.Ю.**  
**ЭТНИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СЕРДЦА**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра медицинской биологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ассистент, канд. биол. наук О.В. Павиченко**

Заболевания сердечно-сосудистой системы лидируют среди причин смертности населения разных стран мира. Этиология развития патологий сердца и сосудов может быть самая разнообразная, причем генетическая предрасположенность и неправильный образ жизни играют особую роль в нарушении нормального функционирования сердца. Большинство заболеваний сердечно-сосудистой системы, как правило, проявляется в пожилом возрасте, однако, сегодня эти заболевания значительно помолодели. Например, стойкое повышение артериального давления, нарушение ритма сердца в последние годы все чаще встречаются у детей и подростков. В группе риска — молодые люди, родственники которых страдали от инсультов, инфарктов, ожирения, сахарного диабета. Изменение частоты сердечных сокращений обеспечивает адаптацию системы кровообращения к потребностям организма и условиям внешней среды. Для получения данных о реактивных свойствах сердечно-сосудистой системы и, в первую очередь, свойств сердца по увеличению частоты сокращения, часто используют нагрузочную пробу Руфье.

Целью данной работы стало исследование состояния работы сердца в группах людей разных возрастов и этносов, выявление зависимости от их наследственной предрасположенности и образа жизни.

Для оценки состояния сердца был использован индекс Руфье (ИР), который рассчитывается по показаниям частоты сердечных сокращений (ЧСС) до и после физической нагрузки. Респонденты были разделены на несколько групп: 1) украинцы в возрасте 17–19 лет; 2) украинцы в возрасте 20–25 лет; 3) украинцы в возрасте 40–55 лет; 4) индусы в возрасте 17–19 лет.

В результате проведенных исследований было установлено, что ИР у мужчин и женщин всех исследованных групп достоверно не отличался. При этом у 20,8% испытуемых первой и второй групп ИР (10–14) свидетельствовал о наличии сердечной недостаточности средней степени, а у 12,5% ИР достигал значения выше 14, что говорит о развитии сердечной недостаточности сильной степени. Увеличение ИР наблюдали у молодых людей курящих (более двух лет) с отсутствием спортивной нагрузки (>10). Студенты, которые постоянно занимаются спортом и курят, имели более низкие показатели ИР по сравнению с курящими, но не занимающимися спортом (<10). ИР был существенно выше у старшей возрастной группы (>11), что подтверждает снижение работоспособности сердца с возрастом. Также ИР был повышен у людей, родители которых имели гипертонию и сахарный диабет (ИР>10), что свидетельствует о наследственной предрасположенности к заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Установлено различие состояния сердечно-сосудистой системы у представителей украинской и индийской популяций: группы 1 и 4. Несмотря на то, что процент курящих украинцев оказался значительно выше, чем индусов, ИР был выше у последних. Так, у 33,3% индусов ИР оказался выше 14, у 41,7% он был 10–14, и лишь у 25% испытуемых был ниже 10.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что адаптация системы кровообращения напрямую зависит от этнической составляющей, наследственной предрасположенности, а также образа жизни, который ведет человек.

**Кукушкина М.Ю.**

**ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ЭЛАСТИЧНОСТЬ СОСУДОВ КРЫС-ПОТОМКОВ «КУРЯЩИХ» РОДИТЕЛЕЙ**  
**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра биохимии, г.Харьков, Украина**

За последние 10 лет в Украине резко возросло число молодых людей, болеющих вегетососудистой дистонией. Высказывается мнение, что одним из важных этиологических факторов развития заболевания является действие неблагоприятных факторов среды на плод и в раннем детском возрасте. К числу таких факторов относится табакокурение родителей. Однако, влияние табакокурения родителей на состояние сосудов потомков не изучено.

Целью нашей работы являлось изучение влияния «табакокурения» крыс-родителей на содержание коллагена и эластина в сосудах потомков, а также изучение возможности коррекции эластичности сосудов под влиянием дозированной физической нагрузки.

Эксперименты проведены на крысах линии Вистар 3х-месячного возраста. Моделирование пассивного табакокурения производилось путем ежедневного помещения крыс в специально сконструированные камеры, в которых распределялся дым сигарет «Прилуки». Самки подвергались действию табачного дыма за месяц до спаривания и в течении всей беременности; самцы – 1 месяц до спаривания. Контрольная группа животных содержалась в стандартных условиях вивария. Животные, а в последующем и их потомки, были разделены на группы : 1) «курили» только самки; 2) «курили» оба родителя ; 3) «некурящие» родители( контрольная группа).

Часть новорожденных выводили из эксперимента для изучения содержания эластина и коллагена в сосудах. Другая часть новорожденных крысят была оставлена для продолжения эксперимента. В 1-месячном возрасте эти крысята ежедневно помещались в «беличье» колесо и бегали в нем 30 минут. В каждой из 3 групп по 5 крысят (группа сравнения) не подвергались физической нагрузке. В 3-месячном возрасте все крысы были выведены из эксперименты путем декапитации под тиопенталовым наркозом. В гомогенатах фрагментов аорты и бедренной артерии(БА) определяли содержание эластина иммуноферментным методом и коллагена – спектрофотометрическим методом.

Проведенные исследования показали, что у новорожденных крысят обоего пола гр.№1 и 2 как в БА, так и в аорте увеличивается содержание коллагена(К), концентрация эластина(Э) не изменяется (у самок гр.№1) или достоверно уменьшается. Соотношение коллаген/эластин(К/Э),характеризующее жесткость сосудов, в аорте и БА у всех потомков опытных групп (1 и 2) повышено, особенно у самцов гр. №1 ( в БА коллаген увеличен в 1,6 раза, а эластин снижен в 1,3 раза) и у самок в группе №2.У 3-х месячных крысят обоего пола групп №1 и 2, не подвергавшихся физической нагрузке, соотношение К/Э в БА и аорте практически такое же как в соответствующих группах новорожденных крысят. У 3-х месячных крысят гр.№1, подвергавшихся дозированной физической нагрузке, содержание К в аорте не отличается от его уровня у небегających крысят этой группы (группа



сравнения), а Э – достоверно повышено. Коэффициент К/Э у бегающих самок гр.№1 в аорте и БА практически такой же как у 3-х месячных самок-потомков некурящих родителей. У бегающих самцов гр.№1 характер изменений в эластичности сосудов аорты и БА такой же, как у самок, по коэф. К/Э как в аорте так и в БА не достигают уровня потомков «некурящих» родителей. У потомков гр.№2 обоого пола, бегающих в колесе, в аорте соотношение К/Э достигает уровня у потомков «некурящих» родителей, а в БА, особенно у самок, достоверно выше, чем у потомков «некурящих» родителей, но ниже, чем у небегающих потомков группы сравнения.

По-видимому, миокины, синтезируемые работающей мышцей, способствуют нормализации синтеза К и Э. Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности дозированной физической нагрузки для коррекции эластичности сосудов.

**Леонтьев П.О.**

## **ТОМОДЕНСИТОМЕТРИЧНІ ЧИННИКИ ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ ЕПІ- І СУБДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ**

**Харківський національний медичний університет;  
кафедра судової медицини, медичного правознавства;  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: доцент Каплуновський П.А.**

Відповідно до офіційних даних медичної статистики питома вага черепно-мозкової травми становить 36-40 % від усіх видів травм. Смертність у віці до 40 років при епідуральних гематомах становить 12-14 %, при субдуральних гематомах – 38-40 %. Судово-медичний розтин, коли причиною смерті були внутрішньомозкові гематоми, виявляє їх у 15-55 % випадків.

Тому визначено за мету встановлення давності суб- та епідуральних крововиливів у живих осіб на підставі діагностичних ознак, отриманих за допомогою сучасної променевої діагностики.

Вивчивши доробок Дадабаєва В.К. (2005-2007), встановлено, що в процесі організації крововиливів у головний мозок відбуваються відповідні зміни щільності речовини головного мозку. Що це за зміни в першій гіперденсній стадії автор не говорить. У другій тоденсній стадії він показує вирівнювання коефіцієнту щільності крововиливу з показниками щільності неушкодженої речовини головного мозку. У гіподенсній стадії стверджується, що формування гліомезодермального рубця на ділянці крововиливу не проявляється змінами показників щільності тканини головного мозку у порівнянні з нормою.

Ми провели дослідження, результати якого показують наявність статистично достовірних відмінностей показників щільності тканини головного мозку на всіх стадіях загоєння черепно-мозкової травми. Ці відмінності мають величини, що суттєво відрізняються одне від одного. Наприклад, епідуральні крововиливи на комп'ютерних томограмах мають підвищення щільності до +70-+80 НУ, у той же час чинники субдуральних крововиливів перевищують норму щільності сірої і білої речовини в 1,5-2 рази.

За результатами нашого дослідження буде сформовано показники щільності тканини головного мозку, які можливо і доречно застосовувати для відповіді на питання щодо давності суб- та епідуральних крововиливів.

У більшості випадків для визначення характеристик вогнища ураження головного мозку проводиться томоденситометрія. У нормі коефіцієнт абсорбції

різних тканин головного мозку має 8 рівнів інтенсивності сірого зображення. Для оцінки ушкоджень головного мозку застосовують систему середніх значень коефіцієнту абсорбції. Нами було вирішено перевірити статистичну достовірність різниці рівнів інтенсивності сірого зображення в 10 точках кожної комп'ютерної томограми замість використання системи середніх значень коефіцієнту абсорбції. Пілотні розрахунки показали перспективність нашої системи обліку значень коефіцієнту абсорбції. Різниця значень різних точок досягала у деяких випадках 150-200% на одній томограмі й вказувала на вогнище травми. Розроблюються коефіцієнти, які будуть розраховуватися як співвідношення інтенсивності сірого зображення у визначених точках. Нові коефіцієнти виведуть дослідження на рівень достовірного і більш точного визначення давності суб- та епідуральних крововиливів у живих осіб.

Результати дослідження дають змогу розробити і опрацювати алгоритм дій судового медика під час оцінки у живих осіб давності утворення суб- та епідуральних гематом. Отже використання комп'ютерної томографії для вирішення питання давності суб- та епідуральних крововиливів у живих осіб дозволяє об'єктивізувати та підвищити достовірність висновків судово-медичних експертів.

**Лихая В.М., Донцова Е.В.**

**ИССЛЕДОВАНИЕ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ В  
ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ С  
ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО  
ВРЕМЕНИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра физиологии, г.Харьков, Украина  
Научный руководитель: Сокол Е.Н.**

Проблема роста числа людей, испытывающих информационное перенапряжение, особенно характерна для лиц, занимающихся интеллектуальной деятельностью. Большею частью эта проблема актуальна в среде молодёжи, которая учится, так как новые методы, средства, формы и принципы обучения оказывают существенное влияние на умственную работоспособность студентов. Умственная работоспособность человека детерминруется многими факторами, основными среди которых являются уровень и состояние здоровья, динамика развития учебной мотивации, индивидуально-типологические особенности нервной системы, среди которых и психофизиологическое восприятие времени. Согласно литературным данным, изменения восприятия времени могут возникать при разных формах патологии, а у здоровых людей адекватность восприятия событий, происходящих во внешнем пространстве и во времени могут влиять на эффективность процесса адаптации к стрессу. Однако изучению фактора времени в обеспечении эффективности адаптационных реакций в современной научной литературе уделяется недостаточное внимание. Именно поэтому, целью исследования было изучение корреляций индивидуального течения внутреннего времени человека, умственной работоспособности и динамики развития учебной мотивации в условиях адаптации к информационному стрессу.

Исследование проведено на 46-ти студентах-медиках, добровольно согласившихся принять участие в эксперименте. Для определения скорости течения внутреннего времени проводилось измерение продолжительности индивидуальной минуты, и оценивалась точность отмеривания заданных интервалов времени.

Умственную работоспособность оценивали по методу Крепелина. Изменения мотивации к познавательной деятельности исследовались с помощью техники репертуарных решеток Дж. Келли. В результате проведенного исследования студенты были разделены на три группы по основным вариантам индивидуального внутреннего течения времени: ускоренный, замедленный, «уравновешенный» (течение внутреннего времени совпадало с ходом физического времени, ошибка не превышала 5 секунд). Студенты с ускоренным течением внутреннего времени (13,9% испытуемых) показали высокую производительность умственной работоспособности – 89,8% подсчитанных строк, но в сочетании с самым большим количеством ошибок – 19,7%. В этой группе наблюдалось наиболее выраженное эмоциональное реагирование на неудачи при выполнении тестов и подход к проведению тестов как к соревнованию за лучшие показатели. В динамике развития учебной мотивации отмечалась волнообразность – от максимальной заинтересованности до полной апатии. Умственная работоспособность у студентов с замедленным течением внутреннего времени (22,2% исследуемых) была самой низкой (в отведенное время студенты выполняли 42,3% задания), но количество ошибок было в 2,5 раза меньше, чем у студентов с ускоренным течением времени. Динамика развития учебной мотивации характеризовалась медленным нарастанием. Объем выполненной работы у студентов с «уравновешенным» течением внутреннего времени (63,9% испытуемых) составил 78,5% и с наименьшим количеством ошибок – 3,4%, что соответствовало самой высокой эффективности в исследуемых группах. Динамика развития учебной мотивации характеризовалась уверенным устойчивым ростом. Полученные данные свидетельствуют, что скорость течения внутреннего времени человека достоверно отражает качественные и количественные показатели умственной работоспособности и обуславливает индивидуальность динамики развития учебной мотивации.

**Лукавенко Д.Г., Лукавенко Е.Г.**  
**ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ,**  
**ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФУТБОЛОМ**  
**Харьковский национальный медицинский университет.**  
**Кафедра физической реабилитации, спортивной медицины с курсом**  
**физического воспитания и здоровья.**  
**Харьков. Украина.**

**Научный руководитель - Луценко Е.В.**

Актуальность. Футбол на сегодняшний день является одним из самых популярных видов спорта среди молодежи.

Систематические занятия футболом способствуют физическому развитию и укреплению здоровья. У футболистов высоких разрядов отмечается правильное телосложение и высокие показатели физического развития: выше среднего рост, соответствующее его величине вес, жизненная емкость легких и окружность груди, высокая амплитуда грудной клетки, становая сила, хорошо развитая мускулатура, особенно нижних конечностей (развитие мышц плечевого пояса и верхних конечностей сравнительно отстает).

Целью данной работы является изучить влияние регулярных занятий футболом на общий уровень физического здоровья и на отдельные его показатели.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 26 студентов, ХНПУ (технические специальности, все юноши), в возрасте 17-20 лет. Средний стаж занятия

футболом составил 3 года 8 месяцев. Исследование уровня здоровья проводилось по методике Г.Л. Апанасенко.

Результаты и обсуждение. При оценке общего уровня здоровья показатели распределились следующим образом: у 12 человек (46,2%) выявлен низкий уровень физического здоровья, и у 5-ти (19,25) – ниже среднего. Высокий уровень физического здоровья выявлен только у одного студента (3,85%). Еще 8 человек (30,8%) имели средний уровень здоровья.

При анализе отдельных показателей были выявлены следующие особенности. Повышенное систолическое давление в покое (140 мм рт.ст. и более) имели 8 студентов (30,8%), учащенный пульс в покое (свыше 80 уд/мин) – 11 человек (42,35%). Индекс относительной силы был снижен у 11 человек (42,35%), жизненный индекс – у 2-х (7,7%).

Патологическая реакция на физическую нагрузку была выявлена у 4-х студентов, при этом у 3-х из них (11,55%) был выявлен гипертонический тип, у одного (3,85%) – астенический.

Игра в футбол требует разносторонней подготовки, большой выносливости, силы, скорости и ловкости, сложных и разнообразных двигательных навыков.

Наравне с разносторонним воздействием на физическое развитие футбол способствует воспитанию волевых качеств, инициативы, умение быстро ориентироваться в обстановке, чувство коллективизма и др. Это делает футбол ценным средством воспитания молодежи.

Выводы. 1. Только треть студентов, регулярно занимающихся футболом, имеют безопасный уровень здоровья (по Апанасенко Л.Г.). 2. Повышение артериального давления в покое отмечается преимущественно у студентов с небольшим стажем занятия футболом. 3. Патологические реакции на физическую нагрузку с одинаковой частотой встречаются как у квалифицированных футболистов, так и у неквалифицированных, однако у более тренированных увеличиваются функциональные возможности организма (способность организма адаптироваться к гипоксии). 4. Занятия футболом эффективно влияют на физическую подготовку, что отражается на улучшении физической кондиции футболистов, которые длительный период тренируются.

**Лукьянова Е.М.**

## **ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра биологической химии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – к.мед.н., доц. Горбач Т.В.**

Известно, что при патологии почек отмечаются различные метаболические нарушения. Особенности изменений уровней гормонов-регуляторов метаболизма при развитии гломерулонефрита (ГН) остались невыясненными.

Целью нашей работы явилось изучение особенностей содержания гормонов в крови крыс при экспериментальном ГН.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на крысах-самцах линии Вистар, 150–180 г. Моделирование ГН осуществлялось путем одноразового введения нефротоксической сыворотки в дозе 1,5 мл / 100 г массы животных. На 4-е, 8-е и 20-е сутки после введения сыворотки крыс выводили из эксперимента путем декапитации.

Определяли в крови: соматотропный гормон (СТГ), адренокортикотропный гормон (АКТГ), паратгормон (ПТГ), кальцитонин, эстрадиол (ELISA, Calbiotech INC); тестостерон, инсулин, трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4) (ЗАТ «Алкор Био» (Санкт-Петербург).

Результаты. В латентной стадии ГН увеличивается содержание АКТГ, Т3, Т4, инсулина. На 8-е сутки - снизился уровень СТГ, кальцитонина при повышении содержания остальных гормонов. На 20-е сутки содержание инсулина повышено, но, ниже чем в разгар заболевания, СТГ повышается в 1,6 раза, Т4 и эстрадиола – снижено, ПТГ снижается при достоверном повышении кальцитонина.

Выводы. Выявленные нами особенности показали, что на ранних стадиях гломерулонефрита определяющее влияние на метаболизм оказывают тиреоидные гормоны и высокий уровень инсулина, а в разгар заболевания - высокий уровень тироксина при сниженном коэффициенте СТГ/ кортикостерон.

**Лях А.И.**

## **АЛГОРИТМ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОИНФОРМАТИЧЕСКОГО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра медицинской биологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ассистент, канд. биол. наук. О.В. Дунаева**

На сегодняшний день существует множество биоинформатических баз и программ, наиболее часто используемыми из которых для генетических исследований являются BLAST, SnapGene, TFASTA, GenBank и др. Эти ресурсы позволяют проводить пилотные исследования *in silico*, однако каждый из них обладает рядом преимуществ и недостатков. Целью данного исследования было создание алгоритма моделирования генетических исследований с использованием биоинформатического программного обеспечения.

Для проверки алгоритма исследовали сахарный диабет 2-го типа. Были выбраны ген адипонектина AdipoQ и полиморфизм T45G, который обозначает замену тимина на гуанин в 45-м положении 2-го экзона (в общем положении 5274). Определяли последовательность этого гена в базе FASTA или GenBank. В результате была получена и проанализирована в программе SnapGene последовательность из 15790 нуклеотидов. Затем для интересующего участка были подобраны праймеры. Программа позволяет находить прямой и обратный праймеры, в данном случае это: APM45F

GAAGTAGACTCTGCTGAGATGG; APM45R TATCAGTGTAGGAGGTCTGTGATG.

Далее при помощи программы была инициирована полимеразная цепная реакция и электрофорез в агарозном геле, создан искусственный полиморфизм T45G и проанализирована полученная последовательность. При помощи алгоритма вычислены специфические сайты рестрикции с соответствующими рестриктазами, в частности SmaI для сайта CCC↓GGG. Далее повторно инициировали полимеразную цепную реакцию и электрофорез в агарозном геле. В результате, на дорожке с гомозиготным типом T / T наблюдалась тяжелая фракция размером в 372 пары нуклеотидов, на дорожке с мутантным гомозиготным генотипом G / G были расположены две фракции: 242 и 130 пар нуклеотидов. На третьей дорожке с гетерозиготным генотипом T / G было обнаружено три фракции: 372, 242 и 130 пар

нуклеотидов. Дорожка MW содержала лестницу фрагментов ДНК маркера молекулярной массы pUC19 / MspI (501; 489; 404; 331; 242; 190; 147; 111; 110; 67; 34; 26 пар нуклеотидов). После моделирования исследования полиморфизма T45G гена адипонектина данную работу можно проводить в лаборатории, зная необходимые праймеры и рестриктазы, а также все возможные результаты исследования.

Предложенный алгоритм может быть использован генетиками, биотехнологами и молекулярными биологами.

Все данные, полученные в ходе эксперимента при помощи алгоритма моделирования, необходимо экспериментально подтверждать, но благодаря его применению можно спрогнозировать возможность получения необходимого результата. Поэтому требуются дальнейшие исследования в разработке и усовершенствовании алгоритмов моделирования генетических исследований с использованием биоинформатического программного обеспечения.

**Марак И.Ю., Абакелия Л.Р., Запорожец А.А., Нечипорук И.А.  
ВЫРАЖЕННОСТЬ АПОПТОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ  
РАЗВИТИИ АДЬЮВАНТНОГО АРТРИТА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра медицинской биологии,  
г. Харьков, Украина.**

**Научный руководитель: ассистент, канд. биол. наук И.В. Рассоха**

Повышение эффективности методов лечения ревматоидного артрита (РА), является актуальной проблемой современной медицины. Одним из объяснений поддержания воспалительного процесса при развитии данной патологии является нарушение баланса между пролиферацией и апоптозом. В связи с этим исследования направленные на изучение клеточных и молекулярных механизмов развития заболевания представляют несомненный интерес.

Целью данной работы было изучение апоптотических процессов в иммунокомпетентных клетках до и после индукции адьювантного артрита у мышей. Патологию индуцировали по методу Пирсона [Pearson С.М., Wood F.D., 1963]. Адьювантный артрит, характеризующийся комплексом воспалительных изменений в области сустава, является признанной экспериментальной моделью РА. Для количественной оценки содержания апоптотических клеток в периферической крови и перитонеальной полости использовали индекс апоптоза. Для визуализации гибели клеток в тимусе и лимфоузлах применяли метод люминесцентного анализа. Для этого клетки инкубировали с ДНК-тропным красителем — Хехст, после чего на люминесцентном микроскопе ЛЮМАР-1 подсчитывали процент светящихся клеток (Хехст<sup>+</sup>-клетки).

На основании морфологической оценки (анализ индекса апоптоза) и учета Хехст<sup>+</sup>-клеток было установлено, что в группе животных с адьювантным артритом (опытная группа), по сравнению с группой животных без патологии (контрольная группа) наблюдалось существенное снижение гибели клеток по типу апоптоза в тимусе, лимфоузлах, перитонеальной полости и периферической крови. Кроме того, в острый период течения адьювантного артрита угнетение апоптоза клеток было максимально выражено.

Полученные результаты являются подтверждением подавления апоптоза иммунокомпетентных клеток при развитии аутоиммунного воспалительного процесса

и могут являться основанием для разработки новых, а также усовершенствования существующих методов лечения РА.

**Маркевич М.А., Зинченко Ю.Н.**  
**ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД СУДЕБНО-**  
**МЕДИЦИНСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра судебной медицины, медицинского правоведения,**  
**г. Харьков, Украина**  
**научный руководитель – к.м.н., доц. Губин Н.В.**

Одной из главных задач при судебно-медицинской экспертизе является определение давности нанесения механических повреждений при различных видах смерти. Несмотря на поэтапное развитие изменений в очаге повреждения, порой бывает очень сложно определить интервал времени между нанесением повреждения и наступлением смерти. Однако, использование иммуногистохимического (ИГХ) метода при судебно-медицинской экспертизе позволяет более точно определить давность повреждения.

В литературе описаны различные ИГХ маркеры для различных типов ран. Это связано, в первую очередь, с патофизиологическими особенностями течения процессов регенерации ткани при различных повреждениях. Все ИГХ маркеры в литературе принято делить на маркеры короткого (несколько минут-часов) и длительного (несколько дней) действия.

Среди ИГХ маркеров короткого действия важную роль играет трансформирующий фактор роста бета 1 ( $TGF\beta 1$ ). Он выделяется в ране из тромбоцитов и является активатором медиаторов воспаления и фибробластов. В норме  $TGF\beta 1$  выявляется в дерме. При повреждении уже с первых минут он начинает появляться в эпидермисе. Пиковую концентрацию  $TGF\beta 1$  находят через 30–60 минут после повреждения.

Следующий маркер - трансформирующий фактор роста альфа ( $TGF\alpha$ ). В норме он регулирует рост сосудов в процессе заживления ран. Он слабо представлен в нормальной коже, однако его синтез сильно возрастает в ранах давности более 10 минут.

Фактор некроза опухоли альфа ( $TNF\alpha$ ), интерлейкины 1 бета ( $IL1\beta$ ) и 6 ( $IL6$ ), которые слабо выражены или полностью отсутствуют в нормальной коже, начинают активно выделяться макрофагами через 15–20 минут после повреждения.

E- и L- селектины начинают выявляться через 30 минут после повреждения. В отличие от L-селектина, E-селектин не присутствует в нормальной коже, поэтому является более подходящим маркером. ICAM–1 может в небольшом количестве присутствовать в нормальной коже, однако значительное увеличение экспрессии наблюдается через 2 часа после повреждения. VCAM не выявляется в нормальной коже, но значительно представлен в ранах давностью более 1,5 часов.

Основные маркеры длительного действия. Наличие тенасцина и коллагена III указывает на давность повреждения не ранее 2–3 дней, коллагена V и VI – на возраст раны 3 дня. ИГХ маркер p53 начинает выявляться в фибробластах на 3 день после повреждения и достигает максимума на 8 день. Гладкомышечный актин начинает синтезироваться в фибробластах после достижения раной возраста 5 дней. Ламинин, HSPG, коллаген IV и VII указывают на возраст раны 4 дня и более. Эти маркеры

имеют одну особенность: они пропадают после 5-6 суток и вновь появляются на месте повреждения после 13 дней.

Таким образом, иммуногистохимический анализ – это очень полезный инструмент в руках современного судебно-медицинского эксперта. ИГХ позволяет с достаточно высокой точностью определять давность нанесения повреждения при различных видах смерти.

**Мартем`янова М. А.**  
**АЛЕЛОФОНД ПОПУЛЯЦІЇ ЗА СИСТЕМОЮ Rh**  
**Загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів № 5,**  
**м. Слов`янськ, Україна**

**Науковий керівник: доцент, канд. біол. наук Н. Л. Пастухова**

Відмінності частот поширення антигенів еритроцитів у різних популяціях мають гемотрансфузійне та клінічне значення, впливаючи на частоту посттрансфузійних ускладнень та гемолітичної хвороби плоду і новонароджених. Вивчення регіональної специфіки розподілу груп крові в межах певної адміністративної території є необхідним для прогнозування частоти розвитку аллосенсибілізації до різних антигенів, проведення заходів щодо профілактики гемолітичної хвороби плоду та новонароджених, планування компонентів донорської крові, відповідних фахівців тощо.

Мета роботи — дослідження алелофону популяції м.Слов`янська Донецької області за групою крові системи Rh.

Репрезентативна вибірка дослідження склала 695 осіб (3 % від загальної кількості жителів міста відповідного віку) від 0 до 35 років. Визначення резус-фактора проводилось стандартним методом за допомогою універсального Rh-реагенту у біохімічній лабораторії міської лікарні. Розподіл частот генів та можливих генотипів визначали за законом Харді-Вайнберга у вікових категоріях, за статтю та у межах усієї вибірки. Розраховувався критерій  $\chi^2$ . Проведення біоетичної експертизи дослідження не вимагалося, оскільки використовувалась деперсоналізована база даних.

За результатами дослідження маємо фенотиповий розподіл: 83% резус-позитивних осіб і 17% резус-негативних осіб. Відхилення становило допустиме (у межах 3%) від середньостатистичних показників європейського населення: відповідно 86% і 14% [1]. З використанням закону Харді-Вайнберга [2] розраховали розподіл частот алелів та генотипів системи Rh у різних вікових підгрупах та в цілому у популяції. Розподіл частот алелів системи резус склав: домінантного  $Rh^+$  — 0,585; рецесивного  $rh^-$  — 0,415. Розподіл частот генотипів: гомозигот за домінантним алелем  $Rh^+Rh^+$  — 34,2%; гетерозигот  $Rh^+rh^-$  М 48,8%; гомозигот за рецесивним алелем  $rh^-rh^-$  — 17%. Середньообласні показники розподілу частот алелей  $Rh^+$  — 0,591,  $rh^-$  — 0,409 [1], серед загальної популяції України 86% (0,626) — резус-позитивні, 14% (0,374) — резус-негативні. Виокремлення репродуктивної групи віком від 16 до 35 років дозволило розрахувати ймовірність виникнення резус-несумісності між матір'ю і дитиною за умови вступу до шлюбу осіб популяції цієї групи. Розрахунки свідчать, що за умови укладення шлюбів між особами популяції репродуктивної групи, вірогідність виникнення резус-конфлікту сягає 15,6%. Гемолітична хвороба новонароджених при Rh-несумісності зустрічається у 2–3 новонароджених із 1000 [3]. У важких формах резус-конфлікт викликає вроджену водянку, або набряк плоду, що



може призвести до його загибелі. У таких випадках обов'язково застосовують переливання крові [3].

Безумовно, прогнозуючи виникнення та перебіг будь-якої хвороби, групову належність крові як складову ризику слід враховувати лише разом з іншими ендогенними та екзогенними чинниками.

**Мартынова С.Н., Ткаченко А.С.**  
**ИЗМЕНЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У КРЫС ПРИ**  
**ГИПЕРМИКРОЭЛЕМЕНТОЗЕ МЕДИ**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра биохимии, г.Харьков, Украина**

За последнее время в нашей стране значительно увеличилось число заболеваний почек, возникающих в результате длительного поступления в организм экотоксикантов (экодетерминированная нефропатия). Многие ксенобиотики, поступающие в организм с воздухом, водой, пищей выводятся почками, при этом возможно их повреждающее действие. Токсикантами, поражающими почки, нередко оказываются различные металлы (медь, кобальт, свинец и т.д.).

Нами было изучено распределение меди и ее влияние на энергетические процессы в клеточных органеллах почек крыс при избыточном поступлении ее в организм. Эксперименты проведены на 40 крысах-самцах линии Вистар 1-месячного возраста. Животные были разделены на следующие группы:

1) интактные животные, которым ежедневно в течение 1 месяца внутрижелудочно через зонд вводили 1 мл дистиллированной воды (контрольная группа, 20 крыс); 2) животные, которым ежедневно внутрижелудочно через зонд вводили раствор хлорида меди (II) (с содержанием меди 1,75 мг/л из расчета 1 мл на 100 г веса животного, 20 крыс). Через 1 месяц животных вывели из эксперимента путем декапитации под легким тиопенталовым наркозом. Концентрацию меди в сыворотке крови и в гомогенатах тканей определяли на атомно-абсорбционном спектрофотометре «Сатурн-3М». Активность пируватдегидрогеназы, изоцитратдегидрогеназы, сукцинатдегидрогеназы и содержание АТФ в тканях определяли по методам, описанным Ещенко Н.Д. Полученные результаты обрабатывали статистически с помощью пакета программ «Statistica v. 6.1.478» и «Origin 6.0».

Проведенные эксперименты показали, что у животных контрольной группы, получавших в суточном рационе медь в дозе, соответствующей физиологической потребности, медь распределяется в субклеточных фракциях клеток почек практически равномерно. У животных, получавших избыточное количество меди в суточном рационе, содержание меди в гомогенатах почек существенно выше, чем в соответствующих фракциях клеток почек крыс контрольной группы. В почках наибольшее количество меди связывается в цитозоле. Отмечается значительный рост концентрации меди и в митохондриях, менее выраженные изменения — в микросомах. По всей видимости, введение избыточного количества меди сопровождается увеличением содержания медьсвязывающих белков в цитозоле клеток почек, что увеличивает депонирование ионов меди. Активируется также и транспорт меди в клеточные органеллы — митохондрии и микросомы. Вероятно, высокие концентрации меди значительно ингибируют митохондриальные ферментные комплексы. Изучение активности митохондриальных ферментов показало, что при длительной интоксикации хлоридом меди активность

пируватдегидрогеназы, изоцитратдегидрогеназы и сукцинатдегидрогеназы снижается. Установленные нами нарушения активности митохондриальных ферментов могут стать причиной низкоэнергетического сдвига в почечной ткани. В ходе эксперимента выявлено снижение продукции АТФ в почечной ткани.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

1. Длительное введение меди в дозах, несколько превышающих суточную потребность, приводит к накоплению ионов металла в почках, значительное накопление отмечается в митохондриях и цитозоле клеток почек.
2. Увеличение содержания меди в митохондриях приводит к снижению активности митохондриальных ферментов и, вследствие этого, к снижению продукции АТФ.
3. Пируватдегидрогеназа наиболее чувствительна к действию повышенных концентраций меди.

**Марьенко Н.И., Добровольская Е.М., Ткаченко О.Д.  
АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ЛИСТКОВ КОРЫ МОЗЖЕЧКА  
ЧЕЛОВЕКА**

**Харьковский национальный медицинский университет.  
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии.  
Харьков, Украина.**

**Научный руководитель – к.мед.н., доцент А.Ю. Степаненко**

Одним из наиболее актуальных направлений современной нейроморфологии является исследование особенностей анатомической изменчивости мозжечка на микро- и макроанатомических уровнях с учетом гендерных и возрастных особенностей.

Цель исследования – изучить особенности анатомической изменчивости листков коры мозжечка человека.

Материалы и методы исследования. Исследованы 25 мозжечков трупов людей обоего пола в возрасте 20-90 лет, умерших от причин, не связанных с патологией ЦНС. Производили срезы мозжечка по срединной сагиттальной плоскости. С полученных серийных срезов изготавливали гистологические препараты с окрашиванием гематоксилин-эозином, методом Ниссля с последующей морфометрией с помощью компьютерной программы «Image Tool» и статистическим анализом полученных результатов. В каждом мозжечке определялись морфометрические критерии на 120-170 листках.

Во время морфологического исследования листков мозжечка установлено, что средняя высота листков мозжечка человека составляет 1728 мкм и варьирует от 324 до 5 286 мкм. Средняя минимальная ширина составляет 1 515 мкм и может быть от 670 до 3 893 мкм, а средняя максимальная ширина листка составляет 1 795 мкм и варьирует от 674 до 3 893 мкм. Среднее соотношение высоты и максимальной ширины листка составляет 1,01 (может быть от 0,25 до 3,77).

В зависимости от соотношения высоты и ширины листка (СВШ) мы выделили 5 вариантов формы листков: 1-й вариант: СВШ варьирует от 0,25 до 0,49, такие листки малого размера, имеют форму низкого широкого прямоугольника или полумесяца, находятся в глубоких участках долек мозжечка и составляют 15,3% от всех листков; 2-й вариант: СВШ 0,5-0,75, листки имеют форму треугольника или полукруга, находятся между крупными листками, составляют 20,7%; 3-й вариант: СВШ составляет 0,75-1,25, листки среднего размера, имеют форму квадрата, расположены на крупных веточках белого вещества, составляют 32,7%; 4-й вариант:

СВШ 1,26-1,79, листки большие, имеют форму прямоугольника, находятся на главных стволах долек и на верхушках веточек белого вещества, составляют 21,7%; 5-й вариант: СВШ 1,8-3,77, листки большие, удлинённые, находятся на главных стволах долек мозжечка, составляют 7,5%.

Средняя длина ганглионарного слоя составила 4067 мкм, минимальная - 1205 мкм, максимальная - 11 420 мкм. Среднее количество клеток Пуркинье на листке в целом составила 18,9 и варьирует от 1 до 55 клеток, а среднее количество клеток Пуркинье на 1 мм ганглионарного слоя - 4,69 клеток / мм, минимальное - 1,55, максимальное - 7,68. Среднее расстояние между центрами клеток Пуркинье составила 234 мкм, минимальное - 130 мкм, а максимальное - 645 мкм.

Таким образом, установлено, что существует выраженная индивидуальная анатомическая изменчивость листков мозжечка человека. Морфометрические параметры листков зависят от их формы, расположения и отношения к конкретной дольке и филогенетической зоне мозжечка.

**Марьенко Н.И., Кравченко М.Ю., Дрокин А.В.**  
**ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ДОЛЕК ВЕРХНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МОЗЖЕЧКА**  
**ЧЕЛОВЕКА**

**Харьковский национальный медицинский университет.**

**Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии.**

**Харьков, Украина.**

**Научный руководитель – к.мед.н., доцент А.Ю. Степаненко**

Из всех структур центральной нервной системы наиболее сложную форму и, вследствие этого, наиболее разнообразное строение имеет мозжечок. Изменения формы долек мозжечка обнаружены при многих психических заболеваниях. Поэтому изучение разнообразия строения мозжечка человека является актуальным направлением современной нейроморфологии.

Цель исследования – изучить нормальное строение и особенности анатомической изменчивости долек верхней поверхности мозжечка человека с учетом гендерных, возрастных особенностей.

Материал и методы. Морфологическое исследование проведено на секционном материале – были исследованы 220 мозжечков трупов людей обоего пола возрастом от 20 до 99 лет, при аутопсии которых не выявлено признаков патологии нервной системы. Во время судебно-медицинского вскрытия выделяли мозжечок из полости черепа, производили морфометрию мозжечка. После фиксации в 10% растворе формалина производились серийные парасагиттальные срезы мозжечка. Изучалась форма долек I, II и III.

Результаты исследования. Верхняя поверхность мозжечка сформирована таким дольками: язычком мозжечка (долька I), первой и второй вершинами центральной дольки (дольки II и III), вершиной мозжечка (дольки IV и V). Эти дольки вместе образуют одну филогенетическую зону мозжечка – верхний палеоцеребеллум, который формирует верхнюю долю мозжечка.

Первая долька мозжечка представлена тонкой полоской коры, которая лежит на верхнем мозговом парусе. В зависимости от сложности строения листков коры этой дольки можно выделить слабое развитие (47,8%) и сильное развитие дольки (52,2%). Вторая долька представлена небольшой самостоятельной ветвью, которая также может быть развита слабо (10,2%), средне (33,2%) или сильно (56,6%). Третья долька выявлена только в 33% наблюдений, поэтому её можно считать непостоянной.

Четвертая и пятая долилки имеют общее начало и сформированы общей (четвертой) ветвью белого вещества, которая дихотомически разделяется и формирует различное количество дочерних ветвей. Строение первых трех долек тесно взаимосвязано: в случаях, если третьей дольки нет, первые две долилки развиты сильнее, чем в случаях когда третья долька есть. Возможно, это связано с тем, что наличие третьей дольки компенсирует слабое развитие первой и второй долек, а более сильное развитие 1-2 долек компенсирует отсутствие 3-й дольки. Четвертая долька обычно имеет 1-5 ветвей, а пятая – 1-6. У 4-й дольки чаще встречается 2 ветви (45%) и 3 ветви (40,6%), а у 5-й дольки – 3 ветви (35,8%).

Таким образом, долилки верхней поверхности мозжечка имеют разнообразное строение. Форма 1, 2 и 3-й долек коррелирует между собой. Полученные данные можно использовать для диагностики различных заболеваний мозжечка во время МРТ и КТ головного мозга.

**Маслова Ю.И., Терехович В.С.**

## **ВЛИЯНИЕ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОГО СООТНОШЕНИЯ В РАЗВИТИЕ МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра физиологии,  
г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель – к.м.н. Маслова Н.М.**

Эмоционально-стрессовое напряжение развивается у студентов в условиях учебной деятельности и особенно усиливается во время сессии, что приводит к значительным психическим, нейроэндокринным и вегетативным сдвигам. Особой нагрузке в период обучения подвергается зрительный анализатор, так как основная часть информации поступает через орган зрения.

В связи с этим, было проведено исследование остроты зрения для дали (при необходимости проводилась коррекция зрения) у студентов – медиков 2 курса с применением таблиц Головина – Сивцева. Всего обследовано 30 студентов мужского и женского пола, в возрасте от 18 – 20 лет.

В результате проведенного обследования было выявлено, что миопическая рефракция у студентов - медиков составляет - 33 %, в то время, как у молодого населения Украины, этот процент составляет 15 – 20%. Согласно работам Марчук С.А., (2006г.) количество студентов с более высокими степенями близорукости увеличивается на 5-8% по мере перехода с курса на курс. Очевидно, что причиной нарушения работоспособности цилиарной мышцы является интенсивная зрительная работа на близком расстоянии, а при усугублении внешних и внутренних раздражителей возникает спазм аккомодации.

Одной из причин спазма аккомодации, является результат активного преобладания холинергической (парасимпатической) составляющей тонуса вегетативной нервной системы над адренергической. Повышение уровня симпатических влияний тонуса вегетативной нервной системы обуславливает рост резерва абсолютной аккомодации и объема относительной аккомодации глаза. У лиц с равным представительством вегетативного баланса работа аккомодационного аппарата на ближней дистанции наиболее сбалансирована.

В связи с этим для выявления данной зависимости в нашем исследовании мы провели физическую нагрузку динамического характера в виде выполнения работы на велоэргометре, с постоянной мощностью 200 Вт и частотой вращения 60 Гц (до

отказа). Выявлено, что на предъявленную нагрузку возникают разные реакции сердечнососудистой системы: у симпатотоников - прирост АД систолического более 20 мм.рт.ст.; у ваготоников - АД систолическое меньше, чем на 20 мм.рт.ст.; у нормотоников - изменение АД не наблюдалось. Проведенное исследование функциональных показателей подтвердило, что миопическая рефракция наблюдается в наибольшем проценте случаев у ваготоников – 19%; наименьшее – у нормотоников – 5% и среднее процентное значение встречаемости - у симпатотоников – 9%.

Таким образом, полученный результат свидетельствует о наименьшей устойчивости работоспособности аккомодационного аппарата для ближней дистанции у лиц с преобладанием парасимпатического тонуса ВНС при воздействии эмоционального стресса. Установлен риск возникновения миопии у лиц с превалированием парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы.

Практическая значимость работы подтверждает целесообразность включения в число методов обследования здоровья студентов определение уровня вегетативного баланса с целью выявления лиц с превалированием парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы, наиболее подверженных риску развития нарушений аккомодации и формированию миопической рефракции. Лицам с превалированием парасимпатического тонуса ВНС следует проводить в период интенсивных занятий, во время сессии коррекционные мероприятия по профилактике зрительного утомления, спазма аккомодации.

**Меженская Е. А., Корниец А. В., Долгов В. М., Лещук И. В.  
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОБОЧНЫХ  
РЕАКЦИЙ ЛЕЧЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра патологической анатомии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: профессор Губина-Вакулик Г. И.**

Дексаметазон – синтетический глюкокортикостероид. Имеет широкую область применения (заболевания воспалительного генеза в связи с иммунодепрессивным и противовоспалительным действием, лечение шоков различного генеза, отеков мозга, обострения бронхиальной астмы). Используется также в пренатальном периоде путем введения его беременной женщине при угрозе преждевременных родов и высокой вероятности развития респираторного дистресс-синдрома у новорожденного недоношенного ребенка, поскольку под действием дексаметазона стимулируется синтез и выделение сурфактанта в легких.

Кроме прямого действия дексаметазона на развивающийся плод, можно предположить еще и эпигеномное действие этого лекарственного средства. В настоящее время уже известно о том, что разнообразные воздействия в перинатальный период могут путем включения эпигеномных механизмов изменять метаболизм, функцию и структуру органов и тканей, сохраняя изменения в течение дальнейшего онтогенеза.

В качестве примера прямого повреждающего действия дексаметазона на плод можно привести данные Петровой Е.С. и Отеллина В.А., которые в 2008 году в эксперименте на крысах обнаружили снижение митотической активности эмбрионального неокортекса, в последующие сроки наблюдали ускорение дифференцировки нейронов, последнее было расценено как компенсаторная реакция.

Патофизиолог Тарасенко Л. В. (2008) выявил изменения ароматазной активности в структурах головного мозга, относящихся к регуляции полового поведения.

Морфологические проявления эпигеномно реализующихся у потомка воздействий дексаметазона, введенного беременной женщине, в настоящее время абсолютно не исследованы. Эти воздействия могут касаться любого из известных побочных эффектов дексаметазона: угнетение пролиферации эпителия, остеопороз, замедление роста и процессов окостенения у детей, снижение мышечной массы, угнетение синтеза простагландинов, повышение чувствительности гладкой мускулатуры сосудов к катехоламинам, торможение образования Т- и В-лимфоцитов в лимфоидной ткани, перераспределение жировой массы, снижение утилизации глюкозы тканями.

Силами студенческого научного кружка на кафедре патологической анатомии поставлен эксперимент на крысах линии Вистар с целью исследования влияния двух инъекций дексаметазона (1 мг/кг), сделанных самкам в конце периода вынашивания потомства, на морфофункциональное состояние различных органов крысят в возрасте трех недель. При исследовании легких крысят основной группы оказалось, что их относительная масса (масса легких/масса тела) в основной группе больше, чем в контрольной группе (0,037 против 0,030). Кроме того, мы обратили внимание, что при фиксации изъятых органов в формалине легкое животных основной группы быстро погружалось в раствор формалина, а в контрольной группе – долго оставалось на поверхности и медленно погружалось, что можно объяснить увеличением удельного веса легочной ткани крысят основной группы. Микроскопически отмечено, что легочная ткань крысят контрольной группы представлена хорошо раскрытыми альвеолами с тонкими межальвеолярными перегородками. А у крысят основной группы локусы с полуспавшимися альвеолами чередуются с локусами гипервоздушных альвеол. Дальнейшее микроскопическое исследование легких экспериментальных животных позволит найти объяснение механизма выявленных изменений.

Таким образом, использование дексаметазона во время беременности может иметь структурные последствия у плода, сохраняющиеся в постнатальном онтогенезе.

**Меженская Е. А., Полозов С.Д., Долгов В. М., Корниец А. В.**  
**ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ**  
**АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ И КОНЦЕНТРАЦИИ**  
**СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС**  
**Харьковский Национальный Медицинский Университет**  
**Кафедра патологической физиологии им. Д.Е. Альперна**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц. Сулхдост И.А.**

Актуальность. Большинство людей ежедневно находятся под влиянием электромагнитных полей различного уровня и частоты. Наиболее значимое воздействие на организм оказывают мобильные телефоны, так как они являются незаменимым гаджетом в жизни современного человека. Согласно информации ВОЗ, электромагнитные поля, создаваемые мобильными телефонами, являются возможным повреждающим фактором для людей. В связи с ростом числа пользователей мобильными телефонами, вопрос об изучении данного электромагнитного излучения (ЭМИ) на организм остается открытым.

Нашей целью явилось изучение влияния ЭМИ (800-950 МГц) на состояние уровня активности каталазы и концентрации супероксиддисмутазы (СОД) в тканях головного мозга.

Материалы и методы. Для проведения данного эксперимента было взято 12 пятимесячных крыс, разделенных на 2 группы по 6 животных, соответственно, основную (1 гр.) и контрольную (2 гр.). Активность каталазы в гомогенате головного мозга (ГМ) была определена по методу Королюка, а концентрацию СОД определялась колориметрическим методом.

Результаты и их обсуждение. Данные, полученные в ходе эксперимента, указывают на повышение активности каталазы в гомогенате ГМ у крыс 1 гр. ( $0,62 \pm 0,02$  мккат/мл) относительно 2 гр. ( $0,39 \pm 0,03$  мккат/мл) на 60,3% ( $p < 0,001$ ). Так же было определено повышение концентрации СОД в гомогенате 1 гр. ( $24,3 \pm 1,7$  мкмоль/мл) относительно 2 гр. ( $19,5 \pm 1,3$  мкмоль/мл) на 24,6% ( $p < 0,001$ ).

Данные изменения активности каталазы и концентрации СОД в исследуемых органах в сторону их увеличения, подтверждает усиление образования их целевого субстрата, а именно, перекиси водорода и супероксиданион радикала под действием ЭМИ. Повышение данных активных форм кислорода могут приводить к различным биохимическим и даже морфологическим изменениям в тканях ГМ.

Вывод. Повышение активности каталазы и концентрации СОД в гомогенате ГМ подтверждает негативное влияние ЭМИ (800-950 МГц) на состояние антиоксидантной системы животных. Данные изменения указывают на активацию процессов адаптации к индуцированному окислительному стрессу.

**Моргун О.О., Моргун А.О.**

## **ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ МІЖНАРОДНОЇ АНАТОМІЧНОЇ НОМЕНКЛАТУРИ У СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ**

**Харківське обласне бюро судово-медичної експертизи;**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: доцент Хижняк В.В.**

Висновок експерта є процесуальним джерелом доказів відповідно другій частині статті 84 Кримінально-процесуального кодексу України. Тому вага достовірності та міра правильності висновку експерта є принципово значущими. Хоча судово-медичні експерти є фахівцями освіченими та високопрофесійними, в ході аналізу архівних висновків експертів нами були виявлені досить суттєві невідповідності між значенням часто вживаних ними термінів та чинними назвами ділянок тіла людини, кісток, органів і їх частин.

Міжнародна анатомічна номенклатура – уніфікований перелік анатомічних термінів, затверджених Міжнародною асоціацією анатомів – важлива складова при складанні і оформленні висновків судово-медичних експертів. У 1997 р. в Сан-Пауло (Бразилія) створено нову міжнародну анатомічну номенклатуру. Вона – універсальна мова для медичної спільноти, адже для правильного розуміння науковцями та спеціалістами певної галузі один одного, одні й ті ж самі терміни повинні мати однакове значення.

Український варіант «Міжнародної анатомічної номенклатури», що надрукований в 2001 році під редакцією голови номенклатурної комісії МОЗ України І.І. Бобрика та президента наукового товариства анатомів, гістологів, ембріологів і топографоанатомів України В.Г. Ковешнікова, містить оригінал нової анатомічної номенклатури 1997 р. та перелік українських термінів-еквівалентів.

Аналіз архівних судово-медичних експертиз показав, що деякі анатомічні терміни, що вживаються ними, взагалі не існують, а в інших випадках дають неправильне тлумачення. Так, експерти часто використовують термін – «травма грудної клітини», в який включають пошкодження м'яких тканин, органів грудної порожнини, ключиці та лопаток. В той же час в офіційній анатомічній номенклатурі поняття скелет грудної клітки (індекс А02.3.00.001) включає в себе лише грудні хребці (А02.2.03.001), ребра (А02.3.01.001), грудину (А02.3.03.001) і порожнини грудної клітки (А02.3.04.001). В свою чергу, до кісток грудного поясу (поясу верхніх кінцівок – А02.4.00.002) належать лопатка (А02.4.01.001), ключиця (А02.4.02.001) та вільна частина верхньої кінцівки (А02.4.03.001).

Серед неіснуючих анатомічних термінів експерти використовують, наприклад, такий, як «внутрішня/зовнішня поверхня стегна», в той час як в міжнародній анатомічній номенклатурі є лише такі ділянки стегна (А01.2.08.006), як передня (А01.2.08.007) зі стегновим трикутником (А01.2.08.008) і задня стегнова ділянка (А01.2.08.009). Щодо частин стравоходу і трахеї судові медики застосовують побутові характеристики – верхня, середня чи нижня третина. У той же час зазначені міжнародні стандарти вимагають користуватися такими термінами: шийна, грудна і черевна частини (відповідно А05.4.01.002, А05.4.01.003 і А05.4.01.006) стравоходу; шийна і грудна частини трахеї (відповідно А06.3.01.002 і А06.3.01.003). Таких прикрих прикладів дуже багато.

Враховуючи суттєвий вплив висновку експерта на вирішення кримінальної чи цивільної справи по суті та з метою уникнення плутанини й непорозумінь між учасниками судового процесу, звертаємо увагу судово-медичних експертів на важливість правильного застосування часто вживаних анатомічних термінів та понять відповідно до міжнародних анатомічних стандартів.

**Морозов К.А., Старенький А.В.**

## **ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОСТОЧНО-УКРАИНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра медицинской биологии,  
г. Харьков, Украина.**

**Научный руководитель: ассистент И.И. Миронова**

Проблема рака волнует многих людей, чьи родственники пострадали от этого тяжелого недуга. Успехи развития молекулярной генетики в последние десятилетия доказывает связь онкологических заболеваний и наследственности. В настоящее время открыто более двух десятков генов, мутации в которых могут приводить к опухолевому перерождению нормальной клетки человека.

Качество окружающей среды, образ жизни играют существенную роль в возникновении онкологических заболеваний у людей с наследственной предрасположенностью к ним. Существуют также и наследственные виды рака. По различным данным от 7% до 10% случаев злокачественных опухолей обусловлены наследственностью. К наиболее часто встречающимся наследственным формам рака относится рак молочной железы (РМЖ). По статистике, одна из девяти женщин заболевает раком молочной железы в течение жизни.

На сегодняшний день обнаружено почти 40 видов мутации генов-супрессоров BRCA1 (Breast Cancer Associated gene в 17-й хромосоме) и BRCA2 (13-я хромосома), которые тесно ассоциированы с развитием опухолей в молочных железах.



С целью определения частоты проявления РМЖ в восточно-украинской популяции был проведен анонимный опрос студентов Харьковского национального медицинского университета. Выборка составила 315 студентов: 187 (59,9%) девушек и 125 (40,1%) юношей.

150 человек (48,2%) имеют родственников с онкологическими заболеваниями, из них 42 (13,2%) человека — родственников с РМЖ. Таким образом, РМЖ составляет 28% от общего количества онкозаболеваний. У 5,3% опрошенных были выявлены повторяющиеся случаи заболевания РМЖ в родословной, что указывает на наследственный характер заболевания. Данным опросом были подтверждены статистические факторы развития РМЖ.

**Нагиева А. Н., Бондарь Т. В.**

**К ВОПРОСУ О МЕЖСИСТЕМНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В РАЗВИТИИ  
АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА У СТУДЕНТОВ-  
МЕДИКОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра физиологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель - к.б.н., доцент Л.В. Чернобай**

Исследовали функциональные показатели сердечно-сосудистой и дыхательной систем, их межсистемные взаимоотношения в условиях психоэмоциональной нагрузки динамического характера у студентов-медиков после года обучения (экспериментальная группа). Состояние организма испытуемых оценивали в условиях относительного покоя и сразу после физической нагрузки, которая заключалась в выполнении работы на велоэргометре с постоянной мощностью 200 Вт и с частотой вращения – 60 Гц «до отказа». Межсистемные взаимоотношения сердечно-сосудистой и респираторной систем оценивали на основе расчета индекса сопряжения (ИС) как отношения частоты сердечных сокращений и частоты дыхания, что характеризует прочность межсистемной интеграции. Выявлено, что на предъявленную физическую нагрузку у студентов контрольной и экспериментальной групп формируются различные типы реакции сердечно-сосудистой системы: первый тип реакции проявляется увеличением систолического давления (СД) на 20 мм рт. ст. по отношению к исходному уровню, что условно обозначили как «нормально реагирующий»; второй тип реакции характеризуется изменениями СД более чем на 20 мм рт. ст., что обозначили как «чрезмерно реагирующий», и третий тип реакции отличается отсутствием изменений СД или даже его уменьшением и потому определен как «слабо реагирующий». Индекс сопряжения у «чрезмерно реагирующего» и «нормально реагирующего» типов в состоянии покоя и в условиях физической нагрузки сходен и равен 4,37 и 4,67, соответственно. По-видимому, увеличение активности сердечно-сосудистой системы у этих испытуемых сопровождается адекватной активацией системы дыхания. У «слабо реагирующего» типа реакции показатель ИС является наиболее низким (3,48). К концу первого года обучения ИС у студентов всех групп имеет тенденцию к снижению как в состоянии покоя, так и при физической нагрузке, наиболее выраженную у студентов группы «слабо реагирующего» типа реакции. Это является признаком ухудшения межсистемной интеграции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что снижает адаптационные возможности организма в исследуемых условиях.

**Некрасова Н.М.**  
**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ**  
**ЧЕЛОВЕКА**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра анатомии человека**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ас. Гранина Е.В.**

Актуальность темы. Селезенка (spleen, lien) – это крупный периферический лимфоидный орган, расположенный по ходу кровеносных сосудов, который выполняет кроветворную, депонирующую, фильтрационную и иммунную функции. Величина селезенки благодаря богатству сосудов может довольно значительно изменяться у одного и того же человека в зависимости от большего или меньшего наполнения сосудов кровью. В среднем длина селезенки равняется 12 см, ширина 8 см, толщина 3-4 см, масса около 170 г (100-200 г). Во время пищеварения наблюдается увеличение селезенки. Цвет селезенки на поверхности темно-красный с фиолетовым оттенком. По форме селезенку сравнивают с кофейным зерном.

Материал и методы исследования. Для исследования были взяты образцы трупного материала селезенки у 20 человек (10 мужчин, 10 женщин), не имевших в анамнезе соматических заболеваний. В возрасте 40-70 лет. Исследования материала проводились на гистологических срезах толщиной 3–5 мкм. Для изучения морфологических структур селезенки применялись стандартные методы окраски гематоксилином и эозином.

Результаты исследования. Известно, что масса, объем, и размеры селезенки могут значительно варьировать в зависимости от процессов депонирования крови и активности кроветворения. Селезенка взрослого человека по данным разных авторов весит от 55 до 245 г, вес ее у мужчин больше, чем у женщин. Селезенка покрыта брюшиной и капсулой из плотной волокнистой соединительной ткани. Согласно нашим исследованиям: толщина капсулы селезенки человека: минимальная =56,9 (44,2; 75,5)мкм; максимальная=153,5 (125,1; 181,1)мкм и ее среднее значение=92,8 (56,3; 153,7)мкм. Капсула и трабекулы в селезенке человека занимают примерно 5–7% от общего объема органа и составляют его опорно-сократительный аппарат. Паренхима (пульпа) включает две зоны с разными функциями: белую (БП) и красную пульпу (КП), в основе которой лежит строма. В результате исследований: соотношение площадей БП =10,05 (7,7; 16,1)% и КП =89,95 (83,9; 92,3)%. БП представлена лимфоидной тканью, расположенной по ходу артерий. Она состоит из периартериальных лимфоидных влагалищ (ПАЛВ), лимфоидных фолликулов (ЛФ) и маргинальной зоны (МЗ). ПАЛВ окружают центральные артерии в виде цилиндрических компактных скоплений лимфоидной ткани. КП – включает венозные синусы и селезеночные или пульпарные тяжи (Бильрота). Венозные синусы – тонкостенные анастомозирующие сосуды диаметром 12–50 мкм неправильной формы, образующие основную часть красной пульпы. Пульпарные тяжи расположены между синусами и состоят из петель ретикулярной ткани. Кровообращение в селезенке обладает рядом особенностей. В ворота органа входит селезеночная артерия, ветви которой проникают в трабекулярные артерии и далее – в пульпарные артерии. В пульпе адвентиция такой артерии замещается оболочкой из лимфоидной ткани и артерия получает название центральной. Центральная артерия по мере прохождения в БП отдает коллатерали в виде капилляров, заканчивающихся в МЗ. Ветви центральных артерий повернуты под прямым углом. Кровь по

центральной артерии протекает таким образом, что клетки крови движутся по центру сосуда, а плазма по периферии. Происходит разделение тока крови.

Выводы. Таким образом, селезенка является важным своеобразным фильтром, предназначенным для очищения кровотока. Все ее структурные составляющие имеют свои функциональные особенности, с помощью которых улавливаются патологические частицы.

**Неплях А. В., Подобрий Д. С.**

## **КАК УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ?**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры, г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – к.мед.н., доцент Карнаух Э.В.**

Качество жизни – это субъективная интегральная самооценка физического, психологического, социального и эмоционального состояния человека, его взаимоотношения с людьми в соответствии с личными убеждениями. Нами был проведен опрос студентов медицинских университетов Украины (Харьковского, Днепропетровского, Запорожского) по оценке их качества жизни. Более 65 % студентов имеют серьезные нарушения в качестве их студенческой жизни: нарушения общего состояния и настроения, ухудшение самочувствия, общей выносливости, нарушения режима сна, питания и отдыха, снижение устойчивости к простудным заболеваниям, трудоспособности, памяти, обучаемости, стремления к интеллектуальному и духовному развитию. Каждый студент, принимавший добровольное участие в проведенном опросе, предварительно проконсультировался со своим участковым терапевтом по вопросу целесообразности и отсутствия противопоказаний к курсовому применению рекомендованных нами препаратов. С целью фармакологической коррекции выявленных нарушений качества жизни студентов медицинских ВУЗов рассмотрены такие группы препаратов, как адаптогены, антиоксиданты, антигипоксанты, иммуностимуляторы, ноотропы, витаминно-минеральные комплексы, цитогены и другие биостимуляторы. С учетом предстоящей сессии и необходимости длительного курсового приема препаратов метаболического действия, студенты в течение месяца принимают поливитамины («Витрум», «Ундевит») и ноотропы (пирацетам, фезам). Предварительные положительные результаты уже отмечаются у 5-12 % студентов. Наши исследования продолжаются и полноценность предложенной коррекции будет проанализирована через 3 месяца, в том числе и по результатам предстоящей зимней сессии.

**Носок Л.А., Буц А.В.**

## **РОЛЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Харьковский Национальный Медицинский Университет**

**Кафедра микробиологии вирусологии и иммунологии, г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – канд. биол. наук Днестранская Л.И.**

Широкая циркуляция микроорганизмов в стоматологических учреждениях обеспечивается спецификой проводимых манипуляций связанные с лечением, удалением и протезированием зубов в полости рта, при котором выделяется большое

количество микроорганизмов различных видов, что способствует увеличению риска передачи внутрибольничных инфекций

Во всех отделениях стоматологических поликлиник циркулирует определенный набор микроорганизмов, как грамположительных родов *Staphylococcus* и *Streptococcus*, составляющие более 50%, так и грамотрицательных родов — *Echerichia*, *Ps.aeruginosa*, *Klebsiella*, *Proteus*, удельный вес которых составил - 34%.

Мы сопоставили задачу-изучить чувствительность условно патогенных микроорганизмов полости рта у стоматологических больных к антибиотикам (эритромицин, тетрацеклин, линкомицин, ампецилин, левомецетин) и дезинфицирующим веществам (1% раствор хлорамина, 5% раствор хлорамина, фурацилин, 3% раствор водорода и 3% раствор карболовой кислоты, йодиолу.). С этой целью нами выведено 6 штаммов *Bacteria Sublitis*, 2 штамма *Pseudomonas aeruginosa*, 2 штамма *Proteus*, 4 штамма *E. coli*, 5 штаммов *St. Aureus*, 3 штамма *Kl. Pneumonia* и 10 штаммов грамотрицательных палочек, относящихся к одному виду (по морфологическим, культурным и биохимическим признакам), по всей вероятности являющимися представителями постоянной микрофлоры полости рта.

Нами отмечено, что среди условно-патогенных микробов, были штаммы устойчивые не только к антибиотикам, но и дезинфицирующим веществам. А это значит, что многие микроорганизмы могут быть возбудителями внутрибольничных инфекций. Таких как: лимфадениты (около 50%), периоститы 15%, остеомиелиты 7,5%, флегмоны 5%, постинфекционные абсцессы 3,5%.

Так как многие микроорганизмы, циркулирующие в стоматологических поликлиниках обладают выраженной полирезистентностью к 7-10 антибиотикам, то в результате для лечения при гнойно-воспалительных процессах предложены физидин, линкомицин, гентамицин, стрептомицин, бисептол, цефалексин.

Возникновение штаммов резистентных к антибиотикам и дезинфицирующим веществам их бесконтрольная циркуляция и распространение отрицательно сказывается на профилактике и лечении гнойно- септических осложнений. Поэтому необходим бактериологический контроль, определение чувствительности выделенных штаммов микроорганизмов к антибиотикам и дезинфицирующим веществам. Такой контроль будет способствовать предупреждению гнойных осложнений в полости рта.

**Отчик А. Е., Носок Л. А.**

**СОДЕРЖАНИЕ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И  
ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У КРЫС ПРИ  
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ НЕФРОПАТИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра биологической химии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. биол. н., доц. Горбач Т. В.**

Ухудшение экологической ситуации в Украине – одна из важнейших причин, которая приводит к увеличению заболеваемости населения. В последние годы в структуре заболеваний населения повысился процент нефропатий, которые связывают с особенностями городской экологии и гигиены населения. Основными веществами, которые загрязняют крупные промышленные центры являются тяжелые металлы, которые способны накапливаться в почках и негативно влиять на метаболические процессы в них. Поскольку важнейшая структурно-функциональная

часть почек – это система клеточных мембран, которые участвуют во взаимодействии клетки со средой, именно определение изменений в составе липидного матрикса мембран клеток почек под воздействием ионов тяжелых металлов необходимо для выяснения причин возникновения нефропатий.

Целью исследования было изучение особенностей липидного спектра сыворотки крови и мембран клеток почек, провоспалительных интерлейкинов в сыворотке крови и гомогенатах почек крыс при экспериментальной нефропатии.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проведены на 30 крысах-самцах линии Вистар 2-х месячного возраста. Моделирование нефропатии осуществляли согласно модели, разработанной на кафедре (патент №66957): животным ежедневно на протяжении 1 месяца внутривенно (через зонд) однократно вводили по 1 мл водного раствора  $\text{CuCl}_2$  с концентрацией  $1,35 \text{ мг/дм}^3$ . Контрольная группа животных по такой же схеме получала дистиллированную воду. Через 1 месяц животных выводили из эксперимента. Почки выделяли, отмывали от крови, готовили 10% гомогенат в 0,25М трис-НСl буфере, рН 7,4. С помощью дифференциального центрифугирования выделяли цитоплазматические мембраны. В сыворотке крови, гомогенатах ткани почек с помощью иммуноферментных методов определяли концентрации ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$ . Из мембран клеток почек липиды экстрагировали по методу Bligh and Dyer и фракционировали методом тонкослойной хроматографии на силикогелевых пластинах.

Результаты. Установлено, что в сыворотке крови и гомогенатах почек повышается концентрация ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$ , что свидетельствует о развитии воспалительного процесса. Известно, что типичным признаком нефротического синдрома является гиперлипидемия. Изучение липидного спектра сыворотки крови выявило наличие дислипидемии при нефропатии: увеличена концентрация ЛПНП, уменьшен уровень ЛПВП, концентрация ЛПОНП не отличается от уровня в контрольной группе крыс. В гомогенатах почек повышено содержание холестерина, триглицеридов, уменьшена концентрация фосфолипидов и высших жирных кислот, что свидетельствует о нарушении обмена липидов между почками и печенью. Возможно, причиной развития дислипидемии и нарушения липидного спектра в гомогенатах почек является недостаточность апо-А белка, который синтезируется в почках, при их патологии синтез апо-А может быть снижен, что ведет к снижению формирования ЛПВП. В плазматических мембранах клеток почек содержание фосфолипидов существенно снижается, а холестерина – увеличивается, отношение холестерин/фосфолипиды увеличивается. Такие изменения свидетельствуют о повышении жесткости цитоплазматических мембран, что может стать причиной нарушения транспорта веществ в клетку.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при нефропатии, вызванной введением повышенных доз меди, повышается секреция провоспалительных интерлейкинов, которые способствуют развитию дислипидемии, повышению жесткости цитоплазматических мембран клеток почек.

**Павлічук Є.О. Паніч Р.В.**  
**ПАРОДОНТОПРОТЕКТОРНА АКТИВНІСТЬ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ ПРИ**  
**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПАРОДОНТИТІ**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра фармакології та медичної рецептури,**  
**Харків, Україна.**

**Науковий керівник – ас. Гордійчук Д.О.**

На сьогоднішній день, за результатами досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я близько 95% населення планети страждає будь-якими захворюваннями пародонту. Найбільш агресивною та загрозливою проблемою сучасної стоматології – є хронічний генералізований пародонтит (ХГП), що є причиною, насамперед, передчасної втрати зубів.

Основна концепція лікування ХГП передбачає використання консервативних методів, що досягається шляхом застосування вискоелективних лікарських засобів різних фармакологічних груп. Відомо, що розвиток ХГП ініціює дисбаланс між прооксидантними та антиоксидантними системами організму. Це і дозволяє застосовувати препарати з антиоксидантними властивостями в умовах патології пародонту. Одним із таких лікарських засобів, як видається, є ацетилцистеїн, фармакологічні ефекти якого обумовлені особливостями його хімічної структури, що відіграє вельми важливу роль в реалізації антиоксидантної, антирадикальної та детоксикуючої властивостей.

Мета дослідження - експериментально обґрунтувати на моделі ХГП доцільність застосування ацетилцистеїну як пародонтопротектора. ХГП відтворювали за допомогою перекисної кальцій-дефіцитної моделі протягом 8 тижнів. Ацетилцистеїн застосовували з лікувально-профілактичною метою впродовж всього терміну дослідження перорально одноразовою дозою 100 мг/кг (2% водного розчину). Референс-препарат метилурацил використовували в аналогічному ацетилцистеїну режимі дозування. Для дослідження здатності ацетилцистеїну протистояти окислювальному стресу при ХГП, використовували фактор антиоксидантного стану (ФАОС), котрий досліджували за формулою через 2, 4, 6 і 8 тижнів експерименту.

На підставі експериментальних даних величина ФАОС в умовах модельованої форми пародонтиту (контроль) за 2 тижні знижується у 2,1 рази, а через 4 і 6 тижнів відзначається ще більш вагоме (у 4,2 і 5,6 рази, відповідно) зниження цього показника відносно «норми».

Застосування ж ацетилцистеїну за умов ХГП сприяє нормалізації ФАОС. Вже через 2 тижні у дослідній групі (ХГП+ацетилцистеїн) тварин реєструється достовірне ( $P < 0,05$ ) збільшення величини ФАОС в 1,30 рази порівняно з групою контролю. Вже через 4 тижні в дослідній групі тварин ФАОС у 3,9 рази перевищує контрольний рівень і не має достовірних відмінностей з показниками, котрі визначаються у «здорових» тварин. При цьому, ацетилцистеїн не тільки не поступається препарату порівняння, але і в більшості термінів дослідження (4,6 і 8 тижнів) достовірно ( $P < 0,001-0,05$ ) його перевищує за показниками ФАОС.

Отже застосування ацетилцистеїну з лікувально-профілактичною метою за умов ХГП суттєвим чином сприяє збереженню активності антиоксидантної системи захисту організму за рахунок підвищення рівня ФАОС, що й дає змогу стверджувати про виразні пародонтопротекторні властивості досліджуваного препарату.

**Пешенко О.М., Нго Тхі Туйєт Нга, Власенко О., Першин А.  
МОНІТОРИНГ УШКОДЖЕНЬ ДОВКОЛОХРЕБЦЕВОЇ ЗОНИ  
ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА: АНАТОМО-КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ  
ОСОБЛИВОСТІ**

**Харківський національний медичний університет  
Кафедра анатомії людини,  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: асистент Пешенко І.В.**

Ушкодження шийного відділу хребта (ШВХ) відносять до найбільш важких травм опорно-рухової системи з виникненням паралічів, які є основною причиною інвалідизації. Травмування ШВХ та паравертебральних тканин відбуваються при відносно незначних величинах навантажень та часто сполучаються із черепно-мозковою травмою.

Мета дослідження - вивчення частоти окремих клініко-морфологічних проявів залежно від ступеня тяжкості тілесних ушкоджень (СТТУ) ШВХ.

Дослідження проведено на 229 особах: 48 осіб з тяжкою травмою, 49 осіб – з середнім ступенем та 132 особи з легкою травмою. Застосовано клініко-статистичні методи: варіаційна статистика, імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності результатів; ліцензовані програмні продукти.

В результаті дослідження виявлено, що якщо при легкому ступеню тяжкості травми ШВХ середній показник клінічних проявів становив 17,2%, то при середньому – 41,6%, а при тяжкій травмі – 73,04%. Тобто, прояви клінічної симптоматики травми ШВХ збільшуються.

Особи з різним СТТУ мали і різну частоту окремих проявів пошкоджень. Зокрема, при легкому СТТУ достовірно частіше на шії виявляли садна шкіри та синці (відповідно у 93,5±1,1% та 88,5±2,2%), на другому місці серед осіб цієї групи – набряк (у 53,2±4,3% випадків), на третьому - частковий розрив м'яких тканин – у 30,2±4,1% випадків. Серед осіб з середнім СТТУ більш частими пошкодженнями виявилися: набряк шкіри, компресійні та дистракційні типи ушкоджень хребта (відповідно у 63,3±6,9%, 55,1±7,1% та 44,9±7,1%). Серед осіб з тяжким СТТУ більш частими пошкодженнями виявилися пошкодження хребта, що супроводжувалися повним або частковим розривом м'яких тканин.

При легкому СТТУ, у порівнянні з середнім та тяжким частіше реєструвались ознаки пошкодження шкіри та крововиливів; забійна рана, частковий або повний розрив м'яких тканин були однаково часто зареєстровані при усіх СТТУ, тоді як при середньому СТТУ зареєстровано тип «А» та тип «В» ушкоджень хребта за системою F. Magerl (1994) в модифікації «АО Spine». При тяжкому СТТУ, у порівнянні з середнім, частіше мали місце дистракційні типи пошкоджень хребта та, діагностовано наявність ротаційних типів.

З'ясовано, що в м'яких тканинах в навколохребцевій ділянці хребта було наявно розрив м'яких тканин, частковий розрив м'яких тканин та набряк з крововиливом. При чому у випадках легкого ступеню тяжкості травми ці ушкодження зареєстровано - у 53,0%, розриву м'яких тканин- у 19,0%, частковий розрив м'яких тканин – у 29,0%, та у 51,0% набряк з крововиливом.

Таким чином, у м'яких тканинах доколохребцевої ділянки ШВХ найчастіше зустрічаються набряк та крововилив до оточуючих тканин. Неускладнені травми ШВХ, які виникають від дії тупого предмету, супроводжуються як травмою шкіри та навколохребцевих м'язів, так і хребцевих структур. Причому, при легкому ступеню

тяжкості травми найчастіше зустрічаються ушкодження шкіри -64,7% та навколохребцевих структур -35.3%, а при середньому та важкому ступеню тяжкості травми переважають ушкодження навколохребцевих м'язів -50,4-52% та хребцевих структур -37-40.5%. Наявність і розвиток функціонального компоненту при неускладненій травмі ШВХ, що обумовлюється змінами у функції хребта, залежать від ступеня тяжкості травми. При цьому, зміни функції хребта виникають вже при ушкодженнях легкого ступеня тяжкості, поглиблюючись у випадках середнього та важкого ступеня тяжкості.

**Пешенко О.М., Шиленко В., Харченко Е., Піскарьова В.  
ПОКАЗНИКИ КОМП'ЮТЕРНОЇ СТАБІЛОГРАФІЇ ПРИ ТРАВМІ  
ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА ДОВОКОЛОХРЕБЦЕВИХ СТРУКТУР**

**Харківський національний медичний університет**

**Кафедра анатомії людини,**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: асистент Пешенко І.В.**

Ушкодження шийного відділу хребта (ШВХ) та біляхребцевих структур здатні суттєво впливати на стан функції підтримання вертикального положення тіла за рахунок формування розладів опорно-рухового апарату (ОРА), зокрема хребта. Багаторівнева біомеханічна структура хребта, при її навантаженні,

оптимально розподіляє запропоновані статичні та динамічні навантаження. Це має особливе значення при ушкодженнях хребта та біляхребцевих структур, оскільки функціональний стан хребтового рухового сегменту (ХРС) залежить від умов навантаження та ступеня тяжкості тілесних ушкоджень (СТТУ).

Оскільки при тілесних ушкодженнях ШВХ процеси компенсації хребтово-рухового сегмента (ХРС) порушуються, то і визначення інформативних біомеханічних індикаторів – є актуальним для судово-медичної практики.

Мета дослідження - вивчення інформативних показників комп'ютерної стабілографії для оцінки ступеня тяжкості тілесних ушкоджень шийного відділу та відповідних біляхребцевих структур.

Дослідження виконано за допомогою комплексу стабілографічних методик на приладі - статографі, до складу якого входять комп'ютер з відповідним програмним забезпеченням та спеціальна біомеханічна платформа. В процесі дослідження було вивчено стан функції підтримання вертикального положення методом комп'ютерної стабілографії у 82 осіб з тілесними ушкодженнями ШВХ та біляхребцевих структур.

В результаті дослідження встановлено, що при травмі ШВХ та біляхребцевих структур важкого ступеню виявлена значна ( $p \leq 0,001$ ) асиметрія положення проекції ЗЦМ до початку руху (проявлялась зміщенням ЗЦМ у фронтальній площині на  $(14,0 \pm 2,1)$  мм, в сагітальній –  $(33,2 \pm 4,3)$  мм), та менш виразна асиметрія при переході від статичного вертикального положення до динаміки (ходіння).

При середній СТТУ виявлено асиметрією стато-локомоторного процесу при первинно (до початку руху) більш симетричному розташуванні загального центру мас (ЗЦМ). Так, при статичному вертикальному положенні тіла зміщення проекції ЗЦМ на площі опори у фронтальній площині склало  $(12,6 \pm 3,1)$  мм, тоді як у сагітальній – переміщення проекції ЗЦМ було достовірно ( $p \leq 0,05$ ) вищим та склало  $(21,0 \pm 4,2)$  мм. Водночас, зазначимо, що коефіцієнт відношення висоти траєкторії зростання показника переміщення ЗЦМ ( $h_1$ ) при переході від статичного (стояння) до динаміки (ходьба) складає  $0,88 \pm 0,11$  та не відрізняється ( $p \geq 0,05$ ) від осіб з легким та важким



СТТУ ШВХ (відповідні коефіцієнти становлять  $0,78 \pm 0,09$  та  $0,90 \pm 0,06$ ). Коефіцієнт адаптації для різних сторін також демонструє тенденцію до асиметрії та, в цілому він дещо менш виразний, ніж при тяжкій травмі (тяжкий ступінь -  $0,74 \pm 0,07$ , середньої тяжкості -  $0,86 \pm 0,08$ ,  $p \geq 0,05$ ).

При легкому СТТУ виявлено більше зміщення ЗЦМ у сагітальній, ніж у фронтальній площині (відповідно  $17,7 \pm 5,4$ ) мм та  $(10,2 \pm 2,3)$  мм,  $p \geq 0,05$ ); при цьому зміщення ЗЦМ у сагітальній площині було достовірно ( $p \leq 0,05$ ) меншим, ніж при тяжкій СТТУ. Коефіцієнт відношення висоти траєкторії зростання по-казника переміщення ЗЦМ при переході від статички до динаміки складає  $0,90 \pm 0,06$  та не відрізняється ( $p \geq 0,05$ ) від осіб з середньою та тяжкою травмою ШВХ. Коефіцієнт адаптації для різних сторін – симетричний та на стороні ушкодження достовірно відрізнявся від аналогічного показника групи осіб з тяжкою травмою ШВХ.

Таким чином метод комп'ютерної стабілографії дозволить об'єктивізувати висновки експерта, їх точність та достовірність для судово-медичної оцінки ступеня тяжкості тілесних ушкоджень шийного відділу та від-повідних біляхребцевих структур.

**Пиняева В. В.**

## **ИЗ ЧЕГО СОСТОИТ ЭЛИКСИР МОЛОДОСТИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ?**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра фармакологии и медицинской рецептуры,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – к.мед.н., доцент Карнаух Э.В.**

Каждый человек мечтает прожить как можно дольше, внести свой активный вклад в современный мир. Но возможно ли это, если нас периодически беспокоят различные заболевания, которые угнетают общее состояние организма, лишают возможности заниматься любимым делом, ставят преграды на нашем жизненном пути? Проблема продления жизни является достаточно актуальной. Кроме генетической предрасположенности к долголетию и здорового образа жизни, пристальное внимание уделяется возможностям лекарственной поддержки с помощью группы геропротекторов для борьбы со старением. В настоящее время выделяются несколько десятков лекарственных средств натурального и синтетического происхождения, эффективность которых научно доказана и успешно применяется в геронтологической практике: антиоксиданты, антигипоксанты, адаптогены, ноотропы, энтеросорбенты, гепатопротекторы, иммуномодуляторы и пептидные биорегуляторы, препараты стимулирующей и заместительной гормонотерапии и др. Оказывая влияние на активные процессы обмена на молекулярном и клеточном уровнях, они нормализуют все виды обмена веществ, активизируют сниженные физиологические функции организма. Этим объясняется их универсальный эффект значительного повышения биосоциальных возможностей стареющего организма, расширяющий диапазон его активной адаптации. Но невозможно избавить человечество от генов старения, поэтому современная концепция антиэйджинга объединяет прием геропротекторов с рациональным режимом питания, физической активностью и ведение здорового образа жизни не только в зрелом и старческом возрасте, но и на протяжении всей жизни, начиная с детства и юности.

**Пирогова К.І.**

**ВПЛИВ КОМПОЗИЦІЙ, ВИГОТОВЛЕНИХ НА ОСНОВІ  
НАНОЧАСТИНОК СРІБЛА ТА ПОХІДНОГО 3-ГІДРОКСИПІРИДИНУ НА  
МІКРОБІОЦИНОЗ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РАНИ**

**Кафедра експериментальної та клінічної фармакології;  
кафедра мікробіології, вірусології та імунології**

**«ВДНЗУ Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.**

**Наукові керівники: проф. Важнича О. М., доц. Ганчо О.В.**

Однією з найбільш поширених і типових експериментальних моделей, які застосовуються для визначення впливу нового препарату на мікробний пейзаж (мікробіоценоз) *in vivo*, продовжує залишатися гнійна рана. Нові підходи до застосування медикаментозних засобів для прискорення загоєння гнійної рани (післяопераційні рани, осколкові, кульові і ножові поранення і т. і.) продовжують залишатися особливо актуальними у світлі сучасного напруженого політичного стану в Україні з одного боку і появи та значного зростання антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів (MRSA, VRSA et all) з другого.

Метою цього дослідження є вивчення впливу композицій, виготовлених на основі конденсату наночастинок срібла та похідного 3-гідроксіпіридину на загоєння і мікробний пейзаж гнійної рани щурів лінії Wistar.

Для дослідження готували нанорідини, для яких були використані порошкоподібні конденсати НЧ срібла з наявністю на поверхні оксиду срібла і розмірами 10 нм, осаджених на кристали натрію хлориду шляхом електронно-променевої технології. Для стабілізації наносрібла використовували 2-етил-6-метил-3-гідроксіпіридину сукцинат виробництва фірми «Бион», відомий як препарат мексидол, який застосовують у хворих з неврологічними та кардіологічними захворюваннями. У 18 білих щурів відтворювали під наркозом шкірно-м'язову рану в підщелепній ділянці, вводячи підшкірно 0,5 мл 10% розчину кальцію хлориду. Через 2 доби некротичний струп видаляли з утворенням рани, яку лишали відкритою, двічі на день зрошуючи стерильним 0,9% розчином натрію хлориду.

На 5-у добу, коли ексудат набував гнійного характеру, починали лікування. Щурам 1-ої групи щоденно 2 рази на день рану зрошували 1 мл 0,9% розчину натрію хлориду. У тварин 2-ої групи таким же чином застосовували 0,05% розчин відомого антисептичного препарату хлоргексидину біглюконату. Щурам 3-ї групи рану зрошували рідиною, яка містила НЧ срібла, стабілізовані 2-етил-6-метил-3-гідроксіпіридину сукцинатом і ПВП.

На 1-у, 3-ю, 7-у та 10-у добу від початку лікування виділення з рани брали для мікробіологічного дослідження, прикладаючи до поверхні рани попередньо зважений стерильний марлевий тампон площею 0,5 см<sup>2</sup>. Відразу після цього тампон вміщували в стерильну пробірку та доставляли в бактеріологічну лабораторію, де використовували для визначення мікробного числа (кількості колоніє-утворюючих одиниць (мікробів) у перерахунку на 1 мг ексудату) шляхом «вимивання» мікроорганізмів з тампону, посіву змитого матеріалу на тверде живильне середовище, наступної інкубації при +37оС та підрахунку колоній за допомогою збільшувального скла. Одержані результати обробляли методами непараметричної статистики, визначаючи середню М та межі її коливання М min – М max.

Для визначення мікробіоцинозу робили відбиток з поверхні рани на предметному склі, який фіксували в полум'ї і фарбували за Грамом. Другою

речовиною був ПВП низькомолекулярний від компанії «Синтвита», який в медицині застосовують у вигляді препарату «Неогемодез» для лікування інтоксикацій.

В результаті встановлено, що площа рани в щурів контрольної групи без лікування скоротилася в 1,9 разу в порівнянні з такою в перший день. У групі порівняння в щурів із застосуванням розчину хлоргексидину біглюконату площа рани за час лікування вірогідно зменшилася в 2,8 разу. У щурів дослідної групи з використанням нових стабілізованих НЧ срібла скорочення площі рани становило 3 рази і було вірогідним проти початку лікування. І при лікуванні рани хлоргексидином, і при зрошуванні нанорідиною на 10 добу площа рани була вірогідно меншою за таку в контрольних тварин. Це свідчить, що під впливом розчину досліджуваних НЧ срібла регенерація тканин і загоєння рани, не гірші за такі під впливом відомого антисептика хлоргексидину біглюконату.

В результаті встановлено, що нанорідина, яка містить НЧ срібла, стабілізовані 2-етил-6-метил-3-гідроксипіридину сукцинатом та ПВП, справляє антисептичну та регенераторну дію при лікуванні шкірно-м'язової рани в білих щурів і за виразністю ефекту не поступається відомому антисептику хлоргексидину біглюконату. Це означає, що така нанорідина має перспективи медичного застосування і потребує подальшого дослідження.

**Платонов Н.А., Пташинская А.И., Шутьга М.В., Ахмедова У.М.  
ВЛИЯНИЕ ХЛОРИДА НАТРИЯ НА ВОДНО-СОЛЕВОЙ ОБМЕН В  
ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра медицинской биологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ассистент, к.б.н. О.В. Дунаева**

Поваренная соль (NaCl) является одним из важнейших химических компонентов, который входит в состав крови, лимфы, межклеточного вещества и клеток тела человека. Суточная норма соли потребления составляет около 5-8 г. Количество выделяемой организмом взрослого человека жидкости колеблется от 800 до 2000 мл и зависит от возраста, температуры и влажности окружающей среды, типа питания и прочих внешних и внутренних факторов. В норме 75–80% воды выводится из организма человека через почки, 20–25% — через кожу, легкие и пищеварительную систему.

Цель исследования — изучение влияния количества употребляемого хлорида натрия на водно-солевой обмен организма человека.

В исследовании добровольно приняли участие четыре студента, в возрасте 18–19 лет. Исследования проводились в течение четырех дней. В течение двух дней исследуемые употребляли в своем рационе продукты, содержащие соль, в обычном для них количестве (в пределах нормы — 5–7 г в сутки) и фиксировали количество потребляемой и выделенной жидкости, показатели веса в одно и то же время. В течение следующих двух дней испытуемые не употребляли соли и питались по рассчитанному одинаковому максимально бессолевому рациону.

Результаты первых двух дней с употреблением соли в пределах нормы показали, что разница между выпитой и выделившейся жидкостью составляет в среднем  $168 \pm 55$  г. Если учесть, что с воздухом выдыхается около 150–200 г воды, то можно сделать вывод, что такое количество соли действительно не влияет на изменение водно-солевого баланса в организме испытуемых.

Так как ионы натрия, которые содержатся в поваренной соли, имеют свойство задерживать воду, то при уменьшении их поступления в организм, исследуемые начали выделять на 10–20% больше жидкости, чем при употреблении соли. При бессолевой диете количество выпитой воды, по сравнению с выделившейся, было меньше в среднем на  $263 \pm 52$ г. Потеря в весе за двое суток у всех испытуемых составила в среднем  $425 \pm 125$  г.

Проведенное исследование показало, что исключение соли из рациона приводит к более активному выведению воды из организма, его обезвоживанию, снижению количества потребляемой воды и, как следствие, к потере веса.

**Погодина Е.В., Гайнанова В.О.**  
**УСТАНОВЛЕНИЯ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ ПРИ СУДЕБНО-**  
**МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра судебной медицины, медицинского правоведения,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доцент Губин Н.В.**

**Актуальность.** Судебно-медицинская экспертиза по поводу половых преступлений, по данным специальной литературы, в ходе судебного и досудебного следствия проводится достаточно часто. При этом особого внимания заслуживает экспертиза по поводу установления половой зрелости, имеющая ряд особенностей, которые следует учитывать судебно-медицинскому эксперту.

**Цель исследования.** Контент-анализ экспертизы по поводу половой зрелости для усовершенствования ее судебно-медицинской диагностики с учетом правового аспекта.

**Материал и методы.** Было проанализировано 22 заключения судебно-медицинской экспертизы по поводу установления половой зрелости за 1997-2010 гг., проведенной на базе Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Нами установлено, что при определении половой зрелости экспертами учитываются следующие признаки: общее развитие организма, развитие половых органов и способность к совокуплению, способность к зачатию, способность к вынашиванию плода, способность к родоразрешению, способность к вскармливанию.

Наибольший интерес вызвали заключения экспертов со следующими формулировками: «половой зрелости не достигла, по физическому и общему развитию соответствует своему возрасту»; «половой зрелости не достигла в связи с отсталостью в общем развитии и наличием недоразвития матки, подлежит дополнительному обследованию экспертом-психиатром, т.к. является умственно дефективной (слабоумие)»; «в настоящее время беременна, срок беременности 8 месяцев, половой зрелости не достигла, в связи с общим недостаточным развитием и особенно недоразвитием аза»; «половой зрелости не достигла в связи с недоразвитием маки и таза, но выглядит старше своего возраста»; «по своему физическому развитию половой зрелости достигла».

**Выводы:** На сегодняшний день согласно ст. 155 Уголовного Кодекса Украины уголовная ответственность наступает лишь тогда, когда виновный предвидел или мог предвидеть, что потерпевшая (потерпевший) не достигла половой зрелости. В свою очередь, в связи со многими факторами (акселерация, эндокринные нарушения,

гинекологические заболевания, которые влияют на половую зрелость) предоставляется трудным объективно оценивать данный вопрос. Судебно-медицинская экспертиза установления половой зрелости требует совершенствования с применением комплексного обследования пострадавших, разработкой четких критериев судебно-медицинской оценки таких случаев. В свою очередь правовая база, предусматривающая наступление уголовной ответственности при совершении преступлений такого рода требует уточнения, и возможно пересмотра отдельных правовых норм и их дополнения.

**Поликарпова А.В.**

## **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ СОДЕРЖАНИЯ ОБЩЕГО КОЛЛАГЕНА В ПОРАЖЕННОМ УЧАСТКЕ КОЖИ МОРСКИХ СВИНОК ПРИ ОЖОГАХ РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра биологической химии,  
г. Харьков, Украина**

Ожог – часто возникающая травма, характеризующаяся высокой степенью тяжести. В зависимости от этиологии повреждения ожоги подразделяются на термические, химические, лучевые (радиационные). До сих пор, однако, не существует работ, в которых проводилось бы сравнительное изучение особенности реакции организма на эти виды ожогов. Одним из важных показателей, которые могут осветить эти особенности, является динамика синтеза коллагена при репарации поврежденных тканей, что позволит дифференцированно подойти к вопросу о лечении таких травм.

В связи с этим целью работы было сравнение динамики метаболизма коллагена при ожоговых поражениях кожи различной этиологии.

Исследования проводили на четырехмесячных морских свинках-самцах, содержащихся в стандартных условиях вивария. Термический ожог вызывали контактным путем с помощью раскаленного металлического клейма ( $S=3 \text{ см}^2$ ,  $t=250^\circ\text{C}$ , экспозиция 2 мин). Химический ожог производили путем аппликации 20% раствора соляной кислоты ( $S=3 \text{ см}^2$ , экспозиция 2 мин). Лучевой ожог вызывали путем радиационного воздействия X-лучей в области бедра в экспозиционной дозе 60 Гр (ТУР – 60, 50 кВ, 10 мА, фильтр 0,6 м А1, мощность дозы 36,74 Гр/мин, площадь облучения  $1 \text{ см}^2$ ). Степень всех видов ожогов определяли как третью.

Изучение содержания коллагена проводили гистохимическим методом. Образцы кожи фиксировали в формалине, затем заливали парафином, микротомировали и проводили окраску по Маллари. Для анализа образцов использовали люминисцентный микроскоп “Olimpus”, снабженный фотокамерой, снимки изучали с помощью компьютерной программы “Fotoshop”. Содержание коллагена оценивали по отношению оптической плотности окрашенной части препарата к оптической плотности неокрашенного фона, выражаемом в условных единицах. Исследование вышеупомянутых показателей проводили через 1 час, через 1 и 7 суток после термического ожога, через 1 час, через 1, 3 и 5 суток после химического и через 1 час, 1, 7, 21 и 35 суток в случае лучевого воздействия. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования показали, что при термическом и химическом ожогах кожи минимальное значение содержания коллагена наблюдалось через 1 час после

воздействия в период образования пузырей, язв, некроза. В дальнейшем, по мере стихания воспалительной реакции, происходит постепенное увеличение содержания коллагена. На 7 сутки при термическом ожоге и на 5 сутки при химическом значении уровня коллагена в коже приближалось к контрольному уровню, что соответствует стадии полной очистки раны от продуктов распада и началу заполнения дефекта грануляциями.

После радиационного воздействия изменение содержания коллагена наблюдалось на 21 сутки (снижение содержания в 2 раза по сравнению с контролем), что соответствует периоду десквамации, образования струпа и уплотнения очага, а также. Следует отметить, что через 21 сутки после химического или термического воздействия дефекты уже полностью эпителизируются, то есть процесс их заживления к этому времени завершается. На 35 сутки после лучевого ожога уровень содержания коллагена несколько увеличивался (стадия образования язвы), однако он существенно ниже, чем на 5 сутки при химическом ожоге и 7 сутки при термическом.

Таким образом, при радиационном ожоге кожи наблюдается ингибирование синтеза коллагена, вследствие чего дефект не заполняется грануляциями и самостоятельного заживления не происходит.

**Полозов С.Д., Лещук И.В., Красников С.В.**  
**ВЛИЯНИЕ ЭМИ НА УРОВЕНЬ ОСНОВАНИЙ ШИФФА В**  
**ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И НАДПОЧЕЧНИКАХ КРЫС**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра патологической физиологии им. Д.Е. Альперна**  
**Научный руководитель: доц. Н.А. Шутова**

Актуальность. Человеку XXI века невозможно представить свою жизнь без электроприборов, удобства использования бытовой техники, быстрого и удобного обмена информацией с помощью мобильных телефонов, компьютеров и ноутбуков. Однако, наряду с обеспеченными научно-техническим прогрессом удобствами, электроприборы и средства коммуникаций (с частотой 800-950 МГц) являются источниками электромагнитного излучения (ЭМИ). Теоретически ЭМИ считается безвредным для окружающей среды (из-за отсутствия ионизирующей способности). На практике, вопрос о безвредности ЭМИ данного диапазона частот для живых существ остается открытым.

Учитывая вышесказанное, целью нашей работы стало изучение влияния ЭМИ с частотой 800-950 МГц на состояние уровня оснований Шиффа (ОШ) в щитовидной железе и надпочечниках.

Материалы и методы. Для проведения данной экспериментальной работы было взято 24 крысы-самки WAG/G Sto., которые были разделены на 2 возрастные группы (трехмесячные и пятимесячные), соответственно по 12 в каждой. Далее, каждая из возрастных групп была разделена на 2 группы (контрольную и опытную), соответственно по 6 в каждой. 1гр – трехмесячные крысы контрольной группы, 2гр – трехмесячные крысы опытной группы, соответственно 3гр и 4гр это пятимесячные группы контроля и опыта. Уровень концентрации ОШ был определен спектрофотометрическим методом.

Полученные результаты. Полученные данные свидетельствуют об увеличении концентрации ОШ в щитовидных железах крыс у 1гр относительно 2гр, соответственно, на 24% и 17% ( $p < 0,01$ ). Также было определено достоверное увеличение концентрации ОШ у 3гр относительно 4гр на 33,5% ( $p < 0,001$ ). Учитывая

механізм утворення ОШ, а саме, альдольного амінування карбонільних сполучень, а також модифікації амідосодержачих сполучень (пептиди, білки, димери амінокислот), можна передбачити посилення процесів вільнорадикального окислення ліпідів, амінокислот, пептидів, білків, а також інших сполучень, що містять вищезгадані функціональні хімічні групи в організмі експериментальних тварин.

Висновок. Отримані результати свідчать про наявність негативного впливу ЕМІ (800-950 МГц) на організм тварин. Це обумовлено активацією вільнорадикального окислення білків, пептидів та інших сполучень.

**Попов О.С.**

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИКЛОКОРУ НА ПЕРЕБІГ ГІСТАМІНОВОГО НАБРЯКУ СТОПИ У ЩУРІВ**

**Національний фармацевтичний університет, кафедра клінічної  
фармакології та клінічної фармації,**

**Харків, Україна**

**Науковий керівник: Зупанець І.А.**

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є однією з найбільш широко застосовуваних груп лікарських засобів в клінічній практиці, проте не дивлячись на безперечну клінічну ефективність, їх застосування пов'язане з високим ризиком розвитку побічних ефектів, які, в цілому, зустрічаються в 25% випадків, а в 5% - складають серйозну загрозу життю. Тому актуальним напрямком наукового дослідження є пошук таких комбінацій НПЗП з іншими речовинами, які б дозволили зменшити дозування НПЗП без зниження терапевтичної ефективності лікарського засобу. Одним з таких комбінованих препаратів є «Диклокор», що містить НПЗП диклофенак натрію і біофлавоноїд кверцетин.

Дослідження проводили на 40 білих щурах обох статей масою 150-180 г згідно рекомендацій ДП „ДЕЦ МОЗ України”. Тварини були розподілені на 4 експериментальні групи: 1 група – тварини з контрольною патологією; 2 група – тварини, що отримували Диклокор у дозі 17,8 мг/кг; 3 група – тварини, що отримували Кверцетин у дозі 11,0 мг/кг та 4 група – тварини, що отримували Вольтарен у дозі 6,8 мг/кг. Об'єм набряку вимірювали в динаміці через 0,5, 1, 2 та 3 години після введення флогогену з використанням цифрового плетизмометру (ПТС Life Science, США). Протизапальну активність (ПЗА) виражали у відсотках за ступенем зменшення набряку у тварин, які отримують дослідні препарати, в порівнянні з тваринами групи контрольної патології. Усі препарати вводили перорально одноразово за 1 годину до відтворення патології. Асептичне ексудативне запалення викликали шляхом субплантарного введення у праву задню лапу 0,1 мл 0,25 % розчину гістаміну („Sigma-Aldrich”, США).

Виразність гістамінового набряку в контрольній групі тварин була найбільшою через 30 хвилин (2,24 см<sup>3</sup>) після введення гістаміну. Далі набряк поступово зменшувався (1,96, 1,86, 1,81 см<sup>3</sup> на подальші періоди спостереження відповідно).

Найбільші показники антиексудативної активності були зафіксовані у Диклокору. Так, станом на перші 30 хвилин дослідження за показником активності Диклокор перевищував Кверцетин у 1,2 разу, Вольтарен – в 3 рази. Достовірність відмінностей відносно Вольтарену мала вірогідний характер. Надалі показники ПЗА Диклокору підвищувалися та сягали рівня 34,0 % на 1 годину спостереження, що майже в 1,2 разу перевищувала Кверцетин та в 2,7 разу – Вольтарен. На 2 години

спостереження Диклорек виявив найвищий рівень активності, що склав 36,9 % та мав вірогідний характер розбіжностей стосовно тварин, лікованих Кверцетином та Вольтареном. На кінець спостереження дещо понизився рівень активності Диклореку до 32,3 %, проте залишався вірогідно вищим відносно референс-препаратів.

Дещо нижчими були показники активності у групі тварин, що отримували Кверцетин. Станом на 30 хвилин та 1 годину експерименту дана експериментальна група не мала вірогідних відмінностей з показниками тварин, що отримували Диклорек. На наступні періоди спостереження показники активності Кверцетину поступалися показникам Диклореку, що підтверджено наявністю вірогідних відмінностей у показниках даних експериментальних груп на 2 та 3 годину дослідження.

У разі застосування Вольтарену відмічалася закономірність протилежна Кверцетину, оскільки даний досліджуваний об'єкт більш активно інгібував запалення на 2 та 3 годину дослідження, поступаючись показникам Кверцетину у перші два періоди спостереження.

Отримані дані свідчать про те, що Диклорек чинить виражену інгібуючу дію на перебіг гістамінового запалення. Активність Диклореку на даній моделі обумовлена адитивним впливом його монокомпонентів на протизапальні властивості один одного.

**Ромащенко П.В., Коломиец А. С., Лазоренко К.М.**  
**ВЛИЯНИЕ СУСПЕНЗИИ ПЛАЦЕНТЫ НА АПОПТОЗ КЛЕТОК В**  
**УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АДЬЮВАНТНОГО**  
**АРТРИТА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра медицинской биологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ассистент, канд. биол. наук И.В. Рассоха**

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое заболевание аутоиммунного генеза, которое характеризуется поражением суставов и различными внесуставными проявлениями. Деструкция суставного хряща и кости приводит к ранней инвалидизации больных, поэтому данная патология остается одной из важнейших проблем научной и практической ревматологии.

В патогенезе РА преобладающее значение имеет ослабление супрессорных механизмов и развивающаяся на этом фоне активация В - и Т - лимфоцитов с последующей избыточной антигенной стимуляцией и продукцией провоспалительных цитокинов. Наряду с лимфоцитами участниками воспалительного процесса, обуславливающими комплекс дегенеративных явлений в суставе, являются нейтрофильные гранулоциты и моноцитарно-фагоцитарные клетки. Учитывая, что при аутоиммунных заболеваниях, в частности, что при РА наблюдается нарушение апоптотической гибели клеток [Гольцев А.Н. 2003] необходимо искать методы направленной регуляции процессов апоптоза.

Цель работы – изучить влияние суспензии плаценты на апоптоз клеток периферической крови при развитии экспериментального адьювантного артрита (АА).

Патологию индуцировали по методу Пирсона [Pearson С.М., Wood F.D., 1963]. Приготовление суспензии плаценты осуществляли согласно методическим рекомендациям [Грищенко В.И., Морозова Т.Ф., 1997]. Учет нейтрофильных



гранулоцитів і моноцитів/макрофагів, що знаходяться в стані апоптозу оцінювали методом світлової мікроскопії з наступним підрахунком індексу апоптозу.

Встановлено, що на 14-і дні після індукції патології у тварин з АА на фоні достовірного підвищення по порівнянню з контрольною групою мишей (без патології) вмісту нейтрофільних гранулоцитів відбувається зниження їх індексу апоптозу. Введення суспензії плаценти сприяло посиленню апоптозу нейтрофільних гранулоцитів, моноцитів/макрофагів і зменшенню прояву клінічних симптомів АА, що свідчить про можливість плаценти реалізовувати терапевтичний ефект через включення механізмів управління інтенсивністю апоптотических процесів.

**Руснак С.В., Марковська І.О.**

## **МОНІТОРИНГ КОРЕЛЯЦІЙНОЇ ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ФАКТОРА ВІЛЕНБРАНДА ПРИ ГОСТРІЙ КРОВОТЕЧІ ПІСЛЯ ТРАВМИ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ**

**Одеський національний медичний університет,  
Кафедра загальної та клінічної патологічної фізіології ім. В.В.Підвисоцького  
м. Одеса, Україна**

**Науковий керівник – д.мед.н., професор Савицький І.В.**

Актуальність: летальність від гострих кровотеч в локальних війнах сягає позначки 85 %, а після отримання травми нижньої кінцівки в умовах антитерористичної операції цей показник був зафіксований в розмірі 65,2 % (Заруцький Я.Л., 2014). На думку багатьох авторів, таких як Брюсов (1997 р.), Манушкін (2001 р.), Чепкій (2003 р.), Назаренко (2014 р.) та інші, ще не розроблено методів для точної верифікації об'єму крововтрати. На основі чого потрібно розвивати подібний напрямок пошуків.

Ціль роботи: прослідкувати кореляційну зміну активності фактора Віленбрана відносно зміни розміру крововтрати.

Матеріали: 9 щурів, самки та самці з середньою масою тіла 353,2 г., з віварію ОНМедУ лінії Wistar які знаходились на стандартному режимі харчування та утримання.

Методи: Експериментальне дослідження.

Результати: 9 щурам змоделивали травму нижньої кінцівки по оригінальній моделі. В результаті чого мала місце гостра кровотеча з центральних кровоносних судин та мікроциркуляторного русла. В першу пробу входила кров кількістю 15 % втрати від рівня об'єму циркулюючої крові (ОЦК), а в іншу решта до моменту локального гемостазу. Середнє значення крововтрати –  $4,89 \pm 0,01$  мл., рівень ОЦК – 27,5 мл, 15 % крововтрати фактично досягає рівня  $4,1 \pm 0,01$  мл.

Норма фактора в плазмі коливається в межах 80 – 120 %. Середнє значення по групі – 136,4 %. Це збільшення від верхнього значення на 16,4 %, а в відносній величині на 13,7 %. В той час як від нижньої межі – 56,4 %, в відносній величині – 70,5 % ( $p < 0,05$ ). Значення фактора при крововтраті 15 % від ОЦК – 122,4 %. Збільшення від верхнього значення відповідно 2,4 % та 2 %. При відношенні до нижньої межі – 42,4 % та 53 % ( $p < 0,05$ ).

Кровотеча яка сягала більше ніж 15 % відмічалась 77,8 % тварин. Фактичне значення фактора судинно-тромбоцитарної ланки – 154,4 %. Це на 34,4 % по середньому значенні та на 28,7 % відносно вище верхньої норми. В той час як ці

значення на 74,4 % та 93,0 % більші мінімального значення, при  $p < 0,05$ . Коефіцієнти кореляції ( $r$ ) в трьох випадках – 30,9; 125,1; 436,8.

Висновок: Отже, з проведеного нами дослідження прослідковується кореляція змін між показниками кількості фактора Віленбранда в плазмі залежно від розміру крововтрати.

**Савельев В.В., Тымбота М.А.**

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ЦВЕТКОВ LAVANDULA ANGUSTIFOLIA MILL**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра медицинской и биорганической химии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – Тишакова Т.С.**

Цель: Минеральные вещества растворены в жидкостях, составляющих внутреннюю среду организма, а также в цитоплазме клеток. Образующий ими полиэлектролит создает необходимые условия для осуществления многочисленных химических реакций. Минеральные вещества являются кофакторами ферментативных реакций, создают необходимый уровень осмотического давления, обеспечивают кислотно-основное равновесие, участвуют в процессах свертывания крови, создают мембранный потенциал и потенциал действия возбудимых клеток. Одними из источников минеральных веществ являются лекарственные растения. Изучение состава и содержания макро- и микроэлементов в лекарственном растительном сырье обогащает знания о его химическом составе и расширяет спектр его применения для профилактики и лечения заболеваний. Одним из таких лекарственных растений является лаванда узколистная, которая традиционно применяется как эфиромасличное растение.

Методы: Исследования по изучению минерального состава цветков лаванды узколистной были проведены на базе НТК «Институт монокристаллов» НАН Украины в отделе аналитической химии функциональных материалов и объектов окружающей среды им. А.Б. Бланка. Определение количественного содержания макро- и микроэлементов проводили методом атомно-эмиссионной спектроскопии, который основывается на испарении золы растений в дуговом разряде, фотографической регистрации разложенного в спектр излучения и измерении интенсивности спектральных линий отдельных элементов.

Результаты: В результате исследования было определено 15 соединений минеральной природы: 6 макро- и 9 микроэлементов и установлено их количественное содержание (мкг/100г). Как видно из данных таблицы 1, в цветках лаванды среди макроэлементов доминируют калий и кальций (2280 мкг/100 г и 610 мкг/100 г соответственно), а среди микроэлементов железо и алюминий (23 мкг/100 г и 15 мкг/100 г соответственно). Содержание тяжелых металлов находится в пределах требований предельно допустимых концентраций для сырья и пищевых продуктов ( $Co < 0,03$  мкг/100 г;  $Cd < 0,01$  мкг/100 г;  $As < 0,01$  мкг/100г;  $Hg < 0,01$  мкг/100г).

Учитывая значительное содержание стронция в исследуемом объекте (7,6 мкг/100 г) можно предположить о выборочном накоплении этого микроэлемента, и как следствие прогнозировать радиопротекторное действие лаванды. Значительное содержание калия на фоне незначительного содержания натрия дает возможность предусматривать диуретическое действие лаванды узколистной.

Выводы: Методом атомно-абсорбционной спектроскопии проведено изучение минерального состава цветков лаванды узколистной, установлено наличие 15 макро- и микроэлементов. В наибольших количествах содержатся калий, кальций, магний, кремний.

**Сакал Г.О., Товажнянська В.Д.**

**ВПЛИВ ХРОНІЧНОЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ГІПОКСІЇ НА МОРФО-  
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ТА ПЕЧІНКИ ПЛОДІВ  
ЩУРІВ ЛІНІЇ WAG**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра патологической анатомии,  
Харьков, Украина**

У наш час не вирішено багато серйозних питань, пов'язаних з якістю здоров'я плода та новонародженого, тоді як показники дитячої смертності збільшуються із року в рік. Здоров'я дитини значною мірою визначається перебігом пренатального та перинатального періодів розвитку людини. Відомо багато причин, які впливають на перебіг вагітності і пологів, але найбільш поширеним несприятливим фактором є гіпоксія (Г.И. Губина-Вакулик, А.В. Андреев, 2014). Вплив гіпоксії на організм плода залежить від тривалості та сили дії, індивідуальної витривалості та строку внутрішньоутробного розвитку. Гіпоксія пренатального періоду має різко негативний вплив на плід, наслідком якого є зниження виживаності, внутрішньоутробна затримка росту. Киснева недостатність у період вагітності знижує адаптаційні можливості в постнатальному періоді, обумовлюючи загибель і народження фізіологічно незрілого й відстаючого в розвитку новонародженого (М.С. Мірошніченко, І.В. Сорокіна, О.М. Плітень, 2014). Найбільш помітна дія гіпоксії на органи ендокринної та екзокринної секреції. У даному дослідженні ми вирішили дослідити стан надниркових залоз, як представників ендокринної системи та печінки, яка є одночасно ендокринною та екзокринною залозою (О.Д. Луцик, 2013)

Метою дослідження – вивчити морфо-функціональний стан надниркових залоз та печінки у щурів лінії WAG, які зазнали впливу хронічної внутрішньоутробної гіпоксії.

Матеріал і методи. Весь матеріал був розділений на дві групи: контрольну, до якої увійшли 9 плодів від щурів з фізіологічної вагітністю, і групу порівняння, її склали 7 плодів від щурів з моделюванням високогірної хронічної гіпоксії. Тварин виводили з експерименту на 21 день гестації. Тканини надниркових залоз та печінки плодів досліджувались за допомогою гістологічних методів. Експерименти проводилися в 2013-2014г на базі кафедри патологічної анатомії ХНМУ.

Результати дослідження. При дослідженні плаценти виявлені наступні морфологічні зміни: макроскопічно – вага, об'єм, товщина дещо зменшені; мікроскопічно – помірно виражені інволютивно-дистрофічні та дисциркуляторні зміни. Печінка – у ході мікроскопічного дослідження встановлено, що в печінці плодів контрольної групи гістоархітектоніка збережена, балочно-радіарна будова простежується чітко. У центральних венах відзначається помірне повнокров'я, синусоїди нерівномірно розширені. Гепатоцити з еозинофільною зернистою цитоплазмою і округлим базофільним ядром. При дослідженні печінки основної групи встановлено, що гепатоцити знаходились переважно в стані дрібнокрапельного ожиріння на периферії часточок. Портальні тракти незначно розширені за рахунок новоутвореної сполучної тканини. Нерівномірне повнокров'я синусоїдів і центральних

печінкових вен. Середня щільність клітин в на  $1 \text{ мм}^2$  площі в групі плодів із хронічною внутрішньоутробною гіпоксією достовірно менша, ніж у контрольній групі ( $P < 0,01$ ). Але середня площа гепатоцита, середня площа ядра, достовірно вищі у порівнянні із контрольною групою ( $P < 0,01$ ). Вказані зміни можна вважати наслідком хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода.

Наднирники – у контрольній групі клубочкова зона добре диференціювалась від пучкової зони, тому що між ними був присутній шар камбіальних клітин з темним ядром. Пучкова зона кори надниркових залоз досить вузька, але майже в два рази ширше клубочкової зони. У групі контролю основну товщу кори надниркових залоз складала фетальна кора. У щурят при хронічній внутрішньоутробній гіпоксії гістологічна структура наднирників відрізнялася від такої у групи контролю. Клубочкова зона кори надниркових залоз більш рихла, при цьому ширина зони і площа ядер ендокриноцитів достовірно не змінилися ( $P > 0,05$ ). Пучкова зона наднирників щурят основної групи перевищує таку в групі контролю ( $P < 0,01$ ). Виявлені цитоліз та резорбція спонгіоцитів, добре помітне розростання сполучної тканини. Ширина фетальної кори достовірно зменшена, в порівнянні з групою контролю ( $P < 0,01$ ). Що стосується щільності клітин, то в основній групі вона трохи вище, однак площа клітини і ядра нижче, що вказує на зниження морфофункціональної активності фетальної кори надниркової в порівнянні з групою контролю і, очевидно, свідчить про прискорення дозрівання наднирника під дією перенесеної хронічної внутрішньоутробної гіпоксії.

Висновки. В результаті проведеного дослідження встановлено, що хронічна внутрішньоутробна прискорює дозрівання наднирників, викликає підвищення функціональної активності гепатоцитів, виснажуючи, тим самим, адаптаційні резерви органу. Описані особливості будови наднирників та печінки плодів є морфологічним підтвердженням впливу хронічної гіпоксії на закладку і формування органів на ранніх етапах внутрішньоутробного життя, що може проявитися надалі в онтогенезі розвитком недостатності функціональної активності цих органів.

**Сакал А.А., Чирва А.В.**

## **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ КРЫС В ПРЕНАТАЛЬНОМ И РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ**

**Харьковский национальный медицинский университет.**

**Кафедра патологической анатомии, кафедра гистологии, цитологии и  
эмбриологии.**

**Харьков, Украина.**

Печень является органом, выполняющим в процессе эмбриогенеза одновременно свои собственные функции, и являющимся кроветворным. Исследование морфологических особенностей печени крыс на разных этапах онтогенеза является актуальным направлением современной морфологии, поскольку позволяет оценить морфофункциональное состояние печени и особенности её развития в процессе эмбриогенеза в норме, а также при различных патологических состояниях.

Цель исследования: изучить морфофункциональное состояние печени новорожденных крысят от матерей с физиологической беременностью в раннем постнатальном периоде.

Материалы и методы. Исследовалась ткань печени доношенных плодов и новорожденных от здоровых лабораторных крыс линии WAG с физиологическим

течением беременности. Весь материал был разделён на 2 группы: 9 плодов от крыс с физиологической беременностью и 9 новорожденных от крыс с физиологической беременностью. Выведение крысят из эксперимента производилось в конце первых суток. Препараты печени окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по методу ван Гизон, по методу Маллори. Производили морфометрическое исследование, в ходе которого определяли следующие морфометрические параметры: площадь ядра, цитоплазмы, клетки в целом, объём ядра, цитоплазмы, клетки, ядерно-цитоплазматический индекс (ЯЦИ), а также подсчитывалась плотность расположения гепатоцитов в  $1\text{мм}^2$ . Полученные данные обрабатывались с помощью статистических методов.

Результаты. В ходе морфометрического исследования были получены следующие результаты. У плодов средняя площадь гепатоцита составила  $39,03 \pm 0,9 \text{ мкм}^2$ , средняя площадь ядра –  $19,1 \pm 0,45 \text{ мкм}^2$ , средний объём цитоплазмы –  $122,4 \pm 2,88 \text{ мкм}^3$ , средний объём ядра –  $64,97 \pm 1,53 \text{ мкм}^3$ , средний объём клетки –  $187,4 \pm 4,41 \text{ мкм}^3$ , а среднее значение ЯЦИ –  $0,53 \pm 0,01$ . Эти же показатели у новорожденных имели следующие значения: средняя площадь гепатоцита –  $42,59 \pm 1,00 \text{ мкм}^2$ , средняя площадь ядра –  $18,16 \pm 0,42 \text{ мкм}^2$ , средний объём цитоплазмы –  $152,4 \pm 3,59 \text{ мкм}^3$ , средний объём ядра –  $58,74 \pm 1,38 \text{ мкм}^3$ , средний объём клетки –  $211,1 \pm 4,97 \text{ мкм}^3$ , а среднее значение ЯЦИ –  $0,41 \pm 0,009$ . При сравнении вышеуказанных показателей группы плодов и новорожденных установлено достоверное отличие их друг от друга для площади клетки ( $p < 0,01$ ), площади цитоплазмы ( $p < 0,001$ ), объёма клетки ( $p < 0,001$ ), объёма цитоплазмы ( $p < 0,001$ ), объёма ядра ( $p < 0,05$ ) и ЯЦИ ( $p < 0,001$ ).

Нами определялась плотность клеток в  $1\text{мм}^2$ , её значение в печени плодов составило  $20148,7 \pm 450,5$ , а в печени новорожденных –  $12537,5 \pm 280,3$ , что достоверно отличалось между собой ( $p < 0,01$ ), и являлось результатом изменения площади и объёма клеток у новорожденных.

Выводы. В ходе морфологического исследования выявлено, что для печени новорожденных крысят характерно достоверное увеличение площади и объёма гепатоцитов ( $p < 0,001$ ), вследствие чего происходит уменьшение плотности клеток на  $1 \text{ мм}^2$  ( $p < 0,01$ ). Увеличение площади и объёма гепатоцитов происходит вследствие увеличения объёма цитоплазмы, что возможно обусловлено изменением морфофункционального состояния основных ультраструктурных компонентов клетки.

Перспективность исследования: провести морфологическое исследование ткани печени плодов и новорожденных страдавших хронической внутриутробной гипоксией.

**Сапай А.В.**

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ  
ОСТРЫМИ ПРЕДМЕТАМИ**

**Харьковский национальный медицинский университет  
кафедра судебной медицины, медицинского правоведения,  
г. Харьков, Украина**

**Научные руководители – проф. Ольховский В.А., доцент Бондаренко В.В.**

При проведении судебно-медицинской экспертизы эксперт должен обосновать свой вывод о характере ранения на основании совокупности выявленных признаков,

что является непростой задачей. В связи с этим, мы попытались обобщить имеющиеся данные об особенностях повреждений, причиненных острыми предметами, и дать их общую характеристику.

Для резаной раны характерны следующие признаки: линейный характер, веретенообразная форма, преобладание длины раны над шириной и глубиной, выраженное зияние, ровные, неосажденные края с отсутствием признаков кровоподтечности, оба конца раны остроугольные, от одного из концов, как правило, отходит небольшой надрез эпидермиса или поверхностных слоев кожи, при сближении краев рана принимает щелевидную форму, при раздвигании краев раны стенки гладкие, тканевые перемычки в глубине отсутствуют, волосяные луковицы пересечены, концы пересеченных волосяных луковиц находятся на одном уровне, дном раны является подкожно-жировая клетчатка или подлежащий мышечный слой, глубина раны неравномерная - более выражена в начале действия режущего предмета и менее выражена в конце его действия, рана сопровождается обильным наружным кровотечением. Для колотой раны характерны следующие признаки: форма раны зависит от формы поперечного сечения колющего предмета (овальная, щелевидная, звездчатая, крестообразная и т.д.), глубина раны значительно преобладает над наружными ее размерами, зияние раны слабо выражено, края раны ровные, могут быть несколько ввернуты внутрь и осаднены, кровоподтечности по краям раны, как правило, не наблюдается, однако при полном погружении орудия в рану по краям может быть кровоподтечность вследствие удара рукояткой (ограничителем), концы в ране, как правило, отсутствуют, но при наличии граней у колющего предмета могут быть множественными (от 2 до 5), стенки раны гладкие, отвесные, отмечается выраженное внутреннее и незначительное наружное кровотечение. Для колото-резаной раны характерны веретено-образная или овальная форма, при сближении краев раны форма линейная, дугообразная или извилистая, глубина раны преобладает над ее длиной и шириной, зияние раны хорошо выражено, края ровные, неосажденные, кровоподтечности по краям раны, как правило, не наблюдается, однако при полном погружении орудия в рану по краям может быть кровоподтечность от удара рукояткой (ограничителем), концы раны могут быть: оба остроугольные (при действии обоюдоострого предмета) или один – остроугольный, а другой – закругленный, П- или М-образной формы, что зависит от формы обушка клинка, от одного из концов раны может отходить дополнительный разрез вследствие поворота клинка вокруг своей оси при его извлечении, при раздвигании краев раны стенки ее гладкие, тканевые перемычки в глубине отсутствуют, волосяные луковицы пересечены, концы пересеченных волосяных луковиц находятся на одном уровне, кровотечение обильное как наружное, так и внутреннее, колото-резаное ранение может проникать в черепную, грудную и брюшную полость. Для **рубленной раны** характерны веретенообразная или щелевидная форма, выраженное зияние, глубина и длина раны преобладают над ее шириной, края ровные, могут быть осаднены и кровоподтечны, преимущественно со стороны действия острого угла рубящего предмета, края раны могут иметь зазубрины, соответствующие дефектам (выбоинам, забоинам) лезвия рубящего предмета, концы могут быть разные: оба остроугольные, один остроугольный, другой П-образный, оба П-образные, что зависит от угла и глубины погружения рубящего предмета в ткани, стенки раны гладкие, наблюдается обильное наружное кровотечение, тканевые перемычки, как правило, отсутствуют, однако могут частично сохраняться у П-образных концов раны, волосы в глубине

рани пересечены, рана с повреждением подлежащих костей в виде «насечки», разруба кости или линейно-дырчатого перелома.

**Свентицька-Розсоха Ю.Ю.**  
**ПРОМЕНЕВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ НА**  
**СЛУЖБИ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ**

**Харківський національний медичний університет;**  
**кафедра судової медицини, медичного правознавства;**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: доцент Хижняк В.В.**

Діагностика різних видів черепно-мозкової травми (далі – ЧМТ) і давності її утворення є актуальною проблемою у судово-медичній практиці тому, що на цьому базуються підстави притягнення до кримінальної і цивільної відповідальності та кваліфікація злочину.

За сучасними даними медичної статистики питома вага ЧМТ становить 36-40 % від усіх видів травм, а при сукупних травмах тіла досягає 60-65 %. Смертність у віці до 40 років при епідуральних гематомах становить 12-14 %, при субдуральних гематомах – 38-40 %, при внутрішньомозкових – 18-19 %, а при дифузних аксональних ушкодженнях – 19-20 %. При судово-медичних розтинах осіб, причиною смерті яких були внутрішньомозкові гематоми внаслідок, ЧМТ виявляються у 15-55 % від загальної кількості випадків.

Судові медики постійно звертаються за допомогою до нейрохірургів в зв'язку з особливостями перебігу ЧМТ.

В чинних документах докладно викладено методи комп'ютерно-томографічного і магнітно-резонансного досліджень, що згідно наказу МОЗ України від 25.04.2006 р. № 380 та наказу МОЗ України від 13.06.2008 р. № 317 «Про запровадження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нейрохірургія», є «золотим стандартом» обстеження при травматичних ураженнях головного мозку та його оболонок, де детально описано об'єктивізуючі комп'ютерні томографічні та магнітно-резонансні ознаки травм.

Відомо, що клініцисти встановлюють, як правило, факт гострого або хронічного процесу. Саме об'єктивне встановлення давності та повторності черепно-мозкової травми часто має суттєве значення для розслідування злочинів проти здоров'я та життя людини, що й визначає важливість подальшого детального вивчення даної проблеми судовою медициною.

Сучасні судово-медичні розробки мало приділять увагу обґрунтуванню можливості оцінки давнини ЧМТ за допомогою сучасних високотехнологічних променевих методів дослідження, зокрема, безконтактної термографії і радіографії, радіонуклідної і ультразвукової діагностики. Вони використовувались лише за мети встановлення наявності крововиливів.

Візуалізація комп'ютерною томографією змін речовини головного мозку, його судин і оболонок практично невідома судово-медичним експертам і рідко застосовується ними при проведенні експертиз. Це підтверджується думкою деяких практиків в судовій медицині. Провідні судові медики (Свентицька С.Г. та співавтори, 2005) наполягають, що судово-медична експертиза закритої ЧМТ повинна обов'язково супроводжуватися комп'ютерною томографією головного мозку. Наразі відсутні об'єктивні та чіткі судово-медичні рекомендації, методи досліджень, направлені на вирішення цього питання.

Пропонується у вітчизняну судово-медичну практику впровадити новий метод дослідження – віртопсія, що розроблений у Швейцарії, який дає змогу сучасними променевими методами дослідження проводити «розтин трупу без скальпеля».

У науковій праці “Postmortem whole body MRI in traumatic cruses of death” (2012) Ross S. та співавтори повідомляють про високий рівень роздільності рентгенограм при магніто-резонансній томографії і рекомендують поєднувати її з розтином трупу, щоб дає можливість уточнювати положення пошкоджень, навіть, підшкірних крововиливів та ушкоджень внутрішніх органів без додаткових розрізів.

Висновки. 1. Проблема встановлення давності ЧМТ у постраждалих є складною і потребує наразі для судової медицини об'єктивних чинників. 2. Використання комп'ютерної томографії для з'ясування давності ЧМТ у живих осіб дозволяє підвищити доказовість висновків судово-медичних експертів.

**Сіренко В.А., Ковальцова М.В.**

## **РІВЕНЬ ЦИНКУ В ГОМОГЕНАТІ ТКАНИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРІВ ТА ЇХ ПОТОМСТВА В УМОВАХ ГІПЕРКАЛОРИЙНОЇ ДІЄТИ**

**Харківський національний медичний університет  
Кафедра патологічної фізіології ім. Д. О. Альперна.**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: проф. О. О. Павлова**

Актуальною проблемою медицини є патологія підшлункової залози (ПЗ). Загальновідомим є той факт, що дисбаланс мікроелементів, що виникає в умовах незбалансованого харчування може сприяти розвитку патології ПЗ як у дітей, так і у дорослих людей. Метою дослідження було вивчення морфофункціонального стану ПЗ щурів та з'ясування рівня цинку внаслідок дії незбалансованого харчування з підвищеним вмістом жирів і вуглеводів.

Матеріали та методи. Вивчено морфофункціональний стан ПЗ вагітних щурів на гіперкалорійній дієті та їх одно- і двомісячних нащадків (1 гр.) та стан ПЗ одновікових тварин на збалансованому харчуванні (2 гр.). Активність цинку у гомогенаті ПЗ визначали спектрофотометричним методом за допомогою наборів реактивів фірми Spectro-med (Молдова) за прикладеною інструкцією.

Результати дослідження показують, що у щурів основної групи та їх різновікового потомства на тлі морфологічних змін ПЗ (гіперплазія паренхіми з одночасним посиленням дистрофічних змін у екзо- та ендокриноцитах) має місце порушений баланс мікроелементу. У 90% щурів 1-ї групи рівень цинку був знижений на 24% ( $p < 0,001$ ) від показника тварин 2-ї групи. У потомства щурів 1-ї гр. маються деякі відміни щодо рівня цинку: у 80% одномісячних щурят він підвищений на  $11\% \pm 1,5$  ( $p < 0,001$ ), а у 100% двомісячних тварин – знижений на  $25,8\% \pm 0,7$  ( $p < 0,001$ ) від показників групи контролю.

Висновок. Таким чином, у експериментальних тварин основної групи та їх нащадків має місце дисбаланс цинку в тканині ПЗ, який може посилювати порушення морфофункціонального стану панкреатитів, що виникли внаслідок дії гіперкалорійної дієти щурів протягом вагітності.



**Слонецкий Е.В.**  
**ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО -**  
**СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра анатомии человека,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: ассистент Сосонная Л.А.**

Установить причину наступления смерти от острой алкогольной интоксикации чрезвычайно сложно из-за отсутствия каких-либо характерных морфологических изменений. Поэтому заключение о причине такой смерти мы основываемся не только на данных вскрытия и гистологического исследования его внутренних органов, но также и на количестве определении этилового спирта в крови и моче.

У молодых людей смерть, обычно, наступает после приема большого количества алкоголя. У пожилых людей причиной смерти могут быть меньшие количества алкоголя в связи с возрастными изменениями в сердечно – сосудистой системе.

Цель исследования - изучить гистологические особенности сердечно – сосудистой системы при отравлении алкоголем.

Материалом исследования послужили фрагменты участков сердца трупов людей с подозрением на алкогольное отравление, которые фиксировались в 10% растворе формалина. При помощи микротомы СМ-2 были изготовлены парафиновые срезы, которые были окрашены гематоксилином и эозином, суданом III, по Гейденгайну, методом Маллори. Микроскопическое исследование проведено путем световой микроскопии в проходящем свете при помощи микроскопа «Биомед-5», с увеличением  $40 \times 100 \times 400$ .

При микроскопическом исследовании визуализируются морфологические изменения внутренних органов: нарушение проницаемости стенок сосудов всех калибров, которое выражается в разрыхлении сосудистой стенки, набухании, слущивании клеток эндотелия, плазматическим пропитыванием стенок артерий. В некоторых случаях вокруг сосудов встречаются небольшие кровоизлияния в виде периваскулярного диапедеза.

При окраске препаратов по судан III, определяется ложная гипертрофия сердца, отличающаяся от истинной гипертрофии наличием в миокарде большого количества жировых клеток. При окраске по Гейденгайну, методом Маллори мы установили, что причиной изменения структуры мышечных волокон миокарда является последствиями влияния гипоксии.

В результате гистологического исследования подтверждается, что алкоголь оказывает прямое токсическое действие на сердечную мышцу, приводящие при длительном злоупотреблении им к ряду ультраструктурных изменений и гибели части мышечных волокон. Алкоголь способствует скоростижной смерти от различных заболеваний, прежде, всего, сердечно – сосудистой системы.

**Стоянова Ю.Д., Бондаренко В.В., Орловская Э.Б.**  
**ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ССАДИН В**  
**КОНТЕКСТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**ПОВРЕЖДЕНИЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра судебной медицины, медицинского правоведения,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – доцент Бондаренко В.В.**

Решение вопроса о давности образования телесных повреждений является одним из основных в судебно-медицинской экспертизе. В Приказе №6 МОЗ Украины «О развитии и усовершенствовании судебно-медицинской службы Украины» от 17.01.95 г., прямо указано, что судебно-медицинский эксперт, оценивая телесное повреждение, должен указывать давность его образования.

Ссадина представляет собой поверхностное механическое повреждение эпидермиса кожи вплоть до сосочкового слоя дермы. Характер заживления ссадины указывает на давность ее образования и характеризуется 4-ю основными периодами: 1) от момента образования до появления корочки (10-12 часов); 2) утолщение корочки до уровня окружающей кожи и выше (1-2 сутки); 3) эпителизация ткани под корочкой (3-6 сутки) и отпадение корочки (7-12 суток); 4) исчезновение следов ссадины (12-30 суток).

Сроки заживления ссадины весьма условны и зависят от многих причин: размера ссадины, ее глубины, интенсивности кровообращения в поврежденной области тела, скорости обменных процессов в организме, присоединение вторичной инфекции и др. Не все вышеуказанные условия возможно учитывать в каждом конкретном случае, в связи чем, многие авторы указывают в своих монографиях и учебниках усредненные сроки образования ссадин в зависимости от степени их заживления. Это, в свою очередь, приводит к неоднородности научных данных и иногда вносит сумятицу при рассмотрении конкретных экспертных случаев на практике.

Таким образом, в своей работе мы изучили данные разных авторов о степени заживления ссадин в зависимости от давности их образования и на совокупности полученного материала попытались установить средние значения. Материалом исследования послужили 20 литературных источников – монографий и учебников по судебной медицине отечественных и зарубежных авторов, в которых содержались сведения об изменении морфологических свойств ссадин в зависимости от давности их образования.

В результате работы было установлено, что по мнению большинства авторов в первые 1-2 часа после травмы дно ссадины является влажным, розовато-красноватого цвета, располагается ниже уровня окружающей кожи. Через 3-4 часа дно ссадины подсыхает и начинает формироваться желтовато-красная корочка, располагающаяся ниже уровня окружающей кожи. На 1-2 сутки после травмы корочка уплотняется, приобретает буроватую окраску, достигает уровня окружающей кожи, после чего, на 3-4 сутки, корочка начинает возвышаться над уровнем окружающей кожи. По мнению многих авторов, на 4-5 сутки начинается эпителизация ссадины и корочка начинает приподниматься над уровнем окружающей кожи и отторгаться по периферии. На 6-7 сутки после травмы отторжение корочки продолжается и в центральной части ссадины. По мнению большинства авторов на 7-9 сутки после травмы корочка отпадает полностью, а к 14 сутками после образования

ссадины след ее полностью исчезает. Однако, ряд авторов утверждает, что полное исчезновение следов ссадины наблюдается и до 30 дней от момента ее образования, что по-видимому зависит от размеров ссадины, ее глубины, особенности кожных покровов в конкретной области тела и других способствующих факторов.

Таким образом, на основании анализа совокупности имеющихся данных о характере морфологических свойств ссадин, в зависимости от давности их образования, нами были установлены усредненные сроки, позволяющие оценивать давность травмы, руководствуясь результатами наибольшего количества наблюдений, что в целом соответствует требованиям доказательной медицины в контексте анализа массива научных данных.

**Ступницький М.А.**

## **ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ МІДІ, ЦИНКУ ТА ЗАЛІЗА У РАНЬОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ПЕРІОДІ ТЯЖКОЇ ПОЄДНАНОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ ТРАВМИ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра біохімії.**

**Науковий керівник – д.мед.н., д.б.н. проф. Жуков В.І.**

Метою даної роботи було дослідження динаміки концентрації мікроелементів міді, цинку та заліза у плазмі крові пацієнтів з тяжкою поєднаною торакальною травмою (ТПТТ) протягом раннього посттравматичного періоду та встановлення можливих причин порушення їхнього гомеостазу.

Обстежено 73 пацієнти чоловічої статі віком від 20 до 68 років з ТПТТ. Пацієнти були розподілені на 2 групи відповідно до результату виживання. Забір крові виконували у 3 етапи: 1-й – 1-2-а доба після травми; 2-й – 3-4-а доба та 3-й – 5-6-а доба. Контрольну групу склали 15 здорових добровольців чоловічої статі тієї ж вікової групи. Тяжкість поєднаної травми визначали за допомогою шкал ISS, ВПХ-МТ, а тяжкість стану пацієнтів на момент госпіталізації – RTS, TRISS, рівень травматичного шоку визначали за методом Назаренко Г.І. Концентрацію досліджуваних мікроелементів визначали у плазмі крові за допомогою загальновідомих спектрофотометричних методик. Концентрація міді у плазмі крові пацієнтів з ТПТТ на 1-2-у добу достовірно знижується, порівняно з групою контролю на 32,78% у групі пацієнтів, що видужали та на 47,61% у групі пацієнтів з летальним результатом, крім того, у пацієнтів з летальним результатом значення концентрації міді на 1-2-у добу одночасно достовірно менше на 22,06%, порівняно з групою пацієнтів, що одужали. На 3-4-у добу у групі пацієнтів, що видужали отримано достовірно менше на 23,77% значення концентрації даного мікроелемента, порівняно з нормою, і ще менше, на 38,14% у групі пацієнтів з летальним результатом, що одночасно достовірно менше на 18,85% від значення концентрації міді, отриманого у пацієнтів, що видужали в кінцевому результаті травматичної хвороби. На 5-6-у добу у пацієнтів, що видужали концентрація міді вертається до нормальних значень, а у пацієнтів з летальним результатом було отримано значення достовірно менші і від групи контролю (на 16,04%), і від групи пацієнтів, що видужали (на 18,21%). Концентрація цинку на 1-2-у добу після травми також достовірно знижується порівняно з нормою у пацієнтів обох груп – на 8% у пацієнтів, що одужали та на 8,3% у плазмі крові пацієнтів, травматична хвороба яких завершилась летально. В подальшому динаміка концентрації цинку поступово зростає до значення норми у обох групах пацієнтів, проте не було отримано достовірних відмінностей між групою

контролю та групами пацієнтів. У випадку концентрації заліза – на 1-2-у добу після травми спостерігається достовірно зниження рівня цього мікроелементу у групі пацієнтів, що видужали на 67,78% та у групі пацієнтів з летальним результатом на 64,9%, порівняно з контролем. На 3-4-у добу також отримано достовірно менші результати відносно нормальних значень – на 41,56% у групі пацієнтів, що видужали та на 29,75% у пацієнтів з летальним завершенням травматичної хвороби. Для усіх мікроелементів виявлено достовірний негативний кореляційний зв'язок між їх концентрацією на 1-2-у добу та рівнем травматичного шоку, що найбільше виражений для концентрації цинку, а у випадку міді, виявлено ще і достовірну кореляцію з шкалами ISS, ВПХ-МТ, а також RTS і TRISS. Отримано негативний зв'язок концентрацій міді та заліза на 1-2-у добу з тяжкістю абдомінальної травми за шкалою AIS.

Отримані результати показали, що у пацієнтів з поєднаною торакальною травмою вже у ранньому посттравматичному періоді спостерігається спільна для усіх досліджуваних мікроелементів динаміка, що характеризується достовірним зниженням на 1-2-у добу. Зниження більш виражені у групі пацієнтів, що загинули. Найбільші втрати характерні для заліза. З часом концентрації мікроелементів відновлюються до рівня норми протягом перших 5-6-и днів після травми, проте концентрація міді у групі пацієнтів, що загинули і надалі зберігається нижче норми. На основі даного дослідження можна стверджувати, що зміни мікроелементів на пряму залежать від тяжкості травми і вірогідно пов'язані з крововтратою.

**Сушецкая Д.А., Затолока Д.В., Шевченко В.А.**  
**ОСОБЕННОСТИ КОСТНОМОЗГОВОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ ПРИ**  
**ВТОРИЧНО ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра патологической физиологии им. Д.Е.Альперна**  
**Харьковский национальный университет им. В.Н.Каразина**  
**Кафедра общей и клинической патологии**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: проф. Шевченко А.Н.**

Медицинская и социальная значимость воспалительных заболеваний с каждым годом возрастает во всем мире. Увеличивается частота острых воспалительных заболеваний, они чаще приобретают хроническое течение. Это, по-видимому, связано с ухудшением экологической ситуации и изменением общей и иммунологической реактивности, в связи с чем представляется интерес изучения костномозгового кроветворения.

Цель: установить особенности костномозгового кроветворения при вторичном хроническом воспалении.

Материалы и методы: в работе использованы патофизиологические, гематологические и статистические методы исследования.

Результаты: общее количество кариоцитов в костном мозге изменяется волнообразно, но при этом является достоверно повышенным по сравнению с контролем практически на протяжении всего исследования, что свидетельствует о постоянном усилении гемопоэза. Количество бластных клеток изменяется волнообразно, как и общее количество кариоцитов. Содержание эозинофилов в костном мозге так же изменяется волнообразно, однако во все сроки исследования

оно достоверно ниже, чем в контроле, с минимумами на 1-е, 7-е и 14-е сутки и некоторым восстановлением на 2-е, 10-е и 28-е сутки.

Результаты показывают, что в течение всей исследованной динамики воспаления выход эозинофилов из костного мозга преобладает над их продукцией. Количество моноцитов в костном мозге достоверно увеличено на 3-и, 10-е и 21-е сутки, а в остальные сроки статистически не отличается от контроля.

Количество лимфоцитов в костном мозге достоверно больше, чем в контроле, почти во все сроки исследования. При этом динамика содержания лимфоцитов весьма сходна с таковой для общего количества кариоцитов и количества бластных клеток. Значительное повышение количества лимфоцитов в костном мозге на 6-й час в 1-е сутки воспаления, обусловлено не только активацией лимфопоэза, но и хомингом периферических лимфоцитов в костный мозг для активации гемопоэза.

Таким образом, при вторичном хроническом воспалении происходит выраженная активация гемопоэза, проявляющаяся значительным увеличением общего количества и отдельных видов кариоцитов в костном мозге. При этом усиление костномозгового кроветворения является фазным. Фазы соответствуют активации кроветворения, развитию гиперплазии костного мозга и повторной активацией гемопоэза в связи с хронизацией воспаления.

**Тищенко О.С.**

**АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛАЗЕРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ  
Харковский Национальный медицинский университет,  
кафедра медицинской и биологической физики и медицинской информатики,  
Харьков, Украина.**

**Научный руководитель – доцент Човпан А.А.**

В данной обзорной работе проанализирован принцип работы лазерных устройств, перспективы применения лазеров в медицинских целях, возможности его применения в настоящее время. Принцип работы лазерной установки состоит в том, что под действием фотона (кванта электромагнитного излучения, в узком смысле, света) возбужденный атом может излучить другой фотон без поглощения первого. Необходимым условием этого процесса является равенство энергий уровней атома до и после излучения. Излученный фотон когерентен фотону, вызвавшему излучение. Такое индуцированное излучение качественно отличается от спонтанного, в котором излучаемые фотоны не обладают свойством когерентности, а значит, имеют случайно направленные волновые характеристики (направление, поляризацию, фазу). С точки зрения актуальности использования лазерной техники в медицине, такие его уникальные свойства открывают целый спектр возможностей в лечении целого ряда заболеваний. Изучение механизмов воздействия лазерного излучения на биологические ткани позволяет создавать лазерные медицинские многофункциональные приборы, диапазон применения которых в клинической практике очень широк. Применений лазерам много, но мы считаем нужным более подробно остановиться на лазерной диагностике. Она является эффективным методом изучения организма человека на всех уровнях его организации. Существует два метода: лазерная макродиагностика и микродиагностика. Оба этих метода имеют высокую чувствительность, огромное пространственное разрешение, а также являются достаточно универсальными. Поэтому их можно успешно использовать для ранней диагностики рака, различных заболеваний крови, катаракты, что делает их достаточно перспективными. В основе методов макродиагностики лежит

использование упругого и квазиупругого рассеяния света, дифракционных и интерференционных явлений. Методы микродиагностики основаны на методах лазерной спектроскопии. В качестве примеров использования лазерной диагностики в медицине могут служить дифференциация кариогенного дентина зуба от нормального, исследование сосудистой системы глазного дна, флуоресцентная ангиография, голографическая диагностика. Также благодаря лазерной диагностике предоставляется возможность определить концентрацию в ткани ее компонентов, которые определяют ее жизнедеятельность. Кроме того, лазерная диагностика может проводиться не только сама по себе, но сопровождать лазерную терапию. Например, одновременно с разрушением атеросклеротических бляшек в кровеносных сосудах под действием лазерного излучения (лазерная терапия) осуществляется анализ флуоресцентного излучения от них, что позволяет выявить отложения кальция, магния и липидов (лазерная диагностика). Благодаря этому предоставляется возможность контролировать ход операции, оценивать эффективность удаления этих компонентов из пораженного сосуда. Несмотря на то, что лазерная диагностика открывает большое количество возможностей для медицины, она достаточно плохо развита для нашего времени и слабо распространена, о чем можно судить по публикациям на данную тему, высокой цене такого оборудования, недостаточному уровню обучения работе с таким оборудованием. Тем не менее, она является довольно перспективным направлением в медицине и в скором времени она получит должное развитие и вытеснит старые методы медицинской диагностики.

**Ткаченко А.С., Мартынова С.Н., Ткаченко М.О., Моисеенко А.С.**  
**СОСТОЯНИЕ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ПРИ**  
**КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра биологической химии,**  
**г. Харьков, Украина**

Колоректальный рак (КРР) занимает третье место в структуре заболеваемости и смертности от онкопатологии в США. Эффективность лечения напрямую зависит от сроков диагностики заболевания, особенно принимая во внимание выраженную тенденцию к малигнизации. Так, в частности, опухоли I и II стадии успешно удаляются оперативным путем. Учитывая вовлечение соединительной ткани в процессы метастазирования и инвазии, интерес представляет изучение особенностей состояния внеклеточного матрикса.

Целью работы явилось изучение коллагенолитической активности (КЛА) сыворотки крови и содержания гиалуроновой кислоты в сыворотке крови, которые служат маркерами состояния внеклеточного матрикса, у больных колоректальным раком.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 69 больных колоректальным раком, которые находились на обследовании и лечении в Харьковском областном онкологическом центре. Опытная группа включала 35 пациентов со второй стадией КРР, которую подтверждали с помощью клинических и гистологических методов. Контрольная группа состояла из 34 условно здоровых лиц без онкопатологии. КЛА сыворотки крови определяли путем инкубации образцов сыворотки с нативным коллагеном с последующим определением продуктов его распада по гидроксипролину. Концентрацию гиалуроновой кислоты в сыворотке

крови измеряли иммуноферментным методом с помощью набора реактивов «Hyaluronic Acid (HA) test KIT» (Corgenix Inc., США).

Результаты. Установлено, что у пациентов опытной группы КЛА сыворотки крови выше в 7 раз по сравнению с представителями контрольной группы. Изменения подобного рода указывают на активный протеолиз коллагена под действием коллагеназ и эластаз уже на второй стадии данной онкопатологии. Повышение уровня гиалуроновой кислоты в 1,6 раз у больных КРР по сравнению с условно здоровыми лицами свидетельствует в пользу того, что деструкция межклеточного матрикса включает не только белковый, но и углеводный компонент (ускоренный катаболизм протеогликанов при КРР).

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что колоректальный рак сопровождается активным катаболизмом внеклеточного матрикса. Ускоренная дезинтеграция компонентов соединительной ткани может способствовать дальнейшей опухолевой инвазии, а также метастазированию.

**Турбар Д.С., Рудова М.И.**  
**ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТА КРОВОПОДТЕКА ПРИ**  
**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДАВНОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра судебной медицины, медицинского правоведения,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – доцент Бондаренко В.В.**

Решение вопроса о давности образования телесных повреждений является одним из основных в судебно-медицинской экспертизе. В Приказе №6 МОЗ Украины «О развитии и усовершенствовании судебно-медицинской службы Украины» от 17.01.95 г., прямо указано, что судебно-медицинский эксперт, оценивая телесное повреждение, должен указывать давность его образования.

Кровоподтек представляет собой кровоизлияние в кожу, подкожно-жировую клетчатку, слизистые оболочки, и является одним из самых распространенных видов травматических повреждений. Давность образования кровоподтека определяется по изменению его цвета, в основе чего лежат биохимические процессы изменения крови. Как правило, в первые часы после травмы кровоподтек имеет красноватую окраску, обусловленную оксигемоглобином, затем цвет меняется в сине-багровый, вследствие образования под влиянием тканевого дыхания восстановленного гемоглобина. Форменные элементы крови постепенно распадаются и в результате обменных процессов образуется метгемоглобин, постепенно превращающийся в вердохромоген, обладающий зеленой окраской. При разрушении последнего образуется биливердин, который в свою очередь трансформируется в билирубин, обуславливая появление на 5-6-й день после травмы желтоватой окраски.

Сроки «цветения» кровоподтеков весьма условны и зависят от многих причин: количества излившейся крови, толщины кожи над ним, объема рыхлой клетчатки, интенсивности кровообращения в поврежденной области, скорости обменных процессов в организме и др. Не все вышеуказанные условия возможно учитывать в каждом конкретном случае, в связи чем, многие авторы указывают в своих монографиях и учебниках усредненные сроки образования кровоподтеков в зависимости от изменения их окраски. Это, в свою очередь, приводит к

неоднородности научных данных и иногда вносит сумятицу при рассмотрении конкретных экспертных случаев на практике.

Таким образом, в своей работе мы изучили данные разных авторов об изменении окраски кровоподтеков в зависимости от давности его образования и на совокупности полученного материала попытались установить средние значения изменения окраски. Материалом исследования послужили 23 литературных источника – монографии и учебники по судебной медицине отечественных и зарубежных авторов, в которых содержались сведения об изменении окраски кровоподтеков в зависимости от давности их образования.

В результате работы было установлено, что большинство авторов указывают на красновато-синюшный оттенок кровоподтека в 1-2 часа после травмы, а через 3-4 часа после травмы кровоподтек приобретает синевато-багровую окраску, которая сохраняется первые 1-2 суток. На 3-е сутки после травмы многие авторы указывают на присоединение зеленого цвета, преимущественно по периферии, а в отдельных случаях и полностью. Зеленый цвет кровоподтека сохраняется на протяжении 3-4 суток после травмы, после чего, на 5-е сутки образования кровоподтека, начинает присоединяться желтая окраска, которая сохраняется до 8 суток включительно. При этом многие авторы указывают на постепенное «желтение» кровоподтека, в частности, на 5-6 сутки кровоподтек желтеет по периферии, а на 7-8 сутки желтеет полностью. Исчезновение кровоподтека по данным ряда авторов происходит постепенно на 7-8 сутки, по данным других авторов на 8-10 сутки после травмы.

Таким образом, на основании анализа совокупности имеющихся данных о характере изменения окраски кровоподтека, в зависимости от давности его образования, нами были установлены усредненные сроки, позволяющие оценивать давность травмы, руководствуясь результатами наибольшего количества наблюдений, что в целом соответствует требованиям доказательной медицины в контексте анализа массива научных данных.

**Шиян Д.Н., Гышка Ю.И.**  
**3D МОДЕЛИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ДЛЯ СОЗДАНИЯ**  
**АНАТОМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра анатомии человека,**  
**Харьков, Украина**

Малое количество анатомических препаратов (в особенности сложных образований нервной системы, таких как проводящие пути) для использования в качестве учебных пособий заставляет прибегнуть к новым методам моделирования структур человеческого тела. Сегодня всё чаще используется метод 3D моделирования.

Нами было проведено исследование процесса 3D моделирования. 3D печать препаратов производится на основе созданной при помощи 3D сканера цифровой модели. Объекты со сложным рельефом, такие, как мозжечок человека, сканируются с погрешностью менее 1мм, что устраняется в процессе дальнейшей доработки модели в электронном виде.

Печать отредактированной формы осуществляется 3D принтером. На данный момент доступна печать устройствами с различным расширением: 30, 50, 70, 100, 200, 300 микрон, что позволяет выбрать подходящую точность и детализацию, а также различными по своим характеристикам (механическим, оптическим,



теплофизическим) материалами. Таким образом, есть возможность варьировать, определяя оптимальные характеристики для будущего муляжа, что обеспечит анатомическую достоверность, а также практичность в использовании (ударная вязкость, плотность, устойчивость к температурам), что позволит продлить срок эксплуатации модели.

Весомым аргументом в пользу 3D моделирования является его относительно доступная цена, широкий ассортимент материалов и минимальные сроки изготовления, что позволяет получить практически неограниченное количество синтетических препаратов.

Нами был произведен поиск и проанализирован ассортимент доступных в сети Интернет моделей структур мозга, в особенности мозжечка, с целью сравнения с 3D моделями. В ходе данного мониторинга были сделаны выводы о качестве представленных муляжей:

1. Наличие муляжей мозжечка лишь в комплексе со структурами ствола мозга, что делает возможным изучение только поверхности органа.

2. Недостоверность размеров представленных моделей: отдельные образцы размерами около 39х18х17 см и с весом 1,18 кг.

3. Схематичность моделей. Неполное отображение всех структур мозжечка, что усложняет их использование в учебном процессе.

Технологии 3D-моделирования позволяют устранить указанные недостатки, а потому используются для разработки интерактивных обучающих приложений, моделей объектов научных исследований, искусственно созданных элементов скелета и внутренних органов. Прогресс данной разработки позволит получить наглядные модели сложных для восприятия структур нервной системы человека, для чего потребуется изготовление качественного исходного образца для сканирования.

Так, на кафедре анатомии человека ХНМУ в рамках научной работы «Морфологические особенности строения ядер мозжечка» были изготовлены 3D визуализации моделей мозжечка, ствола мозга и его образований. Данные 3D модели были использованы при печати на 3D принтере. Дальнейшая работа в данном направлении позволит вскоре использовать 3D технологию не только в исследовательских проектах, но и в повседневной учебной деятельности.

**Шиян Д. Н., Дякова М. А.**

## **ГИСТОТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОДЭПЕНДИМАЛЬНОГО СЛОЯ ЧЕТВЕРТОГО ЖЕЛУДОЧКА ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра анатомии человека,  
Харьков, Украина**

В наше время можно подумать, что наука достигла максимума и нам известно абсолютно всё. Но сколько ещё необъяснимых и малоизученных явлений человеческого тела остаются так и не выясненными. Макро-микроскопическое строение четвертого желудочка головного мозга в целом и морфофункциональные особенности его составляющих – одно из них.

Цель данной работы – изучить особенности подэпендимального слоя IV желудочка.

Для нашего исследования мы изготовили гистологические препараты эпендимы IV желудочка от 25 препаратов головного мозга (20-70 лет), окрашенные

гематоксилин-эозином. Препараты брались со дна ромбовидной ямки, с боковых стенок и с латеральных карманов IV желудочка.

Проанализировав полученные данные, и исходя из поставленной цели нами сделали следующие выводы:

1. Эпендимальный слой функционально связан с подлежащими слоями.
2. На дне ромбовидной ямки, эпендима имеет ровное строение, а с переходом на боковые стенки, появляется выраженная складчатость, борозды становятся глубже и чаще. Мы полагаем, что это связано с увеличением поверхности эпендимального слоя и особенностями строения крыши IV желудочка.
3. Эпендима на большем своем протяжении является однослойной (например, на дне ромбовидной ямки) и состоит из клеток цилиндрической формы, но в области латеральных карманов IV желудочка, она может быть многослойной (2 и больше).
4. Плотность расположения также не одинакова в разных участках. Она будет выше в местах перехода с дна IV желудочка на боковые стенки, стенок и латеральных карманов.
5. Нами установлено, что в латеральных карманах четвертого желудочка сохраняется поверхностный зернистый слой.
6. При изучении гистотопографического строения латеральных карманов IV желудочка нами описаны их следующие слои: эпендима, зернистый слой (аналогичный коре мозжечка), молекулярный, слой клеток Пуркинье, молекулярный.
7. В толще латеральных карманов IV желудочка размещается белое вещество, состоящее из проводящих волокон, клеток глии, а также хаотично расположенных нейроцитов.

**Щербаков А. А., Соханевич Е. С.**  
**ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИЙ ТЫЛЬНОЙ**  
**ПОВЕРХНОСТИ КИСТИ ЧЕЛОВЕКА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра анатомии человека,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц., кандидат мед. наук Измайлова Л. В.**

В настоящей работе мы поставили целью выяснить источники кровоснабжения, топографию и области распределения основных артериальных стволов и их ветвей в области тыла кисти.

Материалом исследования служили 20 препаратов кисти человека различного возраста обоего пола. Методами являлись: инъекции латексом с последующей коррозией или тонкой препаровкой под контролем бинокулярной лупы. На наших препаратах артерии тыльной поверхности кисти человека располагаются в два слоя - поверхностный и глубокий – которые неразрывно связаны между собой.

Поверхностный слой располагается под фасцией кисти и образован лучевой артерией, тыльной ветвью локтевой и ветвями межкостной артерии.

Основным источником поверхностного слоя является лучевая артерия. Лучевая артерия залегает в анатомической табакерке и имеет весьма изменчивый характер ветвления. Вариабельно не только количество образуемых ею ветвей, но и их топография, функциональная значимость и место образования, которое не всегда постоянно. Так, лучевая артерия может делиться на свои ветви в области первого пястного промежутка либо на поверхности первой тыльной межкостной мышцы, либо в толще ее.

В большинстве случаев лучевая артерия делится на два, реже на три почти одинаковых по диаметру ствола.

Одни из них, являясь глубокой ветвью лучевой артерии, прободает мышцы области первого пястного промежутка и проходит на ладонную поверхность, где участвует в образовании глубокой ладонной артериальной дуги.

Второй ствол либо является соединительной ветвью с лучевым концом поверхностной ладонной артериальной дуги, либо представляет первую тыльную собственную пальцевую артерию, либо является общей пальцевой артерией первого и второго пальцев.

**Юшкевич М.А.**

## **ВЫВЕДЕНИЕ ИОНОВ КОБАЛЬТА ПОСРЕДСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА**

**Харковский Национальный медицинский университет,  
кафедра медицинской и биологической физики и медицинской информатики,  
Харьков, Украина.**

**Научный руководитель – доцент Човпан А.А.**

Если вспомнить биохимию, то кобальт является микроэлементом необходимым для жизнедеятельности. Но когда его в организм поступает слишком много он может вызывать тяжелые последствия, что усугубляются при хронических интоксикациях поскольку выведение его из организма процесс весьма трудоемкий и при хронических интоксикациях кобальт будет накапливаться. Стоит упомянуть, что борьбы с токсинами у организма существует лишь два: образование биологических комплексов и гидратация. Последнее происходит в клубочковой хоне нефрона и именно такой способ выведение кобальта. При избыточном содержании в человеческом организме кобальт будет вызывать нарушение прежде всего в сердечно-сосудистой системы. Конкретно – кардиомиопатии, ВСД, миокардиодистрофии, ранние формы атеросклероза). Так как надеяться на оптимизацию и улучшение условий работы людей, работающих с тяжелыми металлами, несколько оптимистично, то необходимо искать другие способы борьбы с данной проблемой. Одним видом решения её является электрофорез пелоидина на пояснично-крестцовую область.

Это направление можно считать достаточно актуальным, так как кобальт обрабатывающих предприятий в нашей стране существует достаточное количество, пациентов, страдающих от интоксикации кобальтом немало как среди работников данной промышленности, так и среди граждан, проживающих в близлежащих районах. Поэтому, чтобы не заставлять их тратить себя различными хелатообразующими препаратами (что даст нагрузку на печень) и предотвратить осложнения, чтобы они не тратились деньги на дорогостоящие препараты можно использовать метод физиотерапии, что является простым в использовании и достаточно бюджетным. В 1995 году были проведены исследования на группе добровольцев дабы определить, насколько эффективным является пелоидин для выведения кобальта и других тяжелых металлов. Из эксперимента следует, что применение электрофорезного пелоидина способствует более интенсивному выведению кобальта более чем на 50%. Таким образом, использование медицинского электрофореза оправдано так как мы можем вводить препараты напрямую в кровь не нарушая целостности тканей (как при внутривенном доступе) и действовать на орган мишень минуя остальные органы (такие как ЖКТ, различного рода слизистые). При

лечении интоксикаций кобальтом мы можем помочь организму вывести его самостоятельно, не повреждая его дорогими и синтетическими лигандами. Поэтому забытая у нас физиотерапия должна вернуться в медицину и помогать пациентам переживать тяжелые последствия многих заболеваний и интоксикаций. Если механизм действия основан на гиперсекреции мочи то мы можем предположить, что данный способ позволит нам выводить так же и другие тяжелые металлы из организма, но это требует дополнительных исследований.

**Юшкевич М.К., Вовк А.О.**  
**ВИРОТЕРАПИЯ, КАК ОТРАСЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ**  
**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В МЕДИЦИНЕ**  
**Харьковский национальный медицинский университет.**  
**Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии.**  
**Харьков, Украина.**

Виротерапия это применение онкотропных и онколитических вирусов для лечения злокачественных опухолей. И, как следствие, вирусный онкотропизм - это возможность поиска вируса и ликвидации клеток злокачественных новообразований (онколиза) с минимальными повреждениями здоровых клеток. По сравнению с классическими методами лечения (лучевая терапия, химиотерапия), является более щадящей по отношению к пациенту, так как в отличие от данных методов лечения, не вызывает иммуносупрессию и интоксикацию организма ядами, продуктами их метаболизма и токсинами погибших клеток. К достоинствам виротерапии также можно отнести тот факт, что она обладает высокой специфичностью относительно спектра действия. Так, если классические методы лечения действуют на любые живые клетки, то виротерапия воздействует исключительно на клетки опухоли, вызывая их онколиз. В доказательство данного тезиса можно привести терапевтический индекс: 1:10000, то есть на 10000 клеток опухоли страдает лишь одна здоровая клетка. Но, как и у любого другого метода, у него есть недостатки: высокая специфичность препаратов относительно видов опухолей, слабая эффективность на поздних стадиях течения болезни.

Препарат Rigvir (Рижский вирус) на основе вируса семейства Picornaviridae, рода Enterovirus, группа ЕСНО, тип 7, штамм Rigvir. Согласно фармакотерапевтической группе он относится к иммунномодуляторам АТХ: L03AX. Действующим веществом является живой, не патогенный, генетически не модифицированный РНК-типа вирус, адаптированный к клеткам меланомы. К сожалению, у данного вируса весьма ограниченный спектр действия касательно опухолей. В природе существуют 12 типов опухолей, чувствительных к данному вирусу: меланома, рак желудка, колоректальный рак, рак поджелудочной железы, рак почки, рак матки, рак мочевого пузыря, рак легких, рак простаты, саркома (лимфосаркома, ангиосаркома, ретикулосаркома, рамдомиосаркома).

Действие препарата на клетки опухоли связано с явлением так называемого онкотропизма и околиза. Цитолитическое действие препарата избирательно распространяется на клетки с поврежденными функциями или поврежденным генетическим материалом, не затрагивая клетки нормальных тканей. Очень существенно, что на поверхности нелизированных злокачественных клеток Rigvir индуцирует экспрессию ассоциированных с опухолью антигенов дифференциации и подавляет экспрессию антигенов группы MAGE, связанных с прогрессирующим ростом меланомы. Изменённые таким образом поверхностные структуры

злокачественных клеток, становятся мишенью для цитотоксических механизмов иммунной системы.

Существует три механизма, согласно которым вирус реализует противоопухолевую активность:

1. Онколиз (дегенеративно-дистрофические изменения в клетке)
2. Изменения структуры клеток стромы опухоли и интенсивная инфильтрация лимфоидных клеток в опухоль, что соответствует морфологическому виду иммунного отторжения.
3. Запуск механизмов апоптоза (реализуется после длительного лечения).

Таким образом, виротерапия является перспективным направлением в медицине 21-ого века, так как позволяет человеку преодолеть своё время биологической смерти (рак) без тяжелых последствий для него и стрессовых ситуаций.

**Ярмак И. Н., Ситникова Н. Ю., Семеняченко А.Н.**  
**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРАВМ, ВОЗНИКАЮЩИХ**  
**ПРИ ПАДЕНИИ В ВОДУ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра судебной медицины, медицинского правопедения,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц. Губин Н.В.**

Актуальность темы. Биомеханические аспекты травмы при падении с высоты в воду, по сравнению с другими травмами, с судебно-медицинской точки изучены недостаточно. Сложности диагностики этого вида травмы связаны с тем, что падение с высоты отличается большим разнообразием вариантов падения, механизмов и обстоятельств возникновения многочисленных и полиморфных повреждений. До сих пор многие аспекты этой проблемы остаются нераскрытыми и неисследованными. На характер повреждений, возникающих при свободном падении, влияют основополагающие факторы: высота падения, скорость тела во время удара, кинетическая энергия тела, масса тела. Также существенным фактором является поверхностное натяжение воды. Наиболее опасно падение спиной, животом или в положении сидя. В этих случаях площадь поперечного сечения тела оказывается максимальной. При контакте с водой тело человека испытывает большое сопротивление, отчего оно резко тормозится, а значит, возникают перегрузки.

Цель исследования. Целью данной работы является поиск и обоснование чётких судебно-медицинских диагностических критериев для оценки травм, возникающих при падении с различной высоты в воду.

Знание чётких судебно-медицинских диагностических критериев намного облегчит определение характера повреждений при падении с различной высоты в воду и установления причины смерти.

Материал и методы исследования. Материалом для исследований послужили 12 случаев падения с разной высоты в воду из нашей практики и архива областных бюро судебно-медицинской экспертизы разных регионов Украины за 2008-2015гг.

Результаты исследования. Нами было установлено, что падение в воду характеризуются разнообразием повреждений. Их можно разделить на 2 группы: формирующиеся в зоне ударного контакта и образующиеся в ходе инерционного движения тела. Травмы, получаемые в ходе инерционного движения тела, преобладают над контактными. При осмотре тела единственным признаком

полученной травмы могут быть множественные обширные кровоподтёки в области соприкосновения с водой, тогда как при вскрытии мы можем наблюдать обширные внутренние кровотечения, разрывы внутренних органов, переломы рёбер, костей таза, верхних и нижних конечностей.

Выводы. Исходя из приведенных наблюдений, можно сделать вывод, что падение в воду с различной высоты — является не частым и трудно диагностируемым видом травмы, судебно-медицинская диагностика которой требует совершенствования для выявления четких критериев её судебно-медицинской оценки.

# ТЕРАПІЯ

**Adeyemi A. Alexander, I.I.Zelena**

## **WEGENER'S GRANULOMATOSIS: A SHORT REVIEW**

**Department of Internal Medicine № 1, Kharkov National Medical University**

**Supervisor – M.D., prof. Oleg Babak**

Wegener's granulomatosis (WG) was first described by Klinger in 1933, followed by Wegener in 1936 and 1939, and Ringerts in 1947. WG is classified as ANCA positive vasculitis, mostly localized on the small and medium-sized blood vessel. It mostly affects the upper and lower respiratory airways and kidneys. According to literature data, the lungs are affected in 90 percent of patients. Typical radiological presentations of the lung involvement are multiple, bilateral, nodular infiltrations, with or without cavities. In 20-50% of patients it is manifested with pleural effusion. Atypical presentations are interstitial lung disease, hilar mass or pneumothorax. In 1990, the American College of Rheumatology (ACR) established the criteria for the classification of WG: nasal or oral inflammation, radiologically demonstrated pulmonary infiltrates, abnormal urinary sediment (red cell cast, haematuria), granulomatous inflammation on biopsy. A patient shall be said to have WG if at least 2 of these 4 criteria are present. The presence of autoantibodies to proteinase 3/cANCA is not required for diagnosis of WG, by either the ACR or Chapel Hill consensus Conference (CHCC) definition.

In case of atypical presentation, the diagnosis in these patients poses a great clinical problem, bearing in mind a small number of positive histopathologic findings, as well as the possibility of positive ANCA antibodies in some other diseases. Differential diagnosis of tuberculosis and WG is a great problem. In both cases, the clinical findings include haemoptysis, subfebrile temperature, haematuria. Radiological presentation can be the same in both diseases. Even histopathologic findings can be confusing, since both diseases have granulomatous changes. In addition, the cases of positive ANCA antibodies have been described in those suffering from tuberculosis.

**Al-Dujaili Ammar Abdulilhadi, Jawad Ahmed Muslim, Ismael Sedeeq Fathi,  
Dhaliwad Manpreet**

## **AUTOIMMUNE ASPECTS OF CHRONIC HEART FAILURE IN ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**Kharkiv National Medical University,**

**department of internal medicine № 2 and clinical immunology and allergology,  
Kharkiv, Ukraine**

**Scientific advisor: d. med. s., professor Kravchun P. G.**

Introduction. Patients with arterial hypertension, chronic obstructive pulmonary and are at high risk of congestive heart failure. We examined whether autoantibodies against native or aldehyde-modified collagen are associated with heart failure progression in arterial hypertension combined with chronic obstructive pulmonary disease.

Materials and methods. A total of 105 patients, 25 patients with CHF at EHT and COPD (Group 1) and 80 patients with CHF at EHT and COPD were included in the study (Group 2). Group 2 was further divided in two groups according to NYHA II and NYHA III class of congestive heart failure. All the patients underwent echocardiography and laboratory investigation of plasma collagen autoantibodies.

Results. Both patients with CHF at EHT and patients with CHF at EHT and COPD showed statistically significant higher levels of plasma collagen autoantibodies in comparison to healthy controls ( $7,0 \pm 0,36$  and  $10,07 \pm 0,32$  vs.  $5,53 \pm 0,2$  mcg/ml) ( $p < 0,05$ ). While progression of CHF in Group 2 from NYHA II to NYHA III class there was an increase of collagen autoantibodies on 28,2 % ( $p < 0,05$ ). Plasma collagen autoantibodies significantly correlated with end systolic diameter of the left ventricle ( $r = 0,44$ ), end diastolic diameter of the left ventricle ( $r = 0,37$ ), end systolic volume of the left ventricle ( $r = 0,45$ ), end diastolic diameter of the left ventricle ( $r = 0,35$ ), left atrium diameter ( $r = 0,30$ ) and ejection fraction of the left ventricle ( $r = -0,44$ ) ( $p < 0,05$ ).

Conclusions. The study showed a strong relationship between elevation of plasma levels of collagen autoantibodies and progression of congestive heart failure in EHT and COPD.

**Andrieieva Anastasiia, Thurein Soe**  
**ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF PCSK9 INHIBITORS FOR**  
**TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSLIPIDEMIA**

**Kharkiv National Medical University,**  
**Department Internal Medicine #1,**  
**Kharkiv, Ukraine**

**Supervisor MD, Professor O. Ya. Babak**

Introduction: Proprotein Convertase Subtilisin Kexin 9 (PCSK9) inhibitors are newly developed lipid lowering drugs that have been shown to dramatically lower low density lipoprotein (LDL) and cholesterol levels. PCSK9 inhibitors are monoclonal antibodies that work by blocking the inactivating protein called PCSK9. PCSK9 inactivates the LDL receptors on the liver cell surface that transport LDL into the liver for metabolism. This ultimately leads to increased levels of LDL in blood. The new lipid lowering agents inhibit PCSK9 causing more receptors available for LDL uptake and metabolism. PCSK9 inhibitors include alirocumab and evolocumab. Studies published in the New England Journal of Medicine (NEJM) in March 2015 show these two agents when combined with statins, lower cholesterol better than the statins alone. After one year, the patients taking both PCSK9 inhibitors and statins have LDL levels 60% lower than the group taking only statins.

There are numerous benefits of using PCSK9 inhibitors. These agents show to have a great lipid lowering effect, which could ultimately lead to reduction in cardiovascular events up to 50%. These new agents are given by subcutaneous injection once or twice per month. It promotes better patient compliance than statins, which have to be taken orally every day. These agents are quite effective and can be used in patients who are not responding to maximally tolerated statin therapy (i.e. patients with Heterozygous or Homozygous Familial Hypercholesterolemia (HeFH or HoFH)).

On the other hand, these agents are very costly – approximated cost in the US is \$13,000 a year compared to statins that cost approximately \$100 a year. Alirocumab was FDA approved in July and evolocumab in August 2015, indicating that these agents are still new and have potential areas of side effects to be explored. There is a chance of injection site reaction for both agents. Alirocumab caused nasopharyngitis and influenza whereas evolocumab caused arthralgia, headache, limb pain, fatigue, common cold and upper respiratory infection in some studied subjects. Both alirocumab and evolocumab have significant lipid lowering power and if LDL-C level falls too low (under 20 mg/dl) there is a high risk of getting cataract. To be most effective, the patients should adhere to healthy



lifestyle and diet with statins and PCSK9 inhibitors as adjunctive therapy – this could be a drawback as the expensive therapy requires patient's compliance, which is not achieved all the time. In my opinion, these drugs rely on the intrinsic liver metabolism therefore in patients with liver diseases they might not be very effective.

Conclusion: PCSK9 inhibitors are quite promising lipid lowering agents in conjunction with statins. There are numerous advantages and disadvantages to be considered. The most prominent advantages are that they have the high lipid lowering potential and they can be used as an alternative to statins in patients with HeFH or HoFH. The biggest disadvantage is the high cost.

**Dielievska V. Yu., Al-Dujaili Elaf**  
**THERAPEUTIC POSSIBILITIES OF REVERSE LEFT VENTRICLE**  
**REMODELING IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND**  
**CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**Kharkiv National Medical University,**  
**department of internal medicine № 2 and clinical immunology and allergology,**  
**Kharkiv, Ukraine**

**Scientific advisor: d. med. s., professor Kravchun P. G.**

Introduction. The presence of left ventricle (LV) remodeling is enough for the progression of heart failure regardless of the neurohormonal status of the patient. Combination of arterial hypertension (AH) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) creates mutual burden that leads to an increased risk of death from cardiovascular complications during 2-3 years.

The objective: to study the effectiveness of spironolactone in reverse remodeling of the LV in patients with AH in combination with COPD.

Material and methods. 60 patients with II stage of AH and COPD of II-III degree of bronchial obstruction were examined. The first group consisted of 28 patients treated with standard therapy, the second group consisted of 32 people (19 men and 13 women, mean age  $54,32 \pm 2,2$ ), additionally treated with spironolactone. All the patients underwent general clinical investigations, and echocardiography.

Results and discussion. After the basic treatment LV geometry of patients with AH and GOLD 2-3 almost did not change. After the basic treatment with spironolactone only half of the patients with AH and GOLD 2 presented concentric hypertrophy of LV (8 (50 %)), (7 (43 %) patients showed concentric remodeling and 1 (6 %) patients had normal LV geometry. After adding spironolactone to the basic therapy in patients with AH and GOLD 3 concentric hypertrophy of LV was reduced and concentric remodeling was increased on 19 %. The percentage of the patients with eccentric hypertrophy of LV did not change and comprised 5 patients (31 %).

Conclusions. Additional use of spironolactone in patients with AH and COPD provides decrease of concentric LV hypertrophy and reappearance of normal LV geometry.

**Jeena Justin, Angad Sharma**  
**THE PREVALENCE AND DISTRIBUTION CHARACTER OF**  
**CONGENITAL HEART DISEASES IN INDIA**

**Kharkiv National Medical University,**  
**department of internal medicine № 2 and clinical immunology and allergology,**  
**Kharkiv, Ukraine**

**Scientific advisor: d. med. s., professor Kravchun P. G.**

Introduction. Congenital heart defects (CHDs) occupy a significant place among other diseases worldwide. The differences in the prevalence and distribution of the CHD types are interesting to study.

The aim: to analyze the prevalence and distribution character of congenital heart diseases in the north-central part of India.

Material and methods. We studied statistics data of 34 517 individuals in the north-central part of India, obtained from Cytogenetics Laboratory, Department of Zoology, Banaras Hindu University; Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, Institute of Medical Sciences; Department of Pediatrics, Institute of Medical Sciences, Banaras Hindu University, Varanasi, India. The period of investigation included 2011-2014. The patients had electrocardiography, echocardiography and chest X-ray. Prevalence rate and distribution of individual CHD types were calculated.

Results. The study showed, that the prevalence of CHD is rather high (19.14 per 1000). Ventricular septal defects were the most frequent type of CHD (in 33%), the second place was occupied by atrial septal defects (in 19%) and the third one – by tetralogy of Fallot (in 16%). CHD in 58% were diagnosed from 0 to 5 years. In adults the prevalence of CHDs was less (2.4 per 1000), possibly due to high mortality rate of such pathology. Atrial septal defect (in 44.5%) appeared to be the most frequent.

Conclusion: The prevalence of CHD in the north-central part of India is high, that may contribute to the high prevalence of such pathology in the next generation. Further studies of congenital heart defects in other parts of India are of interest.

**Narayan Priya**  
**GASTROINTESTINAL DISEASES IN IRON DEFICIENCY ANEMIA**

**Kharkiv National Medical University,**  
**department of internal medicine № 2 and clinical immunology and allergology,**  
**Kharkiv, Ukraine**

**Scientific advisor: d. med. s., professor Kravchun P. G.**

Introduction. Three main types of anemia exist – due to blood loss, due to decreased erythrocyte production and due to increased erythrocyte breakdown. Causes of blood loss include trauma and gastrointestinal bleeding; decreased erythrocyte production – iron deficiency, lack of vitamin B12, thalassemia and diseases of the bone marrow; increased breakdown – sickle cell anemia, infections and autoimmune diseases. To put diagnose of iron deficiency anemia often includes an examination of gastrointestinal tract. However, it is not easy to find the source of bleeding. Iron deficiency anemia is the result from loss of the iron or its poor absorption.

The aim was to estimate the prevalence of gastrointestinal diseases in iron deficiency anemia.

Materials and Methods. 64 patients with iron deficiency anemia (hemoglobin level less than 140 g/l in men and less than 120 g/l in women) were examined. The causes of blood loss because of malignancies were excluded in all patients by colonography and

gastroscopy. The remaining 51 patients (32 women and 19 men, aged 59 years) underwent gastric and duodenal biopsies.

Results. Diseases associated with colon cancer (8 patients) and gastric cancer (2) were found among malignancies. Other causes not associated with bleeding were found in 51 patients, among them 32 with atrophic gastritis, 23 with chronic pancreatitis, 12 with *Helicobacter pylori* gastritis, 27 with chronic cholecystitis and 17 with chronic colitis. Four patients had no cause identified. Hemoglobin level was not related to the nosology and severity of the disease.

Conclusions. Gastrointestinal diseases frequently coexist with iron deficiency anemia.

**Okeke Nduadina**

**FACTORS OF RISK FOR ASTHMATIC PATIENTS AND USEFULNESS OF PERIPHERAL BLOOD TEST**

**Kharkiv National Medical University,**

**department of internal medicine № 2 and clinical immunology and allergology, Kharkiv, Ukraine**

**Scientific advisor: d. med. s., professor Kravchun P. G.**

Introduction. Asthma is the disease all over the world and imposes a high burden for the society. Asthma is a heterogeneous disease, since several risk factors have been described for asthma, including smoking, genetic, obesity, airway hyperreactivity, gender, atopy, race, allergens and respiratory infections. Asthma include such symptoms as cough, chest tightness, attacks of wheezing and breathlessness. Different factors trigger the symptoms of asthma. Smoke, pollen, air pollution, animals, molds, cold air, dust, perfume, exercise, chemicals and a lot of others.

The aim of the study was to investigate risk factors for asthma and usefulness of common peripheral blood test in asthmatic patients.

Materials and Methods. We studied 80 asthmatic patients with the average age of  $55.21 \pm 2.2$ , among them 62 were female and 18 were male. Healthy volunteers served as a control group. Each person filled a questionnaire. All the patients underwent spirometry and were taken a peripheral blood test. The data were analyzed by Statistica for Windows 6.0.

Results: In the main group 97 % of the patients had cough, 90 % had dyspnea, 48 % had family history of asthma and 62 % had a history of rhinorrhea ( $p < 0,05$ ). The average WBC count in the main group was  $9.4 \cdot 10^9 / l$  and eosinophil percentage was 2.4 % ( $p < 0,05$ ), whereas in the control group the average WBC count was  $4.6 \cdot 10^9 / l$  and eosinophil percentage was 1.0 % ( $p < 0,05$ ).

Conclusions: The study showed, that eosinophil percentage and the average WBC count in the main group was significantly more than in the control group. Rhinorrhea and family history of asthma had the most important associations with asthma being the most important risk factors of asthma.

**Sukhonos N.K., Kadyrov Begench**

**THE BALANCE OF EICOSANOIDS WITH VIBRATION DISEASED PATIENTS IN CONJUNCTION WITH HYPERTENSION DISEASE.**

**Department of Internal and Occupational Diseases,**

**Kharkov National Medical University,**

**Kharkiv, Ukraine**

Introduction. The hypertension disease (HD) is the leading pathology in the structure of cardio vascular morbidity and the vibration disease (VD) with authentic vascular

abnormalities is the important problem of professional clinic. Joint course of VD and HD leads to joint encumbrance of cardio vascular pathology, to early complications of working-age population that causes significant medical, social and economic imbalance damage. Endothelial dysfunction is, first of all, the imbalance among the production of vasodilatational factors (prostaglandin E<sub>2</sub>(PGE<sub>2</sub>), 6-keto-prostaglandin F<sub>1α</sub> (6-keto-PGF<sub>1α</sub>)) and vasoconstricting factors (leukotriene C<sub>4</sub> (LTC<sub>4</sub>), leukotriene B<sub>4</sub>(LTB<sub>4</sub>)), which logically accompanied the increase tone of vascular vessel wall. Meanwhile the mechanism of their realization with combined VD and HD pathology has been still till the very end studied.

**Aim.** The research of the indicates of eicosanoids balance in patients with vibration disease in conjunction with hypertension disease.

**Materials and methods of the research.** It was included 107 patients with the vibration disease diagnosis of local vibration of the I and II stages, aged 41 -66(average age 54±6,17). Among them 60 patients had VD with HDII (the main group), and 47 patients had isolated VD (comparison group). The content of eicosanoids (leukotrienes and prostaglandins) in blood serum was detected with the help of method of radio immune analyze with the help of diagnostic test-systems of the «Amersham» company (Great Britain).

**Results and their discussion.** It was settled that the content of PGE<sub>2</sub> was increasing at the stage of initial VD development, being increased at VD II. At VD alongside with the changes in the content of PGE<sub>2</sub>, it was marked the tendency to the increase of 6-keto-PGF<sub>1α</sub>. In all examined groups, despite HD presence, the levels of defined eicosanoids were authentic different from the meanings in the following group. So, the content of LTB<sub>4</sub> in patients of the group with VD without HD was authentically prevailed ( $p < 0,01$ ) the level of these features in the following group. The secretion of vaso constrictor LTC<sub>4</sub>, on the contrary, was decreasing ( $p < 0,05$ ). The simultaneous increase of the level of all determined eicosanoids with the patients with VD and HD was marked. Meanwhile, the vasodilator secretion of 6-keto- PGF<sub>1α</sub> prevailed the relevant figure at the patients from the subgroup VD I HD II and subgroup VD II HD II (29,62 pc/ml Me [25,70; 32,48]) according to the following group (16,9 pc/ml Me [14,35; 19,22]). The level of PGE<sub>2</sub> with these patients was max high in the group VD II HD II (31,32 pc/ml Me [26,06; 36,46]). In the subgroup the patients having VD II accompanied HD II the same tendencies were detected as they were in the subgroup VD I HD II, though the level of LTB<sub>4</sub> was max high according to other groups (66,34 pc/ml Me [60,10; 70,43]).

**Conclusions.** The universe of metabolic damages and the changes in the concentration and ratio of metabolites of the arachidonic acid can lead to functional endothelium changes at VD formation. The detected character of the changes in the content of regulator vasoactive mediator at different VD versions can indicate the presence of endothelial dysfunction at VD regardless of HD. The increase of the concentration of 6-keto- PGF<sub>1α</sub> is a compensatory reaction of the organism preventing catastrophic consequences of sharp increase in LTC<sub>4</sub> level. It was shown that one of the determinants of pathology recess at already increased levels of LTC<sub>4</sub> и 6-keto- PGF<sub>1α</sub> was the increase of LTB<sub>4</sub> concentration in blood. The received data indicates the progressing of endothelial dysfunction in conjunction with pathology that can lead to the aggravation of vascular abnormalities at given category of patients.

**Viun T.I.**  
**FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION COURSE IN COMBINATION**  
**WITH PANCREATIC DISEASES**

**Department of General Practice - Family and Internal Medicine**  
**Kharkov National Medical University,**  
**Kharkov, Ukraine**

**Supervisor: Professor L.M. Pasiashvili**

According to doctors of different ages and schools, the pancreas is a "hard organ". The last thirty years have observed more than twofold increase in the number of patients with chronic pancreatitis. The true incidence figures are difficult to provide. The incidence of chronic pancreatitis among the population of the various countries varies from 0.2 to 0.68%. The disease is diagnosed in 6-8% of gastrointestinal patients. In the developed countries, chronic pancreatitis became noticeably "younger": the average age of patients with this diagnosis fell from 50 to 39 years. The proportion of women among patients has increased in 30%. About 8.2 new cases per 100 thousand population is detected per year. The clinical course of chronic pancreatitis often depends on its combination with diseases of other organs and systems, i.e. it changes in a polymorbidity of modern patients.

Among these diseases the first place belongs to diseases of the cardiovascular system, which, by their prevalence, disability indexes and mortality rates are far ahead of other pathological conditions. At the same time, we should recognize that the clinical manifestations of chronic pancreatitis while its combination with hypertension are not well studied.

Purpose of the study– to examine the incidence and characteristics of arterial hypertension (AH) in patients with chronic pancreatitis (CP) according to gender and age.

Materials and methods. 30 patients were the object of the study. They were examined and treated in the gastroenterology department Kharkiv Municipal Hospital №18. Women (18 - 60%) were prevailed among the patients. The patients' age ranged from 27 to 59 years (average -  $41,4 \pm 5,7$  years). The disease duration ranged from 2 to 15 years. Considering the excretory function the pancreatic patients were divided as follows: 17 patients had mild excretory failure and 13 – moderate one. In view of the etiological factor, 23 patients had biliary pathology character, and in 7 cases it was about its toxic (alcoholic) genesis. In all cases the increase in blood pressure corresponds to arterial hypertension of stage 2, phase 2, and its course was observed for over 3-12 years. The diagnosis of CP and AH was set based on "clinical protocols of medical care for patients ...".

Results and Discussion. 3 groups of patients were formed to carry out this study, taking into account the patient's age. The first group included 7 patients (23.3%) aged 27 to 35 years. The second group was represented by 10 patients (33.3%) aged 36 to 45 years and the third – by 13 patients (43.4%) - 46-59 years. The first group was found to diagnose the combined pathology AH and CP in 1 patient (3.3%), in the 2nd group - in 4 patients (13.3%) and the third - in 7 patients (23.4%). In general, regardless the age of the examined patients, the combined pathology is 20% more common in women than in men, while in the third age group the combination was observed in 60% of women.

The feature of arterial hypertension in patients with chronic renal failure was represented by: increase of blood pressure in the active process in the pancreas, accompanied by pain syndrome; variety of manifestations of dyspeptic syndrome (nausea, dizziness, bloating, altered defecation pattern, etc.). About a third of patients noted the periodic unsteadiness when walking, false angina, arrhythmias. Relief of abdominal pain

syndrome was not always simultaneously accompanied by the normalization of hemodynamics - there was a delay blood pressure control for an average of 2-3 days.

Asthenic-vegetative syndrome was characterized by weakness, decreased performance, decreased ability to concentrate at work, sleep disorders. Therefore, HP and AH comorbidity had a negative impact on patients' quality of life.

Thus, the combined course of chronic pancreatitis and hypertension diversified clinical symptoms, bringing layering of asthenia and cardiac manifestations to the overall clinical picture. This fact was the ground for the additional indication of mild sedatives, mostly of botanical origin, in the complex treatment of the tandem.

Conclusions. In the event of and during the chronic pancreatitis in patients with hypertension the emergence of additional clinical symptoms of the disease, which aggravate the course of the disease, can be observed.

The highest rate of AH is recorded in females with chronic pancreatitis in the age period 46 to 59 years, which may be due not only to the presence of underlying disease, but to menopausal period in which AH is registered quite often. The use of botanical sedatives can be recommended in the treatment of hypertension and HP.

**Андреева А.А, Голенко Т.Н., Алиева М.И., Башмакова А.А.  
ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ КОМОРБИДНОЙ  
ПАТОЛОГИИ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-  
СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – д.мед.н. проф. Бабак О.Я.**

Цель работы: оценка клинических показателей и их взаимосвязь с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с ожирением (ОЖ), сахарным диабетом 2 типа (СД2Т), ишемической болезни сердца (ИБС) на основании онлайн-анкетирования.

Материалы и методы: Проведено онлайн анкетирование 143 респондентов, из которых 39 имели ГБ, ИБС, ОЖ, СД2Т (в анамнезе и поданным антропометрического обследования (измерение индекса массы тела (ИМТ) и объема талии (ОТ)). Проводилось определение корректируемых и некорректируемых факторов риска развития ССЗ у пациентов с коморбидной патологией. Критериями оценки являлись: пол, возраст, показатели систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД соответственно), ИМТ, ОТ, курение, употребление алкоголя, характером питания, а также оценка жалоб, таких как: как головная боль, мерцание мушек перед глазами, слабость, чувство беспокойства, нарушение сна. Обработка статистических данных в программе «Статистика 10» с проведением дисперсионного и корреляционного анализа данных (ранговых корреляций Гамма и Тау), значение считались значимыми при  $p < 0,05$ .

Результаты: Средний возраст составил  $(47,5 \pm 2,5)$  лет. Женщин (43,4)%, мужчин (56,5)%. Головная боль преобладала у (59)%. Ведущим клиническим проявлением было снижение работоспособности связанное с такими факторами риска развития ССЗ, как САД ( $\gamma = 0,64$ ), ДАД ( $\gamma = 0,66$ ), ИМТ ( $\gamma = 0,53$ ), ОТ ( $\gamma = 0,46$ ),  $p < 0,05$ . Определялась взаимосвязь между утомляемостью и беспокойством ( $\gamma = 0,69$ ), снижением работоспособности ( $\gamma = 0,86$ ),  $p < 0,05$ . А также между не рациональным

питанием и возрастом ( $\gamma=0,48$ ), наличием СД2Т и курением ( $\gamma=0,69$ ), мушек перед глазами ( $\gamma=0,87$ ),  $p<0,05$ .

Выводы: Течение заболевания осложняют ведущие факторы риска, которые непосредственно взаимосвязаны с клиническими проявлениями и тяжестью коморбидной патологии.

**Артамонов Р.О., Дубовик В.В.**  
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ**  
**ДИАБЕТОМ**

**Харковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины №3,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н. Филоненко М.В.**

Аффективные нарушения (АН) являются спутниками множества заболеваний. Частота данных осложнений среди больных разных профилей колеблется от 17 до 70%. В медицинской практике эти расстройства часто остаются не диагностированными из-за малого времени, отведенного на осмотр, низкой информированности врача или неадекватной оценки пациента. Известен факт, что у пациентов с депрессивными расстройствами эффективность лечения снижается, а уровень декомпенсации возрастает. Проблема АН в лечении сахарного диабета (СД) является актуальной по причине самого факта хронической болезни, ограничений образа жизни, наличию множества осложнений.

Целью настоящего исследования стало определение психологических особенностей и тревожного компонента у пациентов с СД в зависимости от степени его компенсации.

Материалы и методы. Обследовано 32 больных с СД, из них 17 - с СД 1 типа, 15 – СД 2 типа). Средний возраст пациентов составлял  $56\pm 18$  лет. Для оценки личностного портрета пациентов был выбран цветовой тест Люшера (полный). Контрольная группа составила 32 человека. Группы были сравнимы по возрасту и полу.

Результаты. По итогам теста, среди пациентов с СД 1 в состоянии декомпенсации преобладали: 60% - депрессивный статус, 30% - раздражительность, 10% - тревога; субкомпенсации: 63% - переутомление, 37% - стагнирующий застой, агрессия; компенсации: 60% - ощущение бессилия, 40% - ощущение неудовлетворенности.

Для пациентов с СД 2 были характерны следующие изменения: в состоянии декомпенсации - 66% - депрессивный статус, 34% - перевозбуждение; субкомпенсации: 75% - эмоциональная перегрузка, 25%-эмоциональный порыв; компенсации: 74% - эмоциональное возбуждение, 9% - оптимистическая ориентировка, 17%-эмоциональный порыв.

Среди пациентов группы контроля выявить какую-либо преобладающую закономерность не удалось.

Выводы. У больных в состоянии декомпенсации углеводного обмена, независимо от типа СД, преобладают депрессивные расстройства. Пациенты с СД 2 более подвержены аффективным расстройствам. Полученные данные свидетельствуют о необходимости более тщательного подхода к диагностике и коррекции психологических изменений у больных с СД в клинической практике.

**Балута Б. Ю.**  
**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ**  
**МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ**  
**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

**Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины;**  
**кафедра терапии, кардиологии и семейной медицины;**  
**г. Кривой Рог; Украина**

Сегодня основной целью системы здравоохранения Украины является стабилизация демографической ситуации в стране. Для достижения данной цели необходимо решить ряд задач, одной из которых является разработка и внедрение в систему практического здравоохранения мероприятий по профилактике заболеваний, наиболее влияющих на демографические и социальные показатели в Украине. Одним из таких социально-значимых заболеваний является инсульт. Оставаясь ведущей причиной инвалидизации пациентов, инсульт снижает трудоспособный потенциал не только больного, но и, зачастую его родственников, будучи для них серьезным бременем. Таким образом, цереброваскулярная патология накладывает значимый отпечаток на социально-экономическую ситуацию в стране.

По статистике, в Украине от нарушений мозгового кровообращения (НМК) ежегодно погибает свыше 40 тысяч пациентов. Первичная заболеваемость составляет 270-297 случаев на 100 тысяч населения в год. При этом, сохраняется тенденция к росту заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста. За последние 10 лет она возросла на 5% и составляет 35,5% среди всех больных, страдающих НМК. Важнейшим этиопатологическим фактором в развитии НМК является артериальная гипертензия (АГ). При этом, АГ может быть как непосредственной причиной НМК, так и существенно ухудшать течение других значимых сердечно-сосудистых причин НМК: фибрилляции предсердий (ФП) и атеросклероза сосудистых бассейнов, питающих головной мозг.

Таким образом, можно констатировать, что своевременное выявление и терапевтическое воздействие на сердечно-сосудистую патологию является приоритетным аспектом в профилактике инсульта. Основные терапевтические направления включают в себя следующие компоненты: гипотензивная, антитромботическая, гиполипидемическая, антиаритмическая терапии и нормализация образа жизни. Сочетание этих компонентов, а также подбор препаратов производится индивидуально.

Нами было исследовано 30 пациентов (22 женщины и 8 мужчин) цереброваскулярного отделения ГКБ №2 г. Кривого Рога. Все исследуемые находились на стационарном лечении по поводу гипертонической энцефалопатии и имели высокий риск развития ОНМК. При этом, у 4 пациентов АГ сочеталась с фибрилляцией предсердий и у 16 пациентов имелось сочетание АГ с атеросклерозом церебральных сосудов. Перед назначением антигипертензивной терапии пациенты были разделены на 2 группы по 15 человек. Пациенты из первой группы в качестве антигипертензивной терапии получали эналаприл и гидрохлортиазид, а пациенты из второй группы периндоприл/рамиприл в сочетании с индапамидом. Пациенты с атеросклерозом получали статины и антиагреганты под контролем биохимического анализа крови. Больные с фибрилляцией предсердий получали антикоагулянтную терапию в виде прадаксы. Через месяц мы вновь обследовали всех пациентов. Было установлено, что у всех пациентов нормализовались показатели АД, исчезли головные боли, головокружение, тошнота. При проведении ультразвукового



исследования экстракраниальных сосудов было выявлено, что у 13 пациентов из второй группы улучшились морфологические свойства сосудистой стенки, тогда как у пациентов из первой группы подобная картина наблюдалась лишь у 2 пациентов. У всех больных, страдающих атеросклерозом, нормализовались показатели липидограммы. Таким образом, установлено, что применение рамиприла, или периндоприла, как компонента антигипертензивной терапии, более приемлемо в виду их выраженного сосудопротекторного и органопротекторного свойства. Данные свойства значительно улучшают прогноз в профилактике НМК, что делает назначение этих препаратов более рациональным для пациентов, имеющих цереброваскулярный риск.

Резюмируя всё вышесказанное, можно сделать вывод, что основой профилактики НМК является своевременное выявление и лечение пациентов, страдающих кардиологической патологией. Сегодня эта функция возложена на первичное звено оказания медицинской помощи и основная задача врача общей практики - семейной медицины – формирование индивидуального терапевтического подхода, согласно доказательных баз, и контроль его соблюдения.

**Борзова-Коссе С.І., Фельдман Д.А.**  
**СТАН ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ**  
**МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**Кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник – професор П.Г. Кравчун**

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) на сьогодні, на жаль, займає лідируючу позицію в структурі смертності та інвалідизації населення в Україні. В той же час до 25 % працездатного населення нашої країни страждає ожирінням. Виявлено достатньо свідчень прямої або опосередкованої ролі ожиріння у патогенезі серцево-судинних захворювань і зокрема гострого інфаркту міокарда.

Метою нашого дослідження було порівняльне вивчення стану ліпідного спектру у хворих на ГІМ в залежності від наявності або відсутності ожиріння.

До нашого дослідження було включено 62 хворих на ГІМ, з них 38 чоловіків і 24 жінки у віці від 42 до 67 років. Пацієнти були розділені на дві групи в залежності від відсутності (25 осіб) або наявності (37 чоловік) ожиріння. З антропометричних даних визначали: зріст і масу тіла, об'єм талії (ОТ), об'єм стегон (ОС) і їх співвідношення (ОТ/ОС). Індекс маси тіла (ІМТ) розраховувався за формулою:  $ІМТ = \text{маса тіла} / \text{зріст}^2$  (кг/м<sup>2</sup>). Показники ліпідного обміну – загальний холестерин (ЗХС), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ), тригліцериди (ТГ) – вивчали імуноферментативним методом.

При вивченні результатів антропометричних вимірів були отримані такі дані. У 1-й групі хворих : ОТ -  $81,6 \pm 8,5$  см, ОС -  $95,8 \pm 5,0$  см, ОТ/ОС -  $0,83 \pm 0,07$ , ІМТ в середньому склав  $22,9 \pm 1,9$  кг/м<sup>2</sup>. У 48 % хворих виявлено абдомінальне ожиріння (ОТ > 80 см), незважаючи на нормальну масу тіла. У хворих з ГІМ на тлі ожиріння ОТ становив  $107,6 \pm 9,89$  см, ОС -  $110,4 \pm 2,5$  см, ОТ/ОС -  $0,94 \pm 0,07$ , ІМТ  $32,6 \pm 5,2$  кг/м<sup>2</sup>. У 100% пацієнтів 2-ї групи відзначався абдомінальний тип ожиріння. При аналізі стану ліпідного обміну в гострому періоді ІМ у 1-й групі хворих ЗХС становив  $5,98 \pm 1,2$  моль/л, ХС ЛПНЩ  $4,07 \pm 1,06$  моль/л, ХС ЛПДНЩ  $0,69 \pm 0,18$  моль/л, ХС ЛПВЩ

1,23±0,39 моль/л, ТГ 1,50±0,40 моль/л. У групі пацієнтів на ГІМ із супутнім ожирінням рівні всіх компонентів ліпідного спектру були більш порушені, але звертало на себе увагу достовірне більш значне підвищення ЗХС (6,68±1,37), ХС ЛПДНЩ (1,48±1,01 моль/л) і ТГ (3,17±2,2 моль/л).

Висновки: Серед хворих на ГІМ переважають особи з надмірною масою тіла та ожирінням (72,6 %) і абдомінальним типом відкладення жиру. Для пацієнтів з ГІМ і ожирінням у порівнянні з пацієнтами з нормальною масою тіла характерна наявність дисліпідемії, з достовірно вищими рівнями ЗХС та виявленням гіпертригліцеридемії і підвищенням рівня ХС ЛПДНЩ.

**Боровик К.М.**

**АДИПОЦИТОКІНИ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ  
ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ  
АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ.**

**Харківський національний медичний університет,  
Харків, Україна**

**Науковий керівник – д. мед. н., професор Кравчун П.Г.**

Згідно даних ВОЗ, серед факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань основне місце займає артеріальна гіпертензія (АГ), особливо у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, оскільки коморбідність цих патологій має спільний патогенетичний зв'язок і потенціє кардіоваскулярний ризик.

Мета дослідження - вивчення рівнів гормонів жирової тканини у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 55 хворих на АГ, які були розподілені на групи залежно від наявності ЦД 2 типу, середній вік склав 59 ± 1,2 років. Визначення рівня резистину проведено імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «BioVendor» (Чеська Республіка). Зміст адипонектину в сироватці крові хворих визначали імуноферментним методом з використанням набору реактивів Assay Max Human Adiponectin ELISA Kit виробництва фірми «ASSYPRO» (США).

Результати та їх обговорення. За нашими даними рівень адипонектину достовірно був нижчим у хворих на АГ на 29,15% у порівнянні з хворими при поєднанні АГ і ЦД 2 типу та на 62,55% з контрольною групою (p < 0,001). Тоді як рівень резистину, навпаки, достовірно був вищим на 21,58% у хворих з АГ у порівнянні з хворими з АГ і ЦД 2 типу та на 48% з контрольною групою (p < 0,001).

Висновки. Таким чином, резистин може бути пусковим фактором виникнення метаболічних порушень у хворих на АГ, пов'язаних з ЦД 2 типу, а розвиток діабету може бути асоційованим з порушенням регуляції секреції адипонектину.

**Бутова Т.С.**

**ЗМІНИ ЕСТРАДІОЛУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ І  
АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОСТМЕНОПАУЗНИЙ ПЕРІОД**

**Харківський національний медичний університет  
Кафедра внутрішньої медицини №3**

**Науковий керівник: д.мед.н., професор Журавльова Л.В.**

Метою роботи було вивчення змін естрадіолу у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу та артеріальну гіпертензію (АГ) у постменопаузний період.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням було 106 хворих та 31 відносно здорова жінка у постменопаузний період. Усі жінки були у ранній постменопаузі у віці від 45 до 60 років, середній вік жінок між групами був недостовірний ( $p > 0,05$ ). Пацієнти були поділені на групи: I група - хворі на ЦД 2 типу (30 пацієнток); II група - хворі на АГ 2-3 ст. (34 пацієнтки); III група - хворі на ЦД 2 типу та АГ 2-3 ст. (42 пацієнтки); контрольна група – відносно здорові волонтери (31 жінка). Рівень естрадіолу у сироватці венозної крові вимірювався імуноферментним методом.

Результати. При зіставленні хворих жінок на ЦД 2 типу ( $52,34 \pm 1,15$  пг/мл) ми не спостерігали достовірної різниці з групою відносно здорових донорів ( $55,30 \pm 1,51$  пг/мл) ( $p > 0,05$ ). Але, якщо у I групі не було наявності статистичної значимості у порівнянні з групою контролю, то при зрівнянні приведенного показнику у хворих між II групою ( $41,36 \pm 1,16$  пг/мл) та групою контролю ми спостерігали достовірну різницю між цими двома групами, де естрадіол був нижчий у II групі, ніж у групі контролю та I групі. Крім того, цікавим був той факт, що у хворих III групи ( $31,82 \pm 1,69$  пг/мл) естрадіол був ще достовірно нижчий, ніж у II. Таким чином, при ЦД 2 типу спостерігається більш виражене зниження естрадіолу у венозній крові.

Висновки. У хворих жінок у постменопаузний період на ЦД 2 типу, АГ 2-3 ст. та поєднаною патологією (хворі на ЦД 2 типу і АГ 2-3 ст.) спостерігається наявність достовірних змін різної вираженості естрадіолу у венозній крові.

**Гулiда В.О.**

## **ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра внутрішньої медицини №3,  
Харків, Україна**

**Науковий керівник – доц., к.м.н. Лахно О.В.**

Мета роботи – вивчення ефективності комбінованої терапії у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХДПК).

Матеріали та методи дослідження. В умовах кардіологічного відділення Харківської обласної клінічної лікарні обстежено 42 хворих (чоловіків - 26, жінок – 16) на ГХ II стадії в поєднанні з ВХДПК. Середній вік хворих склав  $53,1 \pm 1,7$  роки. Контрольну групу склали 10 осіб.

Дослідження проводилось згідно програми обстеження хворих з артеріальною гіпертензією. ВХДПК діагностували за допомогою ФГДС з біопсією, визначення *Helicobacter pylori* (Hр), внутрішньошлункової рН-метрії. Стан МЦ вивчали методом бульбарної біомікроскопії і мікрофотографії із залучанням телевізійної щільної лампи “Zeiss” SL-120 (Німеччина). Для ерадикації Hр призначали схему потрійної терапії (кларитроміцин, амоксицилін, омепразол) в загальнотерапевтичних дозах протягом 7-14 днів, потім омепразол 1 раз на ніч 20 мг протягом місяця. Контроль ерадикації проводили через 1 місяць після лікування за допомогою СЛО-тесту. За характером антигіпертизивної терапії хворі були розподілені на 2 групи: 1-а група – 21 хворий, що отримували метопролол 25 – 100 мг один раз на добу, 2-а група (21 хворий) – амлодипін (АМ) по 5-10 мг один раз на добу.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз мікрофотографій показав, що порушення МЦ носили універсальний характер, а ступінь вираженості цих

порушень залежала від перебігу захворювання. При визначенні стану агрегації еритроцитів (АЕ) відмічено, що індекс АЕ був підвищеним у всіх хворих ( $p < 0,001$ ). Після лікування відмічено, що показники стану МЦ вірогідно поліпшувались в групі хворих, що отримували АМ ( $p < 0,05$ ), який не тільки зменшує гіпертрофію лівого шлуночка, а й поліпшує МЦ. Його позитивний вплив проявився також в тому, що після лікування у хворих 1-ї групи зарубцювалося 17 виразок, а в 2-й - у всіх хворих. Після проведеного лікування у пацієнтів 2-ї групи відмічено трохи коротший термін нормалізації артеріального тиску, більш швидке усунення больового та диспепсичного синдромів.

Висновки. Поєднана патологія ГХ та ВХДПК негативно впливає на перебіг обох захворювань. Визначення стану МЦ при поєднаній патології має певне прогностичне значення щодо перебігу цих захворювань. Блокатори кальцієвих каналців, зокрема амлодипін, можуть бути препаратами вибору щодо лікування поєднаної патології - ГХ та ВХДПК.

**Доспехова М.А.**

## **СУСТАВНОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ И ПРИ ЕГО СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра внутренней медицины № 3,**

**г. Харьков, Украина.**

**Научный руководитель асс. Олейник М.А.**

Проблема остеоартроза (ОА) на сегодняшний день является очень актуальной. Учитывая распространенность как ОА, так и сахарного диабета (СД) 2-го типа, частота их коморбидности увеличивается с возрастом. Однако данные относительно выраженности болевого синдрома и нарушения функции составов у больных с сочетанным течением ОА и СД 2-го типа достаточно противоречивые.

Цель. Изучить влияние СД 2-го типа на выраженность суставного синдрома у больных с сочетанной патологией.

Материалы и методы. В условиях эндокринологического и ревматологического отделений КУОЗ «Областная клиническая больница - центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» г. Харькова было обследовано две группы больных: 1-я группа - 21 больной с ОА, 2-я группа - 28 больных с ОА в сочетании с СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил  $57,03 \pm 0,70$ , группы были сопоставимы по полу и возрасту. Исследование составов включало осмотр, пальпацию, объективную оценку боли в покое и при движениях по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Симптомы ОА оценивали также по индексу WOMAC (Western Ontario and McMaster University). Всем больным проводилось рентгенологическое исследование составов, рентгенологические стадии ОА оценивали согласно классификации Н. Kellgren та J.S. Lawrens.

Результаты и обсуждение. Изучение клинических и функциональных характеристик позволило выявить, что в группе больных с сочетанным течением ОА и СД 2-го типа степень боли в покое по ВАШ составила ( $44,64 \pm 1,06$ ), что было достоверно выше ( $Z = -2,606$ ,  $p < 0,05$ ) по сравнению с группой с изолированным ОА ( $40,6 \pm 1,35$ ). Кроме этого, были определены достоверно более высокие степень функциональной недостаточности ( $Z = -2,606$ ,  $p < 0,05$ ), выраженности боли ( $Z = -2,606$ ,  $p < 0,05$ ) и суммарный бал по индексу WOMAC ( $Z = -2,606$ ,  $p < 0,05$ ) во второй группе больных по сравнению с первой. Больные отмечали более выраженную боль в

положении стоя, так же отмечали трудности при ходьбе, при вставании из положения сидя и лежа.

Выводы. Наличие СД 2-го типа приводит к усилению выраженности суставного синдрома, ухудшению функции суставов. Анализ полученных данных указывает, что СД 2-го типа отягчает течение ОА у больных с сочетанным течением этих заболеваний.

**Єрмак О.С., Сміт Таше**  
**ОСОБЛИВІСТЬ ДИНАМІКИ КОПЕПТИНУ, MRproADM ТА**  
**ПОКАЗНИКІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ**  
**ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ.**

**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології**  
**Харків, Україна**

**Науковий керівник – Кравчун П.Г.**

Протягом багатьох років провідною нозологічною формою у структурі ішемічної хвороби серця (ІХС), яка є однією з найважливіших проблем сучасної кардіології, залишається гострий інфаркт міокарда (ГІМ). На сучасному етапі увага дослідників спрямована на виявлення впливу ожиріння (ОЖ) як фактора ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), і як фактора, який сприяє прогресуванню ІХС. Дисбаланс роботи вазоконстрикторної і вазодилататорної систем у пацієнтів з ГІМ і супутнім ожирінням відіграє велику драматичну роль у прогресуванні цих захворювань, саме тому перспективним є вивчення копептину і MRproADM.

Мета дослідження – оптимізувати діагностику ГІМ шляхом оцінки динаміки маркера вазоконстрикції - копептину і вазодилатації - MRproADM у хворих на ГІМ залежно від наявності ОЖ, а також проаналізувати взаємозв'язки між даними показниками та показниками кардіогемодинаміки.

Методи дослідження. У дослідження було включено 80 пацієнтів з ГІМ, поміж яких у 50 хворих було діагностовано ОЖ, 30 осіб мали нормальну вагу тіла. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою:  $ІМТ (кг/м^2) = \text{маса тіла}/(\text{ріст})^2$ . Копептин визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human Copeptin» (Biological Technology, Shanghai). MRproADM визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human mid-regional pro-adrenomedullin (MRproADM)» (Biological Technology, Shanghai). Усім хворим була проведена ехокардіографія. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм «Microsoft Excel». Дані представлено у вигляді середніх величин та похибки середнього. Статистична значимість різних середніх визначалася за критерієм F - Фішера. Аналіз взаємозв'язків проведено за допомогою кореляції Спірмена (r).

Результати. У хворих з ГІМ та ОЖ спостерігалось вірогідне підвищення копептину на 129,6 %, MRproADM на 49,3 % порівняно з хворими без ОЖ. Параметри гемодинаміки також виявили відмінності у хворих з ГІМ та ОЖ: рівень КДО був вищим на 20,4 %. КСО на 28,5 %, КДР на 15,5 %, КСР на 17,6 %, а рівень ФВ нижчим на 15,1 % порівняно з хворими без ОЖ. Ранжування за ступенем відмінностей копептину і MRproADM у хворих з ОЖ порівняно з хворими без ОЖ за F-критерієм показало, що перше рангове місце належить копептину (F=52,49), друге – MRproADM (F=41,5). Незважаючи на зростання рівня і копептину і MRproADM за

наявності ОЖ у хворих з ГІМ, увагу привертає більш виразна активність копептину згідно результатів ранжування, що вказує на невідповідність вазодилітаторної відповіді на гіперактивність системи вазоконстрикторів. Знайдено прямі кореляції між копептином і КДО ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,05$ ), КСО ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,05$ ), КДР ( $r = 0,47$ ,  $p < 0,05$ ), і зворотня кореляція з ФВ ( $r = -0,23$ ,  $p < 0,05$ ).

Отримані висновки. Копептин і MRproADM зростали при наявності ОЖ у хворих на ГІМ з невідповідністю вазодилітаторної відповіді на гіперактивність системи вазоконстрикторів. Підвищена концентрація копептину асоціюється з дилатацією порожнин лівого серця і зниженням контрактильності у хворих з ГІМ та супутнім ОЖ.

**Еременко Г.В., Ілюха С.Э.**

## **ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ – ФАКТОР СНИЖЕНИЯ РИСКА ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет  
кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства  
Харьков, Украина.**

**Научный руководитель: доц.к.м.н. Еременко Г.В.**

Актуальность: бронхиальная астма (БА) названа заболеванием 21 века, и с каждым годом количество больных БА увеличивается. Важно понимание роли мышечной ткани, недостаточная активность которой, является одной из причин развития астмы, а физическая активность – один из важных и перспективных методов профилактики данного заболевания.

Целью работы явилось изучение влияния физической активности на уровень провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) и интерлейкина-6 (ИЛ-6). А так же возможность использования физической активности как меры профилактики обострений бронхиальной астмы и прогрессирования заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных с БА III ст., персистирующим течением, контролируемой и ожирением II-III степени, получающих базисную терапию согласно приказу МЗ Украины №868 от 08.10.2013. Согласно цели исследования все больные были разделены на две группы: В первую группу включено 17 пациентов с обычной физической активностью. Во вторую группу – 13 пациентов, которые выполняли физические упражнения в течение 30 мин. по 3-4 раза в день в течение 3-х месяцев. Кроме общеклинического обследования у всех больных изучали особенности БА с помощью опросника по контролю симптомов астмы АСQ-5, а также исследовали функции внешнего дыхания (ФВД), Цитокины определяли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов, статистическая обработка данных производилась в программе Excel.

Результаты. В результате наблюдения за больными установлено улучшение субъективного и объективного состояния больных, снижение веса в среднем на  $4 \pm 1,22$  кг, улучшение АСQ-5 во 2 группе по сравнению с больными 1 группы. Отмечено достоверное ( $p < 0,01$ ) снижение уровня ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$  у больных 2 группы (ИЛ-6  $10,4 \pm 3,25$  пг/л и ФНО- $\alpha$   $16,9 \pm 3,46$  пг/л) по сравнению с больными 1 группы (ИЛ-6  $18,1 \pm 3,61$  пг/л и ФНО- $\alpha$   $29,0 \pm 4,81$  пг/л). Можно предположить, что физическая нагрузка снижает синтез ИЛ-6 и ФНО- $\alpha$ , что способствует усилению работы скелетных мышц и снижению массы тела у больных 2 группы.

Выводы: повышение уровня физической активности у пациентов с БА, улучшает контроль над симптомами заболевания и способствует снижению веса.

**Ермоленко И. Н., Яранцева Н.А., Корниенко Д. А.**  
**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАСТРОЙСТВ ПРИ**  
**ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У СТУДЕНТОВ.**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования, Кафедра терапии, ревматологии и клинической фармакологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. м. н., профессор А. А. Опарин**

На сегодняшний день дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) является одним из наиболее распространенных заболеваний не только в гастроэнтерологической клинике, но и клинике внутренних болезней. Неуклонный рост данной нозологической единицы среди лиц подросткового и юношеского возраста говорит о социальной стороне данной проблемы, а переход ДЖВП в подавляющем проценте случаев в хронический холецистит, свидетельствует о необходимости пристального внимания к данному заболеванию. На сегодняшний день, несмотря на длительные исследования, остаются до конца не изученными многие аспекты, связанные с патогенезом данного заболевания. Учитывая роль нервного фактора, молодой возраст пациентов, проблему урбанизации, хронического стресса, целью нашего исследования стало изучение особенностей психосоматических расстройств при различных типах ДЖВП.

Материалы и методы: для исследования нами были взяты две группы больных ДЖВП в возрасте 17 - 24 лет (5 юношей и 15 девушек), без сопутствующей патологии. В первой состояло 13 человек с ДЖВП по гипотоническому типу, и 7 человек с ДЖВП по гипертоническому типу. Контролем служили 10 практически здоровых лиц того же возраста, и пола. Диагноз ДЖВП выставили путем изучения моторно-эвакуаторной функции желчевыводящей системы, с помощью ультразвукового исследования выполненного на аппарате ULTIMApro-30 (производство Украина). О характере психосоматических нарушений судили с помощью опросников: Бека, Айзенка, Шихана, Спилбергера – Ханина, личностного опросника Бехтеревского института, опросника качества жизни SF-36. О вегетативных нарушениях судили по опроснику Вейна.

Результаты исследований: в результате проводимых исследований было установлено, что в обеих исследуемых группах отмечаются выраженные психосоматические расстройства, причем у пациентов с ДЖВП по гипотоническому типу отмечалось повышение показателей депрессии и тревоги, причем данные показатели были достоверно выше, не только у лиц контрольной группы, но и у лиц с ДЖВП по гипертоническому типу. У пациентов с ДЖВП по гипертоническому типу напротив наибольшие нарушения касались реактивной личностной тревожности. Одновременно с этим было отмечено, что у 75 % больных отмечалась вегетативная дисфункция, показатели которой находились в тесной корреляционной зависимости, как с характером психосоматических расстройств, так и типом ДЖВП. Вместе с этими показателями в корреляционной зависимости находились показатели качества жизни, наиболее низкие данные, которых отмечались у больных с ДЖВП по гипотоническому типу.

Выводы:

1. У студентов больных ДЖВП отмечаются выраженные психосоматические расстройства, вегетативная дисфункция и снижение показателей качества жизни.

2. Установлена тесная корреляционная зависимость между типом ДЖВП, особенностями психосоматических нарушений, выраженностью вегетативной дисфункции и уровнем показателей качества жизни.

**Заїкіна Т.С., Гахраманова Н. Ф., Бутримова І.О.**  
**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ РІВНЕМ sCD40–ЛІГАНДУ ТА ПОКАЗНИКАМИ**  
**ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ**  
**МІОКАРДА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

**Кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м.Харків, Україна**

**Науковий керівник- д.м.н., професор Бабаджан В.Д.**

Мета дослідження: вивчити кореляційні зв'язки між рівнем sCD40-ліганду та показниками ліпідного профілю у хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали і методи: контингент дослідження склав 60 хворих на гострий інфаркт міокарда з ЦД 2 типу, серед них 27 чоловіків (45%) та 33 жінки (55%), середній вік яких склав  $67,55 \pm 1,29$  років. Рівень sCD40-ліганду визначався імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми YNBiosearchLaboratory (Китай) на імуноферментному аналізаторі "Labline-90" (Австрія). Біохімічне дослідження включало визначення рівня загального холестерину (ЗХС) й ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), що проводили пероксидазним методом з використанням набору реактивів «CholesterolLiquicolor» фірми «Human» (Німеччина) у сироватці крові, стабілізованою гепарином. Рівень тригліцеридів (ТГ) визначали ферментативним колориметричним методом з використанням набору реактивів «TriglyceridesGPO» фірми «Human» (Німеччина); за математичною формулою визначали рівень ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) =  $TG/2,2 \times 0,45$ , (ммоль/л) та рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) =  $ZXC - (ЛПДНЩ + ЛПВЩ)$ , (ммоль/л).

Результати. В групі хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом 2 типу виявлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем sCD40-ліганду та рівнем загального холестерину ( $r=0,53$ ,  $p<0,01$ ), холестерину ліпопротеїдів низької ( $r=0,41$ ,  $p<0,01$ ) та дуже низької щільності ( $r=0,43$ ,  $p<0,01$ ), а також з рівнем тригліцеридів ( $r=0,50$ ,  $p<0,01$ ), та зворотній кореляційний зв'язок з рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності ( $r=-0,16$ ,  $p<0,01$ ), що свідчить про безпосередній зв'язок рівня маркеру ендотеліальної дисфункції sCD40-ліганду з проатерогенними та зворотній кореляційний зв'язок з антиатерогенними субпопуляціями холестерину крові у хворих на гострий інфаркт міокарда з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Висновки. У хворих на гострий інфаркт міокарда з цукровим діабетом 2 типу продемонстровано прямий кореляційний зв'язок між рівнем sCD40-ліганду та рівнем загального холестерину, а також проатерогенними субпопуляціями холестерину крові (ЛПНЩ, ЛПДНЩ, тригліцедами) та зворотній кореляційний зв'язок з рівнем ЛПВЩ, що підтверджує вплив імунних чинників у прогресуванні атеросклерозу.



**Залюбовская Е.И., Кондратьева А.Ю., Шаповал А.В**  
**КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ**  
**У БОЛЬНЫХ С ИБС**

**Харьковский национальный медицинский университет.**  
**Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и**  
**аллергологии.**

**Научный руководитель: проф. Кравчун П.Г.**

Актуальность темы: ишемическая болезнь сердца (ИБС) одна из основных причин смертности, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира. Сегодня эндотелиальная дисфункция (ЭД) рассматривается, как наиболее ранний этап развития атеросклеротического поражения сосудов, в связи с чем контроль и лечение ИБС без коррекции ЭД не может быть удачно решенной клинической задачей.

Цель работы: изучение степени динамики показателей ЭД на фоне терапии лизиноприлом у больных стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к.

Материалы и методы: в исследование включено 53 больных стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. в возрасте 44-62 лет, контрольная группа представлена 23 здоровыми лицами. Состояние функции эндотелия оценивали в сыворотке крови иммуноферментным методом по уровню циркулирующего эндотелина-1 (ЭТ-1), методом сосудодвигательной активности плечевых артерий. Все больные с ИБС получали плановую терапию лизиноприлом в дозе 10,0 мг/сутки.

Результаты: в результате изучения сосудодвигательной активности плечевых артерий ультразвуковым методом установлено снижение относительного расширения плечевой артерии у больных с ИБС, составившее  $5,5 \pm 1,5\%$  в сравнении с  $12,5 \pm 2,5\%$  в группе контроля. Все пациенты были разделены на 4 группы, критерием рандомизации была степень тяжести ЭД, определявшейся по уровню эндотелин-1 зависимой вазодилатации плечевой артерии: 0 > 10,5%, I ст. – 10,5-8,0%, II ст. – 8,0-3,5%, III ст. – 3,5-2,5% и IV < 2,5%. В исследовании преобладали пациенты с I-II ст. ЭД (31 человек). Определение уровня ЭТ-1 показало повышение его концентрации у больных ИБС ( $7,52 \pm 0,94$  нг/л,  $p < 0,06$ ), в сравнении со здоровыми ( $4,24 \pm 0,52$  нг/л). Отметим, что наибольшая концентрация ЭТ-1 ( $12,0 \pm 1,2$  нг/л) выявлено у больных III-IV ст. ЭД. Отмечена прямая корреляционная зависимость между степенью дилатации плечевой артерии и содержанием ЭТ-1 ( $r = 0,84$ ,  $p < 0,001$ ) в сыворотке крови больных ИБС. Терапия лизиноприлом в течение 4 месяцев приводила к коррекции эндотелиальной дисфункции у больных I-II ст. тяжести, что характеризовалось нормализацией дилатации плечевой артерии ( $\Delta d \% - 9,46 \pm 0,32$ ,  $p < 0,01$ ) до уровня контрольной группы. При III-IV степени ЭД был достигнут значительный прирост диаметра плечевой артерии в манжетной пробе ( $3,14 \pm 0,22$ ), также достигнуто достоверное уменьшение концентрации ЭТ-1 ( $9,3 \pm 1,6$  нг/л) в сыворотке крови.

Выводы: Проведенные исследования показали, что терапия лизиноприлом обладает достаточно высокой вазопротективной активностью у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. независимо от тяжести ЭД.

**Истомина О.В.**

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА  
ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ОКСИДА АЗОТА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренних и профессиональных болезней,  
г. Харьков, Украина.**

**Научный руководитель - д.мед.н., профессор В.А. Капустник**

В большинстве стран мира хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) и гипертоническая болезнь (ГБ) являются актуальной медико–социальной проблемой, что связано с высоким уровнем заболеваемости, инвалидизации и смертности. По данным ВОЗ рассматриваемые заболевания входят в перечень 10 ведущих причин смерти в мире, среди которых ХОЗЛ находится на 3м месте и составляет 3,1 млн., а ГБ занимает 10 место – 1,1 млн. человек. У больных ХОЗЛ наличие сопутствующей ГБ выявляется с разной частотой (от 6,8% до 76,3 %), что в среднем составляет 34,3%. В качестве единого патологического звена в развитии как ХОЗЛ так и ГБ активно изучается эндотелиальная дисфункция (ЭД). Одним из основных показателей ЭД рассматривается недостаточная выработка оксида азота (NO) клетками сосудистого эндотелия. Синтезируется он из L-аргинина с помощью семейства ферментов NO-синтаз, которые существуют в трех изоформах: эндотелиальная (eNOS), индуцибельная (iNOS) и нейрональная (nNOS).

Цель исследования - оценить функциональное состояние эндотелия у больных ХОЗЛ с сопутствующей ГБ на основании определения активности eNOS и iNOS.

Материалы и методы. В клинике НИИ ГТИПЗ ХНМУ было обследовано 145 человек, составивших 3 группы наблюдения: основная группа - 55 больных с ХОЗЛ в сочетании с ГБ, группа сравнения - 45 больных с изолированной ХОЗЛ, группа контроля – 45 практически здоровых людей. Исследование активности eNOS, iNOS в плазме крови определялось спектрофотометрическим методом. Статистический анализ результатов экспериментальных исследований проводили с использованием компьютерного пакета прикладных программ для обработки статистической информации Statistica 6.1 (StatSoft, Inc., США).

Результаты исследования. У обследованных больных уровень eNOS достоверно значимо увеличивался только у больных с сочетанной патологией (1,31 пмоль/мин мг белка) сравнительно с группой больных с изолированным ХОЗЛ (0,89 пмоль/мин мг белка) и с контрольной группой (0,62 пмоль/мин мг белка). А iNOS статистически значимо увеличивалось уже в группе с изолированным ХОЗЛ (0,63 пмоль/мин мг белка), по сравнению с контрольной группой (0,33 пмоль/мин мг белка) и достигало максимальных значений в основной группе (1,2 пмоль/мин мг белка).

Выводы. Полученные в исследовании данные позволили констатировать нарушение метаболизма NO, свидетельствующее о наличии ЭД, наиболее выраженной у больных ХОЗЛ с сопутствующей ГБ.

**Кадыкова О.И., Бутеец И.Ф.**

**ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА M235T ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и  
аллергологии,  
Харьков, Украина**

**Научный консультант – д.мед.н., профессор Кравчун П.Г.**

Цель работы – оценить участие полиморфизма Met235Thr гена ангиотензиногена в нарушениях липидного обмена у больных ишемической болезнью сердца и ожирением.

Материалы и методы исследования. Обследовано 222 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и ожирением. Все больные с ИБС и ожирением были распределены на три подгруппы в зависимости от генотипов полиморфизма M235T гена АТГ: первая подгруппа – больные с Т/Т генотипом (n=64), вторая подгруппа – пациенты с Т/М генотипом (n=86) и третья подгруппа – больные с М/М генотипом (n=72). Биохимическое исследование включает определение уровня общего холестерина (ОХС) и липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), пероксидазным методом с использованием набора реактивов «Cholesterol Liquicolor» фирмы «Human» (Германия) в сыворотке крови, стабилизированной гепарином. Уровень триглицеридов (ТГ) определяли ферментативным колориметрическим методом с использованием набора реактивов «Triglycerides GPO» фирмы «Human» (Германия). Проводили расчет коэффициента атерогенности (КА) по формуле Климова А.М.:  $КА = (ОХС - ЛПВП) / ЛПВП$ ; уровень липопротеидов очень низкой плотности =  $ТГ / 2,2 \times 0,45$ , (ммоль/л); уровень липопротеидов низкой плотности =  $ОХС - (ЛПОНП + ЛПВП)$ , (ммоль/л).

Результаты и выводы. Изучение липидного обмена у больных с ИБС и ожирением в зависимости от генотипов полиморфизма M235T гена ангиотензиногена показало отсутствие достоверных различий между подгруппами. Эти результаты указывают на то, что на перестройку липидного спектра у больных ИБС и ожирением не влияют различные генотипы полиморфизма M235T гена ангиотензиногена.

**Кадыкова О.И., Сова А.А.**

**УЧАСТИЕ ПОЛИМОРФИЗМА Met235Thr ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА В НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и  
аллергологии,  
Харьков, Украина**

**Научный консультант – д.мед.н., профессор Кравчун П.Г.**

Цель работы – оценить участие полиморфизма Met235Thr гена ангиотензиногена в нарушениях углеводного обмена у больных ишемической болезнью сердца и ожирением.

Материалы и методы исследования. Обследовано 222 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и ожирением. Все больные с ИБС и ожирением были распределены на три подгруппы в зависимости от генотипов полиморфизма M235T

гена АТГ: первая подгруппа – больные с Т/Т генотипом (n=64), вторая подгруппа – пациенты с Т/М генотипом (n=86) и третья подгруппа – больные с М/М генотипом (n=72). С целью контроля углеводного обмена определяли уровень глюкозы, гликозилированного гемоглобина, инсулина иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест-системы INSULIN ELISA KIT производства фирмы «Monobind» (США). Использовали индекс инсулинорезистентности (ИР) НОМА (Homeostasis Model Assessment), который рассчитывали по формуле: инсулин (мЕд/мл)×глюкоза натощак (ммоль/л)/22,5. При индексе НОМА>2,77 пациентов считали инсулинорезистентными.

Результаты и выводы. Сочетанное течение ИБС и ожирения характеризуется гиперинсулинемией и ИР на фоне нормогликемии, что ассоциировано с Т/Т генотипом полиморфизма М235Т гена ангиотензиногена, а также подтверждено достоверными прямыми корреляционными связями между уровнем инсулина ( $r=0,48$ ,  $p<0,05$ ), индексом НОМА ( $r=0,44$ ;  $p<0,05$ ) и Т/Т генотипом полиморфизма М235Т гена ангиотензиногена.

**Карамян А.А.**

## **О КЛИНИКЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра ПБМ№2 и медсестринства,**

**г. Харьков**

**Научный руководитель к.м.н., профессор О.С. Бильченко**

Цель: изучение клинических особенностей хламидийной пневмонии (ХП).

Методы исследования: данные физикального исследования, общепринятые клинические анализы, рентген-исследование ОГК, ИФА.

Обследовано 32 больных ХП. По степени тяжести течения больные разделены на 2 группы, возраст колебался от 74 до 32 лет. 1-я группа – 14 больных с легким, но затяжным течением болезни, средний возраст  $30\pm 2,4$  лет. 2-я группа – 18 больных с тяжелым течением болезни, средний возраст  $62,4\pm 2,8$  лет.

Результаты. Больные I группы жаловались на интенсивный приступообразный сухой кашель. Первыми проявлениями болезни были симптомы фарингита. Больные успешно лечились амбулаторно, но через 2 недели отмечали рецидив кашля. Патологические физикальные изменения в легких отсутствовали. Диагноз ХП установлен рентгенологически в связи с наличием двухстороннего процесса в легких в виде мелкоочаговых теней. Общий анализ крови: умеренный лейкоцитоз, лейкоцитарная формула без изменений, умеренное ускорение СОЭ. С-реактивный белок (СРБ) у 80% больных превышал норму в 3 раза. Уровень антител к хламидиям (IgM) также был в 3 раза повышен.

У больных II группы течение более тяжелое: высокая лихорадка, интоксикация. Физикальные данные скудные. Рентгенологически: двухстороннее поражение легочной ткани в виде множественных мелкопятнистых участков инфильтрации, которое сохранялось около 45 дней. Общий анализ крови: анемия, умеренный лейкоцитоз, лейкоцитарная формула без изменений, значительное ускорение СОЭ. Титр СРБ у больных данной группы значительно превышал норму. Титр IgG к хламидиям повышен в 2,5 раза, титр IgM превышал норму в 2 раза. У 14 больных выявлены St. Pneumoniae, аэробные грамотрицательные микроорганизмы.

Выводы. Хламидийная пневмония имеет особенности клинического течения, позволяющие предположить этиологию и назначить адекватную эмпирическую

терапию. Характерен синдром трахеобронхиальной дисфункции, двусторонний процесс, затяжное течение. Установлена диссоциация признаков: при высокой лихорадке и интоксикации выявлены умеренный лейкоцитоз, отсутствие изменений в лейкоцитарной формуле, анемия, высокая СОЭ. Тяжесть течения обусловлена наличием факторов риска: пожилой возраст, вредные привычки, сопутствующая патология.

**Ковальова Ю.О., Шелест Б.О., Чернова І.Г., Абдулаєва А.Б.**  
**ЗМІНИ ГОРМОНІВ ЖИРОВОЇ ТКАННИНИ У ХВОРИХ**  
**НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ**  
**Харківський національний медичний університет, Харків**

Багатьма дослідниками вісцеральна жирова тканина розглядається як самостійний гормональний орган, оскільки в її адипоцитах синтезується велика кількість гормонально активних сполук, серед яких, особливо, виділяють адипонектин і резистин. Останні володіють різною локальною, периферичною і центральною дією, яка впливає на метаболічні процеси, формування оксидативного стресу, порушення з боку серцево-судинної системи і т.п.

Мета дослідження: вивчити зміни гормонів жирової тканини у хворих на артеріальну гіпертензію з ожирінням.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилось 64 хворих (середній вік  $56,2 \pm 5,6$  років) на артеріальну гіпертензію (АГ), які були розподілені на групи в залежності від наявності ожиріння (31 пацієнт, середній вік  $51,3 \pm 4,2$  років). Структура міокарда вивчалась при проведенні ультразвукового дослідження серця на апараті «Philips HD11XE» (USA) з аналізом показників скорочувальної спроможності міокарда (фракції викиду, розмірів камер серця, гіпертрофії міокарда лівого шлуночка та інше). Визначення гормонів жирової тканини проводилось імуноферментним методом.

Результати і обговорення. У хворих на (АГ) з ожирінням рівень адипонектину склав  $4,28 \pm 0,18$  мкг/мл, а резистину  $18,2 \pm 0,36$  нг/мл в порівнянні з групою хворих на АГ без ожиріння, у яких ці чинники становили  $6,76 \pm 0,21$  мкг/мл і  $13,87 \pm 0,37$  нг/мл, відповідно. Тобто рівень адипонектину у хворих на АГ з ожирінням був нижчим на %, в порівнянні з АГ без ожиріння, а резистин, навпаки – рівень його був підвищеним на % у хворих на АГ з ожирінням.

Висновки. Адипонектин і резистин являються важливими чинниками функціонування жирової тканини у хворих на артеріальну гіпертензію.

**Колесник А.Н.**  
**ДИАБЕТИЧЕСКИЕ ОСТЕОАРТРОПАТИИ - ДИАГНОСТИКА И**  
**ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины №3,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научные руководители – проф. Журавлева Л.В, доц. Федоров В.А.**

На сегодняшний день количество людей с поражением костно-суставной системы при сахарном диабете (СД) наблюдается достаточно часто (до 77,8% случаев), распространенность диабетической остеоартропатии (ДОАП) колеблется от 0,7 до 6,8%. В Украине на учете состоит приблизительно миллион больных сахарным

диабетом, но на самом деле таких больных в 2,5 раза больше, сообщают украинские эксперты.

Целью нашего исследования было изучение эффективности применения Алфлутопа при диабетической остеоартропатии.

Материалы и методы. Исследование проводилось в эндокринологическом отделении ОКБ г.Харькова. Под наблюдением было 67 больных (возрасте от 30-45 лет) сахарным диабетом 1-го и 2-го типов в стадии декомпенсации и субкомпенсации с наличием ДОАП. Наиболее частыми жалобами обследованных были ограничение движений в суставах, припухлость над суставами, их деформация, оссалгии.

Больным было назначено лечение хондропротектором Алфлутопом по 1 мл внутрисуставно через день №5, затем амбулаторно - внутримышечно ежедневно №10.

Результаты. В результате проведенного лечения отмечено, что после применения хондропротектора у всех больных было достигнуто прекращение прогрессивной деструкции сугавов, снижение болевого синдрома и увеличение объема движений.

Количество болезненных суставов и интенсивность боли по визуальной аналогичной шкале уменьшились на 89%, а количество припухших суставов – на 93%. Из побочных эффектов у 1 больного наблюдалось появление аллергической сыпи.

Выводы. Алфлутоп является эффективным препаратом в лечении ДОАП, замедляющий деструкцию суставов, устраняющий болевой синдром, улучшающий движение суставов и качество жизни больных.

**Котелюх М.Ю., Омогунва А.Ю.**

## **РОЛЬ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-13 У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології,  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник – д.мед.н., професор Кравчун П.Г.**

На сьогодні актуальним залишається питання вивчення компонентів позаклітинного матриксу, а саме: збереження рівноваги між активністю металопротеїнази та їх інгібіторів. Донині недостатньо вивченою є матриксна металопротеїназа-13 (ММП-13) у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу.

Мета: вивчити роль матриксної металопротеїнази-13 у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні обстежено 120 пацієнтів, серед яких 46 жінок (42,6 %) та 74 чоловіків (57,4 %), котрі перебували на стаціонарному лікуванні в інфарктовому відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27 (клінічна база кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології Харківського національного медичного університету МОЗ України) та в першому кардіологічному відділенні Центральної клінічної лікарні Укрзалізниці. Усіх пацієнтів було розподілено на групи: експериментальну групу склали 60 хворих на гострий інфаркт міокарду (ГІМ) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2 типу (серед них – чоловіків 31 осіб, жінок 29 осіб, у віці від 45 до 88 років); порівняльну групу – 40 хворих на ГІМ з відсутністю ЦД 2 типу (22 чоловіків і 18 жінок у віці від 45 до 75

років); контрольну групу — 20 осіб (серед них 11 чоловіків та 9 жінок, у віці 22-27 років). Контрольну групу склали практично-здорові особи.

Вміст глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) у цільній крові визначали фотометричним методом за реакцією з тіобарбітуровою кислотою з використанням комерційної тест-системи фірми «Реагент» (Україна). Рівень глюкози вимірювали глюкозооксидантним методом у капілярній крові, взятій у пацієнтів натщесерце (норма 3,3–5,5 ммоль/л). Матриксну металопротеїназу-13 – імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human MMP-13» (RayBiotech, Norcross, USA). Статистична комп'ютерна обробка результатів проведена за допомогою комп'ютерних програм Microsoft Office Excel та Statistica 6. Оцінку розбіжностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою t-критерія Ст'юдента. Статистично значущими вважали відмінності при ( $p < 0,05$ ). При аналізі різниці частот в двох незалежних вибірках використовували критерій Пірсона.

Результати дослідження. Порівняння показників вуглеводного обміну у хворих з ГІМ залежно від наявності або відсутності ЦД 2 типу показало, що при ЦД 2 типу рівень глюкози склав  $9,80 \pm 0,71$  ммоль/л та глікозильованого гемоглобіну –  $5,97 \pm 0,11$  % ( $p < 0,05$ ) та без ЦД 2 типу –  $5,41 \pm 1,04$  ммоль/л і  $4,83 \pm 0,12$  % ( $p > 0,05$ ) в порівнянні з групою контролю –  $4,50 \pm 0,18$  ммоль/л і  $4,9 \pm 0,11$  %. Рівень ММП-13 на 1-2 добу у хворих з ГІМ та ЦД 2 типу склав  $65,6 \pm 2,5$  пг/мл та  $47,9 \pm 3,8$  пг/мл без ЦД 2 типу при порівнянні з групою контролю –  $32,2 \pm 2,6$  пг/мл ( $p < 0,05$ ). З метою аналізу зв'язків використовували кореляцію у хворих на ГІМ з ЦД 2 типу між ММП-13 та глюкозою крові – ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,05$ ) та глікозильованим гемоглобіном – ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,05$ ).

Висновки. У хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу визначається більш вірогідна гіперпродукція матриксної металопротеїнази-13 порівняно з хворим на гострий інфаркт міокарда без цукрового діабету 2 типу, що може бути обумовлено ефектами гіперглікемії.

**Кравчун П.П.**

## **РОЛЬ ОМЕНТИНУ У РЕМОДЕЛЮВАННІ МІОКАРДА У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Й ОЖИРІННЯМ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,  
Харків, Україна**

**Науковий консультант – академік НАМ України Біловол О.М.**

Мета роботи – з'ясувати роль оментину у ремоделюванні міокарда у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом 2 типу й ожирінням.

Матеріали та методи. Відповідно до мети дослідження проведено комплексне обстеження 295 хворих з постінфарктним кардіосклерозом. Усі хворі з постінфарктним кардіосклерозом були розподілені на групи в залежності від наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу (перша група ( $n=68$ )), ожиріння (друга група ( $n=76$ )) та їх поєданого перебігу (третья група ( $n=71$ )). Групу порівняння склали 80 хворих з постінфарктним кардіосклерозом без діабету й ожиріння. У контрольну групу були включені 35 практично здорових осіб. Для визначення рівня оментину був застосований імуноферментний аналіз з використанням комерційної тест-системи Human Omentin-1 ELISA виробництва фірми «BioVendor» (Чеська Республіка). Усім хворим проводили загально-клінічні та інструментальні обстеження. Ехокардіографічні дослідження проводили за стандартною методикою Фейгенбаум Х.

на ультразвуковому апараті RADMIR (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). У М-режимі визначали наступні параметри лівого шлуночка (ЛШ): кінцевий діастолічний розмір (КДР) (см), кінцевий систолічний розмір (КСР) (см), товщину задньої стінки (ТЗСЛШ) (см), товщину міжшлуночкової перетинки (ТМШП) (см). Кінцевий діастолічний об'єм (КДО) і систолічний об'єм (КСО) (мл) ЛШ розраховували за методом Simpson (1991), після чого обчислювали фракцію викиду (ФВ) ЛШ (%). Маса міокарда ЛШ (ММЛШ) обчислювали за формулою R. Devereux і співавт.:  $1,04 \times [(ТМШП + ТЗСЛШ + КДР)^3 - [КДР]^3] - 13,6$ . Розрахунок індексу товщини стінки міокарда ЛШ (ІТСМЛШ) проводили за формулою:  $ІТСМЛШ = (ТЗСМЛШ_{д} + ТМШП_{д}) / КДР$ . Потім розраховували індекс маси міокарда ЛШ (ІММЛШ) по відношенню до росту пацієнтів:  $ІММЛШ(г/м) = ММЛШ / P$ , де P – зріст пацієнтів (м). Також визначали розмір ЛП (см) та аорти (см).

Результати. Вірогідних змін у значеннях ВТМШП, ВТЗСЛШ, ТЗСЛШ, ТМШП, розміру аорти, ІТСМЛШ та ІММЛШ у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, ЦД 2 типу та ожирінням у залежності від оментинемії виявлено не було ( $p > 0,05$ ). КДО у хворих 1 підгрупи був вище на 16,50 % та 28,84 %; КСО – на 11,30 % та 23,85 %; КДР – на 20,55 % та 36,67 %; КСР – на 12,25 % та 37,25 %; розмір ЛП – на 19,69 % та 39,55 %; ММЛШ – на 13,36 % та 24,14 %, ніж у хворих 2 та 3 підгруп відповідно ( $p < 0,05$ ). ФВ була найнижча у хворих 1 підгрупи на 14,38 % та 22,92 % порівняно з такою у хворих 2 та 3 підгруп відповідно ( $p < 0,05$ ). З усіх показників найбільш тісний зв'язок із оментинемією виявили КДО, КСР, КСО та КДР, що відповідають за збільшення розмірів та об'ємів серця за рахунок постінфарктного ремоделювання на тлі метаболічних порушень, обумовлених коморбідністю ЦД 2 типу та ожирінням.

Висновок. Оментин – це адипокін, зниження рівня якого асоційовано з ремоделюванням міокарда лівого шлуночка у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом 2 типу й ожирінням. Рівень оментину у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом 2 типу й ожирінням зворотно корелює з кінцевими діастолічним та систолічним розмірами й об'ємами, що відповідають за збільшення розмірів та порожнин серця за рахунок постінфарктного ремоделювання.

**Кравчун П.П.**

**СТАН ПОКАЗНИКІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З  
ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2  
ТИПУ Й ОЖИРІННЯМ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВАСПІНЕМІЇ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,  
Харків, Україна**

**Науковий консультант – академік НАМ України Біловол О.М.**

Мета роботи – з'ясувати роль васпіну у ремоделюванні міокарда у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, цукровим діабетом 2 типу й ожирінням.

Матеріали та методи. Відповідно до мети дослідження проведено комплексне обстеження 295 хворих з постінфарктним кардіосклерозом. Усі хворі з постінфарктним кардіосклерозом були розподілені на групи в залежності від наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу (перша група (n=68)), ожиріння (друга група (n=76)) та їх поєданого перебігу (третья група (n=71)). Групу порівняння склали 80 хворих з постінфарктним кардіосклерозом без діабету й ожиріння. У контрольну групу були включені 35 практично здорових осіб.



Результати. Прогресування постінфарктного ремоделювання шляхом збільшення об'ємів та розмірів серця, виснаження скоротливих можливостей лівого шлуночка у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, ЦД 2 типу та ожирінням пов'язано зі збільшенням рівня васпінемії. У нашому дослідженні показано, що збільшення концентрації циркулюючого васпіну асоційовано з розвитком дисфункції лівого шлуночка у даної когорти хворих.

Висновок. У сукупності ці результати надають докази про кардіопротекторну дію васпіну, і можна припустити, що підвищення рівнів васпіну можуть сприяти ремоделюванню міокарда лівого шлуночка у хворих з постінфарктним кардіосклерозом, ЦД 2 типу та ожирінням.

**Крапивко С.А., Маркив А.И.**

**ГИПОМАГНИЕМИЯ КАК МАРКЕР НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО  
ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА  
ИСАХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №2 и клинической иммунологии и  
аллергологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – д.мед.н., проф. Кравчун П.Г.**

Гипомагниемия имеет неблагоприятный прогноз у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа. Недостаток магния сопряжен с нарушенной толерантностью к глюкозе, а препараты магния способны улучшать инсулинзависимую утилизацию глюкозы.

Цель исследования: изучить влияние магния оротата на уровень гликемии у больных с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы: Обследовано 98 больных с ИБС. Все больные были разделены на группы в зависимости от наличия диабета: первая группа – 68 больных с ИБС и СД 2 типа, во вторую группу вошли пациенты с ИБС без СД 2 типа (n=30). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Результаты. Было установлено, что у пациентов 1-й группы гипомагниемия (уровень магния  $<0,74$ ; при  $N=0,74-1,2$ ) отмечалась у 53 человек (51 %) до лечения и у 25 человек (23 %) после лечения. Во второй группе гипомагниемия отмечалась у 7 пациентов (5 %) до лечения и у 1 пациента после лечения. На фоне приема препаратов магния наблюдали статистически достоверное снижение уровня глюкозы крови на 10 % (до лечения  $7,75-0,33$  и  $7,02-0,28$  после лечения), уровень магния повысился на 22,7 %.

Выводы: так, у больных с ИБС и СД 2 типа нами установлена обратная корреляция магния и глюкозы крови - у больных с магнием менее 0,59, глюкоза крови больше, чем у больных, у которых магний выше 0,59 ( $8,85-0,61$  и  $7,31-0,39$  соответственно ( $p<0,01$ )).

**Крапівко С.О., Войчук Б.Д.**  
**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МАГНІЄМІЇ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У**  
**ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО**  
**ГЕНЕЗУ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник – д. мед.н., професор Кравчун П.Г.**

Мета – оцінити зв'язок між магніємією та артеріальною гіпертензією у хворих на хронічну серцеву недостатність ішемічного генезу з супутнім цукровим діабетом 2 типу.

Матеріали та методи. При виконанні роботи обстежено 98 хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ішемічного генезу, з яких у 68 хворих був діагностований цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Хворі були розподілені на групи в залежності від ступеня артеріальної гіпертензії (АГ): до першої підгрупи увійшло 59 хворих на АГ I-II ст., до другої – 25 з АГ III ст.

Результати дослідження. При розподілі пацієнтів з ХСН та ЦД 2 типу в залежності від стадії артеріальної гіпертензії було виявлено, що в першій і другій підгрупах рівень магнію, систолічний і діастолічний артеріальний тиск, частота серцевих скорочень – достовірно не відрізнялися, але спостерігалась різниця в показниках кінцевого систолічного об'єму (КСО), кінцевого систолічного розміру (КСР), фракції викиду (ФВ) та в процесі лікування ці показники змінювалися. Так, у пацієнтів першої підгрупи вірогідно збільшилася ФВ на 10 % ( $p \leq 0,01$ ), другої групи на 18 % ( $p \leq 0,01$ ). КСР зменшився на 9,39% ( $p \leq 0,01$ ), а КСО на 20,95% ( $p \leq 0,01$ ) у першій групі пацієнтів, і на 22,82% КСР ( $p \leq 0,01$ ), і на 40,2% КСО ( $p \leq 0,01$ ) в другій групі відповідно.

Висновки. При гіпомагніємії хворі стають певною мірою резистентні до дії гіпотензивних препаратів. Крім того, можна стверджувати, що застосування препаратів магнію здатне запобігти розвитку АГ.

Таким чином, прийом магнію оротату ефективно знижує артеріальний тиск, а також підвищує ефективність стандартної гіпотензивної терапії при призначенні в комбінації.

**Кулакова Е.А., Татянюк Л.С.**

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И**  
**ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО**  
**ТИПА И БЕЗ НЕГО**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра**  
**внутренней медицины №3**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель - доц. Моисеенко Т.А.**

Сахарный диабет 2 типа (СД-2) и ожирение в виде метаболического синдрома (МС) в настоящее время приобрели черты неинфекционной эпидемии - их распространенность превышает 25% взрослого населения.

Цель. Определение функционального состояния желчного пузыря и желчевыводящих путей у больных СД-2 с изолированным течением и в сочетании с ожирением и МС.

Материалы и методы. Было обследовано в условиях эндокринологического отделения ОКБ г. Харькова 76 больных среднего возраста. Из них 36 пациентов имели изолированный СД-2 без избыточного веса (СД-2), а 40 пациентов имели ожирение I-II степени, с признаками метаболического синдрома (СД-МС). В группу обследованных не включали пациентов с тяжелыми сопутствующими нефропатиями, перенесенными ранее вирусными гепатитами или алкоголизмом.

Результаты и их обсуждение. По результатам комплексного обследования у всех больных СД-2 обнаружены признаки гипотонически-гипокинетической дискинезии желчного пузыря (ДЖП). У больных СД-2 и МС по сравнению с изолированным СД-2 деформация контура желчного пузыря встречалась реже, а септальные перегородки - чаще. Расслоенный характер контуров желчного пузыря и положительный ультразвуковой симптом Мерфи у пациентов с СД-2 и МС встречался реже, чем среди больных СД-2.

Негомогенное содержание ЖП и выраженный сладж-феномен встречался среди больных СД-2 и МС чаще, чем среди больных СД-2 с изолированным течением. У больных СД-2 обеих групп по данным динамической эхосонографии желчного пузыря (ЖП) достоверно была увеличена продолжительность латентного периода ЖП и начальный объем желчного пузыря. Наибольший начальный объем желчного пузыря был у пациентов с СД-2 и МС. Типичным для больных СД-2 и гипотонически-гипокинетической дискинезией желчного пузыря был низкий темп эвакуации содержимого ЖП со снижением коэффициентов эвакуации ЖМ на пятнадцатой, тридцатой, сорок пятой и шестидесятой минутах исследования. Достоверно более низкими были показатели у больных СД-2 и МС.

Выводы. У больных СД-2 имеются признаки гипотонически-гипокинетической дискинезии желчного пузыря. У больных СД-2 и МС с дискинезией желчного пузыря гипотонически-гипокинетического типа выявлено более значительное снижение сократительной способности желчного пузыря, чем у больных с изолированным СД-2. Характерным был синдром ареактивности ЖП - отсутствие выделения пузырной желчи в ответ на введение стандартных холекинетиков.

Таким образом, наличие МС углубляет нарушение сократительной функции желчного пузыря у больных СД-2 и является неблагоприятным прогностическим фактором в прогнозировании течения ДЖП. Симптоматика ДЖП у больных СД-2 имеет определенные особенности: наблюдается модификация болевого и диспепсического синдрома, более выражена распространенность и выраженность неспецифических проявлений ДЖП, нейро-вегетативного и астенического синдромов.

**Куликова М. В.**

**РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА A1166C ГЕНА РЕЦЕПТОРА 1-ГО ТИПА К  
АНГИОТЕНЗИНУ II В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА  
У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины № 3,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед.н., проф. Журавлева Л. В.**

Актуальность: Артериальная гипертензия (АД) и сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) во многом имеют общие звенья патогенеза. В последнее время изучение роли полиморфизмов генов ренин - ангиотензиновой системы (РАС) в развитии АД приобретает особое значение. Учитывая тот факт, что сегодня все чаще встречаются

случаи коморбидной патологии – сочетанное течение АГ и СД 2 типа, интересным направлением является изучение общих механизмов развития двух патологий. В связи с этим, целью нашей работы явилось изучение влияния полиморфизма A1166C гена рецептора 1-го типа к ангиотензину II (AGTR1) на развитие сопутствующих глюкометаболических нарушений у пациентов с АГ.

Материалы и методы: Нами было обследовано 99 пациентов с АГ, среди которых женщин – 52 (52,5%), мужчин – 47 (47,5%). Средний возраст колебался от 49 до 63 лет, медиана составила 55,0 лет. Всем пациентам было проведено комплексное общее клиническое и лабораторно – инструментальное обследование. Верификацию диагноза, определение стадии и степени АГ проводили согласно критериям Европейского общества артериальной гипертензии (2007 г.) и Европейского общества кардиологов. С целью оценки гликемического профиля определяли уровни глюкозы в плазме крови, инсулина с помощью набора «DRGInstrumentsGmbH» (Германия), HbA<sub>1c</sub>. Кроме того, рассчитывали индекс инсулинорезистентности (ИР) – НОМА. Полиморфизм A1166C генаAGTR1 определяли методом полимеразной цепной реакции с последующим электрофорезом с помощью набора ACE+AGTR1 ООО «Центр Молекулярной Генетики», Россия.

Результаты: В ходе исследования пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от генотипа полиморфизма A1166C гена AGTR1. Первую группу составили 67 пациентов с АГ с генотипом AC, которые являлись носителями неблагоприятного C – аллеля полиморфизма A1166C гена AGTR1. Вторую – 32 пациента с АГ с AA вариантом генотипа полиморфизма A1166C гена AGTR1. В 1-й группе пациентов отмечалось достоверное повышение массы тела по сравнению с пациентами 2-й группы ( 81 (57,0 – 139,0) кг, 87 (63 – 119) кг соответственно; p<0,05). При дальнейшем исследовании углеводного обмена у 39 пациентов с АГ 1-й группы была установлена гиперинсулинемия (10,2 (9,0-22,5) мкЕД/мл) по сравнению с больными 2-й группы ( 6,9 (6,5 – 8,7) мкЕД/мл; p<0,05). Кроме того, в 1-й группе отмечались более высокие показатели уровня глюкозы (4,8 (3,8-12,1) ммоль/л), HbA<sub>1c</sub> (6,4 (4,4 – 7,2) %) по сравнению с таковыми у пациентов 2-й группы (5,1 (3,8 – 7,8) ммоль/л, 4,4 (4,1 – 6,3 %) соответственно; p<0,05). ИР НОМА также был более высокий у пациентов с генотипом AC полиморфизма A1166C гена AGTR1 (2,1 (2,0 – 5,2)) по сравнению с пациентами с генотипом AA полиморфизма A1166C гена AGTR1 ( 1,8 (1,3 – 2,5); p<0,05).

Выводы: в связи с полученными данными можно предположить, что наличие носительства неблагоприятного C – аллеля полиморфизма A1166C гена AGTR1 ассоциировано не только с развитием кардиоваскулярной патологии, но и с развитием последующих нарушений углеводного обмена у пациентов с АГ.

**Лапшина Е.А., Голенко Т.М., Циганок Ю.С.**  
**АНАЛІЗ РІВНІВ ЦИТОКЕРАТИНУ 18 У ПАЦІЄНТІВ З**  
**НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ**  
**ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**

**Харківський Національний Медичний Університет,**  
**кафедра внутрішньої медицини №1**  
**Науковий керівник: О.Я. Бабак**

Вступ: Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) розглядається як можливий прояв інсулінорезистентності (ІР) і метаболічного синдрому у печінці, так як має зв'язок з ожирінням, гіпертонічною хворобою (ГХ) і дисліпідемією. В даний

час проводяться численні дослідження для виявлення біомаркера для діагностики НАЖХП. Найбільш перспективним біомаркером діагностики НАСГ вважають вимірювання рівня каспаз цитокератину - 18 в плазмі (СК-18) - основного протеїну печінки.

Мета дослідження: вивчити взаємозв'язок рівнів СК-18 в плазмі крові з надмірною масою тіла у пацієнтів з НАЖБП на тлі ГХ.

Матеріали та методи дослідження: було обстежено 40 пацієнтів з НАЖХП на тлі ГХ, з них 20 - без надмірної ваги тіла, та 20 пацієнтів з надмірною вагою тіла, групу контролю склало 20 практично здорових осіб. Серед обстежених було 32 чоловіка та 28 жінок у віці від 30 до 60 років. Оцінка клініко біохімічних даних проводилась перед лікуванням. Визначення СК-18 та рівня інсуліну натще проводилися імуноферментним методом у плазмі крові. Наявність та ступінь стеатозу печінки оцінювались за допомогою ультразвукового сканера „LOGIQ 5” (США).

Результати: Показники рівнів СК-18 у пацієнтів досліджуваних груп мали достовірну різницю - середні показники у першій групі склали: 260,6 (168,87; 354,07) – медіана, 25й та 75й квартилі відповідно; у другій групі визначення рівнів СК-18 показало медіану 377,05(314,4; 455,3) із квартилями відповідно, коли у групі контролю були визначені наступні показники: 99,6 U/l (92,9 U/l; 115,5 U/l).

Висновки: Таким чином, аналіз рівнів СК-18 у плазмі крові значно відрізняються між групами з НАЖХП та ГХ та групою контролю, що відображає пошкодження печінки та дозволяють діагностувати НАЖХП. Рівні СК-18 в групі з надмірною вагою вище ніж в групі із нормальною вагою тіла, що свідчить про позитивну кореляцію між цими двома показниками.

**Лисицина А.И., Волик М.С.**  
**РОЛЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ**  
**КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С**  
**САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ**  
**ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра клинической фармакологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель - д.мед.н., проф. Бобронникова Л.Р.**

Актуальность. В последние годы много работ посвящено изучению влияния витамина D как на фактор риска развития метаболического синдрома, инсулинорезистентности, развития сахарного диабета 2 типа (СД 2). Также актуальным является изучение влияния дефицита витамина D в развитии атеросклероза.

Цель исследования - изучить влияние дефицита витамина D на показатели углеводного, липидного обмена и определить риск развития атеросклероза у пациентов с СД 2 в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 45 пациентов (17 мужчин и 28 женщин) с СД 2 типа в сочетании с АГ 2-й стадии, находившихся на лечении в ГУ «Национальном институте терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины». Средний возраст пациентов - 54,5±4,5. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Клиническое обследование включало изучение антропометрических показателей, липидного спектра, углеводного обмена, ультразвуковое исследование общих сонных артерий с измерением толщины

комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТИМ ОСА). Исследовали содержание уровня 25-гидроксивитамина (ОН)D в сыворотке крови, соответственно с международными критериями уровень витамина D оценивался как оптимальный (уровни 25-гидроксивитамина D более 75 нмоль/л), недостаточный (50-75 нмоль/л), дефицитный (27-50 нмоль/л) и как тяжёлый дефицит (менее 27 нмоль/л).

Результаты исследования. Среднее значение уровней 25-гидроксивитамина D (25(ОН)D) у пациентов с СД и АГ составило 57 нмоль/л, причём у 62% обследованных был субоптимальный уровень, у 23% уровень 25(ОН)D был недостаточный, у 27% больных наблюдался дефицит уровня 25(ОН)D, и у 9% – тяжёлый дефицит.

Регрессионный анализ показал достоверные корреляции между уровнями 25(ОН)D в плазме крови, чувствительностью к инсулину ( $p = 0.0007$ ) и концентрацией глюкозы натощак ( $p=0.027$ ). Установлены корреляции между сниженными уровнями 25(ОН)D сыворотки крови с повышением показателей избыточного веса: индекс массы тела (ИМТ) ( $p = 0.0002$ ), окружности талии ( $p<0.0001$ ), отношением талии и бёдер ( $p<0.0001$ ), повышением уровней триглицеридов ( $p<0.0001$ ). Снижение уровня 25 (ОН)D коррелировал с повышенным систолическим артериальным давлением ( $h=0,01$ ) и снижением холестерина ЛПВП ( $p<0.0001$ ). У 67 % пациентов с СД 2 и АГ ТИМ ОСА составил в среднем  $1,1 + 0,2$  мм у пациентов со сниженным уровнем 25(ОН)D.

Выводы. Установлено влияние дефицита 25(ОН)D в прогрессировании кардиометаболических нарушений, что способствует развитию и прогрессированию атеросклероза и обусловлено дислипидемией, нарушениями углеводного и липидного обмена.

**Лукьянова Е.М., Супрун А.С.**

## **РОЛЬ TLR5 РЕЦЕПТОРОВ В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра внутренней медицины №1,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц., к.мед.н. Супрун С.А.**

Люди с ожирением часто страдают сахарным диабетом и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, такими как: артериальная гипертония, сердечная недостаточность, стенокардия. По данным ВОЗ Украина занимает первое место в Европе по количеству сердечно-сосудистых заболеваний. Так, за 2012 год в Украине 65,8% смертей было по причине заболеваний системы кровообращения.

Лечение и профилактика ожирения как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний является актуальной проблемой. Сегодня во всем мире более 300 млн. людей страдают ожирением (индекс массы тела [ИМТ] больше  $30 \text{ кг/м}^2$ ), еще 800 млн. имеют повышенный вес (ИМТ =  $25\text{-}30 \text{ кг/м}^2$ ).

Современные данные в корне изменили представления о развитии жировой ткани в организме. В 2010 году было установлено, что ее образование регулирует Toll – подобный рецептор (TLR)5.

Целью нашей работы является проведение анализа литературных данных о факторах и механизмах влияния TLR5 рецепторов на развитие ожирения.

По данным американского ученого Эндрю Гевиртца нарушение баланса микробиоты кишечника ведет к ожирению. В его эксперименте мыши без TLR5 в кишечнике были на 20% тяжелее и съедали примерно на 10% больше пищи,

отличались повышенным кровяным давлением и высоким уровнем холестерина, сохраняли повышенную резистентность к инсулину.

Избыточная активация TLR 5, связывающегося с флагеллином грамотрицательных бактерий в эпителиальных клетках интерстиция, приводит к выработке IL-8, воспалительного белка макрофагов 3а и к регуляторному дисбалансу, что характерно для аутоиммунных, хронических воспалительных и инфекционных заболеваний. К избыточной активации паттерн-рецепторов в кишечнике приводит нарушение биоценоза. Исследование A.Schwartz микробиоты 98 человек по данным ПЦР выявило тенденцию к увеличению Bacteroidetes(граммотрицательных) у людей с избыточной массой тела и снижение соотношения Firmicutes/Bacteroidetes с 3,3 у стройных против 1,2 у тучных. При этом количество бифидум-бактерий уменьшается. В то же время в работе Шварца В.Я. указывалось, что увеличение потребления калорий от 2400 до 3400ккал/сут у людей с и без ожирения приводило к 20%-ому увеличению количества Firmicutes(грамположительных) и соответствующему снижению Bacteroidetes, а введение пробиотических молочнокислых бактерий экспериментальным мышам повышало активность FIAF(fasting-induced adipose factor), угнетая липопротеинлипазу и снижая отложения жира. По данным Shen J , чрезмерное питание, употребление жирной пищи приводит к изменению микробиоты кишечника и способствует дисбиозу, приводящему к ожирению. Также Satu Pekkala в своих исследованиях утверждает, что флагеллин активирует TLR 5 воспалительные пути, снижая инсулиновую сигнализацию и повышая секрецию глицерола.

Таким образом, развитие ожирения может быть связано с дефицитом TLR 5 рецепторов в кишечнике. Мы предполагаем, что снижение этих рецепторов связано с нарушением микрофлоры кишечника. Однако преобладание Firmicutes или Bacteroidetes при дисбиозе, жирной пищи в питании, их влияние на ген, отвечающий за TLR 5 , и роль в уменьшении количества TLR 5, не изучены, что и является дальнейшей целью наших исследований.

**Мартовицкий Д.В., Бойко Н.И.**

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и  
аллергологии.**

**Научный руководитель: проф. Кравчун П.Г.**

Цель: выяснить сроки установления диагноза дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) по данным историй болезней больных кардиологического отделения.

Материалы и методы. Был проведен анализ историй болезней 28 пациентов кардиологического отделения ХГКБ №27 с ДКМП в возрасте от 39 лет до 76 лет. Всем пациентам клиники проводились такие исследования, как: определение уровня мозгового натрийуретического пептида (МНУП), доплерэхокардиография (ДЭхоКГ), электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ.

Результаты. Выявлено, что причиной для госпитализации больных с ДКМП в клинику явилось ухудшение состояния: появление или нарастание одышки, нарастание отеков нижних конечностей, кардиалгии, нарушения сердечного ритма и проводимости. Большинство диагнозов ДКМП выставлено при обращении к врачу после проведения ДЭхоКГ. Длительность заболевания у пациентов варьировалась от

полугода до пяти и более лет. Из анамнеза: у 1-го больного выявлен инфекционный миокардит, у 2-х – тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии (ТЭЛА) с инфарктной пневмонией, у 4-х – различные нарушения сердечного ритма. При определении уровня МНУП выявлено его значительное повышение у пациентов с ХСН IIБ стадии. При анализе ЭКГ установлены у 12 пациентов – гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), у 3-х – перегрузка левого предсердия, у 4-х – перегрузка правого желудочка. По данным ЭхоКГ у пациентов с ДКМП фракция выброса (ФВ) ЛЖ снижена и составила в среднем 31,5% ( $p < 0,001$ ). При динамическом наблюдении за 9 пациентами на фоне проводимой терапии бисопрололом, эналаприлом, спиронолактоном и кордароном (по показаниям) отмечается улучшение состояния – уменьшение одышки, исчезновение отеков, урежение сердечного ритма, а также у 3 человек увеличился показатель ФВ ЛЖ.

Выводы. С целью ранней диагностики ДКМП необходимо регулярное наблюдение за пациентами, перенесшими инфекционный миокардит, ТЭЛА, а также за пациентами, имеющими сложное нарушение сердечного ритма. Помимо ЭКГ-исследования, рекомендуется ДЭхоКГ в динамике, исследование МНУП.

**Мартовицкий Д.В., Лахно Ю.В.**  
**РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ИШЕМИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ**  
**МИОКАРДА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и**  
**аллергологии.**

**Научный руководитель: проф. Кравчун П.Г.**

Цель. Выявление основных причин возникновения повторной ишемии у пациентов перенесших реваскуляризацию миокарда.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 55 больных, поступивших в инфарктное отделение ХГКБ №27 с острым коронарным синдромом после проведенной реваскуляризации миокарда в анамнезе. Среди пациентов было 5 женщин, средний возраст которых составил 63 года и 50 мужчин, средний возраст которых составил 54,5 лет. Аортокоронарное шунтирование в анамнезе у 24 пациентов (43,6%), чрезкожное коронарное вмешательство – у 31 пациента (56,4%). Из заболеваний в анамнезе: инфаркт миокарда у 53 (96,4%) больных, артериальная гипертензия у 51 (92,7%) больного, отягощенная наследственность по ишемической болезни сердца (ИБС) наблюдалась у 39 (70,1%) больных, нарушение липидного обмена у 25 (45,5%) больных, избыточная масса тела у 46 (83,6%) больных, сахарный диабет у 8 (14,5%) больных, курение у 44 (80%) больных. Проводились следующие исследования: общий анализ крови, биохимические анализы крови, электрокардиография (ЭКГ) в динамике, эхокардиография (ЭхоКГ). Оценивались сроки повторного появления клиники ишемии миокарда, адекватность антиагрегантной терапии, рациональность и придерживание больными данных рекомендаций.

Результаты. На основании проведенных исследований 13 (23,6%) пациентам выставлен повторный инфаркт миокарда. Клиника ИБС у исследуемых пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование, возобновилась в среднем через 3 года 4 месяца, при этом у 5 (20,8%) больных наблюдался повторный инфаркт миокарда. У пациентов перенесших чрезкожное коронарное вмешательство клиника ишемии



миокарда возобновилась в среднем через 1 год 9 месяцев, при этом у 8 (25,8%) больных развился повторный инфаркт миокарда.

Выводы. У пациентов перенесших эндоваскулярное вмешательство по поводу ИБС, выявлены различные частоты факторов риска. Женщины исследуемой популяции старше мужчин и реже страдают артериальной гипертензией (13,3%), курением (18,9%). Отсутствие коррекции факторов риска ИБС наблюдается у 54% пациентов. У 48% больных перенесших повторный инфаркт миокарда основная причина его возникновения и появление клинических симптомов ИБС – неадекватность вторичной медикаментозной профилактики, а также игнорирование больными данных рекомендаций.

**Меленевич А.Я.**

**РОЛЬ МАРКЕРІВ ІМУННОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ  
ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З  
ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра внутрішніх та професійних хвороб**

**Науковий керівник – д. мед. н., професор Капустник В.А.**

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) являє собою серйозну проблему завдяки широкої розповсюженості, прогресуючого перебігу, зменшення тривалості життя хворих. У середньому від 8 до 22% дорослих у віці 40 років і старше страждають ХОЗЛ (Фещенко Ю.І., 2012). Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) відмічає неухильне зростання поширеності ХОЗЛ. Доля професійного ХОЗЛ – 19% (Шпагіна Л.А., 2013). Крім того, ХОЗЛ виходить на лідируючі позиції серед причин смерті. Експерти ВООЗ прогнозують, що до 2020 року дана патологія займатиме 5-е місце по захворюваності і 3-є місце в світі в структурі загальної смертності. За даними ВООЗ у 2012 році від ХОЗЛ померли більше 3 мільйонів чоловік, що склало майже 6% всіх випадків смерті. Згідно ВООЗ смертність від ХОЗЛ в структурі професійної захворюваності складає 40%.

Одним із найбільш частих коморбідних станів є поєднання ХОЗЛ та гіпертонічної хвороби (ГХ), поширеність його коливається у значно широким межах від 6,8 до 70,2 %, в середньому 34,3 %. (Мостовий Ю.М., 2010).

При ХОЗЛ запалення підтримується багато років, нерідко і десятиліттями, посилюючись в період загострення хвороби, що призводить до пригнічення адаптаційних реакцій організму, тривалої активації імунної системи. Нині з'являється все більше даних про роль імунного запалення у розвитку та прогресуванні ГХ. У хворих на ГХ прозапальні цитокіни можуть призводити до активації симпато-адреналової нервової системи та стимуляції продукції ангіотензину II.

Ключовими маркерами прогресування запалення в бронхах є С-реактивний білок (СРБ), фактор некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ), інтерферон- $\gamma$  (ІФН- $\gamma$ ), інтерлейкін (ІЛ)-1, ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-17, ІЛ-18, та ІЛ-32. Гіперпродукція цитокінів призводить до розвитку системної запальної реакції. Відомо, що інтенсивність синтезу цитокінів може бути генетично обумовлена. Доведено, що варіанти генів цитокінів асоційовані з чутливістю макроорганізму до аутоімунних, алергічних та інфекційних захворювань, особливістю та тяжкістю їх перебігу, а також із підвищеним, або, навпаки, зниженим вмістом продукуємих цитокінів. В останній час, особливо в публікаціях закордонних вчених, обговорюються патогенетичні механізми порушення цитокінового статусу у хворих на ХОЗЛ та роль цього дисбалансу в

підтриманні хронічного запалення, а також пов'язаного із ним процесу апоптозу, що призводить до розвитку інтерлейкінзалежного вторинного імунодефіцитного стану.

Підвищені рівні циркулюючих запальних медіаторів виявляються при серцево-судинних захворюваннях. Високі концентрації СРБ, ІЛ-6, ІЛ-18, ФНП- $\alpha$  ідентифіковані як незалежні фактори ризику серцево-судинних захворювань і асоціюються із посиленням атеросклерозу і розвитком його ускладнень.

Крім того, відомо, що у пацієнтів з ГХ визначають підвищені рівні ІЛ-1, ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-17, які корелюють з артеріальним тиском у хворих і в експериментальних моделях гіпертензій.

Рівень ІЛ-18 зворотно корелює зі значенням ОФВ<sub>1</sub> у хворих ХОЗЛ. У багатьох закордонних публікаціях показано, що зі збільшенням ступеня тяжкості ХОЗЛ, а також при загостреннях є тенденція до збільшення рівня цього цитокіну.

Високі рівні ІЛ-18 корелюють з підвищеним серцево-судинним ризиком і гіршим прогнозом у пацієнтів з наявними серцево-судинними захворюваннями (Laura C O'Brien, Eleonora Mezzaroma, Benjamin W Van Tassel et al. 2014).

Таким чином, подальше вивчення ролі маркерів імунного запалення при ХОЗЛ у поєднанні з ГХ відкриває нові можливості щодо ранньої діагностики та визначення ступеня ризику прогресування цієї коморбідної патології.

**Минухина Д.В., Габисония Т.Н., Ромасько К.М.**  
**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И**  
**АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И**  
**ОЖИРЕНИЕМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины № 2 и клинической иммунологии**  
**аллергологии,**  
**г. Харьков, Украина**

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей проблемой современной медицины, поскольку характеризуется высокой распространенностью среди населения развитых стран и смертностью.

Одной из наиболее часто встречающихся форм ИБС является стабильная стенокардия. Коморбидность стабильной стенокардии и ожирения является триггерным механизмом, запускающим каскад патофизиологических реакций, которые ускоряют процессы формирования атеросклероза сосудов сердца.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация диагностики и лечения кардиометаболических нарушений с учетом патогенетической роли адипоцитокинов (висфатина и адипонектина) в развитии атеросклероза у больных со стабильной стенокардией и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных со стабильной стенокардией, которые были распределены на 2 группы: 1-я - пациенты, имевшие в качестве сопутствующего заболевания ожирение (n=35) и 2-я - без ожирения (n=25). Контрольную группу составили 10 практически здоровых лиц.

Результаты исследований. Было показано, что у больных 1-й группы уровень висфатина достигал  $29,6 \pm 2,0$  нг/мл, что было достоверно выше в сравнении с этим показателем у пациентов 2-й группы -  $27,6 \pm 1,7$  нг/мл и у практически здоровых лиц ( $19,3 \pm 1,3$  нг/мл) ( $p < 0,05$ ).

Содержание адипонектина в 1-й группе составляло  $5,17 \pm 0,22$  нг/мл, что было достоверно ниже ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов 2-й ( $6,02 \pm 0,21$  нг/мл) и контрольной

(12,45± 0,15 нг/мл.) групп. Это может свидетельствовать о том, что гипoadипонектинемия и гипервисфатинемия ассоциируются с развитием ожирения у больных, страдающих стабильной стенокардией.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, можно предположить, что подобная дисфункция адипокинового обмена на фоне увеличения массы тела способствует развитию и прогрессированию атеросклероза у больных стабильной стенокардией путем истощения антиатерогенных возможностей адипонектина и активации висфатином метаболических нарушений.

Полученные данные позволяют рекомендовать определение содержания висфатина и адипонектина в крови больных со стабильной стенокардией и ожирением в качестве предиктора развития и прогрессирования стабильной стенокардии.

**Молотягін Д.Г., Кудрик О.А., Сова О.О.**  
**НЕДОЛІКИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КАДРОВОГО**  
**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ**

**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології**  
**Науковий керівник – д.мед.н., професор, Кравчун П.Г.**

Актуальність теми обумовлена тим, що одними із ключових питань сучасної державної політики є розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я і вдосконалення кадрової політики, яка покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі, оскільки проблеми у сфері кадрового забезпечення в Україні є досить чисельними і ситуація, що визначається як кризова, може стати реальною загрозою здоров'ю населення країни.

Метою дослідження був аналіз стану системи підготовки кадрів для галузі охорони здоров'я та подальше використання підготовленого кадрового ресурсу.

Вітчизняні та закордонні експерти вказують на значне зниження якості кадрів системи охорони здоров'я України, яке проявляється низькою конкурентоспроможністю випускників вищих медичних навчальних закладів України, збільшенням числа кваліфікованих працівників, що залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок трудової та міжгалузевої міграції, зниженням якості освіти нових кадрів, невідповідністю вмінь медичного персоналу потребам населення та викликам часу, низьким рівнем клінічної та практичної підготовки молодих спеціалістів, незадовільною якістю післядипломної освіти, недостатнім потенціалом керівного складу системи охорони здоров'я, браком кваліфікованих спеціалістів у галузі громадського здоров'я, відсутністю індикаторів якості медичної допомоги.

По-перше, це обумовлено недосконалими механізмами відбору до медичних вузів, що поглиблюється внаслідок існування неефективної системи пільг. Зокрема, право зараховуватися поза конкурсом мають певні соціально незахищені верстви населення, при цьому кількість місць для визначених осіб складає 25 % обсягу державного замовлення з кожної спеціальності.

По-друге – невідповідністю якості підготовки медичних кадрів сучасним потребам і вимогам медичної галузі, що обумовлена незацікавленістю самих студентів та недостатнім до них рівнем вимог, неефективним використанням клінічних баз, недостатнім рівнем фінансування медичної освіти та оплати праці

викладацького складу, високим рівнем корумпованості, низьким рівнем контролю та аудиту роботи медичного персоналу.

По-третє – недосконалістю механізмів контролю за виконанням процедури працевлаштування молодих спеціалістів-випускників вищих медичних закладів освіти, що навчались за державним замовленням, та покарання за невиконання процедури розподілу на роботу.

Також недосконала система планування кадрового складу сфери охорони здоров'я не дає повної картини кадрового забезпечення галузі медичними кадрами, оскільки вона не враховує реальні потреби галузі через неможливість забезпечити єдиний галузевий облік закладів охорони здоров'я, а також не враховує приватні медичні заклади.

Одним з найважливіших чинників зниження якості кадрів є брак мотивації медичних працівників та зацікавленості у покращенні результатів власної діяльності через незадовільні умови та низький рівень оплати праці, що спонукає до сумісництва за межами основної роботи, що, у свою чергу, призводить до зростання захворюваності та інвалідності серед працівників охорони здоров'я.

Таким чином, одними із основних питань, які мають бути вирішені для забезпечення реформи галузі охорони здоров'я, повинні бути питання підготовки кваліфікованих працівників і кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Шаблонний підхід у цьому випадку працювати не буде, оскільки ефективні стратегії в сфері кадрових ресурсів повинні відповідати унікальним умовам і особливостям ситуації кожної конкретної країни, а оскільки у різних країнах світу системи кадрового забезпечення мають свої вади, а також використовуються різні системи класифікації медичного персоналу і його обов'язків – це майже не дає можливості проводити порівняльний аналіз між країнами.

**Наріжна А.В. Попович Н.В.**

## **ВПЛИВ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ НА ІМУНОЗАПАЛЬНІ Й ПРОФІБРОТИЧНІ МАРКЕРИ ТА ПАРАМЕТРИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ**

**Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,  
Харківський національний медичний університет**

**Науковий керівник : професор П.Г. Кравчун**

Хронічна серцева недостатність (ХСН), що є найбільш частим ускладненням ішемічної хвороби серця (ІХС), не залишає провідних позицій у структурі захворюваності, інвалідизації та смертності хворих в Україні та в усьому світі.

Несприятливий перебіг ХСН при ІХС обумовлений наявністю коморбідності у вигляді цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Метою нашого дослідження є визначення ефекту як карведілолу, так і небівололу на імунозапальні й профібротичні маркери, параметри кардіогемодинаміки при лікуванні пацієнтів з ХСН при ІХС у поєднанні із ЦД 2 типу.

До нашого дослідження було включено 70 хворих з ХСН при ІХС та супутнім ЦД 2 типу. Пацієнти були поділені на дві групи : 1 група (35 осіб) приймала небіволол, 2 група (35 осіб) приймала карведілол.

Сприятлива динаміка спостерігається стосовно параметрів морфо-функціонального стану лівого шлуночка. Так у хворих першої підгрупи, які приймали

карведілол, спостерігається покращення скоротливої здатності міокарда, що характеризується зростанням ФВ на 10 % ( $p < 0,05$ ). Що стосується хворих 2-ї підгрупи, які приймали небіволол, фракція викиду зростає на 7,2 % ( $p < 0,05$ ) при зіставленні з вихідними даними. Обидві схеми терапії виявляють позитивний вплив на показники діастолічної дисфункції, що асоціюється зі зниженням А на 4,2 % і 4,8 % ( $p < 0,05$ ), зростанням Е на 5,1 % і 5,4 % ( $p < 0,05$ ), Е/А на 4,7 % і 5,1 % ( $p < 0,05$ ) відповідно. Знайдено зниження КДО, КДР на 3,5 % і 4,1 %, 3,8 % і 4,3 % ( $p < 0,05$ ) відповідно. Що стосується параметрів КСО і КСР, вони виявляють тенденцію до зниження, що не досягає рівню вірогідності, як у групі карведілолу, так і у групі небівололу. На тлі терапії карведілолом спостерігається зменшення кількості хворих з ексцентричним типом гіпертрофії з 31 % до 22 % ( $p < 0,05$ ). Відмічається тенденція до зменшення кількості хворих з концентричною гіпертрофією на 11,5 % ( $p < 0,1$ ). Прийом небівололу також супроводжується зменшенням кількості хворих з ексцентричною гіпертрофією і концентричною гіпертрофією на 6 % і 6,8 % ( $p < 0,05$ ). В обох групах з'явився відсоток хворих з концентричним ремоделюванням і нормальною геометрією лівого шлуночку – 9 % і 4,8 % ( $p < 0,05$ ). відповідно у групі карведілолу, а у групі небівололу – 12 % і 8 % ( $p < 0,05$ ). відповідно.

Висновки: Лікування з використанням  $\beta$ -адреноблокаторів асоціюється з покращенням скоротливої здатності ЛШ, параметрів діастолічної дисфункції, зниженням відсотку хворих з невігідним типом ремоделювання лівого шлуночку – ексцентричною гіпертрофією, що більш виразно проявляється в підгрупі карведілолу.

**Некрасова Ю.В., Калюжка В.Ю., Маркевич Н.А.**

## **ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №3,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – асс. Журавлёва А.К.**

Основой патогенеза неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) является инсулинорезистентность (ИР), возникающая на фоне абдоминального ожирения (АО), которое, в свою очередь, является ключевым фактором в возникновении дисбаланса между адипоцитокинами, влечет за собой нарушения липидного и углеводного обменов, что, в конечном итоге, приводит к повреждению печеночных клеток, развитию воспаления, апоптозу и фиброзу.

Цель – изучить особенности изменения уровня адипонектина (АН) в зависимости от функциональных показателей печени и индекса ИР у больных с НАЖБП и сахарным диабетом (СД) 2 типа и АО.

Материалы и методы. 25 пациентов (10 мужчин и 15 женщин) с НАЖБП и СД 2 типа ( $HbA1c < 7,5\%$ ). Контрольную группу составили 12 практически здоровых людей. Клиническое обследование включало оценку антропометрических показателей (индекс массы тела (ИМТ) и объем талии (ОТ)), функциональных показателей печени (АЛТ, АСТ) и индекса НОМА-IR.

Результаты. Изменение ИМТ наблюдались у 94,5 % пациентов, в том числе, ожирение 1-й степени - у 54,6 %, 2-й степени - у 31,4% и у 4,6% - ожирение 3-й степени. Уровень АН был снижен в сравнении с контролем ( $8,7 \pm 2,4$  нг/мл против  $15,4 \pm 2,1$  нг/мл,  $p < 0,05$ ) и коррелировал со степенью ожирения -  $6,5 \pm 2,1$  нг/мл у

пациентов с 3-й степенью ожирения ( $p < 0,05$ ). Выявлены отрицательные связи между уровнем АН и ИМТ ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,01$ ), ОТ ( $r = -0,34$ ;  $p < 0,05$ ). Уровень АН достоверно снижался при повышении уровней АЛТ ( $r = -0,44$ ;  $p < 0,001$ ) и АСТ ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,001$ ). Установлена обратная связь между уровнем АН и индексом НОМА-IR ( $r = -0,46$ ;  $p < 0,001$ ).

Выводы. Гипоадипонектинемия у пациентов с НАЖБП и СД 2 типа ассоциируется с АО, ухудшением функциональных показателей печени и прогрессированием ИР, что способствует дальнейшему формированию метаболических нарушений в печени.

**Острополец А.С.**

## **ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ТЯЖЕСТЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины № 1,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., профессор Бабак О.Я.**

Актуальность. Давно доказано, что курение является независимым фактором риска сердечно-сосудистых событий у лиц любого возраста. Однако у женщин, находящихся в периоде менопаузы, влияние курения является особенно значимым и остается недостаточно изученным.

Цель работы. Изучить влияние курения на течение климактерического периода у женщин.

Материалы и методы. Было проанализировано 155 историй болезни пациенток, которые были разделены на две группы в зависимости от уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). В первую группу вошли 55 женщин с уровнем ФСГ менее 32 МЕ/л, во вторую – 100 с уровнем ФСГ более 32 МЕ/л. У всех пациенток определяли уровень ФСГ, оценивалась ЭКГ, липидограмма и тяжесть симптомов менопаузы при помощи опросника Куперман в модификации Уваровой. При статистической обработке использовались непараметрические методы и метод пошаговой регрессии.

Результаты. Воисследуемой группе 15,6% (37) пациенток курили и 7,1% (11) курили в прошлом. Средняя продолжительность курения была  $22,7 \pm 13,7$  лет. При сравнении курящих и некурящих пациенток было выявлено, что у курящих женщин менопауза достоверно начиналась раньше ( $46,7 \pm 4,8$  и  $51,1 \pm 3,2$  года соответственно,  $p = 0,039$ ). Также в этой группе уровень общего холестерина ( $4,8 \pm 0,95$  и  $5,4 \pm 0,9$  ммоль/л соответственно,  $p = 0,007$ ) и холестерина ЛПНП ( $3,03 \pm 0,16$  и  $3,4 \pm 0,01$  ммоль/л соответственно,  $p = 0,018$ ) был достоверно выше.

Исследуемые группы достоверно отличались по возрасту (средний возраст составил  $49,8 \pm 1,0$  и  $53,6 \pm 1,1$  лет соответственно,  $p = 0,0011$ ). Так же наблюдалось достоверное отличие по уровню ФСГ ( $13,7 \pm 1,1$  и  $62,7 \pm 1,16$  МЕ/л соответственно,  $p = 0,000001$ ) и SCORE ( $0,8 \pm 0,01$  и  $1,7 \pm 0,03$  соответственно,  $p = 0,03$ ). При этом в первой группе климактерический период протекал более тяжело, хотя менопаузальный индекс достоверно не отличался ( $p = 0,27$ ).

Для оценки связи между исследуемыми параметрами и курением был проведен пошаговый регрессионный анализ, в результате которого было выявлено, что тяжесть симптомов менопаузы зависела от курения (бета-коэффициент составил  $0,14 \pm 0,06$  и  $3,4 \pm 1,44$  соответственно,  $p = 0,01$ ) и пережитой менопаузы ( $0,15 \pm 0,05$  и  $0,35 \pm 0,13$

соответственно,  $p=0.009$ ). Также была выявлена корреляция с уровнем систолического артериального давления ( $0.38\pm 0.08$  и  $0.15\pm 0.03$  соответственно,  $p=0.00005$ ) и уровнем триглицеридов ( $-0.12\pm 0.06$  и  $-1.65\pm 0.8$  соответственно,  $p=0,054$ ).

Выводы. У курящих пациенток (вне зависимости от количества выкуриваемых сигарет) отмечается более раннее наступление менопаузы и более тяжелое течение климактерического синдрома. Наряду с этим на течение климактерического синдрома негативно влияют уровни систолического артериального давления и триглицеридов.

**Острополец А.С., Гопций Е.В.**  
**АКТИВНОСТЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ-  $\alpha$  У**  
**ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины № 1,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., профессор Бабак О.Я.**

Целью исследования было изучение уровня фактора некроза опухолей-  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) в сыворотке крови больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением в зависимости от уровня лептина.

Материалы и методы исследования. Обследовано 123 больных АГ (47 мужчин и 76 женщин), средний возраст  $53,87\pm 0,92$  лет. Уровень лептина и ФНО- $\alpha$  определяли иммуноферментным методом. Всех больных АГ разделили на тертили в зависимости от уровня лептина в крови натошак: 1-й тертиль ( $n=41$ ) - уровень лептина составил от 2,24 до 7,18 нг/мл ( $5,47\pm 0,21$  нг/мл); 2-й тертиль ( $n=41$ ) - уровень лептина составил от 7,21 до 12,50 нг/мл ( $9,69\pm 0,25$  нг/мл), 3-й тертиль ( $n=41$ ) - уровень лептина составил от 12,50 до 67,25 нг/мл ( $17,71\pm 1,33$  нг/мл).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что уровень артериального давления (АД) у больных 3 тертиля (САД  $181,46\pm 2,75$  мм рт.ст. и ДАД  $105,48\pm 1,33$  мм рт.ст.), ИМТ ( $36,48\pm 0,79$  кг/м<sup>2</sup>), уровень ФНО- $\alpha$  ( $9,92\pm 0,68$  пг/мл) достоверно превышал аналогичные показатели в группах больных 2 тертиля (САД  $174,41\pm 1,92$  мм рт.ст. и ДАД  $101,17\pm 0,99$  мм рт.ст.), ИМТ ( $32,80\pm 0,79$  кг/м<sup>2</sup>), ФНО- $\alpha$  ( $7,64\pm 0,46$  пг/мл) и 1 тертиля (САД  $162,78\pm 2,34$  мм рт.ст. и ДАД  $97,78\pm 1,12$  мм рт.ст.), ИМТ ( $27,49\pm 0,54$  кг/м<sup>2</sup>), ФНО- $\alpha$  ( $4,92\pm 0,39$  пг/мл),  $p<0,05$ .

При изучении взаимосвязей, установлена положительная корреляция в группе

Корреляционная связь показала прямую достоверную зависимость между уровнем лептина и уровнем ФНО- $\alpha$  ( $R=0,37$ ;  $p=0,001$ ), ИМТ ( $R=0,51$ ;  $p=0,0007$ ) у больных 1-го тертиля. Между уровнем лептина и количеством ФНО- $\alpha$  ( $R=0,34$ ,  $p=0,001$ ), ИМТ ( $R=0,50$ ;  $p=0,001$ ) у больных 2-го тертиля. Между уровнем лептина и ФНО- $\alpha$  ( $R=0,36$ ;  $p=0,001$ ), ИМТ ( $R=0,47$ ;  $p=0,001$ ), ОТ ( $R=0,54$ ,  $p=0,0001$ ) у пациентов 3-го тертиля.

Выводы. Установлено достоверное увеличение антропометрических показателей: индекса массы тела и объема талии, а также повышение цифр артериального давления у гипертензивных пациентов параллельно повышению уровня лептина в крови. У обследованных больных наблюдается увеличение активности ФНО- $\alpha$  при повышении уровня лептина в крови. Выявлена взаимосвязь между уровнем лептина и концентрацией ФНО- $\alpha$  в крови больных артериальной гипертензией с ожирением.

**Павлюченко А.С.**  
**РОЛЬ ГЕРПЕСУ В РОЗВИНКУ ІМУНОДЕФІЦИТУ НА ПРИКЛАДІ**  
**НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра пропедевтики внутрішньої медицини та медсестринства №2,**  
**місто Харків, Україна**  
**Науковий керівник: Хіміч Т.Ю.**

Актуальність проблеми. Незважаючи на досягнення сучасної медицини і появу нових ефективних антибактеріальних препаратів, пневмонія є надзвичайно поширеним захворюванням. За частотою смертельних випадків пневмонія стоїть на першому серед всіх інфекційних захворювань місці. Знизити захворюваність не виходить вже протягом багатьох років. Крім того, останні роки зростає кількість пацієнтів з ознаками імунодефіциту.

Ціль роботи: обстеження хворих негоспітальною пневмонією (НП) на тлі імунодефіциту.

Матеріали та методи. Обстежено 15 хворих НП у віці від 27 до 74 років, в середньому  $44,6 \pm 12,7$  року. У всіх пацієнтів клініка пневмонії розвивалася на тлі виражених симптомів ОРВ. У всіх пацієнтів мали ознаки імунодефіциту: у 1-го хворого (6,7%) на тлі первинного імунодефіциту (хвороба Джоба); у 1 хворого (6,7%) - на тлі ВІЛ-інфекції, у 8 хворих (53,3%) - на тлі імунодефіцитного стану, обумовленого герпетичної інфекції, у 2 хворих (13,3%) - на тлі імунодефіцитних порушень з проявами хламідійної інфекції, у 1 хворого (6,7%) - на тлі аутоімунної патології (ВКВ, цукровий діабет і т.д.) і у 2 хворого (13,3%) відзначені інші причини імунодефіцитних станів (порушення харчування, частий і тривалий прийом антибіотиків).

Результати: В структурі герпетичної інфекції хворих НП переважав цитомегаловірус (66,7%) і герпесвірус 1 і 2 типів (55,6%), та вірус Епштейна-Барр (22,7%), в 75,8% мала місце мікст-інфікування 2 і більше типами герпесвірусів. Особливостями перебігу пневмонії, що протікає на тлі герпетичної інфекції, у пацієнтів є більш виражені прояви інтоксикації і дихальної недостатності на тлі зниженої реактивності, що проявляється відсутністю адекватної температурної реакції, лейкопенією з палочкоядерним нейтрофілозом. Імунна відповідь у пацієнтів з герпетичною інфекцією і пневмонією характеризується зниженням в крові Т-лімфоцитів CD3, CD4, природних кілерів CD16, IFN- $\gamma$  і співвідношення IFN- $\gamma$  / IL-4, при нормальній кількості В-лімфоцитів CD19.

Висновки. Хронічна персистенція герпетичної інфекції обумовлює розвиток імунодефіциту, що сприяє зниженню резистентності до бактеріальної флори та розвитку запальних процесів органів дихання, яким у більшості випадків є пневмонія.



**Переломов В.А., Зейниева А.Е.**

**ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО  
ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОЖИРЕНИЕМ И  
СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра клинической фармакологии,**

**Украина, г.Харьков**

Цель исследования: изучить влияние аторвастатина на показатели липидного обмена у больных гипертонической болезнью (ГБ) II ст., ассоциированной с ожирением и сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материалы и методы: Было обследовано 58 больных (20 мужчин (34,5%) и 38 женщин (65,5%)), с наличием ГБ и ожирения и СД 2 типа, средний возраст которых составил  $58,8 \pm 8,8$  лет. Для коррекции уровня артериального давления у всех пациентов назначался ингибитор АПФ лизиноприл в средней суточной дозе 20,0 мг в сочетании с ежедневным приемом индопамида медленного высвобождения в дозе 1,5 мг. У всех больных выявлены нарушения липидного обмена. Всем пациентам была назначена диета и аторвастатин в дозе 20 мг/сут. Исходно и через 8 недель лечения проводилось определение уровня общего холестерина, триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), АСТ, АЛТ, креатинфосфокиназы (КФК), мочевины, креатинина и билирубина.

Результаты: У обследованных пациентов в базальных условиях уровень общего холестерина составлял  $6,38 \pm 2,19$  ммоль/л, средний показатель ХС ЛПНП  $4,21 \pm 2,90$  ммоль /л, средний показатель ХС ЛПВП  $1,78 \pm 0,18$  ммоль/л, средний показатель ТГ —  $1,82 \pm 0,64$  ммоль/л. Через 8 недель лечения достигли целевых значений липидного спектра 42 (72,4% больных). Среди побочных явлений было выявлено: у 1 больного повышение АСТ, АЛТ в 2 раза в сравнении с базальными показателями. У остальных пациентов значение основных показателей функционального состояния печени на фоне статинотерапии с использованием аторвастатина - не изменились. Аторвастатин оказывает значительное влияние на липидный обмен уже через 2 месяца лечения, причем большинство пациентов достигают целевых значений на дозе 20 мг/сутки. При применении аторвастатина в суточной дозе 20,0 мг клинически-значимые изменения уровня глюкозы крови натощак и показателей гликемического профиля после 8 недель непрерывного лечения не было зафиксировано.

Выводы: Таким образом, аторвастатин оказывает положительный эффект на показатели липидного обмена и может успешно использоваться в лечении пациентов с артериальной гипертензией, ассоциированной с ожирением и сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа.

**Петюнин П.А.**  
**МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД ПРИ**  
**ПОСТИНФАРКТНОМ КАРДИОСКЛЕРОЗЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины №2. клинической иммунологии и аллергологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: профессор П.Г. Кравчун**

**Цель:** определение особенностей изменений уровня мозгового натрийуретического пептида (МНП) и систолической функции миокарда при ИБС в зависимости от перенесенного инфаркта миокарда.

**Материалы и методы:** обследовано 66 пациентов с ИБС, из них 36 больных ранее перенесли Q-позитивный инфаркт миокарда. Уровень МНП определялся иммуноферментным методом. (“PeptideEnzymeimmunoassay”), состояние кардиогемодинамики — методом эхокардиографии в одно- и двухмерных режимах.

**Результаты:** при сравнении показателей МНП в зависимости от ФВ у больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПКС) с ФВ > 40% уровень МНП составил  $0,3 \pm 0,06$  нг/мл, при ФВ < 40% -  $0,6 \pm 0,11$  ( $p < 0,05$ ); у больных ИБС без инфаркта —  $0,28 \pm 0,07$  нг/мл и  $0,57 \pm 0,08$  нг/мл соответственно ( $p < 0,05$ ). При ПКС с КДР < 5,5 см уровень МНП составил  $0,19 \pm 0,03$  нг/мл, при КДР 5,5 см —  $0,53 \pm 0,09$  нг/мл ( $p < 0,05$ ), у больных с ИБС без инфаркта —  $0,23 \pm 0,05$  нг/мл и  $0,6 \pm 0,11$  нг/мл соответственно ( $p < 0,05$ ).

Проведен анализ уровня МНП и кардиогемодинамики в зависимости от сроков после перенесенного инфаркта, количества инфарктов, их локализации. Из числа больных с ПКС, большую часть составили пациенты, перенесшие один инфаркт миокарда (24 больных), группу с ранним постинфарктным кардиосклерозом (1-2 месяца после ОИМ) составили 16 больных, от 2 до 12 месяцев после перенесенного ОИМ прошло у 9 больных, более 1 года — у 11 пациентов. По локализации задний инфаркт отмечался у 10 больных, передний — у 28.

Уровень МНП у больных, перенесших 1 инфаркт миокарда, составил  $0,22 \pm 0,09$  нг/мл, более 1 инфаркта —  $0,43 \pm 0,07$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). У пациентов с ранним ПКС (до 2 месяцев после острого инфаркта) уровень МНП составил  $0,18 \pm 0,03$  нг/мл, до 1 года после инфаркта —  $0,34 \pm 0,03$  нг/мл ( $p < 0,05$ ), более 1 года —  $0,53 \pm 0,01$  нг/мл ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ). У больных, перенесших задний инфаркт, уровень МНП составил  $0,18 \pm 0,03$  нг/мл, после инфаркта передней локализации —  $0,5 \pm 0,17$  нг/мл ( $p < 0,05$ ).

Показатели кардиогемодинамики у больных, перенесших 1 инфаркт и более 1 инфаркта были следующими: ФВ  $52,3 \pm 2,28\%$  и  $48,4 \pm 5,6\%$  ( $p > 0,05$ ); КДР  $5,4 \pm 0,27$  см и  $5,6 \pm 0,81$  см ( $p > 0,05$ ); КСР  $4,1 \pm 0,21$  см и  $4,4 \pm 0,66$  см ( $p > 0,05$ ) соответственно.

В зависимости от длительности постинфарктного периода (до 2 месяцев, 2-12 месяцев, >1 года) определялись следующие показатели гемодинамики: ФВ  $42,1 \pm 4,7\%$ ,  $48,4 \pm 2,3\%$  ( $p > 0,05$ ),  $36,4 \pm 3,1\%$ , ( $p < 0,05$ ) соответственно; КДР —  $5,2 \pm 0,27$  см,  $5,1 \pm 0,18$  см ( $p > 0,05$ ) и  $5,8 \pm 0,81$  см ( $p < 0,05$ ) соответственно; КСР —  $4,0 \pm 0,21$  см,  $4,1 \pm 0,21$  см ( $p > 0,05$ ),  $4,6 \pm 0,66$  см ( $p < 0,05$ ) соответственно.

У больных, перенесших задний инфаркт, ФВ составила  $47,5 \pm 4,2\%$ , КДР —  $5,1 \pm 0,48$  см, КСР —  $3,9 \pm 0,37$  см; после переднего инфаркта ФВ составила  $38,6 \pm 3,4\%$ , КДР —  $5,6 \pm 0,42$  см, КСР —  $4,3 \pm 0,34$  см ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$  соответственно).

**Выводы:** Представленные результаты подтверждают связь между уровнем МНП, показателями систолической дисфункции и дилатации полости левого

желудочка, однако при сравнении значений, полученных у больных ПКС и ИБС без инфаркта отличий не найдено.

Более высокие значения МНП при повторных ИМ, в отдалённых сроках после ИМ, его передней локализацией связаны с прогрессированием систолической дисфункции миокарда и дилатацией полости левого желудочка.

**Піскарьова А.М.**

## **ОСОБЛИВОСТІ АКТИВАЦІЇ Т-ХЕЛПЕРІВ 2 ТИПУ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ КОРИГУВАННЯ В ПРОЦЕСІ СІТ У ХВОРИХ НА ЦІЛОРІЧНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,  
Харків, Україна**

**Науковий керівник: проф., д.м.н. Бабаджан В. Д.**

В алергологічному відділенні МКБ № 27 (м. Харків) було проведено обстеження 55 хворих на ЦАР в стадії нестійкої ремісії, у яких при проведенні *in vitro* діагностики з використанням молекулярних алерген-компонентів за допомогою імуноферментного методу ImmunoCAP була виявлена сенсibilізація до побутових алергенів. Імунофенотипування лімфоцитів проводили методом багатобарвної проточної цитофлуориметрії.

Мажорні алерген-компоненти в достатній концентрації (більше 0,35 kU/L) були виявлені у 39 (70%) пацієнтів, загальна кількість випадків сенсibilізації мажорними алергенами склала 112. Мажорні алерген-компоненти по частоті сенсibilізації у хворих на ПР з ЦАР розподілилися наступним чином: цистеїнпротеаза білок кліщів домашнього пилу *dermatophagoies pteronyssinys* (Der p1) - 25,1%, термостабільний білок грибка *Candida albicans* (Can a2) - 21,7%, білок кліщів домашнього пилу *dermatophagoies pteronyssinys* (Der p2) - 20,8%, термостабільний білок грибка *Aspergillus fumigatus* (Asp f 1) - 17,5%, білок кліщів домашнього пилу *dermatophagoies farina* (Der f2) - 16,7%, термостабільний білок грибка *Alternaria alternata* (Alt a1) - 15%, утероглобін сироватки кішки (Fel d1) - 14,1%, термостабільний білок грибка *Cladosporium herbarum* (Cla h1) - 13,3%, ліпокалін сироватки собаки (Can f1) і цистеїнпротеаза білок кліщів домашнього пилу *dermatophagoies farina* (Der f1) - 12,5%, термостабільний білок грибка *Alternaria alternata* (Alt a2) - 5,8%, ліпокалін сироватки коня (Equ c11) і термостабільний білок грибка *Aspergillus fumigatus* (Asp f2) - 4,2%, термостабільний білок грибка *Cladosporium herbarum* (Cla h2) - 2,5%. Мінорні алерген-компоненти по частоті сенсibilізації у хворих на ПР з ЦАР розподілилися наступним чином: альбумін сироватки кішки (Fel d2) - 24,0%, ліпокалін сироватки собаки (Can f3) - 20,0%, тропомиозин білок кліщів домашнього пилу (Der p10) - 18,0%, енолаза грибка *Alternaria alternata* (Alt a3) - 14,0%, енолаза грибка *Aspergillus fumigatus* (Asp f6) - 10,0%, енолаза грибка *Cladosporium herbarum* (Cla h3) - 8,0%), енолази грибка *Alternaria alternata* (Alt a4 і Alt a11) - 6,0%, енолаза грибка *Alternaria alternata* (Alt a6) - 4,0%, енолаза грибка *Aspergillus fumigatus* (Asp f12) - 2,0%.

У хворих на ЦАР встановлені високі рівні Т-хелперів 2 типу CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>CD294<sup>+</sup> (абсолютна кількість при ЦАР - 0,302±0,013 Г/л; контр. гр - 0,169±0,010 Г/л; процентні співвідношення при ЦАР - 63,2±0,19%; контр. гр - 21,6±0,2%), низькомолекулярних (ЦАР - 235,3 ± 2,8 од.опт.щл.; контр. гр - 102,7±3,2 од.опт.щл.) і середньомолекулярних ЦІК (ЦАР - 146,7 ± 1,4 од.опт.щл.; контр. гр - 54,5±1,2 од.опт.щл.), специфічних IgE (ЦАР - 414,1 ± 18,5 МО/мл; контр. гр - 68,2 ± 6,8

МО/мл), В-лімфоцитів CD3<sup>-</sup>CD19<sup>+</sup>CD45<sup>+</sup> (абсолютна кількість при ЦАР - 0,285±0,014 Г/л; контр. гр. - 0,161±0,014 Г/л; процентні співвідношення при ЦАР - 16,54 ± 0,26%; контр. гр. - 8,2 ± 0,2%). АСІТ у хворих на ЦАР приводить до зменшення абсолютних кількостей Т-хелперів 2 типу (до лікування - 0,302±0,013; після лікування - 0,197±0,015; контр. гр. - 0,169±0,010) і їх процентних співвідношень (до лікування - 63,2±0,19%; після лікування - 41,4±0,23%; контр. гр. - 21,6±0,2%) та підвищення абсолютних значень Т-reg-лімфоцитів (до лікування - 0,033±0,004; після лікування - 0,053±0,009; контр. гр. - 0,069±0,003 Г/л) і їх процентних співвідношень (до лікування - 6,94±0,11%; після лікування - 7,24±0,10%; контр. гр. - 8,9±0,3%).

Таким чином, у хворих ЦАР в результаті АСІТ спостерігалось зниження активності показників гуморальної ланки імунітету, збільшення процентних співвідношень і абсолютних значень Т-reg-лімфоцитів CD4<sup>+</sup>CD25<sup>+</sup>FoxP3, що сприяло зменшенню дисбалансу між Т-хелперами 1 і 2 типу в бік зменшення кількості Т-хелперів 2 типу.

**Пономаренко Т.В.**

## **ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ**

**Кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доцент Добровольская И.Н.**

Актуальность проблемы метаболического синдрома (МС) обусловлена его высокой распространенностью. Частота МС в общей популяции составляет 10-24% взрослого населения, в старших возрастных группах — до 40%. По расчетам экспертов ВОЗ к 2025 году число страдающих МС во всем мире составит 300 млн. человек. Дисфункция эндотелия характерна для многих больных МС и является маркером метаболических и сосудистых нарушений.

Материалы и методы: обзор литературы, анализ причин связи метаболического синдрома и дисфункции эндотелия с целью оптимизации ведения пациентов с данной патологией.

В соответствии с существующими на сегодняшний день представлениями имеются два основных этиологических фактора развития МС: ожирение абдоминального типа и инсулинорезистентность (ИР). Адипоциты висцеральной жировой ткани синтезируют: лептин, туморнекротизирующий фактор альфа (ТНФ-α), инсулиноподобный фактор роста, ингибитор активатора плазминогена (ИАП-1), ангиотензиноген, ангиотензин II, интерлейкины (ИЛ-1), простагландины. Данные биологически активные вещества играют роль в развитии эндотелиальной дисфункции. Под влиянием ТНФ-α в эндотелии происходит синтез NO по кальций и кальмодулин-независимому NOS-2 пути, NO продуцируется в 1000 раз больше, при этом нарушается баланс вазоконстрикторов и вазодилататоров. Гиперхолестеринемия, как одна из составляющих МС, приводит к увеличению количества супероксида, который инактивирует NO, стимулирует окисление ЛПНП. Окисленные ЛПНП повышают активность аргиназы, которая катализирует расщепление L-аргинина на орнитин и мочевину. Соответственно, снижается продукция NO в эндотелиальных клетках из-за отсутствия исходного субстрата. Стимуляция продукции эндотелина-1 вызывается действием ИЛ-1, аргинина,

вазопресина, ангиотензина II, которые также образуются избыточно в висцеральной жировой ткани.

Выводы: при развитии метаболического синдрома выявляются признаки дисфункции эндотелия, в первую очередь, нарушается баланс NO и эндотелина-1. Данные изменения обусловлены действием биологически активных веществ синтезируемых адипоцитами висцеральной жировой ткани, гиперлипидемией, повышением уровней первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов, увеличением содержания метаболитов NO и TNF- $\alpha$  в сыворотке крови.

**Риндіна Н.Г., Едубіо Орук, Аянтунджи Флоренс**  
**ПОКАЗНИКИ ФЕРОКІНЕЗУ У АНЕМІЧНИХ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЇ**  
**ХВОРОБИ НИРОК ЗАЛЕЖНО НАЯВНОСТІ ТА ТЯЖКСТІ ХРОНІЧНОЇ**  
**СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**

**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,**  
**м. Харків**

**Науковий керівник – д.мед.н., професор Кравчун П.Г.**

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є одним з найбільш поширених і прогностично несприятливих захворювань серцево-судинної системи. Наявність хронічної хвороби нирок (ХХН) є частою коморбідністю у хворих з ХСН. Кардіоренальні взаємини часто ускладнюються розвитком анемічного синдрому, який асоціюється зі зниженням якості життя.

Мета – виявлення впливу наявності та тяжкості ХСН на показники гемограми, ферокінезу у анемічних хворих з ХХН.

Обстежено 70 хворих з ХСН II-II функціонального класу, що розвинулася на тлі ішемічної хвороби серця, з супутньою ХХН 2 стадії. Імуноферментним методом визначали вміст у сироватці крові феритину, трансферину (Тф), розчинного рецептора трансферину (ppТф), еритропоетину (ЕПО), гепсидина.

Результати дослідження. Було проведено аналіз частки впливу на ступінь відхилення того чи іншого показника ферокінезу первинних (наявність ХСН) і вторинних (тяжкість ХСН) механізмів патогенезу ХСН. В ступені зниження коефіцієнта насичення трансферину (95,2 %) і підвищення рівня феритину (97,5%) домінуюча роль належить первинним механізмам патогенезу ХСН, а відносно зниження рівня Тф ( 88,6 %) і збільшення рівня ppТф (96 %), ЕПО (93,8 %) провідна роль належить вторинним механізмам, пов'язаних з тяжкістю ХСН. Що стосується рівня гепсидина, виявлено вплив як на первинні (59,7%) - більшою мірою, так і на вторинні (40,3%) - менш виражені - механізми ХСН.

Висновки. ХСН у хворих з ХХН може розглядається як фактор ризику розвитку анемії за рахунок впливу на параметри ферокінезу.

**Риндіна Н.Г., Ендрюс Прінсіла Ліра, Етомі Егхогхо**  
**РАНЖУВАННЯ СТУПЕНЯ ВІДМІННОСТЕЙ ПОКАЗНИКІВ**  
**ЕРИТРОПОЕЗУ ТА ФЕРОКІНЕЗУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ**  
**НЕДОСТАТНІСТЮ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ**  
**НИРОК**

**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,**  
**м. Харків**

**Науковий керівник – д.мед.н., професор Кравчун П.Г.**

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є найбільш частим ускладненням захворювань серцево-судинної системи, що асоціюється з несприятливим прогнозом. Наявність хронічної хвороби нирок (ХХН) є частою коморбідністю у хворих з ХСН, яка супроводжується розвитком анемічного синдрому.

Мета – провести ранжування ступеня відмінностей показників еритропоезу та ферокінезу у хворих з ХСН залежно від наявності ХХН.

Обстежено 140 хворих з ХСН II-II функціонального класу, що розвинулася на тлі ішемічної хвороби серця. У першу групу увійшли 70 хворих, з супутньою ХХН 2 стадії, до другої групи залучено 7- хворих без ХХН. Ранжування ступеня відмінностей проводилось з урахуванням критерію Фішера.

Результати дослідження. Дуже виражені відмінності (перше рангове місце) між групами встановлено щодо вмісту еритропоетину (ЕПО) ( $F=143$ ,  $p<0,001$ ), виражені характерні для рівня розчинного рецептора трансферину (ppTф) ( $F=85$ ,  $p<0,001$ , другий ранг) і значень індексу ppTф/ log феритину ( $F=59$ ,  $p<0,001$ , третій ранг). Помірні відмінності встановлені відносно рівня гепсидина ( $F=16$ ,  $p<0,001$ , четверте рангове місце), КНТ ( $F=13$ ,  $p<0,001$ , п'ятий ранг) і трансферину ( $F=12$ ,  $p<0,001$ , шостий ранг).

Висновки. Патогенетичний вплив ХХН на ферокінез у анемічних хворих з ХСН виявляється зниженням продукції нирками ЕПО, зменшенням на еритроїдних клітинах числа рецепторів для трансферину.

**Рогачева Т.А.**

**ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СУТОЧНОГО**  
**ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С**  
**АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО**  
**СИНДРОМА С ПОМОЩЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИРАГЛУТИДА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины №3,**  
**Харьков, Украина**

Цель работы. Изучить влияние лираглутида на нарушения суточного профиля АД у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы. В исследование были включены 35 человек с МС в возрасте 31–66 лет (средний возраст составлял 48,5 года), в т. ч. мужчин 7 (21,7 %), 27 женщин (78,3 %). Пациенты были разделены на две группы (19 человек в основной и 16 в контрольной), сопоставимые по полу и возрасту (методом рандомизации). В контрольной группе лечение проведено лизиноприлом 20 мг в сутки и индапамидом 2,5 мг в сутки, а в основной группе к данной терапии был добавлен лираглутид

(подкожно 0,6 мг в сутки первые 7 дней, затем по 0,6 мг подкожно 2 раза в сутки). Лечение осуществляли в течение 12 недель.

Наличие МС определяли на основании классификации АТР III (Adult Treatment Panel III, 2001) и IDF (International Diabetes Federation, 2005). Степень ожирения определялась по индексу массы тела (ИМТ) согласно критериям ВОЗ (1997). Состояние углеводного обмена оценивали с помощью орального теста толерантности к глюкозе с измерением уровня глюкозы плазмы крови натощак (ГПН) и через 2 часа после нагрузки глюкозой в дозе 75 г (Г2ПН), а также определения концентрации инсулина в крови натощак. Наличие ИР оценивали путем расчета индексов НОМА-IR (по формуле:  $\text{НОМА-IR} = \text{глюкоза натощак (ммоль/л)} \times \text{инсулин натощак (мкЕд/мл)} / 22,5$ ). (Homeostasis Model Assessment) и Саго ( $> 2,27$  и  $< 0,33$  соответственно). Для изучения влияния проводимой терапии на уровень АД и его характеристики пациентам проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) в конце и в начале исследования.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Т-критерия Уилкоксона.

Результаты. 3-месячная терапия лираглутидом привела к снижению среднего дневного САД, ДАД и пульсового АД на 14%, 12% и 18%, что было статистически значимо по сравнению с контрольной группой (10%, 8% и 14%, соответственно). Отмечено достоверное снижение средних значений АД в ночной период: систолического, диастолического и пульсового АД (14, 14 и 12% соответственно). В контрольной группе эти изменения составили 10, 10 и 8% соответственно. Отмечено 1,5 кратное снижение нагрузки давлением в дневное и ночное время, тогда как в группе контроля высокая нагрузка давлением днем и ночью сохранялась в 40% случаев. Благодаря терапии лираглутидом число нон-дипперов и найт-пиккеров уменьшилось в 2,4 раза за счет восстановления ночного снижения АД (40% и 10% после лечения в основной группе), в группе контроля сдвиги были менее выраженными (45% и 20% соответственно).

Заключение. Лираглутид в суточной дозе может применяться для коррекции нарушений суточного профиля артериального давления у больных с метаболическим синдромом.

**Романенко А.Р.**

## **РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра внутренней медицины №3,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – доц. Янкевич А.А.**

Актуальность. Реперфузионный синдром – это синдром, возникающий в результате возобновления кровотока в ишемизированном участке миокарда. По данным различных авторов он встречается в 20-95% случаев острого инфаркта миокарда (ИМ) и обуславливает до 50% размера зоны некроза.

Целью исследования является оценка частоты встречаемости реперфузионного синдрома у пациентов с острым инфарктом миокарда, описание проявлений синдрома, оценка связи наличия реперфузионных осложнений с локализацией ИМ и пораженной артерией.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни 40 пациентов кардиологического отделения Областной клинической больницы поступивших с диагнозом острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (82% - 33 пациента) и без подъема сегмента ST (18% - 7 пациентов) и которым проводилось первичное чрезкожное коронарное вмешательство – стентирование. Из обследованных пациентов 40% были женщинами, средний возраст пациентов составил 59 лет (от 31 до 77 лет). Локализация ИМ у 55% (22) больных была по передней стенке левого желудочка (ЛЖ) и, соответственно, у 45% (18) – по задней стенке ЛЖ. Инфаркт-зависимыми артериями являлись передняя межжелудочковая ветвь левой коронарной артерии (ПМЖВ или LAD), огибающая ветвь левой коронарной артерии (ОВ или СХА) и правая коронарная артерия (ПКА или RCA) с частотой 55% (22 пациента), 12,5% (5 пациентов) и 32,5% (13 пациентов) соответственно. Диффузное поражение коронарного русла (двух- и трехсосудистое поражение) регистрировалось у 27,5% (11) больных.

Результаты. Реперфузионный синдром наблюдался у 45% (18) из всех анализируемых пациентов. Его проявлениями были частая политопная экстрасистолия (55,5% - 10 пациентов), брадикардия, сопровождавшаяся снижением артериального давления (22,2% - 4 пациента), пробежки желудочковой тахикардии (16,7% - 3 пациента) и впервые возникший пароксизм фибрилляции предсердий (5,6% - 1 пациент). Некардиальным симптомом была рвота, наблюдавшаяся у 22,2% (4) пациентов с реперфузионным синдромом и возникала она лишь в сочетании с сердечной симптоматикой. У пациентов с ИМ передней стенки ЛЖ проявления реперфузии встречались у 50% (11) больных, а при ИМ задней стенки ЛЖ у 38,9% (7). Так как при ИМ передней стенки ЛЖ инфаркт зависимой артерией у данной группы пациентов всегда являлась ПМЖВ, то данные при её поражении совпадают с данными при ИМ передней стенки в целом. В случаях, когда инфаркт зависимыми артериями являлись ОВ и ПКА реперфузионные осложнения проявлялись в 60% и 30,8% наблюдений соответственно. При однососудистом поражении коронарных артерий осложнения при открытии сосуда появлялись в 48,3% случаев, а при многососудистом у 36,4% пациентов.

Выводы. При проведении исследования было определено, что реперфузионный синдром является частым осложнением первичного чрезкожного коронарного вмешательства при инфаркте миокарда и встречается в 45% случаев у данной группы пациентов. Самым распространенным проявлением реперфузии является частая политопная экстрасистолия – 55,5% больных. Более редкие проявления – это брадикардия (22,2%), пробежки желудочковой тахикардии (16,7%) и впервые возникший пароксизм фибрилляции предсердий (5,6%). При стентировании ПМЖВ, ОВ и ПКА осложнения возникали в 50%, 60% и 30,8% случаев соответственно.

**Романенко В.Р.**

## **ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №3,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.м.н., асс. Огнева Е.В.**

Сахарный диабет (СД) и вирусный гепатит С (ВГС) являются на сегодняшний день актуальнейшими проблемами здравоохранения, что связано с глобальной



распространённостью и высокой частотой тяжёлых осложнений этих заболеваний. Согласно эпидемиологическим данным, частота инфицирования вирусом гепатита С (НСV) больных диабетом выше, чем среди общей популяции, и наоборот - заболеваемость диабетом лиц, инфицированных ВГС выше, чем неинфицированных.

Цель исследования: изучить влияние НCV-инфекции на развитие и течение СД 2 типа.

Материалы и методы: обзор и анализ современных литературных источников.

Результаты. В публикациях, размещённых ресурсом PubMed за период с 2005 до 2015г., мы нашли немало количество данных в пользу тесной взаимосвязи между НCV-инфекцией и сахарным диабетом 2 типа. Поскольку НCV обладает способностью к внепечёночной локализации, в том числе и в клетках поджелудочной железы, не исключено его непосредственное повреждающее действие на мембрану  $\beta$ -клеток. Экспериментальные данные показали, что НCV может приводить к инсулинорезистентности (ИР) напрямую вмешиваясь в инсулиновый сигнальный каскад, а также посредством воздействия на функциональную активность и экспрессию рецепторов к инсулину путём повышения уровня таких провоспалительных цитокинов, как фактор некроза опухоли-альфа. Многолетние исследования подтверждают, что риск таких осложнений ХГС, как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома гораздо выше у пациентов с сопутствующим СД 2 типа, чем без него. Также тесную связь между этими двумя заболеваниями подтверждает тот факт, что у большинства пациентов, получавших специфическую противовирусную терапию, происходило улучшение углеводного обмена. На данный момент недостаточно изученным остаётся вопрос о значимости различных генотипов НCV в развитии ИР и СД.

Выводы. Поскольку многие отечественные и зарубежные исследователи сходятся во мнении, что НCV-инфекция может являться предопределяющим фактором развития СД 2, требуется разработка эффективных скрининговых программ для раннего выявления предрасположенности к СД у инфицированных НCV. Необходимы дальнейшие целенаправленные исследования для установления более точных закономерностей взаимовлияния ВГС и СД 2 типа.

**Руденко М.І., Титова Г.Ю., Лаліт Шарма**  
**ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК НА КЛІНІЧНУ**  
**КАРТИНУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО**  
**ПІЄЛОНЕФРИТУ**

**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології**  
**Науковий керівник: Кравчун П.Г.**

Мета дослідження. Вивчення зв'язку між порушеннями клубочкової (креатинін (Кр), кліренс креатиніну (ККр), цистатін С (ЦсС)), електролітовидільної ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ) та каналцевої ( $\beta$ 2-мікроглобулін сечі ( $\beta$ 2-МГ)) функцій нирок при ІХС та ІХС в поєднанні з хронічним пієлонефритом (ХП).

Матеріали та методи. Обстежено 60 пацієнтів з ішемічною хворобою серця та клінічними проявами ХСН різних функціональних класів. Перша група (I) - 40 хворих з ХСН без супутнього ХП, друга (II) - 20 пацієнтів з ХСН та ХП. Контрольна група - 20 практично здорових осіб. Проведено загальноклінічні методи; імуноферментний метод визначення рівня ЦсС сироватки крові,  $\beta$ 2-МГ сечі. Рівень Кр визначали методом Яфе.

Результати дослідження. В I групі визначено достовірне збільшення рівня Кр на 23,9%, ( $p < 0,05$ ), зниження ККр на 28,4%, ( $p < 0,05$ ), підвищення рівня ЦсС на 49,3%, ( $p < 0,05$ ), збільшення  $\beta 2$ -МГ на 57% ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з групою контролю. У II групі рівень Кр підвищувався на 65,4%, ( $p < 0,01$ ), ККр знижувався на 49,7% ( $p < 0,01$ ), ЦсС підвищувався на 84,2% ( $p < 0,01$ ),  $\beta 2$ -МГ підвищувався на 113,9% ( $p < 0,01$ ) в порівнянні з контрольною групою. Відмінності показників між I і II групами були достовірні ( $p < 0,05$ ). У I і II групах рівні  $\text{Na}^+$  і  $\text{K}^+$  знаходилися в межах норми, проте у пацієнтів II групи в порівнянні з хворими I групи визначалося достовірне збільшення рівня  $\text{Na}^+$  на 11,4% ( $p < 0,05$ ).

Висновки. При поєднанні ХСН та ХП у хворих виявлені субклінічні порушення функції нирок. Багатофакторність патогенезу кардіоренального синдрому, що розвивається на тлі ІХС і ХС у поєднанні з ХП, обумовлена рядом ініціальних факторів, що забезпечують формування «застійної» нирки, порушенням гломерулярної, каналцевої, електролітовидільної функцій нирок розвитком нефросклерозу з характерною клінічною картиною.

**Рыначак П.И., Ложко Н.В., Пажин С.А.**

## **ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ СД 2 ТИПА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и  
аллергологии.**

**Научный руководитель – д.мед.н., проф. П.Г. Кравчун**

Актуальность: Заболеваемость сахарным диабетом (СД) 2 типа неуклонно растет, и по прогнозу ВОЗ к 2025 году составит более чем 5% мировой популяции, при этом у пациентов с СД 2 типа риск сердечно-сосудистых событий в 2 – 4 раза выше, чем у пациентов без него.

Цель работы: изучить типы ремоделирования миокарда при СД 2 типа без ГБ.

Материалы и методы: Эхокардиография, СД, анализ литературных данных.

Результаты: При СД 2 типа, с целью диагностики ремоделирования сердечной мышцы определялись показатели относительной толщины стенки левого желудочка (ЛЖ) и индекса массы миокарда ЛЖ. В ходе исследования было выявлено, что на этапе манифестации СД 2 типа уже начинаются процессы концентрического ремоделирования миокарда, нормальная геометрия сердца выявляется только в 3 – 5% случаев. Отмечена прямая зависимость длительности течения СД и прогрессирования процессов ремоделирования. При длительности СД 2 типа до 5 лет доминирующим типом измененной модели миокарда ЛЖ является концентрическая гипертрофия (КГ) ЛЖ, при некомпенсированном СД 2 типа сроком более 5 лет достоверно доминирует (более чем 50%) эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) ЛЖ, обладающие наиболее неблагоприятным прогностическим значением.

Выводы: СД 2 типа самостоятельно вызывает процессы ремоделирования миокарда. КГ миокарда ЛЖ при СД 2 типа можно рассматривать как диабетическую кардиомиопатию. Преобладание типа ремоделирования миокарда зависит от длительности течения СД. Замедлить прогрессирование процессов могут лишь адекватная терапия и стабильная компенсация СД.

**Рынчак П.И., Ростовцева М.С.**

## **ПОВРЕЖДЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №2, клинической иммунологии и  
аллергологии.**

**Научный руководитель – д.мед.н., проф. П.Г. Кравчун**

Актуальность: При митохондриальных заболеваниях повреждение сердечно-сосудистой системы встречается приблизительно у 25%, имеет прогрессирующий характер, вовлекает повреждение миокарда, проводящей системы сердца. В ряде случаев кардиомиопатия (КМП) может быть первым и единственным проявлением заболевания.

Цель работы: изучить характер повреждения миокарда при митохондриальных болезнях, методы медикаментозной коррекции.

Материалы и методы: Эхокардиография, КМП, анализ литературных данных.

Результаты: Причинами многих идиопатических дилатационных и гипертрофических кардиомиопатий являются митохондриальные заболевания. Было установлено, что КМП в большинстве случаев, сочетаются с резким снижением уровня карнитина в митохондриях. Анализ многих многоцентровых исследований показал более благоприятное течение и прогноз митохондриальных кардиомиопатий на фоне лечения L-карнитином: умерло – 20%, живы – 71%, трансплантация сердца – 9%. В группе сравнения: умерло – 11%, умерло от др. причин – 8%, живы – 64%, трансплантация сердца – 17%.

Выводы: Важно распознать митохондриальное происхождение кардиомиопатии, так как от этого зависит дальнейшая тактика ведения больного. Дополнительно назначение L-карнитина к стандартной терапии улучшает течение и прогноз заболевания. Рекомендовано применять L-карнитин при всех формах КМП.

**Сикало Ю.К.**

## **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЛАТОНИНА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра внутренней медицины №3,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – проф., д.мед.н. Журавлева Л.В.**

Существует тесная взаимосвязь между развитием тяжелых аутоиммунных заболеваний и нарушениями нейроэндокриноиммунной регуляции организма. Роль мелатонина, как основного медиатора нейроэндокриноиммунных взаимодействий, при ревматоидном артрите (РА) остается недостаточно изученной.

Цель исследования - определить суточный профиль мелатонина в сыворотке крови больных РА с разной длительностью заболевания.

Объект и методы исследования. Обследовано 105 пациентов с активным РА, среди которых мужчин было 24,8 %, женщин 75,5 %, возрастом от 18 до 73 лет (в среднем –  $49,8 \pm 12,6$  лет). Длительность заболевания колебалась от 6 мес. до 30 лет (в среднем -  $8,4 \pm 6,6$  лет). В зависимости от длительности заболевания, пациентов разделили на группы: I - до 2-х лет (12 чел.), II - 2-5 лет (37 чел.), III - 6-10 лет (26 чел.), IV - более 10 лет (30 чел.). Уровень мелатонина в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом в 8 и 20 часов. Контрольную группу составили 30

практически здоровых лиц, сопоставимых по возрастному и половому признаку. При обработке данных использовали непараметрические методы статистического анализа - тест Мана-Уитни, метод ранговой корреляции Спирмена. Достоверными считали результаты при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Результаты. Выявлено, что уровни мелатонина у больных РА в утреннее (8) и вечернее (20) время были в 2 и 3 раза выше показателей здоровых лиц контрольной группы. При анализе уровней мелатонина в были установлены значимые корреляции с длительностью заболевания ( $r_s = -0,5$ ,  $p < 0,01$ ). Средние уровни мелатонина в 8 и 20 часов по группам составили: I ( $28,4 \pm 11,5$  пг/мл и  $12,6 \pm 5,7$  пг/мл), II ( $33,2 \pm 8,5$  пг/мл и  $15,1 \pm 4,1$  пг/мл), III ( $21,8 \pm 4,8$  пг/мл и  $9,4 \pm 2,8$  пг/мл), IV ( $20,1 \pm 5,5$  пг/мл и  $8,5 \pm 3,3$  пг/мл). Выявлены значимые отличия в уровнях мелатонина у больных РА I и III групп ( $p = 0,049$ ), I и IV групп ( $p = 0,012$ ), II и III групп ( $p < 0,001$ ), II и IV групп ( $p < 0,001$ ).

Выводы. У больных РА прослеживается тесная связь между уровнями мелатонина и длительностью заболевания, при чем наиболее существенные изменения его синтеза происходят при длительности заболевания до 5 лет. Наши данные свидетельствуют о важной роли данного нейромедиатора в патогенезе РА, особенно на начальном этапе ревматоидного процесса.

**Сикало Ю.К., Кисель И.В., Шкильнюк М.С.**  
**ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЦЕБО В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины № 3,**  
**г. Харьков, Украина.**

**Научный руководитель – д.мед.н, проф. Журавлева Л.В.**

Актуальность. Научный интерес к плацебо и ноцебо значительно вырос в последние годы. Клинически и экспериментально доказано, что эффект плацебо является реальным психобиологическим феноменом, который обусловлен социальными, психическими и поведенческими особенностями человека, связан с процессом лечения, а также способен повлиять на ход болезни и эффективность проводимой терапии.

Цель исследования. Выявление возможностей и проблем применения плацебо в терапевтической практике врачей разных специальностей.

Материалы и методы. Обзор и анализ научных статей из реферативной базы Medline о применении плацебо в терапевтической практике.

Результаты и обсуждение. Плацебо — любой компонент лечения, который намеренно используется ввиду его неспецифического, психологического или психофизиологического действия или который используют ради его ожидаемого, но неизвестного больному и врачу, направленного неспецифического влияния на больного, симптом или болезнь.

Анализ литературных данных показал, что плацебо широко применяется в практической медицине и научных исследованиях. При чем, в научном исследовании плацебо сравнивается с эффективностью нового лекарственного средства, а в клинической практике врач назначает плацебо в надежде получить положительный терапевтический эффект. Данная стратегия успешно применяется при необходимости длительного лечения хронической боли, поскольку эффект плацебо сопоставим с действием анальгетиков, а количество побочных эффектов сводится к нулю.

Применение плацебо оправдано и в терапии неврологических, психических, наркологических расстройств, а также при психосоматических заболеваниях -

синдроме запаленого кишечника, функціональної диспепсії і других функціональних порушень без структурних змін в органах або системах. Исследователями також обговорюється можливість призначення плацебо при ліченні розладів сну, тривожності, паничних атаках, шизофренії, алкоголізму, наркоманії, епілепсії, хвороби Паркінсона, хвороби Альцгеймера, стенокардії і других терапевтичних проблемах.

Преимущество эффекта плацебо состоит в отсутствии побочных действий лекарства, однако из-за этических, методологических и юридических норм широкое применение плацебо в практике затруднено. Так, в Хельсинской Декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта» сказано:

- «Участие в качестве субъекта исследования лиц, способных дать информированное согласие, должно быть добровольным...»;
- «Врач должен предоставить пациенту полную информацию о том, какие из аспектов лечения относятся к проводимому исследованию...»;
- «...каждый потенциальный субъект должен получить достаточную информацию о целях, методах проводимого лечения...».

В Законе Украины «Основы законодательства Украины о здравоохранении», р. 5, ст. 43 и 44, говорится о необходимости информированного согласия пациента на мед.манипуляции и предлагаемое лечение.

Вывод. Очевидно, что эффекты плацебо реальны и обладают терапевтическим потенциалом. Плацебо – не обман, а способ активизировать безграничные внутренние резервы организма в борьбе с болезнью. Возможность использования преимуществ эффекта плацебо в терапевтической практике широко обсуждается с определенными оговорками этического плана.

**Сипало А.О., Кудрик О.А.**

## **СОРТИЛІН – ПРОГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР ДІАГНОСТИКИ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології,  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник – д.м.н., професор Кравчун П.Г.**

Хвороби системи кровообігу є основною причиною смертності в розвинених країнах світу. Особливо поширеною серед усіх серцево-судинних захворювань є ішемічна хвороба серця (ІХС). Проблема коморбідності ІХС та цукрового діабету (ЦД) 2 типу дотепер актуальною. Патогенетичною основою поєднання діабету та ІХС є дисліпідемія.

Мета – провести літературний аналіз науково-метричних баз для визначення ролі сортиліну (SORT1) як маркеру діагностики дисліпідемії у хворих на ІХС для діагностики дисліпідемії у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Для досягнення поставленої мети було проведено літературний аналіз науково-метричних баз. У літературі активно обговорюється роль сортиліну, як нового маркера формування дисліпідемії, у хворих на ІХС та ЦД 2 типу. Роль сортиліну у розвитку дисліпідемії поки що не з'ясовано. Однак, деякі наукові дослідження показали, що підвищена експресія печінкового сортиліну знижує печінкову секрецію

аполіпропротеїну В (апоВ) і збільшує катаболізм холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), забезпечує подвійний механізм дуже сильного зв'язку між зростанням печінкового сортиліну та зниженням рівня ХС ЛПНЩ у плазмі людей. Останні дослідження визначили одонуклеотидні поліморфізми (ОНП) на локусі людської хромосоми 1, асоційовані з ризиком ІХС і рівнем ХС ЛПНЩ. ОНП також пов'язані зі зміненою експресією печінкового сортиліну-1, який кодує білок, який, імовірно, бере участь у перенесенні та деградації апо В.

Висновки: у результаті проведеного літературного аналізу ми не знайшли в літературі даних, що свідчать про участь цього маркера в патогенезі ІХС та ЦД 2 типу, що викликає зацікавленість у проведенні подальших досліджень у цьому напрямку.

**Табаченко О.С., Марків А.І.**

**АНАЛІЗ ЕФЕКТІВ АПЕЛІНУ-12 НА ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО  
МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ  
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ АБО ВІДСУТНОСТІ  
СУПУТНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ.**

**Харківський національний медичний університет,  
Кафедра внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології.  
м.Харків, Україна**

**Науковий керівник – професор П.Г. Кравчун.**

Вступ. Підвищення артеріального тиску (АТ) виявляється у 80% хворих з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу. ЦД 2 типу веде до розвитку важких, інвалідизуючих ускладнень, в основі формування яких насамперед лежить ураження судин різного калібру. Інтерес викликає участь адипокінів у хворих з ЦД 2 типу на рівень АТ. У зв'язку з цим цікавим є апелін – адипоцитокін, який проявляє гіпотензивний і інотропний ефекти, стимулює утилізацію глюкози і володіє антиатерогенними властивостями.

Мета дослідження – оцінити зміни показників добового моніторингу артеріального тиску і рівня апеліну-12 у хворих з артеріальною гіпертензією залежно від наявності або відсутності супутнього цукрового діабету 2 типу для аналізу ефектів апеліну-12 на артеріальний тиск.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні було обстежено 105 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ). До основної групи увійшли 75 пацієнтів з поєднанням АГ та цукрового діабету (ЦД) 2 типу (середній вік  $60,03 \pm 1,17$ ). Групу порівняння складала 30 хворих на АГ без ЦД 2 типу (середній вік  $57,1 \pm 2,23$ ). Апелін-12 визначали імуноферментним методом з використанням комерційних тест систем «Human Apelin 12 (AP12) ELISA Kit», Китай.

Результати та їх обговорення. Гіперапелінемія володіє гіпотензивним ефектом у хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу. Інсулінорезистентність, що призводить до декомпенсації цукрового діабету 2 типу із підвищенням глікозильованого гемоглобіну та глікемії, виявляється більш вагомим, ніж апелінемія, результатом того є зростання артеріального тиску за рахунок САТ і ДАТ у хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу. Більш вірогідне зростання САТ у хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу пов'язано зі збільшенням глікозильованого гемоглобіну, а менш вірогідне зростання ДАТ обумовлено частковим нівелюванням негативного впливу цукрового діабету апелінемією.

Висновки. Апельсин-12 безпосередньо залучений в регуляцію вуглеводного обміну та рівнів артеріального тиску у хворих з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу.

**Титаренко В.В., Стоянова Ю.Д.**  
**СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА**  
**ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины №3,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – асс. Журавлёва А.К.**

Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) - патологическое состояние, в основе которого лежит повышенная контаминация тонкой кишки, а также изменение спектра микрофлоры за счет условно-патогенной фракции.

Согласно различным исследованиям стран Северной Америки распространенность данной патологии составляет от 44% до 56%, в странах Европы – 36 – 48%. Несмотря на это существуют трудности с выявлением и диагностикой СИБР, так как он не имеет специфических проявлений, характеризуется латентным течением и зачастую скрывается под “маской” основного заболевания, не выявляется рутинными методами исследования. Последние многоцентровые исследования и проведенные метанализы показали, что 55% исследуемых с гастроэнтерологической патологией имеют вторично развившийся СИБР. Так, он был выявлен у 60% больных с ГЭРБ, 75% с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 70% больных с гастропарезом и 72% пациентов длительно соблюдающих стероидную терапию (системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.). Также СИБР послеоперационно развивается у 61% людей после аппендэктомии и у 67% женщин после гистерэктомии. Эрадикация контаминции при СИБР оказывает благоприятное влияние на течение основного заболевания, а в некоторых случаях и полностью устраняет симптоматику.

Целью нашей работы было изучить современные возможности диагностики СИБР.

«Золотого» стандарта для выявления чрезмерного бактериального роста в тонком кишечнике нет, однако существуют прямые и непрямые методы диагностики. Прямой метод - исследование аспириатов из тонкого кишечника - имеет больше научное значение, нежели практическое из-за чрезмерной трудоемкости и длительности исследования. В виду этого, практически значимыми являются непрямые методы, к которым относятся дыхательные тесты (ДТ) с глюкозой, лактулозой,  $^{14}\text{C}$ -D-ксилозой,  $^{14}\text{C}$ -гликохоломатом. Концепция ДТ основана на том, что бактерии кишечника ферментируют введенный тестовый сахар с образованием водорода/ $^{14}\text{CO}_2$ , который быстро диффундирует в кровь (около 20%), выделяется при дыхании и может быть измерен газоанализатором. Наибольшее распространение получили первые три теста, так их чувствительность составляет 39%, 68% и 80%, а специфичность 82%, 86%, 90% соответственно. ДТ имеют ряд преимуществ: неограниченный доступ к бактериям всех отделов пищеварительного тракта (исключение - глюкоза, доступная только в проксимальных отделах); хорошая корреляция между скоростью продукции водорода в пищеварительном тракте и скоростью выделения водорода легкими; четкое разграничение метаболической активности бактерий и их хозяина. Критерием постановки СИБР на основании ДТ

являються: наличие двухфазного профиля кривой концентрации водорода/ $^{14}\text{CO}_2$  либо раннего плато с уровнем концентрации исследуемых газов  $\geq 12$  ppm.

Выводы. Наибольшую практическую ценность в диагностике СИБР представляют дыхательные тесты с глюкозой, лактулозой,  $^{14}\text{C-D}$ -ксилозой,  $^{14}\text{C}$ -гликохолом, так как являются простыми, доступными и достоверными методами исследования бактериального состава тонкой кишки, и позволяют прицельно скорректировать данное патологическое состояние.

**Турманідзе К.І., Демиденко Г.В.**

## **РИЗИК РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та  
біобезпеки,  
Харків, Україна**

**Науковий керівник - Демиденко Ганна Валеріївна**

Супутне ожиріння суттєво погіршує перебіг артеріальної гіпертензії (АГ), підвищує ризик розвитку цукрового діабету (ЦД) 2 типу, мікро- та макросудинних ускладнень, підвищує рівень смертності.

Мета дослідження: дослідження факторів ризику розвитку ЦД 2 типу у хворих з АГ та супутнім ожирінням.

Матеріали та методи: обстежено 42 хворих з АГ. Індекс маси тіла (ІМТ) використовувався як критерій ожиріння (ВООЗ 1997 р.) Пацієнти розподілені згідно ІМТ на групи – 1 гр. АГ без ожиріння, 2 гр. АГ з надмірною масою тіла, 3 гр. АГ з ожирінням. Вуглеводний обмін досліджували шляхом визначення глюкози, інсуліну, глікозильованого гемоглобіну натще. Наявність інсулінорезистентності (ІР) визначали за індексом НОМА. Порушення толерантності до глюкози та ЦД виключали за допомогою перорального глюкозотолерантного тесту. Хворі опитані за анкетною FINDRISK.

Результати дослідження: середній вік -  $53 \pm 8,78$  років. Визначено зниження фізичної активності в 2 (75%) та 3(58%) групах у порівнянні з 1 групою (83%). Наявність овочів та фруктів у раціоні харчування підвищувалась на 8% в 2 групі (58%) та 3 гр. (58%) у порівнянні з 1 групою (50%). ІМТ достовірно корелював з рівнем інсуліну та ІР в групі хворих з АГ в цілому, ( $R=0,39$ ;  $p=0,01$ ) та ( $R=0,4$ ;  $p=0,01$ ) відповідно. Найбільший сумарний ризик розвитку ЦД 2 виявлений у пацієнтів з АГ та ожирінням – 11 балів, в групі АГ з над-мірною масою тіла – 8,5 балів у порівнянні з групою АГ без ожиріння – 7 балів.

Висновки: виявлено підвищення ризику виникнення ЦД 2 типу у хворих на АГ з ожирінням, що проявляється зменшенням фізичної активності, зростанням сумарного ризику, рівня інсуліну, ІР при прогресуванні ожиріння.



**Холодова В.В.**

**ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА  
ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С  
ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.**

**Кафедра клинической фармакологии,  
ХНМУ**

**доктор мед. наук, проф. Бобронникова Л.Р.**

Актуальность темы. В Украине, как и во всем мире, продолжается прогрессирующее нарастание распространенности сахарного диабета 2 типа (СД-2). Именно СД-2 и определяет наибольшую медико-социальную значимость, которая характеризуется ранней инвалидизацией и высокой смертностью, прежде всего, из-за сердечно - сосудистых осложнений. Среди многочисленных сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ) лидирующие позиции у пациентов с СД-2 занимают артериальная гипертензия (АГ) которое приводит к более быстрому развитию и прогрессированию хронической сердечной недостаточности (ХСН) и неблагоприятному прогнозу . Известно, что причиной такого выраженного поражения сосудистого русла является хроническая декомпенсация углеводного и липидного обмена .

Цель работы - изучить особенности метаболических нарушений у пациентов с гипертонической болезнью (АГ) и развития прогрессирования сердечно - сосудистых заболеваний у больных СД-2 при гипогликемических состояниях, оценить роль коррекции гипогликемий.

Материалы и методы исследований.

В исследовании изучена роль гипогликемического синдрома в развитии и прогрессировании ССЗ у больных СД-2 и показана необходимость использования сахароснижающих препаратов с низким риском гипогликемий.

Проведение холтеровского ЭКГ-мониторирования, эхокардиографического и доплер-эхокардиографического исследований у больных с СД-2 и ССЗ при наличии гипогликемических состояний позволяет выявлять признаки прогрессирования АГ и ХСН.

85 пациентов (47 мужчин и 38 женщин) с ГБ. Средний возраст пациентов составил  $56,8 \pm 4,6$  года. Всем пациентам проводили исследование липидного спектра, С-реактивного протеина (С-РП), МДА, индекса НОМА-IR, Холтер ЕКГ мониторинг.

Результаты и их обсуждение. Средние показатели АД у лиц обеих групп составили: САД  $157,30 \pm 2,14$  и ДАД  $94,20 \pm 1,91$  мм рт. ст.

В I группе пациентов содержание общего холестерина (ХС) было в среднем на 21 % выше в сравнении с показателями II группы ( $p < 0,01$ ), содержание ТГ – на 26 % ( $p < 0,01$ ), увеличение концентрации ХС ЛПНП – на 28% ( $p < 0,01$ ) уменьшение уровня ХС ЛПВП на 26% ( $p < 0,01$ ). Отношение ТГ/ХС ЛПВП было более высоким у пациентов I группы (в среднем на 30 %,  $p < 0,01$ ). Степень снижения ночного уровня САД ассоциировалась с ИМТ ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,05$ ). Индекс НОМА-IR составил  $2,32 \pm 0,42$  и  $3,81 \pm 0,77$  соответственно ( $p < 0,05$ ). Содержание С-РП у пациентов I группы было на 46% выше в сравнении с показателями II группы ( $p < 0,01$ ) и коррелировало как с САД ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ), так и с отношением ТГ/ХС ЛПВП ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ), содержанием ХС ЛПНП ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,001$ ) и ХС ЛПОНП ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,001$ ). Содержание МДА в сыворотке крови было повышенным в обеих группах, более выражено в I группе ( $0,97 \pm 0,14$  и  $88 \pm 0,16$  соответственно;  $p < 0,01$ ) и коррелировало с САД ( $r = 0,41$ ;

$p < 0,01$ ), вираженністю модифікації ХС ЛПНП ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ) і ХС ЛПОНП ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ).

Висновки. Частота виявлених гіпоглікемічних станів у хворих СД-2 по результатам скринінга склала 66,6 %, причому в 7,8% випадків відзначалися гіпоглікемії важкої ступені. Розповсюдженість ХСН у хворих СД-2 склала 69,3%, АГ - 99,7% випадків. Встановлено, що у хворих з гіпоглікемічним синдромом АГ зустрічалася в 3,9 раз частіше. При тривалості СД більше 5 років частота зустрічальності АГ достовірно збільшувалася як у хворих без гіпоглікемії, так і при наявності гіпоглікемічного синдрому.

**Шапаренко О.В.**

## **РОЛЬ SCD40L, ЯКУНІВЕРСАЛЬНОЇ ЛАНКИ ПАТОГЕНЕЗУ, ЩО ОБ'ЄДНУЄ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології та алергології  
Науковий керівник – д.мед.н., проф. П.Г. Кравчун**

Провідне місце серед серцево-судинних захворювань в загальній популяції займає артеріальна гіпертензія (АГ). Наявність супутньої патології істотним чином впливає на перебіг АГ. Найчастіше АГ ускладнюється цукровим діабетом (ЦД). В останні два десятиріччя активно обговорюється роль хронічного імунного запалення в розвитку ЦД та його ускладнень у хворих на АГ. Порівняно нещодавно увагу дослідників привернула система сигнальних молекул «Рецептор CD40-ліганд CD40» (CD40-CD40L). Дана система бере участь у формуванні імунозапальних реакцій в серцево-судинній системі, у тромбоутворенні, розвитку аутоімунних хвороб, реакціях відторгнення трансплантатів

Мета – оцінити роль системи sCD40L як універсальної ланки патогенезу, що об'єднує АГ та ЦД 2 типу.

Нами проведено комплексне обстеження 60 хворих на АГ, що знаходилися на лікуванні в кардіологічному відділенні КЗОЗ Харківська міська клінічна лікарня №27. Усі пацієнти з АГ були розподілені на 2 групи: першу склали хворі на АГ з ЦД 2 ( $n = 40$ ) другу – хворі на АГ без ЦД 2 типу ( $n = 20$ ). До контрольної групи увійшло 20 практично здорових осіб.

Визначення рівня sCD40L проводили імуноферментним методом з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми «eBioscience» (Австрія). Отримані результати подано у вигляді середнього значення  $\pm$  стандартне відхилення від середнього значення ( $M \pm m$ ). Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою пакета Statistica, версія 6,0. Оцінку відмінностей між групами при розподілі, близькому до нормального, проводили за допомогою критерію Пірсона. Статистично достовірними вважали відмінності при  $p < 0,05$ .

Встановлено, що рівень sCD40L був достовірно значно вищий у хворих на АГ з супутнім ЦД 2 типу, ніж без нього та в порівнянні з контрольною групою і склав  $4,21 \pm 0,12$  мг/мл ( $p < 0,001$ ), що говорить про активацію імунозапальної ланки патогенезу в даній когорти хворих.

У хворих визначалося достовірно підвищення рівнів глюкози, HbA<sub>1c</sub>, інсуліну, КА та зниження рівня ХС ЛПВЩ у хворих на АГ з супутнім ЦД 2 типу на тлі наростання ІР ( $p < 0,05$ ) свідчать про збільшення кардіоваскулярного ризику. В обстежених хворих відзначалося достовірно підвищення рівнів САТ та ДАТ від І до

III тертилів, що свідчить про зв'язок виразності IP зі ступенем АГ. У хворих на АГ та ЦД 2 типу відбувалося наростання рівня CD40L.

За результатами проведених досліджень систему sCD40L можна вважати як універсальну ланку патогенезу, що об'єднує АГ та ЦД 2 типу.

**Шеховцова Ю.А., Тесленко І.І.**  
**УРОВЕНЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-А И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИС**  
**ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ**  
**ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ**  
**ПАНКРЕАТИТОМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины №3, Харьков, Украина**  
**Научный руководитель – проф. Журавлева Л.В.**

Цель работы- определить уровень фактора некроза опухоли- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) у больных с хроническим панкреатитом (ХП) и его взаимосвязи с показателями функционального состояния поджелудочной железы.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов с ХП (10 мужчин и 10 женщин, средний возраст составил  $55.25 \pm 1,34$ ): 1 группа ( $n=14$ ) имели нормальную массу тела ( $ИМТ < 25,0$ ), 2 группа ( $n=6$ ) - повышенную массу тела ( $ИМТ > 25,0$ ). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. Функциональное состояние ПЖ оценивали по содержанию  $\alpha$ -амилазы крови, фекальной панкреатической эластазы-1, С-реактивного протеина (СРП). Уровень ФНО- $\alpha$  в сыворотки крови определялся иммуноферментным методом с помощью набора реактивов «Вектор Бест» (Россия). Для статистического анализа данных использовали лицензионную программу Statistica версии 6.0.

Результаты исследования. В исследуемых группах было обнаружено достоверное увеличение уровней  $\alpha$ -амилазы и СРП по сравнению с группой контроля, кроме эластазы-1, где наблюдалось достоверное снижение ( $37,8 \pm 4,54$  и  $40,1 \pm 11,03$  vs  $15,45 \pm 0,68$ ;  $,83 \pm 1,12$  и  $3,14 \pm 1,35$  vs  $0,25 \pm 0,18$ ;  $160,7 \pm 27$  и  $155,5 \pm 19,7$  vs  $204,1 \pm 1$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Уровень ФНО- $\alpha$  у больных с ХП определялся выше в 2,8 раза в 1-й группе и в 2,5 раза во 2-й группе по сравнению с группой контроля ( $p < 0,05$ ). Выявлена положительная корреляционная связь между ФНО- $\alpha$  и СРП ( $R_1 = 0,74$ ,  $p < 0,05$ ), а также отрицательная корреляционная связь с эластазой-1 ( $R_2 = -0,82$ ,  $R_2 = -0,83$ ,  $p < 0,05$ ).

Выводы. У больных ХП дополнительным показателем прогрессии функциональных изменений ПЖ является гиперцитокинемия. Положительная корреляционная связь между уровнями ФНО- $\alpha$  и СРП согласуется с тем фактом, что цитокины являются одним из ведущих медиаторов воспаления, то есть гиперцитокинемия ассоциируется с синдромом мезенхимального воспаления. Отрицательная корреляционная зависимость между ФНО- $\alpha$  и эластазой-1 свидетельствует о роли иммуновоспалительных нарушений в прогрессировании внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

**Шубина М. В.**  
**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра пропедевтики внутренней медицины №1, основ биоэтики и**  
**биобезопасности,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Питецкая Н.И.**

Около полутора лет назад по решению ВОЗ хронические заболевания почек включены в список болезней, представляющих угрозу для человечества. Сейчас один из десяти жителей страдает от почечных заболеваний. Согласно экспертных оценок, в Украине около 5 млн человек имеют различные заболевания почек.

Следует помнить, что своевременная и точная диагностика нефрологических заболеваний – залог успеха последующего результативного лечения. Среди современных методов диагностики заболеваний почек важную роль играет метод нефросцинтиграфии.

Нефросцинтиграфия – один из методов радиоизотопного исследования почек, позволяющий оценить их функциональную активность. Регистрация результатов производится с помощью специальной гамма – камеры, после внутривенного введения радиоизотопного фармпрепарата(РФП).

Обычно скintiграфия почек назначается пациентам с острой или хронической формой почечной недостаточности, блокадой мочевыводящих каналов, со стенозом артерии почки, с донорской почкой, травмами почки, поражением сосудов почки или другими врожденными патологиями почек.

Стоит отметить такие положительные стороны нефросцинтиграфии, как высокая точность и чувствительность аппаратуры, способность выявлять метастазы, безопасность и эффективность. Полученная при диагностике скintiграмма отображает изменения в почках намного раньше, чем подобное рентгенологическое исследование. С помощью последнего можно выявить изменения в уже значительно пораженном опухолью органе, то применяя скintiграфию на год-полтора раньше обычных исследований диагностируют в почках аномальные зоны.

Различают два вида нефросцинтиграфии – статическую и динамическую.

Статическая нефросцинтиграфия дает изображение почек и мочевыделительной системы, позволяет оценить состояние паренхимы почек, их размер, правильное или неправильное положение, форму.

Метод динамической скintiграфии заключается в том, что после введения РФП в кровеносную систему гамма-камера начинает фиксировать состояние мочевыделительной системы. Это позволяет получить четкое изображение почек, их паренхимы, чашечно-лоханочного аппарата и оценить функциональные нарушения при помощи составленных графиков и сравнения некоторых показателей.

Таким образом, по результатам нефросцинтиграфии можно определить нормальную функцию почек с учетом состояния здоровья пациента и его возраста. Врачи делают выводы об относительной позиции, размере, конфигурации и локализации почек. Преимущество скintiграфии – это не только информация о функции органа, но и получение количественных характеристик степени его поражения на самых ранних стадиях.

**Яремко И.Я.**  
**ПРИМЕНЕНИЕ БИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО**  
**АРТРИТА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра внутренней медицины №3,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научные руководители – проф. Журавлева Л.В, доц. Федоров В.А.**

Анкилозирующий спондилоартрит- это хроническое системное заболевание (поражение соединительной ткани), которое характеризуется поражением суставов позвонка и крестцово-позвоночного сочленения, которое со временем приводит к анкилозу (неподвижность суставов вследствие сращения между собой суставных поверхностей, которые формируют сустав). Также в патологический процесс могут вовлекаться крупные и мелкие суставы конечностей.

На сегодняшний день количество людей, болеющих анкилозирующим спондилоартритом (АС), постоянно увеличивается. Если таких больных лечить неэффективно, то в течение 5-6 лет практически половина становятся инвалидами. Неэффективность симптоматического подхода при лечении АС способствовала научным исследованиям, в результате которых были разработаны методики применения биопрепаратов. Не до конца изученное воздействие этих препаратов на организм и обуславливает актуальность нашей работы.

Цель. Изучить эффективность применения тоцилизумаба (актемра) у больных АС.

Материалы и методы. Исследование проводилось в ревматологическом отделении ОКБ г.Харькова. Под наблюдением было 12 больным АС ( 12 мужчин)в возрасте от 40до 55 лет. Больным была предложена биотерапия тоцилизумабом в дозе 8мг/кг внутривенно 1 раз в месяц №6.

Результаты. В результате проведенного лечения отмечено, что после применения биологической терапии практически у всех больных было достигнуто прекращение прогрессивной деструкции суставов, снижение болевого синдрома, снижение мышечной боли и увеличение объема движений. Из побочных эффектов у 1 больного наблюдалось появление аллергической сыпи.

Выводы: тоцилизумаб является эффективным препаратом в лечении АС, замедляющий деструкцию суставов и улучшающий качество жизни больных. Для полноценных выводов необходимо количество наблюдаемых больных длительный период наблюдения для оценки действию препаратов, дальнейшее изучение вопросов безопасности их применения.

# **ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ**

**Goni S.A.T., Taimoor Khan**

## **SURGICAL TREATMENT OF RADIATION DAMAGE SUPERFICIAL TISSUES.**

**Kharkiv National Medical University,**

**Department of Surgery № 2**

**Scientific adviser: Krasnosel'skiy M.V.**

**Topicality.** The appearance of radiation injury in patients undergoing radiation therapy, according to world statistics, about 5%. However, according to some foreign and local researchers, the formation of such pathologies exceeds 10- 15% Radiation damage of superficial tissues occupy an important place in cancer treatment results and worsen the underlying disease and rehabilitation patients.

**Methods and materials.** Presents an analysis of results of treatment of 5 patients with late radiation damage epithelial tissues with different locations. Studied the effectiveness of different types of skin plastics at different locations of radiation ulcers. Localization of radiation ulcers – head and face, shank and sacral area. Size of the ulcers ranged from 4 to 10 cm. Analysis of results of treatment showed that the best method of treatment is excision of the affected tissue followed by plastic vascularised autotransplantant (on the vascular pedicle or rotary manner). Still remain high postoperative complications - infection and necrosis of the graft, which is happened at 2 (40 %) cases. To avoid this complications we proposes conducting better preparation of donor graft stages trainings of axial circulation by conducting plasmotherapy. For last method we used plateles from patients blood and inject it subcutaneously in donor flap.

**Conclusions.** The use of cell therapy can avoid post-operative complications such as marginal necrosis of the donor graft.

## **Pavlo Petiunin, Olexandr Ievtushenko, Bogdan Vynogradov, Anton Petiunin AN ULTRASOUND DIAGNOSIS OF ACLF IN THE LIVER CIRRHOTIC PATIENTS**

**Kharkiv national medical university,**

**Department of General Surgery № 2,**

**Kharkiv, Ukraine**

**Scientific adviser – professor Vasyl Sypliyviy**

The purpose of this study is to define new diagnostic ultrasound criteria of «acute-on-chronic liver failure» (ACLF) in surgical treatment of liver cirrhotic patients

**Materials and methods.** We included 137 patients with liver cirrhosis, at whom surgical treatment was performed. In 81(59,12%) cases was performed the distal splenorenal shunt by Warren, in 56 (40,88%) – devascularization surgery. Doppler ultrasound of portal blood vessels was done at admission by Moriyasu et al. method. The statistical analysis was performed by use of “Microsoft Excel 2000” and “SPSS 10.0 for Windows”.

**Results.** Patients without ACLF had portal vein diameter  $1,22 \pm 0,013$  cm, patients with ACLF -  $1,5 \pm 0,026$  cm ( $P < 0,001$ ). Patients without ACLF had splenic vein diameter  $0,88 \pm 0,012$  cm, patients with ACLF had splenic vein diameter enlarged up to  $1,32 \pm 0,035$  cm ( $P < 0,001$ ). Patients without ACLF had linear portal blood velocity  $14,5 \pm 0,86$  cm/sec, patients with ACLF had it to be decreased up to  $10,8 \pm 0,48$  cm/sec ( $P < 0,001$ ).

Patients without ACLF had portal congestion index  $0,08 \pm 0,005$  cm x sec, patients with ACLF had it to be increased up to  $0,14 \pm 0,015$  cm x sec ( $P < 0,001$ ). Patients without ACLF had volumic portal blood velocity  $1024,65 \pm 61,65$  ml/min, patients with ACLF had it to be decreased up to  $997,57 \pm 72$  ml/min, but differences are statistically insignificant. So, liver cirrhotic patients with ACLF had linear portal blood velocity 1,6 times less both portal congestion index 2,8 times more than patients without ACLF. ACLF occurred in patients, who had combination of such signs: portal vein diameter more than 1,4 cm, linear portal blood velocity less than 12 cm x sec, portal congestion index more than 0,13 cm x c.

Conclusion: ultrasound diagnostic criteria of ACLF in surgical treatment of liver cirrhotic patients include increase in portal and splenic vein diameters both portal congestion index, decrease in linear portal blood velocity.

Present in liver cirrhotic patients such ultrasound signs as: portal vein diameter more than 1,4 cm, linear portal blood velocity less than 12 cm x sec, portal congestion index more than 0,13 cm x c indicates high risk of ACLF.

**Адамский М.А.**

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ СРЕДОСТЕНИЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра онкологии ,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель мед.н. Белый А.Н.**

Опухоли средостения (ОС) относятся к одному из наименее изученных разделов онкологии. Частота ОС составляет 0,2% среди всех первичных злокачественных опухолей [3, 4]. Возросшая оперативная активность торакальных хирургов предъявляет новые требования к уровню хирургической тактики при новообразованиях средостения [1, 2].

Целью данной работы было изучение роли и места хирургического метода при различных опухолях средостения.

Материал и методы. Нами обследовано 143 больных с ОС в возрасте от 14 до 74 лет, находившихся на лечении в Харьковском областном клиническом онкологическом центре. Распределение больных по нозологическим единицам представлено в таблице. Из таблицы следует, что наибольшее количество больных было с лимфопролиферативными ОС, на втором месте – опухоли из нервной ткани, на третьем – опухоли тимуса.

Инструментальное обследование начинали во всех случаях с рентгенологического исследования. Обязательными исследованиями являлись многопроекционная рентгеноскопия органов грудной полости, рентгенография в прямой и соответствующей стороне поражения боковой проекциях, срединная томография. Также больным проводились КТ и МРТ.

Результаты. Часто операции являлись комбинированными и были сопряжены с резекцией части легкого (8 больных), перикарда (12 пациентов), грудной стенки (10 случаев), непарной вены (3 больных).

Лечебная тактика в отношении тимом варьировалась в зависимости от стадии опухоли

При I стадии проводилось только хирургическое удаление. При II стадии проводилась послеоперационная лучевая терапия. Подход к лечению тимом III и IV

стадии был комплексным, с максимально возможным удалением опухоли и послеоперационной лучевой терапией.

Хирургическое лечение проводилось при всех опухолях мезенхимального происхождения, однако при рабдомиосаркоме использовалась комбинация лучевой терапии и химиотерапии, т.к. оперативное лечение при этом виде опухоли неэффективно.

При неврогенных опухолях без распространения в спинномозговой канал выполнялось удаление опухоли с капсулой, а при злокачественных неврогенных опухолях новообразование было резецировано в пределах здоровых тканей единым блоком.

При медиастинальных лимфомах хирургическое вмешательство в основном ограничивалось различными биопсиями.

**Антонова М.С.**

## **РЕЛАПАРОТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра хирургии №2**

**Научный руководитель – д. мед.н. проф. Криворучко И.А.**

В Украине 42% летальных случаев после операции обусловлены гнойно-септическими осложнениями. Как и во всех развитых странах в Украине увеличивается количество больных с абдоминальным сепсисом (АС). При развитии у данных больных синдрома полиорганной недостаточности (ПОН) и инфекционно-токсического шока (ИТШ) летальность может достигать 60-80%.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных АС путем индивидуализации лечебной тактики с учетом послеоперационных осложнений и летальности.

Материалы и методы. В работе изучены результаты хирургического лечения 66 больных обоего пола в возрасте 18-70 лет, у которых был диагностирован тяжелый АС (36) и тяжелый АС с инфекционно-токсическим шоком (30) и в ходе лечения применялись релапаротомии (РЛ).

В исследование не включены больные абдоминальным сепсисом вследствие осложненного течения онкозаболеваний; больные с декомпенсацией хронических соматических заболеваний; мезентеральные артериальные и венозные тромбозы; стерильный панкреонекроз и ферментативный перитонит.

Всех больных абдоминальным сепсисом в зависимости от лечебной тактики и для возможности сравнения эффективности использования разных тактик хирургического лечения с применением релапаротомий условно поделили на подгруппы: подгруппа А – 39 (59%) больных, которым проведены релапаротомии (РЛ) «по требованию»; подгруппа Б – 27 (41%) больных, которым применялись РЛ «по программе».

Результаты и их обсуждение. Больным АС группы сравнения, при лечении с использованием «полуоткрытой» методики, было проведено в среднем  $3,75 \pm 1,74$  РЛ ( $1 \div 7$ ) в течении  $5,8 \pm 2,1$  суток ( $1 \div 9$ ), при использовании «открытой» методики было проведено в среднем  $4,54 \pm 1,5$  плановых санаций (от 2 до 7) в течении  $6,9 \pm 2,9$  суток ( $1 \div 12$ ). Больным АС основной группы, лечение которых проводилось с использованием «полуоткрытой» методики лечения, проведено  $3,12 \pm 1,41$  РЛ ( $1 \div 5$ ). При лечении с использованием «открытой» методики проведено плановых санаций в



среднем 3,1±1 (1 ÷ 4), ушивалась только кожа без натяжения мышечно-апоневротического слоя.

Мы пересмотрели подход к выполнению релапаротомий и санации брюшной полости, и вектор лечебно-тактического подхода был смещен в пользу выполнения РЛ «по требованию» в основной группе больных (29 больных тяжелым АС и ИТШ), а не РЛ «по программе» (7 больных тяжелым АС и ИТШ). Это существенно отличалось от группы сравнения, где РЛ «по требованию» произведено у 12 и «по программе» – у 20 больных ( $\chi^2=96,865$ ;  $p=0,000$ ).

Среди основных причин летальности рассмотренных больных лидировала послеоперационная полиорганная недостаточность – 19,9%, на долю персистирующего АС пришлось 5%, кишечных свищей – 1,5%, ТЭЛА – 1,5%, инфаркт миокарда – 1%. Комплексный лечебный подход позволил ликвидировать остальные осложнения. Общая летальность составила 28,9%.

Наблюдалась прямая зависимость уровня послеоперационных осложнений ( $r=0,86$ ,  $p=0,000$ ) и летальности ( $r=0,88$ ,  $p=0,000$ ) от количества реэксплораций брюшной полости у больных АС.

Выводы. У больных тяжелым АС и ИТШ наиболее целесообразной составляющей этапного лечения является выполнение РЛ «по требованию». О чем свидетельствует меньшая на 17,5% летальность, чем летальность при применении РЛ «по программе».

**Артамонов Р.О., Данило Р.Р.**  
**ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕЙ ВЕРХНЕЙ ТРАХЕОСТОМИИ В**  
**СРАВНЕНИИ С ОРОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИЕЙ**  
**Харковский национальный медицинский университет,**  
**Кафедра оториноларингологии**  
**Научный руководитель: к.м.н.Юревич Н.А**

Актуальность темы. Нарушение проходимости дыхательных путей и/или снижения функциональной способности дыхательной системы (ДС) в целом и последующее развитие дыхательной недостаточности является одним из самых распространённых патологических состояний в отделениях интенсивной терапии по всему миру. Основными методиками борьбы с данными состояниями являются выполнение трахеостомии и оротрахеальное интубирование (ОТИ).

Цель исследования: сравнение физиологичности и прогностических показателей у реанимационных больных с оротрахеальной интубацией и больных с трахеостомой.

Материалы и методы исследования: Были сформированы 2 группы пациентов: 1 группа - 10 человек, которым была проведена ранняя верхняя продольная трахеостомия; 2 группа - 10 человек, находящиеся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) посредством эндотрахеальной интубации. Больные наблюдались в течении 12 дней. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

По данным исследования, было установлено, что 5 из 10 больных первой группы показывали положительную динамику выздоровления и стабилизации, в то время как больные 2 группы оставались в стабильно тяжелом состоянии; признаки пневмонии и прочих воспалительных заболеваний ДС в 1 группе наблюдались у 2-х, во 2й группе - у 9-х; признаки некроза стенки трахеи наблюдались у всех пациентов 2й группы.

Выводы. Проведение ранней трахеостомии более физиологично и с меньшим риском позволяет бороться с дыхательной недостаточностью.

**Арустамова Г.С., Фрянцева М.В., Самофалова М.Н., Гончарь Е.Н.,  
Кочергина А.И., Петренко О.В.**

### **ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКТ ПРИ СИНДРОМЕ ФУКСА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра офтальмологии**

**Научный руководитель: д. мед.н., проф. Панченко Н.В.**

**Актуальность.** По данным зарубежной литературы известно, что при синдроме Фукса происходит накопление флуоресцеина в поздних стадиях флуоресцентной ангиографии в диске зрительного нерва практически в 100% случаев (С.Р.Herbort и N. Bouchenaki (2010), что расцениваться авторами как следствие нарушения гематоофтальмического барьера. При этом, гиперфлуоресценция диска зрительного нерва не пропорциональна инфильтрации стекловидного тела, что не доказывает воспалительный характер нарушения гематоофтальмического барьера. Однако данный признак часто является причиной диагностических ошибок и может привести к неправильному назначению лечения.

**Цель работы.** Изучение изменений зрительного нерва при синдроме Фукса с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ).

**Материал и методы.** Проведено обследование, лечение и наблюдение в динамике трех пациентов в возрасте 34, 35 и 43 лет с односторонним синдромом Фукса. Длительность заболевания составляла от 2 до 4,5 лет.

Пациенты обследованы стандартными офтальмологическими методами. Оптическая когерентная томография выполнялась на аппарате TOPCON 3DOCT-1000.

**Результаты.** Клиническая картина Синдрома Фукса у всех пациентов включала характерные роговичные преципитаты, гетерохромию и наличие помутнения в хрусталике. Ни у одного из трех больных не отмечалось увеличение внутриглазного давления (в том числе в анамнезе).

У всех пациентов при первичном обращении на ОКТ выявлено увеличение толщины перипапиллярных нервных волокон. В среднем толщина составила 106  $\mu\text{m}$ . При 12-секторном анализе увеличение толщины перипапиллярных нервных волокон наблюдалось в 2-6 секторах. Наиболее часто утолщение отмечено в темпоральном отделе (в среднем 115  $\mu\text{m}$ ).

В динамике на ОКТ наблюдалось в одном глазу увеличение количества секторов с утолщением слоя перипапиллярных нервных волокон, и в одном глазу развитие секторального истончения перипапиллярных нервных волокон.

**Выводы.** У пациентов с синдромом Фукса в острой стадии заболевания при первичном обращении (до развития офтальмогипертензии) отмечается секторальное увеличение толщины перипапиллярных нервных волокон. Полученные данные показывают необходимость дальнейшего изучения изменений зрительного нерва при синдроме Фукса для улучшения диагностики данного заболевания, а также правильного выбора тактики лечения.

**Бобро В.В.**

**ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ КАЛЬЦІЄВОГО  
ГОМЕОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАНКРЕАТИЧНИМИ ПСЕВДОКІСТАМИ**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра загальної хірургії №1,**  
**м. Харків, Україна**

У сучасній хірургії намітилася важлива в практичному і науковому плані тенденція прогнозування післяопераційних ускладнень у пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози (ПКПЗ), зокрема, на підставі отриманих під час досліджень лабораторних даних. В цьому аспекті цікавим напрямком є дослідження у пацієнтів із ПКПЗ показників кальцієвого гомеостазу, враховуючи велику роль іонів кальцію в здійсненні секреторних процесів підшлунковою залозою.

**Мета.** Визначення предикторної цінності показників кальцієвого гомеостазу для прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного періоду у пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози.

**Матеріал та методи.** Обстежено 48 пацієнтів із післянекротичними псевдокістами підшлункової залози. Середній вік пацієнтів складав  $44,3 \pm 2,6$  років. Діагностика ПКПЗ базувалася на даних променевих методів дослідження. Вміст загального кальцію визначався біохімічним методом з використанням біохімічного аналізатора Statfax 1904 Plus. Іонізований кальцій розраховувався за формулою Д.І. Міцури (1995), показник відносного вмісту іонізованого кальцію (ПВВІК) за формулою:  $\text{ПВВІК} = \text{Ca}^{++} / \text{Ca}$ , де  $\text{Ca}^{++}$  – кальцій іонізований;  $\text{Ca}$  – загальний кальцій. Обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою програми SPSS Statistics 17.0.

**Результати і обговорення.** Дослідження показало, що ознаки гіпокальціємії достовірно частіше спостерігалися у жінок ( $\chi^2 = 20,2$ ,  $p < 0,01$ ) і у пацієнтів похилого віку ( $\chi^2 = 4,36$ ,  $p < 0,05$ ), при цьому ризик виникнення післяопераційних ускладнень у пацієнтів із показниками  $\text{Ca}^{++}$ , меншими за  $0,8 \pm 0,03$  ммоль, є статистично значущим (OR=5,1 при СІ 95% 0,5 – 29,9). Для уточнення дискримінаційного потенціалу кожного з показників кальцієвого гомеостазу проведено ROC - аналіз, який виявив наступні характеристики моделі: для загального кальцію = Se – 97,1%, Sp – 26,3%, AUC - 0,62, при 95% СІ 0,28– 0,62,  $p < 0,05$ ; для іонізованого кальцію = Se – 92,0%, Sp – 39,6%, AUC - 0,743, при 95% СІ 0,59– 0,89,  $p < 0,05$ ; для ПВВІК = Se – 98,3%, Sp – 65,1%, AUC - 0,82, при 95% СІ 0,65– 0,94,  $p < 0,05$ . З результатів ROC – аналізу витікає, що найкращим класифікатором є ПВВІК. У зв'язку з цим було вивчено вірогідність виникнення ПУ у пацієнтів із ПКПЗ при різних рівнях ПВВІК. Встановлено, що шанс виникнення ПУ у пацієнтів із ПВВІК  $\geq 0,45$  є достовірно більшим (OR=17,1 при СІ 95% 3,8 – 7,6,  $p < 0,05$ ). Найбільш прогностично несприятлива ситуація щодо ризику післяопераційних ускладнень складається у пацієнтів із показниками ПВВІК  $\geq 0,45$  на тлі гіпокальціємії (60,4% пацієнтів мали післяопераційні ускладнення).

Збільшення ПВВІК свідчить про дисбаланс внутрішньоклітинного гомеостазу кальцію, наслідком якого є активація скорочувального апарату гладеньких м'язів шлункового тракту, що сприяє формуванню протокової гіпертензії, викликає спазм судин та призводить до порушень мікроциркуляції й розвитку тканинної ішемії. Крім того, збільшення вмісту  $\text{Ca}^{++}$  в ацинарних клітинах стимулює секрецію ферментів ПЗ. Усі перераховані механізми можуть стати вагомими чинниками ініціювання або підтримання запального процесу у ПЗ, патологічних змін її секреторної функції

Висновки. Показники кальцієвого гомеостазу є важливими чинниками прогнозування ризику післяопераційних ускладнень у пацієнтів із панкреатичними псевдокістами. ПВВІК є найбільш прогностично цінним маркером ступеня порушень кальцієвого гомеостазу. Найбільший ризик післяопераційних ускладнень мають пацієнти із показниками ПВВІК  $\geq 0,45$  на тлі гіпокальціємії.

**Бондарець Л., Сикал М.О.**  
**ЗАПРОГРОМОВАНА ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ ПЕРІТОНІТУ.**  
**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра хірургії №2**

Незважаючи на безперечний прогрес медицини і стрімкий розвиток малоінвазивних методів діагностики та лікування різних нозологічних форм, лікування поширеної форми перитоніту є однією з найбільш складних завдань у хірургічній практиці, яка супроводжується високою летальністю в післяопераційному періоді. Важливу роль при цьому відіграють неадекватна санація гнійно-запального вогнища в черевній порожнині, прогресування перитоніту і пізні надходження хворих у стаціонар.

З 2012р в клініці були виконані лапароскопічні процедури у 58 хворих з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, ускладнених перитонітом. Середній вік пацієнтів склав  $54,5 \pm 1,5$  р. Відповідно етіології, джерело поширення перитоніту хворих був перфоровані гастродуоденальні виразки - 9 (26,8%), гострий холецистит - 22 (32,4%), некроз підшлункової залози - 10 (20,4%), гострий апендицит - 17 (20,4 %).

Показання до повторної дезінфекції діяльності буде вважатися запальна реакція парієтальної та вісцеральної очеревини, обширні спайки внутрішніх органів з декількома додатками фібрину. Всі пацієнти мали адекватну антибактеріальну терапію з урахуванням мікробного спектру.

Аналіз результатів лапароскопічної запрограмованої релапаротомії черевної порожнини показала, що цей метод успішно усуває причину перитоніту. Це також дозволяє зробити повну санацію черевної порожнини, у тому числі із запрограмованими санаціями та організованим моніторингом черевної порожнини після операції. При лапароскопії виконується: накладення швів на перфоративну виразку, дренаж сальникової сумки і заочеревинного простору, холецистостомія при панкреонекрозі, апендектомія, холецистектомія. У 6 (5,56%) пацієнтів була потрібна лапаротомія, через технічні проблеми. Під час лапароскопічної санації черевної порожнини інтраопераційних ускладнень не спостерігалось. Смертність склала 3,7%.

Лапароскопічні операції є ефективними у пацієнтів з перитонітом. Вони дозволяють у більшості випадків усунути джерело перитоніту і виконати санацію черевної порожнини.

Використання запрограмованої лапароскопічної санації в лікуванні перитоніту, значно скорочує час реабілітації, та дозволяє уникнути ряду післяопераційних ускладнень.

**Боярский А.А.**

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВОБОДНОГО  
ТРАМ-ЛОСКУТА, КАК МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
Харьковский национальный медицинский университет,  
Кафедра онкологии**

**Научный руководитель: к.мед.н.Белый А.Н.**

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости женщин. Успех лечения РМЖ зависит от множества факторов, среди которых главная роль принадлежит срокам начала лечения, гистологическим особенностям опухоли и степени ее распространения. Основным этапом в лечении РМЖ является хирургический. В подавляющем большинстве случаев проводится радикальная мастэктомия. Данная операция обеспечивает достаточный радикализм удаления опухоли, но приносит физические и моральные страдания пациентке. И в связи с тем, что РМЖ в 20% случаев возникает у женщин репродуктивного возраста, одним из немаловажных вопросов в лечении данной патологии является восстановление удаленной молочной железы. Наиболее распространенным методом является ношение специального белья. Но данный метод имеет ряд недостатков, особенно среди молодых пациенток: невозможность ношения глубокого декольте и купальников, ощущение неполноценности при отсутствии данного бюстгалтера, поэтому таким женщинам предлагается провести реконструкцию молочной железы. Существует следующие реконструктивные методики: дермотензия с последующим эндопротезированием, торакодорзальный лоскут + эндопротезы, ТРАМ-лоскут на ножке из прямой мышцы живота, ТРАМ-лоскут свободный на микрососудистых анастомозах, пластика свободных сосудистых лоскутов на микрососудистых анастомозах.

Целью данной работы является оценка эффективности пересадки свободного ТРАМ-лоскута на ножке из прямой мышцы живота, как одного из наиболее физиологических и имеющих хороший послеоперационный косметический эффект методов.

Нами выполнено одномоментное перемещение ТРАМ-лоскута на ножке после радикальной мастэктомии 12 пациенткам в возрасте до 55 лет с 1-2 стадией РМЖ. 40% пациенток - курильщицы, однако ожидаемо высокого по данным мировой литературы краевого некроза лоскута в этой группе мы не получили. Данное осложнение отмечено лишь у 2 больных. Серома выявлена у 1 пациентки – своевременные регулярные пункции под контролем УЗИ позволили купировать ее без нагноения. Послеоперационных грыж отмечено не было. У всех пациенток применяли проленовую сетку для пластики брюшной стенки. Для восстановления вида сосково-ареолярного комплекса пациентки использовали трехмерный татуаж. Сроки наблюдения всех прооперированных пациенток 1-2 года. После заживления ран они получали адъювантное лечение по протоколу. Пролонгации заболевания в данной группе пациенток пока не отмечено.

Таким образом, использование ТРАМ-лоскута для восстановления молочной железы после радикальной мастэктомии является перспективным и надежным методом, но не следует забывать, что каждая пациентка нуждается в комплексном и индивидуальном подходе.

**Вербицкий М.В.**  
**ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА**  
**НЕХОДЖКІНСЬКІ ЛІМФОМИ З ІЗОЛЬОВАНИМ УРАЖЕННЯМ**  
**СЕРЕДОСТІННЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра онкології**  
**Куратор к.м.н.Білий О.М.**

Актуальність. Невивченим аспектом у лікуванні неходжкінських лімфом (НХЛ) з ізольованим ураженням середостіння залишається питання про роль хірургічного компонента.

Матеріали та методи. У науковій літературі є повідомлення про хірургічне лікування НХЛ з ізольованим ураженням тонкої кишки і шлунка. Отримані результати свідчать про високу ефективність цього методу при комбінованому лікуванні НХЛ шлунково-кишкового тракту. Нами була поставлена задача вивчити ефективність включення хірургічного методу в комплексне лікування НХЛ. Як контроль взята група з 25 хворих на НХЛ з ізольованим ураженням середостіння, яким проводилося комбіноване лікування: 3 курси поліхіміотерапії + променева терапія + 3 курси поліхіміотерапії. Досліджувану групу склав 21 хворий, у яких не вдалося шляхом трансторакальних пункцій верифікувати діагноз і діагностична торакотомія була обов'язковим етапом обстеження. Хворим цієї групи виконувалася торакотомія, максимально можливе видалення пухлини, маркірування колишніх меж пухлини і частини, що залишалася. Після загоювання рани проводилося лікування за тією ж програмою, що і хворим контрольної групи. Під час торакотомії хворим виконане повне видалення пухлини (2), видалення понад 50% пухлини (5), видалення менше 50 % пухлини (14 хворих). Ускладнень у прооперованих хворих не відзначено. В обох групах хворих переважали пухлини із середнім ступенем злоякісності. Аналіз ефективності лікування показав, що у хворих II групи після закінчення комплексного лікування повна регресія пухлини відзначена у 95,2% ( $p < 0,05$ ). Упершій групі цей показник становив 84,0%. Середня тривалість ремісії в II групі склала  $41,7 \pm 4,9$  місяців проти  $34,2 \pm 5,2$  у I групі ( $p < 0,001$ ). Вірогідно вище була 3-річна виживаність хворих у II групі ( $p < 0,05$ ).

Висновки. Отримані дані свідчать про підвищення ефективності лікування НХЛ з ізольованим ураженням середостіння при хірургічному зменшенні маси пухлини. Це дозволяє рекомендувати проведення циторедукції під час торакотомії, коли морфологічний діагноз невідомо.

**Волик М.С.**  
**ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА РАЗВИТИЕ**  
**ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Кафедра нефрологии, урологии и андрологии**  
**Научный руководитель - к.мед.н.Книгавко А.В.**

Эректильная дисфункция (ЭД) – невозможность мужчины к появлению или поддержанию эрекции полового члена, достаточной для осуществления полового акта до возникновения оргазма. ЭД развивается при воздействии многих эндогенных и экзогенных факторов, включая влияние лекарственных препаратов. Согласно оценкам, в 25% случаев возникает медикаментозная ЭД. Такие основные клинические признаки, как относительно быстрое начало ЭД, ее связь с приемом препарата и

уменьшение выраженности расстройства либо полное исчезновение после отмены достоверно указывают на возникновение ятрогенной ЭД.

Среди препаратов, наиболее часто вызывающих ЭД, необходимо выделить следующие: кардиоваскулярные (гипотензивные,  $\beta$ -адреноблокаторы, симпатолитики, диуретики), психотропные препараты (антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы), гормональные (эстрогены, кортикостероиды, антиандрогены), препараты других групп (цитостатики, нестероидные противовоспалительные, антибактериальные, блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов).

Длительная антигипертензивная терапия почти любыми гипотензивными препаратами приводит к нарушению половой функции. Интересен тот факт, что информированность пациентов о возможном возникновении ЭД при лечении лекарственными препаратами часто вызывает настороженность, тревогу и сконцентрированность на данной проблеме, что приводит к психогенной ЭД в большей степени, чем влияние побочных эффектов самих лекарств.

Целью нашего исследования являлось изучение влияния гипотензивной терапии на эректильную функцию у пациентов тремя препаратами разных групп: неселективные бета-адреноблокаторы, тиазидные диуретики и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ).

Материалы и методы. На базе андрологического отделения Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала было обследовано 45 пациентов сЭД в возрасте от 34 до 68 лет. Из них 15 мужчин, отнесенных к 1-ой группе исследуемых, принимали для лечения артериальной гипертензии пропранолол из группы неселективных бета-адреноблокаторов, 15 (2 группа) - хлорталидон из группы тиазидных диуретиков. Остальные (3 группа) использовали в качестве гипотензивной терапии ингибиторы АПФ – лизиноприл.

Результаты. В результате через 4 месяца от начала приема пациенты первых двух групп сообщили о более выраженной половой дисфункции, указывая на уменьшение полового влечения, проблемы в достижении и сохранении эрекции, задержку эякуляции. Так, в первой группе 2 пациента (13%), указывали на выраженную ЭД в сравнении с третьей группой пациентов, у которых не было выявлено жалоб на ухудшение половой функции. 3 пациента (17%) второй группы указывали на значительную ЭД, и это достоверно выше, чем в третьей группе. Следует добавить что у пациентов 2 и 3-ей группы частота половых актов за первый месяц терапии снизилась с 6,9 до 3,7, и до 3,4 – еще через 3 месяца лечения.

Выводы. Снижение артериального давления в связи с лечением гипотензивными препаратами любых классов почти во всех случаях уменьшает наполнение кровью кавернозных синусов полового члена, в особенности у мужчин после 60 лет, тем самым приводя к ЭД. Наибольшее негативное влияние на ЭД имеют бета-блокаторы (13%) и тиазидные диуретики (17%). При лечении пациентов сЭД с сохраненной половой функцией следует избегать этих препаратов. Ингибиторы АПФ можно считать безопасной группой гипотензивных препаратов во влиянии на эректильную функцию мужчин.

**Гонтарь Є.В.**  
**ПЕРЕВАГИ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЛАПОРОСКОПІЇ У ЛІКУВАННІ**  
**ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра хірургії №2**

**Науковий керівник: к.мед.н.Антонова М.С.**

Мета роботи: Визначити переваги діагностичної лапароскопії в лікуванні гострого панкреатиту.

Матеріали і методи: Протягом 4 років (за період з 2011 по жовтень 2015) в 1 хірургічному відділенні лікувались 183 пацієнта з гострим панкреатитом. З них 73 чоловіки і 110 жінок у віці від 23 до 77 років. Раніше 24 годин від початку захворювання поступили в лікарню 44 пацієнта (24%), а 139 (76%) - пізніше 24 годин. Жовчнокам'яна хвороба є причиною панкреатиту в 53% випадків, в 45% - захворюванню передувало прийом алкоголю і його сурогатів, 2% - інші причини (алергічні, лікарські). Виявлено, що основною причиною панкреатиту у чоловіків є прийом алкоголю і його сурогатів, а у жінок - ЖКБ. При надходженні всім хворим була призначена інтенсивна консервативна терапія, яка у 20 (10,9%) пацієнтів привела до їх одужання. Показання для проведення діагностичної лапароскопії були виявлені у 163 (89%) хворих. За результатами проведеної діагностичної лапароскопії була побудована тактика подальшого оперативного лікування. При виявленні ознак гострого геморагічного панкреатиту - до 500 мл серозно-геморагічного випоту, набряклість малого сальника, шлунково-ободової зв'язки, симптом "золотого піску" - виконується лапароскопічна санація черевної порожнини, абдомінізація підшлункової залози, дренивання сальникової сумки, дренивання черевної порожнини. При виявленні біліарної причини гострого панкреатиту (гострий деструктивний, обтураційний холецистит, ознаки гіпертензії позапечінкових жовчних шляхів) виконується лапароскопічна холецистектомія, дренивання холедоха + ІОХГ, дренивання черевної порожнини. При виявленні ознак гострого панкреонекрозу: значна кількість (більше 500,0 мл) геморагічного випоту, виражений склоподібний набряк малого сальника і шлунково-ободової зв'язки, наявність бляшок "стеаринової некрозу" - виконують лапаротомію. При виявленні другої гострої хірургічної патології: гострого апендициту, гострого мезентеріального тромбозу, спайкової хвороби черевної порожнини і т.д. - виконуються відповідні втручання.

Результати: В результаті проведеної діагностичної відеолапароскопії було встановлено, що у 6 (3,2%) пацієнтів відсутня патологія черевної порожнини; у 30 (16,4%) проведена лапароскопічна санація черевної порожнини, абдомінізація підшлункової залози, дренивання сальникової сумки і дренивання черевної порожнини; в 33 (18%) випадках виконували ЛХЕ, дренивання холедоха + ІОХГ і дренивання черевної порожнини; у 114 (62,3%) хворих виявлені показання до виконання лапаротомії. У перебігу післяопераційного періоду пацієнти отримували інтенсивну інфузійну, антибактеріальну, антиферментну терапію та ін. Хворі на третю добу після операції стали більш активні. Видалення дренажної трубки з сальникової сумки проводили на 5-6 добу післяопераційного періоду. У 15 (8,2%) пацієнтів при лапароскопічному втручанні виникли післяопераційні ускладнення у вигляді ранньої спайкової тонкокишкової непрохідності. Термін перебування хворих у стаціонарі після діагностичної лапароскопії - від 12 до 14 днів, в той час як після відкритої операції - від 30 до 95 днів.



Висновки: Таким чином, перевагами діагностичної лапароскопії є: значно менші післяопераційні болі, більш короткий період госпіталізації хворого і менший час відновлення після операції.

**Гончарова Н.М., Тесленко О.С.**

**ЗАСТОСУВАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ**

**Харківський національний медичний університет,**

**Кафедра хірургії № 2**

**Науковий керівник – д. мед. н., проф. Криворучко І.А.**

З широким впровадженням у практику мінінвазивних втручань, які застосовуються для лікування псевдокіст (ПК) підшлункової залози (ПЗ), ускладнених механічною жовтяницею (МЖ), все більше хірургів віддають перевагу цим способам, збільшуючи вірогідність відкладання необхідного лапаротомного втручання.

Мета дослідження – оптимізація методів хірургічного лікування хворих з ПК ПЗ, ускладненими МЖ, з використанням мінінвазивних методів.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічних втручань 115 хворих на ПК ПЗ, ускладнені МЖ, з них чоловіків – 106 (92,2 %), жінок – 9 (7,8%), віком від 21 до 79 років. Всі хворі розділені на три групи за класифікацією D'Egidio A. та Schein M. (1991 р.). Всі хворі обстежені за загально прийнятими методиками.

Результати досліджень. При лікуванні ПК ПЗ I типу у всіх хворих виконували пункції під контролем УЗД, які у 75 % були остаточним методом втручання; у 1 – подальше черезшкірне зовнішнє дренажування (ЗД) ПК за типом «pigtail», у 2 – після формування стінок ПК накладено цистопанкреатоєюностомію (ЦПЕС). Пункції ПК II типу під контролем УЗД виконані 3 хворим. Ендосонографічні пункції ПК виконані 3 хворим. Ендоскопічні цистодуоденостомії за типом «double-pigtail» виконані 2 пацієнтам. При ПК II типу 15 хворим виконана повздожжня ЦПЕС за Ру, яка у 7 з них з вірсунголітіазом та стенозом термінального відділу холедоуху доповнена холецистоєюностомією. У 12 пацієнтів виконані цистоеюностомії (ЦЕС). У 4 хворих з інфікованими псевдокістами ПЗ, з МЖ, виконані лапаротомії (ЛТ) з ЗД. При кровотечах у порожнину ПК у якості I етапу 3 хворим виконані рентгенендоваскулярні оклюзії (РЕО) судин. У якості II етапу 2 хворим накладено цистоеюноанастомози (ЦЄА) та 1 пацієнту – ендосонографічну пункцію ПК. У 1 хворого з кровотечею у порожнину ПК, гнійним холангітом, МЖ виконано, після зупинки кровотечі, ЗД ПК та гепатікоєюностомію та 1 пацієнту – повздожжню ЦПЕС. При хронічному фіброзно-дегенеративному панкреатиті (ХФДП) з кістозною трансформацією голівки ПЗ, яка стискає шлунок та/або ДПК та МЖ 1 хворому виконано Бернську модифікацію операції Бегера. При локалізації ПК у голівці ПЗ та МЖ 11 пацієнтам виконано операцію за Frey. При ПК ПЗ III типу 27 хворим виконані повздожжні ЦПЕС. У 1 хворого з ХФДП, ПК голівки ПЗ, МЖ, виконано черезшкірну кризьпечінкову холецистостомію (ЧКХ) під контролем УЗД, з наступним накладенням ЦПЕС та холедоходуоденоанастомозу. При наявності інфікованої ПК ПЗ, з МЖ та вторинною портальною гіпертензією (ВПГ), 1 хворому виконано гепатікоєюностомію за Ру та повздожжню ЦПЕС. У 3 хворих з ПК ПЗ III типу, з МЖ та кровотечею, у якості I етапу були виконані РЕО судин, що спричинили кровотечу, з подальшою ЦПЕС. При ХФДП з ПК ПЗ, з кровотечею, вірсунгоррагією, МЖ, стенозом v. portae,

ВПГ та субкомпенсованим стенозом ДПК у 1 хворого у якості I етапу виконано РЕО гастродуоденальної артерії, з подальшою ЛТ та ЗД ПК ПЗ. У 1 пацієнта з ПК ПЗ з кровотечею у порожнину та МЖ, виконано ЛТ, гемостаз та ЗД ПК. При локалізації ПК ПЗ, з МЖ та компресією шлунку та/або ДПК, у голівці ПЗ та наявності вірсунгоектазії 5 пацієнтам виконано операцію за Frey. При локалізації ПК у тілі-хвості ПЗ, з МЖ та компресією ДПК 1 хворому виконано дистальну резекцію ПЗ зі спленектомією. Панкреатодуоденальні резекції (ПДР) виконані 2 хворим за показаннями. Перебіг післяопераційного періоду ускладнився у 2 хворих.

При ПК ПЗ I типу доцільно використовувати пункції під контролем УЗД, які були ефективними у 75 %. При ПК ПЗ II та III типів мініінвазивні методи та традиційні відкриті хірургічні втручання треба використовувати як взаємодоповнюючі.

**Гончарова Н.Н., Старов К.П., Гончаров А.С.**  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ**  
**ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ**  
**МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Кафедра хирургии №2,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – д. мед.н., проф. Криворучко И.А.**

При лечении псевдокист (ПК) поджелудочной железы (ПЖ), осложненных кровотечением (ОК), широко внедряется в клиническую практику использование радиологических, эндоскопических и пункционных миниинвазивных методик. Цель исследования – оптимизация хирургического лечения ПК ПЖ, ОК, путем использования миниинвазивных методик.

Материалы и методы. Проанализованы результаты хирургических вмешательств у 61 больного с ПК ПЖ, ОК, из них мужчин – 56 (91,8%), женщин – 5 (8,2 %), возрастом от 21 до 79 лет. Кровотечение в полость ПК с ее разрывом наблюдалось у 5 (8,2 %), кровотечение в полость ПК с ее инфицированием – у 4 (6,6 %), кровотечение с механической желтухой (МЖ) – у 3 (4,9 %), кровотечение с перфорацией ПК – у 1 (1,6 %) больного. Все пациенты были обследованы согласно общепринятым методикам.

Результаты исследований. В качестве I этапа 24 (39,3 %) больным была выполнена рентгенэндоваскулярная окклюзия (РЭО) кровоточащего сосуда. У 1 больного при кровотечении из общей печеночной артерии был установлен стент-граф. При невозможности выполнения РЭО были выполнены лапаротомии. Так, у 5 (8,2%) пациентов выполнена остановка кровотечения с наружным дренированием (НД) ПК, у 1 – тампонада полости ПК по собственной методике (Патент України на корисну модель № 95265 від 10.12.2014.). У 3 (4,9%) больных с кровотечением из селезеночной артерии было выполнено раскрытие ПК с ее НД и прошиванием а. lienalis. У 2 (3,2%) пациентов с аневризмой селезеночной артерии и кровотечением была выполнена лапаротомия, удаление аневризмы, дистальная резекция (ДР) ПЖ со спленэктомией. Пункции ПК под контролем УЗИ выполнены у 8 (13,1%), в том числе, у 5 (8,2%) больных, после стабилизации состояния, с последующей лапаротомией и наложением цистоеюноанастомозов (ЦЕА). У 2 (3,3%) пациентов пункция ПК завершена НД полости с установкой дренажа по типу «pigtail». Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) выполнена 2 пациентам. При кровотечении в

полость ПК с ее разрывом 1 больному выполнена РЭО, с последующим НД ПК под контролем УЗИ. 3 пациентам выполнены лапаротомии с НД ПК, в том числе у 1 больного в послеоперационном периоде возник рецидив кровотечения, которое было остановлено при помощи РЭО. У 1 больного с ПК ПЖ, ОК и разрывом, операция была закончена ДР. При инфицированных ПК, ОК, 2 пациентам выполнена лапаротомия, с последующим НД – 1, и продольной цистоеюностомией – 1; у 1 – пункция под контролем УЗИ. 1 больному с инфицированным панкреонекрозом, инфицированной ПК, ОК, распространенным перитонитом выполнена лапаротомия, некрсеквестрэктомия, тампонада полости ПК и лапаростомия с VAC-терапией при помощи системы NPWTDressigKit (Англия). При ПК ПЖ, ОК с перфорацией в брюшную полость, в качестве I этапа, 1 больному выполнена пункция ПК под контролем УЗИ, с последующей лапаротомией (после стабилизации состояния), прошиванием кровоточащего сосуда, дренирование брюшной полости. Кровотечение в полость ПК с МЖ наблюдалось у 3 пациентов: у 1 – остановить кровотечение удалось при помощи РЭО, у 1 – с хроническим фиброзно-дегенеративным панкреатитом (ХФДП), ПК головки ПЖ, ОК и МЖ, выполнена ПДР, 1 – с ХФДП, осложненным цистоартельным свищем, ПК, ОК и МЖ, выполнена ПДР по методике Wipple. 5 больных были госпитализированы повторно, с рецидивами кровотечений, которые остановлены при помощи РЭО. Умерло 3 (4,9 %) пациента. Таким образом, применение РЭО, кровоточащего сосуда, в качестве I этапа лечения, позволило в большинстве случаев достигнуть гемостаза и отложить традиционную лапаротомию до стабилизации общего состояния больного.

**Гончарь Е.Н., Арустамова Г.С., Фрянцева М.В., Петренко О.В.,  
Литвищенко А.В., Кочергина А.И.  
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО  
НЕРВА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОУГ,  
ПОЛУЧАВШИХ L-АРГИНИН  
Харьковский национальный медицинский университет,  
Кафедра офтальмологии,  
г. Харьков, Украина**

В течении последних десятилетий уделяется повышенное внимание к развитию нейропротекторной терапии, которая по мнению различных ученых направлена на сохранение и поддержание жизнеспособности зрительного нерва, и является приоритетным направлением в лечении глаукомной оптической нейропатии. Учитывая, что прогрессирование глаукомы наблюдается несмотря на снижение ВГД, существует необходимость в дополнительной терапии.

Целью данной научной работы было определение в динамике структурных изменений зрительного нерва в отдаленном периоде, у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, получавших L-аргинин.

Материал и методы: было обследовано 162 пациента (287 глаз) с первичной открытоугольной глаукомой. Из них мужчин - 63, женщин - 99. Возраст пациентов колебался от 40 до 87 лет. Все пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную. Основная группа включала в себя 82 пациента (146 глаз) с ПОУГ. Все пациенты, входившие в основную группу, наряду с базовой терапией получали внутривенно капельно и внутрь донатор оксида азота L-аргинин (по предложенной нами схеме – патент Украины UA 52177 U). Контрольная группа включала в себя 80 пациентов (141 глаз) с ПОУГ. Пациенты входившие в контрольную группу получали

базовую терапию. Обследование включало общепринятые офтальмологические методы обследования, а также статическую компьютерную периметрию и оптическую когерентную томографию.

Результаты и обсуждение: было установлено, что через шесть месяцев после получения пациентами основной группы лечения L-аргинином, наблюдалось достоверное снижение частоты стабилизации средней толщины слоя перипапиллярных нервных волокон с 78,7% до 47,3%, в сравнении с показателем непосредственно после лечения ( $p < 0,05$ ). В целом по группе у пациентов с ПОУГ, получавших в лечении L-аргинин, частота стабилизации средней толщины слоя перипапиллярных нервных волокон в нижнем квадранте непосредственно после лечения, через три и шесть месяцев была достоверно выше в 1,5 раза, в сравнении с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

Выводы: Таким образом можно сделать вывод, что применение L-аргинина у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в отдаленном периоде обеспечивает достоверно более высокую частоту стабилизации средней толщины слоя перипапиллярных нервных волокон, в сравнении с контрольной группой.

**Гуйван И.В., Гончаров А.С.**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра хирургии № 2,**

**Научный руководитель – к.мед.н. Гончарова Н.Н.**

В последние десятилетия количество больных осложненными псевдокистами (ПК) поджелудочной железы (ПЖ) неуклонно возрастает. Несмотря на наличие в арсенале хирургов широкого спектра оперативных вмешательств, все же возникает большое количество осложнений таких, как перфорации, кровотечения из аррозивных сосудов ПЖ, нагноения, летальность при которых может достигать 60 %. Благодаря разработке и внедрению в клиническую практику разнообразных эндоскопических, лапароскопических и радиологических методов, диапазон методов хирургического лечения панкреатических ПК значительно расширился.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с осложненными псевдокистами ПЖ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 168 больных с осложненными ПК ПЖ, которые находились на лечении в клинике с 2006 по 2014 гг. Среди них мужчин было 132 (78 %), женщин – 36 (22 %), средний возраст которых составил  $43,0 \pm 1,2$  лет. Компрессия смежных органов выявлена у 59 (35,1 %) больных, из них компрессия общего желчного протока с развитием механической желтухи у 32, компрессия желудка – у 13 и двенадцатиперстной кишки (ДПК) – у 14 пациентов. Нагноение ПК диагностировано у 50 (29,8 %) больных, кровотечение в полость ПК – у 41 (24,4 %), перфорация – у 14 (8,3 %), цистоплевральные свищи возникли у 4 (2,4%) пациентов. У 3 больных диагностированы комбинированные осложнения: у 1 пациента – нагноение ПК с компрессией ДПК и воротной вены, у 2 х – нагноение ПК со сдавлением общего желчного протока. В качестве скрининг-метода использовали ультразвуковое исследование (УЗИ). В качестве основного метода диагностики применяли компьютерную томографию (КТ) с внутривенным контрастированием. По показаниям выполняли рентгенографию, эндосонографию, магнитнорезонансную томографию, ангиографию, а также инвазивные диагностические методы: пункции

ПК с последующим бактериологическим, цитологическим, биохимическим исследованием пунктата

Результаты исследований. Лечебные миниинвазивные вмешательства при осложненных ПК ПЖ выполнены у 105 (62,5 %) больных. Рентгеноваскулярная окклюзия произведена у 25 пациентов, в 1 случае кровотечение остановлено при помощи стент-графта. Пункции ПК ПЖ под контролем УЗИ выполнены у 22 больных, наружное дренирование ПК под контролем УЗИ – у 11, пункции ПК под контролем эндосонографии – у 20, внутреннее дренирование ПК под контролем эндосонографии – у 6, наружно- внутреннее дренирование – у 4, лапароскопическое наружное дренирование ПК – у 4, лапароскопическое формирование цистогastro- и еюноанастомозов – у 9, дренирование плевральной полости под контролем УЗИ – у 4 больных.

В 71,3% наблюдений миниинвазивные вмешательства позволили не только вылечить осложнение, но и ликвидировать саму ПК ПЖ. В 28,7 % случаях вмешательства носили этапный характер, позволяя в качестве первого этапа лечения ликвидировать осложнения, а после стабилизации состояния больного, выполнить оперативное вмешательство на ПЖ.

Выводы. При лечении осложненных ПК ПЖ необходимо использовать дифференцированный индивидуализированный подход, с преобладающим использованием миниинвазивных методов оперативных вмешательств. Открытые и миниинвазивные методики необходимо рассматривать как взаимодополняющие способы лечения осложненных панкреатических ПК.

**Гулїда А.О.**

## **ПАТО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУЛОВИ РЕШІТЧАСТОЇ ПЛАСТИНКИ**

**Харківський національний медичний університет.**

**Кафедра офтальмології.**

**Харків, Україна**

Актуальність. Аномалії рефракції, зокрема короткозорість, є найбільш поширеними патологіями ( Кузнецова М.В., 2004; Іюмдіна Е.Н., 2006). Поширеність цього захворювання в розвинених країнах становить 19-42 %, у деяких країнах Сходу досягає 50-70%. За даними Всесвітньої Організації охорони здоров'я більше 800 мільйонів. Ускладнена короткозорість або міопічна хвороба - одна з головних причин інвалідності по зору внаслідок аномалії рефракції. У переважній більшості випадків прогресування міопії пов'язано із збільшенням передньозадньої довжини ока, розтягуванням склери. В області виходу зорового нерва в задньому полюсі ока розташована решітчаста пластинка. Це дірчаста архітектура, яка складається з мережі пучків волокон сполучної тканини, які забезпечують структурну і функціональну підтримку аксонів ретинальних гангліозних клітин і судин в зоровому нерві.

Ціль роботи вивчити характер ОКТ показників області решітчастої пластини у пацієнтів з міопією слабого ступеню.

Матеріали і методи. Досліджено 30 хворих з міопією слабого ступеню у віці 18 – 45 лет ( 12 чоловіків, 18 жінок). З середньою рефракцією  $1,24 \pm 0,1$  D .Гострота зору  $0,89 \pm 0,12$  ,без корекції  $0,2 \pm 0,13$ . Хворим було проведено стандартне офтальмологічне дослідження: візіометрія, офтальмоскопія тонометрія статистична периметрія. На основі роботи Sung Chul Park, Saman Kiumehr, Christopher C. Teng,

Celso Tello, Jeffrey M. Liebmann, and Robert Ritch Horizontal Central Ridge of the Lamina Cribrosa and Regional Differences in Laminar Insertion in

Healthy Subjects нами був розроблен маркер дослідження найбільш характерних зон змінень решітчастої пластини. ОКТ області виходу диска зорового нерва проведено на апараті RTVue-100 Fourier-Domain Optical Coherence Tomography (OCT) from Optovue Incorporated. Шляхом зрівняння даних ОКТ и маркерів оцінювався стан решітчастої пластини.

Результати. За даними ОКТ були виявлені середні показники диска зорового нерву: площа диску (optic disc area)  $1,75\pm 0,12$  mml; площа краю (rim area)  $1,25\pm 0,25$  mml; площа чаші (cup area)  $0,23\pm 0,12$  mml. На основі зіставлення даних ОКТ та шаблонів дослідження решітчастої пластинки були визначні маркери змін решітчастої пластини. По цим маркерам були розраховані характеристики решітчастої пластинки для міопії слабкого ступеня. Середня глибина залегання решітчастої пластинки-  $235\pm 0,15$ nm; вставка решітчастої пластини здійснюється на глибині  $108\pm 2,15$ nm.

Висновки.

1. Зіставлення даних стандартної ОКТ з шаблонами дослідження дозволяють отримати дані, характеризуючі решітчасту пластину.

2. Середня глибина залегання решітчастої пластинки у міопів слабкого ступеню становить  $235\pm 0,15$ nm , вставка решітчастої пластинки здійснюється на глибині  $108\pm 2,15$ nm. Середні показники диска зорового нерву: площа диску (optic disc area)  $1,75\pm 0,12$ mml ; площа краю (rim area)  $1,25\pm 0,25$  mml; площа чаші (cup area)  $0,23\pm 0,12$  mml.

**Довнар Р.И., Гук Н.С., Путята Д.С.**

**КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ НЕСЁТ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ В  
ДИАГНОСТИКЕ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ  
В XXI ВЕКЕ**

**УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
2-я кафедра хирургических болезней,  
Гродно, Беларусь**

Актуальность. Прободная язва продолжает оставаться одним из серьёзных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложняя течение последней в 7 - 10 % [1]. Несмотря на явные успехи в достижениях рентгенологических и эндоскопических методов исследования, которые являются основными при данной патологии, взятие общего анализа крови (ОАК) у таких пациентов является обязательным. В доступной нам литературе, проблема информативности ОАК рассматривалась около 30 лет назад. При этом некоторые авторы указывали на связь эритроцитоза и повышения уровня гемоглобина с дуоденальной локализацией процесса [2].

В связи с вышеизложенным нами была поставлена цель оценить информативность общего анализа крови при диагностировании перфоративной гастродуоденальной язвы в 21 веке.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели нами были проанализированы истории болезней пациентов, находящихся на лечении в УЗ «ГКБСМП г.Гродно» в 2012 – 2015 годах по поводу прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Всего проходило лечение 57 пациентов. По гендерному различию преобладал мужской пол – 47 (80 %). Прободная язва двенадцатиперстной

кишки имелась у 43 пациентов (75 %). Средний возраст больных составил 53 года. Характер операций зависел от ряда общепринятых в выборе оперативного пособия факторов. Время после перфорации составило от 30 минут до 7 суток. Истории болезней были проанализированы по показателям красной крови, уровню тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарной формуле, времени, прошедшем после прободения, длительности операции, локализации язвы, диаметру прободения и ряду других параметров. Статистическую обработку результатов осуществляли программой Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение.

При статистической обработке данных выявлено, что увеличение времени, прошедшего после перфорации находится в прямой зависимости от таких показателей красной крови, как уровень эритроцитов (коэффициент ранговой корреляции Спирмена  $r=0,4$ ), гемоглобин ( $r= 0,36$ ), гематокрит ( $r=0,46$ ). Повышение уровня эритроцитов ( $r= 0,38$ ) и гематокрита ( $r= 0,29$ ) сопровождалось достоверным увеличением количества палочкоядерных нейтрофилов. Уровень лейкоцитов находился в прямой статистической зависимости от количества тромбоцитов ( $r=0,34$ ). Тромбоцитоз сопровождался повышением количества палочкоядерных нейтрофилов, появлением метамиелоцитов, увеличением количества сегментоядерных нейтрофилов.

Выводы:

1. Общий анализ крови позволяет выявить сгущение крови, что при прободных язвах гастродуоденальной зоны обнаруживается при более поздних сроках поступления после перфорации пациентов в стационар.
2. Сгущение крови сопровождается повышением количества палочкоядерных нейтрофилов.
3. Увеличение количества тромбоцитов может являться косвенным критерием более тяжелого протекания прободной язвы, так как сопровождается лейкоцитозом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево.
4. Эритроцитоз и повышение уровня гемоглобина не могут свидетельствовать о локализации перфоративной язвы.

**Дубовик В.В., Орел О.С.**

## **ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МУКОЭПИДЕРМОИДНОЙ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра оториноларингологии,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.м.н.Юревич Н.А.**

Актуальность темы. Мукоэпидермоидные опухоли (МЭО) околоушных (ОУЖ) желез составляют 7-10% от общего количества случаев онкологических новообразований слюнных желез. Являясь злокачественными новообразованиями, они мимикрируют под доброкачественные полиморфные аденомы клинически и инструментально, что позволяет их дифференцировать. Лишь на поздних сроках заболевания. Тем самым, основным вопросом диагностики МЭО является их выявление до начала процесса метастазирования.

Цель исследования: анализ методов исследования и диагностики опухолей слюнных желез

Материалы и методы исследования: была сформирована группа из 10 человек с подозрением на мукоэпидермоидную опухоль (ОУЖ). Каждому было проведено два вида диагностических методов: МРТ головы и гистологическое исследование биоптатов ОУЖ. По результатам данных исследований, у 7 (70%) пациентов из 10 на томограммах были обнаружены признаки новообразования и инвазивного роста. При гистологическом исследовании у 10 (100%) из 10 больных был подтвержден диагноз МЭО.

Вывод. Гистологическое исследование является методом выбора в диагностике мукоэпидермоидных опухолей.

**Журба Е.П.**

## **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра хирургии №2,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. мед. наук., асс. Колесник В.П.**

Актуальность: Выбор правильной лечебной тактики у больных с острым желудочно-кишечным кровотечением (ОЖКК) остается одной из сложных проблем современной абдоминальной хирургии. Несмотря на раннюю диагностику и высокий профессионализм медицинского персонала в оказании помощи таким пациентам, сохраняется высокий процент рецидивов кровотечения.

Цель исследования: Анализ результатов лечения больных при остром желудочно-кишечном кровотечении.

Материалы и методы: Выполнен ретроспективный анализ 38 историй болезни больных с диагнозом ОЖКК, которые находились на стационарном лечении в I хирургическом отделении харьковской областной клинической больницы в 2015 году. Из них: мужчин - 31(81,6 %), женщин – 7(18,4 %), возрастом от 18 до 76 лет. Диагноз верифицирован на основании эндоскопических и лабораторных данных (объем потери ОЦК, гематокрит, клинический анализ крови). В зависимости от степени кровотечения, все пациенты были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли 12 больных (31,5 %) с кровотечением I степени (потеря ОЦК до 20%, гематокрит - 35%, тип кровотечения по Forrest - Ib).

Вторую группу составили 20 человек (52,6 %) с кровотечением II степени (потеря ОЦК 20%-30%, гематокрит - 25 -30%, тип кровотечения по Forrest - Ib).

Третья группа включает 6 больных (15,9 %) с кровотечением III степени (потеря ОЦК более 30%, гематокрит - менее 25%, тип кровотечения по Forrest - Ia).

Результаты: В первой группе было назначено консервативное лечение: - гемостатическая терапия: введение аминокaproновой кислоты, этамзилата, викасола; противоязвенная терапия: омез 40 мг в сутки, ингибиторы протеолиза (контрикал, трасисол); трансфузия солевых и коллоидных растворов.

Больным второй группы проводилась комплексная терапия, включающее в себя медикаментозное лечение, переливание кровезаменителей и эндоскопические методы остановки ОЖКК (диатермокоагуляция, орошение пленкообразующими растворами). На фоне проводимого лечения кровотечение остановлено. При контрольном ФГДС – язва с чистым белым дном (ForrestIII тип)



Больные в третьей группе после экстренной операции на высоте кровотечения, нормализации показателей центральной и периферической гемодинамики в палате общей интенсивной терапии, переведены в хирургическое отделение, где продолжалась консервативная терапия. В последующем выписаны с выздоровлением.

Выводы: Таким образом, при оказании лечебной помощи больным с ОЖКК целесообразно использовать комплексное консервативное лечение, включающее в себя гемостатическую, противовоспалительную, инфузионную терапии, эндоскопические методы гемостаза. При неэффективности консервативного лечения, угрозы рецидива больным показано срочное оперативное вмешательство на высоте кровотечения.

**Завгородний А.С.**

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**кафедра ортопедии и травматологии**

**ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко НАМН Украины»,**

**Харьков, Украина**

**Научные руководители: д.м.н., проф. Голка Г.Г., д.м.н. Корольков А.И.**

Актуальность. Болезнь Блаунта — заболевание скелета, в основе которого лежит ограниченное нарушение или остановка роста большеберцовой кости в проксимальной ростковой зоне и проявляется варусной (в большинстве случаев) деформацией голени в в/3. Частота — 3:10 000 европейского населения. Если не лечить это заболевание, то оно будет прогрессировать с годами, приводя к хромоте, развитию артрозных изменений в коленных суставах, инвалидности и, следовательно, социальной дезадаптации.

Цель работы: На основе литературных данных и ретроспективного анализа собственных клинических наблюдений представить варианты лечения болезни Блаунта.

Материал и методы: проанализированы данные литературных источников касательно вариантов лечения ББ за последние 10 лет.

Результаты работы. Анализ данных литературы показывает, что ортопедическое лечение ББ объединяет комплекс консервативных и оперативных методов. На ранних этапах заболевания в возрасте 1-4 лет проводится консервативное лечение (массаж, ЛФК, физиотерапевтическое лечение, этапные гипсовые повязки, использование динамических корригирующих ортезов на время сна и ходьбы). При неэффективности консервативного лечения, а также у детей старше 4 лет применяются различные хирургические вмешательства: корригирующие остеотомии ББК на вершине деформации с последующей фиксацией фрагментов ББК в корригированном или гиперкорригированном положении спицами, пластинками или аппаратами внешней фиксации (АВФ) на основе спиц и/или стержней.

В последние десятилетия актуальным хирургическим методом лечения ББ является временное блокирование зон роста при помощи различных устройств, так называемый «временный гемиепифизеодез». Суть метода заключается в блокировании специальным устройством части ростковой зоны эпифиза ББК, противоположной деформации стимуляции пораженной части ростковой зоны ББК. Метод временного блокирования эпифизов металлическим фиксатором впервые предложил W.P.Blount в 1942 году. Позже W.P.Blount применил метод «степлирование», временно устанавливали скобы в количестве 2-3 штук на

определенную сторону эпифиза с целью блокирования зоны роста до полной коррекции деформации, после чего их удаляли. Результаты метода были положительны, но из-за существующих осложнений в виде разрушения и миграции скоб, метод имеет ограниченные показания к применению в настоящее время. Р.М.Stevens в 2007 применил восьмиобразные пластины (8-plate) с двумя винтами. В ходе операции экстрапериостально устанавливается пластина с двумя винтами на необходимом уровне эпифиза определенного сегмента, а другая часть зоны роста, которая не заблокирована пластиной и винтами, продолжает расти. В части эпифиза к которому прилежит пластина, формируется зона избыточного давления, что приводит к снижению скорости роста в ней в отличие от противоположной стороны. Происходит ассиметричный рост сегмента ББК и постепенная коррекция деформации.

Выводы. Учитывая данные литературных источников считаем метод «временного гемиепифизодеза» имеет определенные преимущества перед другими существующими методиками: малоинвазивность и малотравматичность, период стационарного лечения составляет 3-4 дня, отсутствие необходимости в реабилитации, относительная дешевизна металлоконструкции, минимальное количество осложнений в ходе лечения.

**Загоруйко В.О., Сикал М.О.**  
**ЛАПАРОСКОПІЧНА ГЕРНІОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ ЧЕРЕВНИХ**  
**ГРИЖ.**

**Харківський національний медичний університет,**  
**Кафедра хірургії №2**

Рішення проблеми ефективного лікування черевних гриж в даний час актуально через поширеність цієї хвороби серед людей працездатного віку і досить високого відсотка ускладнень, рецидивів і смертності. Нові перспективи в хірургії гриж відкриває малоінвазивна лапароскопічна техніка. Використання лапароскопічної техніки може значно знизити післяопераційні ускладнення та інвалідність. Проте, дана методика не є досконалою і має ряд специфічних труднощів цієї технології.

Починаючи з 2011 року в Харківській обласній клінічній лікарні розпочато виконання лапароскопічних герніопластик. За період з 2011р. по 2015 р прооперовано 1546 хворих з використанням алотрансплантату, у віці від 19 до 84 років.

Для обстеження були використані ультразвукове дослідження та комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Ми використовуємо кілька методів "першого (уколу) пострілу». У всіх випадках спайкового процесу в черевній порожнині, бажано використовувати або оптичний троакар або Hassantехніку. Вибір методу лапароскопічної пластики залежить від розташування та розміру гризових воріт.

У випадках пахових гриж виконана - трансабдомінальна преперітонеальна пластика (TAPP) - 86 пацієнтів. У випадках післяопераційних і пупкових гриж у 29 хворих справили інтраперітонеальним пластику (IPOM). Для імплантації сітчастих ендопротезів використовувалися UltraPro (Ethicon) і PARIETENLIGHT (COVIDIEN) з його фіксацією степлером "Protak", а також самофіксуючу PROGREEP (COVIDIEN), з відновлюючим очеревиною ендошовом. 20 пацієнтів, одночасно з проведенням герніопластики перенесли операції на органах черевної порожнини.

Використання лапароскопічної операції в хірургічному лікуванні черевних гриж є ефективною альтернативою відкритого способу операції. З інтраопераційних

ускладнень частіше зустрічалися кровотечі (з троакарної рани, пошкодження нижніх епігастральних судин), гематоми пахової області, невралгії і парестезії, плечолопатковий больовий синдром, підшкірна емфізема. Ми вважаємо, що необхідно проведення ретельного гемостазу, навіть при малій інтенсивності й тривалості кровотечі. Гемостаз досягається у всіх випадках лапароскопії - прошиванням або коагуляцією. У ранньому післяопераційному періоді спостерігалися сіроми, які були ліквідовані консервативними пункціями. Тривалість стаціонарного лікування становила від 12 годин до 4 діб, в середньому 2 доби.

Застосування мініінвазивних методик в лікуванні черевних гриж в хірургічній практиці є ефективною альтернативою традиційним операціям. Перевагами лапароскопічної герніопластики в порівнянні з традиційними методами - можливість оглянути черевну порожнину, одночасне закриття сітчастим протезом всіх слабких місць передньої черевної стінки, зменшення тривалості перебування пацієнта в стаціонарі.

**Ивженко Л.И., Шеремета И.А.**

## **ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Кафедра офтальмологии**

Актуальность: Дисфункция мейбомиевых желез (ДМЖ) — это чрезвычайно распространенное заболевание век, на которое, тем не менее, практические офтальмологи обращают внимание очень редко. Как следствие, эта категория пациентов остается без необходимой терапии. У 38,9 % пациентов моложе 30 лет и у 71,7 % пациентов 60 лет и старше диагностируют ДМЖ. Дисфункция мейбомиевых желез заключается в нарушении липидного состава слезной жидкости, приводящее к синдрому «сухого глаза». ДМЖ является хронической, диффузной патологией мейбомиевых желез (МЖ), в следствии закупорки протока и/или качественными/количественными изменениями в железистой секреции. Это может привести к нарушениям структуры слезной пленки, симптомам раздражения глаза, его воспаления, и заболеваниям глазной поверхности. Проведенные исследования подтверждают, что обструктивное заболевание МЖ происходит вследствие гиперкератоза их выводных протоков, который в свою очередь ведет к стазу секрета МЖ и в итоге — к увеличению испарения слезной пленки с последующими патологическими изменениями поверхности глаза. Липидный слой, который образуется благодаря секреции МЖ является средой, обеспечивающей правильную работу преломляющего аппарата глаза. Его изменения могут влиять как на рефракцию глаза, так и на конечную остроту зрения.

Цель работы: изучение характера зрительных функций у пациентов с дисфункцией мейбомиевых желез.

Материалы и методы: 41 больных с дисфункцией мейбомиевых желез в возрасте 27 – 70 лет (10 мужчин, 31 женщин). Контрольная группа - 22 человека без дисфункции мейбомиевых желез (10 мужчин, 11 женщин). Кроме стандартного офтальмологического исследования всем больным проводили тест Ширмера, пробу Норна, определяли глазной индекс защиты (ОП), IVAD тест, авторефрактометрию. Для оценки полученных данных использовалась классификация Международного Совета по ДМЖ 2011, согласно которой выделяют гипосекреторный, гиперсекреторный и обструктивный типы ДМЖ.

Результаты исследования: На основании данных IVAD теста, нами было отмечено, что у группы пациентов с гипосекреторным типом ДМЖ (25 пациентов (61%)) острота зрения перед морганием снизилась на  $40\% \pm 1,5$ , при этом время до моргания составило в среднем  $8.75 \pm 6,6$ с, во второй группе (обструктивный тип ДМЖ (11 пациентов (25%)) - на  $30\% \pm 1,0$  и время  $10.85 \pm 9,2$ , в третьей (гиперсекреторный тип ДМЖ (5 пациентов (14%)) - на  $10\% \pm 0,5$  и время  $15.46 \pm 10,5$ с. У контрольной группы существенных изменений при проведении IVAD теста выявлено не было.

Критерии исключения: тяжелая соматическая патология, глаукома, воспалительные заболевания глаз, патология роговицы, гиперметропия, миопия средней и высокой степени.

Выводы: Проведенное исследование показало, что ДМЖ не зависимо от стадии влияет на характер зрения пациентов. Наиболее информативной методикой, которая бы характеризовала изменение зрительных функций у пациентов с ДМЖ, является IVAD тест. При этом больше нарушение зрительных функций наблюдается у пациентов с гипосекрецией – острота зрения снизилась на  $40\% \pm 1,5$ ; время до моргания составило в среднем  $8.75 \pm 6,6$ с. У группы с обструкцией - на  $30\% \pm 1,0$  и время  $10.85 \pm 9,2$ , при гиперсекреции - на  $10\% \pm 0,5$  и время  $15.46 \pm 10,5$ с. Полученные данные также могут быть применены при обследовании больных с синдромом «сухого глаза», в целях формирования групп риска развития роговичных поражений и проведения раннего патогенетически обоснованного медикаментозного лечения.

**Илюха С.Э.**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОЧНЫХ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра офтальмологии,**

**Харьков, Украина.**

**Научный руководитель: доцент Тарануха О.А.**

Актуальность: прогрессирующая миопия в современном мире является одной из важнейших медико-социальных проблем. Появление ночных ортокератологических контактных линз (ОК-линз) на рынке Украины открыло новые возможности в коррекции близорукости. На данный момент ортокератология рассматривается не только как возможность достижения полной коррекции близорукости без использования пациентом очков, мягких контактных линз, проведения рефракционных операций, а также, что не мало важно – для достижения остановки прогрессирования близорукости.

В связи с этим целью работы явилось изучение эффективности применения ночных ОК-линз у детей и подростков при прогрессирующей близорукости.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 16 школьников в возрасте 9-16 лет с осевой миопией от -1,5 дптр до -7,0 дптр, коррекция зрения которым проводилась ночными ОК-линзами.

Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от степени миопии: со слабой степенью - 4, средней - 7 и высокой - 5 пациентов. Наблюдение за детьми и подростками осуществлялось в течение 5-ти лет (2 года из них – с использованием ОК-линз). Поскольку объективным критерием прогрессирования близорукости

является увеличение аксиального размера глаза, с помощью ультразвуковой биометрии мы сравнивали именно этот показатель до начала рефракционной терапии и в период курса лечения.

Результаты: За все время исследования пациентов, при использовании ими ортокератологических линз, ПЗО увеличилась в среднем на  $0,21 \pm 0,08$  мм, что соответствует прогрессированию миопии на 0,7 дптр (в то время как в контрольной группе — на  $0,65 \pm 0,17$  мм). При этом в группе миопии слабой степени ПЗО увеличилась на  $0,16 \pm 0,04$  мм (0,45 дптр), при средней степени - на  $0,07 \pm 0,02$  мм (0,25 дптр), при высокой степени - на  $0,33 \pm 0,15$  мм (1,06 дптр). У 6-ти школьников не отмечены изменения размеров передне-задней оси в течение последних двух лет, что позволяет говорить о стабилизации близорукости у этих пациентов на фоне рефракционной терапии.

Вывод: применение ОК-линз тормозит дальнейшее прогрессирование миопии у детей и подростков, особенно миопии слабой и средней степени.

**Кербаж Н.Р., Чікін А.В.**  
**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПОЗАОРГАННИМИ**  
**НОВОУТВОРЕННЯМИ ТАЗОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ З ІНВАЗІЄЮ СУДИН**  
**Кафедра хірургії №1**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**Харків, Україна**  
**Науковий керівник: к.мед.н. Шевченко О.М.**

Складними в плані діагностики та лікування є позаорганні новоутворення тазової локалізації. Вони тісно межують зі структурами позаочеревинного простору що часто стає причиною їх інвазії. Представлені результати хірургічного лікування пацієнтів з позаорганними позаочеревинними пухлинами.

Матеріали та методи. Обстежено та прооперовано 7 пацієнтів у ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України». У групі хворих було 3 чоловіків та 4 жінок у віці від 26 до 75 років. У всіх пацієнтів пухлина основним масивом була розташована в порожнині тазу, серед гістологічних форм новоутворення переважали ліпосаркоми (4 спостереження), в інших випадках було виявлено лейоміосаркоми (2 спостереження) і шванному (1 випадок). Всім пацієнтам були виконані резекційні втручання на магістральних судинах у зв'язку з їх залученням у пухлинний процес. В однієї хворої при першому оперативному втручанні виконана резекція та пластика лівої зовнішньої клубової артерії з анастомозом “кінець-в-кінець”. При рецидиві пухлини з залученням аорти через 2 роки нами виконано друге оперативне втручання з резекцією черевного відділу аорти (нижче ниркових судин) та зовнішніх клубових артерій з протезуванням.

Результати. У найближчому післяопераційному періоді (протягом 30 діб після хірургічного втручання) летальних випадків не було. Післяопераційний період протікав у 3 пацієнтів без ускладнень, з них у 1 після комбінованого втручання. Крім цього, по одному випадку після операцій зустрічалися такі ускладнення: плеврит, парез нижньої кінцівки праворуч, парез кишечника. Всі оперовані хворі простежені у віддалені терміни. Двоє пацієнтів померли від прогресування захворювання у строки 20 місяців після нерадикальної операції (лейоміосаркома G1) та 18 місяців після радикальної резекції (лейоміосаркома G3). Троє пацієнтів після радикальної операції живі: без прогресування протягом 34 та 9 місяців після видалення ліпосаркоми (G3) та доброякісної шванноми відповідно. Один пацієнт живий протягом 33 місяців після

видалення ліпосаркоми (G1) з рецидивом в ділянці біфуркації аорти та конfluence нижньої порожнистої вени, причому рецидив виник через 9 місяців після операції. Двоє пацієнтів після неадекватних операцій живі без прогресування в терміни 14 та 9 місяців після видалення G1 і G3 ліпосаркоми відповідно. У всіх пацієнтів, яким виконано протезування судин, повністю збережена їх прохідність.

Висновки. Розширення обсягу операцій при позаочеревинних пухлинах, в тому числі і тазової локалізації, залишається предметом дискусії. Хірургічне втручання при лікуванні тазових неорганних пухлин із залученням магістральних судин є єдиним радикальним методом лікування. Інвазія магістральних артеріальних та венозних судин не є протипоказанням до виконання оперативного втручання у пацієнтів з тазовими пухлинами. Комбіновані ангіопластичні втручання дозволяють досягти тривалого без рецидивного періоду навіть після циторедуктивних операцій.

**Китченко С.С., Бабаєва А. Р., Бердікова Ю.О., Бережная А. В., Бережной Б.Ю.**  
**ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ**  
**ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра хирургии №3**

Актуальность. От 600 тыс. до 2.5 млн людей в мире страдают хроническими трофическими язвами (ТЯ) стоп и голеней (Токмакова А.Ю., 2000), из которых язвы венозной этиологии составляют около 70% (Siebert U., 2002). На современном этапе при лечении язв венозной этиологии все большее применение находит местная вакуумная терапия (ВТ), которая способствует удалению микробных тел и продуктов распада из язвы, улучшает лимфо- и кровообращение, ускоряет ангиогенез (De Franzo A.J. et. al., 2001, Morykwas M. et. al., 2001).

Цель работы. Оценить результаты применения местной ВТ в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей венозной этиологии.

Материалы и методы. На базе кафедры хирургии № 3 (отделение гнойной хирургии ХГКБ №31) было обследовано 25 больных (9 мужчин и 16 женщин) с ТЯ флебостатического генеза. Средний возраст пациентов составил 52±6,1 года. Длительность основного заболевания варьировала от 2 до 38 лет, а длительность существования ТЯ от 2 месяцев до 28 лет.

В зависимости от способа местного лечения ТЯ больные были разделены на 2 группы: в I группу (основную) вошло 16 больных, в комплексном лечении которых была использована непрерывная ВТ с давлением - 125 мм рт. ст. (аппарат НЕАСО NP32 с повязкой DK10SS) курсами 7-15 суток. Средняя длительность использования одной повязки составляла от 1 до 3 суток. Во II группу (сравнения) вошли 9 больных, для местного лечения раны у которых использовали мази на гидрофильной основе.

Оценку эффективности проводили на основании клинических проявлений патологического процесса, динамики микробной контаминации язв (Lindsey, 1982), клеточного состава язвенных отпечатков (М.Ф. Камаев, 1970).

Результаты и их обсуждение. Применение местной ВТ способствовало очищению ТЯ от наложений фибрина и участков некрозов, сокращению площади и глубины язвы, формированию грануляций и ускоренной краевой эпителизации. К 10-11 сут в цитограммах определялся воспалительный (III) или воспалительно-регенеративный (IV) типы. Тогда как у больных группы сравнения подобные изменения в цитограммах отмечали к 13-15 суткам. Использование ВТ оказало влияние на скорость элиминации микрофлоры в язве, что обеспечило статистически

достоверное ( $P < 0,05$ ) сокращение общего числа бактерий в ТЯ к 10 сут лечения в I группе ( $2,09/0,22$  Lg КОЕ/г) в сравнении со II-ой ( $5,0/1,23$  Lg КОЕ/г). Клинически в основной группе уже к 6 – 8 суткам наблюдался регресс воспалительных проявлений в виде уменьшения отека, снижение и/или исчезновение перифокальной гиперемии, возникновение краевой эпителизации. Тогда как в группе вышеуказанная картина наблюдалось в среднем к 10 – 11 суткам, а краевой эпителизации не отмечалось. Средняя продолжительность нахождения в стационаре в I группе составила  $18,7 \pm 3,0$  сут против  $24,4 \pm 3,8$  сут у больных II группы

Выводы. Применение непрерывной местной ВТ в комплексном лечении ТЯ венозной этиологии способствовало благоприятному клиническому эффекту, снижало продолжительность стационарного лечения, ускоряло очищение язв от микрофлоры и некротических масс, активизировало фагоцитоз, стимулировало репаративные процессы.

**Козырев С. А.**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕДНЕГО МЕЖТЕЛОВОГО СПОНДИЛОДЕЗА ДИНАМИЗИРУЮЩИМИ ГИБРИДНЫМИ УСТРОЙСТВАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко,**

**Кафедра травматологии и ортопедии,**

**Харьковская областная клиническая травматологическая больница**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: проф., д.м.н. Мезенцев А.А.**

Введение При выполнении переднего межтелового спондилодеза (ПМС) в случае лечения заболеваний шейного отдела позвоночника (ШОП) в настоящее время все чаще применяют динамизирующие цервикальные устройства. Согласно литературным данным, бисегментарный ПМС выполняют наиболее часто. Существующие в научной литературе публикации содержат данные о результатах применения ротационных и трансляционных динамизирующих устройств, в то время, как данные о использовании гибридных динамизирующих устройств (ГДУ) с различными видами межтеловых опор крайне ограничены.

Цель: проанализировать результаты бисегментарного ПМС гибридными динамизирующими устройствами при лечении пациентов с заболеваниями ШОП

Материал и методы. В клиническую группу вошли 4 больных с грыжами дисков в ШОП на смежных уровнях, находившихся на лечении в Харьковской областной клинической травматологической больнице. У 1 (25%) пациента клинические проявления соответствовали миелопатии, у 3 (75%) – радикулопатии. Период наблюдения составил 12 месяцев. Во всех случаях выполняли субтотальную корпэктомиию на 1 уровне, бисегментарный ПМС с применением трансляционно - ротационных ГДУ по оригинальной методике (патент Украины на полезную модель № 87425) и вертикальных цилиндрических сетчатых имплантатов (ВЦСИ), заполненных костными аутоотрансплантатами. Все металлоконструкции и методики были разработаны в ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМН Украины». Оценку неврологического статуса в динамике проводили согласно авторской разработке. Костное сращение оценивали по критериям Bridwell. Положение имплантатов в динамике осуществляли по оригинальной методике рентгенологического исследования, разработанной в Институте.

Результаты После проведенного хирургического лечения у всех 4 пациентов с вертеброгенными неврологическими расстройствами имела место положительная динамика. Через 12 месяцев с момента хирургического вмешательства межтеловое сращение градации 1 достигнуто у 3 больных, градации 2 – у 1 больного. Во всех случаях отмечали клинически не значимое пролабирование ВЦСИ. Положение всех составляющих металлоконструкций в 3 случаях оценено как отличное, в 1 – как хорошее.

При проведении анализа изменения угловых и линейных взаимоотношений между винтами, пластиной и телами позвонков определили достоверное изменение значения углов проведения винтов каудальной пары, в то время, как достоверного изменения значений углов проведения винтов краниальной пары не отмечали. Трансляционное изменение положения винтов из каудальной пары полностью реализовывалось в течении 6 месяцев после хирургического лечения.

Выводы. Трансляционно-ротационные ДГУ являются эффективными при выполнении бисегментарного ПМС у пациентов с заболеваниями ШОП, что подтверждается хорошими показателями межтелового сращения, положительными клинически определяемыми результатами лечения. Трансляционный механизм динамизации устройств преобладает над ротационным.

**Королькова А.О, Тиханський Д. С.**  
**МЕТОД БЕЗПЕРЕРВНОГО ПАСИВНОГО РУХУ В СИСТЕМІ**  
**МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ КУЛЬШОВИХ ТА**  
**КОЛІННИХ СУГЛОБІВ.**

**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра фізичної реабілітації та спортивної медицини з курсом фізичного**  
**виховання та здоров'я**

**Науковий керівник – д. мед. н. А.Г. Істомін**

Невід'ємною частиною системи реабілітації ортопедо-травматологічних хворих є лікувальна фізична культура (ЛФК) та механотерапія - одна з форм ЛФК, яка здійснюється за допомогою різних пристроїв і апаратів. У 70-ті роки ХХ століття хірург-ортопед R.Salter розробив біологічну концепцію безперервного пасивного руху - СРМ-терапію (Continuous Passive Motion).

Мета дослідження: оцінити ефективність методу безперервного пасивного руху в системі фізичної реабілітації хворих після хірургічних втручань на колінному та кульшовому суглобі.

Матеріал і методи. Досліджені 2 клінічні групи дорослих хворих, які були ідентичні за статтю, віком, типом патології та видом хірургічних втручань. У 1-у, контрольну групу, включені 59 хворих (84 суглоби), а в 2-у, основну гр. - 90 хворих (130 суглобів), яким були виконані втручання з приводу патології колінного і кульшового суглоба (артроскопія та ендопротезування). У післяопераційному періоді хворі 1-ї гр. отримували стандартне реабілітаційне лікування, а хворим 2-ї групи, окрім стандартного відновного лікування, виконували пасивну розробку рухів в суглобах за допомогою вітчизняних пристроїв для автоматичної розробки рухів [ПАРР] (розроблені ДУ «ПХС ім. проф. М.І.Ситенка НАМНУ» спільно з ООО «Сваркон»). Обстеження пацієнтів проводилося згідно загальноприйнятих методик до початку і в процесі лікування. За результатами обстеження складалася спеціальна анкета, де відзначалися індивідуальні анатомо-функціональні особливості суглобів



хворого, розроблявся індивідуальний план реабілітаційних заходів та здійснювався динамічний нагляд.

Отримані результати. Розробку рухів за допомогою ПАРР проводили за наступною методикою: 1-й день після зняття іммобілізації, відповідного обстеження проводили розробку рухів – 3 рази по 10-15 хвилин при мінімальній швидкості розробки рухів і куті згинання–розгинання у суглобі (-ах) від 5 до 15°; 2-й день – 3 рази по 30 хвилин при мінімальній швидкості і об'ємі рухів у суглобах від 10 до 35°; 3-й день - 3 рази по 40-50 хвилин при мінімальній швидкості і об'ємі рухів в суглобах від 25 до 45°; в наступні дні збільшували кратність (до 6 раз на добу), тривалість (до 2-х годин за один сеанс) та швидкість розробки, а об'єм рухів доводили до 70-90° (залежно від особливостей основного захворювання і інтенсивності проявів больового синдрому).

При виготовленні ПАРР дотримані наступні умови: повна відповідність Законодавству України, стосовно пристроїв медичного призначення (безпека А); дешевизна (вартість ПАРР мінімум в 3-4 рази менше імпорتنих аналогів!); можливість зміни і плавного регулювання швидкості розробки рухів, і кута згинання-розгинання; можливість регулювання довжини ложементів залежно від антропометричних даних пацієнта, що дозволяє використовувати ПАРР як у дорослих, так і у дітей старше 5 років.

При порівнянні результатів 2 груп маємо констатувати, що СРМ-терапія з використанням відчизняних апаратів ПАРР в комплексному відновному лікуванні хворих з патологією колінного та кульшового суглобів у післяопераційному періоді, достовірно призводить до скорочення термінів реабілітації на 31%, збільшення об'єму рухів у порівнянні з контрольною групою, при значному зменшенні больового міотонічного та нейротрофічного синдромів. При цьому у хворих відмічено позитивний психологічний настрій і бажання «працювати» на ПАРР на протязі тривалого часу (від 2-х до 8 годин на добу!).

Висновок. Доведена доцільність та висока ефективність використання розробленого вітчизняного пристрою для автоматичної розробки рухів у комплексному відновному лікуванні хворих з патологією колінного і кульшового суглоба, що дозволяє рекомендувати його до широкого клінічного використання в ортопедо-травматологічних відділеннях, реабілітаційних центрах та санаторіях відповідного профілю.

**Лапшин Д.В.**

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ШКАЛ ISS, ВПХ-П (МТ), АРАСНЕ-П і ВПХ-СП, ВИКОРИСТОВУВАНИХ ПРИ ЛІКУВАННІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК**

**Харківський національний медичний університет,**

**Кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології.**

**м. Харків. Україна**

**Науковий керівник Березка М.І.**

Оцінка тяжкості ушкоджень і стану постраждалих має першорядне значення при виборі методів лікування і їх ефективності в процесі лікування, а також при епідеміологічному вивченні цієї проблеми й відповідних наукових дослідженнях. Важливою також є можливість прогнозування частоти розвитку інфекційних ускладнень і результату травми. У зв'язку з цим за допомогою методів математичної

статистики нами були проаналізовані дані щодо тяжкості травми й стану в постраждалих із політравмою. До пропорційної вибірки потрапили 226 пацієнтів (160 чоловіків та 66 жінок) із поєднаною травмою, що перебували на лікуванні у травматологічному відділенні та відділенні політравми КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної допомоги та медицини катастроф» (м. Харків) в 2012-2015 рр.

Найчастіше переломи довгих кісток були поєднані з ЧМТ (28,3%), досить часто також зустрічалися множинні кістякові травми (18,1%) та кістякові травми, поєднані з торакальними та ЧМТ (11,9%).

Порівняння шкали ISS зі шкалою ВПХ-П (МТ) виявило, що 65 постраждалих (28,8% від загальної кількості), які були віднесені до першої групи по шкалі ISS, також були віднесені до першої групи й по шкалі ВПХ-П (МТ). 79 постраждалих (35,0% від загальної кількості), які були віднесені до другої групи по шкалі ISS, також були віднесені до другої групи й по шкалі ВПХ-П (МТ). 1 постраждалий (0,4% від загальної кількості), який був віднесений до третьої групи по шкалі ISS, також був віднесений до третьої групи й по шкалі ВПХ-П (МТ). Таким чином, при порівнянні 2-х шкал між собою, оцінки тяжкості травми по шкалі ISS і оцінки тяжкості травми по шкалі ВПХ-П (МТ) в 145 (64,2%) постраждалих збіглися по обом шкалам. Це підтверджується при статистичному аналізі критерієм  $\chi^2$  Пірсона - 270,4852 і коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена - 0,72069.

Порівняння шкали ISS зі шкалою АРАСНЕ-П виявило, що 88 постраждалих (38,9% від загальної кількості), які були віднесені до першої групи по шкалі ISS, також були віднесені до першої групи й по шкалі АРАСНЕ-П. 54 постраждалих (23,9% від загальної кількості), які були віднесені до другої групи по шкалі ISS, також були віднесені до другої групи й по шкалі АРАСНЕ-П. 17 постраждалих (7,5% від загальної кількості), які були віднесені до третьої групи по шкалі ISS, також були віднесені до третьої групи й по шкалі АРАСНЕ-П. Таким чином, при порівнянні 2-х методів між собою, оцінки тяжкості травми по шкалі ISS і оцінки тяжкості стану по шкалі АРАСНЕ-П в 159 (70,4%) постраждалих збіглися по обом шкалам. Це підтверджується при статистичному аналізі з досить високим критерієм  $\chi^2$  Пірсона - 316,5855 і коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена - 0,707084.

Порівняння шкали ISS зі шкалою ВПХ-СП виявило, що 73 постраждалих (32,3% від загальної кількості), які були віднесені до першої групи по шкалі ISS, також були віднесені до першої групи й по шкалі ВПХ-СП. 76 постраждалих (33,6% від загальної кількості), які були віднесені до другої групи по шкалі ISS, також були віднесені до другої групи й по шкалі ВПХ-СП. 15 постраждалих (6,6% від загальної кількості), які були віднесені до третьої групи по шкалі ISS, також були віднесені до третьої групи й по шкалі ВПХ-СП. Таким чином, при порівнянні 2-х шкал між собою, оцінки тяжкості травми по шкалі ISS і оцінки тяжкості стану постраждалих по шкалі ВПХ-СП в 164 (72,6%) постраждалих збіглися по обом шкалам. Це підтверджується при статистичному аналізі критерієм  $\chi^2$  Пірсона - 237,304 і коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена - 0,648812.

Статистичний аналіз засвідчив, що при проведенні порівняльної оцінки шкал найбільша ефективність при прогнозуванні результату в постраждалих із політравмою виявлена в шкалі ISS. При цьому чутливість шкали склала 0,92, специфічність - 0,89, вірне прогнозування результату - 93%.

**Лень М. В.**  
**АСПЕКТИ ІМУНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ**  
**МІАСТЕНІЇ**

**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра хірургії №1,**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: ас. Мінухін Д. В.**

Актуальність теми дослідження обумовлюється тим, що міастенія гравіс (МГ), або хвороба Ерба–Гольдфлама – важке генералізоване аутоімунне захворювання поширеність якого щорічно зростає і на даний момент коливається в межах 10–24 на 100 тисяч. Щорічна захворюваність становить близько 0,4 на 100 тисяч населення. Хворіють здебільшого жінки – співвідношення жінок та чоловіків 3:1. В етіології захворювання значну роль відіграє патологія тимуса – у понад 70% пацієнтів виявляється лімфофолікулярна гіперплазія або тимома. З цього приводу виникає необхідність не тільки ранньої імунологічної діагностики МГ, але і прогнозування злоякісного перебігу.

Мета роботи полягає у виявленні антитіл до поліпептидних структур, розташованих на постсинаптичній мембрані та в міоциті. А саме, на м'язовий ацетилхоліновий рецептор (АХР), м'язово-специфічну тирозинкіназу (MuSK), ріанодиновий рецептор (RyR), титин-протеїн для якомога ранньої серологічної діагностики різних форм МГ, виявлення предикторів тимусної епітеліальної пухлини та прогнозування злоякісного перебігу хвороби.

Матеріали і методи – експериментальні, статистичні. Обстежені 30 хворих з діагнозом МГ різних форм, проведені серологічні дослідження на вияв антитіл до АХР, MuSK, RyR та титин-протеїну. Проаналізовано науково-методичну літературу з теми за останні 10 років.

Результати дослідження показали, що м'язовий АХР, ураження якого є основною причиною розвитку захворювання у більшості хворих, складається з 5 глікозилізованих субодиниць. При генералізованій МГ, а також при міастенії з тимомою аутоантитіла зв'язуються з різними ділянками  $\alpha 1$ -субодиниці АХР (саме ці антитіла виявляються у 80–90% хворих). MuSK бере участь у нормальному формуванні нервово-м'язового синапсу та організації постсинаптичної мембрани шляхом опосередкованого фосфорилування субодиниць АХР. Утворення аутоантитіл до MuSK є одним із варіантів імунного пошкодження нервово-м'язового синапсу при МГ, ці антитіла присутні у 50% пацієнтів з серонегативною МГ. Антитіла до титину – гігантського м'язового протеїну, які впливають на розташування саркомер та їх еластичність, виявляються у 80–90% хворих на міастенію з тимомою, вони є предиктором тимусної епітеліальної пухлини (чутливість 69–80%, специфічність 90–100%). RyR є рецепторами кальцієвих каналів саркоплазматичного ретикулуму, наявність антитіл до RyR у хворих на МГ як з тимомою, так і на МГ з пізнім дебютом без тимоми розглядають як ознаку злоякісного перебігу, що зумовлює поганий прогноз захворювання та летальність.

Висновки: імунопатологічне ураження структур постсинаптичної мембрани та міоциту при МГ знижує щільність АХР, змінює конфігурацію та функціональний стан нервово-м'язового синапсу, що призводить до суттєвого зниження фактора надійності нервово-м'язової передачі. Тому, для якомога ранньої діагностики та попередженню важких уражень постсинаптичної мембрани при різних формах МГ в якості серологічної діагностики слід рекомендувати виявлення антитіл до м'язового

АХР, MuSK та антитіл до титину. Для того щоб прогнозувати злякисний перебіг міастенії, слід визначати наявність антитіл до RyR.

**Лепеха І.В**

## **РОЛЬ АД'ЮВАНТНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ТИМОМ**

**Харківський національний медичний університет,**

**Кафедра онкології,**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник – к.мед.н.Білий О.М**

Результати лікування хворих на тимоми II та III стадії ще не можуть вважатися задовільними, тому це обумовлює пошук шляхів інтенсифікації схем лікування цього захворювання.

В нашому дослідженні ми мали на меті вивчити вплив ад'ювантної поліхіміотерапії (ПХТ), проведеної після операції й опромінення середостіння у хворих з II і III стадією захворювання. Для цього взято дві групи хворих на тимоми. Перша група (контрольна) – 46 хворих, що одержали в післяопераційному періоді тільки ад'ювантну променеви терапію (ПТ) із СВД 40 Гр. Друга група (досліджувана) – 42 хворих, що одержували в післяопераційному періоді через 2 тижні після ПТ із СВД 40 Гр проводили 3 курси ад'ювантної ПХТ за схемою АРОС.

Результати лікування оцінювали за безрецидивним періодом і 3-річною виживаністю хворих. Було встановлено, що у хворих з II стадією тимоми відзначено збільшення зазначених показників, проте розбіжності були статистично невірогідні ( $p > 0,05$ ). Водночас у хворих з III стадією захворювання відзначено вірогідне збільшення безрецидивного 2- і 3-річного періодів на 9,0 і 12,3 % ( $p < 0,05$ ) відповідно.

Вивчення 1-, 2- і 3-річної тривалості життя хворих в обох групах показало достовірне збільшення 2- і 3-річної виживаності хворих на 8,3 і 16,7 % відповідно ( $p < 0,05$ ). Зниження частоти рецидивів захворювання відбулося більшою мірою за рахунок зменшення випадків рецидиву тимоми у вигляді віддалених метастазів у легені, печінку і кістки.

Наведені дані свідчать про ефективність ад'ювантної хіміотерапії при лікуванні злякисних тимом III стадії. Проведення останньої відсуває терміни появи рецидиву захворювання. Вірогідно збільшується 2- і 3-річне виживаність при III стадії захворювання. Це вказує на доцільність доповнення хірургічного + променевого лікування тимом III стадії ад'ювантною хіміотерапією.

**Литвищенко А.В., Храмова Т.А., Гончарь Е.Н.**

## **ЧАСТОТА КИСТООБРАЗОВАНИЯ ИРИДОЦИЛИАРНОЙ ЗОНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИНТЕРМЕДИАРНЫХ УВЕИТОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра офтальмологии,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед. н., проф. Панченко Н.В.**

Проблема интермедиарных увеитов в развитых странах имеет социальное и экономическое значение в связи с поражением лиц трудоспособного возраста, бессимптомным течением, поздней диагностикой, и как следствие – несвоевременным лечением и тяжелыми осложнениями, в некоторых случаях, приводящих к слепоте.

Цель: Изучить частоту кистообразования иридоцилиарной зоны при различных формах интермедиарных увеитов.

Материал и методы: Было проведено обследование, лечение и наблюдение в динамике 48 пациентов (89 глаз) с интермедиарными увеитами. В 9 глазах (10.1% случаев) были диагностированы изменения в пребазальных отделах стекловидного тела, в 12 глазах (13.5% случаев) - в базальных отделах. Наличие сочетанных изменений в пребазальных и базальных отделах стекловидного тела было диагностировано в 68 глазах (76.4% случаев).

Обследование включало общепринятые методы, ультразвуковая биомикроскопия выполнялась на аппарате "VuMax-II" (Sonomed) датчиком с частотой 50 МГц.,

Результаты: В результате проведенной нами работы были получены следующие данные:

При первичном обращении кисты иридоцилиарной зоны были диагностированы в 18 глазах (в 20.2% случаев). В 15 глазах (в 83.3% случаев) кистообразование было выявлено у пациентов с сочетанными изменениями в пребазальных и базальных отделах стекловидного тела. В 3 глазах (16.7% случаев) кисты были выявлены у пациентов с изолированными изменениями в пребазальных отделах стекловидного тела. Наличие кистообразования при изолированных изменениях в базальных отделах стекловидного тела выявлено не было.

Вывод: Таким образом, наиболее частое кистообразование иридоцилиарной зоны при интермедиарных увеитах характерно для пациентов с сочетанными изменениями в пребазальных и базальных отделах стекловидного тела. Согласно полученным нами данным для формирования кист иридоцилиарной зоны особо важным является наличие воспалительного процесса в пребазальных отделах стекловидного тела, что требует дальнейшего изучения.

**Д.Е.Лопатенко**

## **ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ПІОПНЕВМОТОРАКС**

**Харківський національний медичний університет**

**Кафедра хірургії №1**

**Науковий керівник - професор В.В. Бойко**

В останні роки значно збільшилась частота легневих гнійних запалень з переважанням некротичних процесів. У світі щорічно помирає 2,2 мільйони осіб із гострими запальними гнійними захворюваннями легень, летальність сягає 25%, а у 15-45% випадків гострі гнійні неспецифічні деструкції переходять у хронічну форму, що призводить до стійкої втрати працездатності. Серед неспецифічних гнійних деструкцій легень особливе місце займає піопневмоторакс (ППТ), частота діагностування якого коливається від 5 до 38%.

Хірургічне лікування таких хворих часто супроводжується ускладненнями і, на жаль, може бути не тільки неефективним, але й не запобігає летальному вихіді.

Тому, нами був створений алгоритм прогнозу ефективності лікування пацієнтів з ППТ. Для цього проведений дискримінантний аналіз, який дозволив створити дискримінантне рівняння для більш точного визначення вірогідності летального результату лікування за даними зміни рівня інтерлейкінів крові в процесі лікування (патент на корисну модель № у 2013 13665 від 25.11.2013). Отриманий спосіб оцінки

дозволяє досить точно виділити на сьому добу хворих з високим ризиком летального вихіду.

Таким чином за допомогою динаміки рівнів цитокінів ІЛ-6, ІЛ-8 і ІЛ-10 в крові у хворих на піопневмоторакс з використанням розробленого алгоритму прогнозу, можна виявити пацієнтів з високою вірогідністю летального результату та внести необхідні зміни у комплексну схему лікування.

**Матасов А.О., Фадеев П.В.**

## **ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ СЕРДЕЧНОГО КЛАПАНА КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА**

**Харківський національний медичний університет**

**Кафедра хірургії №1**

По данным литературы, проблема аортального стеноза на сегодняшний день является одной из важнейших в структуре сердечно-сосудистых заболеваний, занимая 3-е место после ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии. Аортальный стеноз – это сужение просвета аортального клапана, которое препятствует нормальному току крови из левого желудочка сердца в аорту, и впоследствии, ко всем тканям и органам. Учитывая факт, что довольно часто данная патология встречается у лиц, которым по определенным причинам противопоказано открытое хирургическое вмешательство (пожилой возраст, ослабленный иммунитет, заведомо отрицательный прогноз исхода оперативного вмешательства на открытом сердце), особо важное значение приобретает транскатетерная имплантация аортального клапана (Transcatheter Aortic Valve Implantation).

Цель исследования: По данным современной кардиохирургической литературы, изучить методику проведения транскатетерной имплантации аортального клапана, ее преимущества и недостатки.

Транскатетерная имплантация аортального клапана (ТИАК) – это инновационная малоинвазивная процедура по протезированию пораженного аортального клапана искусственным биологическим клапаном при помощи катетера. При этой технике катетер с клапаном вводят трансфеморально (через бедренную артерию), после чего контролируют его продвижение под рентгеновским контролем до уровня аортального клапана. Затем производится имплантация каркасного биопротеза. Зафиксированный биопротез имплантируется на конце введенного катетера в пораженном аортальном клапане пациента, после чего с помощью баллонного катетера он раскрывается.

Одним из важнейших преимуществ ТИАК по сравнению с традиционным оперативным вмешательством является то, что данная малоинвазивная методика не требует общего наркоза и использование аппарата искусственного кровообращения, а, следовательно, значительно снижает риск осложнений. К основным недостаткам ТИАК относят то, что данная технология относительно новая и поэтому отдаленных результатов эффективности операции и срока службы искусственных клапанов, установленных таким способом, нет. Риск нарушений мозгового кровообращения выше, чем после открытого оперативного вмешательства.

Выводы. ТИАК может быть с успехом применена для хирургической коррекции критического стеноза аорты у больных с высоким риском операции на открытом сердце, являясь реальной альтернативой традиционному протезированию аортального клапана.

**Мещаніна Д.Р.**  
**ВИЗНАЧЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ**  
**СТОМАТОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО**  
**ВІКУЗ СОМАТО – НЕВРОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ**  
**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії**  
**м.Харків, Україна**

Проблема адекватності та безпеки анестезії, мінімізація ризику виникнення після- та інтраопераційних ускладнень залишається однією з ключових в сучасній анестезіології. Обтяжливим факторами є вік хворого, супутня сомато – неврологічна патологія, місце та обсяг оперативного втручання.

Мета дослідження. Розробка заходів щодо поліпшення якості анестезіологічного забезпечення хворим похилого та старечого віку з гіпертонічною хворобою, при оперативних втручаннях у щелепно-лицьовій хірургії.

Матеріали та методи: для досягнення мети нами було обстежено 83 пацієнта. Критеріями включення пацієнтів до дослідження були: вік більше 60 років (середній вік 67 років); присутність в анамнезі гіпертонічної хвороби I-II ст.; відсутність в анамнезі цукрового діабету, алкоголізму, інфаркту міокарда.

Хворим виконано хірургічне втручання на щелепно - лицьовій зоні. В ході дослідження визначали показники центральної гемодинаміки (ЦГ), показники стрес-реалізуючої системи (глюкоза, кортизол).

Результати. В ході дослідження було відмічено, що при очікуванні оперативного втручання у даної групи хворих спостерігається напруженість стрес – реалізуючої системи, що в основному зумовлено психо – емоційними факторами, больовим синдромом, віковою гіперсимпатикотонією та відносним ослабленням активності парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи, та як наслідок, проявляється підвищенням артеріального тиску, загального периферійного судинного опору, вмісту кортизолу та глюкози, знижує стресову стійкість пацієнтів з ГХ та підвищує ризик гострих порушень коронарного, мозкового кровообігу.

Заспокоєння хворого зменшує артеріальний тиск та загальний периферійний судинний опір, тим самим покращуючи кровообіг. Встановлено, що під час застосування тіопенталу натрію спостерігалися зміни гемодинамічних та метаболічних показників. Після інтубації трахеї підвищувалися значення артеріального тиску на 22,7%, загальний периферичний судинний опір на 10,5%, глікемія на 12,7%. Впродовж підтримання анестезії, порівнюючи з етапом інкубації, значно знижується артеріальний тиск на 24. Через добу після оперативного втручання значно зменшився тільки рівень кортизолу з  $405 \pm 137$  до  $287 \pm 78$  нмоль/л. Встановлено, що під час застосування пропофолу спостерігалися менш значні коливання гемодинамічних та метаболічних показників. Після інтубації трахеї достовірно підвищувався артеріальний тиск на 14,1%, частота серцевих скорочень знижується на 7,2%, рівень кортизолу практично не міняється, а глікемія зростає на 16,6%. Через добу значно змінився тільки рівень кортизолу який зменшився з  $335 \pm 127$  до  $215 \pm 48$  нмоль/л.

Суб'єктивно хворі краще переносять анестезіологічне забезпечення, яке виконано за допомогою пропофолу, ніж тіопенталом натрію.

Висновок. В результаті проведених досліджень розроблено алгоритм знеболення у хворих похилого та старечого віку з гіпертонічною хворобою під час операцій на щелепно-лицьовій зоні з використанням пропофолу, який найменш

пригнічує функцію кровообігу та забезпечує адекватний захист від хірургічного стресу, що доведено менш суттєвими змінами з боку стрес-реалізуючої системи та корелює з відповідними змінами рівнів кортизолу та глікемії.

**Митрофанюк В. А., Антонова М.С.**  
**АЛОПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНИХ КИЛ**  
**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра хірургії №2, Харків, Україна**

Актуальність даної теми обумовлена тим, що на сьогоднішній день 3-7% населення Землі страждає вентральними килами, на герніопластики припадає до 25% усіх операцій. В Україні за рік виконується біля 50 000 операцій з приводу кил.

Мета роботи – визначити ступінь виникнення післяопераційних ускладнень та рецидивів кил у хворих, прооперованих за різною методою.

Необхідність застосування алопластики зумовлена дистрофічними змінами в області грижових воріт і підвищенням внутрішньочеревного тиску під час пластики місцевими тканинами. Частота рецидивів захворювання після пахової герніотомії з застосуванням аутопластики в стаціонарах загальнохірургічного профілю досягає 10,0-37,0%. Використання алопластики знижує показники до 5–10 %.

Після виконання алопластики в 20,9–49,2 % випадків можливий розвиток різних специфічних ускладнень з боку рани, таких як тривала ексудація з рани, серома (11,4%), гематома (5,3%), крайовий некроз шкіри (1,6%), нагноєння (3,5%), нориці між шкірою та трансплантантом, гранулеми та інше. Виникнення цих ускладнень в основному залежить від ступеня травматичності та тривалості операції, варіанту розміщення ендопротезу в рані (sublay, inlay, onlay), якості алопластичного матеріалу.

Необхідно пам'ятати, що при килах невеликого та середнього розміру показані лапароскопічні операції. Використання лапароскопічної методики (TAPP при пахових килах та IPOM при вентральних килах) дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень та тривалість післяопераційної реабілітації, також серед її переваг є одномоментне закриття усіх слабких місць черевної стінки, можливість оглянути черевну порожнину. Ця методика має свої недоліки: необхідність загальної анестезії, розвиток післяопераційних гематом, напружений карбоперітонеум, коштовність розхідного матеріалу та оснащення. Кількість рецидивів після лапароскопічної герніоалопластики складає від 0,6 до 3%.

Матеріали та методи. У хірургічному відділенні №1 КЗОЗ «ОКЛ ЦЕМД та МК» м.Харкова було прооперовано 17 хворих на кили лапароскопічним методом, з них 4 хворих за методом IPOM та 13 хворих за методом TAPP. У післяопераційному періоді у одного хворого було виявлено післяопераційну гематому в області ендопротезу (хворий після TAPP). За період від 19 до 27 місяців даних за рецидив кили у цій групі хворих виявлено не було.

Висновки: для лікування хворих з наявністю невеликих та рецидивних кил виконання лапароскопічної алопластики є найбільш доцільною методою, хоч і має свої недоліки.



**Мясоедов К.В.**

**ЗНАЧЕНИЕ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДИСТОГО РУСЛА.**

**Харьковский национальный медицинский университет.**

**Кафедра хирургии №1**

**Научный руководитель: В.В. Бойко**

**Актуальность.** Эндартерэктомия используется практически также часто при каждой реконструктивной операции, как и сосудистый шов, если не как самостоятельная операция, то как дополнение к основному этапу реконструкции. Часто роль эндартерэктомии преуменьшается в лечении больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

**Материалы и методы.** Проведено исследование хирургического лечения 120 человек с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. При разделении больных на группы учитывалось, была ли больным выполнена эндартерэктомия в ходе операции или нет. Основную группу составили 63 больных с критической ишемией нижних конечностей, у которых в ходе операции применялась эндартерэктомия, группу сравнения составили 57 человек с критической ишемией и IIБ ст. ишемии без эндартерэктомии. Оценивалась длительность работы реконструкции, а также изменения состояния больного как локальные, так и общие, связанные с течением заболевания (критической ишемией) с учетом длины дезоблитерированного участка, а также материала заплаты/ протеза, который был использован при выполнении реконструктивного этапа.

**Результаты и обсуждение.** Из общего количества операций (n=120) нами выполнено 110 открытых и 10 гибридных. При выписке у больных определяли ЛПИ, который повысился в сравнении с исходным уровнем соответственно с  $0.41 \pm 0.15$  в обеих группах до  $0.81 \pm 0.26$  ( $P=0.007$ ). Через  $1 \pm 0,2$  года в основной группе сохранность оперированной конечности в течение года составила 93,5%, в группе сравнения конечность потеряли 5, т.е. сохранность конечности составила 91% в течение года в группе больных без эндартерэктомии.

**Выводы.** Наряду с эндоваскулярными методиками эндартерэктомия сохраняет свою значимость, а её применение положительно влияет на исход лечения больных с критической ишемией нижних конечностей.

**Пажин С.А., Шадрин В.С., Талахан А.А., Татьяна Л.С., Кулакова Е.А.,**

**Колотилев А.В., Хасани А., Осокин А.Э.**

**ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С УЧЕТОМ ФОРМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра общей хирургии №2**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель доц. С.В. Гринченко**

**Актуальность.** Возобновление энтерального питания в раннем послеоперационном периоде играет важнейшую роль в лечении и исходе основного заболевания.

**Цель работы:** оптимизация энтерального питания у хирургических больных с учетом форм энтеральной недостаточности (ЭН).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 2 группы больных (всего 40 человек), возрастом от 19 до 65 лет, с клинической картиной ЭН. В каждой группе были больные с различной степенью ЭН: компенсированная (КЭН), субкомпенсированная (СЭН) и декомпенсированная (ДЭН). В первой группе - 21 пациент (52,5%) - проводилось раннее энтеральное питание питательными смесями (Pertamen и Clinutren 1.0 фирмы Nestle™). При КЭН через 2-4 часа производили пероральный прием жидкостей с одной из питательных смесей. При СЭН осуществляли декомпрессию кишечника и введение электролитов и глюкозы через зонд, спустя 48 часов производили энтеральное питание одной из смесей через зонд. В течении 48 часов при ДЭН производили подготовку кишечника аналогично СЭН, через 48 часов стимулировали перистальтику кишечника медикаментами (церукал, прозерин) с пероральным приемом жидкостей, а по истечению 72 часов назначали одну из питательных смесей для энтерального питания.

Вторую группу составили 19 (47,5%) человек, им проводилось парэнтеральное введение аминокислот, солевых растворов, ферментных препаратов, витаминно- и иммуномодулирующая терапия в послеоперационном периоде.

Результаты. В первой группе пациентов с КЭН у 10 (47,6%) пациентов, которым проводилось энтеральное питание, наблюдалось полное восстановление функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на 2-3 сутки. Нормализация функций ЖКТ у 10 (52,6%) пациентов с КЭН из второй группы, получавших питательные вещества парэнтерально, оказалась более отсроченной – на 4-5 сутки. Похожие результаты были получены при анализе результатов лечения больных с СЭН: у 5 (26,3%) больных первой группы, получавших зондовое энтеральное питание, на 3 сутки отмечена нормализация функций ЖКТ; у 5 (26,3%) больных, получивших нутриенты парэнтерально, схожие результаты были достигнуты лишь по истечению 5 суток. В первой группе больных с ДЭН у 5 (23,8%) из 6 (28,6%) больных отмечилось клиническое улучшение и нормализация функций ЖКТ на 3 сутки, у 1 (4,8%) больного не удалось предупредить развития полиорганной недостаточности (ПОН), что привело к смерти. Среди 4 (21,1%) больных второй группы с ДЭН стабилизация наступила у 2 (10,5%) пациентов на 6 сутки, 2 (10,5%) человека умерло вследствие развившейся ПОН.

Выводы. Применение разработанной тактики энтерального питания в совокупности с максимально ранним назначением энтерального питания способствует более быстрому восстановлению функций жизненно важных органов и систем, что является одним из ключевых факторов выздоровления пациента и профилактики полиорганной недостаточности.

**Прийменко Д.С.**

**ОЦЕНКА БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ  
ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ,  
ИСПОЛЬЗОВАВШИХ СРЕДСТВА РАЗГРУЗКИ КОНЕЧНОСТИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра общей хирургии № 1,**

**Харьков, Украина**

Гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической стопы приводят к тяжким социальным и экономическим последствиям. Обязательной составляющей лечения является применение различных средств разгрузки.

Цель исследования – сравнить болевые ощущения у пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы, которые применяли полубашмак, гипсовую лонгету и разработанное нами устройство для разгрузки стопы (патент на полезную модель 90977) на этапе стационарного лечения с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ).

Материалы и методы. Больные были распределены на три группы. В первой использовали полубашмак (18 человек), во второй – гипсовую лонгету (19 человек), в третьей – устройство для разгрузки стопы (22 человека).

На 1 сутки после начала применения средств разгрузки в первой группе у 15 больных были установлены болевые ощущения, во второй группе – у 16, в последней группе – у 18 пациентов. По итогам применения ВАШ получены следующие результаты по указанным группам:  $45,8 \pm 6,1$ ;  $36,8 \pm 5,0$  и  $40,4 \pm 5,3$ .

На 20 сутки показатели снизились в несколько раз и составили  $9,9 \pm 2,6$  в первой группе,  $4,7 \pm 1,6$  во второй и  $5,3 \pm 1,6$  в третьей группе, а также уменьшилось количество пациентов, испытывавших боль. Следовательно, худшие результаты выявлены у пациентов, которые носили полубашмак, так как у них стопа чаще соприкасалась с поверхностью, увеличивая давление на рану, что сказывалось на процессе заживления и усилении болевых ощущений.

**Робак В.І., Курбатов В.О., Бурсак А.Г.**

## **ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ: АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ**

**Харківський національний медичний університет,**

**Кафедра загальної хірургії №2,**

**Харків, Україна**

**Науковий керівник – д.мед.н., професор Сипливи́й В.О.**

Актуальність. Для попередження розвитку післяопераційних ускладнень та оптимізації лікувальної тактики у хворих на гострий некротичний панкреатит (ГНП) важливим і актуальним є виявлення параметрів, які дозволяють швидко і точно виділити хворих, що потребують більш інтенсивної лікувальної тактики.

Мета дослідження: провести аналіз післяопераційної летальності хворих на ГНП та визначити клінічні параметри, що відображають високу вірогідність несприятливого перебігу захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Робота базується на аналізі результатів хірургічного лікування 125 хворих на ГНП. Критерієм залучення до дослідження була наявність у хворого гострого некротичного панкреатиту з недостатністю органів та ускладненнями з боку черевної порожнини. У післяопераційний період померло 34 (27,2%) хворих. Причиною смерті 26 (76,5%) хворих була поліорганна недостатність, 8 (23,5%) хворих – серцева недостатність. Проведено аналіз клінічних показників хворих на гострий панкреатит з виокремленням групи хворих, які померли в стаціонарі від ускладнень панкреонекрозу.

Результати та обговорення. Середній вік померлих складав ( $60,5 \pm 3,56$ ) років, середній вік хворих, що вижили – ( $47,75 \pm 1,89$ ) років ( $p < 0,05$ ). Середній час від початку захворювання до госпіталізації складав ( $5,2 \pm 2,1$ ) доби. Середній час від початку захворювання до госпіталізації у групі померлих складав  $6,4 \pm 1,2$  доби ( $p < 0,05$ ). Факторами розвитку ГНП були: жовчно-кам'яна хвороба – 45 (36,0 %) хворих, аліментарний фактор – 41 (32,8 %) хворих, вживання алкоголю – 35 (28,0 %) хворих, оперативні втручання на органах верхнього етажа черевної порожнини - 3

(3,4 %) хворих, травма підшлункової залози – 1 (0,8 %) хворий. Серед померлих з причини вживання алкоголю ГНП розвинувся у 21 (61,8 %) хворого ( $p < 0,05$ ). У 13 (38,2 %) хворих причиною розвитку ГНП була жовчнокам'яна хвороба ( $p > 0,05$ ).

Під час операції інфікований панкреонекроз діагностовано у 80 (64,0%) хворих, парапанкреатит – у (64,0%) хворих. З 80 хворих на інфікований ПН померло 30 (37,5 %), а з 80 хворих, у яких було діагностовано парапанкреатит – 26 (32,5 %) ( $p < 0,05$ ).

Із хронічної супутньої патології у 63 (50,4%) хворих виявлено серцево-судинну; у 49 (38,0%) – жовчно-кам'яну хворобу. Захворювання печінки діагностовано у 17 (13,18%) хворих; хронічну виразкову хворобу шлунка та 12-палої кишки – у 13 (10,08%) хворих. Ожиріння виявлено у 6 (4,8%); кахексію – у 4 (3,2%) хворих. У 7 (5,43%) випадках супутньою патологією був алкоголізм; у 7(5,43%) випадках – патологія нирок; у 7 (5,43%) випадках – цукровий діабет. Патологія дихальної системи виявлена у 4 (3,1%) хворих; 2 (1,55%) хворих мали злякисні новоутворення; 1 (0,8%) хворий страждав на сифіліс.

При аналізі супутньої патології у померлих виявлено, що серед хворих з кахексією, ожирінням та алкоголізмом летальність складала 100%. Серед хворих з хронічними захворюваннями печінки та нирок летальність складала 54,2%, а серед хворих з патологією серцево-судинної системи - 47,6% ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:**

1. Післяопераційна летальність від ускладнень гострого некротичного панкреатиту складає 27,2%.

2. Висока вірогідність розвитку післяопераційних ускладнень у хворих на гострого некротичний панкреатиту зумовлена характером ураження підшлункової залози та заочеревинної клітковини, віком хворого, часом від початку захворювання до госпіталізації, алкогольною етіологією захворювання, наявністю у хворого порушення маси тіла, захворювань печінки та нирок, серцево-судинної системи.

**Савченко Е.И.**

## **ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ СИЛИКОН-ГИДРОГЕЛЕВЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра офтальмологии**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н Пахомова А.В.**

Сегодня в мире насчитывается около 1,7 миллиарда людей, которые страдают пресбиопией. Это число имеет тенденцию к росту. Считается, что к 2020 году количество людей, страдающий пресбиопией возрастет до 2,1 миллиарда человек (Market Score, 2012). В настоящее время в Соединенных Штатах, пресбиопией страдает 111 миллионов человек. В нашей стране такие данные отсутствуют. Из современных видов коррекции пресбиопии: очковой (бифокальной, прогрессивной), хирургической, моновизуальной, контактной, чаще всего в Украине используют первую. Однако, современный, стремящийся к прогрессу мир нуждается в активности и больших требования к качеству жизни и зрения. Ассортимент мягких контактных линз в настоящий момент позволяет выбрать оптимальную линзу, в соответствии с индивидуальными потребностями пациента. Дизайн линзы обеспечивает постепенный переход (прогрессию) от оптической силы для зрения вдаль до оптической силы для ближнего зрения.

Целью нашей работы явилось оценить преимущества и перспективность применения мягких силикон-гидрогелевых мультифокальных контактных линз у пациентов с пресбиопией.

Были проанализированы данные литературы и проведен анализ групп пользователей в Харьковских центрах коррекции зрения. Отмечено, что в группу первичных пользователей мягкими мультифокальными контактными линзами (ММКЛ) попадают: начальные пресбиопы, желающие попробовать ММКЛ, которые имеют такую мотивацию, как освобождение от очковой коррекции – 21%; текущие пользователи традиционных мягких контактных линз с начальной пресбиопией – 46%; пациенты, которых не устраивает моновижн – 8%; пациенты, которых не устраивают прогрессивные очки в связи с активным образом жизни, родом деятельности, либо профессии – 25%. Все пользователи ММКЛ отмечали лёгкость адаптации, максимальный комфорт в течение дня, удовлетворительные зрительные функции, неограниченное периферическое поле зрения, а также отсутствие раздражающих бликов при работе на близком и промежуточном расстоянии. Благодаря тому, что в современных мягких контактных линзах используют силикон-гидрогелевые материалы с высоким содержанием воды и с очень низкой степенью дегидратации, они сохраняют достаточно высокий уровень кислородной проницаемости, что позволяет свести к минимуму возможные осложнения применения этих линз.

**Резюме.** Мультифокальные линзы – это достойная современная альтернатива очковой коррекции пресбиопии в Украине. Перспективность успешного подбора мультифокальной линзы – это профессиональный отбор пациентов и квалифицированный подбор, соответствующий параметрам и специфическому дизайну линзы.

**Самофалова М.Н., Фрянцева М.В., Арустамова Г.С., Кочергина А.И.,  
Петренко О.В.**

**ОСОБЕННОСТИ ИСТОНЧЕНИЯ СЛОЯ ПЕРИПАПИЛЛЯРНЫХ  
НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПРИ ИНТЕРМЕДИАРНЫХ УВЕИТАХ,  
ОСЛОЖНЕННЫХ ВОСПАЛЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра офтальмологии**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед. н., проф. Панченко Н.В.**

Целью нашей работы явилось изучение особенностей истончения слоя перипапиллярных нервных волокон у пациентов с интермедиярными увеитами, осложненными воспалением зрительного нерва.

**Материал и методы.** Нами проведено обследование, лечение и наблюдение в динамике 29 пациентов (44 глаза) с интермедиярными увеитами, осложненными воспалением зрительного нерва.

Всем пациентам наряду со стандартными офтальмологическими методами обследования выполнялась оптическая когерентная томография на аппарате TOPCON 3DOCT-1000 в динамике.

**Результаты.** В целом у пациентов с интермедиярными увеитами, осложненными воспалением зрительного нерва, секторальные истончения слоя перипапиллярных нервных волокон отмечены в 79,5% глаз.

В 18 глазах (40,9% от общего числа глаз) истончение слоя перипапиллярных нервных волокон наблюдались в сроки до 3 месяцев, в 9 глазах (20,4%) истончение сформировалось в 4-6 месяцев после перенесенного воспалительного процесса. Еще в 8 глазах (18,2%) истончение слоя перипапиллярных нервных волокон определялось в сроки от 6 месяцев до 5 лет.

Выводы. В 79,5% глаз больных с интермедиярными увеитами, осложненными воспалением зрительного нерва, в исходе заболевания определяется истончение слоя перипапиллярных нервных волокон.

В половине случаев (51,4%) истончение слоя перипапиллярных нервных волокон формируется в первые 3 месяца.

**Скляренко Д.А.**  
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИАДГЕЗИВНЫХ АГЕНТОВ ДЛЯ**  
**ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА БРЮШНОЙ**  
**ПОЛОСТИ**

**Харьковский Национальный Медицинский Университет**

**Кафедра хирургии №2,**

**Научный руководитель – к.мед.н. Колесник В.П.**

Актуальность: повреждение брюшины любой этиологии ведет к тому, что между листами брюшины образуется экссудат, богатый фибрином, а затем фибриновые спайки. Это приводит к развитию осложнений: хронический абдоминальный синдром, дисфункция органов брюшной полости и кишечная непроходимость, а также возникают трудности доступа и рассечения, удлиняется время операции, увеличивается кровопотеря, больной более предрасположен к травме кишечника. Именно поэтому профилактика спаечного процесса – важная задача практической хирургии.

По данным Кохрейновских обзоров за 2014 год использование гиалуроновой кислоты значительно снижает риск развития спаек брюшной полости, которая обладает способностью образовывать пленку на брюшине, а также оказывать дезинфицирующее и регенераторное действие на ткани.

Клинический пример: в Областную клиническую больницу Харькова в гнойно-септическое отделение доставлен больной с гнойным перитонитом, 59 лет. Болеет в течение 3 дней. В 2009 году оперирован по поводу гнойного аппендицита с распространенным перитонитом, 2010, 2012 – спаечная кишечная непроходимость. Проведена лапаротомия с резекцией 50 см тонкой кишки, наложением илеостомы и санированием брюшной полости растворами фурациллина, дексаметазона, дренирование брюшной полости по Петрову. После лаважа брюшной полости для предотвращения развития в дальнейшем спаечного процесса в брюшную полость введен гель на основе гиалуроновой кислоты. Данная методика дала хороший результат, поскольку у больного не наблюдалось клиники развития спаечной кишечной непроходимости в течение 14 месяцев.

Выводы: использование антиадгезивных агентов существенно снижает риск развития послеоперационного спаечного процесса, но полностью не ликвидирует его, поэтому необходимо проведение дальнейших исследований по этому вопросу.

**Смородська О.М.**  
**LORHELPER – СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА**  
**ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР – ОРГАНІВ.**  
**Сумський державний університет,**  
**кафедра сімейної та соціальної медицини,**  
**м. Суми, Україна**  
**к.м.н., ас. Сміянов Є.В.**

Термін eHealth або «електронна медицина» з'явився на початку 2000<sup>x</sup> років і охоплює широку область використання інформаційних систем та технологій в системі охорони здоров'я, яка включає в себе телемедицину та мобільну медицину – mHealth. Їх впровадження направлене на профілактику, підтримання та збереження здоров'я. Використання mHealth дуже перспективне у віддалених районах, де відсутні висококваліфіковані та візькі спеціалісти, для надання спеціалізованої медичної допомоги.

mHealth на сьогодні найбільш розвинений і масовий продукт сектору eHealth. Говорячи про mHealth, мова йде про використання мобільних пристроїв, планшетів та інших гаджетів з широким використанням технологій безпроводного зв'язку, що дає змогу дистанційно контактувати з хворим. Його швидке поширення обумовлено швидкістю проникнення смартфонів та планшетів у повсякдення життя як хворих, так і лікарів, а також легкий доступ до мобільних рішень.

На сьогодні, основний сегмент ринку mHealth представлений мобільними додатками для смартфонів. Ця технологія здатна полегшити життя кожному в системі охорони здоров'я: від пацієнта до практикуючих лікарів.

В практиці сімейного лікаря на патологію ЛОР – органів припадає близько 20% звернень. З метою покращення якості діагностики і надання більш кваліфікованої допомоги, а також визначення необхідності направлення до лікаря – оториноларинголога нами було розроблено мобільний додаток LORHELPER на базі Android. LORHELPER побудовано на синдромальному підході, що дає змогу лікарю поставити правильний діагноз. Даний мобільний додаток може бути цікавим широкому колу спеціалістів: від починаючих лікарів, до лікарів зі значним досвідом роботи. Мета його створення – допомогти лікарю в роботі, але не замінити його.

Роботу програми побудовано на принципі від загального до конкретного. Алгоритм роботи з програмою полягає в поетапних відповідях на питання які уточнюють інформацію про клінічні прояви, і звужують коло можливих діагнозів, зрештою приводячи лікаря до необхідного клінічного протоколу. Програма дозволяє лікарю швидко зорієнтуватися у великій кількості інформації, шляхом пошуку необхідних даних у базі програми. У програмі існує можливість повернення на попередні етапи. В програму також вбудовані ілюстрації клінічної картини захворювання, що допоможе лікарю правильно інтерпретувати дані, отримані під час оглягу хворого, а отже уникнути помилок під час постановки діагнозу.

Таким чином впровадження даного мобільного додатку в практику лікарів різних спеціальностей надасть змогу швидко і правильно поставити діагноз, отримати інформацію щодо лікування відповідно до сучасного клінічного протоколу, затвердженого МОЗ України, а отже підвищити якість надання медичної допомоги. То ж, наша розробка актуальна, потребує подальших вдосконалень та впровадження в практику лікарів різних спеціальностей.

**Столярова О.К.**  
**ВПЛИВ ЗМІН БІНОКУЛЯРНОГО ПОЛЯ ЗОРУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У**  
**ХВОРИХ НА РОЗВИНЕНУ ВІДКРИТОКУТОВУ ГЛАУКОМУ**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**Кафедра офтальмології,**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: д. мед. н. проф. П. А. Бездітко.**

Актуальність. Відкритокутова глаукома (ВКГ) одна з головних причин втрати зору і розвитку сліпоти. Головним засобом профілактики цього є проведення скрінінгових обстежень для забезпечення ранньої діагностики захворювання. Сучасні підходи до обстеження на наявність глаукоми включають монокулярні лише дослідження функцій очей, але не враховують важкість бінокулярних змін, які є більш важливими у визначенні якості життя, тому що людина користується обома очима одночасно.

Мета. Дослідити зміни бінокулярного поля (БПЗ) зору та якість життя (ЯЖ) у хворих з ВКГ.

Матеріали та методи. В дослідженні приймали участь 38 хворих (20 чоловіків, 18 жінок) з розвинутою ВКГ (стадія II) в обох очах.

Всі хворі були обстежені на базі КЗОЗ ОКЛ ЦЕМД та МК із проведенням стандартного офтальмологічного обстеження, що включало візометрію, біомікроскопію, гоніоскопію, тонометрію, статичну периметрію. БПЗ досліджувалось за методом В. Esterman. Оцінка БПЗ була отримана у відсотках від норми. Оцінка ЯЖ проводилась за опитувальником VF-14 («Зорова функція -14»), що складається з 14 запитань про складність виконання повсякденних зорових завдань за умови максимальної корекції зору, що оцінює якість життя, що пов'язана з офтальмологічним станом взагалі (ЯЖ), та, окремо, якість життя, що залежить від стану бінокулярного поля зору (ЯЖБ).

Результати. В очах із II стадією ВКГ зберігається  $55\% \pm 6,35\%$  від нормального монокулярного поля зору, БПЗ становить  $74,78\% \pm 0,36\%$ , ЯЖ  $80\% \pm 3,61\%$ , ЯЖБ  $77\% \pm 2,07\%$ .

Висновки: Результати проведеного дослідження вказують на високий ступінь адаптації до життя з захворюванням та демонструють необхідність дослідження бінокулярного поля зору у хворих старших за 40 років, які проходять офтальмологічний огляд.

**Ткачева А.И, Нечай И.В, Начай Ю.В**  
**ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ**  
**МАТКИ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра онкологии,**  
**г.Харьков Украина**

**Научный руководитель Михановский А.А.**

Проблема рака шейки матки (РШМ) чрезвычайно актуальна в Украине, в виду продолжающегося возрастания уровня заболеваемости и смертности от данной патологии. В мире РШМ занимает второе место среди злокачественных новообразований женских половых органов и третье среди раков у женщин (после рака молочной железы и рака толстой кишки).



Согласно с данными Национального канцероцентра Украины, за последние 10 лет заболеваемость РШМ в стране увеличилась, и составляет 19,7 случаев на 100 000 женщин. Эта тенденция особенно выражена среди пациенток репродуктивного возраста: с 1,4 до 2,9 случаев в возрастной категории 20-24 года; с 14,6 до 18,5 - у женщин 30-34 лет.

В онкологической практике стала формироваться органосохраняющее лечение опухолей, основным принцип которого можно сформировать как достижение максимальной эффективности лечения с сохранением высокого качества жизни при минимальных осложнениях. Таким образом, целью данной работы является изучение эффективности хирургического и комбинированного лечения больных РШМ с органосохраняющими операциями.

Материалы и методы: Объектом исследования были материалы, полученные при обследовании 10 больных РШМ IA-B, ПА и ПИА стадии (T1a-b-2aN0-1M0) возрасте от 20 до 40 лет, которым проводилось хирургическое и комбинированное лечение в отделении онкогинекологии ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины».

По возрасту пациентки распределились следующим образом: 20 - 24 года – 2 б-х, 25 - 29 лет – 1 б-я, 30 – 34 года – 3 б-х, 35 – 39 лет – 4 б-х. Диагноз заболевания устанавливался на основании результатов клинического, рентгенологического (УЗИ, КТ) и морфологического обследования. Большинство больных было с IA (T1aN0M0) стадией РШМ - 6 (60,0%), IB (T1bN0M0) – 2, ПА (T2aN0M0) - 1 и ПИБ (T1bN1M0) - 1. По гистологическому строению опухоли пациентки распределились так: с плоскоклеточным ороговевающим и неороговевающим раком – 7 (70,0%); с аденокарциномой – 3 (30,0%).

Хирургическое лечение больных РШМ проводилось в объеме экстирпации матки с отрезком влагалища без придатков – 4 (40,0%) и расширенной экстирпации матки по методу Вертгейма с ретропозицией яичников – 6 (60,0%). Двум пациенткам до операции была проведена контактная лучевая терапия на аппарате АГАТ-В суммарной дозой (СД) на т.А 15 Гр. Четверем больным с T1b-2aN0-1M0 стадией РШМ проводился послеоперационный курс дистанционной гамма-терапии (ДГТ) на аппарате РОКУС-М на область таза и зоны регионарного метастазирования СД на т.А/В 44 – 46 Гр. Срок наблюдения составил от 3 до 5 лет. Критерием эффективности лечения больных РШМ служило отсутствие рецидивов и метастазов; уровня качества жизни - хорошее самочувствие, отсутствие симптомов климакса; сохраненной функции яичников – наличие фолликулов в яичниках по данным УЗИ и нормальному уровню половых гормонов.

Результаты и их обсуждения: Анализ эффективности лечения больных РШМ с органосохраняющими операциями показал, что ни у одной больной не было выявлено рецидивов и метастазов. Все пациентки отмечают хорошее общее самочувствие, отсутствие климактерического синдрома, они работают, живут половой жизнью. Данные УЗИ и анализов крови на половые гормоны свидетельствуют о сохраненной функции яичников. Две пациентки обратились в Центр репродукции человека с целью искусственного оплодотворения. Осложнение обусловленное объемом хирургического вмешательства имели место лишь у одной больной в виде лимфоцитоза с умеренно выраженным лимфоцитозом нижней конечности.

Выводы: Органосохраняющие операции не ухудшают результаты хирургического и комбинированного лечения больных РШМ, при этом сохраняется

высокое качество жизни пациенток и снижается количество послеоперационных осложнений.

**Трегуб Е.С., Фундовная О.В.**  
**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ**  
**ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра хирургии №2**

**Научный руководитель Свирепю П.В.**

**Актуальность.** Перфоративная гастродуоденальная язва (ПГДЯ) является угрожающим жизни осложнением, которое развивается у 10-15% больных язвенной болезнью (Васильев Ю.В., 2003; Замятин В.А., 2006; Nasir H., 2003). В настоящее время в ургентной абдоминальной хирургии широко применяются лапароскопические технологии, в том числе ушивание перфоративных язв. По данным А.С. Ермолова и соавторов (2010), лапароскопическое ушивание ПГДЯ возможно выполнить в 50-70% случаев.

**Цель исследования.** Изучение результатов лапароскопического ушивания ПГДЯ.

**Материалы и методы.** Нами изучен опыт применения лапароскопического ушивания ПГДЯ в клинике за период 2009-2015 гг. у 76 больных в возрасте от 19 до 72 лет. Средний возраст составил 38,3±5,6 лет. Мужчин - 66 (86,8%), женщин - 10 (13,1%). Средний срок от момента перфорации до поступления в стационар составил 5,7±2,5 часа. По распространённости наблюдали перитонит: местный - у 49 (64,4%) пациентов, распространённый - у 27 (35,5%); по характеру экссудата: серозный - у 53 (69%) больных, гнойный - у 16 (22%), фибринозно-гнойный - у 3 (4%). Всем больным до операции применяли классические методы обследования, согласно Приказа МОЗ Украины № 297 от 02.04.2010 г. Показанием к лапароскопическому ушиванию считали: перфорация острой язвы, размер перфорации до 10 мм при отсутствии других осложнений язвы. Ушивание перфоративного отверстия осуществлялось отдельными швами с использованием монофиламентной нити на атравматической игле. Прядь большого сальника подшивали поверх наложенных швов. Операция завершалась промыванием брюшной полости раствором декасана и дренированием трубочным дренажом, в зависимости от распространённости перитонита. Продолжительность лапароскопического ушивания в среднем составила 93,5 мин.

После операции все больные получали современные антисекреторные и антихеликобактериальные препараты, антибиотики широкого спектра действия. Все пациенты находились в общей палате, болевой синдром был невыраженным и наркотических анальгетиков не требовалось. У всех больных отмечена ранняя физическая активность (2 сутки) и восстановление перистальтики (2 сутки). Пероральное питание начинали после 3-х суток. Летальных исходов не было. Ранние послеоперационные осложнения наблюдали у 3 (3,9%) пациентов, из них пневмония - у 2 (2,6%), поддиафрагмальный абсцесс - 1 (1,3%), который был ликвидирован пункционно-дренирующим способом под контролем УЗИ. Среднее время пребывания в стационаре составило 8,5 к/д. Все больные после выписки продолжали противоязвенное лечение. В отдалённые сроки от 1 до 3 лет обследовано 42 (55,2%) пациента.

По шкале Visick отличные и хорошие результаты были получены у 31 (73,8%), удовлетворительные (эрозивный гастрит, дуодениты) - 10 (23,8%), плохие (рецидив язвенной болезни) - 1 (2,4%).

Выводы:

1. Лапароскопическое ушивание ПГДЯ является эффективным и безопасным способом лечения, который позволяет полноценно провести ревизию брюшной полости и адекватно её санировать.

2. Лапароскопическое ушивание ПГДЯ с последующей современной противоязвенной терапией позволяет улучшить качество жизни пациента и приводит к выздоровлению в 97,6% случаев.

**Трофимов М.А.**

## **ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ**

**Кафедра хирургии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Свирепю П.В.**

Бактериальные абсцессы печени (БАП) составляют 0,16% заболеваний хирургического профиля, которые нуждаются в хирургическом лечении (О.Д.Шаталов, 2006). Традиционные открытые методы лечения БАП приводят к послеоперационным осложнениям и высокой послеоперационной летальности от 17% до 55% (Д.М.Адамович, 2012).

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения БАП.

За период 2005-2015г. в клинике находилось на лечении 64 пациента БАП. Из них мужчин- 34(53%), женщин- 30(47%). Средний возраст составил  $47,5 \pm 2$  года. Все больные разделены на 2 группы. Первая группа- пациенты, оперированные общепринятым открытым хирургическим доступом с использованием метода Кохера и срединной лапаротомии- 25(39%). Вторая группа- 39(61%) пациентов, которым выполнялись малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ- 25(39%) и с применением лапароскопических методов – 14(21,8%).

Во всех группах проводился стандартный комплекс клинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, УЗИ и СКТ методов исследования. Во всех случаях оценивали размеры абсцессов, локализацию по сегментам печени, их количество и взаиморасположение с трубчатыми структурами печени.

Этиологическими причинами БАП явились: последствия травмы печени (закрытая и открытая)- 11(17%), холангиогенные абсцессы в результате холедохолитиаза и опухоли желчных протоков и внепечёночных желчных протоков- 8(12,5%), постнекротические абсцессы после эндоваскулярной эмболизации гемангиомы печени-2(3%), пиогенные абсцессы- 43(67,5%). Одиночный абсцесс диагностирован у 23(36%), множественный- у 41(64%). Абсцессы располагались в 3(4,7%) случаях в обеих долях. В 61(95,3%)- абсцессы находили только в одной доле(95,3%). Размеры БАП от 1 до 5 см верифицированы у 21(33%) пациента, от 5 до 10см у 36(56,25%), от 10см и более у 7(10,75%).

В первой группе после лапаротомии производили ревизию брюшной полости, забрюшинного пространства, выполняли вскрытие и дренирование абсцесса двупросветным дренажом- 8(32%). Анатомическая и атипичная резекция печени была

выполнена у 7(28%) пациентов. Показаниями к резекции печени считали множественные БАП в пределах одной анатомической области и крупные абсцессы (более 10см) занимающие всю анатомическую область печени. Ранние послеоперационные осложнения в данной группе составили: нагноение послеоперационной раны- 4(16%), внутрибрюшное кровотечение- 1(4%) , желчеистечение- 1(4%), абсцессы брюшной полости- 2(8%), экссудативный плеврит- 3(12%), пневмония- 5(20%). Летальных исходов не отмечено. Средней срок пребывания в стационаре составил 18,5±2 койко-дня.

Во второй группе лечение заключалось в пункции и дренировании БАП под контролем УЗИ при размерах абсцессов от 1 до 10 см- 29 (74%). Независимо от количества и локализации БАП у оставшихся 10(26%) пациентов выполнялось лапароскопическое дренирование абсцессов. Размеры БАП составили 10см и более- 7(70%), у 3(30%) пациентов, имелась локализация двух и более абсцессов в пределах одной анатомической области. После операции всем пациентам ежедневно выполнялась санация полости абсцессов растворами декасана и диоксизоля. Критериями адекватной санации считали снижение температуры тела, прекращение выделения гнойного отделяемого по дренажам, уменьшение размеров полости по данным УЗИ и фистулографии. Сроки дренирования составили от 7 до 32 суток. Лечение осуществлялось под контролем бактериологического исследования отделяемого. Также все больные получали антибактериальную терапию препаратами широко спектра действия и гепатотропной направленности. Послеоперационные осложнения в данной группе составили: пневмония- 17 (43,5%), экссудативный плеврит- 21 (53,8%). Летальных исходов не отмечено. Средний срок пребывания в стационаре- 10,2±1,5 койко-дня. Отдалённые результаты прослежены в срок от 6 месяцев до трёх лет. Рецидивов заболевания не отмечено.

Выводы.

1. Малоинвазивные методы лечения БАП являются эффективным и безопасным способом, который позволяют уменьшить количество послеоперационных осложнений и сократить время пребывания в стационаре.

2. Преимуществами пункционно- дренирующих вмешательств являются отсутствие необходимости общей анестезии, малая травматичность, высокая точность дренирования, возможность продолжения лечения амбулаторно.

**Фадеев П.В., Матасов А.О.**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра хирургии №1**

Проблема лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями давно вышла на первое место во всем мире, о чем свидетельствуют данные Всемирной организации здравоохранения. Ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний умирает около 17 млн. человек. В структуре смертности главное место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), от нее каждый год погибает 7,3 млн. человек. В Украине от заболеваний сердечно-сосудистой системы страдает 26,2 млн. человек, из которых 12 млн. приходится на артериальную гипертензию, около 9 млн. приходится на ИБС, 50 тыс. на инфаркт миокарда (ИМ).

Для предупреждения прогрессирования патологических изменений и предотвращения развития осложнений ИБС на фоне сахарного диабета (СД) в виде ИМ, необходимо совершенствовать хирургические методы лечения и отдавать предпочтение наиболее оптимальным оперативным методам лечения ИБС.

Цель исследования – изучить и проанализировать эффективность применения аортокоронарного обходного шунтирования и чрескожных коронарных вмешательств (транслюминальная баллонная дилатация, стентирование, эксимерная лазерная ангиопластика) при ИБС на фоне СД.

Результаты. Проанализировано 248 процедур у пациентов находившихся на лечении в ГУ Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т Зайцева НАМН Украины, из которых в 43% выполнены чрескожные оперативные вмешательства. Среди пациентов, что были подвержены данным оперативным вмешательствам, большую часть составляли женщины, люди старшего возраста, которые имели более высокие показатели наличия сопутствующих поражений легких и печени. Больные, которым было проведено аортокоронарное обходное шунтирование, имели более высокие показатели поражения передней огибающей ветви левой коронарной артерии. Было выявлено, что у 59% пациентов проведения АКШ и у 70% больных выполнение ЧКВ проводились по неотложным и urgentным показаниям. Также было обнаружено, что аортокоронарное обходное шунтирование значительно снижает риск развития ИМ в течение первых 30 дней, после её проведения. В период до 5 лет, АКШ достоверно снижает риск развития как ИМ, так и инсульта.

Выводы. Пациенты с СД, которые перенесли аортокоронарное обходное шунтирование при ИБС имеют более низкий риск развития таких серьезных осложнений, как ИМ и инсульт, а соответственно и более низкий риск смерти, чем при проведении чрескожных коронарных вмешательств.

**Фрянцева М.В., Гончарь Е.Н., Самофалова М.Н., Арустамова Г.С.,  
Кочергина А.И., Петренко О.В.**

**ИЗМЕНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКТ ЗРИТЕЛЬНОГО  
НЕРВА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ  
ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ЭТИОЛОГИИ В ДИНАМИКЕ.**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра офтальмологии,  
г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед. н., проф. Панченко Н.В.**

Оптическая когерентная томография (ОКТ) открывает принципиально новые возможности визуализации структур заднего отрезка глаза. Это существенно расширяет не только возможности диагностики большого числа заболеваний сетчатки и зрительного нерва, но и дает возможность изучить их состояние в динамике при определенных заболеваниях. Особый интерес вызывает состояние зрительного нерва при ретробульбарном неврите, в динамике, который, зачастую, является ранним диагностическим признаком рассеянного склероза, хронического аутоиммунного заболевания, при котором поражается миелиновая оболочка нервных волокон головного и спинного мозга.

Цель: Исследование состояния зрительного нерва при различных клиническими формах ретробульбарных невритов демиелинизирующей этиологии.

Материал и методы: Проведено обследование 20 пациентов (29 глаз) с ретробульбарными невритами демиелинизирующей этиологии.

Пациентам наряду со стандартными офтальмологическими методами обследования проводилась оптическая когерентная томография на аппарате TOPCON 3D OCT-1000 в динамике.

Результаты: В остром периоде при периферических невритах средняя толщина перипапиллярных нервных волокон составляла  $100 \pm 2,6 \mu\text{m}$ , при аксиальных –  $89 \pm 1,4 \mu\text{m}$ , при трансверзальных –  $95 \pm 3,2 \mu\text{m}$ . Минимальная толщина перипапиллярных нервных волокон определялась при аксиальных невритах, в первую очередь за счет истончения в нижнем квадранте. Частота истончения перипапиллярных нервных волокон в остром периоде заболевания в целом по группе составляла 50%. Установлено, что при аксиальных демиелинизирующих невритах истончение перипапиллярных нервных волокон встречается значительно чаще (75%), чем при периферических (33,3%) и трансверзальных (33,3%) невритах. В отдаленном периоде, в сроки от 1 до 7 лет, истончение отмечено во всех 100% случаев. Наиболее часто оно встречается в темпоральном квадранте.

Вывод: Таким образом установлено, что в острой стадии ретробульбарных невритов демиелинизирующей этиологии в половине случаев отмечается уменьшение толщины перипапиллярных нервных волокон. Также установлено, что истончение перипапиллярных нервных волокон более чем в 2 раза чаще встречается при аксиальных невритах, в сравнении с периферическими и трансверзальными.

**Ходак А.С., Шевцов В.Г.**  
**ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ В**  
**УКРАИНЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра онкологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Институт медицинской радиологии им. С.П.Григорьева НАМН Украины**

В программе экономических реформ на 2010 -2014 гг., разработанной Комитетом по экономическим реформам при Президенте Украины, обозначены главные при причины возникновения проблем в здравоохранении: отсутствие связи между качеством медицинских услуг и расходами на ее финансирование, низкая самостоятельность медицинских учреждений и много другое.

Цель – в связи с тем, что проблема влияния государства на содержание и формы экономических рыночных отношений в области здравоохранения и его адекватного правового обеспечения остается важной для законодательной власти, крайне важно для улучшения работы медицины.

Материалы и методы – успешное осуществление преобразования отрасли здравоохранения может способствовать внедрению принципов менеджмента и маркетинга, экономических и социально-психологических методов в управлении учреждения здравоохранения, при этом важным моментом является роль руководителя.

Результаты и их обсуждение. Задачи государства заключаются с одной стороны в решении политических задач, а с другой - совершенствование механизмов управления.

Выводы – Существование теневого рынка в медицине свидетельствует о том, что здравоохранению необходимы механизмы рыночных отношений, которые должны использоваться при управлении отраслью.

**Євтушенко Д.В., Євтушенко О.В.,Віноградов Б.О.**  
**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГОХОЛАНГІТУ У ХВОРИХ З**  
**ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ.**

**Харківський національний медичний університет,**  
**Кафедра загальної хірургії №2, Харків, Україна**  
**Науковий керівник: д.мед.н.,проф., Сипливий В.О.**

Мета:провести аналіз хірургічного лікування хворих з холедохолітіазомускладненим розвитком гострого холангіту.

Матеріалита методи: проведений аналіз результатів хірургічного лікування 184 хворих з холелітіазом, ускладненим обструктивною жовтяницею.Гострий холангітбув діагностований у 62 хворих.Для встановлення діагнозу гострого холангіту використовувалися критерії TokyoGuidelines.Чоловіків було 27( 43,54%), жінок 35 (56,46%). Середній вік хворих - 66,42±1,9 рік і варіювався від 31 до 88 років.

Результати: критерії групи С виявлені у всіх 62(100%)хворихдосліджуваної групи. Критерії групи В - у 60(96,77%) хворих.Критерії групи А - у 62 (100%) хворих. Важкий холангіт, що супроводжувався органною дисфункцією виявлено у 3(4,8%) хворих. Середня ступінь важкості холангіту виявлена у 26(41,9%) хворих, у 33(53,3%) хворих - холангіт першого ступеню важкості.Вивчена динаміка нормалізації показників гомеостазу у післяопераційному періоді. Високий лейкоцитоз, нейтрофілоз, що зберігалися протягом перших 3 діб післяопераційного періоду, значно знижувалися на 4-7 добу, досягаючи нормальних значень до моменту виписки зі стаціонару. Лімфоцитопенія, що спостерігалася до втручання, зменшувалася після відновлення жовчотоку та показники нормалізувалися до моменту виписки. Зміни показників периферичної крові відображала динаміка гематологічних індексів.НЛІ до операції 7,4±0,82; при виписці зі стаціонару 4,67±0,85;ЛПІ до операції 3,8±0,7;при виписці зі стаціонару 0,99 ±0,1;ЯІЗ до операції 0,1±0,01; при виписці зі стаціонару0,05 ±0,006.Найбільш чутливим до змін був показник інтоксикації(ПІ) - до операції 0,61±0,1;1-3 доба після втручання 0,74±0,4;при виписці зі стаціонару 0,14±0,04.Усім хворим проведена оперативна корекція жовчотоку.У 29 пацієнтів була застосована двоетапна тактика лікування - ендоскопічна папілосфінктеротомія з літекстракцієюна першому етапі, і лапароскопічнахолецистектомія як другий етап.ЕПСТ було успішним у 22(75,9%) пацієнтів. 7 пацієнтам після невдачі при ЕПСТ виконані відкриті втручання.Загалом 40 пацієнтів виконанітрадиційні відкриті втручання: 10(27,4%) хворим була проведена холедохолітотомія без дренивання жовчної протоки. У 22 (25,8%) хворих постала необхідність в зовнішньому дрениванні холедоуху. У 10(16,1)% випадках виконана холедоходуоденостомія чи гепатикосеюностомія. У 6(9,67%) хворихвідмічалися дефекти жовчного протоку чи ДПК, що потребували їх пластики(пацієнти з синдромом Міріззі, об'єм відрізнявся в залежності від типу синдрому).Ускладненняу післяопераційному періоді виникли у 12(19,3%) хворих. За шкалою Клавен ускладнення не перевищували 3В ступінь, за виключенням одного випадку.

Висновки:діагностичні критерії TG 13є об'єктивними та зручними для діагностики та визначення ступеня важкості гострого холангіту.Хірургічне лікування пацієнтів з гострим холангітом має проводитися у спеціалізованих відділеннях через значні анатомічні зміни зони хірургічного втручання внаслідок тривалого патологічного процесу.Розвиток холангіту супроводжується змінами картини периферичної крові, що відображається гематологічними індексами, найбільш інформативним з яких є показник інтоксикації.

**Яли А.Н.**

**РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ  
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра хирургии №1**

**Научный руководитель: к.мед.н. Шевченко А.Н.**

Актуальность проблемы Вопросы хирургического лечения больных с тяжелыми формами неспецифического язвенного колита (НЯК) в настоящее время привлекают к себе внимание хирургов разных стран. В 28,4 % страдающих хроническими формами воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) нуждаются в хирургическом лечении, то при тяжелом течении патологического процесса, особенно при острых формах и тотальном поражении, оно показано почти 60 % пациентов. В связи с этим выполнение реконструктивно-пластических операций у этих пациентов весьма актуально. Идея о замедлении кишечного пассажа после колонэктомии послужила поводом к широкому клиническому внедрению илеоректальных конструкций, принцип которых основан на формировании тонкокишечных резервуаров в виде основных J-, С-, Y-, L-, S- и W-типов межкишечных анастомозов над уровнем культи прямой кишки.

Методы и результаты исследования. Было прооперировано 35 пациентов в объеме тотальной колонпроктэктомии с формированием J-образного илеального резервуара, илеоанального анастомоза и протективной илеостомией по поводу неспецифического язвенного колита, тотальное поражение, тяжелое, либо осложненное течение. Выделения прямой кишки проводили по правилам нервосберегающей хирургии с сохранением целостности пресакральной фасции и фасции Деновилье в пределах мезоректэктомии, что обеспечивает быструю и малую травматичную мобилизацию прямой кишки. После выполнения резекционного этапа вмешательства и удаление препарата, на 1.5-2 см выше зубчатой линии формировали культю анального канала с помощью линейного степлера Contour Ethicon. Подвздошную кишку пересекали максимально близко от резецируемой толстой кишки с помощью аппарата УКЛ с перетонизацией культи подвздошной кишки отдельными узловыми швами. Затем из дистальной петли тонкой кишки с помощью линейного степлера NTLC Ethicon формировали J-образный резервуар длиной 12-14 см. Резервуароанальный анастомоз формировали с помощью изогнутого циркулярного степлера. Протективная илеостома формировалась в правой мезогастральной области. В послеоперационном периоде пациенты получали поддерживающую терапию.

Все больные были повторно оперированы в сроке от 8 до 10 недель после первого вмешательства, производилось ушивание илеостомы. Перед этим проводили резервуарографию, во время которой через задний проход вводился водный раствор BaSO<sub>4</sub> и исследовалась целостность резервуара и резервуароанального анастомоза, пальцевое исследование анастомоза, резервуароскопию с помощью детского ректоскопа.

Выводы. Формирование J-образного илеального резервуара и илеоанального анастомоза после выполнения тотальной колонпроктэктомии у пациентов с осложненным и злокачественным течением НЯК надежный, безопасный и обеспечивающий хорошее качество жизни способ реконструкции, который может быть рекомендован для широкого использования в колопроктологии.



# АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Алайя Ламія

## РОЛЬ НЕДИФФЕРЕНЦІРОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СОЄДИНИТЕЛЬНОЇ ТКАНИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРОЛАПСА ГЕНІТАЛІЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №1,

г. Харьков, Украина

Научный руководитель: д. мед. н., проф. Щербина Н.А.

На сегодняшний день проблема опущений и выпадений внутренних половых органов остается актуальной. Частота встречаемости данного заболевания в структуре гинекологической патологии колеблется по данным разных авторов от 1,7 % до 28 % больных достигая 34,7 % у женщин после 46 лет.

До настоящего времени ведутся споры о причинах развития пролапса гениталий однако все исследователи сходятся в одном, что основной фактор развития пролапса - это нарушенное состояние тазового дна [Таджиева З.К., 2001]. В 2004г в исследовании, проведенном M.W.Soderberg и соавт. было показано, что у женщин с генитальным пролапсом снижено содержание коллагена в структуре эндоцервикального матрикса.

Пролапс гениталий в настоящее время рассматривает с точки зрения недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), частота выявления которой в популяции составляет 26-80%

Дегградация коллагена осуществляется за счет матриксных металлопротеаз (ММП) активность которых контролируется специфическими ингибиторами [тканевыми ингибиторами матриксных металлопротеаз (ТИМП)], а также провоспалительными цитокинами.

Цель исследования: изучение частоты встречаемости маркеров НДСТ среди женщин в перименопаузе с пролапсом гениталий, прогностической роли повышенных уровней содержания матриксных металлопротеаз.

Нами было обследовано 35 пациенток в перименопаузе с пролапсом гениталий и недифференцированной дисплазией соединительной ткани в возрасте  $52 \pm 5,1$  года .

При обследовании из числа заболевания ,свидетельствующих о возможной дисплазии соединительной ткани пролапса митрального клапана отмечался в 20 % случаев, хроническая венозная недостаточность и варикозная болезнь вен нижних конечности в 48,6%, нейро-циркуляторная дистония в 28,6%, миопия средней степени - в 17,1%, сколиоз в 22,9 % случаев. Высокорослых (рост выше 170см ) было 40 % женщин.

При оценке результатов сывороточной концентрации ММП 2 и 9 типов было выявлено значительное повышение их уровня по сравнению с группой пациенток в перименопаузе с пролапсом гениталий без признаков НДСТ.

Таким образом, наличие маркеров НДСТ у женщин в перименопаузе с пролапсом гениталий ,являются предрасполагающим фактором развития пролапса гениталий .Диагностическая значимость определения уровней ММП позволит выделять данную группу женщин в группу риска развития опущений и выпадений внутренних половых органов.

Учитывая высокую частоту пролапса гениталий у женщин в перименопаузе, а также имеющиеся данные о связи ее с соединительнотканной дисплазией,

необходима диагностика иммунологических (определение ММП и ТИМП) и биохимических маркеров дисплазии соединительной ткани, что будет способствовать усовершенствованию дифференцированной диагностике и лечению данного контингента больных.

**Алиева П.А., Маликова С.Э, Филатова С.С., Иванова Т.А.  
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,  
г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Гучкина И.А.**

Воспалительные заболевания женских половых органов доминируют среди гинекологической патологии, частота их достигает 70%. При этом весьма сложным для диагностики и дифференциации с различными генитальными и экстрагенитальными заболеваниями являются хронические процессы, трудности лечения которых связаны с особыми патогенетическими механизмами их развития.

Актуальность данной проблемы обусловлена и рядом значимых для здоровья женщины отдаленных последствий: вторичного бесплодия, нарушения менструальной функции (НМФ), возникновения внематочной беременности, синдрома тазовых болей. С современных позиций хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ХВЗОМТ) следует рассматривать как полисистемное заболевание с вовлечением в патологический процесс комплексов, с которыми связаны многие адаптационные процессы в женском организме.

Обследованы пациентки репродуктивного возраста, лечившиеся в стационаре гинекологического отделения родильного дома №1 г. Харькова в 2014-2015 гг. с диагнозом ХВЗОМТ. Основными клиническими симптомами были: болевой синдром (65,6%), дисменорея (51,1%), диспареуния (27,9%), НМФ в виде гиперполименореи (34,4%) и олигоопсоменореи (14,4%). По результатам бактериологического исследования у больных с ХВЗОМТ выявлены различные виды кокко-бациллярной микрофлоры, хламидии, уреоплазма, с доминированием ассоциаций микроорганизмов в большинстве случаев. Преимущество в проведенной иммунокорректирующей терапии было отдано препарату класса тиопозтинов (глутоксиму).

Проведенные исследования показали, что иммунокорректирующее лечение приводит к быстрому и существенному снижению болевого синдрома, нормализации регуляторной функции симпато-адреналовой системы и НМФ, улучшению гемодинамических показателей и устранению эндотелиальной дисфункции, что значительно улучшает результаты лечения больных и предотвращает возникновение рецидивов болезни в последующем.

**Аралова В. О.**

**ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ  
С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии № 1,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Липко О.П.**

Материалы и методы. Для проведения работы были отобраны 42 женщины в возрасте 21-24 лет. К I группе отнесены 22 (50%) с физиологическим течением беременности в сроке 39-40 недель. Во II-у группу включено 22 (50%) с преэклампсией различной степени тяжести в сроке 39-40 недель.

Исследования особенностей периферического сопротивления в маточных артериях проводилось на сонографической системе фирмы Philips в режиме цветного доплеровского картирования в положении женщины лежа на спине по методике, разработанной [А.Н. Стрижаковым и др., 1990 г.]. Оценивались относительные показатели изменения значений систолической и диастолической скоростей кровотока: систолодиастолическое отношение (СДО), пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР).

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного обследования было установлено, что у беременных с преэклампсией показатель СДО увеличился на 21% в сравнении с группой женщин, у которых отмечалось физиологическое течение беременности, что составило  $2,27 \pm 0,06$  и  $1,87 \pm 0,07$  соответственно ( $p < 0,05$ ). ПИ в группе с поздним гестозом ( $0,88 \pm 0,04$ ) на 24% выше, чем в контрольной ( $0,71 \pm 0,03$ ) ( $p < 0,05$ ). ИР у пациенток с преэклампсией различной степени тяжести был на 23% выше, чем у женщин с физиологическим течением беременности,  $0,54 \pm 0,02$  и  $0,44 \pm 0,02$  ( $p < 0,05$ ).

На основании полученных данных можно сделать вывод, что у беременных признаки преэклампсии появляются на фоне изменений периферического сосудистого сопротивления, что является маркером и этиопатогенетическим фактором развития позднего гестоза

**Арсентьева А.В.**

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И.А.**

Шеечная беременность (ШБ) является редкой формой эктопической беременности, которая встречается с частотой 0,1-0,4% случаев. Возникновению ШБ способствуют медикаментозные и хирургические аборт, воспалительные заболевания малого таза, опухоли матки, экстракорпоральное оплодотворение. ШБ диагностируют в тех случаях, когда трофобласт прикрепляется в цервикальном канале ниже внутреннего зева. Оплодотворенная яйцеклетка прорастает в мышцу шейки матки с образованием единого гиперваскуляризованного комплекса, вследствие отсутствия децидуальной оболочки в цервикальном канале. Поэтому, при нарушении целостности плодного яйца возникает профузное кровотечение.

Проанализированы истории болезней женщин с эктопической беременностью, находившихся на лечении в стационаре гинекологического отделения родильного дома №1 г. Харькова за последние 5 лет.

Проведенный в работе анализ современных методов диагностики ШБ показал, что постановка диагноза основывается на результатах клинического обследования, исследования уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ) в крови, ультразвукового исследования (УЗИ), с использованием цветного доплеровского картирования (ЦДК), магнитно-резонансной томографии (МРТ). Установлено, что уровень ХГЧ в крови при ШБ не соответствует гестационному сроку. Увеличение концентрации ХГЧ

происходит медленнее, чем при нормальной беременности. С помощью УЗИ с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков, определялись расположение и размеры матки, оценивалась структура миометрия, наличие или отсутствие миоматозных узлов, эндометриоза, локализация и размеры плодного яйца. УЗИ с ЦДК кровотока позволило визуализировать расположение сосудов хориона, оценить особенности васкуляризации матки и ее шейного отдела. На томограммах при проведении МРТ (1 случай) четко определялись границы между хорионом и стромой цервикального канала. Сагиттальные и поперечные разрезы обеспечили надежную визуализацию плодного яйца и помогли точно определить его размеры.

Таким образом, в сложных случаях проведения дифференциальной диагностики, особенно, при не нарушенной ШБ, кроме традиционных клинического метода и определения в крови ХГЧ, решающими в диагностическом плане должны быть современные методы обследования: УЗИ с ЦДК, и МРТ органов малого таза.

**Бабашев А.Г, Куричева Н.Ю.**  
**ПРЕИМУЩЕСТВО НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ**  
**КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

**Харьковский Национальный медицинский университет,**  
**Кафедра акушерства и гинекологии №1,**  
**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед. н., проф. Мерцалова О.В.**

Актуальность проблемы. В данный момент, вопрос о минимизации воздействия фармакологических препаратов на плод и роженицу во время кесарева сечения остаётся решен не до конца. Нейролептические препараты во взаимодействии с анальгетическими средствами существенно уменьшают риск возникновения осложнений по сравнению с существующими методами.

Цель работы. Сравнить методы анестезии при операциях кесарева сечения.

Материалы и методы. При использовании нейролептанальгезии возможен отказ от сильнодействующих анестетиков, которые в значительной мере способны проникать через гематоплацентарный барьер, что может сопровождаться наркотической депрессией плода. Эндотрахеальный наркоз, как правило, даёт возможность удерживать гемодинамику на более стабильных показателях в отличии от других видов обезболивания. В отношении шкалы Апгар- показатели существенно возрастают, поэтому возникновение риска миопаралитического апноэ - снижаются, вследствие существенного сокращения доз мышечных релаксантов. Ведение прооперированных рожениц более активное, так как пролонгированная анальгезия снижает риск легочных осложнений в первые часы в послеоперационном периоде. При применении нейролептанальгезии тонус матки не нарушается и существенно сокращается кровопотеря в раннем послеродовом периоде. Также не малую роль играет отсутствие тошноты и рвоты, гиперсекреции в ротовой полости и воздухоносных путях в послеоперационном периоде.

Результаты. Вместе с тем, хочется отметить, что при применении нейролептанальгезии возможны незначительные осложнения в виде увеличения частоты сердечных сокращений на 15-20 ударов, хотя в практике, никакого дискомфорта они не приносят и специальной коррекции не требуют. Так же в ряде случаев может возникнуть умеренная дрожь, на практике с которой можно справиться посредством активного согревания, введения кальция хлорида 10% в дозировке 10.0, а также 40% глюкозы 20.0.

Выводы. Преимущество неройлептанальгезии в том, что она позволяет минимизировать, а в некоторых случаях и вовсе отказаться от применения сильнодействующих анестетиков, эфира, барбитуратов. И как следствие, уменьшить воздействие и токсичность препаратов, используемых при обезболивании родорозрешения для плода, в дальнейшем новорожденного и его матери.

**Басик Т.М., Тиханский Д.С., Майорова М.В.**

## **ВЛИЯНИЕ ПРОГЕСТИНОВ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии №2**

**Научный руководитель: к.мед.н. доц. Гайворонская С.И.**

Обзор литературных источников свидетельствует, что одной из причин развития миоматозных узлов является локальная гиперэстрадиолемия, не сбалансированная локальной гиперпрогестеронемией. Миома в условиях естественной ановуляции становится фактором риска ускоренного развития гиперпластических процессов миометрия и эндометрия. Известно, что все прогестины способны в той или иной степени связываться с рецепторами прогестерона и между ними существует целый ряд различий, например аффинитет к рецепторам прогестерона и величина антипролиферативного индекса. Существует несколько теорий возникновения клетки-предшественника из которой впоследствии формируется моноклональный пролиферат – лейомиома матки, но все они связаны с первичными изменениями в самом миометрии. Кроме того, рост миомы поддерживается за счет синтеза эстрогенов самим узлом благодаря наличию ферментов ароматазы и 17 $\beta$ -гидроксистероид-дегидрогеназы. Взаимосвязь между репродуктивной и гепатобилиарной системами известна давно. С одной стороны, у пациентов с лейомиомой часто выявляются заболевания печени и желчевыводящих путей, способствующие развитию нарушений метаболизма эстрогенов, с другой — избыток в крови некоторых половых стероидов неблагоприятно влияет на различные функции печени и вызывает дислипидемию.

Целью работы было изучение взаимосвязи эстрадиола и показателей липидного профиля у пациенток с лейомиомой на фоне внутриматочного применения препаратов прогестерона.

Материалы и методы. Основную группу составили женщины (n=30), использующие левоноргестрел (внутриматочную систему) с целью лечения лейомиомы на протяжении 3 лет. Контрольную группу составили пациентки (n=30) с миомой матки, которые избрали выжидательную тактику и отказались от приема медикаментов в течение всего периода наблюдения. Возрастная категория больных обеих групп была однородной (45-50 лет), количество узлов составляло от 1 до 4, размер миоматозных узлов не превышал 2,5 см. По окончании срока наблюдения пациентки были обследованы на содержание эстрадиола в фолликулярную фазу менструального цикла, также был исследован уровень свободного холестерина, липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП).

Результаты и их обсуждение. У женщин контрольной группы было выявлено достоверное удлинение продолжительности менструации с 3,8 до 6,2 дней, уменьшение уровня гематокрита с 38,5% до 34,9%. Отмечено изменение размеров миоматозных узлов в сторону их увеличения. Показатели свободного холестерина колебались в пределах 6,6-8,7ммоль/л при физиологических возрастных параметрах

3,94-6,86 ммоль/л,  $p < 0,05$ , ЛПВП составили  $2,6 \pm 0,4$  ммоль/л, при норме 0,88-2,5 ммоль/л,  $p < 0,05$ , а ЛПНП  $5,7 \pm 0,4$  ммоль/л при норме 2,05-4,82 ммоль/л,  $p < 0,05$ . Уровень эстрадиола составил  $258 \pm 8,2$  пг/мл при норме 227 пг/мл,  $p < 0,05$ . В основной группе пациенток после лечения показатели холестерина оказались следующими: свободный холестерин  $5,9 \pm 1,5$  ммоль/л, ЛПВП составили  $1,3 \pm 0,8$  ммоль/л, а ЛПНП  $3,5 \pm 1,4$  ммоль/л, что соответствовало доверительному возрастному интервалу нормы. Количество эстрадиола в сыворотке крови находилось в физиологических пределах и составило  $145 \pm 15,7$  пг/мл. Достоверного изменения размеров узлов не наблюдалось.

Выводы. Использование для консервативного лечения внутриматочной системы с содержанием прогестерона способствует сдерживанию роста узлов и предотвращению возникновения дисфункции гепато-билиарной системы.

**Благовещенский Р.Е., Резник М.А., Ракитянский И.Ю., Рубинская А.Н.**  
**ВЛИЯНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА СОСТОЯНИЕ**  
**ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,**  
**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И. А.**

Внутриутробные герпесвирусные инфекции относятся к числу наиболее часто встречаемых инфекций. В многочисленных исследованиях показано, что к 18 годам более 90% населения мира инфицируются одним или несколькими из известных в настоящее время штаммов герпесвирусов. Установлено, что наличие антител у матери, класса Ig G, существенно не сказывается на развитии внутриутробного плода. У инфицированной матери чаще рождается здоровый ребенок, наибольшую угрозу в плане перинатальных потерь представляет первичное инфицирование женщины во время беременности. Многочисленные исследования, позволяют сделать вывод о возможности трансплацентарного инфицирования и поражения плода при герпесвирусных инфекциях.

Цель исследования: проанализировать влияние герпесвирусных инфекций на состояние внутриутробного плода и течение родов.

Проанализировано течение беременности и родов у 20 женщин с герпесвирусной инфекцией, которые находились под наблюдением КУОЗ "Харьковский городской родильный дом №1", а также изучено функциональное состояние фетоплацентарного комплекса и течение родов. У данных беременных выявлены Ig M, A к герпесвирусным инфекциям. У всех пациенток был изучен соматический, акушерский и гинекологический анамнез, проведены общепринятые методы исследования. Для оценки состояния плода и выявления изменений в плаценте основное внимание уделялось биометрии плода, толщине и структуре плаценты, количеству околоплодных вод, проводилась кардиотокография. Кровоток в сосудах системы мать-плацента-плод определяли с помощью доплерометрического исследования.

По данным проведенного исследования синдром задержки внутриутробного развития плода диагностирован у 15% беременных. Признаками внутриутробной вирусной инфекции являлось маловодие, диагностированное в 58% случаев и гипоплазия плаценты - 46% случаев. По данным кардиотокографии отмечались эпизоды децелерации, снижение частоты и амплитуды осцилляций, что свидетельствовало о хронической гипоксии плода. Биофизический профиль плода по

Vintzeleos et al. был оценен в 6-7 баллов у 16% и 5 баллов и ниже у 4% беременных. Нарушение плодово-плацентарного кровотока в стадии компенсации выявлены у 37,4% беременных, в стадии субкомпенсации – 10,7%, в стадии декомпенсации – 3%. Декомпенсированное нарушение плодово-плацентарного кровотока явилось показанием к оперативному родоразрешению.

Из общего числа обследованных операция кесарево сечение была сделана 7 (35%) беременным. При родоразрешении остальных беременных у 25% отмечалось преждевременное отхождение околоплодных вод, в 10% воды оказались окрашены меконием, у 22% - диагностирована слабость родовой деятельности.

Таким образом, можно сделать вывод, что герпесвирусные инфекции неблагоприятно влияют на состояние внутриутробного плода и нарушают нормальное течение родов.

**Бородай І. С., Рускова К. В.**

**Можливості негормональної терапії у комплексному лікуванні больового синдрому у пацієнток з генітальним ендометріозом.**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра акушерства та гінекології №1,**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник- професор, д.мед.н. Потапова Л.В.**

Генітальний ендометріоз (ГЕ) – актуальна гінекологічна проблема. Поширеність його становить від 12% до 50%. Частіше зустрічається форма ГЕ – внутрішній ендометріоз (аденоміоз) (70%-90%) посідає третє місце після запальних захворювань та міоми матки. Хронічна тазова біль – характерний симптом ендометріозу, який погіршує якість життя і визначає показання до лікування. Дискутабельними залишаються етіологія та патогенез захворювання, складною – діагностика на початковому етапі розвитку, невирішеною – проблема його лікування. Актуальне органозберігаюче лікування. Найбільш перспективне визначення структури комплексної консервативної терапії больового синдрому у жінок з аденоміозом (застосування гормональних та негормональних, фітопрепаратів з антипроліферативною активністю).

Мета дослідження: порівняльне оцінювання найближчих результатів лікування больового синдрому ГЕ (аденоміозу) різними методами консервативної терапії.

Матеріали та методи: Досліджено 30 жінок. Середній вік  $32,5 \pm 0,25$ . Хворих поділили на три групи: перша (n=10) отримувала гормонотерапію (КОКи); друга (n=10) – фітопрепарати; третя (n=10) – гормонотерапію (КОКи) в комплексі з фітопрепаратами. Проводили клінічні, ехографічні, гістерографічні дослідження. До лікування та через 6 місяців у плазмі крові визначали вміст фолікулостимулюючого (ФСГ), лютеїнізуючого гормонів (ЛГ) на 2-5 добу менструального циклу.

Результати: Оцінку ступеня вираженості больового синдрому та зміни його під час лікування визначали за суб'єктивними відчуттями пацієнток із застосуванням 10-бальної шкали болю VAS (візуально-аналогова шкала). Всі пацієнтки розподілені на підгрупи у зв'язку з різним ступенем інтенсивності больового синдрому: легкого ступеня (слабкий біль, 1-3 бали) – 6 (60%) жінок в першій, 6 (60%) жінок в другій, 6 (60%) жінок в третій групах; середнього ступеня тяжкості (помірний біль, 4-6 балів) – 2 (20%), 3 (30%) та 2 (20%) відповідно в I, II і III групах, а також тяжкого ступеня (сильний біль, 8-9 балів) – 2 (20%), 1 (10%) і 2 (20%) відповідно.

Через 6 місяців лікування болі зменшились майже у 90% пацієток. В I групі у 7 (70%) жінок діагностовано больовий синдром легкого ступеня, середнього у 3 (30%) жінок і тяжкого не виявили; в II групі - легкого ступеня у 5 (50%) жінок, середнього у 4 (40%) жінок, тяжкого в однієї пацієнтки (10%); в III групі – легкого ступеня у 8 (80%) жінок, середнього у (20%) жінок, тяжкого не виявлено. Найефективнішим виявилось лікування в III групі: жінки відзначили найбільш виразне зменшення больового синдрому.

Рівень ФСГ і ЛГ в крові мав наступну тенденцію: до лікування в I групі ФСГ  $10,7 \pm 0,9$  і ЛГ  $8,9 \pm 0,2$ ; в II групі – ФСГ  $5,3 \pm 2,0$  і ЛГ  $8,6 \pm 2,0$ ; в III групі – ФСГ  $11,3 \pm 0,5$  і ЛГ  $8,7 \pm 0,2$  (МО/л) та після лікування відповідно: в I -  $7,6 \pm 0,4$  і  $6,4 \pm 0,1$ ; в II –  $3,9 \pm 1,6$  і  $7,1 \pm 1,8$ ; в III –  $6,8 \pm 0,7$  і  $6,2 \pm 0,8$ ; (МО/л) ( $p < 0,05$ ). Відбулося зниження рівня ФСГ і менш ЛГ. В I групі ФСГ зменшився в 1,41 разів і ЛГ в 1,39 разів; в II групі - ФСГ в 1,36 і ЛГ в 1,21 разів; в III групі – ФСГ в 1,66 і ЛГ в 1,4 разів. Найбільше зниження гормонів виявилось в III групі.

Висновки: Комплексне поєднання гормонотерапії і фітопрепаратів в порівнянні з монотерапією ефективніше зменшує болі у пацієток з аденоміозом, значно швидше покращує їх стан і є методом вибору терапії больового синдрому.

**Бородай И.С., Червань И.В., Попова Т.О., Пугачева Н.А.**  
**ПОСЛЕДСТВИЯ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО**  
**ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра акушерства и гинекологии №1,**  
**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доц. Аралов О.Н.**

Актуальность. Нарушение менструального цикла у девочек пубертатного возраста очень распространенная проблема, которая требует своевременного внимания и ранней реабилитации репродуктивной системы для обеспечения нормального течения физиологических процессов организма.

Цель: Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с нарушением менструального цикла в анамнезе.

Материалы и методы: Оценивали течение беременности и родов 160 женщин, в возрасте 18-32 года. I группу (основную) составили 80 женщин с нарушением менструального цикла в пубертатном возрасте (у 46 девушек- позднее наступление менархе, 21- олигоменорея, 13-аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМКПП)). II группу (сравнения) составили 80 женщин без нарушений. Средний возраст беременных составил  $25,5 \pm 0,7$  лет.

Средний возраст менархе в I и II группе -  $15,6 \pm 1,2$  и  $12,5 \pm 0,9$  лет, соответственно. У девушек I группы в сравнении с II группой в 3 раза чаще встречались соматические заболевания, а именно: 22 (27,5%) - заболевания мочевыделительной системы, 15 (18,7%) - дыхательной, 13 (16,2%) - сердечно-сосудистой системы. В структуре гинекологических заболеваний в I группе преобладали эрозия шейки матки – 25 (31,2%), синдром поликистозных яичников -16 (20%), воспалительные заболевания половых органов -10 (12,5%), в группе сравнения- 5 (6,2 %), 4 (5%), 3 (3,7%) беременных, соответственно.

В I группе было 45 первобеременных и 33 первородящих. Во II группе - 22 и 4, соответственно. У 8 (10%) беременных I группы первая беременность закончилась самопроизвольным абортom, а у 4 (5%) неразвивающейся беременностью в сроке до



12 недель. Угроза прерывания беременности была выявлена у 24 (19,2%) пациенток I группы, причем наиболее часто с АМКПП в анамнезе, а угроза преждевременных родов у 22 (27,5%). У 53 (66,25%) беременных основной группы отмечалась плацентарная недостаточность (ПН), во II группе данная патология встречалась реже, а именно у 19 (23,75%) беременных ( $p < 0,05$ ).

При исследовании гормонального статуса установлено, что уровень  $\beta$ -хорионического гонадотропина, прогестерона и неконъюгированного эстриола в крови у женщин с нарушением становления менструальной функции был значительно более низким в сравнении с беременными без нарушения функции, что свидетельствует о развитии первичной и хронической ПН.

Преждевременные роды наблюдались у 4 женщин I группы. В связи с недостаточной зрелостью шейки матки в I группе проведено 29 операций кесарева сечения, во II гр. – у 8 пациенток. Соответственно у 49% и 10% рожениц этих групп роды были осложненными. Структура осложнений: в основной группе преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался у 18 (22,5%), слабость родовой деятельности у 15 (19%), кровотечения у 6 (7,5%) беременных. В группе сравнения – 4 (5%), 2 (2,5%), 2 (2,5%) беременных, соответственно.

Таким образом, у девушек с нарушением становления менструальной функции в пубертатном периоде (основная группа), относительно женщин без нарушения становления репродуктивной системы (группа сравнения), достоверно чаще отмечались соматические и гинекологические заболевания. Беременность чаще осложнялась плацентарной недостаточностью, угрозой прерывания, и угрозой преждевременных родов, слабостью родовой деятельности, кровотечениями. Наблюдались самопроизвольные аборт и несостоявшиеся выкидыши на ранних сроках.

Ранняя диагностика и своевременная полисистемная коррекция возникающих нарушений менструального цикла у девушек-подростков позволяет предотвратить последующие проблемы, связанные как с соматическим, так и с репродуктивным здоровьем.

**Гнатенко О.В., Прокопенко А.М.**  
**ГОСТРИЙ ЖИВІТ У МОЛОДИХ ЖІНОК ТА ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ**  
**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології,**  
**м. Харків, Україна**  
**Науковий керівник - д.мед.н., професор Тучкіна І.О.**

В останні роки значно підвищилась частота ургентних станів у дівчат-підлітків і жінок молодого репродуктивного віку. Найчастіше зустрічаються патологічні стани статевої системи, клінічними проявами яких є симптоми гострого живота. Аналіз поширеності гінекологічної патології у дітей та підлітків в Харківському регіоні показав, що кількість дівчаток та молодих дівчат з порушеннями і захворюваннями жіночої статевої системи за останні 10 років збільшилася втричі (И. А. Тучкина и соавт., 2012).

Встановлено, що гострий живіт у дівчат-підлітків та молодих жінок може бути викликаний різними патологічними станами на межі між гінекологією та хірургією, що значно утруднює диференціальну діагностику і подальше своєчасне лікування. На жаль, при відсутності належної спрямованості на збереження репродуктивного потенціалу як підлітків, так і молодих жінок, необгрунтоване хірургічне втручання у

зв'язку з нез'ясованим генезом болю в животі, а також неоправданим видаленням додатків матки при виявленні об'ємних утворень малого тазу (особливо ретенційних), може призводити до серйозних порушень функціонування репродуктивної системи в майбутньому.

На клінічних базах кафедри акушерства, гінекології та дитячої гінекології (ОДКЛ №1 і пологовий будинок №1 м.Харкова) проведено аналіз історій хвороб випадків гострого живота у дівчаток-підлітків 11-17 років та жінок молодого репродуктивного віку за період 2014-2015 р.р.

Встановлено, що у дівчат-підлітків клініка гострого живота була найчастіше викликана такою патологією як: пухлинні утворення малого тазу – 35%, вроджені аномалії розвитку матки і піхви - 15%, овуляторний синдром та апоплексія яєчника – 19%, гострий апендицит - 17%, перекут придатків - 6%. У молодих жінок частіше за все зустрічались: запальні захворювання внутрішніх статевих органів - 31%, апоплексія яєчника - 31%, варикозне розширення вен малого тазу - 19%, ендометріоз - 11%, позаматкова вагітність, рефлюкс менструальної крові, спайковий процес після операції на придатках матки, - до 1-2%. Причинами гострого живота у дівчаток і дівчат-підлітків з пухлинними утвореннями яєчників найчастіше були: перекут ніжки кісти і придатків матки - 37%, крововилив у капсулу кісти - 32%, розрив капсули кісти - 18%, поєднання з гострим апендицитом - 2%.

Для вибору лікувальної тактики в розглянутих вище випадках розроблено діагностичний алгоритм, який включає оцінку клінічних проявів даної патології, ехосонографію органів малого тазу, комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію (за показаннями), дослідження гормонального профілю, хоріонічного гонадотропіну у сироватці крові, у разі оперативного лікування - патоморфологічне дослідження отриманого макропрепарату, динамічний моніторинг стану хворої сумісно гінекологом та хірургом (у віці до 18 років, обов'язково, - дитячим гінекологом та дитячим хірургом).

Застосування розробленого діагностичного алгоритму сприяє ранній діагностиці та більш адекватній раціональній терапії, що буде враховувати можливість максимального збереження органів жіночої репродуктивної системи у разі оперативних втручань.

**Голуб К.І., Паращук В.Ю., Луцький А.С.**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ПІДТРИМКИ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра акушерства та гінекології №2, арків, Україна**

**Науковий керівник д.мед.н. проф. Грищенко М.Г.,**

**к.мед.н. доц. Гайворонська С.І.**

Проведення ефективного лікування в рамках допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) неможливе без розуміння проблем лютеїнової фази (ЛФ) стимульованого циклу і основних принципів її підтримки. Огляд наявної доказової інформаційної бази та аналіз клінічного досвіду підтримки ЛФ досить актуальні, оскільки акушерам-гінекологам у своїй клінічній практиці все частіше доводиться стикатися з пацієнтками, які потребують підтримки ЛФ. Давно відомий той факт, що при використанні будь-якої репродуктивної технології, яка передбачає контрольовану стимуляцію яєчників (КСЯ), формується недостатність лютеїнової фази (НЛФ). При цьому абсолютно не важливо, який протокол КСЯ застосовується, «довгий»

лютеїновий з агоністами гонадотропінрелізінг гормону (а-ГнРГ), або з антагоністами ГнРГ (ант-ГнРГ). Найбільш розповсюджена в даний час теорія пояснює дефект ЛФ на тлі КСЯ мультіфолікулярним зростанням, яке обумовлює понадфізіологічні концентрації прогестерону і естрадіолу в лютеїновій фазі, що призводить до зниження секреції лютеотропного гормону (ЛГ). Дефект лютеїнової фази має негативні наслідки у вигляді критичного погіршення результатів ДРТ. Клініка ім. акад. В.І. Грищенко сформувалася протягом більш ніж 25 років роботи в сфері репродуктивної медицини. В результаті тривалої практики були сформульовані внутрішні протоколи підтримки ЛФ. Власний протокол передбачає застосування прогестерону для внутрішньом'язового введення у вигляді етилолеату в дозі 25-50 мг у комбінації з вагінальним прогестероном (гелем або капсулами). Численні дослідження різних форм прогестерону свідчать про відсутність залежності між рівнем прогестерону в сироватці крові та фізіологічною дією на ендометрій.

Метою нашої роботи було поставлено порівняння результатів підтримки ЛФ комбінованим застосуванням препаратів прогестерону і ізольованим піхвовим їх введенням.

Матеріали та методи. У дослідження включено 100 жінок (основна група), що застосовували для підтримки лютеїнової фази у протоколі екстракорпорального запліднення з переносом ембріонів (ЕКЗ-ПЕ), внутрішньом'язові ін'єкції прогестерону 50 мг/добу в поєднанні з вагінальним гелем 90 мг один раз на добу, починаючи з вечора дня пункції фолікулів. Результати цієї групи порівнювали з результатами пацієнок, які використовували тільки вагінальну форму у вигляді гелю 90 мг один раз на добу (група контролю, n=100). Через 14 днів після пункції фолікулів проводили тест на хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ), на 4 - 6-му тижні вагітності призначали ультразвукове дослідження. Вагітність вважали такою, що прогресує при візуалізації серцебиття плоду після двох тижнів вагітності. Протоколи стимуляції, середній вік пацієнок і кількість перенесених ембріонів між групами не розрізнялися.

Результати та їх обговорення. Основним критерієм ефективності підтримки ЛФ стимульованого циклу слід вважати частоту імплантації. Цей показник обчислюється методом визначення того, яка частка перенесених ембріонів дала результат у вигляді прогресуючої вагітності з візуалізацією серцевої діяльності плода. Частота імплантації в неселективній популяції склала 34% в основній групі і 31% у групі контролю. Ми підраховали показник частоти імплантації у молодих пацієнок (менше 35 років на момент перенесення ембріонів, n=170), які, фактично, є селективною маркерною підгрупою, по якій зазвичай оцінюється якість роботи клініки. У даній групі з 335 перенесених ембріонів імплантувалось 119 - частота імплантації склала 37,6% в основній групі (n=32) і 34,1% у групі порівняння (n=29).

Висновки. Дані результати свідчать про те, що протокол підтримки ЛФ, який включає комбінацію внутрішньом'язового та вагінального прогестеронів, ефективно діє в популяції пацієнтів клініки ДРТ, що дозволяє досягти високих і стабільних результатів.

**Гасан А. А.**

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ (ОСО) ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВТОРИЧНОГО ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ.**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Кафедра акушерства и гинекологии №1,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц., к. мед. н. Салтовский А.В.**

Целью исследования явилось определение частоты наступления окклюзии маточных труб (МТ) после проведения органосохраняющих операций (ОСО) при лечении трубной беременности (ТБ).

Под наблюдением находились 17 пациенток с прогрессирующей ТБ в сроках от 5 до 8 недель после неосложнённых ОСО методами выдавливания плодного яйца (ВПЯ) (у 12 пациенток) и лапароскопической сальпинготомии (ЛСТ) (у 5 пациенток). Все пациентки получали в послеоперационном периоде стандартную лечебно-профилактическую антибактериальную и противовоспалительную терапию. В работе учитывались степень выраженности воспалительного процесса в брюшной полости и вовлечение МТ, локализация ТБ в МТ, срок беременности на момент ОСО.

Результаты исследования оценивались по данным метросальпингографии (МСГ) через 6 месяцев после оперативного вмешательства.

Развитие окклюзии МТ после ОСО при ТБ составил 24% (у 4 пациенток), ограничение распространения контраста в брюшной полости наблюдалось в 18% случаев (у 3 пациенток). Данные осложнения наблюдались преимущественно при локализации ТБ в истмическом отделе МТ и при выраженном спаечном процессе органов малого таза.

Анализируя полученные данные, можно утверждать, что диагностика ТБ в сроке до 6 недель с большей вероятностью позволяет применить метод ВПЯ, что является менее травматичным для МТ. В комплексе с применением вспомогательных медикаментозных и физиотерапевтических лечебных методик лечение ТБ методом ВПЯ уменьшает частоту развития окклюзии МТ, а следовательно более предпочтительный для последующего сохранения репродуктивной функции.

**Дынный А.А.Сендецкий С.С.**

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОКСИПРОЛИНА, КАК МАРКЕРА КОЛЛАГЕНОПАТИИ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии №1  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: профессор, д.мед.н. Щербина И.Н.**

Актуальность. Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает проблема невынашивания беременности. Частота самопроизвольных выкидышей составляет от 15 до 20 % всех желанных беременностей. Во втором и третьем триместре беременности причиной ее прерывания в 14,5-65 % случаев является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). В группу риска по развитию ИЦН следует отнести пациенток, имеющих дисплазию соединительной ткани. Патогенетически наиболее оправдано проводить прегравидарную подготовку и коррекцию ИЦН, учитывая форму несостоятельности

шейки матки: органическую или дисфункциональную. Дисфункциональная ИЦН чаще обусловлена эндокринными нарушениями, неспецифической дисплазией соединительной ткани. Матрикс соединительной ткани состоит из агрегатов протеогликанов, и их структурных составляющих – гликопротеидов, которые не только обладают регуляторными и структурными свойствами, но и определяют морфологические особенности эластиновых и коллагеновых волокон. Одним из маркеров разрушения коллагена является оксипролин.

Цель: определение экскреции оксипролина в суточной моче у беременных с ИЦН.

Материалы и методы. Обследовано 25 беременных в возрасте 18-35 лет с ИЦН. Группу сравнения составили 15 беременных с физиологическим её течением. Определение суточной экскреции оксипролина с мочой, как основного маркера коллагенового обмена, проводили по методу H.Stegeman. Математическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ «SPSS 17.0».

Результаты. У абсолютного большинства пациенток экскреция оксипролина была нарушена. У 52,6 % больных его концентрация была повышена и у 23,7 % выходила за пределы нижней границы нормы. Только менее чем у трети экскреция оксипролина с суточной мочой соответствовала физиологической норме (16-27 мг/сут). В группе сравнения уровень оксипролина у абсолютного большинства был в пределах физиологических колебаний. Таким образом, у 2/3 беременных с ИЦН наблюдается выраженный коллагенолиз с прогрессирующей потерей основного вещества, то есть имеет место повышенный распад коллагеновых белков. У беременных с повышенным содержанием оксипролина достоверно чаще регистрировалась системная дисплазия соединительной ткани (ДСТ). У этих пациенток значительно повышается риск преждевременных родов, что требует соответствующего лечения.

Выводы. Патологию соединительной ткани следует рассматривать как фактор риска ИЦН. Определение содержания оксипролина при ДСТ является одним из диагностических критериев формирования ИЦН. Повышение экскреции оксипролина при ИЦН является маркером разрушения коллагена.

**Красивская Д.И., Горун Ю.А.**

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕВЫНАШИВАНИЕМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии №1,  
г. Харьков, Украина,**

**Научный руководитель: д. мед. н., профессор Лазуренко В.В.**

Наличие дисбиозов влагалища у беременных представляет реальную опасность, как для матери, так и для плода, способствуя осложненному течению гестационного процесса, родов и послеродового периода. Условно-патогенная микрофлора являются этиологическим началом неспецифической инфекции во влагалище у беременных, которая часто приводит к невынашиванию беременности. При этом многие виды бактерий являются трудно культивируемыми бактериологическим способом. Поэтому, проблема диагностики вагинальных инфекций с точным определением возбудителя является актуальной в настоящее время.

Целью исследования является определение чувствительности и специфичности методов выявления микроорганизмов, формирующих дисбиозы влагалища у беременных.

Материалы и методы. Нами было обследовано 33 беременных в возрасте от 18 до 38 лет с отягощенным акушерским анамнезом и жалобами на выделения из половых путей. Всем пациенткам проводили клинический осмотр, измерение pH вагинального секрета, аминотест, микроскопию мазка отделяемого из половых путей. Критерием исключения являлось наличие специфических инфекций. Диагноз бактериального вагиноза устанавливался при наличии, как минимум, трех из четырех признаков: обильных гомогенных выделений из половых путей белого или серого цвета с неприятным запахом, pH влагалищного отделяемого  $> 4.5$ , положительного аминотеста, обнаружения ключевых клеток. Для идентификации вагинальной микрофлоры параллельно проводили исследование микробиоценоза классическим бактериологическим методом и методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (PCR real-time, Фемофлор-16). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTIKA7.0.

При сравнении с бактериологическим методом исследования метод верификации микробиоценоза влагалища PCR real-time (Фемофлор-16) показали более высокую диагностическую значимость определения условно-патогенных микроорганизмов. Так, для сравнительной оценки эффективности лабораторного подтверждения бактериального вагиноза бактериологической методикой и PCR real-time (Фемофлор-16) проведен расчет чувствительности и специфичности используемых методов. При бактериологическом методе чувствительность теста составила 53%, специфичность 98%. Чувствительность метода PCR real-time (Фемофлор-16) составила 96%, специфичность – 98%. Очень важным, на наш взгляд, является время получения результата специалистом. Так, среднее время получения результата бактериологического исследования составило  $7 \pm 1.4$  суток, результата метода PCR real-time (Фемофлор-16)  $2 \pm 0.9$  суток.

Выводы. Более высокая чувствительность и специфичность метода PCR real-time (Фемофлор-16), значительно меньшее время ожидания получения результата по сравнению с бактериологическим исследованием делает его приоритетным для ранней диагностики бактериального вагиноза у беременных с невынашиванием, повышая качество оказания медицинской помощи.

**Куричева Н.Ю., Бабашев А.Г.**

## **РОЛЬ КЛЕТОЧНЫХ МИКРОВЕЗИКУЛ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра акушерства и гинекологии №1,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. мед. н., доц. Капустник Н.В.**

Актуальность проблемы. Проблема аномальных маточных кровотечений занимает ведущее место в гинекологии 21 века. По статистическим данным 65% женщин детородного возраста страдают от чрезмерных кровотечений, что приводит к снижению профессиональной активности, нарушения в половой сфере, влечет за собой репродуктивную дисфункцию и психологические расстройства. К механизмам возникновения АМК относят: гормональные нарушения регуляции системы

гипоталамус-гипофиз-яичники-эндометрий; воспалительные гинекологические заболевания; нарушение свертывающей системы крови.

В последнее десятилетие признана особая значимость адекватного гемостатического процесса. Субклиническими структурами гемостаза являются клеточные микровезикулы (М) и носители фосфатидилсерина (ФС). Микровезикулы способствуют усилению прокоагуляционного эффекта при активации гемостаза. Поэтому существует прямая связь между количеством микровезикул и активацией тромбообразования.

Цель работы. Оценка значения клеточных микровезикул в структуре гемостаза у больных АМК.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациенток с АМК в возрасте от 14 до 18 лет. Контрольная группа 10 здоровых подростков. Обследования пациенток включали в себя: гинекологическое обследование шейки матки в детских зеркалах, УЗИ органов малого таза с оценкой состояния размеров матки и яичников, оценка гормонального статуса (ФСГ, ЛГ, эстрадиола, прогестерона, пролактина, кортизола). Систему гемостаза оценивали по: количеству тромбоцитов, времени связывания по Ли-Уайту, концентрация фибриногена по Рутберг, протромбиновый тест по Квику, агрегация тромбоцитов.

Результаты. У 20 пациенток не обнаруживается отклонений от нормы. У 24 пациенток присутствуют признаки гиперплазии эндометрия и увеличения объема яичников. В день менструации определяется низкое содержание ФС на М и тромбоцитов в периферической крови, при высоких показателях в отделяемом из матки. Это свидетельствует о локальном процессе. У 6 девочек-подростков выявлен рецидив АМК. В этом случае отмечается снижение уровня ЛГ и ФСГ. В результате исследования системы гемостаза выявлено повышенный уровень растворимых комплексов фибрин-мономеров. В момент менструации в периферической крови и отделяемом из матки обнаружено повышения количества тромбоцитов и М.

Выводы. Микровезикуляция является отображением сдвигов плазменных факторов свертывания крови при аномальных маточных кровотечениях, характеризует адаптационные возможности организма. В результате определения уровня микровезикул крови в течении менструального цикла, позволяет предотвратить тромбгеморрагические осложнения

**Литвинова А.В.**

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,  
г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И. А.**

Для определения тактики ведения беременных с повышенным артериальным давлением большое значение имеет выяснение причины развития артериальной гипертонии (АГ). Помимо данных анамнеза, большое значение в решении данного вопроса имеют лабораторные, гемодинамические исследования, а также соматические и гестационные факторы развития гипертензивного состояния (ГС) у беременной.

Цель исследования: Выявить дифференциально-диагностические критерии развития гипертензивных состояний у беременных.

Материал и методы: Проведен анализ 67 историй болезни беременных с ГС, составивших 1-ю (основную) группу и 20 - соматически здоровых беременных (группа контроля). Основная группа была разделена на 3 подгруппы: в 1-а – вошли 18 беременных с гипертонической болезнью I – II стадии (ГБ), в 1-б – 23 пациентки с гестационной артериальной гипертензией и протеинурией (ГАГ), в 1-в - 26 женщин с сочетанным гестозом (СГ). Все беременные находились в сроке  $37,2 \pm 0,5$  недель.

Беременным основной группы с ГС проводили сбор анамнеза, физикальное исследование, лабораторные тесты, исследование центральной гемодинамики, ультразвуграфию, назначали консультацию терапевта, невропатолога и офтальмолога.

Беременные 1-а подгруппы, страдающие ГБ, отмечали повышение артериального давления до беременности или до 20 недель гестации. Незначительные отеки на конечностях одинаково часто встречались у всех беременных, включая и группу контроля. Генерализованные отеки наблюдались только у беременных 1-б и 1-в подгрупп, с ГАГ и сочетанным гестозом.

Результаты: С целью дифференциальной диагностики первичной и вторичной гипертензий у беременных основной группы изучали суточный мониторинг артериального давления (АД) во время сна и бодрствования. В период сна у беременных 1-б и 1-в подгрупп наблюдалось снижение систолического давления в среднем на 6-8 мм рт.ст. и диастолического давления - на 15-17 мм рт.ст. Для пациенток 1-а подгруппы было характерным утреннее повышение артериального давления в среднем на 10 мм рт. ст. и 5-6 мм рт. ст. соответственно. У 52 (77,6%) беременных основной группы наблюдался синдром задержки роста плода (СЗРП) различной степени тяжести, в связи с тем, что повышение артериального давления приводит к формированию плацентарной недостаточности (ПН).

У беременных 1-б подгруппы, с ГАГ, в анализах мочи определялась: гипоизостенурия, никтурия, протеинурия. Наблюдались изменения гемоконцентрации (повышение уровня гемоглобина и гематокрита), реже выявлялась тромбоцитопения. Патологические изменения в биохимическом анализе крови наблюдались обычно при тяжелом течении ГАГ. При появлении протеинурии, первоначально снижалась концентрация альбумина, затем – общего белка в крови. Лабораторные показатели у беременных с ГБ I – II стадии оставались без изменений. Следует отметить, что хроническое повышение артериального давления, не приводящее к поражению органов – мишеней, отрицательного воздействия на течение беременности не оказывало.

Наши исследования показали выраженные отличия в параметрах центральной гемодинамики у беременных основной группы. Гемодинамический профиль в 1-а подгруппе характеризовался гиперкинетическими показателями, проявляющиеся увеличением минутного объема (МО) и работы сердца (А), при слегка повышенном общем периферическом сосудистом сопротивлении (ОПСС). При ГАГ и СГ наблюдался только гипокинетический тип гемодинамики, со значительным снижением МО и А и высоким ОПСС.

Выводы. Таким образом, анамнез, клиническое течение, лабораторные показатели, данные центральной гемодинамики, наравне с другими исследованиями, могут служить дополнительными дифференциально-диагностическими критериями ГБ и гестоза, что позволит провести патогенетически обоснованное лечение, а также правильно выбрать сроки и метод родоразрешения.



**Му'авия Салем Насер Альмарадат**  
**МЕТОД МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НАЛИЧИЯ**  
**ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ЭТАПЕ**  
**ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра акушерства и гинекологии №1,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Щербина Н.А.**

При истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) течение и исход беременности во многом обусловлены прегравидарной подготовкой. Используемые методы диагностики ИЦН до наступления беременности (ультразвуковое, бимануальное исследования, гистеросальпингография и др.) не всегда являются объективными для установления диагноза.

Цель исследования: – Разработать алгоритм диагностики ИЦН для прогнозирования вероятности возникновения ИЦН на этапе прегравидарной подготовки.

Материал и методы: Проведено обследование 85 не беременных пациенток с риском развития ИЦН, составивших основную группу, и 20 здоровых женщин, вошедших в контрольную группу. У пациенток основной группы диагноз ИЦН устанавливался на основании анамнестических данных, трансвагинальной ультразвуковой диагностики, пальпаторной оценки состояния шейки матки (ШМ): определялись длина, расположение, консистенция ШМ, деформация цервикального канала (ЦК): наличие разрывов от предыдущих родов, степень его зияния и др.

Для построения математической модели диагностики ИЦН до беременности определяли достоверность совпадений и различий, данных состояния ШМ у пациенток основной и контрольной групп, измеренных с использованием порядковой шкалы L с различными баллами (уровнями).

Результаты: Для математической обработки представленных результатов использован метод множественной регрессии, на основе которого можно прогнозировать вероятность возникновения ИЦН у не беременных пациенток. Для результатов измерения в порядковой шкале при небольшом числе градаций, единственным информативным показателем описательной статистики является гистограмма. Для сравнения основной и контрольной групп, были построены совместные (парные) гистограммы, на которых откладывались значимые различия по специфическим факторам развития ИЦН с определением соответствующих коэффициентов. Результаты статистического анализа парных сравнений вычислялись с использованием критерия однородности  $\chi^2$ .

Данные о динамике изменения критериев и результаты статистического анализа парных сравнений показали, что наибольшие коэффициенты имели следующие факторы: морфометрически показатели ШМ, деформация и степень зияния ЦК, нарушение кровотока в маточных артериях и их нисходящих ветвях, изменение углеводных компонентов слизи цервикального канала, большое количество беременностей в анамнезе, поздние потери беременности, внутриматочные вмешательства и др. Нами определялась статистическая значимость каждого признака по факторам риска развития ИЦН. Расчеты производились на трех уровнях статистической значимости  $\alpha$  для вычисления признака с вероятностью P, являющегося фактором риска. Наличие 0 означает, что данный признак с вероятностью P не является фактором риска.

На основе построения математической модели и вычисления факторов значимости по выведенной формуле нами предложена градация трех степеней риска развития ИЦН в прегравидарном периоде: низкая (от 5 до 10 баллов), средняя (от 11 до 19 баллов) и высокая (выше 20 баллов).

Выводы: Разработанный новый метод математического прогнозирования наличия ИЦН на этапе прегравидарной подготовки позволит выявить и оценить степень риска развития данной патологии, подобрать оптимальный метод коррекции и снизить риск возникновения различных осложнений во время беременности, в том числе и невынашивания.

**Нагиева А.А.**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Харьков, Украина  
Научный руководитель: к. мед.н., доц. Весич Т.Л.**

Иммунологическое бесплодие занимает третье место по частоте возникновения, таким образом, являясь одной из основных проблем в вопросах гинекологии.

Данные нарушения связывают с образованием антиспермальных антител (АСАТ). Степень нарушения фертильности будет зависеть от количества АСАТ, что впоследствии способствует нарушению сперматогенеза. Согласно статистике у мужчин наличие АСАТ приводит к бесплодию в 10-20% случаев.

Для диагностики иммунологического бесплодия используют: посткоитальный тест (ПКТ) – оценивают совместимость между сперматозоидами и шеечной слизью; тест-контакт – оценка проникающей способности сперматозоидов в шеечную слизь; MAR- тест – процент сперматозоидов, покрытых АСАТ.

Чтобы определить прогностическую ценность методов диагностики иммунологического бесплодия, было проведено исследование, в котором приняло участие 20 супружеских пар с бесплодием – обследуемая группа, и 20 супружеских пар, которые имеют детей – контрольная группа. Результаты тест-контакта обследуемой группы показали наличие АСАТ у 5 пар(25 %), а у контрольной группы – 4 пары(20%). При проведении MAR- теста у 8 бесплодных пар(40%) выявлен положительный результат, тогда как у контрольной группы только у 1 пары(2%).

Беря во внимание данные исследования, MAR-тест следует рекомендовать как обязательный метод при обследовании бесплодных супружеских пар.

**Нестерук А.В.**

## **РОЛЬ ПРОВΟΣПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ КАК ПРЕДИКТОРОВ РЕАЛИЗАЦИИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра акушерства и гинекологии № 1,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. мед. н., доц. Плахотная И.Ю.**

До настоящего времени одной из актуальных проблем перинатологии являются репродуктивные потери, невынашивание беременности и риск возникновения инфекционных осложнений у новорожденных при наличии внутриутробной инфекции (ВУИ) матери. Хроническая персистирующая инфекция способствует

поддержанию постоянно высокого уровня врожденных факторов иммунной защиты в активном состоянии вследствие воздействия на Толл-рецепторный аппарат клеток. Активация рецепторов ведет к запуску цитокинового каскада с реализацией воспалительного ответа. Ранняя диагностика ВУИ не всегда возможна. Симптомы инфекции часто неспецифичны, лабораторная диагностика занимает немало времени. Таким образом, своевременная диагностика и лечение могут существенно снизить риск тяжелых осложнений у новорожденных с ВУИ.

Цель исследования: разработка критериев диагностики ранних неонатальных осложнений на основании изучения совокупности клинических и иммунологических факторов.

Материалы и методы: В исследование было включено 25 беременных, которые составили две группы. В первую группу (основную) вошло 15 пациенток с ВУИ у новорожденных в раннем неонатальном периоде, во вторую (контрольную) – 10 пациенток без реализации ВУИ у новорожденных.

Исследовали содержание провоспалительных цитокинов IL-1 $\beta$ , TNF $\alpha$ , IL-6, IL-8 и С-реактивного белка (СРБ).

Возраст исследуемых беременных колебался от 22 до 39 лет и составил в среднем 31,0 $\pm$ 0,5 и 28,0 $\pm$ 0,5 лет, соответственно. При анализе структуры экстрагенитальных заболеваний матерей выявлено достоверное увеличение частоты хронических заболеваний ЛОР-органов (32,3%), хронические заболевания почек (25,1%), цистит (30,2%),  $p < 0,05$ . В основной группе чаще встречалась неспецифическая вульвовагинальная инфекция (43,5%), носительство вируса простого герпеса (42,1%), кандидозы (35%), уреоплазма (36,4%),  $p < 0,05$ .

Анализ частоты ВУИ новорожденных в первой группе выявил такие тяжелые формы, как врожденная пневмония (60,3%), сепсис (14%) случаев.

При количественном исследовании уровня провоспалительных цитокинов у беременных, родивших детей с ВУИ, выявлено достоверное увеличение уровня IL-8 (16,73 пг/мл,  $p = 0,021$ ) и IL-6 (38,4 пг/мл,  $p = 0,032$ ) в сыворотке крови. В содержимом заднего свода влагалища был повышен уровень цитокинов IL-6 (89,41 мкг/г) и IL-1 $\beta$  (157,2 мкг/г),  $p < 0,05$ .

При оценке СРБ в основной группе выявлено увеличение его содержания до 19,7 мг/л ( $p = 0,07$ ) по сравнению с физиологической нормой 2,6 мг/л в контрольной группе. Увеличивалось содержание СРБ и у новорожденных основной группы, которое составило 12,1 мг/л. Во второй группе показатели СРБ соответствовали возрастной норме и не превышали 5 мг/л.

Выводы: В нашем исследовании на системном уровне было отмечено увеличение провоспалительных цитокинов IL-6, IL-8, а на локальном – IL-1 $\beta$ , IL-6, у беременных женщин с реализацией ВУИ у новорожденных. Диагностика, основанная на данных критериях, позволяет снизить риск инфекционных осложнений у новорожденных путем проведения своевременных лечебных мероприятий.

**Новикова А.А.**

## **КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,**

Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода (АМКПП) являются одним из самых тяжелых гинекологических патологических состояний у

подростков и составляют в этой возрастной группе 20-30% от всех гинекологических заболеваний по обращаемости.

Вопросы диагностики, лечения и реабилитации пациенток с АМКПП актуальны, так как рецидивы заболеваний ухудшают прогноз относительно репродуктивной функции у таких больных в будущем, что является важной социальной и экономической проблемой.

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-этиологических особенностей возникновения и течения впервые возникших аномальных маточных кровотечений у девушек пубертатного возраста.

На клинических базах кафедры акушерства, гинекологии и детской гинекологии (ОДКБ №1 и родильный дом №1 г. Харькова) проведен анализ историй болезней случаев АМКПП у девочек-подростков 11-17 лет за период 2014-2015 гг..

При изучении анамнеза было отмечено, что у 70% больных АМКПП возникали в возрасте 14-16 лет, у большинства пациенток (77,5%) кровотечение возникло впервые, с рецидивирующими кровотечениями обращались за гинекологической помощью повторно 22,5% подростков. Из них 80% девочек не проходили курс реабилитации после впервые возникшего кровотечения и не обращались за гинекологической помощью для восстановления менструальной функции.

Установлено, что у 55% больных отмечалась отягощенная наследственность по расстройствам функции репродуктивной системы, - нарушения менструальной функции (НМФ) по материнской линии, у 45% пациенток – осложненное течение перинатального периода (гипоксия в родах, родовые травмы, внутриутробная пневмония и др.). Выявлено, что у большинства больных АМКПП возникали на неблагоприятном преморбидном фоне: у 67,5% из них в препубертатном периоде отмечались частые ОРВИ и ангина. У 60% пациенток диагностирована хроническая экстрагенитальная патология (хронический гастрит, пиелонефрит, заболевания нервной и эндокринной систем).

Таким образом, проведенное исследование показало, что АМКПП возникают у девочек-подростков чаще всего через 2-3 года после менархе. Отмечена этиологическая мультифакторность этого заболевания: влияние неблагоприятных перинатального периода и преморбидного фона, наличие экстрагенитальной патологии, а также наследственная предрасположенность к НМФ. В случае отсутствия реабилитации после впервые возникшего кровотечения высок риск рецидивирования, что свидетельствует о необходимости тщательной диспансеризации данной категории больных с целью восстановления менструальной функции в процессе плановой диспансеризации.

**Окоро Бонавентуре Уче**  
**СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С**  
**НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра акушерства и гинекологии №1,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед. н., проф. Кузьмина И.Ю.**

Невынашивание беременности (НБ) является актуальной медицинской и социальной проблемой, решение которой является резервом снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Несмотря на полиэтиологичность этой патологии,

наиболее частой причиной НБ являются иммунологические нарушения в системе мать-плацента-плод.

Цель исследования: Определение состояния иммунологического статуса у женщин с невынашиванием беременности.

Материал и методы: Обследованы 20 беременных с привычным невынашиванием в анамнезе (1-я группа) и 20 - с физиологическим течением беременности (2-я, контрольная группа). В обеих группах определяли показатели клеточного (CD3+, CD4+, CD8+, CD4+/CD8+, CD16+), гуморального иммунитета: (Ig M, Ig G, Ig E, Ig A) и цитокиновой активности лимфоцитов: IL-1b, IL-2, IL-4.

Результаты: В 1-й группе беременных с привычным невынашиванием в анамнезе, в I триместре на фоне угнетения Т- и В-лимфоцитов, преобладали провоспалительные интерлейкины (IL-1b, IL-2), а концентрация регуляторных цитокинов IL-4 достоверно снижалась, по сравнению с контрольной группой женщин. У пациенток контрольной группы, с физиологическим течением беременности, в сыворотке крови преобладали регуляторные цитокины (IL-4). Во II триместре беременности концентрация в крови провоспалительных цитокинов у женщин 1-й группы превышал среднее значение и достоверно отличался от контрольной группы здоровых беременных (2-я группа) ( $p < 0,05$ ).

Особенно чувствительным был уровень IL-1b, среднее значение которого у женщин 1-й группы более чем в 100 раз превышало показатели контрольной группы. Провоспалительные цитокины при физиологически протекающей беременности имели низкие концентрации или практически не определялись.

Снижение активности гуморального и клеточного иммунитета матери до беременности и усиление иммунной агрессии во время беременности, приводит к досрочному ее прерыванию.

По нашим данным, уровни провоспалительных цитокинов во II-III триместрах у беременных с привычным невынашиванием могут быть маркерами преждевременных родов. Выявленные изменения иммунных процессов на системном уровне в целом можно охарактеризовать как признаки умеренно выраженного вторичного иммунодефицита.

По-видимому, провоспалительные цитокины активируют цитотоксические свойства НК-клеток, оказывая повреждающее действие на трофобласт и снижая синтез хорионического гонадотропина. Процессы, которые индуцируют провоспалительные цитокины, могут участвовать в патогенезе привычного невынашивания.

Выводы: У беременных с привычным невынашиванием отмечается угнетение гуморального и клеточного иммунитета, достоверно повышается концентрация в крови провоспалительных интерлейкинов (IL-1b, IL-2), которые стимулируют процессы клеточного иммунитета. В результате чего, у пациенток с невынашиванием в анамнезе, происходит усиление иммунной агрессии во время беременности, что, по-видимому, приводит к досрочному ее прерыванию. В связи с отсутствием данных о роли клеточного и гуморального иммунитета в гестационном процессе, необходима разработка новых чувствительных тестов, влияющих на исход беременности и родов. Изменения параметров субпопуляционного состава лимфоцитов могут быть маркерами функциональной характеристики иммунной системы у пациенток с невынашиванием.

**Осовский И.К., Гнатенко О.В., Дафеамекпор В.К., Корпань Т.В.  
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ГИНЕКОЛОГИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., профессор Тучкина И.А.**

**Актуальность:** В настоящее время хирургические лапароскопические методы лечения, будучи менее травматичными, удобными для выполнения и сопровождающиеся меньшим процентом осложнений, а в ряде случаев даже более эффективны для конкретного пациента, выходят на передний план среди всех лечебно-диагностических вмешательств.

**Цель:** Провести ретроспективный анализ гинекологической патологии по данным историй болезни для обоснования выбора лапароскопии, как малоинвазивного оперативного вмешательства в гинекологии.

**Материалы и методы:** Было проанализировано 110 историй болезней женщин в возрасте 22-38 лет, находившихся в гинекологическом отделении Харьковского городского родильного дома №1 за период 2013 – 2014 г. Все пациентки были обследованы в соответствии с приказом МОЗ Украины № 676 (от 31.12.2004г.)

**Результаты:** Анализ гинекологического анамнеза показал, что у 53% обследованных женщин выявлен: хронический сальпингоофорит, вульвовагинит, эрозия шейки матки, кисты яичников, бесплодие. Инфекции передающиеся половым путем отмечены у 34 % пациенток. Диагностированы – хламидиоз, трихомониаз, бактериальный вагиноз. У 36% обследованных выявлена экстрагенитальная патология преимущественно хроническая: хронический пиелонефрит, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронический гастрит. Анализ менструальной функции больных показал, что у 81% из них отмечались аменорея, дисменорея, гиперполименорея. Больные госпитализировались в клинику, как в плановом, так и в ургентном порядке. Оперативное вмешательство проводилось лапароскопическим методом по поводу кист яичников – 78%, из них: дермоидных – 32%, эндометриоидных – 46%. Диагноз внематочная беременность установлен у 66% женщин (нарушенная – 37%, ненарушенная – 29%). Лапароскопические операции на придатках проведены у 42% пациенток: тубэктомия – 12%, сальпинготомия – 13%, сальпингоовариолизис- 16%, хромосальпингоскопия – 23%. Прооперировано планово 61% женщин, 39% - ургентно. Длительность операций составила в среднем 41 минуту, а наркоза – 46 минут. Средний койкодень сократился до 5,3 койкодня.

**Выводы:** Лапароскопический метод в гинекологии является малоинвазивным, менее травматичным в сравнении с лапаротомией. Послеоперационный период протекает с меньшим числом осложнений у больных. Метод является экономически выгодным, так как сокращает сроки пребывания женщины в стационаре и благоприятно сказывается на сохранении репродуктивной функции женщины.

**Прященко М.О., Паращук В.Ю., Луцкий А.С.  
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ.**

**Харківський національний медичний університет  
Кафедра акушерства та гінекології №2**

**Науковий керівник к. мед. н . Гайворонська С.І.**

Дисбактеріоз піхви представляє собою порушення будови біоплівки слизової, а загальний імунітет патологічної біоплівки часто практично зводить нанівець

можливість корекції бактеріального вагінозу (БВ) за допомогою пробіотиків. Біоплівка підвищує ступінь адгезії бактерій до поверхні епітелію, що дозволяє їм досягати більш високих концентрацій і перешкоджати проникненню лікарських препаратів до бактерій, що знаходяться в плівці в неактивному стані [1, 2]. Крім того, створюються умови для масивного розмноження анаеробів в піхві.

Терапевтичний вплив на біоплівки повинний бути спрямований на механізми первинної адгезії бактерій до поверхні, блокування синтезу або руйнування полімерного матриксу, на порушення міжклітинного обміну інформацією і також поєднуватися з власне бактерицидними агентами.

Метою роботи було порівняння результатів лікування БВ при використанні стандартної терапії антианаеробними препаратами і схеми з включенням живої форми пробіотика та препаратом аскорбінової кислоти.

Матеріали та методи. Було обстежено 30 жінок з бактеріальним вагінозом. Для постановки діагнозу «бактеріальний вагіноз» керувалися наявністю критеріїв Amsel. Методом полімеразної ланцюгової реакції зі зворотньою транскриптазою були виявлені біоплівочні асоціації.

В основній групі (15 жінок) проведено курс лікування БВ: метронідазолом і кліндаміцином протягом 6 днів з паралельним застосуванням вагінально аскорбінової кислоти протягом 10 днів. Після антибіотикотерапії був призначений мультипробіотик у вигляді піхвових зрошень. У групі порівняння (15 жінок) лікування БВ проведено у відповідності з галузевим клінічним протоколом.

Результати дослідження та їх обговорення. У пацієток з БВ біоплівки були виявлені в 93 % (n = 14) випадків в основній групі і у 86% (n = 13) пацієток контрольної групи. Найбільш поширеними мікроорганізмами, що входять до складу біоплівок при БВ, були *G. Vaginalis* (від 60 до 90 % маси біоплівки). Співвідношення анаеробів до аеробів в основній групі становило 156:1, в контрольній 150:1. Вміст лізоциму в секретах репродуктивного тракту жінок з БВ до початку лікування становив  $38,34 \pm 7,87$  мкг/л (цервікальний секрет) при нормі  $30,54 \pm 6,32$  мкг/л,  $p < 0,05$  і  $38,98 \pm 7,2$  мкг/л (вагінальний слиз) при фізіологічних показниках  $28,85 \pm 6,94$  мкг/л,  $p < 0,05$ . Після курсу лікування пацієток з БВ, що брали участь у дослідженні, клінічне одужання за критеріями Amsel настало у 14 (93 %) основної групи і у 10 (66 %) жінок групи порівняння. Наявність біоплівок у хворих основної групи зменшилася до 20 % випадків (n = 3) і співвідношення анаеробів до аеробів змінилася до 5:1. У контрольній групі наявність біоплівкових асоціацій було виявлено у 53 % випадків (n = 8), відповідність анаеробів до аеробів склала 40:1. Вміст лізоциму в цервікальному і вагінальному секреті основної групи відповідав рівням фізіологічної норми. У хворих контрольної групи вміст лізоциму в секреті піхвового біотопу залишався підвищеним:  $36,87 \pm 4,7$  мкг/л в цервікальному слизу при нормі  $30,54 \pm 6,32$  мкг/л,  $p < 0,05$  і  $34,12 \pm 5,6$  мкг/л при нормі  $28,85 \pm 6,94$  мкг/л,  $p < 0,05$  в піхвовому секреті.

Висновки. Елімінації біоплівкових асоціацій сприяє включення в схему лікування бактеріальних вагінозів препаратів, які сприяють зниженню рН і відновленню фізіологічної мікрофлори.

**Свидченко Ю.А.**

**ПРИМЕНЕНИЕ СХЕМ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ С ЦЕЛЬЮ  
ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., профессор Тучкина И.А.**

Актуальность. Проблема эндометриоза до настоящего времени остается одной из наиболее сложных в своевременной гинекологии. Частота этой патологии стабильно высокая и составляет 5-10% всех женщин репродуктивного возраста, и у 20-30% женщин с первичным и вторичным бесплодием и не имеет тенденции к снижению.

Цель. Оценить эффективность, применение схем длительного дозирования препаратами комбинированных оральных контрацептивов при лечении генитального эндометриоза.

Материалы и методы. Проведен анализ 52 историй болезни женщин с генитальным эндометриозом. Из них 27 пациенток с диагностированным эндометриозом тела матки и эндометриозом влагалища, у которых препарат «Жанин» применяли, как самостоятельный метод лечения (63 дня приема активных таблеток с последующим семидневным перерывом), и 25 женщин с эндометриозом яичников, эндометриозом тела матки, у которых препарат «Жанин» применяли после хирургического лечения (коагуляция очагов эндометриоза во время лапароскопии). Средний возраст пациенток составлял  $33,2 \pm 0,7$  года. Женщины были обследованы общеклиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования, согласно приказу МЗ Украины (от 08.10.2007 г) №626.

Результаты. Проведенное исследование выявило, что применение препарата «Жанин» привело к значительному снижению выраженности дисменореи - 40 женщин (76,9%), диспареунии - 45 женщин (88,8%). А также выявило повышение качества жизни и степени сексуальной удовлетворенности у пациенток. По данным УЗИ у 38 женщин (73%) была выявлена четкая тенденция к уменьшению выраженности генитального эндометриоза и уменьшению размеров эндометриоидных гетеротопий на фоне проводимого лечения. У 10 пациенток (19%) были выявлены побочные эффекты препарата - мажущие кровянистые выделения, проявляющиеся в первые три месяца приема.

Вывод. Проведенное исследование выявило положительную динамику от проведенной терапии препаратом «Жанин», как в качестве самостоятельного монометода, так и в качестве противорецидивной послеоперационной терапии.

**Скорбач О.І., Кучер А.В.**

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКАМЕТОЗНОГО ПЕРЕРИВАННЯ  
ВАГІТНОСТІ НА ПІЗНІХ ТЕРМІНАХ ЗАЛЕЖНО ВІД ПАРИТЕТУ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра акушерства та гінекології №1,  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. Щербина М.О.**

Уроджені вади розвитку посідають провідне місце в структурі причин перинатальної, неонатальної та дитячої захворюваності, смертності та інвалідності. Згідно з даними ВООЗ вроджені вади розвитку плода відзначають у 2-5%. В останні



роки у зв'язку зі зростанням частоти вроджених вад розвитку плода, несумісних з життям, особливо гостро постає проблема безпеки переривання вагітності в пізніх термінах.

Тому метою даного дослідження був порівняльний аналіз перебігу медикаментозного переривання вагітності на пізніх термінах залежно від паритету.

До дослідження було залучено 62 вагітні жінки, яким було виконано переривання вагітності за медичними показниками в терміні 12-22 тижнів. Усім жінкам вагітність була перервана медикаментозним методом з призначенням препаратів простагландинів та антипрогестинів. Усі пацієнтки, залежно від результату попередніх вагітностей, були розподілені на такі клінічні групи: до I основної групи увійшли 32 жінки, в анамнезі яких були пологи; до II групи порівняння – 30 першовагітних жінок.

Усім жінкам був проведений порівняльний аналіз перебігу переривання вагітності на пізніх термінах.

Результати нашого дослідження показали, що медикаментозне переривання вагітності перебігало за типом спонтанного абортів й супроводжувалося менш вираженим больовим синдромом у жінок основної групи, ніж у жінок групи порівняння. Середня тривалість часу від прийому препаратів простагландинів до вигнання плодового яйця в жінок I групи склала  $28,1 \pm 4,39$  години, що достовірно відрізнялося від II групи, де середня тривалість часу становила  $34,2 \pm 5,12$  години ( $p < 0,05$ ). Середня крововтрата в основній групі сягала  $118,0 \pm 5,8$  мл, що достовірно не відрізнялася від групи порівняння ( $125 \pm 8,5$  мл) і становила фізіологічно допустиму норму до 250 мл. У нашому дослідженні основна увага була приділена ускладненням, які спостерігалися після медикаментозного методу переривання вагітності у II триместрі: субінволюція матки (I гр. – 3,1% і II гр. – 3,3%), гематометра (I гр. – 3,1% і II гр. – 3,3%). Однак, розриви шийки матки спостерігалися лише в 6,6% жінок групи порівняння.

Таким чином, можна зробити висновок, що в жінок в анамнезі яких були пологи, медикаментозне переривання вагітності на пізніх термінах супроводжувалося менш виразним больовим синдромом та тривало менше часу порівняно з першовагітними жінками.

**Соляник В.Ю., Чумак А.М.**

**ПОЛИП ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И. А.**

Актуальность. Полипы цервикального канала занимают одно из первых мест среди доброкачественных патологических процессов шейки матки, так как наблюдаются у 22,8% гинекологических больных и часто встречаются у беременных. Беременность способствует активным пролиферативным процессам в шейке матки, приводящим к резервноклеточной пролиферации, микрожелезистой гиперплазии, плоскоклеточной метаплазии. Одновременно в полипах цервикального канала может развиваться децидуальная реакция стромы. Во время беременности могут образовываться децидуальные псевдополипы, при этом наблюдается локальное появление децидуального изменения стромы шейки матки, имеющей вид выступающей бляшки или псевдополипа. Считается, что полипы с децидуальным

метаморфозом должны дифференцироваться с пролабированием децидуальной ткани в цервикальный канал при угрозе прерывания беременности и истмико-цервикальной недостаточности. Травмированный полип представляет собой серьезную опасность, поскольку может быть инфицирован, а это способно вызвать серьезные воспалительные процессы в организме женщины.

Клинический случай. Беременная А. 27 лет, поступила в гинекологическое отделение 3.12.15 по направлению врача женской консультации с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Женщина осмотрена, обследована, установлен диагноз: Беременность 17 недель. Децидуальный полип. Анамнез заболевания. При первой явке к врачу женской консультации для постановки на учет по беременности был поставлен диагноз: Беременность 17 нед. Децидуальный полип. Женщина направлена в стационар для лечения. Гинекологический статус. Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище узкое, слизистая влагалища чистая. Шейка матки конической формы, деформации нет, эпителий шейки матки цел. В цервикальном канале визуализируется полип размерами 1,8×0,5 см. Тело матки увеличено до 17 недель беременности. Придатки не определяются. Своды влагалища свободные, безболезненные. Выделения мажущие кровянистые. Обследование. Клинический анализ крови: гемоглобин 125 г/л, эр. 4,1×10<sup>12</sup>, лейкоц. 5,0×10<sup>9</sup>, тромбоц. 220×10<sup>9</sup>, СОЭ 24 мм/ч, п-2%, с-69%, э-2%, л-22%, м-5%; клинический анализ мочи: кол-во 50,0 мл, цвет светло-желтый, уд.вес 1.010, р-ция щелочная, лейкоц. 10-12 в п/зр, эпителий переходной 0-2 в п/зр, слизь-много. Кольпоскопия: в цервикальном канале децидуальный полип размером 1,8×0,5 см. УЗИ: В полости цервикального канала визуализируется гиперэхогенное образование размерами 1,8×0,5 см.

Лечение. Децидуальный полип при беременности подлежит немедленному удалению, если наблюдаются такие симптомы:

- ✓ образование постоянно кровоточит;
- ✓ возникают изъязвления на поверхности полипа;
- ✓ наличие полипа провоцирует спазмы и повышает тонус матки;
- ✓ появляются деструктивные изменения в инфицированном полипе.

Удаляют полип методом откручивания с применением лазера, эндоскопа, с последующей термо- и криокоагуляцией образования. Данный способ оперативного вмешательства является малоинвазивным и не требует выскабливания цервикального канала, поэтому может использоваться при беременности. В данном клиническом случае произведена полипэктомия методом откручивания с последующим гистологическим исследованием удаленной ткани.

**Сорокина В.А., Григорьева В.В., Дусматова А.К.**

## **ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., профессор Тучкина И.А.**

Актуальность темы: Воспалительные заболевания (ВЗ) у беременных являются одной из основных причин возникновения ряда осложнений в течении беременности, которые дают неблагоприятный исход родов и осложняют послеродовый период.

Часто причиной является снижение иммунной реактивности организма беременных, что повышает риск проникновения возбудителей через плаценту к плоду.

Целью исследования явился анализ частоты и характера возникновения воспалительных заболеваний у беременных.

Материалы и методы. Было обследовано 60 беременных женщин в возрасте 20-35 лет, в сроке гестации 25-38 недель. Всем беременным было проведено клиническое обследование согласно приказу МЗ Украины № 582 (от 15.12.2003г.).

Результаты исследования и их обсуждение. Проведен ретроспективный анализ историй беременности и родов, которые находились в отделении патологии беременности в условиях Харьковского городского родильного дома №1 на протяжении 2014-15 г.

Анализируя гинекологический анамнез до беременности, установлено, что 67% женщин имели до настоящей беременности воспалительные заболевания гениталий (вагинит, кольпит, эндоцервицит, сальпингоофорит и т.д.). Инфекции, передающиеся половым путем, выявлены у 15,5% женщин.

Экстрагенитальные заболевания в стадии ремиссии наблюдались у беременных в 12,2%. Наиболее часто встречались хронический пиелонефрит (25,0%), хронический гастрит (15,0%), вегето-сосудистая дистония (10,0%).

Изучение особенности репродуктивной функции показало, что у 30,5% женщин настоящая беременность была первой, более двух абортотв имели 20,5% беременных, у 8,4% и 5,4% соответственно отмечались патологические и преждевременные роды в анамнезе, внематочная беременность у 15,6% пациенток, бесплодие I у 10,6%, II у 9,0% женщин.

Клинически беременные предъявляли жалобы на зуд и жжение во влагалище, частые мочеиспускания, выделения из влагалища – бели.

При бактериологическом исследовании содержимого влагалища у 28 беременных (46,6%) обнаружены мицелий и споры гриба, что указывало на вагинальный кандидоз. У 32 беременных (53,4%) выявлен бактериальный вагиноз: повышение лейкоцитов от 15 до 45 в п/зр, обнаружены ключевые клетки и много слизи, на фоне снижения количества лактобактерий, определялись гарднереллы.

При ультразвуковой диагностике отмечалось маловодие у 20 беременных (33,3%) и многоводие у 18 (30%), повышенная эхогенность эндотелия внутренних органов у 5 (8,3%), дисфункция плаценты у 17 (28,4%) пациенток.

Анализ родов: родорозрешение через естественные родовые пути у 34 беременных (56,6%), кесарево сечение в 17 случаях, из них: плановое у 12 (20,0%), ургентное у 5 (3,4%), преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 9 беременных (15,0%).

Выводы: Анализ бактериологического исследования содержимого влагалища в гинекологической практике имеет высокую диагностическую ценность в прогнозе течения беременности и родов. Это позволит своевременно, неинвазивно предупредить развитие патологических изменений в системе мать-плацента-плод.

**Столбова Н.А.**  
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОНУТРИЕНТОВ ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ**  
**ЭНДОМЕТРИЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,  
г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Тучкина И. А.**

Актуальность. Высокая частота встречаемости гиперплазии эндометрия (ГЭ), отсутствие должной эффективности от гормональной терапии, а также вероятность их озлокачествления ставит ГЭ в ряд наиболее актуальных проблем современной медицины. Применение фитонутриентов с целью нормализации гормонального фона, способствуют нормализации и поддержанию на оптимальном уровне соотношения метаболитов эстрогенов, регулируют апоптоз опухолевых клеток, что делает их перспективными для более широкого использования в гинекологической практике.

Цель исследования – совершенствование диагностики и лечения женщин с гиперпластическими процессами репродуктивного возраста для дальнейшего выбора и применения комплексной консервативной терапии.

Материалы и методы – Под наблюдением находились 30 женщин в возрасте от 25 до 40 лет с гиперплазией эндометрия. Основную (1-ю) группу составили пациентки, которые после выскабливания полости матки получали гормональные препараты и фитонутриенты (препарат индол-3-карбинол по 2 капсулы (1 капсула 0,4 г) 2 раза в день). 2-ю группу (сравнения) составили женщины, которые после выскабливания полости матки получали только гормональные препараты (прогестины, комбинированные оральные контрацептивы антигонадотропные препараты, агонисты гонадолиберина). 3-ю группу (сравнения) составили женщины, которые после выскабливания полости матки не получали никакого лечения.

Обследование пациенток проводилось согласно клиническим протоколам по оказанию акушерско-гинекологической помощи (приказ МОЗ Украины № 676 от 31.12.2004г.). Диагностическое выскабливание слизистой полости матки под контролем гистероскопии с последующим морфологическим исследованием полученного материала.

Контроль за эффективностью проводимого лечения осуществили через 6 и 12 месяцев. Основным методом скрининга состояния эндометрия является трансвагинальное ультразвуковое исследование, с помощью которого изучались структура и толщина эндометрия. Ультразвуковое сканирование органов малого таза выполнялось с помощью аппарата фирмы Philips HD 11 XE (США) и использованием трансвагинального датчика частотой 4,8 МГц до начала лечения и после через 3-6 мес. Определяли содержание гормонов в плазме крови ИФА методом: эстрадиол нг/мл. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программных продуктов Microsoft Excel, Statistika 6,0.

Результаты. Критериями эффективности терапии было отсутствие ГЭ. В результате проведенной терапии, у женщин основной группы, получавших фитонутриенты (препарат индол-3-карбинол), развития гиперплазии не было отмечено ни в одном случае, у 2-й группы женщин, получавших гормональную терапию, наблюдались рецидивы в 30% случаев, а у 3-й группы женщин, которые не получали никакой терапии наблюдались рецидивы в 60% случаев.

Выводы. Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что включение фитонутриентов в комплексную терапию ГЭ способствует повышению

эффективности лечения и снижению рецидивов ГЭ у женщин репродуктивного возраста. Таким образом, высокая клиническая эффективность применения фитонутриента – индол-3-карбинол с целью коррекции гиперпластических процессов и снижения их рецидива делает его перспективным для более широкого использования в гинекологической практике.

**Талалаенко А. К.**

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ.**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра акушерства и гинекологии №1,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. мед. н. Юркова О. В.**

Заболевания почек занимают второе место среди экстрагенитальной патологии у беременных после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Многочисленными исследованиями показано, что пиелонефрит приводит к серьезным осложнениям как со стороны матери (поздние гестозы, преждевременное прерывание беременности, септические осложнения), так и со стороны плода (внутриутробное инфицирование, гипотрофия, недоношенность). Тем не менее, малоизученным остался вопрос о влиянии длительности инфекционного процесса в почках на развитие осложнений беременности, родов и послеродового периода, что и определило цель нашего исследования.

Для этого был проведен ретроспективный анализ 60 клинических случаев, случайным образом отобранных из архива историй родов. Нами было проанализировано 30 случаев родов у пациенток, которые перенесли при беременности острый гестационный пиелонефрит (ОП) и 30 случаев родов у пациенток с обострением хронического пиелонефрита при беременности (ХП). Изучались данные анамнеза, течения настоящей беременности, осложнения родов и послеродового периода. Производился подсчет частоты возникновения признака, ошибки относительной величины, достоверность отличий оценивалась по критерию Стьюдента при уровне значимости ( $p < 0,05$ ).

Средний возраст женщин с ОП составил  $25,4 \pm 0,5$  лет, с ХП –  $24,9 \pm 1,1$  лет ( $p > 0,05$ ). При анализе преморбидного фона было выявлено, что 20 ( $66,6 \pm 8,6\%$ ) женщин с ОП и 18 ( $60 \pm 8,9\%$ ) с ХП отмечали в анамнезе частые ОРВИ. Эрозия шейки матки была выявлена у 14 ( $46,6 \pm 9,1\%$ ) пациенток болеющих ОП и у 15 ( $50 \pm 9,2\%$ ) с ХП (везде  $p > 0,05$ ). Однако хронический тонзиллит и ангины встречались у 3 ( $10 \pm 5,4\%$ ) женщин с ОП и у 24 ( $80 \pm 7,3\%$ ) с ХП ( $p < 0,05$ ). Циститы в анамнезе были у 8 ( $26,6 \pm 8,06\%$ ) женщин с ХП и не отмечались у беременных с ОП ( $p < 0,05$ ).

Изучая частоту и структуру осложнений беременности, было выявлено, что преэклампсия осложнила течение данной беременности в 6 ( $20 \pm 7,3\%$ ) случаях с ОП и в 7 ( $23,3 \pm 7,7\%$ ) с ХП. Многоводие в группе с ОП встречалась у 7 ( $23,3 \pm 7,7\%$ ) беременных, а в группе с ХП у 5 ( $16,7 \pm 6,8\%$ ). Анемия легкой степени тяжести встречалась у 2 ( $6,6 \pm 4,5\%$ ) беременных с ОП и у 11 ( $36,6 \pm 8,7\%$ ) с ХП (везде  $p > 0,05$ ). Анемия средней степени тяжести была у 4 ( $13,3 \pm 6,1\%$ ) женщин болевших ХП, и не встречалась у женщин с ОП ( $p < 0,05$ ).

Среди осложнений родов чаще всего встречалось преждевременное излитие околоплодных вод – в 4 случаях ( $13,3 \pm 6,1\%$ ) в группе ОП и в 6 ( $20 \pm 7,3\%$ ) в группе ХП ( $p > 0,05$ ). Слабость родовой деятельности встречалась у 3 ( $10 \pm 5,4\%$ ) рожениц с

ОП и 2 (6,6 ± 4,5%) с ХП, дефект последа наблюдался у 1 (3,3 ± 3,2%) роженицы с ОП и у 1 (3,3 ± 3,2%) роженицы с ХП (везде  $p > 0,05$ ).

Субинволюция матки, как осложнение послеродового периода, была выявлена у 1 (3,3 ± 3,2%) родильницы с ОП и у 2 (6,6 ± 4,5%) родильниц с ХП ( $p > 0,05$ ). Низкая масса тела при рождении (менее 2500 г) наблюдалась у 3 (10 ± 5,4%) новорожденных от матерей с ОП и 2 (6,6 ± 4,5%) новорожденных от матерей с ХП ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, анамнез у беременных с обострением ХП достоверно чащеотягощен ангинами и циститами, чем при ОП, что может свидетельствовать о более существенных сдвигах в иммунитете этих пациенток еще до наступления беременности. Статистически значимой разницы между частотой осложнений беременности, родов и послеродового периода у беременных с ОП и ХП выявлено не было. Однако, у женщин, которые страдали ХП до беременности достоверно чаще встречались анемии легкой и средней степени тяжести, что может говорить о более существенном угнетении эритропоэза у этой категории пациенток.

**Таравнех Д.Ш.**

## **ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЯМИ К ПРОГРАММАМ ВРТ.**

**Харьковской национальной медицинской университет,  
кафедра акушерства и гинекологии №1,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – д.мед.н, проф. Щербина Н.А.**

В последние годы, наряду с изучением наиболее распространенных приобретенных и наследственных форм тромбофилий, ведутся научные исследования, целью которых является выяснение роли нарушений гемостаза в структуре репродуктивных потерь, обусловленных привычным невынашиванием беременности, повторными неудачами программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), осложненным течением беременности – преэклампсия, эклампсия, плацентарная дисфункция.

Целью нашего исследования обосновать тактику прегравидарной подготовки бесплодных женщин с тромбоцитопатиями и неудачными попытками программ ВРТ в анамнезе.

Материалы и методы. Нами было обследовано 40 бесплодных женщин с различными формами наследственных и приобретенных дефектов системы гемостаза и двумя и более неудачными попытками программы ВРТ в анамнезе. Всем женщинам было проведено общеклиническое обследование, определение содержания гомоцистеина, фолиевой кислоты, витамина В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub> (маркеры тромбофилии) и маркеров антифосфолипидного синдрома (АФС) иммуноферментным методом.

Пациентки были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту, соматическому, акушерско-гинекологическому и репродуктивному анамнезу. Пациенткам I-й группы (20 женщин) для коррекции обменных нарушений на этапе прегравидарной подготовки дополнительно назначали фолиевую кислоту в дозе 1 таблетка (5 мг) в сутки и комбинированный препарат витаминов группы В – В<sub>1</sub> – 100мг, В<sub>6</sub> – 200мг, В<sub>12</sub> – 0,2 мг по 1 таблетке в сутки в течение 30 дней. В фертильном цикле с целью коррекции гемостазиологических нарушений пациентки обеих групп получали дезагрегантную терапию, которая включала назначение ацетилсалициловой кислоты и/или прямых антикоагулянтов в индивидуально подобранных дозах.

Результаты исследования. Структурный анализ обнаруженных тромбоцитопатических состояний в исследуемых группах выявил следующее: легкая степень гипергомоцистеинемии (ГГЦ) диагностирована у 25 пациенток (63%), средняя - у 6 (15%) и тяжелая ГГЦ в 2 случаях (5%). Дефицит фолиевой кислоты и/или витаминов В6 и В12 был выявлен у 18(45%) женщин. Маркеры АФС были обнаружены у 12 - (30%) пациенток, причем у 8 (20%) было выявлено сочетание ГГЦ с АФС.

Повторное обследование пациенток исследуемых групп по окончании курса корригирующей терапии выявило следующее. Уровень ГЦ в крови у всех пациенток I-й группы снизился в среднем до 4,9—5,5 мкмоль/л, что соответствует показателям нормального содержания ГЦ в крови. У пациенток II-й группы содержание гомоцистеина снизилось в среднем до 6,7—8,9 мкмоль/л, что также соответствует нормальным показателям, однако у 1(5%) пациентки оставалась средняя, а у 3 (15%) – легкая степень ГГЦ.

Результативность программ экстракорпорального оплодотворения в I группе (сочетание антиагрегантной терапии, фолиевой кислоты и витаминов группы В) составила 35% (7 пациенток) и 25% (5 пациенток) во II исследуемой группе. Течение беременности у пациенток I группы осложнилось угрожающим абортom в I триместре – у 2 пациенток (29%), тогда как во II группе это осложнение выявлено у 3 пациенток (60%), и у 1 пациентки (20%) диагностирована неразвивающаяся беременность.

Выводы. Назначение фолиевой кислоты в дозе 1 таблетка (5 мг) в сутки и комбинированного препарата витаминов группы В – В1 – 100мг, В6 – 200мг, В12 – 0,2 мг по 1 таблетке в сутки в течение 30 дней, способствует нормализации параметров системы гемостаза, что позволяет рекомендовать предложенную схему бесплодным пациенткам на этапе прегравидарной подготовки к программе ВРТ для повышения ее эффективности и профилактики акушерских осложнений.

**Фадеева А.О.**

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра акушерства и гинекологии №1,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц., к. мед. н. Кузьмина О.А.**

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) является одним из опасных осложнений при проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и возникает при введении избыточного количества гормональных препаратов для стимуляции овуляции в яичниках.

Цель исследования: Выяснить основные факторы риска развития СГЯ и разработать систему профилактики данного осложнения.

Материал и методы: Проведен анализ 50 историй болезни пациенток, которым перед ЭКО проводилась медикаментозная стимуляция суперовуляции (МСС). Основную группу составили 23 женщины с синдромом ГСЯ. В контрольную группу вошли 27 здоровых женщин, у которых данный синдром после МСС не наблюдался.

Результаты: В результате проведенного анализа выявлено, что СГЯ чаще возникал у женщин молодого возраста (до 28 лет) и протекал в легкой (14 женщин), умеренной (7 женщин) и тяжелой (2 женщины) форме. Легкая степень заболевания

сопровождалась увеличением объема и периодически возникающими тянущими болями в низу живота, отеками на верхних и нижних конечностях. По данным УЗИ – лютеиновые и фолликулярные кисты составляли до 5-10 см в диаметре. При средней тяжести СГЯ к выше описанным симптомам присоединялась тошнота и даже рвота, учащался стул и мочеиспускание. Повышалась масса тела и округлялся живот. Фолликулярные и лютеиновые кисты доходили до 8-12 см в диаметре, регистрировалось умеренное количество жидкости в брюшной полости. ГСЯ тяжелой степени сопровождалась одышкой, аритмией, падением кровяного давления. Живот сильно увеличивался в объеме, лютеиновые и фолликулярные кисты в диаметре составляли свыше 12 см. Значительно повышалось количество жидкости в полости малого таза. У 15 больных СГЯ развился на 6-7-е сутки после переноса эмбрионов в полость матки, у 8 пациенток - на 2-5-е сутки после введения «овуляторной» дозы препаратов ХГ. В отличие от пациенток контрольной группы, у 9 женщин с СГЯ наблюдалось изменение водно-электролитного баланса. У 7 больных повышалась активность трансаминаз (до 210-230 ед/л), у всех больных СГЯ значительно возрастала концентрация эстрадиола в сыворотке крови (более 4000-5000 пмоль/л), по сравнению с контрольной группой женщин. У 6 больных основной группы в анамнезе наблюдался синдром поликистозных яичников (СПКЯ), у 3 в прошлом наблюдался СГЯ легкой степени.

Анализируя полученные данные, нами выявлены основные факторы риска, способствующие развитию СГЯ, которые необходимо учитывать пред проведением МСС. К ним относятся: 1) высокие концентрации эстрадиола в крови пациентки при проведении МСС; 2) наличие синдрома поликистозных яичников в анамнезе; 3) склонности больных к аллергическим реакциям на гормональные препараты; 4) случаи развития СГЯ в прошлом.

Разработанная система профилактики СГЯ, позволяющая снизить риск возникновения данного осложнения, заключаются в:

- 1) индивидуальном подходе к каждой пациентке, определении минимальных эффективных доз чувствительности ее яичников к МСС;
- 2) динамическом УЗИ контроле за ростом и созреванием фолликулов для ранней диагностики развития СГЯ;
- 3) тщательном выяснении аллергологического анамнеза и определении чувствительности к вводимым гормональным препаратам;
- 4) проведении МСС только после лечения СПКЯ;
- 5) исключении МСС пациенткам, у которых в прошлом наблюдался СГЯ.

Выводы: Выявление факторов риска и профилактика развития возможных осложнений при проведении МСС перед программой ЭКО позволит значительно снизить количество пациенток с СГЯ.

**Чернякова А. Е.**

## **ЗНАЧЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО СКРИНИНГА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ.**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Кафедра акушерства и гинекологии №1,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. мед. н. Сухина Н.П.**

Шейка матки (ШМ) обладает рядом важных функций - это важнейший биологический клапан, контролирующий движение биологических веществ, инфекционных агентов в полость матки и из неё; во время беременности она



защищающий плод и его оболочки от контактов с внешней средой; во время родов обеспечивает щадящий выход плода из матки. Воспалительные и неопластические болезни могут поражать эпителий ШМ, что не только нарушает все вышеперечисленные функции, но в последние годы приводит к росту заболеваемости раком шейки матки (РШМ).

Целью исследования явилось изучение возможности неорганизованного (оппортунистического) цервикального скрининга в диагностике заболеваний шейки матки.

Проведен анализ результатов исследования 37 женщин в возрасте от 20 до 64 лет. Скрининг включал кольпоскопию, цитологическое исследование, расширенное инфектологическое исследование с помощью микроскопии, культуральным методом, методом ПЦР, ИФА.

При цитологическом исследовании мазков, полученных с поверхности эктоцервикса, эндоцервикса, влагалища и вульвы шпателем, патологических изменений в мазках не обнаружено у 6 пациенток (16,2%), признаки воспаления выявлены у 19 пациенток (51,4%): цервицит у 5 (13,5%), кольпит у 1 (2,7%), цервико-вагинит у 13 пациенток (35%). Эктопии цилиндрического эпителия и зоны трансформации констатированы у 14 обследованных: без воспаления у 4, ассоциированные с воспалением у 10, с воспалением и вирусом папилломы человека – у 5, с эрозированием ткани – у 1. Кроме того, у 2 пациенток выявлена слабая дисплазия сквамозного эпителия, у 6 – атрофические процессы в слизистой в период менопаузы, у 1 – гиперкератоз.

При кольпоскопическом исследовании установлено, что 97,3% ПШМ сопровождается воспалительной реакцией. Кольпоатипия регистрируется в 24,3% воспаления в ассоциации с ВПЧ независимо от его типа, в 10,8% случаев при отсутствии вируса. В 5 случаях имелось расхождение между цитологическим заключением и результатами кольпоскопии: в двух случаях обнаружена атипия сквамозного эпителия, цитологически – хроническое воспаление; в 3-х – кольпоскопически патология не выявлено, при цитологическом исследовании – хроническое воспаление.

Инфектологический скрининг позволил выявить следующие возбудители ИППП: ВПЧ (28,5%), гарднереллы (12,5%), хламидии (9,6%), микоплазмы (9,6%), микоплазмы (8,9%), ВПГ 1,2 типы (8,7%), кандиды (8,1%), ЦМВ (6,1%). Необходимо отметить малосимптомное и бессимптомное течение ИППП, среди которых первые места занимают ВПЧ и гарднереллы.

Выводы. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что наиболее частой причиной ПШМ является хроническое воспаление, этиологическим фактором которого часто является бессимптомно протекающая микст – инфекция. Цервикальный скрининг даже в неорганизованном варианте является высокоинформативным методом раннего выявления и идентификации ПШМ.

**Явдак А.А.**

**РОДОВАЯ ТРАВМА: АКУШЕРСКИЕ АСПЕКТЫ**  
**Харьковский Национальный медицинский университет,**  
**Кафедра акушерства и гинекологии №1,**  
**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед. н., проф. Щербина Н.А.**

Основополагающим звеном современного оказания перинатальной помощи является предотвращение осложнений у матери и ребенка. Однако, результаты многочисленных исследований свидетельствуют о потенциальной опасности любого вмешательства в родах, а так же необходимости обоснования показаний любого применяемого метода. Кроме того, в настоящее время акушерская помощь должна быть индивидуализирована с учетом гестационного возраста плода, его размеров.

Существующие факторы риска возникновения родовой травмы можно разделить как со стороны матери, так и со стороны плода, а так же следует отличать от повреждений в родах, которые происходят под действием гипоксии, недоношенности, внутриутробного инфицирования, ятрогенных причин.

По данным ряда исследований родовая травма в структуре заболеваемости новорожденных составляет 41,9 %, среди умерших доношенных новорожденных - 35,9%, перинатальные поражения нервной системы ведут к инвалидизации в 35-40 % случаев.

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи между частотой акушерских осложнений, которые приводили к оперативному родоразрешению и возникновением родовой травмы у плода.

Обследовано 45 пациенток в возрасте 24,1+-3,8 лет у которых произошли срочные роды. У всех женщин в родах применялись современные технологии родовспоможения. 1 группу составляли 25 рожениц, которым было применено оперативное родоразрешение. 2 группу 20 рожениц со срочными физиологическими родами. Обследованные по социальному статусу, возрасту, гестационному сроку беременности и акушерскому анамнезу были однородны и сопоставимы между собой.

Обнаружено, что у рожениц 1 группы плацентарные нарушения, внутриутробная гипоксия плода встречалась в 1,6 раз чаще, чем во 2 группе, слабость родовой деятельности в 1,5 раза чаще, что требовало использования оперативного родоразрешения (акушерские щипцы). Применение родоразрешающих операций приводило к возникновению родовой опухоли, кефалогематомы, разрыву мозжечкового намента, кровоизлияниям (субдуральному, субарахноидальному и т.д.), поражению лицевого нерва, гематоме волосистой части головы, перелому костей черепа, травме лица и глаз. По нашему наблюдению при наложении акушерских щипцов на плод вероятность кефалогематомы увеличивается в 7-10 раз.

Проведенный нами анализ позволил заключить, что причинами разных осложнений и травм при проведении родоразрешающих операций, явились несвоевременность их применения, а так же степень тяжести акушерского осложнения послужившего показанием к операции.

**Ягмурова Ш.П., Нагута Л.О.**  
**ВПЛИВ ФІТОЕСТРОГЕНІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АНАМАЛЬНИМИ**  
**МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ**

**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра акушерства и гинекологии №1,**  
**Харків, Україна**

**Науковий керівник: д. мед. н., проф. Щербина М.О.**

У патогенезі аномальних маткових кровотеч (АМК) головну роль відводять порушенням взаємин між гіпоталамусом, гіпофізом, яєчниками і маткою, у результаті чого змінюються процеси фоллікулогенезу, овуляції, утворення і розвитку жовтого тіла, і як наслідок - порушуються процеси проліферації, секреції і десквамації ендометрію. Частота АМК коливається від 15 до 20%. Аномальні маткові кровотечі можуть бути не тільки проявами патологічних процесів у репродуктивній системі, а також і першою ознакою порушень основних ланок системи гемостазу.

Мета та задачі дослідження. Вивчити доцільність застосування фітоестрогенотерапії у лікуванні аномальних маткових кровотеч для зниження цієї патології у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставленої мети ми вивчили ефективність застосування фітоестрогенотерапії для лікування хворих з аномальними матковими кровотечами. При постановці діагнозу враховувалися скарги пацієнток, менструальна функція, клініко-лабораторні методи дослідження, тести функціональної діагностики, гормональне, гістологічне та ультразвукове дослідження. Нами був проведений порівняльний аналіз результатів лікування АМК: 31 хвора, яка отримувала традиційне лікування, що включало гемостатичну та гормональну терапію (порівняльна група) та 28 хворих, які отримували комплексну терапію, що включала застосування фітоестрогенів. Контрольну групу склали 12 здорових жінок. Всі хворі мали скарги на загальну слабкість, втому, порушення менструального циклу.

Результати спостереження. Середній вік жінок становив  $31,8 \pm 1,53$  роки з індивідуальними коливаннями від 22 до 48 років. За соціальним статусом переважно більшість склали службовці і непрацюючі. При аналізі менструальної функції встановлено, що середній вік менархе становив  $13,71 \pm 1,4$  і не відрізнявся від такого в загальній популяції. Пізній початок менструацій нами встановлено в 14% випадків. Повна нормалізація менструальної функції була відмічена у 26 (92,8 %) хворих основної групи в порівнянні з жінками 28 (90,3 %) групи порівняння. У використанні фітоестрогенів спостерігалась позитивна динаміка, що було підтверджено даними клініко-лабораторного, гормонального, гістологічного та ультразвукового досліджень. У всіх пацієнтів основної групи значно покращилось загальне самопочуття, зникли скарги, знизилась менструальна крововтрата. У 2-х (6,4%) хворих групи порівняння виникла потреба відміни гормональної терапії внаслідок побічних ефектів. Всім хворим, лікування яких проводилось із застосуванням фітоестрогенів через 6 місяців було проведено ультразвукове дослідження, де патології ендометрію виявлено не було.

Висновки. Таким чином, отримані дані, позитивна динаміка клінічної симптоматики та відсутність рецидивів у хворих, які застосовували фітоестрогени, свідчить про ефективність проведеної терапії та може бути рекомендована до широкого застосування у гінекологічній практиці.

## ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА

**Апикова А.Е., Яновская Е.А.**

### **ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АВТОМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА АНАЛИЗА АКУСТИЧЕСКИХ ШУМОВ ПРИ БРОНХОЛЁГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

**Кафедра биомедицинской инженерии**

**Харьковский национальный университет радиоэлектроники,  
г. Харьков, Украина**

**научный руководитель – к.т.н. Федотов Д.А.**

**Кафедра пропедевтики педиатрии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**научный руководитель – д. мед. н., доц. Клименко В.А.**

**Цель:** Математическое обоснование и объективизация процесса идентификации аускультативных шумов в дыхательном паттерне при бронхолёгочных заболеваниях.

**Материалы и методы:** Исследование проводилось на записях акустических сигналов, полученных при помощи прибора для диагностики пневмоний [1]. Данные акустические сигналы содержат в себе шумы, производимые при дыхании пациентов с пневмонией. Для сравнительного анализа использовалась база данных акустических сигналов шумов, создаваемых пневмонией при дыхании. Сигналы обрабатывались при помощи программного обеспечения Audacity.

**Результаты:** Чтобы выявить в акустическом сигнале дыхательного паттерна возможные шумы, вызванные негативными процессами в лёгких, например пневмонией, необходимо провести сравнительный анализ с базой данных патологических шумов. Для такого сравнения используется взаимокорреляционная функция (ВКФ)[2].

$$B_s(\tau) = \lim_{T \rightarrow \infty} \frac{1}{2T} \int_{-T}^T s(t - \tau)s(t)dt \quad (1)$$

Где  $T$  – период сигнала,  $s(t)$  – сигнал,  $t$  – время каждой точки выборки квантованного сигнала,  $\tau$  – время задержки каждой точки выборки.

Для примера рассмотрим сигнал дыхательного паттерна, содержащего влажный хрип. Для сравнения с этим сигналом необходимо взять из базы данных акустический сигнал, представляющий собой только влажный хрип при пневмонии и сравнить оба сигнала посредством ВКФ. Исследуемый сигнал, содержащий влажные хрипы, имеет общую длительность 30с. После проведения сравнительного анализа, программа нашла и показала участок сигнала дыхательного паттерна, идентичного сигналу из базы данных. Этот участок находится в промежутке между 1,754с, от начала записи и до 2,764с, от начала записи. Аналогичным образом проводился сравнительный анализ акустических сигналов дыхательного паттерна, содержащих другие виды дыхательных шумов. Кроме того, получаемые представленным способом результаты идентификации шумов дают возможность использовать их для определения местоположения воспалительного процесса в дыхательной системе. При отсутствии в сигналах совпадений, можно сделать вывод об отсутствии

воспалительного процесса в дыхательной системе. Также сравнительный анализ с идентификацией вида патологических шумов может существенно облегчить задачу диагностики врачу-пульмонологу.

Выводы: Разработано теоретическое обоснование и апробировано применение формулы ВКФ для автоматического процесса анализа и идентификации акустических шумов при бронхолёгочных заболеваниях.

**Безручко О.С.**

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ**

**Кафедра педиатрии №1 и неонатологии**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель – доц. Малич Т.С.**

Внутриутробные инфекции являются одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности. Это связано с устойчивой тенденцией к ухудшению здоровья населения, росту числа инфекционных заболеваний. Сущность этой патологии заключается в иммунологических и гемореологических нарушениях, приводящих к фетоплацентарной недостаточности, снижению защитно-приспособительных механизмов, внутриутробной гипоксии плода и неонатальной дезадаптации.

Целью нашего исследования было определение особенностей течения раннего периода адаптации у новорожденных на фоне внутриутробного инфицирования.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 новорожденных, рожденных от матерей, у которых имело место внутриутробное инфицирование плода (ВИП): 11 мальчиков (55%), 9 девочек (45%). 10 новорожденных, рожденных от здоровых матерей, составили группу контроля. Проанализировано: особенности течения беременности и родов, состояние новорожденных после рождения, особенности течения раннего периода адаптации на фоне внутриутробного инфицирования.

Результаты. При изучении амбулаторных карт женщин из группы риска выявлено наличие во время беременности генитальной патологии инфекционно-воспалительной природы: 35% - кольпит, 18% - хронический пиелонефрит, 15% - мочекаменная болезнь, 4% - бартолинит. При верификации инфекционных патогенных агентов, персистирующих в урогенитальном тракте женщин с ВИП, обнаружено: 35% - сочетанная инфекция: хламидиоз, микоплазмоз, ЦМВ и герпес, 25% - трихомониаз, 20% - уреоплазма, 2% - сифилис, 2% - гарднереллез. У обследуемых женщин имели место: дефицитная анемия - 31%, у 30% наблюдалась угроза прерывания беременности, гестозы отмечались у 28%, маловодие и многоводие имели место у 21%, у 10% - плацентарная дисфункция, ОРЗ на фоне беременности отмечалось у 10%. Половина обследуемых новорожденных родились преждевременно, у 15% новорожденных отмечалось обвитие пуповины вокруг шеи, у 5% женщин зарегистрированы стремительные роды, вторичная родовая слабость отмечалась у 5% женщин. В гипоксии тяжелой степени родилось 10% новорожденных, в гипоксии средней степени тяжести - 35%, 16% новорожденных имели задержку темпов внутриутробного развития. При обследовании новорожденных дезадаптация проявлялась в виде гипогликемии (20%), гипопроотеинемии (20%),

гипербилирубинемии (10%), анемии (5%). У 10% новорожденных из группы риска произошла реализация инфицирования в виде внутриутробной пневмонии, один новорожденный родился с внутриутробным гепатитом.

Выводы. 1. В формировании защитно-приспособительных механизмов плода и ранней неонатальной адаптации новорожденного большое значение имеет внутриутробное инфицирование.

2. Развитие внутриутробного инфицирования плода, как правило, сочетается с наличием очагов острого или хронического воспалительного процесса инфекционной природы в урогенитальном тракте женщины (кольпит, бартолинит, хронический пиелонефрит, вульвовагинит).

3. Проявление внутриутробного инфицирования у новорожденных чаще связано с наличием у женщин микст-инфекции.

4. Половина новорожденных, матери которых имели внутриутробное инфицирование, после рождения имели клинические проявления дезадаптационного синдрома.

**Васильченко Ю.В.**

## **СОСУДИСТАЯ МОЛЕКУЛА АДГЕЗИИ ЭНДОТЕЛИЯ -1 КАК РАННИЙ МАРКЕР ДИАГНОСТИКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Кафедра педиатрии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель - Одинец Ю.В.**

Бронхиальная астма (БА) является одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Ее рассматривают как хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей. В настоящее время нет полного понимания механизма формирования хронического воспаления при БА. По данным отечественных и зарубежных авторов в развитии местного воспалительного процесса при патологии различных органов и систем важную роль играет эндотелий.

**Цель:** оценить роль sVCAM-1 в формировании эндотелиальной дисфункции у детей с БА.

**Материалы и методы:** нами обследовано 60 детей с персистирующей БА в период обострения. Средний возраст составил  $10,39 \pm 3,17$  лет. Группы формировались в зависимости от степени тяжести: 1-я группа - больные с легкой персистирующей БА ( $n = 29$ ), 2-я группа - с среднетяжелой БА ( $n = 21$ ) и 3-я группа - с тяжелой БА ( $n = 10$ ). В контрольную группу вошли 15 практически здоровых детей. Исследование толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) проводили УЗИ-методом по Pignoli P. (1986), эндотелий-зависимую дилатацию плечевой артерии определяли по методике Celermajer D.S. i соавт. (1992), уровень S-нитрозотиола в сыворотке крови – спектрофотометрически, уровень растворимой молекулы сосудистой межклеточной адгезии-1 (sVCAM-1) – иммуноферментным методом (набор ELISA, Австрия). Статистический анализ проводили с помощью StatSoft STATISTICA Version 7.

**Результаты:** выявлено значительное утолщение КИМ у пациентов 3-й группы ( $1,2(0,1; 1,3)$ ) мм, по сравнению с детьми 1-й группы ( $0,9(0,8; 1, 0)$  мм,  $p_{1-3} = 0,0000$ ), и детьми 2-й группы ( $1,0(1,0; 1,2)$  мм,  $p_{2-3} = 0,0004$ ) и показателями детей группы контроля ( $0,6(0,5; 0, 7)$  мм,  $p_{\text{контроль-3}} = 0,0000$ ). При оценке эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии установлено, что % прироста диаметра плечевой артерии

на 30 сек. значительно снижен у пациентов 1-й, 2 и 3 групп, по сравнению с показателем детей контрольной группы (соответственно 7,31(6,38; 8,64)%, 6,40(6,12; 6,98) % и 5,57(4,81; 5,86)% в сравнении с 19,35(17,00; 21,00)%,  $p < 0,001$ ). Выявлено статистически значимое снижение уровня S-нитрозотиола сыворотки крови у детей 1-й группы (0,17(0,15; 0,22)) ммоль/л; у детей 2-й группы (0,14(0,12; 0,15)) ммоль/л и у детей 3-й группы (0,11(0,08; 0,11)) ммоль/л, в сравнении с 0,33(0,28; 0,37) ммоль/л,  $p_{\text{контроль-1}}=0,0000$ ,  $p_{\text{контроль-2}}=0,0002$ ). Установлено достоверное повышение уровня sVCAM-1 в сыворотке крови у пациентов 1, 2 и 3 групп, в сравнении с показателем детей контрольной группы (соответственно 1000,41(850,24; 1100,32) нг/мл; 1180,62(1070,09; 1300 72) нг/мл; 1630,92(1510,45; 1870,84) нг/мл, по сравнению с 745,60(690,82; 790,19) нг/мл,  $p < 0,001$ ). Было доказано, что уровни S-нитрозотиола ( $H=41,29$ ,  $p=0,0000$ ), %прироста диаметра плечевой артерии ( $H=44,52$ ,  $p=0,0000$ ) и sVCAM-1 ( $H=56,63$ ,  $p=0,0004$ ) зависят от тяжести БА. Выявлена прямая корреляционная связь между уровнями S-нитрозотиола и % прироста диаметра плечевой артерии ( $r=+0,81$ ,  $p=0,0001$ ), а также sVCAM-1 и ТКИМ ( $r=+0,80$ ,  $p=0,0003$ ).

Выводы: доказано, что у детей, страдающих БА, есть признаки эндотелиальной дисфункции, а степень ее проявления зависит от тяжести заболевания. Значительное повышение уровня sVCAM-1 в сыворотке крови способствует адгезии на эндотелии сосудов биологически активных веществ, что приводит к формированию местного воспалительного процесса, а следовательно и нарушению тонуса сосудов. Это также подтверждается наличием прямой корреляционной связи между показателями sVCAM-1 и ТКИМ.

**Головачева В.А., Одинец П.И., Колесник А.Н., Яремко И.Я.**  
**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАХИТОПОДОБНЫХ**  
**ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

**Кафедра педиатрии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель - Одинец Ю.В.**

Цель исследования: провести дифференциальную диагностику гипофосфатазии у ребенка первого полугодия жизни.

Материалы и методы: проведен анализ клинических проявлений, лабораторно-инструментальных данных и дифференциальной диагностики гипофосфатазии у мальчика в возрасте 6 месяцев, который находился на лечении в отделении интенсивной терапии КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16».

Результаты и их обсуждение: При обследовании ребенка, наряду с проявлением острого респираторного заболевания, выявлены признаки рахита: бледность кожных покровов с умеренной потливостью, снижение тургора тканей, выраженная мышечная гипотония, диспропорция головы с гидроцефальной конфигурацией черепа, большим родничком с расхождением черепных швов, открытым малым родничком, мягкими костными краями родничков, мягкими костями черепа (мембранозный череп). Грудная клетка деформирована, уплощена с боков, с неравномерными расстояниями между ребрами и выпячивание грудины по типу формирующейся килевидной грудной клетки. Дыхание поверхностное, с экспираторным компонентом, периодические диспноэ, во время которых отчетливо

регистрируются снижение показателей оксигенометрии. Тоны сердца приглушены. Живот умеренно вздут.

Наличие рахитоподобного состояния не вызвало сомнений, однако рахиту противоречит возраст мальчика (6 месяцев), манифестность и тяжесть проявлений костных изменений у ребенка данного возраста, а также отсутствие отклонений показаний фосфора крови (1,98 ммоль/л при норме 1,45-2,16 ммоль/л), повышение уровня кальция (3,06 ммоль/л при норме 2,25-2,75 ммоль/л) при сниженных показателях щелочной фосфатазы (1038 ЕД/л при норме 1200-6300 ЕД/л). Аминоацидурия, глюкозурия, кальциурия определили возможность обнаружения глюкозаминофосфат диабета (синдром Де Тони–Дебре-Фанкони), однако отсутствие признаков гипофосфатемии, активации щелочной фосфатазы, ацидоза исключили эту патологию, а изменение со стороны почек (по УЗИ-данным, лабораторными показателями) свидетельствует о вероятном вторичном поражении почек вследствие кальциурии и формировании нефрокальциноза. Нормальные значения уровня паратгормона сыворотки крови исключали причастность гиперпаратиреоза к гиперкальцемии, а показатели рН крови противоречили описанному в 1992 F.Harman лактатацидозу, как причины наблюдающихся у ребенка дыхательных расстройств и снижение уровня щелочной фосфатазы. Мальчик консультирован в Харьковском специализированном медико-генетическом центре, где установлен диагноз: гипофосфатазия – наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена, расположенного на коротком плече 1й хромосомы (1.36.(-34)).

Таким образом, ребенку, с учетом тяжести проявлений, дыхательных расстройств и возраста, установлен диагноз: гипофосфатазия, пренатальная форма, с костными изменениями и респираторным дистресс-синдромом.

Выводы. Пренатальная гипофосфатазия, с костными изменениями и респираторным дистресс-синдромом является наиболее неблагоприятной формой гипофосфатазии с летальностью в 100% случаев, что мы и наблюдаем на нашем примере, не смотря на попытки применения кортикостероидов и борьбу с дистресс-синдромом. Проведенное исследование показало необходимость дальнейшего изучения особенностей клиники, диагностики и лечения гипофосфатазии у детей.

**Гречанина Ю.Б., Майборода Т.А., Елькова О.А., Гревцова А.Е.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФРОНТОНАЗАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ У МАТЕРИ  
И ПЛОДА**

**Кафедра медицинской генетики  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед.н., проф. Гречанина Е.Я.**

Введение. Фронтоназальная дисплазия (ФНД) – это врожденный порок лица, сопровождающийся истинным глазным гипертелоризмом, широким основанием носа и дефектом срединных структур черепа, варьирующих от скрытой расщелины костей черепа до мозговой грыжи. Впервые эту патологию описал Норре в 1959г., в 1970 г. H. Sedano предложил название ФНД [1,2,5]. В основе срединной расщелины лица лежит остановка в развитии вентральных отделов 1 - й жаберной дуги. Тип наследования неизвестен. Большинство случаев спорадические. Популяционная частота тяжелых форм — 1:80 000 — 100 000 новорожденных [1]. В зависимости от выраженности расщелины костей черепа различают 3 степени.



Цель исследования. Ранняя ультразвуковая диагностика (УЗД) синдромальных форм врожденных пороков развития лица у плода.

Материалы и методы. Анамнестические, клинические данные. Синдромологическое, генеалогическое, биохимическое исследования, медико-генетическое консультирование, УЗД.

Описание клинического наблюдения. Пациентка В., 29 лет, обратилась в ХСМГЦ в сроке беременности 12 недель в связи с отягощенным акушерским анамнезом (самопроизвольный аборт на раннем сроке беременности).

Жалобы. На момент обращения пациентка жалоб не предъявляла.

Анамнез: беременность II, угроза прерывания (в сроке 5 недель кровомазания, боли внизу живота). В I триместре перенесла ОРВИ. Пациентке проводилась сохраняющая гормональная терапия. Анамнез жизни: родилась 1 ребенком в семье, беременность и роды у матери без осложнений. С рождения диагностирована односторонняя расщелина верхней губы. Менструации с 14 лет, без патологических изменений. I беременность - самопроизвольным аборт на ранних сроках беременности. Фенотип: вес - 63кг, рост - 158см, обращают на себя внимание гипертелоризм, голубые склеры, эпикант, короткий нос, широкая спинка носа, односторонняя расщелина верхней губы, высокое небо, кифоз, мезобрахидактилия.

Результаты обследования пациентки в ХСМГЦ: Группа крови – А(II), Rh -. Кариотипирование – 46, XX. ДНК-анализ генетической предрасположенности: недостаточность метионин-синтазы-редуктазы, метионин-синтазы. Полиморфизм гена MTHFR 677 C/T. Высокоэффективная жидкостная хроматография: повышены уровни серина, пролина, глицина. Гомоцистеин – 8,4 мкмоль/л (норма < 5,6 мкмоль/л в I триместре, < 4,3 во II, < 3,3 в III). Фолиевая кислота - 3,3 нг/мл (3,38 - 5,38 нг/мл). Витамин B12 - 341 пг/мл (180 - 900 пг/мл).

Диагноз. В результате проведенного клинико-генетического анализа у беременной была диагностирована ФНД (тип наследования аутосомно-доминантный). Недостаточность метионин-синтазы-редуктазы, метионин-синтазы. Полиморфизм гена MTHFR 677 C/T.

УЗИ плода. Заключение: беременность 18-19 недель (по биометрии). У беременной и у плода ФНД. У плода выявлены: брахицефалия, гипертелоризм, широкое основание носа, односторонняя расщелина верхней губы, оттопыренные ушные раковины.

Беременной была госпитализирована. В сроке 19 недель произошел самопроизвольный аборт. При патологоанатомическом исследовании плода поставленный пренатально диагноз ФНД был верифицирован.

Вывод. У беременной имеет место сочетание ФНД с недостаточностью метионин-синтазы-редуктазы, метионин-синтазы, гипергомоцистеинемией. Можно предположить, что на развитие ФНД у плода повлияло сочетание генетического фона и воздействие потенциальных триггеров (ОРВИ в I триместре беременности, гормональная сохраняющая терапия).

**Золотарёва Т. Ю., Левашова А.И., Гревцова А.Е.**  
**СЛУЧАЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ НА ФОНЕ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОЙ**  
**МЕЗОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ**

**Кафедра медицинской генетики**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед.н., проф. Гречанина Е.Я.**

Актуальность: Выкидыш, самопроизвольный аборт — самопроизвольное патологическое прерывание беременности. Самопроизвольным абортom заканчиваются 15—20 % клинически установленных случаев беременности. Наиболее распространённым симптомом выкидыша является кровотечение. Выкидыш может быть обнаружен во время УЗИ или посредством серии замеров уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ).

Цель: описание случая носительства полиморфного гетерозиготного компауна MTHFR, MTRR.

Материалы и методы: проводились такие исследования, как генетическое, цитогенетическое, микробиологическое, иммунологическое, биохимическое и другие исследования семьи. За все время было проведено более 40 обследований.

Анамнез: В Харьковский специализированный медико-генетический центр была направлена семейная пара с целью планирования потомства. Перед этим пробанд А. (1978 г.р.) была обследована в Харьковской городской больнице №8, где был поставлен диагноз замершей беременности в сроке 8 недель, урогенитальная инфекция. Было проведено выскабливание полости матки с антибиотико-терапией. Через 2,5 года наступила вторая беременность, которая так же была замершей в 5-6 недель. После этого супружеская пара была направлена в Харьковский специализированный медико-генетический центр, где при анализе генов системы фолатного цикла выявлен дефицит ферментов фолатного цикла. Риск рождения ребенка с хромосомной патологией повышен – 25%.

Спустя год пробанд забеременела. Проведены ряд анализов. Результат теста на трисомию 21 с учетом шейной складки ниже порога отсечки. Повышен гомоцистеин 7,3 мкмоль\л (норма <5,6 мкмоль\л). Биохимический анализ крови: креатинин понижен – 48,2 мкмоль\л (норма 53-97 мкмоль\л). Биохимия мочи: повышение суточного диуреза – 2,074 при норме 1,0-1,6, незначительное повышение кальция. Повышение мочевого к-ты, мочевины.

Был рекомендован прием витамина В6 утром на протяжении 2 недель. Далее пробанд жалоб не предъявляла. Роды прошли в срок, родилась девочка с массой 3880г, ребенок здоров.

Выводы: В настоящее время ещё нет способа для предотвращения выкидыша. Тем не менее, эксперты считают, что выявление причин выкидыша может помочь предотвратить его повторение в последующих беременностях. Также при правильном лечении, питании, при своевременном обращении к специалистам явление выкидышей возможно избежать.

**Ілюха С.Е.**  
**ЛЕЙКОЗОПОДІБНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ДІТЕЙ - ДИФЕРЕНЦІЙНА**  
**ДІАГНОСТИКА**

**Кафедра педіатрії №2**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: Череднікова Т.Ю.**

Ціль дослідження: вивчити особливості перебігу лейкозоподібних захворювань у дітей.

Матеріали і методи: вивчення клінічних випадків негоспітальних пневмоній у дітей та аналіз сукупності клініко-лабораторних та інструментальних даних з застосуванням диференційної діагностики лейкозоподібних захворювань.

Результати та їх обговорення: Проаналізовано матеріали історій хвороб дітей, що перебували на лікуванні у Харківській МДКЛ № 16 у пульмонологічному та гематологічному відділеннях.

Хлопчик З., 3-х років, надійшов у стаціонар за направленням дільничного педіатра з діагнозом «Лімфаденопатія нез'ясованого генезу», що виявлено під час планового огляду. Скарг не мав. Об'єктивно: стан середньої тяжкості за основним захворюванням. Самопочуття не порушено. Температура, частота дихання та пульсу - у межах вікових норм. Шкіра бліда. Периоральний ціаноз, периорбітальні тіні. Слизові порожнини рота рожеві. Мигдалики гіпертрофовані, без нальотів. Звертає увагу наявність множинних лімфатичних вузлів усіх груп, розміром до 2х2см., не спаяних між собою та зі спідніми тканинами, безболісні під час обстеження. При перкусії грудної клітини зправа, нижче вугла лопатки, виявлено скорочення легеневого звуку, аускультативно- у ділянці скорочення легеневого звуку, – безліч дрібнопухирчастих хрипів. Діяльність серця ритмічна. Живіт м'який, безболісний у всіх відділах. Печінка збільшена до 5-ти см, селезінка – до 4-х см. Сечовиділення, випорожнення - без особливостей. При лабораторному дослідженні: лейкоцитоз, нейтрофіліоз, прискорення ШОЕ. Збільшені гострофазові показники- глікопротеїди, сіромукоїд. Гіпергамаглобулінемія. Мікрофлора слизових оболонок зіву - Str. pneumoniae – 1х10<sup>7</sup> КУО. ІФА крові виявлено АТ IgG до ЦМВ та ВЕБ, глистні інвазії- токсокароз, аскаридоз. За даними імунограми- дефіцит фагоцитарної ланки імунітету. Виключені лімфопроліферативні захворювання. Рентгенологічно підтверджено правобічну вогнищево-зливну пневмонію, неускладнену, позагоспітальну, середньої тяжкості. Отримував комбіновану парентеральну антибактеріальну терапію (цефалоспорини III покоління, макроліди), імунорегулюючу, глистогінну та патогенетичну терапію. На тлі вторинного імунодефіцитного стану захворювання набуло затяжного перебігу з тривалим збереженням фізикальних змін у легенях, лабораторних та рентгенологічних ознак захворювання. Клінічне одужання констатовано через 10 тижнів від початку лікування. Несприятливий затяжний перебіг даного захворювання зумовлений несвоєчасною діагностикою внаслідок сплячої клінічної лікарської пильності.

Хлопчик К., 15 років. Госпіталізований у пульмонологічне відділення Харківської міської дитячої клінічної лікарні через 12 тижнів від початку лікування рентгенологічно доведеної Правобічної вогнищевої пневмонії, неускладненої, позагоспітальної, середньої тяжкості. Скарги- на тривалі зміни лабораторних показників за даними клінічного аналізу крові. Із анамнезу захворювання відомо, що

напередодні (за 2 тижні до госпіталізації) лікувався у міській лікарні за пропискою з приводу зазначеного вище діагнозу. Об'єктивно: стан – середньої тяжкості за основним захворюванням. Деяке порушення самопочуття: знижено апетит, інколи – нічний неспокій. Шкіра, слизові оболонки порожнини рота – звичайного кольору, чисті. Лімфопроліферативних змін (збільшення лімфатичних вузлів) не виявлено. Фізикальних змін у легенях не виявлено. Діяльність серця ритмічна. Живіт м'який, безболісний. Розміри печінки та селезінки відповідають віковій нормі. Сечовиділення, випорожнення - фізіологічні. Протягом тривалого часу за динамічним лабораторним спостереженням - стійка лейкопенія, нейтропенія, лімфомоноцитоз, що набули прогресу протягом обстеження у клініці та стали першими маніфестними ознаками гострого лейкозу. Потому приєднався геморагічний синдром у вигляді крапчастих геморагічних висипань у зонах тиску та тертя одязі (резинокки шкарпеток, тертя комірця, тощо). За даними дослідження матеріалу кістково-мозкової пункції, у референтній лабораторії міста Києва підтверджено діагноз Гострий мієлобластний лейкоз. Хлопчик отримав своєчасне протокольне лікування та досяг клініко-лабораторної ремісії захворювання. Таким чином, у даному випадку гострий лейкоз дебютував з маскоподібного захворювання - негоспітальної пневмонії, що набула затяжного перебігу та не мала належної своєчасної курабельності. Клінічна настороженість та своєчасність діагностики у даному випадку зумовили сприятливий перебіг захворювання та одужання – всупереч даним літератури про переважно несприятливий прогноз при такій формі лейкозу.

Висновки. Дане вивчення клінічних випадків пневмонії та гострого лейкозу яскраво довело, що пильність та увага лікаря сприяє своєчасній діагностиці та сприятливому перебігу будь-яких захворювань.

**Казарян Л.В., Петренко Є.К., Муратова К.Г.\***  
**ЕХОГРАФІЧНІ ЗМІНИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ**  
**ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК**

**Кафедра педіатрії №1 та неонатології**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м. Харків, Україна**

**\* КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня,**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник - к.мед.н. Дриль І.С.**

Першою причиною несприятливого перебігу хронічної хвороби нирок (ХХН) є серцево-судинні ускладнення. (KDIGO 2012, Іванов Д.Д. 2013, Макеєва Н.І. 2011, FoleyR.N. 2010). Рання діагностика патологічних змін з боку серцево-судинної системи у дітей з ХХН є актуальною.

Мета: оцінити морфо-функціональні зміни серцево-судинної системи у дітей з різними варіантами хронічного захворювання нирок за даними УЗД серця.

Матеріали та методи. Обстежено 53 дитини 2 - 17 років (12,9±3,17 р.) з різними варіантами ХХН, ХННО. За статтю переважали дівчатка - 34 (64,1±6,6%) проти 19 (35,8±6,6%) хлопчиків. Згідно нозологічних форм діти розподілені на 3 групи. I групу склали діти з хронічними запальними захворюваннями нирок (n = 18) тривалість захворювання 4,2±3,8 роки, II групу - з дисметаболічною нефропатією (n = 15) тривалість захворювання 2,4±1,6 роки, III - з вродженими позиційними та кількісними аномаліями розвитку органів сечовидільної системи (n = 20) тривалість захворювання 7,4±4,6 роки. Всім дітям проведено УЗД серця з визначенням кінцевого діастолічного

(КДР) та систолічного (КСР) розмірів лівого шлуночка (ЛШ), товщини задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ), товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШП), фракції викиду(ФВ) як інтегрального показника систолічної функції серця, за норматив прийнято показники в межах 25-75 перцентилів відповідно до віку та маси тіла, оцінювалось наявність малих структурних аномалій серця.

Отримані результати. У всіх дітей встановлено збережену ФВ в межах  $67,9 \pm 7,1\%$ . Зміни КДР, як у вигляді його зменшення, так і збільшення, майже порівно мали  $44,6 \pm 6,2\%$  дітей, третина яких була з III групи. Зміни КСР були виявлені у  $50,7 \pm 6,2\%$  дітей, з яких  $63,6 \pm 6,2\%$  дітей мали його зменшення, вірогідно на тлі компенсаторної активації симпатoadреналової системи. Зменшення показника ТЗСЛШ до нижньої границі мали по одній дитині серед дітей I та II групи, збільшення ТЗСЛШ понад 75 перцентиль виявлено у 1 дитини II групи та 7 дітей ( $35 \pm 10,9\%$ ) III групи. Зміни ТМШП виявлено у 19 ( $35,8 \pm 6,6\%$ ) дітей, з яких  $78,9 \pm 9,6\%$  дітей мали показник менше 25 перцентиль,  $21,0 \pm 9,6\%$  - більше 75 перцентиль. У більшій половини обстежених дітей встановлено пролапс мітрального клапану, найбільше таких дітей серед I групи -  $71,6 \pm 11,8\%$ , та III групи  $60 \pm 11,4\%$  дітей.

Висновки. У дітей з різними варіантами ХХН не виявлено вірогідних відмінностей з боку серцево-судинної системи. Їм в цілому притаманні такі морфо-функціональні особливості серцево-судинної системи за даними УЗД, як зменшення показника КСР як прояв компенсаторної активації симпатoadреналової системи, відносно збільшення ТЗСЛШ та відносно зменшення ТМШП і висока частота наявності пролапсу мітрального клапану, вірогідно можна розцінити як прояви недиференційованої дисплазії сполучної тканини, яка мала місце у половини обстежених дітей.

**Кебашвили С.В., Плюшко Д.Г.**

## **ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ РЕБЕНКА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ**

**Кафедра медицинской генетики**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед.н., проф. Гречанина Е.Я.**

Введение. Задержка психоречевого развития (ЗПРР) - комплекс синдромов нарушения высших нервно-психических функций: интеллектуальной, речевой, эмоционально-волевой, двигательной. Отсутствие своевременного лечения ЗПРР способствует развитию умственной отсталости ребенка.

Цель. Изучить клинические проявления гомоцистеинурии II типа, ЗПРР. Предложить рациональную терапию пациентам с данной патологией.

Материалы и методы. Изучение и анализ данных истории болезни пациента с гомоцистеинурией II типа, ЗПРР.

Клинический случай. Пробанд Л., 2007 г.р., с жалобами на задержку психического и речевого развития, неадекватное поведение, гиперактивность, Из анамнеза заболевания: в 8 месяцев - не проявляет ни к чему интерес, замкнут. Обратились в психоневрологическую больницу. Проводилось медикаментозное лечение и логопедическая коррекция. В динамике внимание стало более устойчивым, улучшился зрительный контакт, расширился пассивный словарный запас, выписан с диагнозом: Органическое поражение ЦНС в форме интеллектуальной

недостаточности выраженной степени, осложненное общее недоразвитие речи (ОНР) I уровня, дизартрия тяжелой степени F 07.9|80.0. Установлена инвалидность. Из анамнеза жизни: ребенок от IV беременности, протекающей на фоне угрозы прерывания. Роды патологические. Фенотип без особенностей. Результаты исследований: в биохимическом анализе крови - ↑ лактатдегидрогеназа, уринолизис: положительная проба на пролин, аминокислотный состав – фенилаланин, тирозин, триптофан – 8-9 мг%, повышены уровни валина, глицина, пролина, аспарагиновой кислоты. Цитогенетическое исследование: 46, XY, 9qh+, 22ps+, 1% хромосомной нестабильности. Ген MTHFR C677T в гомозиготном состоянии. Гомоцистеин – 13,5 мкмоль/л, органические кислоты: метаболиты обмена серы, недостаточность B12, метаболиты приема полифенолов и флавоноидов с пищей. Заключительный диагноз: Гомоцистеинурия II типа. ЗППР. Эпигенетическая болезнь. Хромосомный полиморфизм, генный полиморфизм. Пациенту назначено ограничение в питании животного белка, исключение творога, сметаны, майонеза, гречки, говядины, бульона, красной рыбы, консервантов. Рекомендовано употреблять больше овощных рагу, включить в рацион молочную овсянку, фруктовые соки-фреши, из рыбы – камбалу, скумбрию, минтай, мясо индейки, гуся 1-2 раза в неделю. Продолжать наблюдение у психолога, логопеда, врача-генетика.

Выводы. Своевременная диагностика и раннее назначение соответствующей терапии может способствовать уменьшению тяжести заболевания, снижению инвалидности детей и адекватной интеграции их в общество.

**Колесник В.А., Брачкова Д.С., Омельченко-Селюкова А.В., Коваль В.А.**  
**СЛУЧАЙ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДНИГА-ГОФФМАНА**

**Кафедра педиатрии №1 и неонатологии**

**Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков,  
Украина**

**Научный руководитель: к. мед.н., доц. Омельченко Е.В**

Спинальная мышечная амиотрофия Вердника-Гоффмана - заболевание, характеризующееся дегенерацией клеток передних рогов спинного мозга вследствие мутации гена SMN 1 (survivalmotorneuron-1). В зависимости от времени проявления первых клинических симптомов, течения миодистрофического процесса, локализации мышечных атрофий выделяют следующие формы заболевания: врожденную, детскую раннюю и позднюю. Диагностика спинальных мышечных амиотрофий (СМА) вызывает значительные трудности, из-за выраженного полиморфизма клинических проявлений.

Приводим собственное наблюдение больного с врожденной СМА.

Ребенок Н., 1 год 4 месяца, поступил в отделение анестезиологии и интенсивной терапии с жалобами на отсутствие двигательной активности в верхних и нижних конечностях, судороги, отказ от еды, снижение массы тела, одышку. Мальчик родился от второй нормально протекавшей беременности, в сроке 40 недель гестации. Роды физиологические. У старшего ребенка трисомия по 21 хромосоме. После выписки из роддома мать отмечала снижение общей двигательной активности, слабый крик, желтушность кожных покровов. В возрасте двух недель наблюдалось снижение тонуса мышц верхних и нижних конечностей, отсутствие фиксации взгляда. Спустя 2-е недели появилась общая мышечная гипотония, перестал двигать ножками, выражена одышка с участием вспомогательной мускулатуры. В связи с выше перечисленным, был обследован неврологом, генетиком. На основании

результата молекулярно-генетического исследования выявлена делеция 7-го и 8-го экзонов теломерного гена SMN1 в гомозиготном состоянии (спинальная мышечная атрофия). Результат электромиографии: признаки поражения двигательных нейронов спинного мозга.

В возрасте 4-х месяцев, отмечается прогрессирующее ухудшение состояния: нарастает бульбарный синдром, мышечный тонус резко снижен, активные движения ограничены. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей отсутствуют. На момент поступления: состояние тяжелое, выраженная дыхательная недостаточность II–III степени; ребенок вялый, адинамичный, отмечается гипотрофия III-й степени, воронкообразная деформация грудной клетки. При осмотре активные движения отсутствуют, арефлексия, сухожильные рефлексы не вызываются. Дыхание поверхностное, аритмичное с участием крыльев носа и вспомогательной мускулатуры. Перкуторно притупление легочного звука в нижних отделах правого легкого; аускультативно — над всей поверхностью легких дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены, тахикардия. На рентгенограмме ОГК: правосторонняя очагово-сливная пневмония. Ребенок переведен на ИВЛ, в связи с резким падением сатурации кислорода. В отделении находился 365 койко-дней, наложена трахеостома, т.к. попытки перевода на спонтанное дыхание не эффективны, кормление производилось через зонд. За время пребывания в клинике пневмония носила волнообразный характер; ребенок получал симптоматическую, патогенетическую терапию и препараты, улучшающие трофику нервной ткани. Несмотря на проводимый комплекс лечебных мероприятий, состояние ребенка прогрессивно ухудшалось и была констатирована смерть от церебральной, кардиореспираторной, почечной недостаточности.

Таким образом, при выявлении симптомов слабости и диффузной гипотонии у детей, врачи должны иметь в виду высокую вероятность диагноза СМА.

**Колесник А.Н.**

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

**Кафедра педиатрии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель - Одинец Ю.В.**

На основе клинического наблюдения за развитием, течением гематико-уремического синдрома (ГУС) у девочки в возрасте 2 лет 4 мес. Представлены клиничко-лабораторно-инструментальные его особенности на фоне современных методов терапии.

Больная София Г. 2 лет 4 мес., поступила в отделение интенсивной терапии и реанимации Харьковской городской клинической больницы №16 5.10.2015 на 4 день от начала заболевания с клиникой правосторонне очагово-сливной пневмонии, внегоспитальной, осложненной правосторонним фибринозно-гнойным плевритом и общетоксическим синдромом с признаками снижения темпов диуреза. Диагноз пневмонии подтвержден рентгенологически. Проводилась дифференциальная диагностика с синдромом Гудпасчера, который был исключен. На 2 день наблюдения зарегистрирована анурия. Которая продолжалась до 22 дня наблюдения. С учетом анурии и развившейся тяжелой анемии (Hb – 59г/л), лейкоцитозом ( $13,3 \cdot 10^9$ /л).тромбоцитопенией ( $25 \cdot 10^9$ /л), ретикулоцитозом (20%), повышением

уровня свободного (26мг/л), мочевины (18,7ммоль/л), креатинина (293 мкмоль/л) сыворотки крови, натрия (126,6 ммоль/л), калия (5,06 ммоль/л) сыворотки крови констатирована типичная триада (гемолитический характер анемии, тромбоцитопения и острая почечная недостаточность (ОПН)), характерные для ГУС, ОПН, анурическая стадия. В связи с этим со 2 и по 13 день наблюдения (с 6.10.15 по 18.10.15) ребенок был переведен на ИВЛ, а с 3 дня наблюдения в связи с нарастанием анемии (Hb – 45г/л), уровня креатинина (393 мкмоль/л) сыворотки крови, появлением отеков начались сеансы гемодиализа, которые в течении 24 дней наблюдения (с 7.10.15 по 30.10.15) проводились ежедневно, затем (с 25 по 33 дни наблюдения через день. Затем 1 раз в неделю (по 14.11.15). Особенностью гемодиализа было пролонгирование сеанса до 12-14 часов с акцентом на ультрафильтрацию, чем обуславливалась возможность проведения адекватной состоянию и тяжести инфузионной терапии глюкозо-солевыми растворами, коллоидами, кровезаменителями, препаратами крови (отмытые эритроциты). Проводилась терапия антипротеинолитиком (контрикал 100000АТрЕ/кг массы тела), внутривенном иммуноглобулином (биовен-моно 20гр на курс лечения из расчета 1г иммуноглобулина на кг/мг/е учетом как тяжести пневмонии, так и указаний на благоприятный эффект иммуноглобулинов на течение ГУСа). Гепаринотерапия. Частичное парентеральное питание. Кетостерил. На этом фоне – сложная антибиотикотерапия (антибиотики цефалоспоринового ряда III,IV поколений, линезолиды, фосфомицин, гликопептиды - ванкомицин, таргоцид, тиенам, зоперцин). Симптоматические средства.

Положительная динамика заболевания отмечалась постепенно. В первые 12 дневного наблюдения появились клинико-рентгенологические признаки разрешения пневмонии с ликвидацией лейкоцитоза, физикальных изменений в легких, проявления дыхательной недостаточности, нормализации показателей сатурации кислорода. Одновременно регистрировались признаки прекращения гемолиза с повышением уровня Hb до 95г/л, нормализации показателей свободного гемоглобина, билирубина сыворотки крови, уровня тромбоцитов крови, водного баланса и существенным снижением уровня мочевины и креатинина крови. Это позволило экстубировать больную и перевести на самостоятельное дыхание, добиться полного разрешения пневмонии на 25 день наблюдения. Однако сохраняется анурия, после 22-28 дня наблюдения появилась «остаточная» моча в объеме 4-6-50-80 мг с наличием в моче умеренно протеинурии, цилиндрурии. Продолжались сеансы диализа через день, затем 3-4 раза в неделю со стимуляцией диуреза, ксантинами (эуфиллин внутривенно), диуретики (фуросемид, трифас). С целью нефропротекции в терапию добавлены ИАПФ, липин, антиоксиданты (витамин Е), затем левокарнитин-кудесан. Обсуждается вопрос о целесообразности применения нового препарата при атипичном ГУСе «Экулизумаба»(Солириса), однако он не нашел разрешения в связи с финансово-экономическим и нормативно-правовыми затруднениями.

К концу 2месяца наблюдения постепенно восстанавлился диурез до 800-1200мл в сутки, однако уровень креатинина крови оставался повышенным (170-250 мкмоль/л), свидетельствуют об конце ГУС у ребенка с угрозой формирования ХЗП I-II ст., поскольку уровень креатинина повышался до 290-300мкмоль/л, мочевины до 31ммоль/л, что требовало использования сеансов диализа на 54,59, 68 дни наблюдения.

Выводы: современная терапия ГУС у дете позволяет добиться положительных результатов и сохранить жизнь больному. Однако нередки исходы ГУС с угрозой



формирования хронического заболевания почек диктуют необходимость пересмотра и своевременного оказания медицинской помощи детям с этой патологией.

**Криворотько Д. М., Меренцева К. Р., Медик Е.И.**

## **КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ КАРТАГЕНЕРА**

**Кафедра пропедевтики педиатрии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина.**

**Научный руководитель – д.мед.н., доц. В.А. Клименко.**

Актуальность: синдром Картагенера — редкое генетически гетерогенное, аутосомно-рецессивное заболевание, которое относится к группе цилиопатий (Ciliary dyskinesia). Наиболее часто вызывается мутациями в генах DNAI1 (2-9%) и DNAH5 (15-20%). Встречается с частотой 1:16000 новорождённых.

Целью работы является улучшение диагностики путем повышения уровня знаний врачей о редком генетическом заболевании.

Методика: использованы клиничко-параклинические исследования согласно действующим протоколам.

Результаты: ребенок Л., мальчик, в возрасте 3 дней поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, протекавшей на фоне гестационного пиелонефрита и отека беременных (первая и вторая беременность – самопроизвольный аборт), первых родов в сроке 40 недель гестации путем кесарева сечения по клиническим показаниям – узкий таз, безводный период 35 часов 18 минут. По шкале Апгар 8-9 баллов, масса при рождении 3370 г.

На момент поступления состояние ребенка - тяжелое за счет метаболических нарушений и дыхательной недостаточности. Фенотипически: сухость, мраморность кожи, треугольное лицо, микроретрогнатия, короткая шея, широкое расстояние между сосками, sinus sacralis, вальгусная установка стоп. Отмечалась одышка смешанного характера с втяжением податливых участков грудной клетки на вдохе, дыхание поверхностное, на глубине вдоха – влажные хрипы с обеих сторон. Перкуторно сердце - справа. Тоны сердца чистые, ритмичные. Был обследован: рентгенологически - situs viscerum inversus (тень печени визуализируется под левым куполом диафрагмы, тень газового пузыря желудка – под правым куполом; декстропозиция сердца); ультразвуковое исследование - situs viscerum inversus, широкое овальное окно (4,9 мм), нерезкая дилатация правых камер сердца; в клиническом анализе крови - умеренный лейкоцитоз. Консультирован узкими специалистами. Учитывая клиничко-лабораторные и дополнительные методы обследования, был установлен диагноз синдром Картагенера, функционирующее овальное окно.

Вывод: данное клиническое наблюдение повышает осведомленность врачей о редкой патологии, что позволяет улучшить диагностику.

**Криворотько Д. М., Меренцева К. Р., Медик Е.И.**  
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ**  
**ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**  
**Кафедра пропедевтики педиатрии №2**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина.**

**Научный руководитель – д.мед.н., доц. В.А. Клименко**

Актуальность: врожденные пороки двенадцатиперстной кишки составляют в среднем 1/3 от всех интестинальных врожденных пороков у новорожденного. Большая часть пороков наблюдается у недоношенных детей, при этом стенозы двенадцатиперстной кишки встречаются чаще, чем атрезии. Также врожденную непроходимость 12-перстной кишки может спровоцировать аномальное развитие поджелудочной железы, а точнее – кольцевидная ее форма, образующаяся при неправильном слиянии дорсальной и вентральной закладок. Кольцевидная поджелудочная железа наблюдается в 75 % случаев аномалий железы, а среди всех врожденных пороков пищеварительного тракта составляет около 3 %. Данной врожденной патологией в основном страдают мальчики.

Цель: повысить уровень знаний врачей о редкой сочетанной врожденной патологии 12-перстной кишки и поджелудочной железы.

Методика: использованы клинико-параклинические исследования согласно действующим протоколам.

Результаты: ребенок В., мальчик, в возрасте 5 дней поступил в отделение анестезиологии и интенсивной терапии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы преждевременных родов и многоводия (первая беременность - самопроизвольный аборт), первых преждевременных родов в сроке гестации 30 недель. Масса при рождении - 1300 г, оценка по шкале Апгар 4-6 баллов. На момент поступления состояние ребенка оценено как крайне тяжелое за счет незрелости, кардио-респираторной недостаточности, пареза кишечника. Наблюдались диспепсические явления - вздутие живота, рвота содержимым желудка (зеленоватого цвета), отсутствие стула. В ходе клинических, лабораторных и рентгенологических исследований диагностировали высокую врожденную кишечную непроходимость, обусловленную стенозом 12-перстной кишки на фоне кольцевидной поджелудочной железы. Проводилась дифференциальная диагностика с синдромом Ледда. Данные ирригографии с контрастом, доплерографического ультразвукового исследования брюшной полости и сосудов брыжейки позволили исключить данный синдром.

Ребенок был прооперирован на 7 сутки пребывания в стационаре с наложением обходных дуодено-дуоденальных анастомозов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Вывод: данное клиническое наблюдение доказывает актуальность врожденной патологии желудочно-кишечного тракта. Родителям при планировании последующей беременности рекомендовано медико-генетическое консультирование с оценкой вероятности врожденной патологии.

**Кудин И.Д., Козак В.В., Онищенко Д.А., Калужный Е.П.**  
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ВРОЖДЕННОЙ**  
**ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМИИ**

**Кафедра пропедевтики педиатрии №2**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель – к.мед.н. Лупальцова О.С.**

Одной из актуальных проблем детской иммунологии являются первичные иммунодефициты. Представленный разбор клинического случая X-сцепленной врожденной гипогаммаглобулинемии братьев А. и Д., отображает особенности анамнеза жизни и заболевания пациентов с редкой и одновременно трудно диагностированной патологией в 5 летнем и 2 летнем возрасте. Среди особенностей анамнеза следует отметить отягощенную наследственность по материнской линии: все потомки мужского пола имели тяжелые инфекционные заболевания (пневмонии, плевриты, менингиты), приводившие к летальному исходу в детском возрасте. Ребенок А., 7 лет, рожден от 2 беременности, 1 родов (1 беременность у матери – самопроизвольный аборт), на фоне угрозы преждевременных родов, с весом при рождении 3000г. С 3-х летнего возраста ежемесячно отмечались респираторные заболевания, однократная пневмония, повторные острые гастроэнтероколиты (4 раза), конъюнктивиты (3 раза), стоматиты – 3 раза, стрептодермии – 1 раз, панариции – 3 раза, в 5 летнем возрасте абсцесс. При иммунологическом обследовании уровней лимфоцитов  $CD_{22+}$   $0,91 \cdot 10^9/л$ ,  $CD_{25+}$   $1,97 \cdot 10^9/л$ , суммарные уровни иммуноглобулинов IgG, IgA меньше 2 г/л. Ребенок Д, 5 лет, от 3 беременности, 2 родов, с массой при рождении 3200г. Проявления инфекционной патологии наблюдались с 8 месячного возраста: ежемесячные респираторные заболевания, однократная пневмония, повторные острые гастроэнтероколиты (4 раза), конъюнктивиты (3 раза), отиты (2 раза), коклюш в 1,5 года, перитонит. Суставной синдром у братьев манифестировал соответственно с 5 летнего и 2 летнего возраста, когда диагностирован ювенильный хронический артрит с персистирующей уреоплазменной инфекцией. При иммунологическом обследовании снижение ниже возрастной нормы уровней лимфоцитов  $CD_{22+}$   $0,41 \cdot 10^9/л$ ,  $CD_{25+}$   $1,26 \cdot 10^9/л$ , суммарных уровней иммуноглобулинов IgG, IgA меньше 2г/л. С целью профилактики инфекций при синдроме первичного иммунодефицита детям проводится заместительная терапия иммуноглобулинами.

Описанный клинический случай X-сцепленной врожденной гипогаммаглобулинемии демонстрирует разнообразные клинические проявления, необходимость полисистемной оценки, диагностики и непрерывного мониторинга данной патологии.

**Левашова А.И., Золотарёва Т. Ю.**  
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ**  
**МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ БЕККЕРА, ВТОРИЧНОЙ**  
**МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И РЕАКТИВНОГО ГЕПАТИТА**  
**Кафедра медицинской генетики**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

Прогрессирующая мышечная дистрофия Беккера (G71.0) — это наследственное прогрессирующее заболевание нервной системы, обусловленное дегенеративными изменениями в мышечных волокнах в отсутствие первичной патологии

периферического мотонейрона. Наследование рецессивное, сцепленное с X-хромосомой.

Ребенок К., 9 лет, направлен детским поликлиническим отделением Дорожной клинической больницы станции Харьков с диагнозом: Эпилептический синдром, нарушение обмена веществ?; с целью уточнения диагноза.

Жалобы: на наличие судорожного синдрома, чрезмерную подвижность, нарушение внимания, расторможенность, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: в 1 год говорил некоторые слова, после перестал, затем к 3 годам стал говорить некоторые слова, в настоящее время есть фразовая речь; с 3 лет — задержка речевого развития, занимался с логопедом, психологом — без существенного эффекта; с 5 лет — диагностирован синдром гиперреактивности с дефицитом внимания, лечение оказалось неэффективным; с 7 лет — судорожные приступы. Ребенок находился на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении Детской клинической больницы №19. Установлен диагноз: наследственное нарушение обмена веществ (гликогеноз неустановленного типа?), эписиндром, синдром гипервозбудимости и гиперреактивности с дефицитом внимания, реактивный гепатит, билиарная дисфункция на фоне деформации желчного пузыря, диспластическая кардиопатия, дисметаболическая нефропатия.

Анамнез жизни: родился доношенным от II беременности. В первую неделю жизни — частые срыгивания, рвоты. После роддома переведен в Перинатальный центр (ВПС?, отек головного мозга). В настоящее время ВПС не наблюдается. До года развивался соответственно возрасту. При повышении температуры тела на фоне ОРВИ — ацетонемическая рвота.

Семейный анамнез: отягощен по психо-, онкопатологии и патологии почек.

Фенотипически: поверхностно расположена сосудистая сеть, клиновидный рост волос книзу по срединной линии, гипертрихоз рук и спины, гипертонус мышц нижних конечностей, монголоидный разрез глаз, голубые склеры, кариес, высокое небо, широкое стояние сосков, плоская стопа. При оценке неврологического статуса — признаки пирамидной недостаточности.

Результаты дополнительных методов обследования:

-биохимический анализ крови: лактатацидоз до 4,13 ммоль/л (N 0,2-2,2), стойкое значительное повышение КФК до 7646,9 Ед/л (N до 247), стойкое повышение трансаминаз — АСТ до 343,86 Ед/л (N до 47), АЛТ до 269,27 Ед/л (N до 39);

-при исследовании органических кислот методом масс-спектрометрии выявлены метаболиты, указывающие на наличие митохондриальной дисфункции, нарушения обмена жирных кислот с очень длинной углеродной цепью;

-ЭМГ: признаки пирамидной недостаточности;

-молекулярно-генетическое исследование: делеция 45, 47 экзонов гена дистрофина.

Установлен диагноз: Прогрессирующая мышечная дистрофия Беккера, вторичная митохондриальная дисфункция, реактивный гепатит.

Рекомендовано: повторные исследования органических кислот мочи методом масс-спектрометрии; исследование гомоцистеина, фолиевой кислоты, витамина В12; глицин по 1 таблетке 2 раза в день — 1 месяц; нервохель по 1 таблетке 3 раза в день — 1 месяц; наблюдение невропатолога, гастроэнтеролога и врача-генетика.

**Мелашич Е.А., Урываев А.В., Хомовская А.А., Шахзадян Л.Г.**  
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПОДКОРКОВО - МОЗЖЕЧКОВОЙ**  
**ДЕГЕНЕРАЦИИ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННОГО НАРУШЕНИЯ В-ОКИСЛЕНИЯ**  
**ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ОСЛОЖНЕННОЙ РЕЙЕ – ПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ**  
**Кафедра педиатрии № 1 и неонатологии**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г.Харьков. Украина.**

**Научный руководитель - доцент Урываева М.К.**

Подкорково-мозжечковая дегенерация является разновидностью церебральной мальформации и характеризуется недоразвитием или отсутствием функциональных частей мозжечка, что в клинической картине представлено в виде мозжечковых нарушений различной степени выраженности. Прогноз при данной патологии зависит от уровня морфологического дефекта и сочетания с фоновой патологией, которая нередко определяется у данного контингента детей.

Нами представлен клинический случай развития подкорково-мозжечковой дегенерации на фоне врожденного нарушения В-окисления жирных кислот, осложнившийся Рейе-подобным синдромом, что было подтверждено морфологически. При изучении доступных источников литературы мы не встретили подобного сочетания, диагностированного прижизненно и подтвержденного морфологически.

Под нашим наблюдением находился ребенок А., 1 год 3 мес., поступивший в клинику впервые в возрасте 8 месяцев с проявлениями судорожного синдрома, генез которого уточнялся все время пребывания ребенка в клинике. Особенностью судорог у данного ребенка был гемиоклонический синдром, который характеризовался постоянными клонусами конечностей, не смотря на высокие дозы комбинированной противосудорожной терапии. Анамнез жизни отягощен, угроза прерывания в сроке гестации 32-33 недели, роды в срок со слабостью родовой деятельности, в родах - перелом ключицы. До 7 месяцев ребенок отставал в психомоторном развитии, впервые неврологическая симптоматика появилась после ОРВИ, что потребовало исключения нейроинфекции, проведения МРТ головного мозга, при которой диагностирована подкорково-мозжечковая дегенерация. Несмотря на проводимое лечение, течение заболевания носило прогрессивный характер, что дало возможность предполагать врожденное нарушение обмена, которое подтверждено в МГЦ г. Харькова и типировано как нарушение обмена В-окисления жирных кислот. Ребенок в течение 5 месяцев постоянно находился под наблюдением врачей, однако, наслоение вирусного заболевания привело к метаболической катастрофе в виде угнетения функции ЦНС, миоклонических судорог, носивших непрерывный характер, не поддающихся медикаментозной коррекции и появления прогрессирующего нарушения функции печени в виде цитолиза (превышение до 10 норм), гипербилирубинемии за счет прямой фракции и гипопропротеинемии (вирусные гепатиты исключены), что было расценено как развитие осложнения в виде синдрома Рейе.

На фоне проводимой терапии состояние ребенка ухудшалось, осложнилось синдромом полиорганной недостаточности (церебральная, дыхательная), и несмотря на проведение реанимационных мероприятий, была констатирована биологическая смерть.

При патологоанатомическом исследовании биоптатов: печень – дисконфлексация балочной структуры печени, гепатоциты в состоянии

крупнокапельной жировой дистрофии с разрывом цитолеммы и цитолизом. Почки – в части эпителиоцитов канальцев жировая дистрофия – интрацеллюлярно внутри цитоплазмы жировые вакуоли. Головной мозг - явления выраженного периваскулярного, перичеллюлярного и перинуклеарного отека.

Заключение: особенность данного клинического случая заключается в сочетании подкорково-мозжечковой дегенерации на фоне нарушения обмена жирных кислот с дальнейшим развитием Рейе-подобного синдрома.

**Мещанина Д. Р., Медік Є.І., Забашта І.В.**  
**ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКА СЕРЕДНЬОГО ВМІСТУ ГЕМОГЛОБІНУ В**  
**ЕРИТРОЦИТІ У ДІТЕЙ З ПІСЛОНЕФРИТОМ**

**Кафедра педіатрії №1 та неонатології**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м. Харків, Україна Науковий керівник - к.мед.н Дриль.**

Численні дослідження свідчать про актуальність вивчення показників крові у дітей з нирковою недостатністю. Недостатньо описані зміни показників гемограми у дітей з захворюванням нирок, що визначені за допомогою гематологічного аналізатора, у тому числі середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті (МСН).

Мета роботи: проаналізувати показники гемограми за допомогою гематологічного аналізатора у дітей у різні періоди перебігу пієлонефриту.

Матеріали та методи. Обстежено 54 дитини від 1 до 17 років життя (середній вік  $6,6 \pm 4,3$ р.). За статтю переважали дівчатка: 44 ( $81,5 \pm 5,3\%$ ) проти 10 ( $18,5 \pm 5,3\%$ ). В залежності від періоду перебігу пієлонефриту, дітей розподілено на 3 групи: I група 26 дітей із ремісією хронічного пієлонефриту, середня тривалість захворювання  $5,2 \pm 4,02$  роки; II група 13 дітей з загостренням хронічного пієлонефриту, тривалість  $2,6 \pm 2,05$  роки; III група 15 дітей з гострим активним пієлонефритом, тривалістю  $5,3 \pm 4,4$  доби.

Отримані результати. Анемію легкого ступеню виявлено у 20 ( $37,03 \pm 6,6\%$ ) дітей, з яких 6 ( $23,8 \pm 8,4\%$ ) - з I гр., 7 ( $53,8 \pm 14,3\%$ ) - з II гр, 7 ( $46,6 \pm 13,3\%$ ) - з III гр.. Середній об'єм еритроцитів було знижено у 24 ( $44,4 \pm 6,8\%$ ) дітей, найчастіше у дітей III гр. ( $53,3 \pm 13,3$ ). МСН знижено у 39 ( $72,2 \pm 6,15\%$ ) дітей, найчастіше у дітей II гр. Середній об'єм тромбоцитів знижено у 11 ( $20,3 \pm 5,5\%$ ) дітей, частіше у дітей з III гр. - 6 ( $40,0 \pm 13,0\%$ ).

Висновки. Третина дітей з пієлонефритом має гіпохромну, мікроцитарну анемію легкого ступеню, особливо в період загострення процесу та наявності активного запалення. Зниження МСН у переважної більшості дітей  $72,2 \pm 6,15\%$ , що дає змогу розцінювати цей показник, як ранній прояв анемії (ще до зниження гемоглобіну).

**Паніч Р.В., Шубіна М.В.**  
**РІВЕНЬ КОМПЛАСІТНОСТІ ДО ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА В СУЧАСНОМУ**  
**СУСПІЛЬСТВІ**

**Кафедра пропедевтики педіатрії №1**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник – доцент Атаманова О.В.**

На сучасному етапі розвитку суспільства, у СМІ та на телебаченні все частіше з'являється багато негативної інформації щодо лікарських помилок, що призводить до

зниження довіри (рівень комплаєнтності) до лікарів. На сьогодні майже кожна людина, особливо батьки, котрі сильно переймаються здоров'ям своїх дітей перевіряють призначення лікаря в Інтернеті. Саме тому об'єктивна оцінка рівню комплаєнтності до лікарів-педіатрів являється актуальним питанням.

Мета дослідження: визначити рівень комплаєнтності до лікарів-педіатрів шляхом анонімного опитування батьків.

Було опитано 50 респондентів (батьків). Опитування проводилося на базі 16-ої Міської дитячої поліклініки, педіатричного стаціонару 17-ої Клінічної багатопрофільної лікарні, серед знайомих. Оцінювався рівень комплаєнтності (С), залежність його від фінансового стану батьків (C<sub>fin</sub>) та від впливу оточуючого їх соціуму (C<sub>soc</sub>). Інтегральним показником, що показував успішність лікування в залежності від рівня комплаєнтності, став рівень успішності (IS). Були розроблені бланки опитування, які складались з 21 запитання. Кожне запитання оцінювалося від 0 до 2 балів в залежності від різних критеріїв. Рівень комплаєнтності оцінювався наступним чином: від 0 до 14 балів – низький, від 15 до 28 – середній, від 29 до 42 – високий. Рівень успішності оцінювався наступним чином: від 0 до 0,4 – низький, від 0,41 до 0,7 – середній, від 0,71 до 1,0 – високий.

Аналіз результатів дослідження показав, що порівнюючи рівень довіри до лікарів стаціонару та поліклініки було визначено, що рівень довіри до лікарів поліклініки вищий ( $p < 0,005$ ). При цьому, по стаціонару сукупний рівень успішності склав 69,3, у поліклініці 71,2, що свідчить про середній рівень показника IS. На даний показник вплинув незначний відсоток C<sub>fin</sub>C<sub>soc</sub>. Сукупний рівень комплаєнтності до лікарів серед батьків, дитина яких перебуває у стаціонарі склав 31 бал, у батьків, дитина яких лікується амбулаторно, тобто в умовах поліклініки склав 34 бали, що свідчить про високий рівень довіри.

Отже, рівень довіри до лікаря-педіатра є високим. За рахунок незначного впливу на батьків матеріального та соціального чинників, рівень успішності лікування є середнім

**Плюшко Д.Г., Кебашвили С.В.**

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КЛЕНОВОГО СИРОПА**

**Кафедра медицинской генетики**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д. мед.н., проф. Гречанина Е.Я.**

Введение: болезнь кленового сиропа (MSUD) - это группа наследственных нарушений обмена аминокислот - валина, лейцина, изолейцина, называемых аминокислотами с разветвленной цепью.[1,2] Причиной данного нарушения является мутация комплекса дегидрогеназы альфа-кетокислот с разветвленной цепью (BCKDH). Все мутации являются аутосомно-рецессивными.[1,2] Заболеваемость в Европе составляет примерно 1: 200 000. [3] Целью нашего исследования было выявить и установить минимальные диагностические критерии для безошибочной и более быстрой диагностики MSUD. Мы стремимся к тому, чтобы наша работа была простой и широко применялась в акушерской и педиатрической практике.

Методы: стандартные клинические, тест с динитрофенилгидразином (ДНФГ), КТ, МРТ, ЭЭГ, тандемная масс-спектрометрия (ТМС).

Результаты: мы проанализировали истории болезни наблюдающихся в ХСМГЦ двух пациентов с MSUD и более 30 анализов с целью выявления надежных диагностических критериев для ранней и безошибочной диагностики этого заболевания. В результате проделанной работы, мы можем предположить, как достоверно, минимизируя количество тестов, установить диагноз MSUD. Основные симптомы, которые мы определили: нормальный фенотип, вялость, мышечная дистония, замедление развития, плохое вскармливание, сладкий запах экскрементов пациентов, колебания/прогрессивные неврологические заболевания, энцефалопатия прогрессивная после 3-5 дней жизни, отек головного мозга, кома, повышение уровня аминокислот с разветвленной цепью при ТМС, положительный тест с ДНФГ, улучшение состояния после назначения диеты. Выделение данных диагностических критериев для подозрения диагноза MSUD позволило также применить их для дифференциальной диагностики.

Заключение: учитывая то, что существуют формы заболевания, при которых смерть наступает в первые дни жизни, и симптомы могут появиться уже в первые часы жизни, важно, чтобы установить диагноз MSUD можно было скорее и достовернее, не только чтобы спасти ребенку жизнь, но и исключить развитие тяжелых, зачастую инвалидизирующих симптомов в будущем

**Подгалая Е.В.**

## **СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Кафедра педиатрии №1 и неонатологии**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель – профессор Гончарь М.А.**

У новорожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) имеют место особенности функционирования сердечно-сосудистой системы (ССС), связанные с морфо-функциональной незрелостью системы кровообращения.

Цель: уточнить наличие и варианты изменений ССС у новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы: методом случайной выборки было обследовано 13 преждевременно рожденных новорожденных, из которых 76,93% имели ОНМТ и ЭНМТ при рождении (23,07% и 53,84% соответственно); проводилась оценка состояния ССС у детей с ОНМТ и ЭНМТ с учетом данных акушерского анамнеза, физикального обследования, оценки результатов ультразвукового исследования сердца (ДЭХОКГ), суточного мониторингирования ЭКГ (ХМ-ЭКГ).

Результаты исследования: обследовано 13 преждевременно рожденных детей со средним сроком гестации 27,8 недели и массой тела 810 - 1300г.; 38,5% новорожденных были от многоплодных беременностей; оперативное родоразрешение имело место в 69,2% случаев; экстрагенитальная патология – у 53,8% беременных. В структуре диагноза новорожденных имела место следующая патология: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС - 61,5 %, синдром системного воспалительного ответа-15,3%, респираторный дистресс синдром средней и тяжелой степени-53,8%, апноэ недоношенных - 33,3 %, открытое овальное окно - 84,6 %, открытый артериальный проток (ОАП) - 84,6 %, легочная гипертензия новорожденных - 53,84%, неонатальная желтуха - 30,7 %,



Средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) составила 120-150 уд./мин., артериальное давление - 60-82/36-42 мм.рт.ст.

По данным ДЭХОКГ у 70% новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ отмечалась умеренная дилатация правых камер; у всех новорожденных с ОАПом проток имел диаметр от 1 до 2,1 мм и был гемодинамически не значимым; фракция выброса у всех новорожденных была удовлетворительной; показатели среднего давления в легочной артерии колебались в пределах 28-46 мм.рт.ст.; у 20% новорожденных имела место транзиторная недостаточность клапанного аппарата.

При оценке результатов ХМ-ЭКГ в структуре нарушений сердечного ритма (НСР) у новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ выявлены следующие показатели: предсердная экстрасистолия - 60%, желудочковая - 50%, атрио-вентрикулярная (АВ) узловая-60%, удлинение интервала QT-20%, АВ-блокада 1 степени - 10%, элевация/депрессия ST - 30%. Среднесуточная ЧСС составила 138-163 уд/мин. с максимальными значениями 174-212 уд./мин.

Выводы: у новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ отмечается более длительная персистенция фетального кровообращения и повышение симпатической регуляции сердечного ритма; ХМ-ЭКГ является высокоинформативным и малоинвазивным методом диагностики и контроля жизнеугрожающих НРС.

**Подгалая Е.В., Зозуля О.В., Овчаренко А.А., Тесленко Т.А.  
ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ФЕТОПАТИЯ: МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ  
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У  
НОВОРОЖДЕННЫХ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

**Кафедра педиатрии №1 и неонатологии  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель – профессор Гончарь М.А., доцент Бойченко А.Д.**

На сегодняшний день установлено, что материнская гипергликемия в течение третьего триместра беременности ведет к гипертрофии миокарда плода с развитием диабетической кардиомиопатии у 40% у новорожденных.

Цель: оценить функциональные и структурные изменения сердечно-сосудистой системы у новорожденных от матерей с сахарным диабетом (СД) в неонатальном периоде, определить критерии верификации диагноза диабетической кардиомиопатии.

Материалы и методы: обследовано 48 новорожденных: 1 группа – 33 ребенка от матерей с СД и 2 группа – здоровые новорожденные (15 детей); проводилась оценка данных акушерского анамнеза, физикального и инструментального (ДЭХОКГ, ЭКГ, ХМ-ЭКГ) обследований.

Результаты исследования: у 100% женщин имело место осложненное течение беременности. СД 1 типа установлен 28 матерям (84,8%), гестационный СД – 5 (15,2%). При клиническом обследовании выявлено: макросомия – у 7 новорожденных (21,2%), пастозность – у 9 (27,3%), петехии – у 6 (18,2%), гипертрихоз – у 3 (9,1%), систолический шум – у 18 (54,5%), Синдром дыхательных расстройств установлен у 6 (18,2%), гипогликемия в первые 2 суток зарегистрирована у 11(33,3%). Диагноз диабетической фетопатии (ДФ) (МКБ10 P70, P70.1) установлен 30 (90,1%) ребенку. При ЭКГ-исследовании выявлены нарушение процессов реполяризации миокарда ЛЖ – у 11 (33,3%) детей. Двум детям проведено ХМ-ЭКГ в связи с нарушением сердечного ритма после рождения. При проведении ХМ-ЭКГ у новорожденных с ДФ

выявлены следующие варианты нарушения сердечного ритма: эпизоды синусовой тахикардии до 186 уд/мин. (100%), предсердная экстрасистолия (100%), блокированная предсердная экстрасистолия (50%), удлинение интервала QT (50%), нарушение процессов реполяризации (100%). По данным ДЭХОКГ выявлена умеренная дилатация правых камер сердца, обратный ток на трикуспидальном клапане I-II ст. – у 22 (72,7%) детей, регургитация на клапане легочной артерии – у 6 (18,2%), малые аномалии развития сердца в виде aberrантных трабекул ЛЖ – у 11 (33,3%), аневризматической деформации межпредсердной перегородки – у 10 (30,3%); у 6 (18,2%) детей имела место легочная гипертензия новорожденных. Выявлены достоверные различия между показателями ДЭХОКГ новорожденных с ДФ и обследованными контрольной группы по показателям конечно-диастолического размера ЛЖ более 2 сигмальных отклонений по шкале Z-score ( $p < 0,01$ ), толщине задней стенки ЛЖ ( $T > 4,0 \pm 0,55$  мм,  $p < 0,05$ ), толщине межжелудочковой перегородки ( $T > 4,7 \pm 0,65$  мм,  $p < 0,01$ ), градиента давления в выводном отделе ЛЖ более 10 мм рт ст. ( $p < 0,01$ ). Асинергия сокращений миокарда диагностирована у 18,2%, диастолическая дисфункция ЛЖ по типу замедленного расслабления у 75,8% ( $p < 0,05$ ) обследованных.

Выводы: 1. У 87,9 % новорожденных с диабетической фетопатией в раннем неонатальном периоде выявлены структурные и функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде гипертрофии стенок желудочков, нарушений ритма сердца и диастолической дисфункции левого желудочка по типу замедленного расслабления. 2. К критериям диагностики диабетической кардиомиопатии можно отнести гипертрофию межжелудочковой перегородки, стенки левого желудочка, увеличение градиента давления в выносящем тракте левого желудочка.

**Поликов Г.О., Карпушенко Ю.В.**

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА ПО СТАНДАРТАМ ПРОГРАММЫ ИСААК**

**Кафедра пропедевтики педиатрии №2,**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – профессор Клименко В.А.**

Проблема аллергических заболеваний является актуальной для Украины. В Харьковском регионе распространенность бронхиальной астмы (БА) составляет 9,8 %, аллергического ринита – 12,6 %, атопического дерматита – 5,6 %. Для них характерны раннее начало, тяжелое рецидивирующее течение, хронизация, что приводит к снижению "качества" жизни и ранней инвалидизации (инвалидность по БА в Харьковском регионе - 2,92 на 10 000).

Программа международного исследования астмы и аллергии у детей - International Study of Asthma and Allergy in Childhood - ISAAC была создана для повышения качества эпидемиологических исследований аллергических заболеваний путем создания стандартизированной методологии и содействия международному сотрудничеству.

Цель: повышение качества эпидемиологических исследований бронхиальной астмы у детей Харьковского региона на основе стандартизированной методологии.

Материалы и методы. С помощью стандартизированных опросников проанкетировано 520 детей г. Харькова и Харьковской обл. в возрасте 6-7 и 13-14 лет. Результаты обработаны методами вариационной статистики.

Результаты. Среди опрошенных 69% - дети 7-8 лет и 31% - 13-14 лет. Признаки БА отмечены у 15% респондентов. Семейный анамнез отягощен: у 23% по аллергопатологии (со стороны 1 родителя – у 15%, обоих родителей – 21%); по заболеваниям органов пищеварения – у 10%, эндокринной патологии – 9%; почек – 4%. Питание матери во время беременности у 30% было гипоаллергенным, у 15% - отмечались различные пристрастия в еде; 55% не ограничивали пищу. Большинство (61%) детей с признаками БА находились на смешанном вскармливании, 31% - на естественном и 9% - на искусственном. При этом ранние сроки введения прикорма (до 4х мес) отмечались лишь у 16%. Характер питания у подавляющего большинства детей (76%) – полноценное, 24% - питание «фаст фуд» и 10% - «сухоедение». При оценке качества жизни, 17% и 18% детей с признаками БА отмечали ограничения в занятии спортом и участии в общественных мероприятиях. 68% опрошенных привиты по календарю, 19% - по индивидуальному графику, 13% - не привиты.

Выводы. 1. Признаки БА отмечаются у 15% детей, что превышает данные официальной статистики. 2. Чаще (23%) признаки БА отмечаются у детей с отягощенной по аллергическим заболеваниям наследственностью. 3. В 70% случаев матери не ограничивали свой рацион или имели пристрастия в еде, что могло привести к внутриутробной сенсibilизации. 4. Большинство детей (61%) находились на смешанном вскармливании. 5. Качество жизни 17,5% детей с признаками БА снижено за счет ограничений в занятии спортом и участии в общественных мероприятиях.

**Попова Т.О.**

## **ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМУ БРОНХІТІ .**

**Кафедра педіатрії № 1 та неонатології**

**Харківський національний медичний університет,**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник – к.мед.н. Цюра О.М.**

Протягом останніх десятиріч обструктивний бронхіт (ОБ) та бронхіальна астма (БА) займають провідне місце серед хвороб органів дихання дитячого віку в Україні, що узгоджується з загальносвітовою тенденцією. Обструктивний бронхіт має схильність до рецидивів і ускладнень, може трансформуватися в бронхіальну астму. Незважаючи на значні досягнення в розробці ефективних методів лікування і профілактики БА й ОБ у дітей, виявляється висока частота порушень з боку серцево-судинної системи (ССС). Питання ранньої діагностики стану ССС у дітей при ОБ та БА має клінічне значення в практичній медицині.

Мета дослідження. Вивчення стану ССС у дітей з обструктивним бронхітом та бронхіальною астмою для прогнозування розвитку кардіоваскулярних ускладнень.

Матеріали та методи. Було обстежено 50 дітей (32% дівчат і 68% хлопчиків) у віці від 3 місяців до 14 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні КЗОЗ «ОДКЛ» м. Харкова. Дослідження проводилося за допомогою активного анкетування дітей та їх батьків з метою виявлення факторів ризику розвитку патології ССС, оцінки об'єктивного статусу. Стан ССС оцінювали за даними електрокардіографії (ЕКГ), ультразвукового дослідження серця (УЗД) и доплерехокардіографії (ДЕХОКГ). Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали з використанням пакета програм OpenOffice та «Statistica 6.0».

Результати дослідження. В залежності від діагнозу діти були розподілені на дві групи: до першої увійшли пацієнти з гострим обструктивним бронхітом (40%), а до другої – з бронхіальною астмою в період загострення (60%). Під час проведення анкетування виявлено, що спадковість по БЛП була обтяженою у 16% дітей з першої групи, у другій групі даний показник склав 34%. Обтяжений сімейний анамнез по захворюванням ССС в обох групах зустрічався з однаковою частотою (15-16 %,  $p \geq 0,05$ ). Алергічний анамнез був обтяжений у 60% дітей з другої групи (прояви atopічного дерматиту, алергічного риніту), у 10% дітей першої групи зустрічались прояви харчової алергії. Під час проведення ЕКГ у 35% першої групи та 33,3% другої групи були виявлені порушення ритму у вигляді синусової брадикардії та тахікардії, які зустрічались з однаковою частотою без достовірної різниці між обома групами ( $p \geq 0,05$ ). За електрокардіографічними даними у більшості дітей обох груп були ті або інші прояви порушень процесу реполяризації міокарда. Малі структурні аномалії за даними УЗД серця виявлені у 34% усіх дітей, достовірної різниці між даними показниками в групах немає ( $p \geq 0,05$ ). Порушення діастолічної функції правого шлуночка спостерігалось у 20 % дітей другої групи у періоді загострення захворювання, чого не відмічалось у дітей першої групи ( $p < 0,01$ ).

Висновки. Кардіоваскулярні порушення залежать від тяжкості захворювання: у дітей з гострим обструктивним бронхітом достовірних змін з боку серцево-судинної системи не відзначалось, тоді як у дітей з бронхіальною астмою спостерігалась тенденція до виникнення ознак вторинної кардіоміопатії. Кардіоваскулярні порушення при бронхолегеневій патології в дитячому віці є потенційно зворотніми, що потребує своєчасної діагностики ризику їх виникнення та корекції тактики ведення хворого.

**Потихенская К.**

## **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ**

**Кафедра педиатрии № 2**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – профессор Ю.В.Одинец**

Актуальность. Геморрагический васкулит (ГВ) является острым лейкоцитокластическим васкулитом, который поражает чаще всего кожу, суставы, желудочно-кишечный тракт и почки. Проявляется у детей в возрасте 2-6 лет. Результаты последних исследований свидетельствуют о том, что в Украине заболеваемость ГВ у детей составляет около 5 на 10000 населения. Тенденция к увеличению данного показателя стремительно растет. Отмечается склонность к хронизации процесса. Следует отметить что осложнения, возникшие в процессе течения ГВ, могут привести к почечной недостаточности в раннем возрасте.

Цель: проследить изменения в иммунологическом статусе ребенка при ГВ.

Материалы и методы: Обследовано 40 детей в возрасте 3-7 лет, которые находились на лечении в гематологическом и соматическом отделениях КУОЗ «Харьковская городская детская клиническая больница № 16». Согласно протоколам проведено ряд лабораторных и инструментальных исследований (помимо рутинных исследований проводилось иммунологическое, С3, С4- комплементопределяющее исследование).

Результаты: ведущие клинические признаки ГВ являются кожная сыпь (100%), артрит (70%), артралгии (50%), боли в животе (63%), нефрит (30%). При ГВ

виявлені відхилення в показателях иммунограми в залежності від клінічної форми, ступеня активності і тривалості захворювання. При абдомінальній і кожно-суглобовій формах в період гострого перебігу відзначається патологічна активація імунної системи (збільшення рівнів CD3+, CD4+, CD25+ лімфоцитів, В-лімфоцитів, збільшення вмісту ЦИК, угнетення неспецифічної резистентності, дисиммуноглобулінемія). При кожно-суглобовій формі з рецидивуючим перебігом відзначається угнетення Т-клітинного ланки імунітету, активація В-лімфоцитів з дисиммуноглобулінемією.

Висновки: питання патогенезу перебігу ГВ недостатньо вивчено. Однак, зміни в іммунологічному статусі дають уявлення про іммунологічно-залежне порушення реологічних властивостей крові.

**Пугачова К.А.**

## **АНАЛІЗ ТРИГЕРНИХ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ РЕАКТИВНИХ АРТРИТІВ У ДІТЕЙ**

**Кафедра педіатрії №1 та неонатології**

**Харківський національний медичний університет,**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник – професор Сенаторова Г.С.**

Реактивним артритом називають негнійний запальний процес у суглобах, що має хронологічний зв'язок із інфекційним захворюванням позасуглобової локалізації у осіб, що мають генетичну схильність. Респіраторні, кишкові, урогенні, вірусні інфекції можуть призводити до розвитку РеА. З кожним роком спектр збудників, відповідальних за виникнення цієї патології суглобів розширюється, що і обумовлює актуальність даного дослідження.

Мета: удосконалення діагностики реактивних артритів у дітей, шляхом вивчення тригерних факторів розвитку захворювання у дітей.

На базі кардіологічного відділення ОДКЛ обстежено 30 дітей хворих на реактивний артрит у віці від 2 до 16 років. Вивчався анамнез захворювання, проводилось бактеріологічне дослідження мазків носоглотки, сечі, а також серологічне дослідження до наступних збудників: цитомегаловірус, вірус Епштейн-Барра, вірус простого герпесу 1, 2 та 6 типи, хламідія, мікоплазма, уреоплазма.

Проведений аналіз анамнезу захворювання виявив, що у третини (33,3±8,7%) дітей тригером артриту було перенесене гостре респіраторне захворювання, у 1 (3,3±3,3%) - вильовоагніт та у 3 (10,0±5,6%) дітей травма. У 16 (53,3±9,3%) дітей в анамнезі не виявлено жодних тригерів.

Підвищення титрів антитіл до Епштейн-Барр вірусу відмічалось найбільш часто – у 18 (60,0±9,1%) хворих. Хламідійна інфекція зареєстрована у 4 (13,3±6,3%) пацієнтів. У третини дітей виявлено мікоплазменну інфекцію (33,3±8,7%), а також інфікованість цитомегаловірусом (33,3±8,7%). ВПГ 1,2 типи, а також 6 типу зареєстровано відповідно у 9 (30,0±8,5%) та 12 (40,0±9,1%) дітей. У 19 (63,3±8,9%) хворих відмічалось одночасне підвищення титрів антитіл до декількох збудників.

Бактеріологічне дослідження мазків із носоглотки у 3 (10,0±5,6%) дітей виявило наявність *Streptococcus haemolyticum*, у 8 (26,7±8,2%) *S. Aureus* та одиничне виявлення ентерококів, *Kl. Oxytoca*, *C. Pseudodiphthericum*, *S. viridans*, *N. flava*.

Таким чином, досить часто на сьогоднішній день розвитку реактивних артритів у дітей передують гострі респіраторні інфекції. Серед внутрішньоклітинних збудників найбільш часто виявлялася мікоплазмена інфекція, тоді як хламідії

виявлено лише у 4 дітей. Серед сімейства герпесної групи переважало інфікування дітей вірусом Епштейн-Барра. У 63,3±8,9% хворих на реактивний артрит відмічалось одночасне підвищення титрів антитіл до декількох збудників.

**Рудь В. П.**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Кафедра педиатрии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.м.н. Афанасьева О. А.**

Острый лейкоз является наиболее распространённым злокачественным новообразованием в детском возрасте, на его долю приходится около 40% всех опухолей у детей до 18 лет. Применение современных программ терапии позволяет добиться пятилетней бессобытийной выживаемости более чем у 70% детей с острым лимфобластным лейкозом и у 40-45% с острым миелобластным лейкозом. Поэтому одной из главных задач в настоящее время является своевременная диагностика данного заболевания.

Нами обследовано 26 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, которые находились на лечении в гематологическом отделении Харьковской городской детской клинической больницы №16 с диагнозом острый лимфобластный лейкоз (76,9% пациентов) и острый миелобластный лейкоз (23,1%). Среди них мальчиков было несколько больше, чем девочек (57,7% и 42,3% соответственно). Выявлено, что в среднем от момента появления первых симптомов заболевания у этих детей до постановки диагноза проходило от 2-х недель до 1,5 месяцев, однако почти у трети пациентов диагноз поставлен в течение 4-6-и месяцев, а у 11,5% детей лейкоз не был диагностирован в течение 1 года.

Начальные симптомы у большинства обследованных детей не были специфичными. При поступлении чаще всего дети жаловались на общую слабость (76,9%), снижение или отсутствие аппетита (61,5%), выраженную бледность кожных покровов (61,5%), а также имели место увеличение лимфатических узлов, печени, селезёнки (84,6%), повышение температуры тела до высоких цифр с клинической симптоматикой острой инфекции (57,7%), боли в костях и суставах (30,8%), геморрагическая сыпь (53,8%), снижение массы тела (15,4%). Эти дети поступали в гематологическое отделение с диагнозами анемия неясного генеза, лимфоаденопатия, геморрагический васкулит, своевременно попадая под наблюдение гематолога. Начало заболевания под маской ОРВИ затрудняло раннюю диагностику лейкоза. Также отмечались случаи, когда заболевание дебютировало с болей в животе. Такие дети направлялись в хирургический стационар с диагнозом «острый живот» (аппендицит, инвагинации, кишечная непроходимость), что приводило к позднему началу лечения и значительно влияло на прогноз заболевания.

При лабораторном исследовании в крови у 92,3% детей отмечалось снижение уровня гемоглобина, при этом у 34,6% детей выявлена анемия тяжёлой степени, у 30,8% – средней и у 26,9% – лёгкой степени тяжести. Нормальный уровень лейкоцитов отмечался менее чем у трети пациентов (23,1%), лейкопения – у 34,6% детей, лейкоцитоз – у 42,3%, при этом у 15,4% детей отмечался гиперлейкоцитоз более  $100 \times 10^9/\text{л}$ . Лишь у 11,5% пациентов выявлен нормальный уровень тромбоцитов, при этом у 38,5% их количество снижалось менее  $30 \times 10^9/\text{л}$ , обуславливая

выраженные проявления геморрагического синдрома. Бластные клетки в периферической крови обнаружены у 84,6% детей, ускоренная СОЭ – у 76,9% больных.

Таким образом, для диагностики острых лейкозов у детей важным является тщательно собранный анамнез и внимательный анализ совокупности клинических симптомов. Если у ребёнка имеют место симптомы интоксикации, бледность кожных покровов, быстрая утомляемость, слабость без видимой причины, потеря массы тела, боли в костях, необходимым является проведение клинического анализа крови, а также наблюдение за показателями крови в динамике, когда лечение какого-либо заболевания не приносит должного терапевтического эффекта. Педиатры и врачи общей практики должны иметь настороженность относительно возможности развития острого лейкоза у ребёнка.

**Семенюк М.А.**

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МСР-1 И ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

**Кафедра педиатрии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель –доцент Алексеева Н.П.**

В развитии воспаления как ключевого механизма патогенеза бронхиальной астмы, важная роль принадлежит клеткам иммунной системы и медиаторам воспаления.

Цель исследования. Изучить содержание МСР-1 в крови детей с бронхиальной астмой (БА) в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 детей больных БА, из них 29 мальчиков и 11 девочек. Средний возраст обследованных составил  $11,1 \pm 4,2$  лет. В зависимости от тяжести течения БА больные были разделены на 3 группы: в 1-ю группу включены 20 детей с легким персистирующим течением, во 2-ю группу - 9 пациентов с течением БА средней степени тяжести, 3-ю группу составили 11 больных с тяжелым течением заболевания. В группу контроля включены 17 практически здоровых детей, которые были сопоставимы по полу и возрасту. Концентрацию МСР-1 в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа ELISAc использованием набора BenderMedsystems (Австрия) МСР-1. Результаты обработаны при помощи пакета программ Statistica 6.0 Microsoft с использованием descriptivestatistics и определением Mean, Lower&Upperquartiles. Достоверность различий оценивали непараметрическими методами с использованием Mann-WhitneyUtest.

Результаты исследования и обсуждение. В результате исследования выявлено, что наиболее высокая концентрация МСР-1 была определена у больных 1-й группы – 868,07 пм/мл (797,29; 954,41). У пациентов 2-ой группы уровень МСР-1 был ниже, чем у пациентов 1-ой группы и составил 784,94 пм/мл (648,22; 905,17),  $p > 0,05$ . Дети в 3-ей группе имели наиболее низкое содержание МСР-1 в сыворотке крови - 707,69 пм/мл ( 583,22; 825,68), что было достоверно ниже, чем у больных 1-ой группы - 868,07 пм/мл (797,29; 954,41),  $p < 0,02$ . Следует отметить, что во всех исследуемых когортах пациентов с БА отмечено достоверное увеличение уровня хемокина МСР-1 в сравнении с группой контроля 373,12 пм/мл (353,80; 400,00),  $p < 0,05$ . Анализ результатов определения МСР-1 и показателей иммунной системы больных БА не

виявил значимих взаємозв'язей. Була встановлена пряма кореляція з показателями Т-лімфоцитів (CD3)  $r=0,84$  ( $p<0,02$ ) у дітей 2-ої групи, зворотна зв'язь ( $r=-0,23$ ) з рівнем IgE. З рівнем моноцитів в периферическій крові у обстежених всіх груп кореляції виявлено не було.

**Заклучення.** У дітей з БА відзначається підвищення рівня МСР-1, що свідчить про участь цього хемокину в формуванні запального процесу. Високе значення МСР-1 у хворих з легким персистируючим теченням БА може бути маркером активації захисних сил, а зниження його по мірі наростання тяжкості, можливо, відображає прогресування запалення з формуванням ремоделювання бронхіального дерева з елементами необоротних склеротических змін.

**Серветник А.В., Конарева В.И.**  
**СТРУКТУРА ПИЛКОВОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ**  
**ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ**

**Кафедра пропедевтики педіатрії №2**  
**Харківський національний медический університет,**  
**г. Харків, Україна**

**научний керівник – д.мед.н., доц. Клименко В.А.**

Розповсюдженість полінозів становить до 30 % серед алергічних захворювань. В останні роки захворюваність дітей на поліноз має стійку тенденцію до зростання. Етіологічним фактором полінозу є пилок вітрозпилюваних рослин, який має виражену алергенну активність. Доведено, що етіологічна структура пилкової сенсібілізації характеризується суттєвими регіональними відмінностями. Вищеведене диктує потребу вивчення структури пилкової сенсібілізації у дітей різних регіонів України та визначає актуальність дослідження.

Задача дослідження: вдосконалення діагностики та лікування полінозів у дітей Харківського регіону шляхом встановлення регіонального спектру пилкових алергенів.

Матеріали і методи: проведено аналіз 261 історії хвороби дітей, які проходили обстеження в алергоцентрі КЗОЗ «ОДКЛ № 1» м. Харкова в 2014 році. Сенсібілізація виявлялася методом шкірного прик-тесту. Отримані дані оброблені методами варіаційної статистики.

Результати та їх обговорення. Значуща пилкова сенсібілізація виявлена у 194 (74,3%) дітей, із них - 95 (48,71 %) хлопчиків та 99 (51,29 %) дівчат. У пацієнтів встановлено діагнози: у 156 (80,4 %) дітей – алергічний риніт, у 67 (34,5 %) – бронхіальна астма, у 23 (11,9%) – atopічний дерматит, у 12 (6,7%) – алергічний кон'юнктивіт, у 8 (4,1 %) – алергічний дерматит, та по 4 дитини (2,1%) страждали на кропив'янку та ангіоневротичний набряк. Розподіл дітей за віком: до 6 років – 28(14,4 %), 6-11 років - 100 (51,3%), 12-18 років - 66 (34,3 %). Виявлено наступну частоту сенсібілізації до пилкових алергенів: ясен 60%, граб 50%, ліщина 44,1%, береза 41,7%, гречиця 38%, кукурудза 35,5%, лебеда 35,4%, кульбаба 33,1%, вільха 30,5%, верба 30%, соняшник 27,1%, амброзія 27%, циклохена 26,9%, жито 26,4%, дуб 26%, полин 25,7%, райграс 25%, костриця 25%, китник 25%, тимофіївка 22,1%, стоколос 20,8%, пирій 19%, тополя 17,3%, волоський горіх 15,4%, сосна 13,8%, кропива 13,3%, тонконіг 8% та подорожник 6,7%.

Таким чином, лідерами з пилкової сенсібілізації у дітей Харківського регіону є дерева, друге місце займають культурні рослини. При порівнянні з іншими



регіонами, виявлено певні відмінності: так, в Луганській області «красивими» алергенами є пилок полину, лебеди, амброзії та лугових трав: в зоні широколистяних лісів, куди входить м. Київ, найбільш значущий пилок злакових трав; у Львові пилок дерев є причиною загострення полінозів тільки в 3 % випадків. Таким чином, дослідження доводить наявність значних регіональних відмінностей та робить актуальним питаннями, щодо перегляду спектру алергенів, які використовуються у діагностичному процесі хворих з підозрою на поліноз.

Висновки. В спектрі сенсibiliзації хворих на поліноз в Харківському регіоні найбільше значення мають ясен, граб, ліщина та береза, що повинно враховуватися при обстеженні хворих.

**Синельникова М.А., Карпушенко Ю.В.**  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У**  
**ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Кафедра пропедевтики педиатрии №2**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель - профессор Белоусова О.Ю.**

Взаимосвязь нарушений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и аллергии является общепризнанным фактом. Эпидемиологическими исследованиями показана высокая частота их сочетания, в значительной мере расшифрованы механизмы формирования аллергии при гастроэнтерологической патологии (Балаболкин И.И., 1999, Денисов М.Ю., 2000). Однако в Украине вопросам изучения поражения органов пищеварения на фоне аллергопатологии у детей уделяется недостаточно внимания, что связано в том числе и с трудностями верификации аллергического генеза заболевания, особенно в раннем возрасте.

Цель: изучить особенности течения гастродуоденальной патологии для улучшения оказания медицинской помощи детям с аллергопатологией.

Материалы и методы: обследовано 66 детей в возрасте от 6 мес. до 17 лет с аллергическими заболеваниями на базе КУОЗ ОДКБ №1. Верификация гастропатологии проводилась согласно протокола №49 от 29.01.2010г. Результаты обработаны с помощью методов вариационной статистики «MicrosoftExcel» на персональном компьютере PentiumIV.

Результаты. Обследовано 66 детей, большинство (69%) составили мальчики. Средний возраст детей с аллергопатологией - 10,4 лет. В структуре аллергических заболеваний: 34% - аллергический ринит (АР), 21% - бронхиальная астма (БА), 45% - сочетание аллергических заболеваний.

При оценке клинических проявлений поражений ЖКТ болевой синдром чаще отмечался у детей с БА (46%) и сочетанием аллергических заболеваний (САЗ) – 53%, у 23% детей болевой синдром отсутствовал. Диспептические явления приблизительно одинаково встречались у всех обследованных детей (32% - с БА, 34% - с САЗ, 29% - с АР). При оценке эндоскопической картины верхних отделов ЖКТ неизменная слизистая пищевода встречалась у 82% детей, желудка – 28%, двенадцатиперстной кишки (ДПК) – у 37%. Деструктивные изменения выявлены у 26% больных, чаще у детей с БА. У трети детей с САЗ отмечались деструктивные изменения в слизистой ДПК. У 8% детей с АР также имели место деструктивные изменения в области желудка. Характер деструкции представлен эрозиями. Эритематозные изменения

слизистой пищевода выявлены у 29% детей с БА; желудка - у 94% больных БА и 87% больных с САЗ; ДПК – 85% больных с БА и 58% - САЗ.

Подавляющее большинство всех обследованных детей (83%) имели признаки дисфункции билиарного тракта. Моторные нарушения в виде дуодено-гастрального рефлюкса отмечались у 44% обследованных.

Выводы.

1. Болевой синдром чаще наблюдается у детей с БА или сочетанием аллергической патологии.
2. Деструктивные формы поражения верхних отделов ЖКТ, представленные эрозивными изменениями, составляют 26%.
3. Наиболее неблагоприятной патологией, при которой развивается наибольшая частота деструктивных и эритематозных форм – БА и ее сочетания.
4. 83% обследованных имели нарушение желчеотделения в виде дисфункции билиарного тракта.
5. Моторные нарушения в виде дуодено-гастрального рефлюкса выявлены у 44% обследованных.

**Стрелкова М.І., Сілічова А.Є, Овчаренко А.О.**  
**ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

**Кафедра педіатрії №1 та неонатології**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник – доцент Омельченко О.В.**

В останні десятиліття спостерігається стрімкий розвиток превентивної медицини, заснованої на попереджуючих і коригуючих заходах. Фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), поділяються на модифіковані (паління; дисліпідемію; підвищення рівня АТ; цукровий діабет; ожиріння; дієтичні фактори; низький рівень фізичної активності; зловживання алкоголем) та немодифіковані (індивідуальний анамнез та сімейний анамнез).

Метою роботи було вивчення стратифікації факторів ризику розвитку патології серцево-судинної системи у дітей із захворюваннями органів травлення.

Матеріали і методи дослідження. Під наглядом перебувало 66 дітей віком від 2 до 17 років, дівчаток – 32 (48,5%) та хлопчиків – 34 (51,5%), із захворюваннями органів травлення. Всі діти знаходилися на лікуванні в гастроентерологічному відділенні Обласної дитячої клінічної лікарні м Харкова. У групі обстежених за віком переважали діти пубертатного віку (53,0%). Проводилось клінічне обстеження хворих, загальноновизнані лабораторні, інструментальні дослідження, генетичний опитувальник.

Результати. Серед дітей проведений аналіз антропометричних даних показав, що у групі обстежених дітей нормальні показники ІМТ мали 42,4% хворих, підвищений 30,2%, та декілька знижених 24,0%. Отже, в групі обстежених є діти схильні до ожиріння, а також з пониженою масою тіла, що може бути обумовлено зниженим апетитом при гастроентерологічній патології.

На момент госпіталізації всім дітям було проведено об'єктивне дослідження серцево-судинної системи: нормальний артеріальний тиск мали 69,7% дітей, предгіпертензію 10,6% дітей, артеріальну гіпертензію I ступеню 13,6% дітей. Середній рівень систолічного артеріального тиску склав  $108,4 \pm 11,05$ , діастолічного

артеріального тиску  $70,1 \pm 7,8$ . Приглушеність тонів серця відмічалась у 22,7% обстежених, а систолічний шум функціонального характеру 37,8%. Результати ЕКГ-дослідження показали, що 68,19% хворих мають зміни на ЕКГ; монотопні порушення ритму серця було виявлено у 50% пацієнтів, серед яких найчастіше спостерігалась синусова аритмія – у 21,21% дітей. За даними ЄХОКГ виявлена помірна дилатація порожнини лівого шлуночка у 30,3% хворих, з малих структурних аномалій частіше зустрічалися аномальні хорди ЛШ у 28,8% дітей, пролапс мітрального клапану I ст у 24,5%.

Детально вивчався анамнез хворих з метою визначення факторів ризику ССС. При опитуванні дітей та їх родини були виявлені наступні ознаки: світле волосся мали 54,5% дітей, 68,5% батьків; блакитні очі мали 28,8% дітей, 30,3% батьків; бліда шкіра спостерігалась у 19,7% дітей, 24,2% батьків; судинний малюнок на шкірі у 13,6% дітей, 10,6% батьків. Вели малорухливий спосіб життя 36,4% дітей.

Наявність захворювань серцево-судинної системи мали місце у 28,0% батьків та у 36,6% інших родичів. Надмірну вагу мали 22,7%, ожиріння I ступеню 11,4%, II ступеню 3,8% батьків. Порушення постави відзначили 45,5% дітей, 6,9% батьків, схильність до переломів мали 15,2% дітей, 3,1% батьків.

Висновки: У переважної кількості хворих з гастроентерологічною патологією спостерігаються функціональні зміни серцево-судинної системи. Важливим чинником розвитку кардіоваскулярного синдрому у дітей з хронічними захворюваннями травного тракту є генетичні дефекти ферментів фолатного циклу, про що свідчать клінічні ознаки у вигляді: світле волосся, блакитні очі, бліда шкіра, судинний малюнок на шкірі, що потребує додаткового генетичного обстеження. Також до найбільш значущих чинників ризику можна віднести: обтяжений сімейний анамнез по раннім серцево-судинним захворюванням в сім'ї, куріння, надлишкову масу тіла або ожиріння.

Стратифікація ризику визначає шанс появи серцево-судинного захворювання, впливає на тактику лікування і вибір тих чи інших препаратів, дозволяє якісно оцінити індивідуальний прогноз і виділити групи для соціально-медичної підтримки.

**Тесленко Т.А., Тесленко В.А.**

**АМПЛИТУДНО-ИНТЕГРИРОВАННАЯ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ В  
ДИАГНОСТИКЕ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЁННЫХ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЁЛУЮ АСФИКСИЮ В РОДАХ**

**Кафедра педиатрии №1 и неонатологии**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель – профессор Гончарь М.А.**

Судороги – грозный симптом поражения центральной нервной системы. У новорождённых они часто могут быть субклиническими, т.е. такими, которые не определяются во время физикального осмотра, но могут быть выявлены при помощи такого современного метода обследования как амплитудно-интегрированная электроэнцефалография.

Цель: усовершенствовать дифференциальную диагностику судорожного синдрома у новорождённых, перенесших тяжёлую асфиксию в родах, с помощью амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии.

Материалы и методы: было обследовано 26 доношенных новорождённых; всем обследованным проводилось исследование рН пуповинной крови и мониторинг амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии в течение 24 часов.

Результаты исследования: из 26 обследованных доношенных новорождённых со средним сроком гестации 39,8 недель 13 (50%) перенесли асфиксию тяжёлой степени при рождении, что было подтверждено субъективно – низкой оценкой по шкале Апгар, и объективно – снижением рН пуповинной крови  $<7,15$ . Минимальное значение рН составило 6,672, а в среднем –  $6,9 \pm 0,18$ .

У 76,9% обследованных асфиксия была обусловлена или сочеталась с синдромом мекониальной аспирации. У 10 (76,9%) новорожденных при проведении физикального обследования и мониторинга амплитудно-интегрированной электроэнцефалографии был выявлен судорожный синдром. 6 (46,1%) обследованных проявили его генерализованными судорогами, в то время как у 4 (30,8%) детей судороги были субклиническими и выявлялись только наличием судорожных паттернов на энцефалограмме.

Выводы: у доношенных новорождённых, перенесших асфиксию тяжёлой степени в родах могут иметь место атипичные субклинические судороги, информативным и неинвазивным методом диагностики которых является амплитудно-интегрированная электроэнцефалография.

**Хасанов А.А., Кибриев Б.А., Халикова Ш.А., Алмарданов Г.  
ИММУННЫЙ ОТВЕТ У ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ  
Кафедра пропедевтики педиатрии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет, г.Харьков,  
Украина**

**Научный руководитель – к.мед.н Лупальцова О.С.**

Интерес к вопросам патогенеза реактивной лимфаденопатии у детей резко возрос в последние годы. Это связано с недостаточной изученностью механизмов иммунного ответа на антигенную стимуляцию. В связи с чем целью исследования явилось выявление особенностей системного клеточного иммунитета у детей с реактивной лимфаденопатией.

Материалы и методы. Дети с реактивной лимфаденопатией ( $n=28$ ), часто болеющие респираторными заболеваниями, в возрасте 3 от до 8 лет, средним возрастом ( $5,9 \pm 2,4$ ) лет, были обследованы в Областной детской клинической больнице №1, г. Харькова. Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование, включавшее: сбор жалоб, анамнез, осмотр, проведение клинических и инструментальных исследований. Диагноз формулировался согласно МКБ-10 и устанавливался в случае реактивного увеличения лимфатических узлов на протяжении больше чем 30 дней с момента окончания клинической манифестации респираторного заболевания. Состояние системного иммунитета определяли с помощью стандартного набора для выявления субпопуляции лимфоцитов ("Гранум", Украина) методом непрямой иммунофлюоресценции. Статистический анализ проводили с использованием "Statistica-6". Исследование выполнялось в соответствии с принципами Хельсинской декларации прав человека, Конвенции Совета Европы по защите прав и достоинства человека в аспекте биомедицины и соответствующих законов Украины.

Результаты и обсуждение. Иммунологическое исследование подтвердило снижение абсолютного числа лейкоцитов у 21 ( $75 \pm 8,3\%$ ) пациента с реактивной

лимфаденопатией. Понижение уровней абсолютного и относительного количества лимфоцитов, при сравнении с нормальными возрастными показателями, были выявлены у 15 (53,6±9,6%) и 17 (60,7±9,3%) детей. Снижение показателей абсолютного числа лимфоцитов - CD<sub>3+</sub>, CD<sub>22+</sub>, CD<sub>4+</sub>, CD<sub>25+</sub> наблюдались соответственно у 10 (35,7±9,2%), 4 (17,9±7,4%), 9 (32,1±8,9%), 13 (46,4±9,6%) детей. Установлено, что в крови пациентов отмечались более высокие уровни лимфоцитов - CD<sub>8+</sub> в 5 (17,9 ± 7,37%) и CD<sub>16+</sub> в 12 (42,9 ± 9,5%) случаях.

Выводы. Установленная активация цитотоксических компонентов на фоне снижения клеточного иммунитета имеет роль в патогенезе неадекватного воспалительного ответа у детей с реактивной лимфаденопатией.

**Цимбал В.М.**

## **ОЦІНКА РІВНЮ ВІТАМІНУ D КРОВІ У ДІТЕЙ З ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ**

**Кафедра педіатрії №2**

**Харківський національний медичний університет,**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: професор Макєва Н.І.**

Останнім часом вченими різних країн широко вивчається вплив вітаміну D на нирки. Встановлено, що вітамін D має виражену протизапальну дію, знижує протеїнурію та продукцію фіброгенних цитокінів, стримує прогресування гломерулярного та тубулоінтерстиціального фіброзу та запобігає гіпертрофії клубочків. Крім того, вітамін D знижує активність ренин-ангіотензинової системи, яка стимулює продукцію цитокінів, що сприяють розвитку нефросклерозу. Експериментально доведено позитивний ефект вітаміну D на прогресування хронічної ниркової недостатності (ХНН). Відомо, що однією з основних причин розвитку ХНН є діабетична нефропатія (ДН) при цукровому діабеті (ЦД) 1-го типу, яка міцно утримує лідерство в потребі лікування гемодіалізом та трансплантації нирок. Незважаючи на наявність науково обґрунтованих методів діагностики ДН, залишається актуальним пошук ранніх, специфічних маркерів ураження нирок при ЦД.

Об'єкт та методи дослідження: Проаналізовано результати обстеження 46 пацієнтів, хворих на ЦД 1-го типу, віком від 6 до 17 років. Серед них 24 хлопчики (52,2%) та 22 дівчинки (47,8%).

Діти були розділені на групи: 1-а група (n=26, середній вік 14,64±1,63 років) з тривалістю цукрового діабету більше 5 років та нормоальбумінурією, 2-а група (n=20, середній вік 12,09 ± 0,93 років) пацієнти з тривалістю ЦД більше 5 років та ДН в стадії мікроальбумінурії (МАУ). До групи контролю включені 15 практично здорових дітей аналогічного віку. Визначали рівні глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), МАУ, креатиніну та сечовини крові, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ). Рівень вітаміну D крові визначали за допомогою імуноферментного аналізу за використанням комерційного набору «25-OH Vitamin D ELISA Assay Kit» фірми «Eagle Biosciences, Inc.» (Китай) на імуноферментному аналізаторі «LabLine-90» (Австрія). Оцінку вмісту вітаміну D крові здійснювали згідно рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я та загальноприйнятих класифікацій: рівень вітаміну D < 20 нг/мл розглядається як дефіцит; рівень вітаміну D в діапазоні 20-29 нг/мл розглядається як недостатність; рівні вітаміну D > 30 нг/мл відповідають нормі. Статистичний аналіз

даних проводили за допомогою статистичних пакетів „EXCELL FOR WINDOWS” та „STATISTICA 7.0. FOR WINDOWS”.

Результати та їх обговорення: дослідження вмісту вітаміну 25-OHD в крові визначило статистично значуще зниження його рівня у дітей 1-ї та 2-ї груп (22,03 (17,23;24,44) та 14,42 (12,02;19,63) нг/мл відповідно, у порівнянні з групою контролю (30,65 (28,45;35,05) нг/мл ( $p < 0,001$ ). Встановлено, що показники вітаміну D крові були достовірно нижче у пацієнтів з ДН в порівнянні з дітьми з нормоальбумінурією ( $p = 0,0056$ ). Також визначено, що питома вага пацієнтів з мікроальбумінурією, які мають дефіцит вітаміну D, статистично значуще вища, ніж дітей без ДН (77,8% проти 41,7%,  $p = 0,0244$ ). Розрахунки з'ясували, що діти з ЦД 1-го типу та дефіцитом вітаміну D мають ризик формування ДН у 2,6 рази вище, ніж пацієнти з ЦД без дефіциту вітаміну D (RR=2,625 [1,048;6,640],  $\chi^2 = 4,102$ ,  $p < 0,05$ ). А сила зв'язку між дефіцитом вітаміну D та розвитком ДН була розцінена як відносно сильна ( $C' = 0,48$ )

Висновки: таким чином, одержані результати демонструють вірогідне зниження показників вітаміну D крові (недостатність або дефіцит) у дітей з ЦД 1-го типу. Встановлено наявність статистично значущого сильного зв'язку між дефіцитом або недостатністю вітаміну D та розвитком ДН.

Моніторинг рівня вітаміну D в крові дітей, хворих на ЦД 1 типу та своєчасну корекції його дефіциту, слід розглядати як один із способів профілактики розвитку та прогресування діабетичної нефропатії.

**Чумак Т.А.**

## **ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА, РЕЗИСТЕНТНОГО К СТАНДАРТНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

**Кафедра педиатрии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель - профессор Одинец Ю.В.**

Актуальность. Геморрагический васкулит (ГВ) относится в группе системных заболеваний соединительной ткани. Манифестное и рецидивирующее течение васкулита приводит к развитию капилляротоксического гломерулонефрита и формированию ХПН.

Материалы. Под наблюдением находился мальчик 6 лет, который проходил лечение в гематологическом отделении ХГДКБ №16 с диагнозом геморрагический васкулит, смешанная форма с кожным, суставным и абдоминальным синдромами, рецидивирующее течение. Дебют васкулита отмечался с абдоминального синдрома, без типичной геморрагической сыпи, что потребовало проведение дифференциальной диагностики с хирургической патологией на первом этапе. В дальнейшем заболевание протекало с постоянным волнообразным рецидивированием геморрагической сыпи, присоединением суставного синдрома. По данным дополнительного обследования выявлены высокие уровни острофазовых показателей, признаки гиперкоагуляции крови, высокий уровень ЦИК. Ребенку проводилась антиагрегантная и дезинтоксикационная терапия, преднизолон (с учетом смешанного варианта васкулита). Стандартные дозы преднизолона 2мг/кг и гепарина не привели к клиническому эффекту, отмечались новые эпизоды геморрагической сыпи, что свидетельствовало о сохранности активности процесса. Ребенку усилена терапия: пульс-терапии в составе солу-медрола (3-х дневный курс с суточной дозой 1000мг с

интервала через день и последующими 2-мя напоминающими инфузиями), инфузии гепарина (суточная доза 12600 Ед). С учетом особенности случая перед пульс-терапией проводились сеансы плазмафереза с эксфузией плазмы по 1000мл, что составило 70% от должного объема циркулирующей плазм с плазмозамещением глюкозо-солевыми растворами после которых удалось достичь ремиссии заболевания.

Результаты. Вопрос о терапии рецидивирующего течения ГВ остается открытым. Положительный эффект после применения сеансов плазмафереза на фоне пульс-терапии ГКС у ребенка с рецидивирующим течением ГВ способствует более быстрому достижению ремиссии заболевания, предупреждая хронизацию процесса и развития осложнений.

**Яворович М.В.**

## **ОЦЕНКА СВЯЗЕЙ MCP-1 И МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ**

**Кафедра педиатрии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель - профессор Одинец Ю.В.**

Геморрагический васкулит (ГВ) относится к иммунокомплексным заболеваниям, в основе которых лежит генерализованное иммунокомплексное повреждение сосудов микроциркуляторного русла. По данным ученых нарушение функции эндотелия является обязательным компонентом патогенеза любого сердечно-сосудистого, хронического воспалительного и аутоиммунного заболевания.

Цель: исследование связей MCP-1 и маркеров эндотелиальной дисфункции у детей с различной степенью активности ГВ.

Материалы и методы: обследовано 39 в возрасте от 4 до 17 лет с диагнозом геморрагический васкулит, которые находились на лечении в КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16». Группу контроля составили 17 практически здоровых детей аналогичного возраста и пола. Были выделены 3 основные группы детей с ГВ: 1 группа - пациенты с легким течением заболевания (n = 12), 2 группа - дети со среднетяжелым течением ГВ (n = 15) и 3 группа - с тяжелым течением (n = 12). Для достижения цели нашего исследования всем детям основной и контрольной групп проводилось количественное определение MCP-1 твердофазным иммуноферментным методом ELISA с помощью набора Bender Medsystems (Австрия) MCP-1 и определение уровня S- нитрозотиола флюорометрическим методом. Статистическая обработка полученных нами результатов была проведена в пакете StatSoft STATISTICA Version 8.

Результаты: среди обследованных детей было 24 мальчика, которые составили 61,53% от общего количества обследованных больных и 16 девочек – 38,47% (p=0,016). Установлено, что уровень MCP-1 в зависимости от степени активности процесса у пациентов 1 группы составил 875,5(780,6;940,4) нг/мл, 2 группы – 1280,6(1050,6;1390,4) нг/мл и 3 группы – 2310,4(2020,4;2690,7) нг/мл, что статистически достоверно выше в сравнении с детьми группы контроля (KWH =50,99, p=0,0000; MW U Test: p1-2=0,000, p1-3=0,000, p2-3=0,000, pс-1=0,000, pс-2=0,000, pс-3=0,000). У детей 1 и 2 групп медиана S-нитрозотиола составила 0,64(0,58;0,71) и 0,54(0,48;0,66) ммоль/л соответственно, что превышает результаты, которые установлены у детей контрольной группы. И наоборот, у детей 3 группы медиана составила 0,13(0,08;0,21) ммоль/л, что значительно ниже в сравнении с детьми

группы контроля. Межгрупповой анализ показал статистически достоверную разницу между тремя основными группами и группой контроля ( $KWH = 44,42$ ,  $p = 0,0000$ ;  $MW U$  Test:  $p_{1-2} = 0,092$ ,  $p_{1-3} = 0,000$ ,  $p_{2-3} = 0,000$ ,  $p_{c-1} = 0,000$ ,  $p_{c-2} = 0,000$ ,  $p_{c-3} = 0,000$ ). У больных 1 группы выявлены положительные корреляционные связи между уровнями СОЭ, гамма-глобулинов и показателями S-нитрозотиола ( $r = + 0,38$ ,  $r = + 0,35$  соответственно при  $p < 0,05$ ) между уровнями СОЭ, гликопротеидами, фактором Виллебранда и МСР-1 ( $r = + 0,55$ ,  $r = + 0,44$ ,  $r = + 0,34$  соответственно при  $p < 0,05$ ). У больных 2 группы выявлена положительная корреляция уровней серомукоидов и показателей S-нитрозотиола ( $r = + 0,35$ , при  $p < 0,05$ ), между уровнями СОЭ, фактором Виллебранда и МСР-1 ( $r = + 0,52$ ,  $r = + 0,52$ , соответственно при  $p < 0,05$ ). У детей 3 группы выявлена прямая корреляция между уровнями СОЭ, гликопротеидов и показателями МСР-1 ( $r = + 0,58$ ,  $r = + 0,68$ , соответственно, при  $p < 0,05$ ), а также определяется обратная корреляционная связь между уровнями СОЭ, серомукоидов, МСР-1 и показателями S- нитрозотиола ( $r = 0,36$ ,  $r = 0,30$ ,  $r = 0,47$  соответственно при  $p < 0,05$ ).

Выводы: Повышение уровней МСР-1 у всех детей, больных геморрагическим васкулитом в сравнении с детьми группы контроля свидетельствует о непосредственном участии этого хемокина в патогенезе ГВ. Снижение показателей S-нитрозотиола у детей с тяжелым течением ГВ свидетельствует об истощении регуляторных свойств организма в целом. А наличие обратной корреляции между показателями МСР-1 и S- нитрозотиола может свидетельствовать о влиянии провоспалительных хемокинов на тяжесть повреждения эндотелия сосудов и развития его дисфункции.

**Яновская Е.А, Москаленко В.А, Терещенко С.С.**  
**МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В**  
**ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ**

**Кафедра пропедевтики педиатрии №2**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – д.мед.н., доц. Клименко В.А.**

Ведущей микробной флорой респираторного тракта при муковисцидозе (МВ) является в начальном периоде *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), в последующем - *Haemophilus influenza* (*H. Influenza*) и *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*). В последнее время возросла роль *Burkholderia cepacia* (*B. Cepacia*), *Nontuberculous mycobacteria*, *Stenotrophomonas maltophilia* (*S. Maltophilia*), *Alcaligenes xylosoxidans* (*A. xylosoxidans*), *Aspergillus sp.* и др. Клиническая картина, прогноз МВ в значительной степени определяется составом микрофлоры респираторного тракта.

Цель. Определить корреляции микробиологического статуса больных МВ с тяжестью течения заболевания.

Материалы и методы. В пульмонологическом отделении КУОЗ «ОДКБ № 1» наблюдается 30 детей с МВ. В 2014 году прошли комплексное обследование в стационаре 23 ребенка с МВ: 12 мальчиков и 11 девочек. Проведены клинические, параклинические (бактериологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов) и статистические методы исследования.

Результаты и их обсуждения. Из 23 детей с МВ выделена группа больных с тяжелым течением - 8 детей (4 мальчика и 4 девочки).



Из 23 детей при бактериологическом исследовании мокроты выделены следующие респираторные патогены, специфичные для МВ: *P. aeruginosa* - у 13 ( $56,5 \pm 10,3$ ) % детей, в ( $80,9 \pm 8,1$ )% случаев наблюдается обильный рост колоний, и в ( $19,1 \pm 8,1$ ) % - умеренный; *S. aureus* у 10 ( $43,4 \pm 10,3$ ) % больных, *B. cepacia* у ( $13 \pm 7$ ) % пациентов, *S. maltophilia* у 1 (4 %), *Acinetobacter* 1 (4 %), *A. xylosoxidans* 2 (8 %), *Candida* 16 ( $70 \pm 9,5$ ) %.

В группе тяжелых больных хроническая колонизация *P. aeruginosa* выявлена у 8 (100 %) детей, из них у 4 ( $50 \pm 17,6$ ) % детей совместно с *S. aureus*, *S. maltophilia* (1), *Acinetobacter* (1), *A. xylosoxidans* (2), *B. cepacia complex* - 3 ( $37,5 \pm 17,1$ ) %. Самый ранний возраст, в котором отмечена хроническая колонизация – 6 мес.

Мы сравнили микробиологический статус пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести течения МВ. Данные приведены в таблице 1.

Таблица 1

Микробиологический статус респираторного тракта пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести муковисцидоза

Возбудители	Тяжесть течения	
	тяжелое (n=8) n (%)	среднетяжелое (n=15) n (%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	8 (100)*	4 ( $27 \pm 11,4$ )
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> resistent	4 ( $50 \pm 17,7$ )*	0
<i>Staphylococcus aureus</i>	4 ( $50 \pm 17,7$ )	7 ( $47 \pm 12,9$ )
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1 ( $13 \pm 11,9$ )	0
<i>Acinetobacter</i>	1 ( $13 \pm 11,9$ )	0
<i>Alcaligenes xylosoxidans</i>	2 ( $25 \pm 15,3$ )	0
<i>Bulkholderia cepacia complex</i>	3 ( $37 \pm 17,1$ ) *	0

Примечание: \* - различия в частоте встречаемости возбудителей в группах достоверны ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, *P. aeruginosa*, *B. Cepacia* достоверно чаще встречались в группе больных с тяжелым течением муковисцидоза. Определение данных инфекций в мокроте пациентов с МВ может быть прогностически неблагоприятным фактором тяжести течения заболевания.

# ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ

## **Adeem Farkad Yousif Alani, Bondarenko Andriy** **ACTUAL PROBLEMS OF RABIES IN KHARKIV REGION**

**Infectious Diseases Department**

**National Medical University,**

**Kharkiv, Ukraine**

**Scientific adviser: Kozko V.**

**Background:** Every year more than 15 million people in the world receive post-exposure prophylaxis (PEP), allowing preventing hundreds of thousands of rabies deaths. However, annually in the world die of more than 55 000 people, mostly in Asia and Africa. Epizootic situation in Ukraine deteriorated significantly at the last years. The active centers of natural type are at the whole territory of the country (most in Donetsk, Poltava, Sumy, Zaporizhia, Kherson and Khmelnytsky regions). The main natural reservoirs in Ukraine are foxes and wolves (41.4%), in urban focuses – cats (21.8%), dogs (15.3%), cows, horses and pigs (20.2%). Increased incidence in dogs, cats and farm animals are an indication of trouble epizootic situation among the wild animals.

**Aim:** To analyze epidemiological situation of rabies in Kharkiv region.

**Material and methods.** Statistical and epidemiological data for the period from 2005 up to 2015.

**Results:** Amount of rabies cases in animals and amount of humans bitten by rabid animals in Kharkiv region were by year: 2005 – 186/182, 2006 – 38/39, 2007 – 140/160, 2008 – 187/227, 2009 – 121/151, 2010 – 127/168, 2011 – 63/88, 2012 – 64/82, 2013 – 78/129, 2014 – 50/69. The proportion of rabid animals by species was cats – 38.9%, foxes – 25.5%, dogs – 20.5%, cattle 9.7%, small cattle – by 1.7%, bats – 0.1%. The proportion of victims of animal bites by type was by wild animals – 2.0%, by homeless – 31.3%, by domestic – 66.7%. In 2015 during 8 months period – 26 cases of animal rabies were registered: 12 dogs, 5 cats, 7 foxes, 1 raccoon, 1 cow and 37 people were suffered from bites of rabid animals. There are several factors for urban focus formation in Kharkiv region: the growth of the homeless dogs and cats number in settlements, incomplete animal's vaccination, and violation of animal welfare by the owners.

2882 person turned for anti-rabies help in medical institutions of Kharkiv region in 2015. 392 persons received anti-rabies prophylaxis (16.2% of all those turned for the help after the bites). 19 people refused from PEP (4.8% of those that received nonspecific prophylaxis). Moreover, all the registered cases of human's rabies were associated with non-turning for medical assistance or refusal from the PEP. Human rabies cases, which were registered in the Kharkiv region, are the following: 1) 2000 (Krasnokutsk district)– 53-y.o. man bitten by a cat in the hand, 2) 2005 (Pervomaisk district)–34-y.o. man bitten by a fox in the hand, 3) 2008 (Kharkov)–26-y.o. man bitten by a dog in the face, 4) 2010 (Izyum district)–58-y.o. man bitten by a dog in the finger, 5) 2013 (Novovodolazhsk district)–43-y.o. man bitten by a fox in the face, 6) 2015 (Pechenezhsk district)–16-y.o. man bitten by a cat in the finger.

Due to the order of the Ministry of Public Health of Ukraine dated by 2004 PEP provided by the intramuscular method in the mode 1-1-1-1-1 on the 0, 3, 7, 14, 30, 90 day. However, since the 2013 WHO recommends PEP by intramuscular method in the mode 1-1-1-1-1 on the 0, 3, 7, 14, 28 day or in the mode 2-0-1-0-1 on the 0, 7, 21 day, and by significantly cheapest intradermal method in the mode 2-2-2-0-2 on the 0, 3, 7, 28 day.

Conclusion: Epizootic rabies lasts in the Kharkiv region, and the domestic animals play an important role in its transmission. In the last decade, the Kharkiv region significantly increased the incidence of human rabies. The lack of anti-rabies vaccines and immunoglobulins increases the risk of rabies among the population. The human rabies is due to the non-turning of the rabid bites victims for medical care, which requires the intensification of preventive work among the population. It is also required to improve the work of the veterinary service regarding domestic animals vaccination and control of their proper keeping, as well as public services performance on the fight against homeless animals. Moreover, it is necessary to improve the ongoing post-exposure preventative measures.

**Анцыферова Н.В., Соломенник А.О., Кузнецова А.А., Пеньков Д.Б.**  
**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА**  
**РОСТА- $\beta$  1 В РАЗВИТИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ**  
**ГЕПАТИТОМ С**

**Кафедра инфекционных болезней**  
**Харьковский Национальный медицинский университет,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – д.мед.н., проф. Козько В.Н.**

Цель исследования – повышение эффективности не инвазивной диагностики фиброза печени больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Задача исследования – анализ статистической связи между содержанием в сыворотке крови трансформирующего фактора роста- $\beta$  1 (ТФР- $\beta$  1) и стадиями фиброза печени, диагностированными посредством системы FibroMax (Fibrotest).

Материалы и методы исследования. Обследовано 23 больных ХГС с умеренной степенью активности процесса. Контрольную группу составили 24 практически здоровых лиц. Количественное определение содержания в сыворотке крови ТФР- $\beta$  1 было проведено с использованием иммуноферментных наборов TGF- $\beta$  1 ELISA Cat (США) на иммуноферментном анализаторе Libline-90. Стадии фиброза печени оценивали по системе FibroMax (Fibrotest). Статистический анализ полученных данных проводили традиционными методами вычисления средних величин ряда (M), ошибок средних арифметических (m), достоверности отличия средних величин (p) по критерию Стьюдента (t), в том числе и оценку точности средних для малых выборок, коэффициента корреляции (r).

Результаты. Анализ содержания ТФР- $\beta$  1 в сыворотке крови больных ХГС выявил достоверное повышение показателя, который составлял  $5,7 \pm 0,21$  нг/мл ( $p < 0,001$ ) в отличие от значения контрольной группы –  $1,14 \pm 0,21$  нг/мл. Проведение корреляционного анализа выявило наличие прямой сильной связи между содержанием ТФР- $\beta$  1 и стадиями фиброза ( $r = 0,96$ ,  $p < 0,001$ ). По мере прогрессирования фиброза печени уровень ТФР- $\beta$  1 повышался.

Выводы. Установлена статистически достоверная взаимосвязь между стадиями фиброза печени и уровнем содержания ТФР- $\beta$  1 в сыворотке крови больных ХГС, что позволяет рассматривать изучаемый показатель в качестве биохимического индикатора прогрессирующего фиброза.

**Бутов Д. А., Орловская Э.Б., Марченко Т. Н**  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С**  
**САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра фтизиатрии и пульмонологии,**  
**г. Харьков, Украины**

Туберкулез легких и сахарный диабет, взятые по отдельности, являются серьезными заболеваниями, а при их сочетании возможно непредвиденная динамика болезни. У больных сахарным диабетом в 1,5-2 раза чаще встречается туберкулез, нежели без наличия данной нозологической патологии. Сахарный диабет обычно усугубляет течение туберкулеза легких.

Цель исследования: провести анализ клинического течения в первые выявленного туберкулеза легких с сопутствующим сахарным диабетом различных типов.

Материалы и методы исследования. Нами было проанализированы 34 историй болезни и 16 амбулаторно-диспансерный карт больных находившихся на лечении в Харьковском областном клинической противотуберкулезный диспансер № 1. Возраст пациентов колебался в пределах 35-68 лет. Мужчины составили 60%, женщины - 40%. Больных разделили на две группы – первая группа (38 человек с II типом сахарного диабета) и вторая группа (12 человек с I типом).

Результаты исследования. Клиническое течение туберкулеза легких у данных больных характеризуется преимущественно остро прогрессирующим развитием патологического процесса и ярко выраженным интоксикационным синдромом. Было установлено, что у больных с сахарным диабетом II типа (первая группа) чаще выявлялся инфильтративный туберкулез легких. Отмечались множественные участки деструкции легочной ткани, бронхогенная диссеминация и двухстороннее поражение. А для больных с сахарным диабетом I типа (вторая группа) характерна нижнедолевая и прикорневая локализация туберкулезных изменений. В динамике лечения отмечалась более замедленная эволюция изменений в легочной ткани в обеих группах. У 60% (28 больных) – удлиняли интенсивную фазу лечения до 90 доз, а у 8% (3 больных) – наблюдалась неудача лечения.

Вывод. Анализируя рентгенологические данные и клиническое течение, нами было отмечено, что сочетание этих двух нозологических патологий характеризуется более распространенным процессом в легочной ткани с замедлением эволюционного процесса, а так же высоким процентом неудачи лечения.

**Гвоздецька М.Г., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Молокова С.І., Павлов В.В.**  
**ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РІВНЮ ЛАКТАТУ СПИНОМОЗКОВОЇ**  
**РІДИНИ У ХВОРИХ НА СЕРОЗНІ МЕНІНГІТИ**

**Кафедра інфекційних хвороб**  
**Харьковский національний медичний університет,**  
**Харків, Україна**

**Науковий керівник: Козько В.М.**

Актуальність: Рівень серозних менінгітів вірусної етіології невпинно зростає, однак досі не вирішена проблема оцінки ступеня тяжкості та прогнозу перебігу захворювання.

Мета: оцінити можливість використання рівню лактату у спинномозковій рідині як імовірного прогностичного маркеру у хворих на серозні менінгіти.

Матеріали і методи: Рівень лактату у спинномозковій рідині визначали ензиматичними калориметричним методом у 49 хворих на гострі вірусні нейроінфекції (на 1-ий та 10-ий день лікування хворого у стаціонарі) та у 12 хворих на гострі респіраторні інфекції з менінгізмом (група контролю).

Результати: Усі хворі були розподілені на групи за етіологією та ступенем тяжкості: Ia група – 22 (36,07 %) хворих на герпесвірусні менінгіти середньої тяжкості, Ib група – 13 (21,31 %) хворих на герпесвірусні менінгіти тяжкого ступеню; II група – 14 (22,95 %) хворих на ентеровірусні менінгіти, та група контролю III – 12 (19,67 %) хворих на гострі респіраторні інфекції з менінгізмом. У хворих на герпесвірусні менінгіти клінічна симптоматика захворювання була більш виразною, іноді з розвитком менінгоенцефалітів, недуга частіше мала затяжний перебіг. Натомість усі хворі з ентеровірусними менінгітами та респіраторними інфекціями мали середньотяжкий перебіг зі швидким одужанням. У Ia групі рівень лактату до лікування складав  $1,61 \pm 0,58$  ммоль/л, після –  $1,03 \pm 0,29$  ммоль/л, у Ib групі рівень лактату до лікування був  $1,82 \pm 0,71$  та  $1,12 \pm 0,24$  ммоль/л після; у II групі –  $1,34 \pm 0,41$  та  $1,12 \pm 0,18$  ммоль/л відповідно, та у III групі –  $1,10 \pm 0,27$  ммоль/л. Таким чином, рівень лактату був достовірно вищим у хворих Ia, Ib та II групи порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ), у Ib групі порівняно з групою Ia ( $p < 0,05$ ), а також у I групі порівняно з II групою ( $p < 0,005$ ).

Висновки: Зміни рівня лактату у спинномозковій рідині хворих на серозні менінгіти знаходяться у прямій залежності від ступеня тяжкості та залежить від етіології захворювання. Рівень лактату достовірно вищий у хворих з тяжким перебігом захворювання та у групі хворих на герпесвірусні менінгіти ніж у хворих на менінгіти викликані ентеровірусами. Таким чином визначення рівня лактату у спинномозковій рідині може бути використано з дифференціально-діагностичною метою при визначенні етіології серозних менінгітів та свідчити про тяжкість перебігу хвороби.

**Денисенко І.В., Петренко Т.О., Могиленець О.І.**  
**ПРОЯВИ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ**  
**МЕДИЧНОГО ВИШУ**  
**Кафедра інфекційних хвороб**  
**Харківський Національний медичний університет,**  
**Харків, Україна**

**Науковий керівник – д.мед.н., професор Козько В.М.**

Синдром хронічної втоми (СХВ) – відносно нова патологія, яка все більш широко розповсюджується в цивілізованих країнах світу, однак погано діагностується та піддається лікуванню. Захворювання характеризується надмірною, тяжкою втомою, яка зберігається більш ніж 6 місяців і супроводжується чисельними суглобовими, інфекційними та нейропсихічними симптомами. Супутні захворювання, які б могли пояснити втому, відсутні. Патогенез розвитку СХВ до кінця не вивчений. Надають значення вірусам, неспецифічній активації імунної системи, психічним та соціальним факторам.

Мета роботи. Дослідити наявність та частоту зустрічаємості СХВ та окремих його симптомів у студентів ХНМУ.

Матеріали та методи. Проведено анонімне анкетування 60 студентів ХНМУ (30 студентів 1 курсу та 30 студентів 5-6 курсу), із них – 31,57% жінок і 48,33% чоловіків. Середній вік опитуваних склав  $20,43 \pm 0,28$  років. Анкета включала питання, які

стосувалися наявності одного великого критерія СХВ – хронічна постійна (або ремітуюча) непояснювана втома, яка не минає після відпочинку та обмежує щоденну активність упродовж 6 місяців; та восьми малих критеріїв СХВ – порушення пам'яті та концентрації уваги (ПП); біль у горлі (БГ); болючість лімфатичних вузлів (БЛ); біль та скованість м'язів (БМ); біль у суглобах (без почервоніння та набряку) (БС); головний біль, чи зміна його характеристик (ГБ); сон, що не приносить відчуття відновлення (ПС); втома після фізичного чи розумового навантаження, яка зберігається більш ніж 24 години (ВН). Діагноз СХВ вважали правомірним при наявності одного великого та чотирьох малих критеріїв.

Статистичний аналіз даних, які було отримано, проводили методом варіаційної статистики з використанням критеріїв t Стьюдента та  $\chi^2$  Пірсона. Обчислення проводили на IBM PC з використанням таблиць Excel.

Результати. Відповідно до рекомендацій CDC діагноз СХВ можна було вважати правомірним у 5% опитуваних (2 жінок і 1 чоловіка). В інших спостерігалися лише окремі симптоми СХВ. ХВ відмічалася у 8 (13,33%) жінок та 4 (6,67%) чоловіків ( $p>0,05$ ). 4 та більше малих критерія було виявлено у 9 (15%) осіб, серед яких також переважали жінки (88,89%) ( $p<0,02$ ). Найбільш часто зустрічалися наступні симптоми: ПС (71,67% респондентів, із них у 31,67% – часто), ГБ (58,33% та 21,67% відповідно), БГ (46,67% та 20%), ПП (41,67% та 20%), ВН (40,33% та 13,33%). Найрідше студенти відмічали БЛ – 5% та 1,67% відповідно.

Зі збільшенням тривалості навчання зростала частота зустрічаємості ВН. Так, серед студентів 1 курсу постійно цей симптом відмічали 10%, іноді – 17%, у той час, як серед 5-6-курсників симптом був постійним у 16,67%, спостерігався час від часу у 36,67%. Інші симптоми зустрічалися з однаковою частотою незалежно від терміну навчання ( $p>0,05$ ).

Крім того, було відмічено, що у жінок прояви СХВ зустрічалися приблизно у 2 рази частіше, ніж у чоловіків. Так, показники наявності ПП становили 58,06% та 24,4% відповідно, БГ – 54,84% та 37,93%, БЛ – 6,45% та 3,45%, БМ – 38,71% та 6,89%, БС – 22,58% та 10,34%, ГБ – 77,42% та 37,93%, ПС – 90,32% та 51,72%, ВН – 48,39% та 31,03%. При цьому, стосовно БГ, БМ, ГБ та ПС різниця була достовірною ( $p<0,01$ ).

Висновки. 1. У більшості студентів зустрічалися лише окремі симптоми СХВ, у той час як діагноз СХВ можна було вважати правомірним у 5% опитуваних. 2. Прояви СХВ частіше спостерігалися у жінок. 3. Втома напруги більш часто спостерігалася у студентів старших курсів.

**Зоц Я.В., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Андрущенко И.Н., Гойденко А.А.  
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПИННОМОЗГОВОЙ  
ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ МЕНИНГИТАМИ**

**Кафедра инфекционных болезней**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – д.мед.н., профессор Козько В.Н.**

Актуальность проблемы бактериальных менингитов определяется бурным началом, тяжелым течением болезни, а также частым развитием осложнений и высокой летальностью. В настоящее время смертность при бактериальных менингитах даже при адекватном лечении составляет от 20 до 50%.

Цель. Изучить особенности изменений клинико-биохимических показателей в

спинномозговой жидкости (СМЖ) у больных острыми гнойными менингитам.

Результаты. За данный период на лечении находилось 84 пациента с острыми гнойными менингитами. Из них средней степени тяжести – 22 случая, тяжелое течение заболевания отмечалось в 52 случаях, летальный исход – 10 случаев. Средний возраст пациентов в зависимости от тяжести болезни распределялся следующим образом: средней степени тяжести – 46 лет, тяжелое течение – 52 года, летальный исход наблюдался у пациентов, средний возраст которых составлял 63 года. Были проанализированы данные клинического анализ СМЖ, а также уровень кортизола в СМЖ в зависимости от тяжести и исходов заболевания. Проанализировав полученные результаты, необходимо отметить, что значительное повышение уровня цитоза в СМЖ наблюдалось в группе с благоприятным исходом заболевания, в то время как у умерших цитоз был значительно ниже, что, возможно, связано с декомпенсацией иммунного ответа и значительным снижением реактивности организма больного.

При исследовании СМЖ на содержание кортизола, у пациентов с острыми гнойными менингитами, установлена прямая зависимость данного показателя от тяжести состояния больного. Так, наивысшие уровни кортизола были зарегистрированы у пациентов с острым гнойным менингитом крайней степени тяжести в остром периоде.

Выводы. Тяжесть заболевания, в большинстве случаев, обратно пропорциональна величине цитоза. В остром периоде заболевания происходит значительное повышение уровней кортизола. Оценка уровня кортизола в СМЖ также может быть использована в оценке степени тяжести заболевания и прогнозе его исхода.

**Колесник В.А., Брачкова Д.С., Винокурова О.Н.**

## **ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ $\alpha$ -ИНТЕРФЕРОНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

**кафедра инфекционных болезней**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – доктор мед. наук, профессор Козько В.Н.**

На сегодняшний день гепатит С является важной медико-социальной проблемой. По оценке ВОЗ, вирусом гепатита С (НСV) в мире инфицировано более 500 млн. человек, в том числе с признаками хронического течения этого заболевания около 350 млн.; из них ежегодно умирает более 10 млн. человек. Основным этиотропным препаратом в лечении ХВГС является  $\alpha$ -интерферон ( $\alpha$ -ИНФ). Известно, что он может способствовать элиминации вируса, угнетать фиброгенез, уменьшая темп прогрессирования патологического процесса.

Цель исследования: изучение эффективности применяемой противовирусной терапии в зависимости от исходного уровня сывороточного  $\alpha$  – ИНФ у больных ХВГС.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 75 больных ХВГС, из них 57 мужчин и 18 женщин. Этиологию заболевания подтверждали выявлением сывороточных маркеров НCV методом иммуноферментного анализа (ИФА) и РНК НCV в сыворотке крови полуколичественным методом ПЦР. Всем больным до начала терапии проводилось определение  $\alpha$ -ИФН в сыворотке крови методом ИФА. В зависимости от исходного уровня  $\alpha$ -ИФН в сыворотке крови пациенты были

разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 49 человек, у которых до начала лечения уровень сывороточного  $\alpha$ -ИФН был ниже 100 пг/мл, во 2-ю группу - 26 больных ХВГС с содержанием его в количестве 100 пг/мл и выше. 18 больных ХВГС в качестве этиотропной терапии получали рекомбинантный 2-ИФН (16 человек – лаферон, 2 – интрон А) по 3 млн. 3 раза в неделю; 57 больных – индуктор эндогенного интерферона (ИИФН) циклоферон по 4 мл тремя курсами с интервалом 10 дней, а затем один раз в 5 дней в течение 6 месяцев. Все пациенты перед началом терапии являлись HCV-РНК позитивными, активность АлАТ составляла более 1,5-2 норм. Эффективность терапии оценивали по достижению стойкой клинико-биохимической и вирусологической ремиссии.

Результаты. Из больных, получавших  $\alpha$ 2-ИФН, стойкая ремиссия была достигнута у 9 человек. Изначально высокий (>100 пг/мл) уровень сывороточного  $\alpha$ -ИФН наблюдался у 3 из 9 больных, ответивших на терапию, и у 7 из 9 не ответивших. Таким образом, высокий уровень  $\alpha$ -ИФН до лечения в 2,3 раза чаще встречался у больных, не ответивших на терапию. Однако у 3 из 10 человек 2-й группы получавших  $\alpha$ 2-ИФН, стойкая ремиссия все же была достигнута. Процент ответивших на лечение среди больных, получавших циклоферон, был ниже: 15 пациентов из 57. Следует отметить, что из 15 больных ХВГС, у которых была достигнута стабильная биохимическая и вирусологическая ремиссия, лишь у 1 больного уровень  $\alpha$ -ИФН в сыворотке крови до начала терапии превышал 100 пг/мл. В то же время из 42 ответчиков таких больных было 15.

Выводы. 1. Назначению препаратов ИФН и ИИФН больным ХВГС должно предшествовать определение сывороточного  $\alpha$ -ИФН как фактора, от которого зависит тактика терапии и ее эффективность.

2. У больных с низким (<100 пг/мл) содержанием  $\alpha$ -ИФН в сыворотке крови можно ожидать эффект от применения как препаратов ИФН, так и ИИФН.

3. Больным ХВГС, у которых уровень сывороточного  $\alpha$ -ИФН превышает 100 пг/мл, целесообразно назначение  $\alpha$ 2-ИФН, так как индукторы эндогенного ИФН в таких случаях являются практически неэффективными.

**Кузнцова А.А., Анциферова Н.В., Калюжный В.А.**

## **СТАН КЛІТИННИХ МЕХАНІЗМІВ ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ**

**кафедра інфекційних хвороб**

**Харьковский національний медичний університет, Харків, Україна.**

**Науковий керівник – зав. кафедри, професор Козько В.М.**

ВІЛ-інфекція залишається актуальною проблемою охорони здоров'я всіх країн світу і Україна не є винятком. Не зважаючи на розширення доступу до антиретровірусної терапії епідемія ВІЛ-інфекції за 8 місяців 2015 року забрала життя у 1730 хворих на СНІД, у тому числі у 4 дітей (показник смертності від захворювань, зумовлених СНІДом, 3,7 на 100 тисяч населення). Для України проблема туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих хворих має особливе значення, так як висока інфікованість всього населення мікобактеріями туберкульозу і швидке поширення ВІЛ - інфекції в групі підвищеного ризику роблять прогноз цієї поєднаної патології несприятливим. В структурі опортуністичних захворювань серед ВІЛ-інфікованих в Україні туберкульоз займає 2 місце.

Мета. Вивчення стану клітинної ланки імунітету у хворих на ко- інфекцію ВІЛ / туберкульоз.



Матеріали та методи. Обстежено 97 хворих з діагнозом ВІЛ-інфекція, які проходили лікування на базі «КЗОЗ ОТЛ №1»та знаходяться на диспансерному обліку у ОЦПБС м. Харкова. Серед них чоловіків було 65, жінок - 32. Середній вік пацієнтів склав  $35,6 \pm 2,79$  років. У 25(32,4%) ВІЛ-інфікованих хворих було діагностовано вогнищевий туберкульоз легень. Інфільтративний туберкульоз діагностовано у 37 (52,3%) хворого, у 7 з них – у фазі інфільтрації. Слід зазначити, що у 8 (12,4%) хворих було виявлено дисемінований туберкульоз легень, у 1 хворого – міліарний та у 3 (20%) хворих - фіброзно-кавернозний туберкульоз легень. У групі пацієнтів з ВІЛ-інфекцією на момент маніфестації туберкульозу імуносупресія відзначалася у 17 хворих (80,0%), що статистично значимо більше, ніж у ВІЛ-інфікованих хворих без туберкульозу 23 (56,0%), ( $p < 0,02$ ). Крім того, хворих з вираженою імуносупресією при ко-інфекції віл/туберкульоз було значно більше, ніж ВІЛ-інфікованих без туберкульозу (47,6% проти 13% відповідно,  $p < 0,01$ ).

Результати. При дослідженні показників клітинної ланки імунітету при ко-інфекції у відмінності від моно інфекції ВІЛ, встановлено достовірне зниження абсолютного числа CD8+ - лімфоцитів (17,8 проти 26,9% відповідно,  $p < 0,01$ ) та імунорегуляторного індексу (CD4/CD8) (0,9 проти 1,5 відповідно,  $p < 0,01$ ). Що стосується відносного числа CD4+ - лімфоцитів, то тільки у половини досліджуваних хворих виявлено зниження показників при одночасному перебігу ВІЛ-інфекції та туберкульозу, в інших випадках - достовірної різниці не встановлено.

Таким чином, спостережувана різниця в показниках абсолютного і відносного числа CD4+ - лімфоцитів при ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз свідчить про складність прогнозування перебігу ко-інфекції за результатами імунологічних показників.

**Лавров Ф.Д., Ткаченко В.Г.**  
**ПОВТОРНЫЙ СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОТУЛИЗМОМ**  
**кафедра инфекционных болезней**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.м.н., проф. Козько В.Н.**

Как известно, ботулизм – одно из опаснейших инфекционных заболеваний с частыми осложнениями, сложно предсказуемым исходом и потенциально высокой летальностью.

Практически постоянно случаи ботулизма регистрируются в Украине. Так, с весны и по осень 2015 года тяжелые случаи заболевания были зарегистрированы в Запорожской, Киевской, Львовской области. В ноябре этого года в областную клиническую инфекционную больницу г. Харькова был доставлен пациент Г., 41 года, с диагнозом пищевой ботулизм. Примечательным фактом этого случая следует назвать то, что у данного пациента ботулизм возник повторно, спустя пять лет после первого случая этого же заболевания, что закономерно при повторном инфицировании, хотя в клинической практике встречается не очень часто. Вторым примечательным обстоятельством стало то, что условия инфицирования, повлекшие развитие ботулизма, и во второй раз оказались абсолютно идентичными первому инфицированию.

Впервые ботулизм больной Г., перенес в апреле-мае 2010 года. Заболевание протекало тяжело с поражением стволовых структур головного мозга, осложнилось субтотальной правосторонней пневмонией, развитием пролежней в области проекции копчика, острой инфекционно-токсической миокардиопатией. В течение 9-ти дней

больной был подключен к аппарату искусственной вентиляции легких. Первые симптомы ботулизма у него проявились спустя 20 часов после употребления вяленой щуки собственного приготовления и характеризовались общей слабостью, головокружением, сухостью во рту, нарушением глотания (при употреблении жидкость выливалась через нос), снижением остроты зрения, двоением в глазах, чувством нехватки воздуха, осиплостью голоса. Объективно выявлялся: двухсторонний птоз век, двухсторонний мидриаз, опущение небной занавески, тахипноэ, признаки пареза кишечника. В лечении пациента были применены две лечебные дозы противоботулинической сыворотки типов А, В и Е.

В ноябре 2015 г. у больного на следующий день после употребления снова-таки вяленой щуки развился ботулизм средней тяжести, при котором его беспокоили выраженная общая слабость, невозможность чтения газетного шрифта, двоение в глазах, изменение тембра голоса (гнусавость), прогрессирующая мышечная слабость, боль и распирающее ощущение в животе, икота, головокружение. Объективно отмечались умеренный двухсторонний птоз век, вялые фотореакции, метеоризм, задержка стула.

Типичная и яркая клиническая картина заболевания в двух случаях позволила установить этот диагноз на основании клинико-anamnestических и эпидемиологических сведений, несмотря на то, что методом биологической пробы в каждом случае ботулотоксин обнаружен не был.

Актуальность данному сообщению придает то, что в последние несколько лет в Украине периодически возникают перебои с обеспечением противоботулинической сывороткой. Особенно ситуация усугубилась после введения в действие стандартов надлежащей производственной практики (GMP) и отмены регистрации сыворотки российского производства, использовавшейся в Украине ранее. В связи с нестабильной противоэпидемической ситуацией в Украине, ослаблением санитарно-эпидемического и ветеринарно-лабораторного контроля на этапах производства продуктов питания, потенциально опасных в плане источника ботулизма, риск возникновения этого опасного тяжелого заболевания достаточно высок.

Таким образом, заболеть ботулизмом можно повторно, так как после перенесенного заболевания иммунитет не формируется. Это объясняется высокой иммуногенной и в тоже время значительно низкой летальной дозой ботулотоксина.

**Ложко Н.В., Христенко Н.Е., Соломенник А.О., Бондарь А.Е.,**

**Могиленец Е.И., Юрко Е.В., Дудник А.Ю., Винокурова О.Н.**

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ И  
ЛИПОПРОТЕИДОВ ОЧЕНЬ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ  
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

**кафедра инфекционных болезней**

**Харьковский Национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – зав. каф., профессор В.Н. Козько**

Морфологические изменения в печени при хроническом гепатите С (ХГС) характеризуются воспалительно-некротическим процессом, фиброзом и стеатозом, а именно накоплением жира в гепатоцитах. Последний, как известно, ухудшает прогноз болезни, так как ускоряет развитие цирроза и гепатокарциномы, снижает эффективность противовирусной терапии. Частота стеатоза печени при ХГС достигает 40 %, в том числе среди больных с генотипом вируса 3а – 85,7 %. Предупредить развитие стеатоза печени намного легче, нежели лечить, особенно на 3-

4-й стадиях. Поэтому важно оценить риск развития этого процесса у каждого конкретного пациента с целью проведения корректирующей терапии.

Цель исследования – оценить содержание сложных липидов, в том числе триглицеридов (ТГ) и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) в сыворотке крови больных ХГС в зависимости от стадии стеатоза.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 55 больных ХГС. Всем больным определяли содержание ТГ и ЛПОНП в сыворотке крови колориметрическим методом на биохимическом анализаторе «BioSystems» с помощью диагностических наборов фирмы «BioSystems» (Испания), а также оценивали стадию стеатоза печени по системе FibroMax (n=19), используя общепринятую шкалу. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров.

Результаты. У обследованных больных выявлено снижение содержания ТГ в сыворотке крови ( $p < 0,01$ ). При этом нормальное содержание ТГ наблюдалось у 8 (17,78 %) пациентов, а значительное повышение этого показателя отмечено у 4 (8,9 %). ЛПОНП были повышены у 4 (8,9 %), снижены – у 5 (11,1 %) больных соответственно.

Стадия S0 (стеатоз отсутствует) диагностирована у 6 (32 %), S0-1,1 (слабый) – у 6 (32 %), S2 (умеренный) – у 4 (21 %), S3 (выраженный) – у 1 (5 %), S4 (тяжелый) – у 2 (10 %) пациентов.

Статистическая обработка полученных данных (корреляционный анализ, анализ Пирсона) показала наличие зависимости между содержанием ТГ и ЛПОНП в сыворотке крови больных ХГС и стадией стеатоза печени ( $p < 0,05$ ), а также между собой ( $r = 0,97$ ;  $p < 0,01$ ). На основании этого был разработан прогностический показатель стеатоза, который рассчитывается по формуле: ППС = ТГ × ЛПОНП, где ППС – прогностический показатель стеатоза; ТГ – содержание триглицеридов в сыворотке крови, ммоль/л; ЛПОНП – содержание липопротеидов очень низкой плотности в сыворотке крови, ммоль/л и при значении этого показателя  $< 0,5$  прогнозируют высокую вероятность задержки жира в гепатоцитах и относят пациента к группе повышенного риска по поводу формирования стеатоза печени.

Выводы. Определение ТГ и ЛПОНП в сыворотке крови больных ХГС с последующим вычислением прогностического показателя стеатоза может быть использовано для прогнозирования возникновения у них стеатоза печени в будущем.

**Шевченко А. С., Цыганок Ю.С.**

**КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ГРИППЕ А (H1N1)**

**кафедра инфекционных болезней**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Научный руководитель - доц. Градиль Г.И.**

В настоящее время некоторые вирусные инфекции респираторной системы, приобрели черты эмерджентных (грипп H5N1, грипп A(H1N1) California 2009, SARS, MERS-CoV), и могут обуславливать достаточно высокую смертность, тенденции к росту которой, сохранятся в ближайшее время. Как свидетельствуют данные литературы, невзирая на наличие опубликованных данных о 4 пандемиях на протяжении последних 120 лет, имеется мало современной информации о летальных исходах, ассоциированных с гриппом. Кроме того, традиционные национальные системы наблюдения обычно не учитывают индивидуальные случаи. В обширной научной литературе, посвященной гриппу A(H1N1), лишь в небольшой ее части анализируются патологоанатомические находки.

Цель работы. Клинический анализ летальных случаев при гриппе в пандемический и после пандемический период.

Материалы и методы. Проведен анализ клинических данных 36 умерших пациентов в 2009-2010гг. и по 2015г. включительно. Диагноз гриппа А (H1N1) подтверждался методом ПЦР при обнаружении РНК вируса в исследуемых назофарингеальных образцах прижизненно и в секционном материале после аутопсии. Анализировали клиническое течение заболевания, данные лабораторных исследований и данные аутопсии. Патоморфологические исследования проводились в центральной научно - исследовательской лаборатории ХНМУ. Была проанализирована частота факторов риска, частота фоновых, сочетанных и сопутствующих заболеваний среди госпитализированных в ОИТ ОКИБ взрослых умерших пациентов инфицированных вирусом А(H1N1)pdm и сезонным вирусом гриппа. Проводился также анализ распределения сроков летальности, анализ применения антибиотикотерапии и данных коагулограммы. Поиск научных данных за 10 лет был проведен в системах: Med Pub, Cochrane Library.

Результаты. При анализе данных умерших в ОКИБ 27 пациентов было 11 мужчин и 16 женщин. Средний возраст ( $M \pm m$ ) составил  $42,3 \pm 1,7$  лет. Средние сроки госпитализации в стационар составляли ( $M \pm m$ )  $9,44 \pm 0,86$  дня. При оценке эффективности антибактериальной терапии через 24 и 72 часа от ее начала часто не наблюдалась положительная динамика симптомов заболевания. Анализ патоморфологических исследований выявил диффузное повреждение альвеол с десквамацией альвеолярного эпителия и формированием гиалиновых мембран, что является морфологической картиной острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), кроме того, у некоторых погибших пациентов обращало на себя внимание отсутствие в легочной ткани признаков гнойного воспаления, как возможного осложнения вирусной инфекции.

Выводы. 1. У большинства наблюдаемых пациентов отмечалось стремительное развитие так называемой первичной вирусной пневмонии и ОРДС. 2. У некоторых пациентов, умерших в послепандемический период, бактериологически была выделена *Kl. pneumoniae*, которая характеризовалась высокой степенью резистентности к антибиотикам.

**Букий С.Н., Митрофанов Ю.М.**

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ,  
ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА - БАРР.**

**Кафедра детских инфекционных болезней**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,  
Украина.**

**Научный руководитель – профессор, д.мед.н. Кузнецов С.В.**

Социально-экономические проблемы сальмонеллеза во всем мире определяются высокими показателями заболеваемости и летальности, трудностями этиотропной терапии из-за возрастающей резистентности патогена, отдаленными последствиями со стороны желудочно-кишечного тракта. По данным официальной статистики, в США ежегодно регистрируется более 40 тыс. случаев сальмонеллезов, свыше 500 заболевших умирает, при этом инфекция наносит стране убытки приблизительно в 50 млн. долларов. Заболеваемость сальмонеллезом особенно высока среди детского контингента.

Как известно, из года в год увеличивается число детей, инфицированных вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), что обусловлено глобальным его распространением, ростом заболеваемости даже в развитых странах, частыми вспышками и вероятностью летального исхода среди детей младшего возраста. Инфицирование ВЭБ приводит к изменениям иммунного ответа, что не может не сказываться на течении сопутствующего заболевания, в том числе и сальмонеллеза.

Целью исследования было изучение особенностей клинических проявлений сальмонеллеза у детей, инфицированных ВЭБ.

Был проведен сравнительный анализ клинических симптомов сальмонеллеза у 42 детей в возрасте 3 мес - 5 лет. Контрольную группу составили 22 ребенка, больных сальмонеллезом на фоне инфицирования ВЭБ, а основную – 20 детей с моноинфекцией (сальмонеллезом), находившиеся на лечении в областной детской инфекционной клинической больнице города Харькова. Верификация диагноза основывалась на клинических, анамнестических данных больных, результатах бактериологических исследований кала, а также крови больных на предмет выявления маркеров ВЭБ инфекции методом ИФА и ПЦР.

Для всех детей было характерно острое начало заболевания с повышения температуры тела, развития диарейного и токсического синдромов. При сальмонеллезе у инфицированных ВЭБ детей симптомы общей интоксикации нарастали постепенно в течение 3-4 дней, у неинфицированных ВЭБ в течение первых 2 суток. Продолжительность лихорадочного периода была достоверно более длительной у детей, инфицированных ВЭБ, и составила  $7,55 \pm 1,22$  дня, в то время, как у детей основной группы –  $4,02 \pm 1,09$  дня, ( $P < 0,05$ ). Сроки сохранения диарейного синдрома также были различными. У детей контрольной группы дисфункция кишечника сохранялась в течение  $10,41 \pm 1,08$  суток, а у детей основной  $6,84 \pm 1,18$  суток, ( $P < 0,05$ ). Различия в исчезновении дисфункции кишечника подтверждались и разной динамикой нормализации показателей копрограммы: у детей основной группы копрограмма не отличалась от нормы к  $4,58 \pm 1,11$  дню, а у детей контрольной группы – к  $8,24 \pm 1,32$  дню, ( $P < 0,05$ ).

Таким образом, сальмонеллез у детей, инфицированных ВЭБ, характеризуется более медленной манифестацией токсического и диарейного синдромов и, в тоже время, более длительным их присутствием. Указанные особенности, по-видимому, обусловлены снижением активности работы иммунных механизмов, о чем указывают ведущие ученые разных стран мира.

На наш взгляд, выявленные особенности могут являться достаточным аргументом в пользу возможного использования в комплексной терапии больных, инфицированных ВЭБ иммуноотропных средств. Однако последнее требует тщательного теоретического осмысления и возможно экспериментального подтверждения, что и является предметом дальнейшей нашей работы.

**Гузь Е. В., Мещанина Д.Р.**  
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО**  
**МОНОНУКЛЕОЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ У ДЕТЕЙ**

**Кафедра детских инфекционных болезней**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – профессор, д.мед.н. Кузнецов С.В.**

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) Эпштейна-Барр (ВЭБ) вирусной этиологии (МКБ-10 - B27) – широко распространенное заболевание, наносящее огромный экономический ущерб обществу в результате длительности заболевания, формирования в ряде случаев неблагоприятных вариантов течения и исходов.

В последние годы ряд ученых указывает на изменения клинической картины многих инфекционных заболеваний, в том числе и ИМ. Одни исследователи связывают это с изменениями в иммунном статусе детей под влиянием негативных факторов окружающей среды, составляющих пищевого рациона современного ребенка и т.д. Другие – с приобретением ВЭБ, возможно, новых, пока еще не установленных, свойств.

В этой связи, на наш взгляд, выяснение клинической картины ИМ у детей в настоящее время, позволит снизить процент диагностических ошибок и, тем самым, повысить эффективность лечебно- профилактических мероприятий и, в конечном итоге, предотвратить развитие нежелательных исходов.

Цель работы: выявление особенностей клинической картины ИМ ЭБ вирусной этиологии у детей на современном этапе путем сравнительного анализа частоты регистрации клинических проявлений болезни в прошлом и настоящем.

Для реализации цели проведен сравнительный анализ 232 историй болезни детей, больных ИМ, находившихся на лечение в областной детской инфекционной клинической больнице г. Харькова в период 1992-1996 гг. (первая группа- 111 детей) и 2012-2014 гг. (вторая группа- 121). Группы были сопоставимы по возрасту составивших их детей, тяжести болезни и другим параметрам. Верификация диагноза основывалась на клиничко- анамнестических данных, результатах инструментального (УЗИ) обследования больных и выявления маркеров заболевания методами ИФА и ПЦР.

В результате, нами выявлено, что в обеих группах заболевание начиналось остро с повышения температуры тела детей. При этом температурная реакция больных первой группы была более значимой ( $39,4 \pm 0,11^{\circ}\text{C}$ ), чем второй ( $38,3 \pm 0,09^{\circ}\text{C}$ ) ( $P < 0,05$ ) и сохранялась гипертермия длительнее ( $5,63 \pm 0,48$  и  $3,82 \pm 0,31$  суток соответственно  $P < 0,05$ ). Практически во всех историях болезни (98%) отмечены у больных явления острого тонзиллита, в виде катаральной ангины (8%- 1 группа и 19%- 2), фолликулярной (41% и 56%) и лакунарной (51% и 25% соответственно). Выявлены симптомы заднего ринита (79% и 46%), «храпящее» носовое дыхание (76% и 41%). Полилимфаденопатия определялась чаще у детей 1 группы (82% и 33%), в то время как у больных 2 группы лимфаденопатия регистрировалась, в основном, в виде шейного лимфаденита (67%). Увеличение печени отмечено у 61% больных находившихся на лечении в 90-е годы прошлого столетия и 26% - 21 века. Спленомегалия также была более характерной чертой ИМ прошлых лет (72%- 1 группа и 28% - 2 группа). Гематологические изменения в виде появления атипичных мононуклеаров в периферической крови больных - были более характерными

признаками ИМ прошлых лет. Они регистрировались в 88% случаев в сравнении с 38% сравниваемых детей.

Таким образом, инфекционный мононуклеоз на современном этапе сохраняет в целом присущие для него клинические проявления. Однако частота регистрации симптомов болезни и их выраженность в настоящее время гораздо меньше. Последнее, по-видимому, является причиной диагностических ошибок и причиной формирования в ряде случаев неблагоприятных вариантов исходов болезни, на что указывают ведущие ученые Украины и зарубежных стран.

**Курлан Н.Ю.**

## **ПОКАЗНИКИ ПАРАКЛІНІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ ПРИ ШИГЕЛЬОЗІ НА ФОНІ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

**кафедра дитячих інфекційних хвороб**

**Харьковский національний медичний університет,**

**Харків, Україна**

**Науковий керівник – професор Ольховська О.М.**

Однією з найрозповсюдженіших у світі інфекцій, якою інфікуються переважно в ранньому дитинстві, є хеликобактериоз. Навіть інфікування *H. Pylori* може впливати на перебіг будь-яких інших захворювань, в тому числі і інфекційних, передусім – кишкових інфекцій, серед яких одне із провідних місць займає шигельоз.

Мета роботи – вивчення особливостей перебігу шигельозу у дітей на фоні хеликобактерного інфікування. Досліджено параклінічні показники дітей віком від 3 місяців до 3 років при шигельозі на фоні хеликобактерної інфекції (основна група - 28 дітей – мікст-інфекція) та шигельозі (контрольна група - 31 дитина - моноінфекція). Дослідження проведено на базі обласної дитячої інфекційної клінічної лікарні м. Харкова. Визначення хеликобактерної інфекції проводили за допомогою серологічного методу (визначення антитіл до *H. pylori* в сироватці крові) та методом ПЛР (визначення антигенів *H. pylori* в калі). Діти обох груп були порівняльні за віком ( $3,04 \pm 1,35$  та  $3,11 \pm 1,84$  років,  $p > 0,05$ ), статтю та супутньою патологією. При копрологічному дослідженні у більшості хворих обох груп (20 – 71,43% дітей основної та 23 – 74,2% групи контролю) виявлені ураження обох відділів кишечника (ознаки ентероколіту), але хворі з мікст-інфекцією частіше мали у випорожненнях лейкоцити (18 - 64,29% проти 15 - 48,38%), слиз (21 - 75% проти 18 - 58,06%) та епітеліальні клітини (7 - 25% і 6 - 19,35% відповідно), хоча різниця в цих показниках не була достовірною. Тільки у 2 (7,14%) дітей основної та 1 (3,23%) дитини контрольної групи виявлені еритроцити. Проте такі патологічні домішки, як рослинна клітковина, неперетравлена клітковина та м'язові волокна у копрограмі дітей з фоновим інфікуванням *H. pylori* зустрічались достовірно частіше (16 — 57,14% проти 12 — 38,7%; 15 — 53,57% проти 9 — 29,03% та 6 — 21,42% проти 2 — 6,45% відповідно,  $t \geq 2,0$ ), що дає привід говорити про суттєве порушення процесу травлення у тонкому кишечнику хворих з хеликобактерним інфікуванням.

Проведені дослідження зразків периферичної крові встановили вірогідне зниження гемоглобіну та еритроцитів у хворих обох груп в порівнянні з даними контрольної групи:  $117,08 \pm 2,08$  і  $121,63 \pm 1,24$  проти  $127,96 \pm 1,68$  г/л та  $3,92 \pm 0,07$  і  $4,15 \pm 0,05$  проти  $3,98 \pm 0,10 \times 10^9$ /л відповідно,  $p < 0,05$ . Крім того, всі хворі з шигельозом мали достовірно вищі рівні ШОЕ ( $8,01 \pm 0,89$  і  $9,28 \pm 1,05$  проти  $5,0 \pm 0,33$  мм/год,  $p < 0,05$ ), абсолютну кількість лейкоцитів ( $7,66 \pm 0,38$  і  $8,15 \pm 0,45$  проти  $6,72 \pm 0,19 \times 10^9$ /л,  $p < 0,05$ ) та відносну кількість поличкоядерних нейтрофілів ( $6,90 \pm 0,29$  і  $8,25 \pm 0,33$

проти  $2,30 \pm 0,26\%$ ,  $p < 0,05$ ). Визначено, що при однаковій спрямованості змін у периферичній крові хворих обох груп виразність цих змін була різною. Порівняння показників периферичної крові дітей з мікст- та моно-інфекцією виявило більш достовірне зниження у хворих першої групи показників «червоної крові»: гемоглобіну та еритроцитів ( $117,08 \pm 2,08$  проти  $121,63 \pm 1,24$  г/л та  $3,92 \pm 0,07$  проти  $4,15 \pm 0,05$  на  $10^9$  відповідно,  $p < 0,05$ ). Відмічено також вірогідне зменшення відносної кількості лімфоцитів у хворих без фонового інфікування в порівнянні зі групою здорових дітей ( $42,29 \pm 3,08$  проти  $50,04 \pm 1,26\%$ ,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, шигельоз у дітей із супутнім інфікуванням *H. pylori* характеризується суттєвішими порушеннями процесу травлення, більш виразним зниженням показників «червоною» крові у порівнянні до показників дітей з моно-інфекцією. Останнє може бути обумовлено порушенням всмоктування заліза, що є характерним у випадках хелікобактерного інфікування. Виявлені зміни у формулі «білої» крові хворих на мікст-інфекцію, ймовірно, пов'язані із порушенням в ланці імунній відповіді. Виявлені особливості результатів параклінічних досліджень потребують подальшого вивчення патогенетичних ланок впливу інфікування *H. pylori* на перебіг шигельозу, а також є підставою для проведення своєчасної корекції терапії хворих.

**Кучеренко О.О., Олефир А.С., Казарян Л.В.**

**ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ "ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ-Антиоксиданты" И ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**кафедра детских инфекционных болезней**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**научный руководитель – профессор, Кузнецов С.В.**

На сегодняшний день по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире ежегодно регистрируется 80 миллионов новых случаев хламидийной инфекции (ХИ). Известно, что особенностью ХИ является способность вызывать поражение сердечно-сосудистой системы в виде миокардитов и поражения коронарных сосудов, нарушения ритма и проводимости сердца у детей старшего возраста и взрослых, в связи с чем изучение становления этой системы у детей раннего возраста с хламидийной инфекцией, представляет большой интерес. Значимым фактором поражения миокарда при различных заболеваниях являются нарушения в системе «перекисное окисление липидов - антиоксиданты», так как некоторые продукты ПОЛ вызывают сокращение гладкой мускулатуры, нарушение проницаемости сосудов и способны провоцировать спазм коронарных сосудов, установлено их влияние при неспецифических инфекциях на ультраструктуру кардиомиоцитов, сократительную способность миокарда, процессы аритмогенеза. Однако, вопрос о роли процессов ПОЛ в развитии кардиогемодинамических нарушений при врожденных инфекциях, вызванных *Chlamydia trachomatis* на современном этапе остается малоизученным. Поэтому, целью нашего исследования было изучение основных показателей системы «ПОЛ-антиоксиданты» с учетом изменений внутрисердечной гемодинамики у детей раннего возраста на фоне хламидийной инфекции. Материалы и методы. Нами были изучены основные показатели системы «ПОЛ-антиоксиданты» у 25 детей до 3 лет с хламидийной инфекцией, из них: первая подгруппа - с систолической дисфункцией (СД) левого



желудочка (ЛЖ) (n=13), вторая подгруппа - с диастолической дисфункцией (ДД) ЛЖ (n=12). Группу сравнения составили 30 здоровых детей до 3 лет без признаков инфекционной патологии. Диагноз ХИ у детей устанавливался на основании: данных анамнеза, клинических симптомов, дополнительных исследований (ИФА, ПИФ, ПЦР). Всем пациентам были проведены электрокардиография и эхокардиография. Также, с целью изучения показателей перекисного окисления липидов, мы исследовали в сыворотке крови концентрацию ТБК-позитивного материала с использованием теста с тиобарбитуровой кислотой (ТБК), суммарную антиоксидантную активность сыворотки крови, перекисную резистентность эритроцитов, активность каталазы эритроцитов.

Таким образом, было выявлено, что уровень промежуточных продуктов свободнорадикального окисления липидов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой в плазме крови детей ХИ был повышен по сравнению с аналогичным показателем группы сравнения: в первой подгруппе - на 24% ( $p<0,001$ ), во второй – на 17,2 % ( $p<0,001$ ). Уровень ТБК-позитивных продуктов в сыворотке крови детей с СД ЛЖ превышал аналогичный показатель у детей с ДД ЛЖ ( $p=0,001$ ). В то же время уровень антиокислительной активности сыворотки крови у больных был ниже данных группы сравнения в первой подгруппе на 18,3% ( $p<0,001$ ), второй – на 12,7% ( $p<0,001$ ). Наиболее выраженное снижение антиокислительной активности сыворотки крови отмечалось у детей с ХИ и СД миокарда ЛЖ, отмечалось статистически значимое снижение перекисной резистентности эритроцитов (ПРЭ) у детей с СД - на 38% ( $p=0,003$ ), с ДД – на 30,9% ( $p=0,006$ ). Выводы. Наиболее выраженные изменения системы «ПОЛ-антиоксиданты» были зарегистрированы у детей с ХИ и СД миокарда, в виде статистически значимого увеличения ТБК-активных продуктов в сыворотке крови, снижения активности каталазы в эритроцитах и антиокислительной активности сыворотки по сравнению с детьми группы сравнения и с ХИ и ДД, что в дальнейшем может использоваться как критерий их ранней диагностики.

**Ольховський Є.С.**

## **ПЕРЕБІГ ЕШЕРИХІОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙН-БАРРА**

**Кафедра дитячих інфекційних хвороб**

**Харьковский національний медичний університет,**

**Харків, Україна.**

**Научный руководитель – профессор, Кузнецов С.В.**

Мета роботи – вивчення особливостей клініки ешерихіозу у дітей раннього віку, інфікованих вірусом Епштейн-Барра (ВЕБ).

Проведено вивчення особливостей клінічних проявів ешерихіозу у 48 дітей віком 1 міс–4 років, хворих на ешерихіоз, серед яких у 22 дітей спостерігали моноінфекцію (контрольна група), а у 26 пацієнтів ешерихіоз перебігав на тлі інфікування ВЕБ (основна група). Середній вік хворих основної групи склав  $22,59\pm 1,66$  міс, контрольної –  $23,3\pm 1,57$  міс ( $P>0,05$ ), тобто групи були порівняльні за віком. Середньотяжка форма реєструвалась у 12 дітей основної та 11 дітей групи контролю; тяжка – у 14 та 11 відповідно.

Найчастішою клінічною формою була гастроентероколітична, яку діагностовано у 19 хворих основної групи та 18 – контрольної. Типовим для ешерихіозу було поєднання гострого початку з підвищення температури, різного ступеня виразності симптомів загальної інтоксикації та проявів ураження кишечника.

Проведене співставлення тривалості основних клінічних симптомів у хворих груп спостереження виявило наступне. Лихоманка при середньотяжких формах спостерігалась протягом  $3,44 \pm 0,43$  діб у хворих контрольної групи та  $2,14 \pm 0,22$  діб в групі контролю ( $P < 0,05$ ); при тяжких -  $4,69 \pm 0,29$  та  $3,32 \pm 0,35$  діб відповідно ( $P < 0,05$ ). Середньотяжкі форми ешерихіозу характеризувались тривалим порушенням загального стану ( $2,45 \pm 0,12$  у хворих контрольної та  $3,05 \pm 0,22$  доби у хворих основної групи,  $P < 0,05$ ), зниженням апетиту ( $3,01 \pm 0,54$  та  $4,37 \pm 0,24$  доби,  $P < 0,05$ ), зменшенням сечовиділення ( $1,07 \pm 0,14$  та  $1,21 \pm 0,18$  доби,  $P > 0,05$ ), блювотою або зригуванням ( $2,66 \pm 0,14$  та  $2,15 \pm 0,18$  діб,  $P < 0,05$ ). Тяжкі форми ешерихіозу у дітей, інфікованих ВЕБ, супроводжувались тривалішим збереженням проявів млявості ( $3,64 \pm 0,32$  та  $4,68 \pm 0,21$  діб відповідно в групах,  $P < 0,05$ ), зниження апетиту ( $5,43 \pm 0,35$  та  $6,45 \pm 0,28$  діб,  $P < 0,05$ ), блідості шкіри ( $6,91 \pm 0,46$  та  $7,28 \pm 0,39$  діб,  $P > 0,05$ ), дисфункції кишечника ( $5,17 \pm 0,27$  та  $6,22 \pm 0,38$  діб,  $P < 0,05$ ), бурчання у животі ( $3,77 \pm 0,27$  та  $4,21 \pm 0,23$ ,  $P > 0,05$ ). Відмінності в регресії діарейного синдрому у хворих на тяжкі форми ешерихіозу підтверджувалися і різними строками нормалізації показників копрограми, що у дітей основної групи відбувалося на  $7,81 \pm 1,03$  добу, а у дітей групи контролю - на  $5,08 \pm 0,68$  добу, ( $P < 0,05$ ). Триваліше збереження основних клінічних проявів при тяжких формах ешерихіозу у хворих, інфікованих ВЕБ, призводило до пролонгації їх перебування в стаціонарі: ліжко/доба у дітей контрольної групи склала  $10,2 \pm 0,33$ , у дітей контрольної групи –  $11,7 \pm 0,57$  доби, ( $P < 0,05$ ).

Таким чином, виявлено відмінності у клінічному перебігу ешерихіозу у дітей, інфікованих ВЕБ, що характеризуються тривалішими строками збереження основних клінічних симптомів (особливо при тяжких формах), пролонгацією перебування хворих в стаціонарі. Виявлені клінічні особливості потребують подальшого вивчення механізмів розвитку таких відмінностей.

**Яковенко А.Ю., Жаркова Т.С.**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНКЛЕОЗА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

**кафедра детских инфекционных болезней**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Кузнецов С.В.**

Одной из часто регистрируемых клинических форм герпесвирусной инфекции у детей является инфекционный мононуклеоз (ИМ). Согласно мнений различных авторов этиологическим фактором ИМ могут быть Эпштейна–Барр вирус (ЭБВ) цитомегаловирус (ЦМВ), вирус герпеса 6 типа.

Цель: выявить клинические особенности ИМ в зависимости от типа герпесвируса вызвавшего болезнь.

Проанализировано 107 историй болезней детей в возрасте от 1 года до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в Областной детской инфекционной клинической больнице г.Харькова. Среди которых 66 детей больные ИМ ЭБВ этиологии, 41 – ЦМВ. Этиология заболевания установлена методом иммуноферментного анализа с определением антител класса IgM, IgG к возбудителю, и методом полимеразной цепной реакции с определением ДНК вирусов в крови. Вывявлено, что ЭБВИ характеризуется острым течением с кратковременными подъемами температуры. У 100% детей были выявлены увеличение подчелюстных и

шейных лимфоузлов, у 77% затрудненное носовое дыхание и умеренное отделяемое из носа (94,3%). Признаки лакунарной ангины отмечались в 84,6%. Отмечается непродолжительная гепатоспленомегалия. Регистрировалась экзантема пятнисто-папулезного (20,1%) и гемморагического (6,3%) характера. Больше чем у половины детей отмечается: энантема, одутловатость лица, пастозность век, насморк, кашель и др. На УЗИ признаки гепатита – 83% детей, спленита – 76%. У детей с признаками гепатита при биохимическом исследовании крови определяется гипербилирубинемия ( $30 \pm 2,8$  мкмоль/л) и гиперферментемия (АЛТ  $1,5 \pm 0,07$  ммоль/г). Желтуха склер и кожи не характерна. В клиническом анализе крови (КАК) выявлено: лейкоцитоз (от  $10,5$  до  $26 \times 10^9$  в 1 мкл), нейтропения, стойкий лимфоцитоз - у 97% детей, содержание атипичных мононуклеаров ( $14,4 \pm 6,5$ ) – у 23%. У 42,2% выявляли тромбоцитопению, у 24,5% — гипохромную анемию. У 41,5% отмечали ускоренную скорость оседания эритроцитов (СОЭ). ЦМВИ характеризовалась увеличением шейных и подчелюстных лимфоузлов (100%), повышением температуры тела до  $13 \pm 7$  дней (87%), слабостью, вялостью, снижением аппетита (92%), гепатомегалией (93,4%), спленомегалией (45,2%), гепатитом (11,3%), ангиной катаральной (66,1%), лакунарной (43,9%), сыпью пятнисто-папулезной (57,6%), с гемморагическим компонентом (37,6%), гастроинтерстициальными растройствами (48,6%), катаральным синдромом (46,2%), кашлем, насморком (35%), миалгией (5,1%), артралгией (2,3%). В КАК регистрировали: на первой неделе заболевания нейтрофильный лейкоцитоз; с 10 дня - лейкопению, лимфоцитоз, появление атипичных мононуклеаров (55,3%), тромбоцитоз (45%). В функциональных пробах печени - гиперферментемия (АЛТ  $1,5 \pm 0,07$  ммоль/г) увеличение щелочной фосфатазы — до  $890 \pm 74$  ЕД.

Таким образом, признаки ЭБВ ИМ - кратковременное повышение температуры тела, наличие лакунарной ангины недлительная гепатоспленомегалия, реже - проявления гепатита, который сопровождается желтухой, изредка отмечается экзантема, чаще - энантема, одутловатость лица, пастозность век. В КАК - тромбоцитопения, анемия реже атипичные мононуклеары. ЦМВ ИМ характеризовало наличие продолжительных лихорадки, гепатолиенального синдрома, гепатита который сопровождается синдромом холестаза; катаральной ангины, чаще регистрируется экзантема с гемморагическим компонентом, реже катаральные явления. В КАК – тромбоцитоз, чаще появляются - атипичные мононуклеары.

Выявленные клинические проявления ИМ в зависимости от типа вируса позволяют врачу практического здравоохранения ориентироваться в предварительной этиологической расшифровке болезни и дифференцированно определять целесообразность использования тех или иных противовирусных препаратов.

**Колганова Н.Л., Лисицкая Н.А.**

## **АКНЕ АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии  
Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Беловол А.А., Береговая А.А.**

Acne Vulgaris (вульгарные угри, угревая болезнь) - полиморфное хроническое, рецидивирующее заболевание сально-фолликулярного аппарата, проявляющееся комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов с

локализацией преимущественно в области лица, груди и спины. 60-85% пациентов акне отмечаются в возрасте 12 - 25 лет. В возрасте свыше 25 лет отмечается тенденция роста тяжелых форм акне.

Акне не представляет угрозы для жизни человека, однако являются психоэмоциональной и социальной проблемой, особенно в подростковом возрасте.

Патогенез акне является мультифакторным. В последнее время все чаще наличие изменений кожи в виде пигментных пятен, рубцов, постакне и др. патологических изменений кожи связывают с закономерной патологией внутренних органов, в связи, с чем возможны структурные и функциональные изменения различных элементов кожи, включая сальные железы и волосяные фолликулы.

Изучение причин и патогенетических механизмов развития акне в последние годы вызвало интерес к исследованию роли генетически детерминированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ). ДСТ - генетически детерминированное нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах, характеризующееся дефектами основного вещества соединительнотканых структур, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом и органном уровнях, в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов. В период эмбриогенеза соединительная ткань (СТ) участвует в формировании фолликула волоса и сальных желез. Таким образом, предполагается возможная взаимосвязь развития ДСТ и акне. Зачастую ДСТ сопровождается изменениями на кожи: тонкость, вялость, повышенная растяжимость, истончение подкожно-жирового слоя, петехии, рубцы, множественные пигментные пятна и др.

Согласно установкам Национальных рекомендаций по диагностике наследственных нарушений СТ фенотипические признаки ДСТ разделяют на главные (гиперрастяжимость кожи, плоскостопие, нарушения органа зрения, расширения вен, деформации позвоночника и грудной клетки) и второстепенные (аномалии ушных раковин, аномалии развития и роста зубов, преходящие суставные боли, вывихи и подвывихи суставов, арахнодактилии, длинные тонкие пальцы и др.).

Проводя анализ литературных данных за последние 5 лет отечественных и зарубежных авторов, отмечена значительная распространенность ДСТ в структуре общей нозологии подтверждалась тем фактом, что у пациентов с акне частота выявления отдельных признаков синдрома ДСТ в зависимости от возраста варьировала в пределах 43,5% - 67,7%. Так, признаки сколиоза были выявлены 80,4% случаев, плоскостопие - 47,2%, гипермобильность суставов - 35,6%, варикозное расширение вен - 27,6%, гипотрофия мышц - 26,8%, гиперэластичность кожи - 21,7%, телеангиэктазии - у 17,2%, хрупкость сосудов - 16,8%, что сопровождалось характерными для каждого из синдромов жалобами. У больных с акне с ДСТ дефицит магния в плазме выявлен у 51,3%. У пациентов с акне без ДСТ показатели были близки к показателям здорового человека (норма 0,7-1,1 мкмоль/л)

Выводы: При анализе корреляционных связей было отмечено: тяжесть заболевания ассоциирована с выраженностью ДСТ, уровнем магния в сыворотке крови и эритроцитах, а также соматотипом и длительностью болезни, что необходимо учитывать при назначении лечения больным с акне с целью повышения его эффективности.

**Вовк Т.В.**

## **КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ З УРАХУВАННЯМ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ**

**Кафедра дерматології, венерології і СНІДу  
Харківський національний медичний університет.**

**Харків. Україна.**

**Науковий керівник: професор Дашук А. М.**

Псоріаз залишається одною з найбільших актуальних та складних проблем сучасної дерматології. Невпинне збільшення як типових форм, так і тяжких, нерідко інвалідизуючих форм (артропатичний псоріаз, псоріатична еритродермія), резистентність до звичайної терапії, зниження якості життя зумовлюють складну медико-соціальну проблему. Все це диктує необхідність активних пошуків нових підходів до механізму і лікування цього дерматозу.

Метою роботи було вивчення стану перекисного окислення ліпідів та нуклеїнових кислот, системи антиоксидантного захисту та функціонального стану печінки у хворих на псоріаз і розробка ефективного патогенетичного методу комплексної терапії.

Наукова новизна роботи. Вперше були всебічно вивчені порушення основних ланок перекисної модифікації ліпідів та нуклеїнових кислот, захисної антиоксидантної системи та функціональний стан печінки у хворих на псоріаз в динаміці лікування гепатопротекторами і комплексом антиоксидантів.

Результати дослідження. Під нашим наглядом перебувало 48 хворих на псоріаз, які були розподілені на дві рівних групи – контрольну (24 хворих), що одержували тільки традиційну терапію (калієво-магнієвий комплекс, вітаміни В<sub>6</sub> та В<sub>12</sub>, саліцилову мазь) і основну (24 хворих), якій на тлі традиційної терапії призначали Антраль всередину. Найбільші показники продуктів окисної модифікації білків і продуктів дефрагментації білків були знайдені у хворих з поширеними формами псоріазу, хворих з великою тривалістю захворювання (понад 15 років), тих, що одержували системну терапію в минулому і зловживали алкоголем.

Аналіз рівня продуктів окисної модифікації білків у крові хворих на псоріаз після лікування виявив їх достовірне зниження як в основній, так і в контрольній групі. Призначення в комплексну терапію Антралю здійснювало більш виражений антиоксидантний ефект. Таким чином, аналіз отриманих даних дозволяє стверджувати про наявність у хворих на псоріаз вираженого оксидативного стресу, при якому на тлі виснаженої системи антиоксидантного захисту пошкоджуються не тільки макромолекули ліпідної природи (фосфоліпіди, вільні жирні кислоти), але й білки. З цієї точки зору патогенетично обґрунтованим і доцільним є призначення хворим на псоріаз гепатопротектору з потужним антиоксидантним ефектом Антралю, який діє на тонкі ланки метаболізму, гальмує основні шляхи утворення активних форм кисню (і тим самим окисну модифікацію білків і ліпідів), реактивує антиоксидантні ферменти і захищає запаси ендogenous α-токоферолу.

Висновок. В результаті виконання науково-дослідної роботи був досягнутий медичний ефект, який полягає в впровадженні нового методу лікування хворих на псоріаз з використанням гепатопротектора і антиоксиданта Антралю, що дозволило збільшити відсоток хворих, виписаних з клінічним одужанням в 2,8 рази, а індекс PASI зменшити в 3,8 рази.

**Бережна А. В.**  
**ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ГЕПАТИТІВ З**  
**ПАРЕНТЕРАЛЬНИМ ШЛЯХОМ ПЕРЕДАЧІ У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ НА**  
**СХОДІ УКРАЇНИ: ПРОБЛЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ЗАМІСНОЮ**  
**ПІДТРИМУВАЛЬНОЮ ТЕРАПІЄЮ**

**Кафедра епідеміології**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**Харків, Україна**

**Науковий керівник – д. мед. н., проф. Чумаченко Т. О.**

Актуальність. Комплексні заходи профілактики ВІЛ-інфекції та гепатитів з парентеральними шляхами передачі включають лікування опіюваної залежності споживачів наркотичних речовин (СІН), які входять в групу ризику інфікування вірусами імунодефіциту людини, гепатитів В, С та ін. Однак в умовах соціально-економічної кризи в Україні цей напрямок профілактики ВІЛ-інфекції та гепатитів не реалізується належним чином. Останнім часом спостерігається загострення ситуації із забезпеченням медичними препаратами у Донецькій та Луганській областях в зв'язку з бойовими діями. Зокрема, неухильно зменшується кількість медичних препаратів для замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). Стало неможливим здійснювати поставки медикаментів на непідконтрольні Україні території. Це ставить під загрозу життя хворих, що потребують ЗПТ, та створює умови для погіршення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції та парентеральних гепатитів.

Мета роботи. Оцінити динаміку забезпечення замісною підтримувальною терапією контингентів груп ризику ВІЛ-інфекції/ гепатитів у Донецькій та Луганській областях за період з січня 2014 р. по вересень 2015 р.

Матеріали та методи. Під час виконання роботи вивчені та проаналізовані дані «Альянсу громадського здоров'я» стосовно забезпечення ЗПТ на території Донецької та Луганської областей.

Результати та їх обговорення. Аналіз показав, що станом на 1 січня 2014 року у Донецькій області нараховувалось 759 пацієнтів ЗПТ, у Луганській області – 609 осіб. Фактична кількість пацієнтів ЗПТ станом на 27 січня 2015 року у Донецькій області становила 550 осіб (з них 39,3 % мешкали на територіях, що знаходились під контролем України; 60,7 % мешкали на непідконтрольних Україні територіях) проти планової кількості пацієнтів 750 осіб. У Луганській області фактична кількість пацієнтів ЗПТ на цей же період становила 319 осіб (з них 42 % мешкали на територіях, що знаходились під контролем України; 58 % мешкали на непідконтрольних Україні територіях) проти планової кількості пацієнтів 530 осіб.

Фактична кількість пацієнтів ЗПТ станом на 28 вересня 2015 року у Донецькій області становила 418 осіб (з них 62 % мешкали на територіях, що знаходились під контролем України; 38 % мешкали на непідконтрольних Україні територіях). У Луганській області фактична кількість пацієнтів ЗПТ на цей же період становила 168 осіб (усі мешкали на територіях, що знаходились під контролем України). У порівнянні з кількістю пацієнтів станом на 1 травня 2014 року (759 осіб у Донецькій області та 639 осіб у Луганській області) спостерігається зменшення обсягу надання лікувальної допомоги майже у двічі у Донецькій області, та майже у чотири рази на території Луганської області. Станом на 30 вересня 2015 року понад 850 осіб, що мешкають на Сході у зоні бойових дій не отримували ЗПТ.

При аналізі динаміки зміни кількості пацієнтів ЗПТ за період 01.01.2014 р. – 28.09.2015 р. на території, що підвладна Україні, встановлено незначний зріст

пацієнтів ЗПТ з 347 до 427 осіб. За аналогічний період на територіях непідвладних Україні, навпаки, спостерігається різке зниження кількості пацієнтів ЗПТ з 1021 до 159 осіб.

Висновки. На Сході України склалася несприятлива ситуація відносно забезпечення СІН, які входять до групи підвищеного ризику ВІЛ-інфекції/ гепатитів, замісною підтримувальною терапією. Необхідно на державному рівні налагодити поставки препаратів на контрольовані Україною території з урахуванням тих пацієнтів, що мешкають на непідвладних Україні територіях.

**Eugenia Mawutor Edjameh**

## **PROSPECTS FOR THE ELIMINATION OF CHOLERA OUTBREAKS IN GHANA**

**Department of Epidemiology**

**Kharkiv National Medical University,**

**Kharkiv, Ukraine**

**Supervisors – prof. T.Chumachenko, as. I. Nesvyzhska**

**Background.** According to the WHO the seventh pandemic is still ongoing and shows signs of increasing further, rather than abating. Nearly 120 countries reported indigenous cases of cholera to WHO since 1991. This reflects the fact that cholera is a recurring problem in many areas, and it has become endemic in others. New, more virulent and drug-resistant strains of *Vibrio cholerae* continue to emerge, and the frequency of large protracted outbreaks with high case fatality ratios has increased, reflecting the lack of early detection, prevention and access to timely health care.

**Aim:** identify the features of a cholera outbreak in Ghana in 2014-2015, and evaluate the effectiveness of anti-epidemic measures

**Materials and methods.** Epidemiological method of investigation of: WHO data collection, Ghana health service weekly epidemiological bulletin, UNICEF data collection was conducted. Content analysis of scientific publication was performed.

**Results/Discussion.** An outbreak of cholera was reported after the over flooding of Ghana by heavy rains which lasted for days from June 2014 till January 2015. At the end of August 2014, a total of 6,018 cases with 47 deaths were reported. Cholera cases increased up to 23,622 with 190 deaths in October 2014. At the end of 2014, a total sum of 28,975 cases with 243 deaths was recorded. The outbreak of cholera was reported from June 2014 and spilling over to 2015 though the incidence rate has declined significantly. Among the 10 regions in Ghana, Greater Accra recorded the highest incidence with 20,197, followed by Central region with 3,868 cases, and then Eastern region was third with 1,875 cases. Upper west region recorded the lowest incidence with only 10 cases. These data suggested that cholera transmission has been closely linked to inadequate environmental management. The peri-urban slums were typical as risk territory. The consequences of humanitarian crisis were disruption and sanitation system or displacement of population to inadequate and overcrowded camps. Cholera still remains a global threat to public health and a key indicator of social development lack.

Most affected were women and children from kindergarten to high school. These people are also the group of risk in this outbreak. Most of the women were market sellers, food vendors, laborers, housemaids with least socioeconomic status. They also do not have readily access to health services because of poor economic status.

During the outbreak, various measures were identified and applied. Among these are early detection of the cases and referring to hospitals for treatment, giving out oral rehydration salts, increasing access to potable drinking water, boiling water from various

water bodies before drinking, promotion of hygiene, improving the sanitation conditions and disinfection of health centers and schools. World health organization, International Federation of the Red Cross, the European Commission's Humanitarian and Civil Protection Department were International organizations to help in the controlling of the outbreak. With the financial assistance from the European Union aiming at contributing to reduce the mortality and morbidity due to the outbreak of cholera, this will raise awareness on how to avoid or manage the disease in the event of future occurrence by promoting water and sanitation hygiene and disinfecting of households and other prone areas. Also distilling blocked drainage systems, proper disposal of waste, future proper urban planning, and education with increased preparedness for rapid cholera response.

Conclusion. It can hence be concluded that the high incidence of cholera outbreak in Ghana from June 2014 till January 2015 was as a result of the heavy flooding of the country leading to poor sanitation and environmental pollution of water bodies. This shows the impossibility of self-help, and only an international collaborative anti-epidemic and preventive maintenance can reduce morbidity cholera in Ghana and in other troubled regions.

**Velma Duncan**

**EFFECTIVE WAYS OF MEASLES PREVENTION IN GREATER ACCRA  
REGION OF GHANA**

**Department of Epidemiology  
Kharkiv National Medical University,  
Kharkiv, Ukraine**

**Supervisors – prof. T.Chumachenko, as. I. Nesvyzhska**

Background. Measles has been a cause of morbidity among children in Ghana despite the high vaccination coverage. A number of strategies were put in place to achieve the low morbidity and mortality rate of measles in Ghana. Previously children receive only one dose of measles vaccine (MCV 1) at 9-11 month but WHO recommended that a second dose (MCV 2) should be introduced at 18 month. The Ghana Extended program on immunization (EPI) takes care of everything concerning immunization, the cold chain is handled by them.

Aim: to study and analyze the effectiveness of new strategy of vaccination against measles in districts of Ghana.

Materials and methods. The study employed a descriptive statistical analysis of morbidity. The research included data about measles cases of the Regional directorate of Ghana Health Service from 2012 to 2014. The data were analyzed using Excel.

Results/Discussion. There has been a tremendous decrease in the morbidity and mortality rate of measles for a decade. There has not been any death for the past ten years across the 10 regions of Ghana. This has been made possible by an organization in Ghana health service called the EPI their sole responsibility is the planning and coordination of immunization and vaccination activities. They work in collaboration with the Public health sector and disease control unit of Ghana health service.

The number of suspected and confirmed cases declined over the years for Greater Accra region which includes the capital of Ghana. The highest suspected cases were in 2012 with 78 and 18 confirmed cases. 2014 had the lowest suspected cases of 12 and 0 confirmed cases.

The number of immunized children with MCV 1 and MCV 2 vaccines were high in 2014 with 79.2 % and 54.1 % respectively. More than half of the children did not take the MCV 2 with 2014 recording the highest number of immunized children which reflected in



the number of confirmed cases across the district of Greater Accra being zero. The number of suspected and confirmed cases for measles have tremendously decline from 2012 up to zero in 2014, the schedule for vaccination of MCV 1 and MCV 2 given at 9 month and 18 months respectively have helped to lower the incidence of measles morbidity in the Greater Accra region.

Conclusion. Measles can completely be eradicated from Ghana. Some additional structures like educational campaigns should be organized to create maximum awareness of MCV 2 and cooperation of the public because half of the children were not vaccinated and the mothers felt MCV 1 was enough for their children because some sector of the children reacted to vaccine with fever, malaise and headache. If this is done almost absolute protective (99%) of level of effectiveness will be reached.

**Машталір О. В., Пенцко Х. В.**  
**СУЧАСНА ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА**  
**МЕНІНГОКОКОВУ ІНФЕКЦІЮ**  
**кафедра епідеміології**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**Харків, Україна.**

**Науковий керівник – проф. Чумаченко Т. О.**

Менінгококова інфекція (далі – МІ) — це гостре антропонозне інфекційне захворювання з повітряно-крапельним механізмом передачі, яке спричиняє *Neisseria meningitidis*. Хвороба може перебігати у вигляді субклінічного ураження носоглотки, назофарингіту, менінгококцемії чи гнійного менінгіту. Захворюваність на менінгококову інфекцію реєструється у всіх країнах світу як у вигляді спорадичних випадків, так і невеликих епідемічних спалахів, що робить дану проблему надзвичайно актуальною.

Мета роботи: оцінка сучасної епідемічної ситуації захворюваності на менінгококову інфекцію.

Матеріали і методи: Для аналізу даних ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України» був використаний епідеміологічний метод дослідження. За результатами якого: в Україні у 2014 році захворюваність на МІ знизилася на 22,44%. Захворювання реєструвалися у всіх регіонах країни з коливаннями показника захворюваності від 2,23 на 100 тис. населення в Тернопільській області до 0,04 в Луганській. Незважаючи на зниження захворюваності в цілому в країні, в 15 регіонах показник захворюваності перевищив середньо-державний показник. Станом на вересень 2015 року зареєстровано 250 випадків МІ (за той самий період минулого року - 271). У віковій структурі захворюваності переважають діти до 17 років (83,4%), серед яких зареєстровано зниження захворюваності на 21,35%, у порівнянні з минулим роком. Незважаючи на зниження захворюваності на МІ, стабільною залишається кількість летальних випадків. Так, у 2013 році МІ стала причиною 65 смертей, а у 2014 році – 60. Більшість летальних випадків (86,7%) у 2014 році зареєстровано серед дітей - 52 випадки. Летальні випадки серед дітей зареєстровані в більшості регіонів країни за виключенням Чернігівської, Кіровоградської, Херсонської областей. Під час аналізу клінічних форм захворювання встановлено, що в останні 2 роки в структурі МІ зростає питома вага генералізованих форм (менінгіт, менінгококцемія). В 2013 році генералізовані форми склали 63,2%, в той час як у 2014 - 64,5%, це найвищий показник за останні 5 років. У 2014 році відсоток бактеріологічного підтвердження

генералізованих форм захворювання знизився і становив 44,0% проти 45,5% у 2013 році.

Висновок: Під час аналізу стану захворюваності на МІ за останні роки, спостерігається тенденція до зниження.

**Талалаенко А.К., Романенко А.Р.**  
**АКТУАЛЬНОСТЬ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ**  
**кафедра эпидемиологии**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель:, профессор, д.мед.н. Романенко Т.А.**

*Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*) относится, наряду с пневмококком, гемофильной палочкой и вирусами, к числу наиболее распространенных респираторных патогенов, вызывающих, пневмонии. *M. pneumoniae* нередко называют «атипичным» возбудителем, имея в виду свойства, отличающие ее от большинства бактериальных респираторных возбудителей: отсутствие роста на стандартных питательных средах, внутриклеточная локализация, способность к длительной персистенции в организме человека, устойчивость к  $\beta$  лактамным антибиотикам.

С конца 1980-х годов наблюдается тенденция к росту заболеваемости детей пневмониями, увеличению частоты ее осложненного течения. Ежегодно в мире регистрируется около 155 миллионов случаев заболеваний пневмонией у детей, из них погибает около 1,8 миллиона заболевших в возрасте до 5 лет. В развитых странах уровень заболеваемости пневмонией детей первых 5 лет жизни – 5-10 случаев на 1000 детей. Экономические потери, связанные с лечением данного заболевания в США, составляют около 8,4-10 миллиардов долларов США в год, из них 92 % приходится на госпитализированных больных. Лечение одного пациента в условиях стационара обходится в 2420-8970, а на дому – 300 долларов США. Стоимость лечения детей, страдающих пневмонией, во всем мире составляет около 600 миллионов долларов США.

В последние годы появились многочисленные данные об изменении этиологической структуры пневмоний и их течения. Целью нашей работы было изучить уровень распространения и удельный вес микоплазменной инфекции в этиологической структуре пневмоний у детей в разных странах мира на основе анализа современной литературы.

Согласно полученным данным, эпидемиологические подъемы заболеваемости микоплазменной пневмонией возникали каждые 3-8 лет и длились по несколько месяцев. При этом, удельный вес микоплазменной пневмонии достигал более 20 % от общего числа внебольничных пневмоний. Так, в Финляндии в 2004-2014 гг. заболеваемость микоплазменной пневмонией составила 5,3 на 1000 детей в год. В Италии установили, что роль *M. pneumoniae*, как причины внебольничной пневмонии, среди детей разного возраста была различна и росла с увеличением возраста. А именно: у заболевших в возрасте 2-4 года удельный вес микоплазменной инфекции в этиологической структуре пневмоний составил 21 %, в возрасте 5-7 лет – 41 %, в возрасте 7-14 лет – 60 %. В Турции среди 145 обследованных детей (средний возраст 2,5 года) удельный вес микоплазменной пневмонии составил 27 %. Значительную роль данного микроорганизма в развитии пневмоний у детей установили в Таиланде – из 58 пациентов у 25 % выявили микоплазменную пневмонию. В России при

внебольничных пневмониях у пациентов молодого возраста выделялась *M. pneumoniae* у 9 % пациентов, ассоциация *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* – у 11%, *Mycoplasma pneumoniae* и *Streptococcus pneumoniae* – у 25 %. Причем в 30-40 % случаев микоплазменная пневмония наблюдалась у детей старше 5 лет и подростков, в то время как среди людей зрелого возраста – лишь в 2-3 %. В Украине показатели заболеваемости детей пневмонией колеблются от 4 до 20 случаев на 1000 детей от 0 до 15 лет, она занимает третье место в структуре детской смертности. У 15-20 % детей пневмонию вызывают микоплазмы.

Таким образом, учитывая тенденцию к росту заболеваемости детей пневмониями, высокий уровень смертности детей, особенно младшего возраста, от пневмоний, большие экономические затраты на лечение, высокий удельный вес *M. pneumoniae* в этиологической структуре, эпидемиологические подъемы заболеваемости микоплазменной пневмонией, актуальность более глубокого изучения микоплазменных пневмоний у нас в стране не вызывает сомнения.

**Отчик А.Е.**

## **УРОВЕНЬ ЗАГРЯЗНЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВОДОИСТОЧНИКОВ ООЦИСТАМИ КРИПТОСПОРИДИЙ**

**кафедра эпидемиологии**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина.**

**Научный руководитель:, профессор, д.мед.н. Романенко Т.А.**

Криптоспоридиоз – это острое инфекционное зоонозное паразитарное заболевание, поражающее желудочно-кишечный тракт, вызываемое протистами рода *Cryptosporidium* из типа Апикомлекс. Ему характерен фекально-оральный механизмом передачи и преимущественно водный путь передачи. Криптоспоридиоз является причиной 50,8 % всех передающихся через воду паразитарных заболеваний. Уровень заболеваемости криптоспоридиозом в мире не высок и составляет 1-3 % населения в развитых странах и 8-19 % населения в развивающихся странах. Актуальность этого заболевания на современном этапе увеличивается в связи с большим количеством больных СПИДом в мире, поражением криптоспоридиозом ВИЧ-инфицированных людей, так как он является оппортунистической инфекцией и протекает хронически.

Криптоспоридии – это микроорганизмы, являющиеся паразитами млекопитающих, рыб, птиц, обитающие во внешней среде. Также может быть бессимптомное носительство возбудителя человеком. Возбудитель длительно сохраняется в воде различных водоемов, обитает в природных резервуарах. Известные паразитологи С.N. Haas, J.B. Rose считают, что даже низкая концентрация криптоспоридий (0,1 ооцист/л) может привести к случаям криптоспоридиоза, а концентрация более чем 0,3 ооцист/л приведет к вспышкам заболеваемости среди населения (Н.А. Турбабина, 2012). Поэтому контроль за уровнем распространенности этих возбудителей в воде различных водоемов является актуальной проблемой. В связи с этим целью нашей работы явилось проанализировать уровень загрязненности ооцистами криптоспоридий водоемов и водных источников на различных территориях.

Материалы и методы. Изучены научные публикации и литературные данные о проведенных эпидемиологических исследованиях и проанализированы их результаты.

Результаты. Современными нормативными документами в Украине регламентируется отсутствие ооцист криптоспоридий в питьевой воде. Проблема загрязнения сточных вод и, как следствие, природных и искусственных водоемов ооцистами криптоспоридий является открытой. Результаты исследований проб воды поверхностных водоисточников, а также сточной воды на наличие ооцист криптоспоридий в г. Одессе и Одесской области свидетельствуют о выявлении этих биологических контаминантов в 1,6 и 14,0 % проб соответственно. На территории обслуживания Приднепровской железной дороги пробы воды в 20,6 % случаев были положительными. Было выявлено загрязнение криптоспоридиями 27,9 % обследованных поверхностных водоемов. При исследовании проб рапы и лечебных грязей Шаболатского лимана частота определения криптоспоридий была 1 ооциста в 25 дм<sup>3</sup> или 0,04 ооцист/л.

Ооцисты криптоспоридий обнаруживаются в неочищенных (до 1000 ооцист/л) и очищенных (до 100 ооцист/л) сточных водах различных регионов США. Воды естественных поверхностных водоемов содержат в среднем от 20 до 91 ооцист в 100 л, родников – до 4, подземные воды – до 0,2. Во время эпидемий отмечается увеличение концентрации ооцист криптоспоридий в питьевой воде в 100-1000 раз, она может достигать 900 ооцист в 100 л (M.Bouzid, P.R.Hunter, R.M.Chalmers, 2013).

Таким образом, загрязненность вод на территории Украины ооцистами криптоспоридий намного ниже, чем вод США – 0,04 ооцист/л и 0,2-0,91 ооцист/л соответственно. Так как для ооцист криптоспоридий, характерна устойчивость к дезинфектантам и традиционным методам очистки воды, необходимо постоянно проводить эпидемиологический мониторинг за уровнем загрязненности вод криптоспоридиями в Украине, а также за уровнем заболеваемости, чтобы не допустить его повышения; проводить санитарно-просветительную работу среди населения о правилах личной гигиены и правилах пользования водоисточниками.

**Сиротенко А.А., Стеценко А.В.**

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА В УКРАИНЕ**

**кафедра эпидемиологии**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,  
Украина**

**Научный руководитель:, профессор, д.мед.н. Романенко Т.А.**

Кишечный иерсиниоз – острая зоофильная сапронозная бактериальная инфекция, вызванная *Yersinia enterocolitica*, с фекально-оральным механизмом передачи, с полиморфизмом клинических симптомов: интоксикацией, поражением желудочно-кишечного тракта, суставов, экзантемой. На сегодняшний момент вопрос кишечного иерсиниоза является весьма актуальным. Это обусловлено тем, что заболевание имеет широкую географическую распространенность и высокие показатели на протяжении многих лет, возникают семейные и внутрибольничные вспышки иерсиниоза.

Кишечный иерсиниоз регистрируется во многих странах мира. Одни из самых высоких показателей регистрируются в Российской Федерации – 3-6 случаев на 100 тыс. населения. При этом на Дальнем Востоке, Приморском крае, Западной Сибири показатели выше в 3-5 раз. Групповые заболевания иерсиниозом имели место в США, Японии, Монголии и других странах.

Цель работы заключается в анализе эпидемиологических особенностей и территориального распространения заболеваемости кишечным иерсиниозом в нашей стране.

В Украине кишечный иерсиниоз подлежит обязательной регистрации. На протяжении 1990-2013 гг. в стране зарегистрировано 4329 случаев этого заболевания, из которых 42,6 % приходилось на детей до 14 лет и 57,4 % – на лиц в возрасте 15 лет и старше. Интенсивный уровень заболеваемости колебался от 0,17 на 100 тыс. нас. в 2006 г. до 0,56 на 100 тыс. нас. в 1998 г. Среднегодовой показатель заболеваемости всего населения составил 0,37 на 100 тыс. нас. Уровень заболеваемости детей в среднем был 0,89 на 100 тыс. детей, взрослых – 0,24 на 100 тыс. лиц 15 лет и старше, то есть заболеваемость среди детского населения в среднем в 3,7 раза превышала показатель заболеваемости среди взрослого населения, а в отдельные годы – даже в 9,4 раза (1991 г.). Это свидетельствует о том, что в Украине дети являются возрастной группой риска заболеваемости кишечным иерсиниозом. Заболеваемость городского населения в среднем в 4,5 раза превышала заболеваемость сельского населения, что связано с развитой системой общественного питания и хранением больших запасов пищевых продуктов в городах. В целом имеется четкая тенденция к снижению заболеваемости иерсиниозом в Украине.

Кишечный иерсиниоз регистрировался в большинстве областей страны. Можно выделить территории, которые соответствуют трем уровням заболеваемости. Высокий уровень заболеваемости (0,59 и выше на 100 тыс. нас.) отмечается в Одесской, Запорожской и Харьковской областях. Территории со средним уровнем заболеваемости (0,12–0,58 на 100 тыс. нас.) охватывают Ровенскую, Винницкую, Киевскую, Днепропетровскую, Луганскую, Донецкую, Херсонскую области, г. Киев. Сравнительно низкая заболеваемость (0,01–0,11 на 100 тыс. нас.) отмечается в западных – Волынская, Закарпатская, Ивано-Франковская, Львовская, Тернопольская, Хмельницкая, Черновицкая, центральных – Кировоградская, Черкасская, Полтавская, северных – Житомирская, Черниговская, Сумская, южных – Николаевская, областях. На таких территориях, как Житомирская, Закарпатская, Тернопольская, Хмельницкая, Черновицкая области, за анализируемый период регистрировались единичные случаи заболевания, но такие данные не могут свидетельствовать об отсутствии проблемы, скорее всего это связано с недостатками в диагностике иерсиниозов. В некоторых областях (Харьковская) в динамике отмечен рост заболеваемости. По нашему мнению, это может быть связано с экологическими причинами, в частности миграционными и популяционными изменениями у грызунов, соответственно, и увеличением количества контактов людей с источниками возбудителя инфекции.

**Arogundade Folawemimo**  
**THE SOCIAL BURDEN OF MALARIA IN NIGERIA AND INDIA,**  
**COMPARATIVE ANALYSIS**  
**Department of Epidemiology**  
**National Medical University,**  
**Kharkiv, Ukraine**  
**Supervisors – prof. T.Chumachenko, as. I. Nesvyzhska**

Background. Malaria imposes great socio-economic burden on humanity, and with six other diseases (diarrhea, HIV/AIDS, tuberculosis, measles, hepatitis B, and pneumonia), accounts for 85% of global infectious disease burden. Social burden of malaria is when malaria causes additional suffering or cost to society at large without contributing to offset

those costs. It is the impact of malaria as measured by financial cost, mortality, morbidity or other indicators. Most malaria cases in 2015, according to the World Malaria Report 2015, are estimated to occur in the WHO African region (88%), followed by South East Asia region (10%).

**Aim:** to study the burden of malaria and highlight features of African and Asian regions.

**Materials and methods.** The study employed a descriptive statistical analysis of morbidity. Content analysis of scientific publication were performed.

**Results/Discussion.** Nigeria is known for high prevalence of malaria and it is a leading cause of morbidity and mortality in the country. Available records show that at least 50 % of the population of Nigeria suffers from at least one episode of malaria each year and malaria accounts for over 45 per cent of all out-patient visits. The disease accounts for 25 per cent of infant mortality and 30 per cent of childhood mortality in Nigeria. Therefore, it imposes great burden on the country. In India, about 2 million confirmed malaria cases and 1,000 deaths are reported annually, although 15 million cases and 20,000 deaths are estimated by WHO South East Asia Regional Office. India contributes 77% of the total malaria in Southeast Asia.

Nigeria can be divided to three major malaria epidemiological zones, namely: Forest, Savannah and Grass-land zones. The most dominant species of anopheles mosquito in Nigeria are *Anopheles funestus*, *Anopheles gambiae* complex, *Anopheles arabiensis* and *Anopheles melas*. In India, the epidemiology of malaria is complex because of geo-ecological diversity, multi-ethnicity, and wide distribution of nine *Anopheles* mosquitoes vectors transmitting three *Plasmodia* species.

Since 2000 malaria mortality rate has decreased by 85% in South-East Asia region, and while the African region continues to carry the highest malaria burden, here too there have been impressive gains as malaria mortality rates fell by 66% among all age groups and by 71% among children under 5 (a population particularly susceptible to the disease). Despite the reduction of the malaria endemic, malaria remains a major health problem in Nigeria and India. Some factors that contribute to the complexity of the malaria epidemiology include: low acquired malaria immunity, access to health care and preventive interventions as well as heterogenic suitability of urban ecosystems for malaria transmission.

The governments of malaria-endemic countries like Nigeria and India often lack financial resources. As a consequence, health workers in the public sector are often underpaid and overworked. They lack equipment, drugs, training, and supervision. The local populations are aware of such situations when they occur, and cease relying on the public sector health facilities. This encourages private consultations by unlicensed, costly health providers, and the anarchic prescription and sale of drugs (some of which are counterfeit products). Correcting this situation is a tremendous challenge that must be addressed if malaria control and ultimately elimination is to be successful.

**Conclusion.** Although there are many promising new control and research initiatives, malaria remains today, as it has been for centuries, a heavy burden on both communities.

**Ibe Ogechi Precious**  
**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF**  
**DIPHTHERIA IN UKRAINE AND NIGERIA**

**Department of Epidemiology**  
**Kharkiv National Medical University,**  
**Kharkiv, Ukraine**

**Supervisors – prof. T.Chumachenko, as. I. Nesvyzhska**

Background. Diphtheria surveillance has been conducted in Ukraine since 1878. Vaccination programs against the disease were first introduced in the region in 1932, and incidence rates rapidly decreased. In Nigeria surveillance in the endemic areas was carried out for 1970-2013. Despite systemic weaknesses, Nigeria has made extraordinary progress in improving access to vaccination in recent years. According to WHO/UNICEF estimates, three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis vaccine (DTP3) coverage more than doubled, increasing from 29 % to 69 % during this period. Surveillance, prompt investigation and vaccination direct to halt the spread of disease.

Aim: to study and compare the diphtheria epidemic situation in two countries – Ukraine and Nigeria.

Materials and methods. The study employed a descriptive statistical analysis of morbidity data of the Ministry of Health of Ukraine and Federal ministry of health Nigeria department of public health. Content analysis of scientific publication was performed.

Results/Discussion. Last epidemic of diphtheria in Ukraine was recognized in 1991 in the major urban areas of Kiev, Lviv, and Odessa, in the center, west, and south of the country, respectively. At the time, the susceptible population (i.e., those with neither naturally nor vaccine-acquired immunity) was estimated by serology surveys to be 41 % in rural areas and 44% in urban areas. Following a brief decline in the number of cases during the first half of 1994, a second epidemic wave hit the country in late 1994 and 1995. It is impossible to determine with certainty whether the decrease seen since late 1995 is solely due to vaccination during this period. However, the following observations strongly suggest that the immunization program has been effective. The incidence in Ukraine never approached the levels seen in neighboring Russia, although there is no apparent demographic or prior immunologic history to explain why Ukraine's experience should have been different; the incidence began to decrease within 6 months of the initiation of the mass campaigns, and the rate of decrease was greatest in the oblasts where mass campaigns had been conducted.

In Nigeria a diphtheria outbreak occurred from February to November 2011 in the village of northeastern Nigeria. Ninety-eight cases of diphtheria, overall case-fatality ratio was 21,4 %. In Nigeria was the long time period between the first cases of diphtheria (February, 2011) and the eventual recognition of the clinical syndrome as being diphtheria (September, 2011). As an uncommon disease, clinicians in the area were probably unfamiliar with its presentation. This led to subsequent delays in responses, including case management and vaccination activities, over 9 months after the first case was seen in the village. Some of this delay is also probably explained by the lack of access to healthcare in village. Low rates of immunization, delayed clinical recognition of diphtheria and absence of treatment with antitoxin and appropriate antibiotics contributed to this epidemic.

Conclusions. The epidemic in Ukraine started among children, who had been left vulnerable due to inadequate vaccination coverage, and then quickly spread to adequately protected adults. All available evidence suggests that Ukraine, with the assistance of the international community, was successful in controlling the diphtheria epidemic. The

diphtheria outbreak in northeastern Nigeria illustrates several prevailing challenges in providing care in isolated rural areas in many developing countries. These challenges include, but are not limited to, poor vaccination coverage, weak preventable disease surveillance systems, clinicians' unfamiliarity with uncommon diseases, and limited access to medical care. But the cost of prevention is far less than the cost of arresting an epidemic once it reaches the general population to healthcare facilities.

**Joan Itua**

## **EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV INFECTION IN NIGERIA**

**Department of Epidemiology**

**National Medical University, Kharkiv, Ukraine**

**Supervisors – prof. T.Chumachenko, as. I. Nesvyzhska**

**Background.** Nigeria's population of 160 million and estimated HIV prevalence of 3.34% (2011) makes Nigeria the second highest HIV burden worldwide, with 3.2 million people living with HIV in 2013. In Nigeria, there are political structures for HIV control at all Government levels (Local, State and Federal) which are intended to execute comprehensive HIV control programs that include behavioural change communications and healthcare services. However, effectiveness has been limited due to poor coordination, political interference and inadequate political will as evidenced by underfunding by the government.

**Aim:** To study and analyze the characteristics of the epidemic process of HIV infection in Nigeria.

**Materials and methods.** The study employed a descriptive statistical analysis of morbidity. Content analysis of scientific publication were performed.

**Results/Discussion.** National ANC (Antenatal clinic) HIV prevalence rose from 1.8% (1991) to 5.8% (2001) and dropped to 4.1% (2010). Since 2001, states in the center, and south of Nigeria had higher prevalence than the rest, with Benue and Cross Rivers notable. Benue was highest in 2001 (14%), 2005 (10%), and 2010 (12.7%). Overall, eight states (21.6%) showed increased HIV prevalence while six states (16.2%) had an absolute reduction of at least 2% from 2001 to 2010. In 2010, Nigeria was estimated to have 3.19 million people living with HIV, with the general population prevalence projected to drop from 3.34% in 2011 to 3.27% in 2012. Geographic analyses revealed distinctive regional differences in the spatial pattern and intensity of HIV/AIDS infection within the country. Spatial autocorrelation analyses indicated that HIV/AIDS rates were strongly autocorrelated.

The HIV/AIDS epidemic is one of the major public health challenges faced by Nigeria. The HIV prevalence figures derived in these surveys conducted over the years are from pregnant women attending antenatal clinics, with a stabilizing prevalence of about 4% in the last three sentinel surveys. This has been used over the years as proxy for the HIV prevalence in the general population. In our examination of the HIV prevalence in Nigeria for the decade 2001 to 2010 using the 2010 ANC surveillance report and data, we found the following three key issues. First, the overall HIV prevalence in Nigeria plateaued between 4% and 5% in the second half of the decade. Second, there were important differences in the state to state comparisons, with some states maintaining a long term reduction of their HIV prevalence between 2001 and 2008 by 2010, while others showed a reversal of any gains they had made between 2001 and 2008 by 2010. Third, the number of HIV-infected people who will need care and treatment and by inference the number of Nigerians who will need prevention from being infected by HIV is expected to continue to rise.



Key affected populations and HIV in Nigeria are Sex workers, men who have sex with men and people who inject drugs. These groups make up only 1% of the Nigerian population, yet account for around 23% of new HIV infections. Half of all HIV infections in Nigeria among key populations are among sex workers, their partners and their clients. 19% of male sex workers and 25% of female sex workers in Nigeria are living with HIV. This is eight times higher than the general population. Many sex workers have also been found to not use condoms when they have sex with their partners, despite 88% using condoms with their most recent client (Ankomah, A., 2011, Eluwa, G. I., 2012).

Conclusion. Examining a decade of HIV ANC surveillance in Nigeria revealed important differences in the epidemic in states that need to be examined further to reveal key drivers that can be used to target future interventions.

**Nebe Ebubechukwu Blessing**  
**MODERN PROBLEMS ON PREVENTION OF TUBERCULOSIS IN NIGERIA.**  
**Department of Epidemiology**  
**National Medical University,**  
**Kharkiv, Ukraine**

**Supervisors – prof. T.Chumachenko, as. I. Nesvyzhska**

Background: Tuberculosis (TB) has emerged as the single leading cause of death from any single infectious agent and has continued to be a major public health problem all over the world. Depending on the prevailing social factors such as socioeconomic status of the people, malnutrition, crowded living conditions, incidence of HIV/AIDS, level of development of health infrastructures, quality of available control programs, degree of drug resistance to anti-tuberculosis agents, prevalence, patterns of presentation, and outcomes of treatment from TB can vary from one country to another and from one region of a country to the other. In 2015 World Health Organization (WHO) ranked Nigeria by new TB cases to be 3-rd among the 22 highest TB burden countries in the world.

Aim: Examine ways to prevent TB at present in Nigeria and define problems reducing its efficacy.

Materials and methods: A descriptive study of secondary data from the TB control program, Ministry of Health, the National annual report on TB, and WHO TB database were performed.

Results/Discussion: In the 2015 Global TB Report, TB burden estimates, expressed in rates per 100,000 population, were 690,000 for prevalence and 630,000 for incidence. In 2014, the cases reported were about 590,000 with 245,000 deaths and in 2015 about 630,000 cases were reported with 320,000 deaths. Lagos, Kano, and Oyo have the highest TB prevalence rate. The TB burden is increased due to high HIV prevalence in the country. The age groups commonly affected by TB is within the ages of 25- 35 years. There were more males than females.

Modern approach applied in prevention are: early case findings (since 2011, the WHO recommends the Xpert MTB/RIF assay for use in the diagnosis), proper case management, health systems strengthening (particularly at the primary care level), providing to HIV-person preventative treatment, international standard of treatment for drug resistant form of TB.

WHO recommended community-based TB care as an effective, acceptable, affordable and cost-effective way to deliver TB Directly observed treatment short course Services (DOTS). Nigeria adopted DOTS in 1993 and implemented across the 36 States and

Federal Capital Territory in the country. However accessibility to services and quality of DOTS services need to improve.

The STOP TB partnership launched in 2006-2015, sets out the activities that will make an impact on the global burden of TB. This involves reducing the TB incidence by 2015 and halving TB prevalence and deaths compared with 1990 levels. Nigeria received funding for TB program from USG, CDC, WHO, International Union against TB and Lung Disease; Canadian International Development Agency; and UK Department for International Development.

Even with the modern methods of prophylaxis, factors such as poor health infrastructures, lack of cooperation between the TB and HIV programs, poor TB procurement and supply management system, sub-optimal coverage of therapy for co-infected patients, poor funding significantly reduce the effectiveness of prevention TB.

Conclusion. In Nigeria there are challenges faced in the control of tuberculosis such as, inadequate government funding for TB programs, weak health care, poor community awareness and services, poor private sector engagement. These challenges make it almost impossible to eradicate tuberculosis only if there are massive improvements in these challenges and international funding to tackle the disease, then the incidence, mortality rate can be reduced.

**Чопорова О.І., Стоянова Ю.Д., Титаренко В.В.**

## **РЕЗУЛЬТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ «ЗУПИНИТИ ТУБЕРКУЛЬОЗ» 2011-2015 У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ: ДОСЯГНЕННЯ ТА ВИКЛИКИ**

**Харківський національний медичний університет,  
м.Харків, Україна**

У 2015 р. добігає кінця термін реалізації Комплексного плану дій щодо контролю і профілактики ТБ/МР МР/РР ТБ в Європейському регіоні на 2011-2015 рр. У Харківському обласному протитуберкульозному диспансері №1 для реалізації загальнодержавної програми «Зупинити туберкульоз» та покращення епідеміологічної ситуації в регіоні була оптимізована лабораторна мережа з діагностики ТБ, впроваджено сучасні швидкі методи діагностики ТБ та стандарти діагностики та лікування хворих на ТБ, МР ТБ та ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, закладено основу для впровадження заходів інфекційного контролю з ТБ та впроваджено реєстр хворих на ТБ.

Мета. Проаналізувати показники захворюваності на туберкульоз у Харківській області, його структуру та ефективність лікування за даними реєстру хворих на туберкульоз відносно індикаторів виконання ТБ програм на 2011-2015рр.

Матеріали і методи. Проаналізовані дані облікових форм статистичної звітності щодо поширення захворюваності на туберкульоз та ефективності його лікування хворих у Харківській області.

Результати. Становлено, що захворюваність на туберкульоз у Харківській області за 6 міс. 2015 року (на 100 тис. населення) склала 27,3, що на 9,3 менше за національний показник. За даними форми ТБ11 серед нових випадків ТБ виявлено моно- резистентність - 10,7% випадків, полірезистентність – 10,8%, мультирезистентність (МРТБ) – 23, 3%, чутливі форми туберкульозу – 55,2%. Серед повторних випадків ТБ : моно резистентність – у 6,2%, полі резистентність – у 8,4%, МРТБ – у 58,7% випадків, чутливі форми 26,7%. Результати лікування нових випадків ТБ легень з позитивним мазком і/або культурою, за 2014 рік склала: 50% - виліковано, невдача лікування – 30%, перерване лікування – 10%, летальний наслідок - 10%. Результати лікування

випадків МРТБ: виліковано 27%, невдача лікування становить 20%, лікування перерване 20%, померло- 20%. Смертність від туберкульозу становила 10,5, що на 1,7 менше за національний показник. Помітне зростання кількості випадків поєднаної ко-інфекції ВІЛ/ТБ (19,6%) відображає зростаючий тягар епідемії ВІЛ-інфекції. Аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на ТБ у 2014 р. демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли на ТБ, близько

70 % становлять представники соціально незахищених верств населення: 58,3 % - безробітні особи працездатного віку, 12,5 % – пенсіонери, 2,4 % – особи без постійного місця проживання; 1,0 % – особи, які повернулись з місць позбавлення волі.

**Висновки.** В умовах соціально-економічної кризи, яка поглиблюється через військовий конфлікт на Сході країни, ймовірно навіть погіршення епідемічної ситуації з ТБ у Харківській області, що ускладнить можливість подолання існуючих перешкод у боротьбі з ТБ, МР ТБ/РР ТБ і ВІЛ/ТБ, які ухвалила Всесвітня асамблея охорони здоров'я (м. Женева, Швейцарія) у Глобальній стратегії «Покласти край ТБ» на період 2016 - 2035 рр. Адже, з 2015 р. до 2020 р. необхідно досягти наступних цілей, адаптованих до Глобальної стратегії «Покласти край ТБ»: зниження захворюваності ТБ на 25%; зниження смертності від ТБ на 35%; показник ефективного лікування хворих МР ТБ на рівні не нижче 75%. Таким чином, як ніколи, залишаються актуальними базові складові протидії поширенню туберкульозу: 1) Комплексне лікування і профілактика туберкульозу, орієнтовані на пацієнта; 2) Рання діагностика ТБ, включаючи загальне тестування на чутливість до препаратів. 3) Систематичний скринінг осіб, які перебували в контакт з хворим на ТБ, і груп підвищеного ризику; 4) Лікування всіх осіб, хворих на ТБ, включаючи ТБ з лікарською стійкістю, підтримка пацієнтів; 5) Спільні заходи боротьби з ТБ/ВІЛ та ведення супутніх захворювань; 6) Профілактичне лікування осіб з підвищеним ризиком захворювання на ТБ і вакцинація проти ТБ.

**Сытник Н.А.**

**ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**  
**кафедра фтизиатрии и пульмонологии**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель асс. Чопорова А.И.**

Туберкулез является одной из наиболее частых оппортунистических инфекций, развивающихся у ВИЧ-инфицированных. Течение туберкулеза на фоне прогрессирующего иммунодефицита в большом проценте случаев принимает агрессивный характер с генерализацией процесса. Риск развития активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных с сопутствующим инфицированием *M. tuberculosis* достигает 5-15% в год, в то время как риск неинфицированных ВИЧ составляет всего 5-10% в течение жизни. ВИЧ-инфекция и туберкулез оказывают синергическое действие на иммунную систему человеческого организма, снижая клеточно-опосредованный иммунитет. Нарушение иммунного ответа повышает восприимчивость организма к туберкулезной инфекции, что приводит к повышению количества случаев развития первичной туберкулезной инфекции и реактивации латентного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции сокращается количество и уменьшается функциональная активность Т-лимфоцитов (CD4+ клеток) примерно на 50-80 клеток/мм<sup>3</sup>/год. Снижается

способность иммунной системы противостоять проникновению в организм, размножению и распространению *M. Tuberculosis*.

Цель. Провести ретроспективный анализ истории болезни больных ко-инфекцией для оценки характера туберкулезного процесса.

Материалы и методы. Было проанализировано истории болезни 20 пациентов Харьковского областного противотуберкулезного диспансера №1 с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулез. 12 (60%) пациентов имели ВИЧ-положительный статус, у которых туберкулез развился на фоне ВИЧ-инфекции. У 7 пациентов туберкулезом инфицирование ВИЧ произошло позднее.

Результаты и обсуждение. У больных с ВИЧ-позитивным статусом туберкулез имел более выраженную клиническую картину в отличие от пациентов с ВИЧ-негативным статусом. Были отмечены следующие симптомы: астения, лихорадка, кашель, диарея, увеличение лимфатических узлов. У больных с количеством CD4+ лимфоцитов в крови 100-200 кл/мкл наряду с легочными поражениями были обнаружены туберкулез внелегочной локализации. У 7 (35%) пациентов отмечены остро прогрессирующие и распространенные процессы, такие как милиарный туберкулез, менингит. Основным сопутствующим заболеванием у больных с генерализованным и внелегочным туберкулезом были вирусные гепатиты, которые выявлены у 8 (40%) больных. Обращает внимание, что при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у 7(35%) больных с генерализованным туберкулезом имелись признаки внутригрудной аденопатии. При генерализованном туберкулезном процессе с поражением легких бактериовыделение регистрировали в 16 (80%) случаев. У троих ВИЧ-позитивных пациентов вместо милиарных высыпаний на рентгенограммах легких обнаружили диффузные инфильтративные изменения сливного характера, протекающие по типу казеозной пневмонии.

Выводы. ВИЧ-позитивные больные туберкулезом подвержены более высокому риску тяжелого течения и развития осложнений по сравнению с больными туберкулезом с ВИЧ-негативным статусом. Выраженность симптомов туберкулеза и проявлений иммунодефицита, в т.ч. оппортунистических заболеваний, в значительной мере зависят от степени угнетения клеточного иммунитета и особенностей патогенеза обоих заболеваний.

**Малько А.А.**

## **ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА**

**кафедра фтизиатрии и пульмонологии**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: асс. Чопорова А.И.**

Современные реалии при лечении пациентов в Украине не всегда позволяют проследить их местоположение и род занятий в свободное время. Поэтому существует проблема курения в условиях стационара, которое влияет на дальнейшее течение и лечение этих больных.

Цель. Проанализировать, как именно влияет курение на клиническое течение туберкулёза.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ результатов обследования 30-ти пациентов Харьковского областного тубдиспансера №1. Группу сравнения составили 15 пациентов, которые были активными курильщиками и 15-ть пациентов, которые не курили.

Результаты. Было обнаружено, что курящие пациенты чаще страдают от кашля, одышки, на рентген снимках у них наблюдаются изменения в верхней части легких, чаще страдают легочным туберкулезом, имеют каверны, обильную мокроту. У курящих больных распространенность туберкулезного процесса в 2 раза выше, чем у некурящих больных, в 2,7 раза чаще отмечается диссеминация туберкулеза и в 1,5 раза чаще – деструктивные изменения в легочной ткани. Показано, что хроническая табачная интоксикация замедляет обратную динамику бактериальной патологии легких. Инfiltrативный туберкулез легких у курящих больных характеризуется снижением показателей уменьшения бактериовыделения (86,6%), закрытия деструктивных изменений (66,6%) и более выраженными остаточными изменениями (46,6%), в то время как у некурящих пациентов эти показатели были значительно лучше (в среднем 6% от случаев).

Выводы. Курение оказывает прямое влияние на клиническое течение туберкулеза. И очень важно ограничить эту вредную привычку у пациентов.

**Зубко А.С., Натальченко М.Л.**  
**ТУБЕРКУЛЕЗ В РАБОТЕ СУДЕБНОГО МЕДИКА**  
**Кафедра фтизиатрии и пульмонологии**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – асс. Степаненко А.Л., асс. Чопорова А.И.**

Заражение туберкулезом медицинских работников возможно как в противотуберкулезных учреждениях, так и в учреждениях общемедицинского профиля, например, в судебно-медицинских бюро, то есть там, где возможен контакт с бактериовыделителями или зараженным материалом.

Цель: определения частоты случаев заражения туберкулезом работников Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы.

Материалы и методы: Был проведен опрос работников, в котором приняло участие 15 сотрудников бюро судебно-медицинской экспертизы.

Результаты. В ходе проведенного исследования нами было выявлено 16 случаев инфицирования туберкулезом работников бюро судебно-медицинской экспертизы за последние 5 лет. Из них 7 (46,6%) – заражение санитаров, 5 (33,3%) – экспертов, 4 (26,6%) – лаборантов. Также, при анализе стажа работников до момента инфицирования установлено, что заражению чаще были подвержены сотрудники с небольшим стажем работы - до 5 лет, а при стаже от 21 до 25 лет зарегистрировано всего 3 случая. При высоком уровне риска инфицирования работников бюро судебно-медицинской экспертизы количество выявленных случаев туберкулеза меньше, чем случаев подтвержденного контакта.

Вывод: Большое значение для предупреждения туберкулеза у судебных медиков имеет информированность, строгое соблюдение профилактических мер, которые должны быть приняты до и после контакта с источниками туберкулезной инфекции во время работы, индивидуальная защита: специальная защитная одежда (халаты, прорезиненные фартуки), средства защиты рук (рукавицы, перчатки, наплечники, нарукавники и т.д.), средства защиты глаз и лица (защитные очки, щитки лицевые и т. д.).

**Старов К.П.**

## **ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ В СОЧЕТАНИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

Актуальность: Сахарный диабет (СД) и туберкулёз входят в четвёрку заболеваний, которые ВООЗ определяет как угрожающие человечеству. Распространённость СД 1 и 2 типов на фоне активного туберкулёзного процесса составляет 4,1% и 3,7% соответственно.

Целью данной работы является выяснение вопроса частоты возникновения осложнений и методов оперативного лечения у больных туберкулёзом лёгких на фоне СД 1 и 2 типов

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ статистических данных по Украине за 2014 год. Все осложнения были разделены на 3 группы: I – хирургические, II – диабетические, III – связанные с химиотерапией туберкулёза

Результаты исследования: При анализе было выявлено, что хирургические осложнения возникают в 12,2% случаев (7,8% - СД 1 типа; 4,4% - СД 2 типа), диабетические осложнения – в 22,4% (19,8% - СД 1 типа, 2,6% - СД 2 типа), осложнения, возникшие в связи с химиотерапией туберкулёза – 36,2% случаев (25% - СД 1 типа, 11,2% - СД 2 типа). Было установлено, что при сочетании СД 1 и 2 типов и туберкулёза наиболее частыми осложнениями в I группе являются: длительное нерасправление лёгкого – 2,6% и 0,9%; длительное заживление раны – 3,5% и 2,6%; эмпиема плевральной полости – 1,7% и 0,9% соответственно. Во II группе было выявлено, что нестабильный уровень гликемии встречается в 10,3% и 1,7% случаев; нарушение кислотно-основного состояния в 3,5% и 0,9% случаев для СД 1 и 2 типов. При исследовании осложнений III группы установлено, что токсический гепатит встречается в 13,8% и 7,7% случаев; острая почечная недостаточность – 3,5% и 0,9%; нейропатия – 5,1% и 1,7% при СД 1 и 2 типов.

Выводы: Таким образом, совместное течение туберкулёза лёгких и СД увеличивает риск развития осложнений как хирургического, так и диабетического характера. Своевременная диагностика туберкулёза и сахарного диабета обеспечивает высокую эффективность хирургического лечения (до 96,6%).

**Лаевский Б.Ю.**

## **ИНФИЦИРОВАННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ЗА ГОДЫ ОБУЧЕНИЯ**

**кафедра фтизиатрии и пульмонологи**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,  
Украина**

**Научный руководитель: асс. Чопорова А.И.**

Специфические условия обучения студентов средних и высших учебных медицинских учреждений создают у них повышенный риск инфицирования и заболевания туберкулезом, по сравнению со студентами того же возраста других профессиональных ориентаций.

Цель. Проанализировать частоту инфицированности и заболеваемости туберкулезом студентов учреждений медицинского профиля.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования 177 студентов лечебного и педиатрического факультетов Харьковского национального медицинского университета. Группу сравнения составили 144 студента Харьковского

базового медицинского колледжа №1. Контрольную группу составили 21 студента гуманитарного профиля Харьковского Национального Университета им. Каразина.

Результаты. Прирост инфицированности за годы обучения у студентов ХНМУ составил 28,6%, у студентов лечебного факультета - 30,7%, у студентов педиатрического факультета - 23,1%. у студентов средних учебных медицинских учреждений – 14,3%. Следовательно, у обследованных студентов произошло первичное инфицирование. За годы обучения выраженные и гиперергические реакции на туберкулин у студентов медицинского профиля увеличились в 7 раз, с 4,0% до 27,1%, соответственно, у студентов средних учебных медицинских учреждений в 9 раз, с 1,6% до 13,7%. Лица с выраженной туберкулиновой чувствительности, а также с выраженными и гиперергическими реакциями относятся к группе риска по туберкулезу. Случаи заболевания туберкулезом выявляются на 5-ом и 6-ом курсах, что свидетельствует о увеличении риска заболевания студентов учебных медицинских учреждений с годами обучения. В то время как у студентов гуманитарного профиля случаев заболевания туберкулезом за годы обучения не наблюдалось, прирост инфицированности статистически незначимый. Из числа заболевших студентов чаще встречается туберкулез органов дыхания. Во всех случаях туберкулеза легких имел место распад легочной ткани, что говорит о несвоевременном выявлении заболевания.

Выводы. Достоверное увеличение частоты инфицированности микобактериями туберкулеза, нарастание числа выраженных и гиперергических реакций за годы обучения, выявление туберкулеза на старших курсах доказывает, что студенты-медики составляют самостоятельную группу повышенного риска заболевания туберкулезом и нуждаются в осуществлении мероприятий социальной профилактики туберкулеза.

**Погорелова О.А., Краюшкина И.Л.**  
**НЕТУБЕРКУЛЁЗНЫЕ МИКОБАКТЕРИОЗЫ**  
**кафедра фтизиатрии и пульмонологии**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: проф. Шевченко О.С.**

Нетуберкулёзный микобактериоз (А.31) – инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями, за исключением *M. tuberculosis*, а также микобактерий входящих в комплекс *M. tuberculosis*.

На данный момент известно более 150 видов нетуберкулёзных микобактериозов (НТМ). До 75% микобактериозов вызывают *M. avium complex* (MAC). Микобактериозы распространены в окружающей среде, передаются преимущественно через воду и почву, факт передачи от человека к человеку не доказан. Наиболее часто микобактериозы встречаются у ВИЧ-инфицированных больных. При содержании CD4<50/мкл возможно возникновение диссеминированного микобактериоза (в 90% случаев возбудитель – MAC).

Различают 4 основные формы микобактериозов: лёгочная, поражение кожи и мягких тканей, поражение лимфоузлов, диссеминированная инфекция.

Диагностические критерии микобактериозов:

клинические: кашель с мокротой, кровохарканье, потеря веса, ночная потливость, одышка, слабость;

рентгенологические: узловые или кавернозные изменения в лёгких;

КТ: мультифокальні бронхоектази з множественними мелкими узелками;  
лабораторне підтвердження: 2 позитивних на один і той же вид НТМ зразка мокроты з різницею не менше 1 тижня і не більше 12 місяців або біопсія легкого (кислотоустойчиві бактерії, гранулематозне запалення) і позитивна культура на НТМ;  
ідентифікація виду НТМ: полімерна ланцюгова реакція (Hein test).

Лікування мікобактеріозів залежить від локалізації ураження і виду збудителя. Стандартна схема хіміотерапії мікобактеріозів повинна тривати не менше 12 міс. з обов'язковою культуральною конверсією мокроты і включати 3 препаратів:

Кларитромицин 500 мг або Азитромицин 500 мг;  
Етамбутол 25 мг/кг;  
Рифампіцин 600 мг.

Стандартна схема лікування туберкульозу в свою чергу включає прийом 4 препаратів (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол) в період 2 місяців і 2 препаратів (ізоніазид, рифампіцин) в період 4 місяців і тому не може забезпечити достатню ефективність терапії мікобактеріозів.

За 2015 рік в ХОПТД № 1 було культурально виявлено 28 випадків мікобактеріозів, що склало 4,7% від всіх хворих. Мікобактеріоз встановлювався на основі характеру росту пігмент-продуруючих колоній (оранжеві колонії в формі пляшок). При цьому ідентифікація виду збудителя не проводилася і хворим була призначена стандартна протитуберкульозна терапія, що в наступному може призвести до зниження ефективності лікування.

Висновки:

1. Розповсюдженість мікобактеріозів має тенденцію до зростання за останні роки, що ймовірно пов'язано з зростанням ВІЧ-інфекції;

Неосвідомленість лікарів про проблему нетуберкульозних мікобактеріозів, а також відсутність необхідного обладнання суттєво знижує якість їх діагностики і призводить до призначення стандартних схем хіміотерапії, що в свою чергу є прогностично несприятливим фактором для хворих.

**Бутов Д.О., Півень В.І.**

## **ЗАСТОСУВАННЯ АЛЕРГЕНУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО РЕКОМБІНАНТНОГО ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ**

**кафедра фтизіатрії і пульмонології**

**національний медичний університет, Харків, Україна**

Інтенсивність туберкулінової реакції залежить від ступеню специфічної сенсibiliзації організму. Але існує велика кількість факторів та станів організму, які можуть вплинути на результат туберкулінової проби, послабити її специфічні прояви, або, навпаки, посилити до гіперергічних.

Результати багатьох досліджень показали, що діагностичний реагент для шкірної проби на основі рекомбінантного білка ESAT-CFP дозволяє достовірно диференціювати ГСТ, обумовлену інфікуванням *M. tuberculosis*, від реакцій, пов'язаних із вакцинальним імунітетом (БЦЖ) та інфікуванням іншими видами мікобактерій.

За результатами до клінічних та клінічних досліджень було доведено, що АТР нетоксичний, немає сенсibiliзуючих властивостей, безпечний та специфічний.



Досвід застосування АТР в різних країнах свідчить про доцільність широкого впровадження даного метода у практику охорони здоров'я для діагностики та подальшого вивчення особливостей патогенезу туберкульозної інфекції. Дослідження в Україні проводились в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», на кафедрі дитячої фтизіатрії і пульмонології Харківської медичної академії післядипломної освіти, в Київській міській дитячій клінічній туберкульозній лікарні, в Херсонському обласному туберкульозному диспансері та обласній дитячій туберкульозній лікарні.

АТР –це медичний імунобіологічний препарат, до складу якого входять антигени МБТ, які активно розмножуються. АТР у стандартному розведенні використовується для проведення внутрішньошкірного тесту для діагностики туберкульозної інфекції. АТР у стандартному розведенні являє собою рекомбінантний білок, що продукується генетично модифікованою культурою *Escherichia coli* BL.21 (DE3)/pCFP-ESAT, розведений у стерильному ізотонічному фосфатному буферному розчині, з консервантом (фенол). Містить два антигени CFP 10 і ESAT 6, які присутні у вірулентних штаммах МБТ та відсутні у вакцинному штамі (БЦЖ) та більшості не туберкульозних мікобактерій. Тест із препаратом АТР є більш чутливим та специфічним, ніж проба Манту.

Доведена доцільність застосування тесту у дітей з різними проявами туберкульозної інфекції з метою диференційної діагностики інфекційної, поствакцинальної алергії та диференційної діагностики туберкульозу від неспецифічних захворювань органів дихання у дітей. Застосування тесту з АТР передбачено Уніфікованим клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим на туберкульоз.

**Некрасова Ю.В.**

## **РЕЖИМЫ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ**

**кафедра фтизиатрии и пульмонологии**

**Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,  
Украина**

**Научный руководитель: к.м.н. Шуть Л.А.**

Актуальность: Больные туберкулезом (ТБ), относятся к группе высокого риска заболевания ВИЧ-инфекцией (по данным Всемирной организации здравоохранения треть живущих с ВИЧ также инфицирована и ТБ). Клинические проявления туберкулеза в начальной стадии ВИЧ-инфекции не отличаются от таковых у пациентов без ВИЧ-инфекции. В условиях постоянной репликации вируса в организме, зараженного ВИЧ, компенсаторные возможности иммунной системы в конце субклинической стадии ослабевают, и начинает развиваться иммунодефицит. Значит, повышается возможность развития туберкулеза. При этом, чем более выраженным становится иммунодефицит, тем более существенными становятся изменения тканевых реакций на возбудителей туберкулеза. Поэтому актуальным становится своевременное выявление данной сочетанной патологии и правильное лечение соответствующих пациентов.

Цель: Исследовать и проанализировать режимы и принципы лечения ТБ в случае сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ.

Материалы и методы: 48 историй болезни больных г. Харькова и Харьковской области (из них 37 мужчин и 11 женщин, средний возраст больных составил

29±2года) с сочетанной патологией ВИЧ/ТБ за период 2014 г. Лечение сочетанной инфекции туберкулеза и СПИДа проводилось согласно: «Унифицированному клиническому протоколу первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи. Ко-инфекция (Туберкулез/ВИЧ-инфекция/СПИД)»

Использовались статистические методы, и проводился анализ исследуемых данных.

Результаты исследования: Все исследуемые больные были разделены на 3 группы в зависимости от уровня CD4 клеток. К первой группе относились пациенты с CD4 < 100 мкл-1 – 55%, ко второй с CD4 100-200 мкл-1 – 35%, и к третьей соответственно с уровнем CD4 > 200 мкл-1 – 10%. Особенности течения СПИДа у больных туберкулезом легких заключались в особо злокачественном, клинически тяжелом течении болезни, с быстрым прогрессированием процесса. При этом противотуберкулезное лечение, было малоэффективно. Антиретровирусная терапия (АРТ) включалась в комплекс лечения в интенсивную фазу у 90% пациентов в первой исследуемой группе, у 50% пациентов второй группы и 35% третьей группы с третьей недели лечения туберкулеза. Остальным больным АРТ была включена в лечение с 4 по 8 неделю. Несмотря на частое возникновение синдрома восстановления иммунитета у больных в первой группе, раннее назначение АРТ приводило к лучшему прогнозу для больных в плане эффективности лечения и выживания.

Выводы: выявлено, что в зависимости от уровня CD4 клеток, реактивности организма антиретровирусную терапию целесообразно назначать в различные сроки от начала лечения.

# **НЕЙРОНАУКИ**

**Арутюнян А.Т**

## **ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА В ТЕРАПИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доцент Резниченко Е.К.**

В последние годы все чаще встречаются пациенты преимущественно молодого возраста с внезапно возникшим приступом вестибулярного головокружения на фоне синдрома позвоночной артерии. Данные состояния серьезно ухудшают качество жизни пациента и практически полностью лишают его трудоспособности, а также могут привести к психоэмоциональным нарушениям.

Целью исследования было сравнение двух наиболее часто назначаемых препаратов: бетагистина гидрохлорид «Бетасерк» и прохлорперазина малеат «Вертинекс», которые используются в качестве основного в комплексной терапии и выявление наиболее рационального препарата, который может в самый короткий промежуток времени купировать приступ головокружения и восстановить трудоспособность.

Материалы и методы. Были обследованы 10 пациентов (8 мужчин, 2 женщины) в стационарных условиях, средний возраст – 28,5 лет.

У пациентов были жалобы на головокружения с вращением предметов при повороте головы, сопровождающиеся тошнотой, рвотой чувством страха и другими вегетативными симптомами. У пятерых пациентов такой приступ произошел впервые; у четверых пациентов уже были приступы в анамнезе. У троих пациентов рентгенологические были определены признаки нестабильности позвонков шейного отдела. У семерых пациентов были преходящие слуховые нарушения в виде шума в ушах. В качестве основного препарата, помимо аналогичной дополнительной терапии пятерым пациентам назначался бетагистин, остальным пятерым - прохлорперазин.

Результаты: Пациенты, принимающие бетагистин отметили значительное снижение симптомов головокружение и шума в ушах на 3-5 сутки лечения. Но у троих пациентов сохранялось ощущение тошноты и неустойчивости, которое прошло только к концу первой недели лечения.

В то время, пациенты принимающие прохлорперазин отметили очень быстрое прекращение головокружения, тошноты и рвоты уже на вторые сутки лечения, однако у троих пациентов сохранялся шум в ушах в течение 3 суток. Также у троих пациентов были выражены симптомы заторможенности, сонливости, апатии. У двоих пациентов эти симптомы были выражены слабо. Аналогичных жалоб у пациентов принимающих бетагистин выявлено не было.

Вывод: на основании проведенных исследований, можно сделать вывод, что для быстрого купирования приступа предпочтителен прохлорперазин, а для длительного приема и для поддерживающей терапии – бетагистин.

**Архипенко А.С.**  
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАЦИЕНТОВ С**  
**ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В УСЛОВИЯХ**  
**НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Кафедра неврологии №2**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доцент Некрасова Н.А.**

Анализ статистических данных КЗОЗ “ХОКНЛ” за 2013-2014 год показал, что наряду с ростом количества пациентов, поступивших на стационарное лечение с диагнозами: синдром алкогольной зависимости (МКБ10 - F10.24;F10.25;F10.26) и синдром отмены алкоголя (МКБ10 - F10.30;F10.31) отмечается увеличение больных, которым в стационаре был поставлен диагноз алкогольная энцефалопатия.

Нами было обследовано 60 пациентов мужского пола с верифицированным диагнозом – хроническая алкогольная энцефалопатия, в возрасте от 30 до 60 лет (средний возраст 48,5±4года), находившихся на диспансерном учете в КЗОЗ “ХОКНЛ”. Алкогольный анамнез жизни составлял более 5 лет.

В клинической картине заболевания отмечались следующие неврологические расстройства: синдром вегетативных нарушений у 47 пациентов (78,3%), нарушения режима сна и бодрствования (длительное засыпание, ранее пробуждение, бессонница, сонливость, ночные кошмары) у 60 пациентов (100%); когнитивные нарушения у 25 человек (41,6%); мозжечковая симптоматика (атаксия в позе Ромберга, тандемная ходьба, координаторные нарушения) у 33 обследуемых (55%), синдром алкогольной полинейропатии у 47 пациентов (78,3%). Также у больных наблюдались нарушения спонтанного биоэлектротонуса мозга, что проявлялось дезорганизацией основных ритмов волнами тета-диапазона та сглаженностью зональных различий.

Учитывая, что пациенты при поступлении в стационар находятся в состоянии активного употребления алкоголя или состоянии отмены алкоголя, особенностями курации больных с алкогольной энцефалопатией в условиях наркологической больницы является необходимость сочетания специфической терапии и терапии алкогольной энцефалопатии. Данную терапию рекомендовано продолжать всем пациентам и в дальнейшем у невропатолога по месту жительства.

**Багтиярова А.**  
**КЛИНИКО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ**  
**С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ.**

**Кафедра Неврологии №1**  
**Харьковский Национальный Медицинский Университет,**  
**Харьков, Украина.**

**Научный руководитель: Тучкина М.Ю.**

Рассеянный склероз – это хроническое, прогрессирующее, аутоиммунное заболевание нервной системы (НС), которое характеризуется множественностью очагов демиелинизации, разнообразием клинических симптомов, ремитирующим типом течения.

В связи с тем, что рассеянный склероз чаще встречается у трудоспособных лиц молодого возраста (15-40лет), которое приводит чаще к инвалидизации больных, стоит обращать особое внимание к этому заболеванию.

Проведено обследование четырех женщин в возрасте от 22 до 35 лет, больных с рассеянным склерозом.

Больная А, 22 лет. 2 года болеет рассеянным склерозом. Проведено обследование. Так как, при этом заболевании клинические проявления и симптоматика зависит от уровня центрального поражения, у всех пациентов имеется общая и индивидуальная клиническая картина. У этой пациентки преимущественно мозжечковые нарушения: отмечается шаткость при ходьбе, которое возникает в основном при плохом освещении в вечернее время, интенционное дрожание в нижних конечностях, атаксия, расстройство почерка, и кроме этих еще наличие нистагма, усиление сухожильных рефлексов.

Больная К, 30 лет. Впервые диагностированный рассеянный склероз. При проведении обследования выявлено признаки поражения зрительного нерва и глазодвигательные нарушения, высокие сухожильные рефлексы, интенционное дрожание верхних конечностей с расстройством почерка.

Больная Б, 27 лет, впервые диагностированный рассеянный склероз. У этой больной отмечается острая стволовая форма рассеянного склероза с быстро прогрессирующим течением. Наблюдалось повышение температуры в течении дня. На фоне головной боли, и сопровождающейся рвотой, отмечается симптомы поражении ствола мозга и мозжечковые нарушения.

Больная В, 35 лет. 4 года болеет рассеянным склерозом. У большинство больных наблюдается смешанная симптоматика, с цереброспинальными, поражениями, которая характеризуется многоочаговостью поражения. У этой больной тоже имеется смешанная симптоматика, нистагм, атаксия, гемипарез, интенционное дрожание нижних конечностей, наличие патологических рефлексов.

Больным проведены лабораторные и инструментальные обследования. При проведении клинического анализа крови у всех больных выявлено умеренное лейкопения, лимфопения, нейтропения. В показателях других лабораторных исследований не выявлено существенных отклонений в связи с отсутствием сопутствующих заболеваний и осложнений. Всем больным проведена КТ и МРТ которое выявил наличие склерозированных очагов белого вещества. Дифференциальная диагностика проведена с заболеваниями как опухоль головного мозга, синдром Меньера и рассеянным энцефаломиелитом.

Больным назначены индивидуальные курсы лечения в зависимости от течения, тяжести, проявления заболевания и симптоматическая лечения.

Больная А назначено Копаксон 20мг 1 раз\сут., Ребиф 44 мкг 3 раза\нед. Преднизолон в основном в фазе обострения, Митроксантрон, Кавинтон для улучшения мозгового кровообращения, Пирацетам.

Больная В Авонекс 30 мкг в\м 1 раз\нед., Преднизолон, Циклофосфан, Пирацетам.

Больная К и Б Авонекс, Копаксон, Преднизолон, Циклофосфан, Кавинтон.

Кроме этого больным назначена физиотерапия: ЛФК, массаж, электрофорез, лечебное гимнастика.

После проведения курса медикаментозного и физиотерапевтического лечения состояние больных значительно улучшился. Исследования проведены в ОКБ города Харькова в отделении Неврологии.

**Безуглова И.О.**

**СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С КОГНИТИВНЫМ СНИЖЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Кафедра неврологии № 2**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Е.Л. ТОВАЖНЯНСКАЯ**

Сахарный диабет (СД)2 типа по-прежнему представляет собой важнейшую медико-социальную проблему современного общества. Результаты популяционных исследований свидетельствуют о достоверной связи между наличием СД 2 типа и риском возникновения когнитивных нарушений. Одними из основных звеньев патогенеза когнитивного снижения при СД 2 типа являются церебральные сосудистые изменения, нарушение ауторегуляции мозгового кровотока и формирование эндотелиальной дисфункции в результате хронической гипергликемии и каскада метаболических процессов.

Целью настоящего исследования явилось определение роли гемодинамических и эндотелиальных нарушений в формировании когнитивной дисфункции при СД 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 125 больных с дисциркуляторно-дисметаболической энцефалопатией (ДДЭ) I и II степени на фоне СД 2 типа (42 и 83 пациент соответственно) в возрасте 46-59 лет, которые находились на лечении в КУОЗ «ОКБ – ЦЭМП и МК» г. Харькова, и группа контроля (30 условно здоровых лиц). Комплекс обследования включал нейропсихологическое (краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) и Адденбрукская шкала оценки познавательных способностей (ACE-R), доплерографическое, биохимическое (определение уровня эндотелина-1) и статистическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Проведенное обследование (по данным шкалы MMSE) выявило легкие когнитивные нарушения у 43,7% и 27,7% больных с ДДЭ I и II степени и умеренные когнитивные расстройства – у 38,9% и 72,3% пациентов соответственно. Анализ данных шкалы ACE-R показал, что у больных с ДДЭ при СД 2 типа наиболее выражено снижались функция памяти (на 36,8% в сравнении в возрастной нормой), беглость речи (на 25,6%) и внимание (на 21,8%); менее значимо – зрительно-пространственные способности (на 8,4%), а функции языка имели лишь тенденцию к снижению.

Допплерографическое исследование выявило ухудшение всех показателей цереброваскулярной реактивности у больных с ДДЭ I и II степени – снижение относительно контроля остаточной скорости кровотока в средней мозговой артерии в момент компрессии ипсилатеральной общей сонной артерии на 19,3 % и 28,1 % соответственно (нарушение коллатерального кровотока); снижение коэффициента овершута на 11,6 % и 16,9 % (ухудшение миогенного компонента); увеличение в 1,7 и 2,3 раза времени восстановления скорости кровотока (нарушение метаболического контура сосудистой реактивности). В тоже время было выявлено повышение уровня эндотелина-1 в 1,4 и 1,9 раз при ДДЭ I и II степени соответственно. Ухудшение показателей цереброваскулярной реактивности у больных с СД 2 типа находилось в прямо пропорциональной зависимости от степени тяжести ДДЭ и выраженности когнитивного снижения. Также была установлена обратная зависимость между коэффициентом овершута и уровнем эндотелина-1 ( $r = -0,49$ ).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о взаимосвязи между нарушением ауторегуляции мозгового кровотока и эндотелиальной дисфункцией и их патогенетической роли в формировании когнитивного снижения при СД 2 типа, что необходимо учитывать при назначении схем терапии данной категории больных.

**Билаш М.О.**

## **ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. мед. н., доцент Резниченко Е.К.**

Рассеянный склероз – тяжелое мультифакторное заболевание, которое характеризуется тяжелыми неврологическими нарушениями и поражением лиц молодого возраста. К сожалению, несмотря на большие усилия и успехи в изучении данного заболевания, так и не удалось найти лекарственное средство, которое бы полностью излечило данное заболевание. Поэтому, плазмаферез, безусловно, заслуживает внимания, как один из возможных методов способствующих улучшению состояния больных в период обострения.

Целью данной работы является подтверждение эффективности обменного плазмафереза в лечении рассеянного склероза.

Нами было проведено лечение 3 пациентов с рассеянным склерозом ремитирующего течения, которые поступили в неврологическое отделение в период обострения. Перед проведением плазмафереза мы детально изучили неврологический и соматический статус, клиническую картину больных. Каждому пациенту было проведено 4 курса плазмафереза через день. После завершения курса у всех 3 больных отмечалось улучшение работы тазовых органов, двигательных функций и чувствительных нарушений, снижение выраженности атаксии при ходьбе, повышение уверенности при выполнении координаторных проб.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что плазмаферез один из эффективных методов лечения больных рассеянным склерозом ремитирующего течения в период обострения, который способствует положительной динамике со стороны неврологического статуса и, следовательно, повышению качества жизни больных.

**Боброва Д.О.**

## **ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СОТЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ВИДЕ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫХ ПАРОКСИЗМОВ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. мед. н., доцент Резниченко Е. К.**

В настоящее время, на долю повреждений черепа и головного мозга приходится 30-40% всех травм. Наиболее часто среди черепно-мозговых травм (ЧМТ) встречается сотрясение головного мозга, которое считается наиболее легкой степенью травмы, но при этом влечет за собой множество ранних и поздних осложнений, значительно ухудшающих качество жизни. Одним из отдаленных осложнений сотрясения головного мозга является вегетативно-сосудистые пароксизмы, которые могут проявляться в симпатoadреналовой, вагоинсулярной и

смешанной форме. Долгое время считалось сомнительным влияние сотрясения мозга на возникновение и прогрессирование вегетативной дисфункции через длительный промежуток времени, вследствие наличия лишь обратимых функциональных нарушений.

Целью данной работы является подтверждение непосредственной этиологической роли сотрясения головного мозга в развитии вегетативно-сосудистых пароксизмов.

Сотрясение мозга представляет собой результат встряхивания мягкого вещества и его удара о твердую черепную коробку. Проводилось множество исследований для уточнения патогенетических механизмов вегетативных расстройств и, на сегодняшний день, известны некоторые из них (нарушение связи между нейронами, резкий спазм микрососудов головного мозга, изменение химического состава цереброспинальной жидкости, разбалансировка взаимодействия между корой и столбовыми структурами).

Нами был тщательно собран анамнез у 8 человек в возрасте от 28 до 47 лет (из них 3 женщины и 5 мужчин), страдающих вегетативно-сосудистыми пароксизмами различных типов и частоты. У всех пациентов прослеживается наличие в анамнезе перенесенного ЧМТ, сотрясения головного мозга более трех лет назад. Нейровизуализационные методы исследования не выявили органической патологии головного мозга.

Таким образом, мы подтвердили тесную связь между сотрясением головного мозга и развитием вегетативной дисфункции.

**Богатырь С.Н., Белозёр Д.В.**

**БОЛЕЗНЬ МОЯ-МОЯ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. мед. н., доц. Резниченко Е.К.**

Болезнь Моя-Моя – хроническое заболевание сосудов головного мозга которое заключается в сужении сосудов вплоть до их окклюзии. Заболевание развивается в течении от нескольких месяцев до нескольких лет. Заболевание впервые почти одновременно описано в Японии в 1968 году Т. Кудо и А. Нишимото, и С. Такеуши. Встречается очень редко примерно 1 случай на млн. человек. Пик заболеваемости приходится на 10-20 и 30-40 лет. Своим названием заболевание обязано наличием характерного расширения базальных коллатеральных артерий при МРТ или ангиографии, напоминающих клубящийся дым сигарет, висящий в воздухе что по-японски звучит как тоуатоуа.

Нами было проведено обследование пациентки Ивановой И.И., которой был поставлен диагноз болезни Моя -Моя. Больная поступила 10.09.2015 в неврологическое отделение в ургентном порядке с жалобами на головные боли, нарушения глотания и речи, слабость в конечностях, больше в правой руке. В неврологическом статусе отмечались, псевдобульбарный синдром, тетрапарез, больше выраженный в правой руке, астено – невротический синдром, и легкие когнитивные нарушения. Из анамнеза – болеет с весны 2014 года, когда на фоне психотравматической ситуации и длительной инсоляции впервые возникли нарушения речи, и неловкость в правой кисти, к врачу не обращалась. В мае 2014 года состояние ухудшилось после повторной длительной инсоляции. С 28. 10. по 12.



11. 15. Находилась на стационарном лечении в УКБЦЗ. Во время нахождения в стационаре больной было сделана серия МРТ. На которых было выявлено неравномерное сужение кровотока на уровне с1 обеих ВСА, несколько больше выражено слева. Определяется выраженное истончение кровотока по обеим ПМА на уровне А1, далее кровотоки прослеживаются. Определяется грубое неравномерное сужение кровотока по обеим СМА относительно симметрично с формированием коллатеральной сосудистой сети. Заключение: признаки артериопатии с поражением ВСА, ПМА на уровне сегментов А1 и обеих СМА. Возможно как признаки болезни Мoya-Мoya. С учетом жалоб, анамнеза, неврологического статуса, дополнительных методов исследований и заключения специалистов у больной была диагностирована болезнь Мoya – Мoya. Состояние после повторных ишемических инсультов, в обоих каротидных бассейнах вертебро-базиллярном бассейне, с бульбарно – псевдобульбарным синдромом, тетрапарез с более выраженным в правой руке, расстройство поведения и личности по органическому типу с эмоционально – волевой неустойчивостью, астено – депрессивным синдромом, интеллектуально – мнестические нарушениями. На момент лечения больная находилась на 21 недели беременности. В связи со сроком гистации, и данным УЗИ, больную было рекомендовано перевести в отделение патологии беременности.

Из-за неврологического дефицита, тяжелого прогрессирующего течения заболевания в соответствии с постановлением кабинета министров Украины от 15. 02. 2006 года №144 показано прерывание беременности. Больная была переведена в гинекологическое отделение для проведения прерывания беременности.

После проведения курса лечения у больной наблюдались улучшения в виде незначительного восстановления речи и прироста силы в правой руке.

Заключение: Так как болезнь Мoya – Мoya развивается в течение от нескольких месяцев до нескольких лет, то при раннем установлении диагноза, и вовремя оказанной медицинской помощи в виде хирургического вмешательства, можно предотвратить дальнейшее развитие заболевания, но все поражения которые возникли до момента установления диагноза необратимы.

**Бойцова А.В.**

## **ПОНЯТИЕ ПРИВЫЧКИ И ВРЕМЯ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доц. Самардакова Г.А.**

Привычка – сложившийся способ поведения, осуществление которого в определённой ситуации приобретает для индивида характер потребности, которые «побуждают» совершать какие-нибудь действия, поступки. При формировании привычки неоднократно выполняется какое-либо действие, чрезвычайно важное значение имеет вызываемый самим осуществлением этого действия приятный эмоциональный тон, так как оно является «усвоенным...», которое стало автоматическим и совершается без усилий».

Психологический аспект: привычка формируется в процессе неоднократного выполнения действия на той стадии его освоения, когда при его исполнении уже не возникает каких-либо трудностей волевого или познавательного характера.

Физиологический аспект: привычка есть не что иное, как образование в мозговых структурах устойчивых нервных связей, отличающихся повышенной

готовностью к функционированию. Система таких нервных связей служит основой более или менее сложных форм поведенческих актов, которые И. П. Павлов назвал динамическими стереотипами. В комплекс нервных структур, обеспечивающих привычный образ действий, как правило, включаются и механизмы эмоционального реагирования, который уже является психологическим аспектом формирования привычки.

Различают: 1. Положительные привычки (например, ложиться вовремя, встать); 2. Отрицательные привычки (небрежное выполнение работы) 3. Профессиональные и бытовые – (ребенка надо приучить мыть руки перед едой) 4. Социальные и индивидуальные (социальный уклад, принятый в данном обществе). 5. Возникающие постепенно или практически мгновенно.

Согласно другой классификации, привычки бывают: А) Физические (привычка хрустеть пальцами, грызть ногти); Б) Эмоциональные - например, названивать своему молодому человеку, хотя понимаешь, что лучше это не делать; В) Поведенческие (ходить на работу только одним маршрутом).

Имеются большие индивидуальные различия между людьми в формировании привычек. Это зависит от многих факторов: волевых усилий, возраста, умения правильно поставить реальную цель, мотивации, поддержки близких людей, умения соблюдать последовательность и систематичность, определения границ и критерия выполнения, состояния здоровья. Образование привычек начинается в раннем детстве, по мере того как ребенок приучается к самообслуживанию, аккуратному одеванию и раздеванию, бережному обращению с игрушками, хранению их в определенном порядке.

В 50-х годах 20 века пластический хирург Максвелл Мальц обратил внимание на закономерность: после пластической операции пациенту требовалось около трёх недель, чтобы привыкнуть к своему новому лицу, которое он видел в зеркале. Он также заметил, что ему самому тоже потребовалось около 21 дня, чтобы сформировать новую привычку.

Мальц написал об этом опыте в своей книге «Психо-кибернетика» так: «Эти и многие другие часто наблюдаемые явления, как правило, показывают, что требуется минимум 21 день для того, чтобы старый ментальный образ рассеялся и сменился на новый».

Давайте рассмотрим роль времени, и возраста, механизм воспитания привычек на практике. В младшей группе ДНЗ № 76 города Мариуполя, где списочный состав детей составляет 20 человек была поставлена задача качественно мыть руки и подкатывать рукава. Из 20 человек данной группы, качественно мыть руки и подкатывать рукава не мог никто. С детьми была проведена следующая работа: неделя Валеологии где проводился цикл занятий о микробах, болезнях грязных рук; проводилось развлечение «В гостях у Мойдодыра»; проводились практические минутки «Ручки - чистюльки», сюжетно – ролевая игра «Больница», «Семья»; велся экран «Чистюльки» где в качестве поощрения ставились бумажные ручки детей; проводился контроль со стороны воспитателя; проводилась беседа с родителями и просьба о помощи в воспитании культурно гигиенических навыков. При этом основной акцент был сделан на похвалу детей или авансирование успеха. Так вот уже к концу первой недели 9 детей – 45% руки мыли очень хорошо и правильно. Подкатывали рукава к концу первой недели 7 человек -35%. К концу второй недели 16 детей – 80 % руки мыли очень хорошо и правильно. Подкатывали рукава к концу второй недели 14 человек -70 %. К концу третьей недели 18 детей – 90 % руки мыли

очень хорошо и правильно. Подкатывали рукава к концу третьей недели 16 человек – 80 %. 2 человека в виду проблем с развитием и рассеянностью внимания так и не научились хорошо и правильно мыть руки и подкатывать рукава без напоминания. Работа велась в течение трех недель под особым контролем. После этого особого внимания этому вопросу не уделялось и было выявлено, что у 17 детей привычка мыть хорошо и правильно руки с подкатыванием рукавов осталась. Можно сделать вывод: работа, с учетом выработки привычек была поставлена, верно: детям объяснили зачем это делать, проиграли действия, подкрепили похвалой, подключили всех участников процесса, использовали награду. Время формирования привычки было у всех разное, но это действие перешло в привычку. Таким образом, можно сделать вывод, что в данном эксперименте время формирования привычки у каждого разное, но в среднем действительно это приближается к 21 дню, но при условии заинтересованности ребенка.

**Воробель Е. Ю.**

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Тесленко О.А.**

Сосудистая деменция (СД) – это расстройство центральной нервной системы, представляющее собой приобретенное слабоумие и вызываемое нарушениями сосудистой сети головного мозга.

В настоящее время врачи пришли к единому мнению, что главной причиной, вызывающей сосудистую деменцию является нарушение целостности и функциональных свойств нервных волокон, проводящих через себя нейромедиатор ацетилхолин. Вследствие этого наблюдается снижение активности этого вещества, и, как следствие, атрофия головного мозга.

На современном этапе развития медицины остаётся актуальным разработка патогенетически и метаболически обоснованного лечения сосудистой деменции. Для лечения сосудистой деменции принимают препараты для улучшения когнитивных функций, которые являются основой терапии.

Среди препаратов для лечения деменции можно выделить несколько групп по признаку того, насколько доказана эффективность и безопасность лекарственного средства. Выделяют следующие основные группы:

1. Препараты, эффективность которых полностью доказана — группа А. К ним относят антагонисты NMDA-рецепторов и ингибиторы холинэстеразы.

2. Препараты, эффективность, которых пока под сомнением — группы В и С. Это различные холиномиметики, препараты на основе растения Гинкго, препараты с нейротрофическим действием и др.

К ингибиторам холинэстеразы относятся донепезил, галантамин или ривастигмин. Они улучшают когнитивную функцию путем ингибирования холинэстеразы и как следствие блокируют распад ацетилхолина. В настоящее время получены данные, свидетельствующие об эффективности антагониста NMDA-рецепторов мемантина при СД. Важно заметить, что мемантин не только уменьшает выраженность когнитивного дефекта, но и способен замедлить прогрессирование когнитивных нарушений.

Но в настоящее время наиболее часто применяемыми препаратами для лечения деменций остаются холиномиметики. Они восстанавливают утраченную активность ацетилхолина и его рецепторов.

Нами было исследовано 6 больных СД. Среди них 3 принимали холиномиметики 2 – ингибиторы холинэстеразы и 1-антагонисты NMDA-рецепторов.

Кроме того, лечение сосудистой деменции этих больных включает мероприятия, направленные на основное заболевание, и на коррекцию имеющихся факторов риска.

С целью предотвращения развития повторных нарушений мозгового кровообращения и других сердечно-сосудистых осложнений 2е исследуемых применяют антитромбоцитарные препаратов.

Для профилактики инсультов используются дезагреганты.

Больному с также атеросклеротическими бляшкаминазначено хирургическое лечение (каротидная эндартерэктомия, ангиопластика).

Больной с гиперхолестеринемией принимает статины. У 2 больных с депрессией предпочтение предпочтительней назначение ингибиторов обратного захвата серотонина.

Реакция на лечение должна тщательно оцениваться у каждого больного, учитывая относительно частое возникновение парадоксальных реакций и побочных эффектов терапии. Периодически следует пересматривать лечение, избегая без должного основания длительного приема препаратов, ухудшающих когнитивные функции (бензодиазепины, антиконвульсанты, нейролептики, центральные холинолитики, препараты дигиталиса). Указанные направления лечения и профилактики позволяют избежать глубокой инвалидизации больных с сосудистой деменцией.

**Ворона Е.Н.**

## **РОЛЬ АТОРВАСТАТИНА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель к. мед. н., доцент Резниченко Е.К.**

Одним из наиболее распространенных цереброваскулярных заболеваний, которое приводит к инвалидности и смерти, является ишемический инсульт. Ишемический инсульт (ИИ) – острое нарушение мозгового кровообращения с повреждением ткани мозга и его функции вследствие недостаточности или прекращения поступления крови к определенному участку мозга, часто вследствие закупорки просвета мозговых сосудов распавшимися атеросклеротическими бляшками. Одной из причин возникновения и формирования атеросклероза является нарушение липидного обмена, именно поэтому в стандарты лечения ИИ вошли статины.

Статины объединяют группу полусинтетических препаратов (ловастатин, правастатин) или чисто синтетических лекарственных средств (флувастатин, аторвастатин и др.). Лечение статинами ведет к значительному стабильному снижению уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов и повышению уровня антиатерогенных липопротеидов высокой плотности. Эти изменения способствуют стабилизации «нестабильных»

(«активных») атеросклеротических бляшек, предупреждению их разрыва и изъятия, вызывающих ишемические поражения сердца, мозга и других органов.

Аторвастатин широко используется в клинической практике менее 10 лет, однако за этот период он вышел на первое место в мире по частоте назначения среди статинов, что связано как с его высокой эффективностью, так и безопасностью при длительном применении.

Нами было обследовано 6 человек (из них 2 женщины и 4 мужчины в возрасте от 62 до 74 лет), находившихся в стационаре Харьковской областной клинической больницы, с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу.

В первые сутки поступления был исследован липидный спектр крови. Было выяснено, что у всех пациентов показатели общего холестерина крови, ЛПНП и ЛПОНП выше нормы. Всем пациентам в комплексное лечение был включен аторвастатин в дозе 20 мг однократно. Через месяц был повторно исследован липидный спектр крови. В результате исследования было установлено, что у всех больных показатели общего холестерина, ЛПОНП и ЛПНП значительно снизились.

Таким образом, раннее назначение аторвастатина при ишемическом инсульте необходимо для снижения риска развития повторных цереброваскулярных эпизодов, связанных с атеросклерозом.

**Гниденко А.С., Морозова А.Н., Овчинка Р.А.**

## **ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – доцент Лещенко К.А.**

Ишемический инсульт чрезвычайно распространенное заболевание в Украине и мире. Смертность при этой патологии около 20% в течении 30-40 дней и около 70% людей страдают нарушениями когнитивных функций после перенесенного ишемического инсульта.

В 3-м тысячелетии найден препарат, который способен улучшить мозговые функции пациентов – это церебролизин. На базе кафедры (неврологическое отделение Харьковской обласной клинической больницы) были проведены исследования по его влиянию на улучшение мозговых функций пациента. Были выделены две группы больных (по 11 человек в каждой возраст от 52 до 65 лет однородных по клинической симптоматике и данным МРТ), перенесших ишемический инсульт. В первой группе в составе комплексной терапии (антиагреганты, вазоактивные препараты, статины, низкомолекулярные гепарины) также применяли в качестве нейропротектора церебролизин, который вводили по 30 мл в/в путем медленной инфузии в течении 15 дней. Вторая группа была контрольной, в которой препарат не применялся. После этого были собраны данные о течении заболевания у больных данных групп. Выявили, что у пациентов 1 группы были улучшены когнитивные функции ( по сравнению со второй группой): память( на 50%), внимание( на 60%), речь (на 63%), счет ( на 45,5%), ориентация (36%), исчезла головная боль у 91%.

Данные исследования свидетельствуют об эффективности лечения больных перенесших ишемического инсульта, со снижением когнитивных функций, дало значительное улучшение состояния на фоне применения церебролизина.

**Голованова А.Ю.**  
**ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ,**  
**ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ С ПОМОЩЬЮ ТЕСТОВ**  
**MMSE, FAB, РИСОВАНИЯ ЧАСОВ И ИНДЕКСА БАРТЕЛА.**

**Кафедра неврологии №1**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель - проф., д.м.н. Григорова И.А., Гелетка А.А.**

Актуальность: Цереброваскулярные заболевания, в частности ишемический инсульт, занимают ведущее место среди причин инвалидности лиц трудоспособного возраста. Правильная оценка степени нарушения когнитивных функций в постинсультном периоде, поможет наиболее эффективно осуществить мероприятия по лечению, профилактике и увеличить скорость социальной адаптации у данного контингента больных.

Цель исследования: оценка степени и типа нарушений когнитивных функций у постинсультных больных с применением теста MMSE, FAB, теста рисования часов в сопоставлении с данными шкалы Бартела.

Материалы и методы: Было обследовано 6 пациентов, находящихся на лечении в КУОЗ «ОКБ и ЦЭМК» с диагнозом – восстановительный период ишемического инсульта. Из них мужчин - 5, женщин - 1, возраст от 47 до 59, средний возраст  $53 \pm 3$  года. Контрольную группу составили 6 человек, сопоставимых по полу и возрасту. В общую группу входили пациенты перенесшие ишемический инсульт в одном из каротидных бассейнов в промежутке от 4 месяцев до 1 года.

Клинически у всех больных были синдромы гемипареза, легкой и умеренной степени выраженности, синдром гемигипестезии, у двух пациентов синдромы доминантного полушария, в виде элементов преимущественно моторной афазии (2 человека). Для определения степени выраженности деменции были использованы следующие тесты: MMSE, FAB, тест рисования часов, шкала Бартела.

Результаты. У всех больных значение шкалы Бартела составила  $94,2 \pm 3,1$  балл, что было интерпретировано как легкая степень тяжести. Данные теста MMSE были от 29 до 23 баллов среднее значение  $25,2 \pm 2,3$  балла, что интерпретируется как предметные когнитивные нарушения. Данные теста FAB ,были в диапазоне от 18 до 13 баллов, среднее значение  $15,7 \pm 1,7$  баллов. Значения теста рисования часов были от 10 до 7 баллов, среднее значение  $8,7 \pm 1,1$  балл.

Выводы. Сочетанное применение данных тестов FAB и рисования часов позволяет исключить наличие дементных нарушений, преимущественно лобного типа предшествующие, либо сопутствующие ишемическому инсульту. В то время как по данным теста MMSE у всех больных имелись когнитивные нарушения, от легкой до умеренной степени, которые можно трактовать как постинсультные.

**Гуйван И.В.**  
**КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ МАЧАДО-ДЖОЗЕФА НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ**

**Кафедра неврологии №1**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г.Харьков,Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.**

Болезнь Мачадо-Джозефа спиноцеребеллярная атаксия – это редкое наследственным неврологическое заболевание, клиническая картина которого характеризуется признаками мультисистемного поражения головного и спинного мозга, ведущим из которых обычно является прогрессирующая мозжечковая атаксия. Болезнь Мачадо-Джозефа чаще развивается у лиц мужского пола, чем женского. Возраст появления первых симптомов варьирует от 2-го до 7-го десятилетия жизни. В типичных случаях заболевание манифестирует после 25-30 лет. Эта болезнь имеет три формы, которые отличаются возрастом в котором дебютирует болезнь и степенью тяжести проявлений.

Ген, мутации в котором несут ответственность за развитие болезни Мачадо-Джозефа, расположен в локусе 14q24.3-q31. У пациентов с этой болезнью идентифицируется аномальное количество САG повторов (тринуклеотидные триплеты) в ДНК гена. Нормальная последовательность ДНК гена (у здорового человека), как правило, содержит в себе от 12 до 43 копий САG тринуклеотидов, а у лиц с болезнью Мачадо-Джозефа таких копий может быть от 56 до 86. Тяжесть проявлений и возраст дебюта непосредственно связаны с количеством этих повторов. Таким образом у лиц с первым типом этой болезни будет меньше всего таких аномальных триплетов, а у лиц с третьим типом будет самое большое их количество.

Лечения заболевания болезни Мачадо-Джозефа только симптоматическое.

Целью исследования явилось изучение клинико-диагностических аспектов болезни Мачадо-Джозефа на клиническом примере.

В Харьковскую областную клиническую больницу поступила пациент 3. 42 лет с диагнозом болезнь Мачадо-Джозефа. Больной предъявлял жалобы на выраженную шаткость при ходьбе, нарушение координации движений, похудение мышц конечностей, червеобразные движения в кистях рук, дрожание правой кисти, ощущение стягивания в мышцах стоп, периодические головные боли, головокружение. Со слов пациента болеет с 9 лет после падения с платины. Неоднократно лечился по месту жительства, однако диагноз был установлен только в 15 лет. Указывал на постепенное прогрессирование вышеописанных жалоб. В неврологическом статусе на первый план выступали данные за симптом «выпученных глаз», скандированную речь, выраженный мозжечково-атактический синдром, атетоз, явления мышечной дистонии в стопах, амиотрофический синдром, левостороннюю гемигипестезию и выраженную астенизацию больного. На магнитно-резонансном томографе головного мозга выявлены изменения червя мозжечка диспластического генеза, легкая гипотрофия коры мозжечка и выраженное расширение 4-го желудочка. В медико-генетической лаборатории было проведено прямое ДНК-тестирование и выявлены экспансии тринуклеотидных повторов в соответствующем гене.

Была проведена симптоматическая терапия, так как лечения данного заболевания в наше время не существует.

Таким образом, как показал анализ полученных данных главными диагностическими критериями болезни Мачадо-Джозефа в данном случае являются статико-локомоторная атаксия, экстрапирамидные нарушения в виде атетоза и дистонии, амиотрофический синдром. Представленный клинический случай свидетельствует о том, что основным методом диагностики является прямое ДНК-тестирование.

**Дрожжин И., Жучкова Ю.**  
**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТОВ МИДОКАЛМ И**  
**БАКЛОФЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО МЫШЕЧНОГО ТОНУСА**  
**ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ**

**Кафедра неврологии №1**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель - доц. Лещенко К.А.**

В настоящее время проблема рассеянного склероза (РС) занимает одно из лидирующих мест среди наиболее тяжелых неврологических заболеваний, поражающих преимущественно лиц молодого и среднего возраста. Природа болезни заключается в аутоиммунной агрессии собственной иммунной системы организма, относительно белка миелина клеток глии центральной нервной системы, следствием разрушения которого и является значительная тяжесть, полиморфизм клинической картины данного заболевания, ведущие в конечном итоге к инвалидизации больных.

Большое значение в лечении РС уделяется не только этиологической и патогенетической терапии, но и симптоматическому лечению больных. Если учитывать наиболее типичную локализацию очагов демиелинизации при РС, можно выделить основные клинические симптомы, характерные для этого заболевания. Наряду с поражением оптико-окололоторной группы нервов и мозжечковой симптоматикой часто встречаются центральные парезы или параличи с гипертонусом мышц, вследствие поражения пирамидных путей в боковых канатиках спинного мозга. Обычно это спастические парепарезы нижних конечностей, три- и тетрапарезы на поздних стадиях заболевания.

Целью нашего исследования является сравнение результатов лечения препаратами Мидокалм и Баклофен, которые используются в качестве симптоматической терапии для уменьшения мышечного тонуса при центральных парезах у больных с рассеянным склерозом.

Нами были изучены 8 пациентов, которые длительное время болеют рассеянным склерозом со вторично-прогрессирующим типом течения и имеют сходную симптоматику - примерно одинаковую степень выраженности нижнего парепареза и повышенный мышечный тонус нижних конечностей. Больные были разбиты на две контрольные группы по 4 человека. Первой группе в составе комплексной терапии был назначен Мидокалм в начальной дозировке по 50 мг(1 таб) 3 раза в сутки. Второй группе был назначен Баклофен в начальной дозировке по 5 мг(0,5 таб) 3 раза в сутки первые 3 дня. Спустя 15 дней пациенты, которые принимали Баклофен в начальной дозировке, отметили улучшение состояния, которое проявлялось снижением мышечного тонуса, но также и небольшую сонливость. Пациенты, принимающие Мидокалм, не наблюдали выраженного



терапевтического эффекта. Дозировка данного препарата была увеличена до 100 мг 3 раза в сутки. Сравнительный анализ состояния больных обеих групп после двенадцатидневного лечения приема препарата Баклофен показал следующее: значительную положительную динамику нижнего парапареза за счет уменьшения «спастического компонента». У пациентов, получавших Мидокалм отмечалась менее выраженная положительная динамика спастической мышечной гипертонии в нижних конечностях.

Таким образом, Баклофен в силу своего механизма действия, который заключается в агонировании ГАМК-В-рецепторов, вследствие чего, он угнетает спинальные и висцеральные рефлексy, уменьшает мышечное напряжение, клонус, в отличие от Мидокалма, - механизм которого направлен на стабилизацию мембран и местноанестезирующее действие. Баклофен можно выделить как препарат выбора, для снижения повышенного мышечного тонуса при центральных парезах в лечении рассеянного склероза.

**Жила И.И.**

## **СТАТИНЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.**

В настоящее время инсульт признан всемирной пандемией и остается одной из главных причин смерти и инвалидизации в большинстве стран мира.

Целью нашей работы является исследование эффективности статинов в профилактике инсульта.

К основным факторам риска ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки относят атеросклероз церебральных и прецеребральных артерий, гиперхолестеринемию, артериальную гипертензию и другие. Механизм действия статинов заключается в угнетении синтеза холестерина в печени на стадии образования мевалоновой кислоты вследствие обратимого ингибирования ключевого фермента ГМК-КоА-редуктазы, а также в увеличении числа и активности печеночных ЛПНП-рецепторов клеток, что способствует усилению захвата и катаболизма ЛПНП. Все это приводит к уменьшению содержания в плазме крови общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП и повышению уровня ЛПВП. Эти изменения способствуют стабилизации гипохолестеринемических атеросклеротических бляшек, предупреждению их разрыва и изъязвления, вызывающих ишемические поражения сердца, мозга и других органов.

Нами было проведено исследование 4 больных, двоим из которых были назначены аторвастатины. Через месяц у этих пациентов показатели холестерина значительно снизились, что существенно предотвращает риск мозговых осложнений и улучшает прогноз.

Таким образом, лечение статинами является обязательной мерой профилактики ишемического инсульта, что позволит добиться дальнейшего снижения смертности больных.

**Журба Е.П.**

## **ПРОБЛЕМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доцент, к.мед.н. Гайчук Л.М.**

Работа в хирургическом отделении всегда была насыщена постоянными умственными и физическими нагрузками, что требует определенной подготовки и выдержки. На данный момент, в связи с нестабильной ситуацией в стране, недостаточным финансированием медицинских учреждений и ухудшений условий работы все чаще встречаются случаи эмоционального выгорания, что делает данную проблему крайне актуальной на сегодняшний день.

Мною было проведено анонимное групповое анкетирование 20 хирургов и 10 операционных медсестер с рабочим стажем в медицине более 10 лет. В исследовании использовались стандартизованные открытые анкеты, состоящие из пятидесяти вопросов. После анализа полученных данных было выявлено, что у 60% испытуемых имеются расстройства сна, 42% отметили безразличие к своим обязанностям, раздражение по отношению к пациентам и сотрудникам. Частота конфликтов в коллективе увеличилась у 50% обследованных, в связи с ухудшениями условий работы и роста общего эмоционального неблагополучия. В ходе исследования 90 % анкетированных признались, что не видят перспектив в будущем, изъявляют желание покинуть свое рабочее место. Все эти симптомы испытуемые связывают с чрезмерными нагрузками за неоправданно маленькую плату, не покрывающую расходы для прожиточного минимума и постоянные упреки со стороны пациентов и начальства (даже в случаях хорошо выполненной работы).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что имеется неблагоприятная тенденция роста эмоционального выгорания у работников хирургического профиля. Это определенно сказывается на качестве оказания врачебной помощи больным, поэтому стоит обратить внимание на данную проблему и принять меры профилактики для предотвращения формирования синдрома эмоционального выгорания в будущем.

**ЗеенкоЕ.Е.**

## **ПРИМЕНЕНИЕ РОТАЦИОННЫХ ПРОБ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗДГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ГИПОЦИРКУЛЯЦИИ В ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЯХ**

**Кафедра неврологии №2  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Некрасов Н.А.**

Патология шейного отдела позвоночника, особенно у лиц молодого возраста, часто приводит к нарушению кровоснабжения в вертебробазиллярной системе. По литературным данным, на долю дисгемий в вертебробазиллярном бассейне приходится от 25 до 30 % всех нарушений мозгового кровообращения, в т. ч. до 70 % транзиторных ишемических атак. Ведущее место в патогенезе этих расстройств отводится дегенеративно-дистрофическим процессам в шейном отделе позвоночного столба. Указанные изменения вызывают нарушение кровообращения в позвоночных

артериях и в клинической практике объединяются термином “вертеброгенный синдром позвоночной артерии”.

В МКБ-10 он рассматривается под шифром G99.2 и включает клинику заднешейного симпатического синдрома, повторяющиеся эпизоды вертебробазилярной недостаточности, эпизоды дроп-атак, синдром Унтерхарншайдта. Одну из главных ролей в развитии вертебрально-базилярной недостаточности (ВБН) играет состояние периваскулярных сплетений и нижнего шейного симпатического узла, определяющего симпатическую иннервацию позвоночной артерии. При этом экстравазальные факторы становятся решающими факторами недостаточности кровообращения в вертебробазилярной системе.

Цель исследования изучить динамику показателей кровотока в субокципитальном сегменте ПА при поворотах головы у пациентов со спондилогенной ВБН I-II ст.

Исследование показателей кровотока в позвоночных артериях при поворотных пробах было проведено у 63 пациентов со спондилогенной ВБН I-II ст. по классификации А.Б. Сителя, из них 43 мужчины и 20 женщин в возрасте от 18 до 40 лет. Проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника были в виде дистрофических процессов в дисках (84%), нестабильности (77%), унковертебрального или другого артроза (61%), протрузии или пролапса дисков (5%), в 26% случаев имелись аномалии на верхне-шейном уровне, сочетание указанных нарушений отмечалось у 59 % пациентов.

В результате проведенного исследования были выявлены следующие типы реакций на функциональные нагрузочные тесты:

1) однонаправленная положительная в 31% случаев, характеризовалась двусторонним стандартизованным усилением параметров кровотока (более 15%);

2) однонаправленная отрицательная – в 26% случаев, характеризовалась двусторонним сниженным (более 15%) или отсутствующим ответом на функциональный нагрузочный тест;

3) разнонаправленная – в 29% случаев, с положительной реакцией на одной стороне и отрицательной (парадоксальной) – на контрлатеральной, которая была двух типов: а) с преобладанием ответа на стороне поражения; б) с преобладанием ответа на противоположной стороне

Учитывая диагностическую значимость ротационных проб для выявления экстравазального воздействия на позвоночную артерию и ее периваскулярное сплетение, как причины вертебробазилярной недостаточности, данные пробы следует включать протокол УЗИ-исследования сосудов вертебрально-базилярного бассейна у пациентов с различными проявлениями остеохондроза шейного отдела позвоночника.

**Зеленская Е.А.**

## **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: профессор, д.мед.н. Кожина А.М.**

Суицидальное поведение представляет собой одну из наиболее актуальных проблем современного общества. Являясь сложным феноменом, суицидальное поведение включает в себя не только медицинский, но также социальный,

психологический, культуральный, религиозный и другие аспекты. Материалы ВОЗ, данные статистики и литературы свидетельствуют о значительном росте уровня аутоагрессивного поведения в последние десятилетия во всех развитых странах мира. По прогнозам ВОЗ подобная тенденция к увеличению количества самоубийств сохранится и в будущем: на 2020 г. примерно 1,53 млн людей на планете покончат с собой и еще большее количество предпримут суицидальные попытки. Тенденция к увеличению уровня суицидов наблюдается также и в Украине, ежегодно в нашей стране добровольно уходят из жизни 14,5 тысяч человек, согласно шкале оценки уровня частоты самоубийств ВОЗ Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов.

Было проведено комплексное обследование 147 больных депрессивным расстройством молодого возраста. Основную группу составили 96 больных с признаками суицидального поведения, контрольную – 51 больной без признаков суицидального поведения, группу сравнения составили 30 человек без психических нарушений и признаков суицидального поведения.

В работе были использованы следующие методы обследования: клинико-психопатологический, основанный на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию путем интервьюирования и наблюдения. Опрос осуществлялся с применением лечебно-исследовательских критериев МКБ-10. Клинико-анамнестическое исследование включало структурированное интервью с изучением наследственности, влияния контекстуальных факторов на развитие психического заболевания. Изучение уровней тревоги и депрессии у обследованных групп проводилось при помощи шкал тревоги и депрессии Гамильтона, шкалы Монтгомери – Айсберга, а также больничной шкалы тревоги и депрессии. Для определения уровня суицидального риска и самосознания смерти у обследованных нами были использованы методики «Способ определения суицидального риска» и «Способ оценки самосознания смерти». Биохимический метод включал в себя количественное определение АСР 1 (эритроцитарной кислой фосфатазы) непрямым методом флуоресцирующих антител.

Как показали данные нашего исследования, для больных депрессивными расстройствами и суицидальным поведением характерны тяжелый депрессивный (72,7% обследованных) и тревожный (67,9%) эпизод по шкале Гамильтона, большой депрессивный эпизод (68,9%) по шкале Монтгомери-Айсберга, клинические проявления тревоги и депрессии (72,5%) по Госпитальной шкале тревоги и депрессии. Как показали результаты исследования у обследованных больных отмечалось превышение нормативных показателей уровня суицидального риска 28,5 балла мужчины и 20,5 баллов женщины, а также низкие результаты методики самосознания смерти (мужчины - 21,1 балла, женщины 21,6 баллов), что может быть проявлением склонности к совершению аутодеструктивных действий, самоубийства

Биохимическое исследование АСР 1 (эритроцитарной кислой фосфатазы) показало следующее: в группе сравнения значение АСР1 составило  $15,9 \pm 3,5$  нг/л. В контрольной группе и группе пациентов с суицидальным поведением эти показатели были достоверно выше и составили  $25,4 \pm 4,2$  нг/л и  $44,8 \pm 7$  нг/л. При этом более высокие цифры кислой фосфатазы соответствовали повышенным цифрам серотонина в образцах крови больных, что укладывается в ранее приведенные факты.

Таким образом, исходя из полученных в ходе исследования данных можно представить модель формирования суицидального поведения у лиц молодого возраста с депрессивными расстройствами, которая представлена комплексом

патогенных факторов. Прогностически значимыми в формировании суицидального поведения является тревожный и астенический варианты депрессивных расстройств, высокие показатели по клиническим шкалам тревоги и депрессии, высокий уровень суицидального риска в сочетании с низким уровнем самосознания смерти, отягощенный суицидологический анамнез.

Триггерами суицидального поведения являются фрустрации базовых потребностей, сужение когнитивных функций и доминированием содержания психической травмы в сознании, потеря целевых установок личности, возможно дисбаланс в системе АСР 1 - ген / продукт.

**Иванова О.А., Салега Э.В.**

## **ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС НА ТЕЧЕНИЕ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ.**

**Кафедра неврологии № 2**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – ас., к.мед.н. Каук О.И.**

Проблема перинатальных поражений нервной системы сохраняет свою актуальность по причине высокой частоты и большой значимости для дальнейшей жизни человека. По данным эпидемиологических исследований в Украине частота постановки диагноза «перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС» (ПГИП ЦНС) достигает 712:1000 детей до года. В качестве основного и сопутствующего заболевания данный диагноз выставляется более, чем 90% детей, получающих лечение в неонатологических стационарах.

Целью данного исследования явилось установление влияния ПГИП ЦНС на развитие и течение вегето-сосудистой дистонии (ВСД) в пубертатном периоде.

Исследование проводилось на базе КУЗО «Городская детская поликлиника № 15 г. Харькова». В исследуемую группу вошли 76 подростков с ВСД в возрасте от 13 до 17 лет (девушек – 41 (53,9%), юношей – 35 (46,1%)). У 54 подростков (71%) в анамнезе было ПГИП ЦНС (1-я группа), по поводу которого они состояли на диспансерном учете и проходили курсы восстановительной терапии на протяжении первых пяти лет жизни. 2-ю группу (22 подростка (29%)) составили подростки, в анамнезе которых ПГИП ЦНС не отмечалось. В структуре ПГИП ЦНС в 1-й группе встречались следующие синдромы: вегето-висцеральные нарушения в 55,5% случаев, гипертензионно-гидроцефальный синдром в 59,2% случаев, тонусные нарушения у 44,4% пациентов, судорожный синдром в 16,6% случаев.

Клинические проявления ВСД у подростков 1-й группы в 68,5% случаев манифестировали в возрасте 11-12 лет, в 26 % в возрасте 13-15 лет и лишь в 5,5% случаев в возрасте до 11 лет. У подростков 2-й группы манифестация ВСД в 86,4 % отмечалась в возрасте 13-15 лет и только в 13,6% в возрасте до 13 лет. Степень выраженности и стойкость цефалгического синдрома была выше в 1-й группе подростков. Метеочувствительность в 1-й группе выявлялась в 37% случаев, тогда как во 2-й группе только в 18,2% случаев. Выраженный астенический синдром отмечался у 64,8% подростков 1-й группы и 40,9% подростков 2-й группы. Вариабельность артериального давления и пульса у подростков 1-й группы встречалась в 74,2% случаев, во 2-й группе подростков – в 43,8% случаев. Проявления неврастенического синдрома отмечались у 29,6% подростков 1-й группы и 44,8% подростков 2-й группы.

По данным Эхо-ЭС признаки интракраниальной гипертензии отмечались у 64,8% подростков 1-й группы и у 48,3% подростков 2-й группы. Причем во 2-й группе в 86,7% случаев интракраниальная гипертензия была обусловлена нарушением венозного оттока из полости черепа, тогда как в 1-й группе данная причина гипертензии встречалась в 27,7% случаев.

Эффективность лечения ВСД в 1-й группе составляла 68,3%, тогда как во 2-й группе – 82,1%.

Таким образом, наличие в анамнезе перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС приводит к более ранней манифестации, большей выраженности и стойкости клинических проявлений вегето-сосудистой дистонии у подростков в пубертатном периоде.

**Казырод В.В.**

## **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ ГАЛЛЕРВОРДЕНА-ШПАТЦА**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – доц. Резниченко Е.К.**

Пантотенаткиназа-ассоциированная нейродегенерация (болезнь Галлервордена-Шпатца (БГШ)) – это редкое наследственное прогрессирующее заболевание нервной системы, связанное с накоплением железа в базальных ганглиях, которое проявляется экстрапирамидными, пирамидными и когнитивными нарушениями, а также в некоторых случаях эпилептическими припадками и пигментной дегенерацией сетчатки. Установлено, что наследование происходит по аутосомно-рецессивному типу. Значительный прорыв существующих знаний о механизмах развития этой болезни произошел в 2001 году, когда был выявлен патологический ген, ответственный за синтез фермента пантотенаткиназы, что приводит к избыточному накоплению цистеина в базальных ганглиях. Данный ген локализуется на коротком плече 20-й хромосомы. Надо отметить, что при этом общий обмен железа не страдает. Так как характер мутации может быть различным, то и заболевание протекает в разных клинических вариантах в зависимости от возраста, в котором оно дебютирует.

Целью исследования явилось изучение клинико-диагностических аспектов болезни Галлервордена-Шпатца.

В неврологическое отделение Харьковской областной клинической больницы поступила больная В., 46 лет с жалобами на нарушение речи, подергивание нижней челюсти влево, нарушение походки, шаткость при ходьбе, маятникообразное покачивание туловища, тремор правой кисти, скованность в руках, стопах, слабость в ногах (больше левой), при наклонах головы вперед - ощущение «перекрывание горла». Жалобы усиливаются при эмоциональной нагрузке, покачивание туловища может исчезать в состоянии эмоционального покоя. Отмечает снижение памяти и внимания.

Из анамнеза известно, что считает себя больной с 2010 года, после сильной эмоциональной нагрузки, когда появилась сильная головная боль в лобно-височной области, которая не купировалась анальгетиками, вскоре начало стягивать пальцы рук, появилась резкая слабость, шаткость. Доставлена в больницу, где к симптомам добавилось дрожание головы, скованность в конечностях, раскачивание туловища.

Неоднократно лечилась по месту жительства и в НИИ неврологии и психиатрии, консультирована в медико-генетическом центре в 2013 г, был поставлен диагноз: Болезнь Галлервордена – Шпатца. Ухудшение состояния отмечает с 2013 г – усилились речевые нарушения, изменилась походка. Больной было проведено симптоматическое лечение.

В неврологическом статусе на первый план выступали данные за дизартрию, оромандибулярную дистонию, патологические рефлекс орального автоматизма, статический тремор правой кисти, дистоническую установку кистей и стоп, когнитивные нарушения.

При ядерно-магнитной томографии (ЯМРТ) головного мозга выявлено внеклеточное накопление железа в базальных ганглиях, так называемый «глаз тигра» - симметричную овальную гиперинтенсивную зону в области бледного шара внутри более обширной гипоинтенсивной зоны.

Выводы. Диагностическими критериями болезни Галлервордена-Шпатца в данном случае являются псевдобульбарные, экстрапирамидные и когнитивные нарушения. Таким образом, одним из основных методов диагностики является ЯМРТ головного мозга, который выявляет типичный симптом накопления в области базальных ядер.

**Калюжка В.Ю., Маркевич Н.А.**

## **ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – Григорова И.А., Ескин А.Р., Гелетка А.А.**

Актуальность. Вертеброгенные повреждения нервной системы – серьезная проблема современного общества. Причем среди повреждений позвоночника, которые определяют развитие неврологической симптоматики, чаще всего наблюдают дегенеративные изменения в костной и хрящевой тканях. Они могут возникнуть из-за ряда экзогенных и эндогенных причин. Однако, наиболее часто причиной его является неравномерное распределение нагрузки на различные отделы позвоночного столба. Известно, что человек – существо прямоходящее, поэтому ведущее место в данной проблеме следует отнести ходьбе, как одному из важнейших двигательных динамических стереотипов.

Цель. Целью нашей работы стало изучение стереотипа ходьбы, определение степени асимметрии нижних конечностей, костей таза, причин его возможного изменения, влияния его на распределение нагрузочного напряжения на позвоночник и разработка индивидуальных рекомендаций для коррекции нарушений.

Материалы и методы. С помощью опросника Освестри были отобраны 30 студентов 1-5 курсов ХНМУ, имеющие какие-либо жалобы на боли и дискомфорт в области различных отделов позвоночника. Далее были измерены основные показатели, характеризующие походку (длина, ширина шагов, отклонение направления движения от первоначального и т.п.), а также основные анатомо-топографические показатели нижних конечностей и таза.

Результаты. В ходе исследования были выявлены такие результаты. Почти у всех исследуемых (90%) была обнаружена достоверная разница в анатомо-

топографических показателей правой и левой нижней конечности. Причем, чаще всего у правой левой нога оказалась несколько длиннее, чем левая, а у левой – наоборот. Скорее всего такое различие связано с тем, что у правой левой нога в большинстве случаев опорная, у левой же опорной ногой чаще всего является правая. Это предположение подтвердилось различным развитием мышечной системы на разных конечностях. Разность в размерах конечностей в большинстве (80%) случаев привела к перекосу и смещению таза, что в свою очередь (в 60% случаев) привело к формированию искривления позвоночника в различных его отделах. Все указанные выше изменения являются еще обратимыми у всех исследуемых, поэтому были разработаны индивидуальные рекомендации для предотвращения прогрессирования искривлений позвоночника и костей таза и развития, в связи с этим, последующих осложнений, в том числе и неврологических.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование, позволяет оценить риск возникновения вертеброгенных нарушений периферической нервной системы, а также причины возникновения нарушений со стороны опорно-двигательной системы у исследуемых, и на основании полученных данных разработать индивидуальные рекомендации, которые позволят повлиять на развитие неврологической симптоматики у обследованных молодых людей.

**Касьянова А. В.**

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ШКАЛЕ SF-36**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель доц. Тесленко О.А.**

Современный этап развития общества характеризуется тем, что все большее внимание уделяется оценке качества жизни (КЖ). Всемирная организация здравоохранения (1999) предложила рассматривать это понятие как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) в достижении благополучия и самореализации. С нашей точки зрения, КЖ – это комплексная характеристика состояния человека, которая включает как объективные характеристики (условия жизни), так и субъективные (образ жизни).

Для оценки КЖ используются различные методологические подходы, которые чаще всего включают те же этапы, что и любое медико-социальное исследование. Наиболее эффективный подход оценки КЖ — социологический опрос. Опросники бывают неспецифические, связанные со здоровьем индивида в целом, и специальные, используемые при конкретных заболеваниях.

Для оценки неспецифического КЖ целесообразно использовать шкалу SF-36, которая обладает надежными психометрическими свойствами и является приемлемой для проведения исследований КЖ любых групп. Опросник SF-36 (The MOS 36-Item Short-Form Health Survey) один из наиболее популярных. Он, являясь общим, позволяет оценивать КЖ больных с различными заболеваниями, сравнивать этот показатель с таковым в здоровой популяции и позволяет охватывать респондентов от 14 лет и старше. Авторы методики в состав анкеты включили вопросы, отражающие общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности, на которые влияет состояние здоровья.



Анкета состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка (от 0 до 100) указывает на лучшее качество жизни. В анкету включены две группы показателей "физический компонент здоровья" и "психологический компонент здоровья".

Цель. Оценка КЖ студентов ХНМУ. Для исследования была осуществлена случайная выборка среди студентов IV курса ХНМУ в количестве 20 человек (10 мужчин и 10 женщин). Все они заполнили опросники.

Результаты исследования. Подсчет результатов производился в баллах. Полученные данные по общему показателю позволили выделить нам 5 групп среди обследованных. Наибольшее количество студентов (40%) составили группу с повышенным показателем КЖ в интервале 61-80%. Такое же количество студентов (40%) составили группу со средним показателем КЖ в интервале 41-60%. В группу с высоким показателем КЖ в интервале 81-100% вошло три респондента, то есть 15% общего количества. В группу с пониженным показателем КЖ в интервале 21-40% вошел один респондент, то есть 5% из общего количества анкетированных. В группу с низким показателем КЖ в интервале 0-20% не вошел ни один из респондентов.

При этом, респонденты оказались более однородными и показали более высокие результаты КЖ по группе показателей «физический компонент здоровья» В то время, как по группе «психологический компонент здоровья» наблюдается больший разброс, что снизило общий показатель КЖ.

Таким образом, субъективная оценка студентами своего КЖ превалирует над объективной. В связи с этим, мы рекомендуем студентам оптимизировать режим труда и отдыха, сна, а также режим питания. Кроме того, целесообразно повышать жизненную активность и урегулировать свое социальное функционирование.

**Копитько М.С, Тихонова О.О.**  
**УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ**  
**ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ**

**Кафедра неврологии №1**  
**Харьковский Национальный Медицинский Университет,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Григорова И.А., Григоров С.Н.**

Заболеваемость черепно-мозговой травмой ЧМТ в Украине ежегодно составляет в среднем 400-420 на 100 000 населения. В настоящее время особую актуальность приобрело изучение боевой черепно-мозговой травмы(ЧМТ), большая часть которой протекает в виде сочетанной травмы.

Целью данной работы является обследование пациентов с сочетанной черепно-челюстно-мозговой травмой, находящихся на лечении в Областной клинической больнице в неврологическом и челюстно-лицевом отделениях.

В острый период ЧМТ легкой степени у 98% обнаружены признаки астенического синдрома, у 94%-синдрома вегетативной дисфункции, у 85%-ликворно-гипертензивного синдрома, у 74% обнаружена вегетативная дисфункция. У 60% пациентов с легкой ЧМТ в острый период имел место цефалгический синдром. Помимо клиничко-неврологического обследования были проведены нейропсихологические тесты, такие как Монреальская шкала, таблицы Шульте и тест на запоминание 10 слов. Результаты проведенных тестов показали умеренные когнитивные нарушения у испытуемых.

Частая жалоба у пациентов с сочетанной черепно-челюстно-мозговой травмой - дисфагия, и в таком случае прием нестероидных противовоспалительных препаратов затруднен. В данной ситуации применялся препарат «Мовиксикам», который, благодаря форме, диспергируемой в ротовой полости, купировал болевой синдром у пациентов данной группы без дискомфорта при приеме внутрь.

Вследствие прямого и опосредованного повреждения нейронов при ЧМТ активируются механизмы нейропластичности, что ведет к качественной и количественной перестройке нейрональных и глиальных элементов. Фармакологические препараты, обладающие нейротрофическим, нейрозащитным и анти-апоптотическим действием, такие как «Церебролизин», уменьшают активацию микроглии, высвобождение провоспалительных цитокинов и эксайтотоксинов, что делает механизмы нейропротекции и нейропластичности более эффективными.

Таким образом, чрезвычайно важными для улучшения качества жизни в лечении пациентов с сочетанной черепно-челюстно-мозговой травмой является адекватное обезболивание в удобной для пациента форме приема, а также коррекция когнитивных и нейропластических нарушений.

**Коровина Л.Д., Шульга А.**  
**ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ**  
**ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ПРИ ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМИ**  
**АНТИПСИХОТИКАМИ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украины**

За более чем столетнюю историю учения о шизофрении, ее клиническая картина показала свою многогранность и вариабельность. Восприятие традиционных типичных негативными и позитивных симптомов на настоящее время несколько изменилось. Если патоморфоз галлюцинаторно-параноидного синдрома связан в основном с изменениями фабулы бредовых идей и содержанием псевдогаллюцинаций, то структура негативных симптомов постепенно расширялась. Они представлены двумя подгруппами: первичными негативными (дефицитарными) и вторичными негативными расстройствами в зависимости от своей причины.

Популярность использования атипичных антипсихотиков (2-е поколение) обусловлено их явным положительным влиянием, как на позитивные, так и на негативные симптомы шизофрении.

В своей работе мы провели анализ динамики основных психопатологических феноменов у 34 женщины, страдающих параноидной шизофренией, принимавших терапию различными атипичными антипсихотическими препаратами (2-е поколение).

Результаты исследования показали, что пациентки имели достаточно тяжелый тип течения заболевания. Данный результат был в основном обусловлен значением общих симптомов, чем позитивных и негативных расстройств (по методике PANSS). Характеристика исходного психического состояния пациенток по методике PANSS (баллы):

- ✓ Позитивные симптомы –  $26,7 \pm 1,2$
- ✓ Негативные симптомы –  $32,5 \pm 1,1$
- ✓ Общие симптомы –  $47,1 \pm 1,8$
- ✓ Суммарный балл –  $106,3 \pm 2,4$

После проведенного лечения (психофармакотерапия атипичными антипсихотиками 2 типа) пациентки показали значительное улучшение в общем состоянии.

Психодиагностический метод подтвердил данный результат, в основном за счет динамики общих и позитивных, чем негативных психопатологических симптомов.

В группе исследования в большинстве случаев была выявлена положительная динамика, посредством, не столько общеседативного действия антипсихотиков (снижение возбуждения, симптомов враждебности, негативистичного отношения к лечению), а и собственно антипсихотического, влияния на такие симптомы как социальная отстраненность, апатия, депрессия, когнитивное функционирование.

Наиболее выраженная динамика позитивных симптомов отмечалась в отношении таких расстройств, как псевдо- и истинные галлюцинации, дереализации, иллюзорные расстройства. Бредовые расстройства претерпевали значительно меньшие метаморфозы и, в большинстве случаев, заключались в снижении актуализации, прежде всего выявляемых стабилизацией поведения и активными высказываниями.

Негативные симптомы (подшкала негативных расстройств по PANSS) редуцировались медленнее остальных. Мы также считаем, что этот эффект обусловлен снижением интенсивности вторичных негативных расстройств в большей степени, чем первичных, что подтверждается более значимой динамикой общих симптомов в методике PANSS. Характеристика психического состояния пациенток по методике PANSS после проведенного курса лечения (баллы):

- ✓ Позитивные симптомы –  $20,1 \pm 1,2$
- ✓ Негативные симптомы –  $28,3 \pm 1,4$
- ✓ Общие симптомы –  $39,2 \pm 2,0$
- ✓ Суммарный балл –  $87,6 \pm 2,6$

Таким образом можно сказать, что предложенное комплексное лечение параноидной шизофрении показало свою эффективность. Клинически значимый положительный эффект атипичных антипсихотиков 2-го поколения на негативную симптоматику можно считать в основном обусловленным влиянием на вторичные негативные расстройства. То есть анализ влияния атипичных антипсихотиков на негативные расстройства должен проводиться с учетом динамики расстройств, вызывающих вторичные негативные симптомы (позитивные и общие симптомы по методике PANSS).

**Кошман С.К.**

## **ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АВАРИИ НА ЧАЭС**

<sup>1</sup>**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии**

<sup>2</sup>**Кафедра радиологии и радиационной медицины**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: <sup>1</sup>доц., к.мед.н. Стрельникова И.Н.,**

**<sup>2</sup>доц., к.мед.н. Амиразян С.А.**

Актуальность: На протяжении последних десятилетий не утихают споры среди сторонников и противников производства электроэнергии на атомных электростанциях по сравнению с традиционными методами получения энергии. С одной стороны, специалисты признают неоспоримые экономические преимущества эксплуатации атомных электростанций, с другой же, у любого метода получения

электроэнергии есть свои минусы, даже у воспроизводимых источников, которые получили распространение в последние десятилетия. Психологическое восприятие аварии на ЧАЭС, на многие годы приостановило развитие атомной энергетики во многих странах мира, однако в некоторых из них, например, во Франции или в США, на долю атомных станций приходится производство более половины электроэнергии.

Еще более остро данная проблема встала после катастрофического землетрясения и аварии на АЭС Фукусима-Дайити (11.03.11).

Целью данной работы стала оценка уровня психологического воздействия аварий на атомных электростанциях на отношение к развитию атомной промышленности в нашей стране.

Чтобы ответить на этот вопрос был проведен опрос студентов отдельных групп 2-го медицинского факультета. В анкету были включены тестовые вопросы по истории, для выяснения информированности о событиях приведших к авариям на ЧАЭС и Фукусима-Дайити, и открытые вопросы для определения отношения к атомной промышленности.

Согласно результатам анкетирования, всех опрошенных можно разделить на следующие группы:

- ✓ Владеют минимально достаточной информацией трагедии и не испытывают предубеждений в отношении радиационной энергии – 24 %;
- ✓ Владеют минимально достаточной информацией об авариях, но относятся с опаской и враждебностью к атомной электрической энергии – 22 %;
- ✓ Не владеют информацией о ЧАЭС и Фукусима-Дайити, и не испытывают предубеждений в отношении радиационной энергии – 16 %
- ✓ Не владеют информацией, но относятся с опаской и враждебностью к атомной электрической энергии – 38 %.

Вывод: несмотря на недостаточную информированность о цепи событий, которые привели к столь трагическим последствиям (обе аварии на атомных электростанциях имеют 7 класс в международнопризнанной системе INES), самая большая группа опрошенных студентов сохраняет устойчивое предубеждение и опасения в отношении атомной промышленности, за частую беспричинное и немотивированное. Соответственно, можно говорить о наличии отдаленных психологических последствий ЧАЭС тревожного отношения к атомной промышленности и сильному немотивированному, навязчивому страху, не поддающемуся логическому объяснению, что укладывается в определение фобии, которые до сих пор актуальны для населения Украины.

**Кравченко В.В.**

## **АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИИ GRAVIS**

**Кафедра неврологии № 1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.**

Миастения gravis — ненаследуемое аутоиммунное нервно-мышечное заболевание, которое клинически проявляется патологическим синдромом мышечной утомляемости. Патогенез синдрома заключается в дефиците никотиновых холинэргических рецепторов в мышцах при наличии аутоиммунных антител к ним с вовлечением в процесс тимуса. Таким образом мышечное сокращение не может быть

поддержано на должном уровне из-за недостаточного взаимодействия нейромедиатора ацетилхолина с соответствующими рецепторами.

Плазмаферез – экстракорпоральная процедура, предусматривающая забор, очистку и возвращение крови или её части в кровоток. При генерализованной форме миастении плазмаферез проводят при прогрессирующем течении заболевания, тяжёлых формах и подготовке к оперативному вмешательству. В неврологическое отделение Харьковской областной клинической больницы поступила пациентка Б. 37 лет, которой впервые был выставлен диагноз миастении, генерализованная форма, которой было проведено три процедуры плазмафереза. Было отмечено улучшение в виде прироста временного промежутка между приемами антихолинэстеразных лекарственных средств в среднем на 20-30 минут.

Анализ полученных данных показал эффективность обменного плазмафереза в лечении генерализованной формы миастении, так как в результате данной процедуры происходит очищение плазмы крови от иммунных комплексов, аутоантител и медиаторов воспаления.

**Крайниченко В.В.**

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,  
Украина**

**Научный руководитель: Зеленская Е.А.**

Актуальность: по данным Яндекса на 2014 год в Вконтакте, Одноклассниках, Фейсбуке и Твиттере – более 40 млн украинских аккаунтов. В популярной социальной сети Вконтакте более 60 млн посетителей ежесекундно, из них – 12 млн украинцы, что составляет 28% населения Украины.

Цель работы: определить степень влияния социальных сетей на психоэмоциональную сферу опрошенных.

Материалы и методы: анонимное анкетирование. Проведен сравнительный анализ данных полученных при анкетировании 87 лиц в возрасте от 18 лет. Из них 73 женщины и 14 мужчин. Преобладающая возрастная категория опрошенных от 18 до 25 лет.

По результатам исследования выяснено, что:

- ✓ 21 человек в качестве основного источника новостей о мире указывают «паблики в социальных сетях», 35 – «новостные сайты»;
- ✓ 32 человека сообщают, что большую часть времени в интернете тратят на чтение новостей в социальных сетях;
- ✓ 3 человека отмечают, что с появлением соц. сетей в их жизни их уверенность в собственных силах уменьшилась или уменьшилась незначительно;
  - 26 человек – увеличилась или увеличилась незначительно;
  - 58 человек – не изменилась.
- ✓ 67 человек сообщают, что заходят в соц. сети перед сном;
- ✓ 24 человека каждый день обсуждают новости из социальных сетей;
- ✓ у 31-го человека минимум дважды случались конфликты в жизни на почве информации из соц. сетей, у 4-ех человек такие конфликты случаются регулярно;
- ✓ человек заходит на страницы людей, с которыми давно не общается 2 человека - 1-2 раза в день;

5 человек - 1-2 раза в неделю;

71 человек - редко, когда отмечают грустное настроение;

9 человек - никогда.

✓ 58 человек отмечают свои достижения в соц.сетях, 29 – избегают этого.

✓ 37 человек сравнивают свои достижения с достижениями бывших одноклассников, коллег, старых знакомых (карьерный рост, семейные отношения, финансовое благополучие);

12 из них это сравнение делает расстроенными, печальными, обиженными, раздраженными, неуверенными в своем будущем;

25 – дает мотивацию для дальнейшего развития, добавляет уверенности в себе.

✓ 29 человек иногда обсуждают вопросы, касающиеся личной жизни (воспитание детей, взаимоотношения с противоположным полом, сексуальная жизнь) в тематических (публичных!) сообществах.

10-ти из них это помогает либо решить проблему, либо улучшить свое психологическое состояние;

15-ти – помогает периодически.

✓ В случае, выяснения факта о разглашении мужем/женой, парнем/девушкой, ребенком в соц. сетях каких-то личных фактов (например, в сообществе, посвященном психологии, освещение обиды на вас, с цитатами их высказываний, или сообщает какие-то подробности их сексуальной жизни) 13 человек отреагировали бы злостью, обидой, непониманием, скандалом.

8 - обиделись бы, но промолчали;

7 - остались бы безразличны;

58 – захотели бы решить проблему, которая привела к таким действиям.

✓ 56 человек воспользовались бы возможностью незаметно заглянуть в профиль своего мужа/жены, парня/девушки, ребенка и прочитав переписку, посмотреть подписки и т.д;

из них 40 человек так уже поступали, а 6 – не поступали, но очень хотят,

4 из тех, кто отказался воспользоваться такой возможностью, приходилось делать это в прошлом.

Выводы: Социальные сети заняли весомое место в жизни современного общества. Но не каждый их пользователь отдает себе отчет в степени их влияния на его психо-эмоциональное состояние и социальное благополучие. Таким образом, с целью профилактики компьютерной зависимости (в частности зависимость от социальных сетей) следует большее внимание уделять этому вопросу в рамках проведения психообразования.

**Красковская Т.Ю.**

## **ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Зеленская Е.А.**

Депрессия – наиболее распространенное заболевание психической сферы, часто связанное с утратой трудоспособности, которое не всегда вовремя диагностируется. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) общая распространенность большого депрессивного расстройства составляет в среднем 5%

населения, среди пациентов общей практики – 33%, риск заболевания в течение жизни – более 20%. Более 25% обращений пациентов к врачам общей практики связано с депрессиями, при этом только в 10-30% случаев депрессивные расстройства распознаются как таковые. При оценке суммарного рейтинга депрессии в отдельных возрастных когортах отмечается не только весомое увеличение общего количества пациентов, но и значительное «омоложение» этого заболевания. Известно также, что вероятность заболеть депрессией в течение жизни возрастает более чем в 2 раза и достигает 14,4-17,3%. При этом оказывается, что выздоровление или наступление стойкой ремиссии отмечается лишь у 33% больных, в то время как у 55% депрессия рецидивирует, а еще у 12% –продолжается годами и даже десятилетиями.

Целью нашего исследование было изучение комплексной системы психообразования у больных депрессией, как неотъемлемой части психосоциальной реабилитации и разработка оптимальных методов применения психообразовательных программ в комплексной реабилитации больных депрессией.

Материалы: было обследовано 20 больных обоего пола в возрасте 18-45 лет с установленным диагнозом депрессия по критериям МКБ-10, в комплексной терапии которых с использованием фармакотерапии применялись психообразовательные занятия в группах по 6-7 человек. Цикл состоял из 10-12 занятий по 1,5-2 часа 1-2 раза в неделю.

Методы: клинико-психопатологический: изучение жалоб, психического и соматоневрологического статуса, выделение основных психопатологических синдромов; психодиагностический с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона (Hamilton M., 1967), больничной шкалы тревоги и депрессий (HADS), (Zigmond A.S., Snaithe R.P., 1983); статистический.

Результаты: на фоне проводимой терапии отмечается быстрая редукция психопатологической симптоматики, нормализация эмоционального состояния, стабилизация поведения, улучшение когнитивных показателей, повышение психофизической активности больных, расширение контактов с окружающими, возобновление привычного режима. К четвертой неделе проводимой терапии показатели по шкале тревоги и депрессии Гамильтона с 26 баллов снизились до 10,5 баллов; по больничной шкале тревоги и депрессии с 11 баллов – до 6.

Выводы: комплексный подход в терапии депрессии включающий в себя психофармакотерапию с использованием антидепрессантов относящихся к группе ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина в сочетании с психообразовательными тренингами приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных.

**Куфтерина Н.С., Турбар Д.С., Хомуленко Е.В.**

## **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОФАЦИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ IV КУРСА**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра неврологии №1,**

**г. Харьков, Украина**

Миофасциальная болевая дисфункция, является одной из наиболее частых причин болей в спине – дорсалгий, которые в свою очередь занимают второе место, после острых респираторных заболеваний, по частоте обращений к врачам и третье по частоте как причина госпитализации. Поражение опорно-двигательной системы ведет к высокой инвалидизации лиц трудоспособного возраста, что побудило

экспертов Всемирной организации здравоохранения объявить 2000–2010 гг. декадой костно-суставных болезней.

Целью работы было изучение неврологического аспекта миофасциальной дисфункции у студентов четвертого курса на фоне различных повседневных нагрузок.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной задачи нами было обследовано 30 студентов, из которых было 18 женщин и 12 мужчин, их средний возраст составлял 20 лет. Было проведено клиничко-анамнестическое обследование, анкетирование с использованием шкал Освестри и Роланда-Морриса.

Результаты. Из 30 студентов, которые были проанкетированы по опроснику Освестри, 16 не предъявляли никаких жалоб, а оставшиеся 14 их имели. При этом показатели были таковы: ODI 8 у 9 человек с жалобами на редкие боли, чаще возникающие во время длительных поездок или в положении сидя более одного часа; ODI 12 у 8 студентов с жалобами на боли, которые чаще возникают при физической нагрузке, при длительных поездках, сексуальная жизнь незначительно усиливает боль; ODI 20 у 7 опрошенных, которые жаловались на весьма сильные боли, вынуждающие периодически обращаться за помощью, при положении сидя боль возникает через час, усиливается при выполнении физических нагрузок; ODI 30 у 4 студентов, которые жаловались на весьма сильную боль с ограничением физических возможностей, быстро возникающую боль в положении сидя либо стоя, ухудшение сна.

При помощи анкеты Роланда-Морриса было выяснено влияние боли в поясничной области на нарушение жизнедеятельности. После анализа результатов были получены такие показатели индекса RDQ: 1 балл у проанкетированных, которые жаловались на редко возникающий дискомфорт в поясничном отделе позвоночника во время сна на спине; 2 балла у 7 человек с жалобами на дискомфорт в поясничной области, чаще в ночное время, усиливающуюся при изменении положения тела; 4 балла имели 11 студентов, т.к. они предъявляли жалобы на периодические боли в поясничном отделе позвоночника, из-за чего приходится часто менять положение тела, иногда трудно поворачиваться; 8 баллов было у 7 учащихся. Их беспокоила постоянная боль в поясничном отделе, в результате чего, им трудно выполнять повседневную работу, также они жаловались на ухудшение сна и повышенную раздражительность.

При пальпации в шейно-воротниковой зоне визуальная аналоговая шкала боли предоставила такие результаты: у 11 человек болезненность отсутствовала, и они указали на шкале 0 см; у 16 учащихся боль была слабой интенсивности в результате чего шкала получила отметку 1 см; у 2 людей была умеренная болезненность, что соответствовало 5 см; 1 человека в результате эксперимента почувствовали невыносимой интенсивности боль и на шкале она соответствовала отметке 9 см.

В результате анкетирования студентов IV курса, было выяснено, что часть опрошенных имеют жалобы на дорсалгии и цервикокраниалгии, которые возникают в результате не правильного питания, длительного положения сидя, а также частых стрессов. Поэтому можно сделать вывод, что большому количеству студентов необходимо обратить особое внимание на свое здоровье, в частности области спины, и проводить своевременные коррекции состояния организма.



**Кучмий Ю.Ю.**  
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИОРЕЛАКСАНТОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ В  
ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ**

**Кафедра неврологии №1**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.**

Головная боль напряжения – это самая распространённая разновидность первичных головных болей. Большинство людей в своей жизни испытывают редкие приступы головной боли напряжения. При стрессовых ситуациях головная боль напряжения может отмечаться с большей частотой и протекать тяжелее. В типичном случае пациенты описывают головную боль как сдавливающую боль в теменной и височных областях с ощущением давления вокруг и позади глаз. Выраженность головной боли обычно варьирует от средней до слабой, но изредка боль может быть достаточно интенсивной. Длительность головной боли составляет от 30 минут до 7 дней. В большинстве случаев головная боль напряжения длится в течение нескольких часов.

Согласно одной из теорий, головная боль тензионного типа возникает вследствие напряжения мышц глаза, ответственных за аккомодацию, а также мимических мышц лица и скальпа, шеи, плеч, спины, что приводит к утомлению этих мышц, развитию в них мышечной усталости, накоплению в них молочной кислоты и возникновению чувства боли. На основании этой теории можно сделать вывод о возможной эффективности миорелаксантов в лечении головной боли напряжения.

С целью подтверждения эффективности миорелаксантов центрального действия при эпизодах головной боли напряжения, было обследовано шесть молодых людей в возрасте от 18 до 25 лет - 4 женщины и 2 мужчины, у которых наблюдалась головная боль тензионного типа. Пациентам было предложено принимать препарат, действующим веществом которого является тизанидин, в дозе 2 мг, с целью купирования цефалгии.

Все пациенты указали на значительное снижение интенсивности головной боли, уменьшения тревоги, улучшения субъективной оценки качества сна, а в некоторых случаях головная боль проходила полностью. При пальпаторном исследовании перикраниальных мышц, мышц шеи и верхнего плечевого пояса наблюдалось уменьшение их напряжения и болезненности.

По результатам данного наблюдения можно сделать вывод, что миорелаксанты центрального действия проявляют высокую эффективность в купировании головных болей тензионного типа. Данные препараты могут быть рекомендованы больным с наличием напряжения перикраниальных мышц, мышц шеи и верхнего плечевого пояса без выраженных депрессивных и эмоциональных нарушений.

**Лаевский Б. Ю.**

## **ЛАМОТРИДЖИН – ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТЫХ АБСАНСОВ У ДЕТЕЙ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский Национальный Медицинский Университет,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. мед. н., доцент Резниченко Е. К.**

Абсанс - припадки, характеризующиеся внезапным и очень кратковременным прекращением деятельности, замиранием, отсутствием реакции на оклик. Больной через несколько секунд (не более 10) продолжает прерванную деятельность, после чего не осознает и не помнит о припадке. Для абсансов характерно появление в возрасте 5—6 лет, а их частота может достигать нескольких десятков в день.

**Цель.** Исследовать эффективность ламотриджина в лечении абсансов у детей.

**Результаты.** Нами проводилось наблюдение за 6 пациентами в возрасте от 12 до 17 лет с генерализованными эпилептическими приступами в виде простых абсансов. Всем была назначена противоэпилептическая терапия - ламотриджин в дозе 50-400 мг/сутки, в результате чего у 3-х больных наблюдалось значительное снижение частоты приступов. У остальных 3-х больных с резистентностью к монотерапии была проведена политерапия малыми дозами ламотриджина в комбинации с вальпроатом натрия, в результате чего был достигнут заметный положительный результат в виде резкого снижения частоты абсансов в течение даже первого месяца с момента назначения лечения.

**Выводы.** Эффективность монотерапии типичных абсансов ламотриджином составляет около 50%. При резистентности к монотерапии наиболее эффективной комбинацией является небольшая доза ламотриджина в сочетании с вальпроатом натрия. Даже незначительная доза ламотриджина в сочетании с натриевой солью вальпроевой кислоты, может оказать кардинальное улучшение состояния более чем у половины пациентов.

**Максименко Л.Д.**

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГЛИАЛЬНОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель доц. Тесленко О.А.**

В течение последних десятилетий проблема острого ишемического инсульта приобретает все большую значимость в связи с широкой распространенностью цереброваскулярной патологии, высоким уровнем летальности, частым развитием инвалидности и социальной дезадаптации перенесших его больных. Основным механизмом восстановления после инсульта в настоящее время считается нейрогенез – естественный процесс, который выражается в пролиферации, миграции, дифференциации и выживании нервных клеток. Этот процесс находится под контролем нейротрофических факторов, формируя таким образом важнейший протекторный механизм.

Наиболее изучены и перспективны для использования в терапии являются BDNF (фактор роста, выделенный из головного мозга) и GDNF (глиальный нейротрофический фактор). Они действуют локально в месте высвобождения и

особенно интенсивно индуцируют арборизацию и рост аксонов спрутинг в направлении клеток-мишеней. В эксперименте показано влияние BDNF и GDNF на существенное улучшение восстановления моторных функций после небольших кортикальных инфарктов. Их фармакоогический эффект лимитируется низкой способностью прохождения через ГЭБ. Существует небольшое количество препаратов, содержащих эти пептидные ферменты - семакс, церебролизин, кортексин, ноопепт.

Наиболее используемым является Церебролизин, повышающий аффинность связывания BDNF с рецепторами и влияющий на TrkB-рецепторы. Также недавними работами Н. Chen и соавт. 2007 было доказано наличие в Церебролизине активных фрагментов цилиарного (CNTF), глиального нейротрофических факторов (GDNF) и инсулиноподобные факторы роста первого и второго типов (IGF-1, IGF-2). Наличие этих факторов, во многом определяет положительное влияние Церебролизина на процессы нейрогенеза. Экспериментальные исследования японских и американских ученых. (Tatebayashi и соавт., 2003; E. Rockenstein и соавт., 2007) продемонстрировали возможность Церебролизина стимулировать процесс нейрогенеза и замедлять апоптоз. В Украине в 2012 году было проведено открытое мультицентровое национальное рандомизированное исследование «случай — контроль» фазы IV по изучению переносимости, безопасности и эффективности терапии Церебролизинном в дозе 20 мл ежедневно (в/в введение) у больных с первым полушарным ишемическим инсультом в остром периоде (1–10-е сутки заболевания).

Исследование показало, что применение Церебролизина в остром периоде инсульта является безопасным. Дополнительная терапия Церебролизинном (в дозе 20 мл в/в в течение 10 дней) эффективна: отмечается более быстрое и полное восстановление двигательных и речевых функций, общих функциональных возможностей больных. Около 70 % пациентов после острого периода ишемического инсульта имеют существенные когнитивные проблемы, с риском развития деменции в будущем. Лечение Церебролизинном в остром периоде мозгового инсульта демонстрирует положительные тенденции к восстановлению когнитивного статуса и, вероятно, может рассматриваться как предиктор снижения когнитивного расстройства в отдаленном периоде.

Альтернативные исследования 2006 года показали, что инкапсулированная ткань свиного хориоидного сплетения (ХС), трансплантированная животным с моделью инсульта, секретирует нейротрофические факторы и уменьшает размер пораженной инсультом области примерно на 65%. Кондиционированная ХС среда дает значительную дозозависимую защиту поврежденным сывороточными белками кортикальным нейронам. Ферментный иммуносорбентный анализ подтвердил, что ХС секретируют GDNF, BDNF и NGF.

Этот способ лечения может применяться и у людей, потому что клетки свиного хориоидного сплетения по размерам и функции близки к человеческим. Разработанные компанией LCT BioPharma Inc биосовместимые микрокапсулы позволяют выходить таким молекулам, как защищающие нейротрофические факторы, и задерживают воспалительные факторы, которые могут вызвать иммунный ответ и отторжение.

Как справедливо отмечалось на VI Международной конференции по проблеме инсульта (Монако, 12-15 марта 2003 г.), «в предстоящие 30 лет инсульт из существующего сейчас поля диагностических поисков и терапевтического бессилия

переместится в поле адекватной терапии». Наиболее перспективным направлением можно считать внедрение нейротрофических факторов в терапевтическую практику.

**Малько А.А.**

## **КОРРЕКЦИЯ МНЕСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. мед. н., доцент Резниченко Е.К.**

Современные реалии нашей жизни всё больше сталкиваются с проблемой деменции. Повышенная забывчивость и снижение практических навыков является одной из наиболее распространенных жалоб у пожилых пациентов. Поэтому очень важно выбрать правильную тактику лечения таких больных.

**Цель.** Проанализировать, как именно влияет гопантевая кислота на клиническое течение пациентов с мнестическими нарушениями.

**Материалы и методы.** Нами был проведен анализ результатов обследования 4-х пациентов - группу сравнения составили 2 пациента в возрасте 64-ми и 69-ти лет, у которых производилась коррекция гопантевой кислотой (гр. №1). И 2 пациента в возрасте 65-ти лет, которые не принимали ноотропные препараты (гр.№2). Использовали тест рисования часов.

**Результаты.** Изначально все пациенты испытывали трудности в эксперименте, и по десятибалльной шкале результат был 5 баллов у каждого. Затем, через 1 месяц тест был повторен. Было обнаружено, что пациенты, которые принимали гопантевую кислоту, улучшили свои результаты до 7 баллов. И наоборот, пациенты второй группы – не изменили свои показатели. Затем, ещё через месяц был проведён повторный тест рисования часов. Было обнаружено, что первая группа пациентов увеличила свой показатель до 9-ти баллов (незначительные неточности расположения стрелок), а группа №2 осталось на прежнем уровне (неправильное расположение чисел на циферблате: расстояние между числами неодинаковое).

**Выводы.** Коррекция мнестических нарушений гопантевой кислотой даёт положительный результат при соблюдении режима дозирования. Пациенты улучшили показатели приобретённого нового практического навыка.

**Марковская Е.В.**

## **СОДЕРЖАНИЕ АСПАРТАТАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ И АЛАНИНАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯНОГО СКЛЕРОЗА**

**Кафедра неврологии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

Рассеянный склероз (РС) - хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), чаще имеет волнообразное течение с чередованием обострений и ремиссий на ранних стадиях заболевания, реже — изначально неуклонно прогрессирующее течение.

Расстройства кортико-висцеральной регуляции при патологии высших мозговых центров, в том числе при РС, приводят к хроническим нейродистрофическим изменениям во внутренних органах. Одним из важных органов, играющих ведущую роль в регуляции обменных процессов в организме (в

енергетическом, белковом, углеводном и липидном метаболизме), является печень, функциональное состояние которой у больных РС требует дальнейшего изучения.

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики изменения активности мембраносвязанных ферментов - аспартатаминотрансферазы (АСАТ) и аланинаминотрансферазы (АЛАТ) в сыворотке крови больных РС в зависимости от типа течения.

Исследование проводилось на базе неврологического отделения КУОЗ «ОКБ – ЦЭМП и МК». Объектом исследования было 69 больных РС - 29 мужчин и 40 женщин. Возраст больных колебался от 16 до 59 лет. В зависимости от типа течения у 16 больных наблюдался вторично-прогредиентный тип течения РС, у 7 обследованных – первично-прогредиентный и у 46 пациентов – ремитирующий рецидивирующий тип течения.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых человек соответствующего пола и возраста без патологии нервной системы.

Активность ферментов в крови изучалась с помощью энзиматического кинетического метода по стандартным методикам.

Проведенное биохимическое исследование, выявило в целом по группе больных РС достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение уровня АЛАТ на 38,9% относительно показателей в контрольной группе и тенденцию к снижению уровня АСАТ на 12,5%.

Анализ динамики изменения уровня АСАТ при различных типах течения заболевания выявил при вторично-прогредиентном типе течения РС достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение уровня данного фермента на 22,4%. В группах больных с первично-прогредиентными ремиттирующим типами течения РС показатели среднего значения АСАТ не имели достоверного различия между показателями контрольной группы, однако, показали тенденцию к снижению.

Анализ динамики изменения уровня АЛАТ в зависимости от типа течения заболевания выявил достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение уровня фермента при первично-прогредиентными вторично-прогредиентном типами течения заболевания. При ремиттирующем типе течения РС показатели среднего значения АСАТ не имели достоверного различия между показателями контрольной группы, однако, показали тенденцию к увеличению.

Таким образом, у больных РС в независимости от типа течения заболевания отмечается достоверное повышение АЛАТ в сыворотке крови при практически неизменных показателях АСАТ. АЛАТ - фермент, наибольшее количество которого содержится в гепатоцитах, поэтому повышение его активности может указывать на повреждение печени и вовлечение ее в патогенез РС.

**Меламуд К.С.**

**ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

**Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології**

**Харківський національний медичний університет,**

**Харків, Україна**

**Науковий керівник: професор, д.мед.н. Коростій В.І.**

Актуальність. Дослідження добового профілю артеріального тиску являє собою великий інтерес у встановленні взаємозв'язку між артеріальною гіпертензією та тривожними проявами, що відмічаються у даної категорії пацієнтів. Своєчасне виявлення тривожних розладів і розуміння їх залежності від добового профілю тиску

пацієнта допоможе розробити і використовувати ці дані для підвищення ефективності лікування та покращення якості життя.

Метою дослідження є виявлення та аналіз тривожних розладів в залежності від добового профілю артеріального тиску пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Матеріали і методи. Нами було проведено комплексне обстеження 27 пацієнтів з артеріальною гіпертензією на базі терапевтичного відділення навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» ХНМУ. Були використані наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний; патопсихологічний; інструментальний: добовий моніторинг артеріального тиску за допомогою апарата АВРМ 50 фірми Неасо; психодіагностичний з використанням опитувальника для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90R, клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона; методи математичної статистики.

Результати. Аналізуючи отримані дані, виявили негативний кореляційний зв'язок тривожних проявів за клінічними шкалами Гамільтона і SCL-90R з показниками, що характеризують діастолічний артеріальний тиск: середній добовий діастолічний тиск ( $r=-0,23$ ) та добовий індекс діастолічного тиску (відображає зниження артеріального тиску в нічний час). Показники добового моніторингу артеріального тиску слабо корелюють з рівнем тривоги за шкалою Гамільтона з тенденцією до зниження середньодобового діастолічного тиску та зменшенню добового індексу діастолічного тиску при посиленні тривожних проявів.

У обстежених хворих підвищення рівня тривоги не пов'язане із змінами добового профілю артеріального тиску. На підставі цих даних можна припустити, що підйом середнього добового рівня діастолічного тиску і відсутність зниження в нічні години може бути соматизованим проявом тривоги.

Значні негативні кореляції виявлені між рівнем тривоги і значеннями багаторазового вимірювання діастолічного тиску ( $r = -0,61$ ), одноразового вимірювання систолічного тиску ( $r = -0,44$ ) у хворих артеріальною гіпертензією, які свідчать про зменшення рівня тривоги у хворих, що мають високі цифри артеріального тиску за результатами одноразового вимірювання.

Результати одноразового вимірювання артеріального тиску в кабінеті лікаря значною мірою відображають емоційну реакцію пацієнта на факт дослідження, ніж дані добового моніторингу. Значні негативні кореляції результатів одноразового вимірювання тиску з рівнем тривоги свідчать про певні антагонізми психічних проявів тривоги і симпатоадреналової реактивності, що виявляються в момент обстеження лікарем.

Показники добового моніторингу, відображаючи середньодобовий рівень артеріального тиску, мало залежать від особливостей емоційної реакції хворого на факт дослідження в порівнянні з одноразовим вимірюванням артеріального тиску, що і підтверджується меншою силою кореляційних зв'язків з рівнем тривоги у хворих. Хворі з більш високим рівнем артеріального тиску при вимірюванні в кабінеті лікаря пред'являють менше скарг, пов'язаних з тривогою.

Висновки. Узагальнюючи дані аналізу отриманих кореляцій між рівнем тривоги і показниками добового моніторингу артеріального тиску можна відзначити, що у хворих на артеріальну гіпертензію переважає механізм захисту від тривоги шляхом її соматизації. При цьому прояви тривоги мають тенденцію до послаблення. Це підтверджується виявленою тенденцією до відносного зменшення інтенсивності скарг, пов'язаних з тривогою, при підвищенні артеріального тиску.

**Молчанюк Д.А., Платинюк О.Б.**  
**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПТСР**  
**Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м.Харків, Україна**

**Науковий керівник – д.м.н., проф. Коростій В.І.**

Актуальність дослідження зумовлена зростанням випадків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) останнім часом на Україні та неоднозначністю критеріїв при постановці даного діагнозу. Діагностика ПТСР базується на наявності в анамнезі пацієнта травматичної події, учасником якої він був безпосередньо (у ролі постраждалого чи у ролі того, хто спричиняє травму) чи в якості свідка. У пацієнта мають бути вираженими симптоми вторгнення (нав'язливі чи повторювані спогади екстремальної події, кошмарні сновидіння, «флешбеки», тобто миттєві відродження травматичної події з патологічною достовірністю і повнотою почуттів; інтенсивні негативні переживання, вегетативна гіперреактивність у ситуаціях, що нагадують травматичну подію); уникання думок, почуттів, розмов стосовно події; симптоми гіперактивації (часто зустрічаються у пацієнтів з ПТСР, проте не є обов'язковими при проведенні діагностики). Окрім того, з моменту травми має пройти більш ніж 1 місяць. Тобто задля постановки діагнозу ПТСР необхідно довести наявність вищевказаних симптомів, що може бути здійснено шляхом ретельного опитування та аналізу скарг, анамнезу пацієнта, підтвердженням чого будуть результати спеціальних діагностичних тестів.

Нами було обстежено 35 пацієнтів віком від 25 до 45 років, військовослужбовців, які перебували на обстеженні та лікуванні у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону і у яких попередньо діагностували ПТСР чи розлади адаптації. Кожному пацієнту були видані психодіагностичні тести: цивільний варіант Місісіпської шкали посттравматичної стресової події та DSM-V. Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій дозволяє оцінити ступінь виразності цих реакцій та провести диференційний діагноз з розладами адаптації. У 10% хворих результат тестування перевищував 100 б., що свідчить про високий рівень впливу травматичної події (результат вище 100 б. характерний для ПТСР). Шкала DSM-V дозволяє оцінити частоту та інтенсивність виявлення індивідуальних симптомів розладу, а також ступінь їхнього впливу на соціальну активність пацієнта. Час вивчення проявів кожного симптому – 1 тиждень. Тобто дозволяє діагностувати розлади, спричинені нещодавніми травмами та динаміку стану пацієнта. За результатами у 50% хворих на момент огляду виражені симптоми вторгнення та когнітивні порушення; у 25% - симптоми уникнення виходять на перший план; у 15% - домінують симптоми гіперактивації; у 10% хворих присутні всі симптоми, окрім деперсоналізації та дереалізації, окрім того, у даних пацієнтів виражений дистрес: порушення у соціальному функціонуванні і професійній діяльності. Трьом пацієнтам, у яких були виявлені показники, що відповідають діагнозу ПТСР, була видана шкала SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, шкала Дерогатіса) з метою уточнення проявів захворювання. Ця шкала дозволяє визначити симптоми, що є найвираженішими у хворого з ПТСР. Домінуючими симптомами в одного з хворих виявились соматизація, депресія та нав'язливість; у другого – тривожність та паранояльність; у третього – соматизація та міжособистісна сенситивність.

Отже, дані психодіагностичні тести дозволяють не тільки підтвердити діагноз ПТСР, поставлений на основі скарг, анамнезу та об'єктивного дослідження, а й визначити провідні симптоми та оцінити динаміку після проведення лікування.

**<sup>1</sup>Некрасова Н.О., <sup>2</sup>Товажнянська О.І.  
ВПЛИВ КОЛИВАНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ НА ВЕГЕТАТИВНУ  
РЕАКТИВНІСТЬ У ПІДЛІТКІВ**

**<sup>1</sup>кафедра неврології № 2, ХНМУ,  
м. Харків, Україна**

**<sup>2</sup>Харківська гімназія № 116 Харківської міської ради,  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: проф., д.мед.н. Товажнянська О.І.**

У пубертатний період організм дитини розвивається особливо інтенсивно. Однак, кровеносні судини і периферична нервова система «дорослішають» повільніше, ніж серце. Це створює певні труднощі для центральної нервової системи при управлінні за діяльністю внутрішніх органів і систем. У теж час занадто інтенсивне захоплення спортом, емоційне перевантаження і «перехідний період» викликають фізичну і психічну дезадаптацію підлітків, порушуючи їхню вегетативну реактивність, вегетативне забезпечення всіх видів діяльності і функціонування нервової, серцево-судинної та інших систем в організмі.

Мета роботи – вивчення впливу артеріальної гіпотонії на вегетативне забезпечення різних видів діяльності організму в підлітковому віці.

Завдання дослідження: дослідити рівень артеріального тиску у підлітків 14 років; вивчити стан вегетативної реактивності при фізичному і розумовому навантаженні у підлітків з нормальним і зниженим артеріальним тиском; порівняти показники вегетативного забезпечення різних видів діяльності у підлітків залежно від рівня артеріального тиску.

Результати дослідження: Обстежено 15 підлітків (група А), у яких в спокої цифри АТ дорівнювали 105-115 / 65-70 мм рт. ст., і 15 підлітків (група В) з показниками АТ - 85-95 / 55-65 мм рт. ст. (артеріальна гіпотензія). У групі А з нормотензією вираженість вегетативних порушень за суб'єктивними критеріями складала 10,2 балів; у підлітків групи В з гіпотензією - 16,6 балів (нормальні показники до 15 балів). Дослідження стану вегетативного забезпечення фізичної та емоційної діяльності у підлітків групи В з артеріальною гіпотензією виявило більш низьку реактивність у порівнянні з показниками підлітків з нормотензією, що відображало зниження адаптивних можливостей організму, перенапругу регуляторних функцій вегетативної нервової системи при наявності артеріальної гіпотензії, і погіршувало успішність навчання підлітків в школі.

Висновки: Артеріальна гіпотензія призводить до зниження вегетативного забезпечення фізичної та розумової діяльності організму, погіршує здатність до навчання підлітків. Виявлення підлітків з гіпотензією та корекція гемодинамічних і вегетативних порушень немедикаментозними методами дозволить поліпшити стан здоров'я підлітків і запобігти в майбутньому розвиток серцево-судинних та неврологічних захворювань.



**Некрасова Н.А., Бортновская В.С.**

## **ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СО СПОНДИЛОГЕННОЙ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Кафедра неврологии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

В структуре этиологических факторов цереброваскулярной патологии у лиц молодого возраста ведущим является спондилогенный фактор. Распространенность дегенеративно-дистрофических нарушений в позвоночнике у пациентов молодого возраста в последнее десятилетие значительно возросло. В этой связи, изучение биомеханических, гемодинамических и метаболических нарушений у данного контингента пациентов является актуальным.

Целью работы являлось изучение липидного спектра крови и оценка состояния кровотока в сосудах головного мозга у пациентов молодого возраста со спондилогенной вертебрально-базиллярной недостаточностью.

Материалы и методы. Обследовано 108 пациентов возрастом 25-40 лет, проходивших лечение в неврологическом отделении ОКБ с клиническими проявлениями спондилогенной вертебрально-базиллярной недостаточности. Контрольная группа – 30 здоровых доноров в возрасте 22-44 года. Комплекс обследования включал неврологическое, доплерографическое и биохимическое обследование с последующим статистическим анализом и определением критерия Стьюдента. Содержание холестерина, триглицеридов, липопротеинов низкой и высокой плотности в сыворотке крови определяли спектрофотометрическим методом с помощью наборов реактивов фирмы «Ольвекс». Концентрацию эндотелина-1 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что содержание холестерина у пациентов с вертебро-базиллярными нарушениями достоверно выше, чем в контрольной группе ( $5,68 \pm 0,94$  ммоль/л против  $3,51 \pm 0,08$ ). Содержание триглицеридов незначительно повышено в сравнении с контролем ( $0,94 \pm 0,3$  ммоль/л против  $0,78 \pm 0,06$ ). Уровень ЛПНП и ЛПВП также повышен у пациентов исследуемой группы в сравнении с показателями контрольной группы ( $3,7 \pm 0,77$  ммоль/л против  $2,02 \pm 0,07$  и  $1,53 \pm 0,25$  ммоль/л против  $1,14 \pm 0,03$ ). В то же время, выявлена тенденция к увеличению концентрации эндотелина-1 в сыворотке крови в группе пациентов со спондилогенной вертебрально-базиллярной недостаточностью. ( $2,84 \pm 0,09$  фентамоль/мл против  $1,25 \pm 0,08$  фентамоль/мл) и установлена корреляционная зависимость между уровнями холестерина и эндотелина-1 ( $r=0,6$ ), что свидетельствует об однонаправленных изменениях сосудистой стенки и эндотелиальной дисфункции.

Изучение состояния церебральной гемодинамики у обследованных больных доплерографическом обследовании характеризовалось изменением скорости кровотока в позвоночной артерии на 46,3 %, в основной артерии на 39,8 % по отношению к показателям в контрольной группе, а также повышением индекса пульсации (PL) и циркуляторного сопротивления (RL) в среднем в 1,9 и 1,6 раза.

Таким образом, нами были обнаружены начальные признаки атеросклеротического поражения сосудов и изменение гемодинамики в сосудах вертебробазиллярного бассейна, что в дальнейшем может привести к формированию вертебрально-базиллярной недостаточности смешанного генеза (спондилогенного и

атеросклеротического), поэтому своевременная диагностика и профилактические мероприятия на данном этапе существенно могут снизить риск прогрессирования цереброваскулярной патологии.

**Олефир А.С.**

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ КАК ПРОВОЦИРУЮЩИЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц., к.мед.н. Черкасова А.А.**

Термин «компьютерная зависимость» определяет патологическое пристрастие человека к работе или проведению времени за компьютером. Этот термин все еще не признан многими учеными, занимающимися проблемами психических расстройств, однако сам феномен формирования патологической связи человек-компьютер стал очевиден и приобретает все больший размах.

Ситуативная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности.

Даная работа является вторым этапом исследования, в котором мы доказываем гипотезу о том, что молниеносное развитие технологий и внедрение их в нашу повседневную жизнь имеет некоторые отрицательные для психического здоровья аспекты.

Для подтверждения данной идеи мы исследовали взаимосвязь между наличием компьютерной аддикции и уровнем ситуативной тревожности у трех возрастных групп (1 группа – школьники 3 класса, 2 группа – школьники 8 класса, 3 группа – студенты 3 курса II медицинского факультета ХНМУ). Для исследования были применены стандартные опросники Спилбергера-Ханина и русскоязычной адаптацией опросника Kimberly Young.

В результате проведенного исследования, нами были выявлены следующие результаты: в группе №1 повышенный уровень ситуативной тревожности наблюдался у 5 детей и компьютерная зависимость определялась у 8, в группе №2 эти показатели составили 12 и 8, а в группе №3 - 8 и 5 соответственно. В пользу состоятельности выдвинутой нами гипотезы говорит тот факт, что массовая доля исследуемых детей и студентов с компьютерной аддикцией среди тех, у кого был определен уровень повышенной ситуативной тревожности, в группах №1,2,3 составил 100%.

По итогам исследования можно сделать следующие выводы:

1. Наличие у человека компьютерной аддикции существенно увеличивает риск повышения уровня ситуативной тревожности, а значит, приводит к снижению его адаптационных возможностей.

2. Необходимо проводить профилактические меры по предупреждению компьютерной зависимости у детей и подростков на уровне семьи и школы. Родители и учителя помогают ребенку освоить реальный мир. Важно, чтобы они же обучили детей «правилам безопасности» в виртуальном мире

3. Основной принцип ослабления и лечения зависимости – замещение: формирование полноценной духовной и интеллектуальной жизни, живое общение с

родителями и сверстниками, внимание и забота, занятия на кружках и спортивных секциях, помощь в работе по дому.

4. Необходимо выработать культуру общения с компьютером. Важно показать несовершеннолетнему, что с помощью компьютера интересно интеллектуально развиваться, получать необходимую и полезную информацию, заниматься учебной т.д.

5. Компьютер необходимо располагать там, где удобнее контролировать его использование несовершеннолетними, а также устанавливать чёткие требования к использованию компьютера и Интернета, и всегда требовать их неукоснительного выполнения.

6. В целях сохранения здоровья подрастающего поколения необходимо правильно организовать рабочее место за компьютером, постоянно следить за осанкой, а также регулярно делать перерывы на отдых и выполнять физические упражнения.

**Петрук Б.Ю.**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КАК ОСНОВА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – ак., д.мед.н., проф. Григорова И. А.**

На сегодняшний день мозговые инсульты являются одной из основных причин смертности и инвалидизации в мире. Ежегодно в Украине диагностируется от 100 до 110тысяч (тыс.) новых случаев инсультов. Заболеваемость составляет 294,6 на 100 тыс., а смертность 86,6 на 100 тыс. В Харьковской области показатели заболеваемости и смертности несколько ниже – 217 на 100 тыс. и 24 на 100 тыс. соответственно. Соотношение ишемических и геморрагических инсультов в Украине составляет 3:1, в то время как в развитых странах мира от 7:1 до 4:1.

Ранняя дифференциальная диагностика ишемического и геморрагического инсультов при помощи современных инструментальных методов позволяет на ранних этапах выяснить этиологию и локализацию очага поражения и своевременно определиться с тактикой лечения. Не стоит также забывать о правиле терапевтического окна, согласно которому при установке диагноза и начале лечения в течении первых 3х часов после развития инсульта есть высокая вероятность полного восстановления неврологического дефицита. Использование таких методов инструментальной диагностики как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) в структурном и сосудистом режимах позволяет определить не только очаги поражения после приступа острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), но и выявить на ранних этапах патоморфологические изменения сосудистой системы головного мозга. Стоит отметить, что помимо вышеперечисленных преимуществ данные методы имеют также негативные моменты. Помимо ряда противопоказаний и определенной степени облучения при неотложных состояниях главным минусом является длительность подготовки и самой процедуры скрининга. Также, к сожалению, в нашей стране методы КТ и МРТ являются малораспространёнными и доступны только в больших городах, областных и районных центрах. Из вышесказанного становится ясным то, что рассматриваемые

методы имеют свои преимущества и недостатки. Чтобы убедиться в их практической эффективности рассмотрим пример.

Больная В., 27 лет, поступила в неврологическое отделение КУОЗ «Харьковская областная клиническая больница - центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» (КУОЗ «ОКЛ-ЦЭМП и МК») с жалобами на частые боли в затылочной и височной областях головы, давящую боль в глазах, нарушение зрения, головокружение, тошноту, иногда рвоту, выраженную общую слабость, ощущение «подергивания» в мышцах рук и ног, онемение правой конечности, раздражительность, снижение памяти. В августе 2009 г. пациентка перенесла ОНМК по ишемическому типу в вертебрально-базиллярном бассейне, инфаркт мозга в бассейне левой задней мозговой артерии. В неврологическом статусе: мидриаз справа, реакция зрачков на свет ослаблена справа, сглажена правая носогубная складка, язык по средней линии. Определяется синдром Штрюмпеля с двух сторон, Бабинского - справа. Проба Барре отрицательная. В пробе Ромберга - атаксия. Гемигипестезия справа. На МРТ головного мозга в структурном режиме: инфаркт в бассейне левой задней мозговой артерии. В сосудистом режиме: признаки аномалии и окклюзии соединительных артерий виллизиевого круга. На основании жалоб больной, анамнеза заболевания, неврологического статуса, инструментальных исследований был поставлен диагноз: стойкие остаточные явления перенесенного ишемического инсульта в вертебробазиллярном бассейне, инфаркта головного мозга в бассейне левой задней мозговой артерии; врожденная аномалия развития сосудов виллизиевого круга.

Таким образом, вышеприведенные данные можно сделать вывод, что современные инструментальные методы визуализации являются основой дифференциальной диагностики патоморфологических поражений головного мозга.

**Писаренко Г.Н.**  
**СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**  
**Кафедра неврологии №1**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доц. Тихонова Л.В.**

В неврологическое отделение КУОЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК» обратилась больная В., 86 лет, жительница Валковского района, с диагнозом «Дисциркуляторная атеросклеротическая энцефалопатия III ст. с мнестическими нарушениями». У пациентки на протяжении последних 5 лет прогрессивно снижалась память, стала забывать важные даты (День рождения сына, внука), утрачивались бытовые навыки, стала нуждаться в помощи знакомых при покупках в магазине, оплате квитанций за газ и свет, так как не в состоянии выполнить вычисления, правильно заполнить документы. Когда переехала к сыну возникла декомпенсация психического состояния — больная стала недовольной, придирчивой, возникли разногласия в семье, стала высказывать в адрес невестки и внука идеи ущерба, заявляла, что они присваивают ее деньги. Больная с трудом пользовалась бытовыми приборами (невозможность к обучению пользоваться кнопочным телефоном, так же пыталась зажечь электроплитуспичками). Характерными были эпизоды спутанности сознания: больная не всегда могла различить, кто к ней обращается, перестала узнавать своего сына и внука, не ориентировалась и не понимала, где находится, в поведении прослеживалась суматошность, постоянно стремилась уйти из квартиры, была

нарушена циркадность биоритмов. У пациентки при осмотре была обнаружена дезорганизация в пространстве и во времени, настроение несколько приподнято, не справлялась со счетом, затруднено письмо.

Для клинической диагностики болезни использовали критерии DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994), согласно которым ядром клинической картины болезни Альцгеймера являлось: синдром прогрессирующей деменции, множественный когнитивный дефицит, сохранение сознания. При диагностике заболевания использовалась магнитно-резонансная томография. Средний объем потери вещества мозга при болезни Альцгеймера составляет 1% за год (в норме=0,05%), что выше, чем у здоровых в 15-70 раз.

Больной В. поставили диагноз болезнь Альцгеймера с поздним началом. Это заболевание головного мозга дегенеративного характера, которое характеризуется скоплением амилоида в нервных волокнах. Проявляется заболевание в форме последовательного и стойкого снижения интеллекта, деменции, нейродегенеративных заболеваний. Описанное немецким психиатром Алоисом Альцгеймером (1907г.). Чаще встречается у людей старше 65 лет, женщин.

Назначено лечение, в основу которого входил NMDA-антагонист, а также ингибиторы холинэстеразы центрального действия. Спустя год наблюдалась положительная динамика. На фоне проводимой терапии снизились и вообще прекратились случаи спутанности сознания, нормализовался сон, больная стала доброжелательнее в общении, упорядочилось поведение, смогла частично назвать свой домашний адрес, дату рождения, возраст, лучше ориентировалась во времени и пространстве. Учитывая положительную динамику в состоянии больной, терапию решено не прерывать.

**Плехова О.А., Калюжка В.Ю.**

## **СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЫХ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доцент Тесленко О.А.**

Актуальность: Вегето-сосудистая дистония (ВСД) – очень «модный и современный» диагноз. Число людей с ВСД неуклонно возрастает, и по разным данным подобные нарушения вегетативной нервной системы (ВНС) различной степени выраженности преследуют 8 из 10 людей молодого возраста.

Цель работы: Оценить состояние вегетативной деятельности студентов.

Материалы и методы: В работе были оценены результаты анкетирования практически здоровых 40 студентов (20-22 лет) с использованием "Анкеты оценки вегетативной дисфункции". Одна часть которой состояла из самостоятельной (субъективной) оценки состояния ВНС (вегетативной нервной системы). Другая часть (объективная) анкеты заполнялась исследователем. Для оценки функционального состояния лимбико-ретикулярного комплекса исследовали сердечно-сосудистые (глазосердечный рефлекс Даньини-Ашнера, клиностатический рефлекс Даниелополу, ортостатический рефлекс), сосудистые (вазомоторные кожные реакции) и кожные вегетативные рефлекссы (пиломоторный рефлекс). Для объективизации полученных данных переходили к исследованию рефлекссов, результаты которых сопоставили с анкетными данными.

Результаты исследования: Только у 6 (15%) студентов не выявлен синдром ВСД ни при субъективном, ни при объективном обследовании. Примечательно, что несмотря на это, все студенты отмечали повышенную тревожность и считали, что находятся в состоянии хронического стресса, и будучи уверенными, что это не может не отражаться на адаптивных способностях ВНС. Синдром ВСД был выявлен у 14 (35%) студентов по объективной части анкеты. Наиболее частыми жалобами были постоянные головные боли, расстройства пищеварения и постоянная тревожность. Более 70% отмечали метеозависимость, а более 80% непереносимость замкнутого и душного пространства, 95% - покраснение или побледнение лица при волнении, 35% - частые мышечные подергивания и парестезии в конечностях. По результатам анкетирования и исследованиям рефлексов у 7 студентов был диагностирован синдром ВСД с гиперфункцией парасимпатического отдела ВНС (ваготония). Это проявлялось в замедлении пульса более чем на 10сек, в красном стойком дермографизме. Признаки преобладания симпатического отдела ВНС (симпатикотонии) диагностированы у 5 студентов. Это проявлялось в отсутствии изменений пульса при глазосердечном рефлексе, но ускорении пульса, повышении АД и медленной его нормализации в клиностатической и ортостатической пробах, признаками белого дермографизма. У 2 студентов диагностирована смешанная форма синдрома ВСД с незначительным преобладанием ваготонии.

Выводы: 85% студентов считают себя такими, что имеют синдром ВСД. Хотя при объективной оценке при помощи анкеты этот синдром подтвержден у 35% студентов. Они же при исследовании рефлексов имеют объективные изменения ВНС. Это можно объяснить тем, что многие студенты сами внушают себе то, что "они уставшие и нет больше сил". Чаще всего эти состояния возникают при неправильном планировании эмоциональной и физической нагрузки, неправильном соблюдении режима труда и отдыха, а также нарушением сна. Это сопровождается необоснованным ограничением физической активности, несоблюдением режима питания и сознательном отсутствии витаминизированного питания. Так замыкается порочный круг с неправильным пониманием причины и следствия. Это приводит к эмоциональной лабильности, немотивированному перевозбуждению или наоборот, быстрой утомляемостью и, как следствие, потере интереса и мотивации к обучению, повышению уровня своего интеллектуального и физического развития.

**Поликов Г.О.**

## **ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Кафедра нейрохирургии**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Пшеничный А.А.**

Аневризма встречается довольно редко, диагностируется она у 7% жителей планеты ( 50 человек из тысячи). Разрыв этого образования происходит чаще у лиц 30-50 лет с частотой 5-10 случаев на 10 000 человек.

Целью работы является ознакомление с патологией – аневризмы артерий головного мозга и представить методику эндоваскулярной операции.

Артериальные аневризмы головного мозга представляют собой местное выпячивание, ограниченное расширением просвета артерии вследствие истончения или повреждение его стенки.

По форме аневризматического мешка различают: 1) мешотчатые - имеют шейку (сохраняет трехслойное строение), тело и дно; 2) сферические - наличие равномерного расширения артерии; 3) веретенообразные - расширение просвета артерии на значительном расстоянии.

По размерам аневризматического мешка выделяют: милиарные аневризмы (линейные) размер до 3 мм; обычные - 4-15 мм (37%); крупные - 16-25 мм; гигантские - более 25 мм (10%).

В настоящее время единой теории происхождения аневризм нет. Выделяют такие причины:

1. Наследственные – врожденные дефекты в мышечном слое церебральных артерий (дефицит коллагена III типа), чаще наблюдаемые в местах изгибов артерий, их бифуркации или отхождения от артерии крупных ветвей. Сочетаются с другой патологией развития: поликистозом почек, гипоплазией почечных артерий, коарктацией аорты и др.

2. Приобретенные - возникают вследствие различных причин: атеросклеротическое поражение стенки сосудов, гипертоническая болезнь, дефект средней оболочки артерии (эластичных и коллагеновых волокон), травмы головного мозга и другие.

В области расположения аневризмы нормальное трехслойное строение стенки сосуда изменена, а именно: увеличение соединительной ткани в адвентиции, дистрофия в мышечном слое, количество эластических и коллагеновых волокон уменьшается, эндотелий на обширных участках разрушен. Наиболее часто аневризмы головного мозга локализуются: на передней мозговой – передней соединительной артериях (45%), внутренней сонной артерии (26%), средней мозговой артерии (25%), артериях вертебро-базиллярной системы (4%), множественные аневризмы – на двух и более артериях (15%). Смертельные исходы регистрируют главным образом у больных с крупными и гигантскими аневризмами, а также аневризмами вертебро-базиллярного бассейна.

В зависимости от клинических проявлений аневризмы выделяют две основные группы: аневризмы что разорвались (апоплектическая форма), сопровождаются кровоизлиянием (до 99,3%) и проявляются: сильными болевыми приступами, когнитивными расстройствами, психологическими нарушениями, расстройствами речи, двигательными нарушениями и приводят к инвалидизации или летальному исходу; аневризмы что не разорвались (асимптомная форма), проявляющиеся поражением головного мозга и черепных нервов (до 9,7%), наблюдается: онемение или паралич части лица, косоглазием, птозом, искажением предметов, двоением в глазах.

Методами диагностики артериальных аневризм головного мозга являются: церебральная ангиография (золотой стандарт), магнитно-резонансная томография головного мозга в ангиографическом режиме, спиральная компьютерная ангиография, УЗИ-диагностика.

Оперативное вмешательство производят двумя способами:

1. Путем открытого вмешательства - совершают краниотомию – костно-пластическую трепанацию черепа, затем производят клипирование или укрепление стенок аневризмы. Основоположники: турецкий нейрохирург – Гази Яшаргил, финский нейрохирург – Юха Хернесниemi ;

2. Малоинвазивная эндоваскулярная методика - заключается в том, что стационарную окклюзию мешковатой аневризмы выполняют с помощью:

- ✓ отделяемого баллона – катетера, путем раздувания его после введения в полость аневризмы. На сегодняшний день не применяется;
- ✓ микроспиралей для тромбирования полости аневризмы, состоит из 5 этапов: 1) в бедренной артерии делается прокол с помощью иглы, затем через нее проводится катетер – проводник; 2) вводят контрастное вещество, проводят катетер по системе сосудов до грудной части аорты, затем в зависимости от локализации аневризмы вводят в определенное артериальное русло головного мозга; 3) после подхода к аневризме, в ее полость вводится через проводник микрокатетер, с помощью которого полость заполняет микроспираль наибольшего размера для формирования интрааневризматического каркаса, затем микроспираль меньшего диаметра вводят и заполняют центральную часть аневризматического мешка внутри каркаса, отделяют спираль электрическим способом; 4) оценивают устойчивость спирали и проходимость сосуда; 5) выводят проводник и накладывают фиксирующую повязку на место прокола.

Таким образом, преимущества метода эндоваскулярного оперативного лечения очень велико. Он дает возможность провести операцию в труднодоступных зонах, а этапы проведения оперативного лечения аневризмы являются управляемыми и контролируемые визуально с помощью рентген - телевизионной установки. Сокращается срок послеоперационного периода и пребывания больного в стационаре. Оперативное лечение аневризм артерий головного мозга в кратчайшие сроки позволяет избежать осложнений приводящих к инвалидизации, летальному исходу и сохранять удовлетворительную функцию поврежденной артерии.

**Поляков О.В.**

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА ІНСУЛЬТ**

**Кафедра неврології №1**

**Харківський національний медичний університет,  
м.Харків, Україна**

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Тихонова Л.В.**

Мета: оцінка особливостей клініко-неврологічної симптоматики у хворих, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу по ішемічному типу.

Методи дослідження. Проаналізовано 95 хворих з ішемічним півкульним інсультом у анамнезі. Для оцінки клініко-неврологічних особливостей, було використано шкали: Barthel, Braddom, шкала спастичності Ашфорта, Rankin, MMSE.

При дослідженні виявлено, що ішемічний інсульт перенесли 70(65%) осіб чоловічої статі, та 25 (35%) осіб жіночої статі. Вікова різниця була від 37 до 76 років. У групі досліджуваних хворих вперше клінічний діагноз ішемічний інсульт встановили у 84% випадків, повторний в 16%. Ураження правої півкулі - 54%, лівої - 46% пацієнтів. Для обстеження повсякденної життєдіяльності використовували шкалу Barthel, де у 54% осіб була інвалідизація різної категорії. За шкалою Braddom оцінювали м'язову силу, в у 85% встановили парез різного ступеня вираженості. Порушення ходи були у 36% пацієнтів. Підвищений м'язів тонус, який оцінювали за шкалою Ашфорта, спостерігався у 79% пацієнтів. За ступенем тяжкості інсульта (згідно шкал Rankin) пацієнти були поділені, як: легкий та помірний( 64%) та виражений (14%). Ступінь судинної деменції була визначена за допомогою шкали Mini-Mental State Examination, згідно якої встановили, що 30% пацієнтів мають легку, 6% - помірну, 1% - виражену судинну деменцію.



Таким чином, клініко-неврологічні дані дають змогу визначити правильну тактику у майбутньому лікуванні та підібрати оптимальний процес реабілітації.

**Постолаки М.А**  
**ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ШКАЛАМ EQ-5D**  
**Кафедра неврологии №1**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Харьков, Украина**  
**Научный руководитель: доцент Тесленко О.А**

Качество жизни является широким и многоплановым понятием, которое зависит от состояния здоровья, условий труда и жизни, социального положения, окружения и других факторов. Для изучения качества жизни в медицине используют два вида опросников – общих и специализированных для каждого вида нозологии. Специализированные опросники лучше отражают динамику состояния пациента и позволяют точнее оценить эффект терапии. Одни исследователи для оценки качества жизни используют все клинические и лабораторные данные, характеризующие состояние больного, другие – оценку качества жизни сводят к оценке психологического статуса пациента. Для оценки качества жизни мы применяли валидированную версию международного опросника EQ-5D, официально полученного (EuroQolGroupFoundation) и разрешенного к применению. Русская версия EuroQol 5D зарегистрирована Международным обществом по исследованию качества жизни (КЖ). Опросник состоит из 2-х частей: первая часть представлена как индекс здоровья, вторая часть представляет собой «термометр здоровья». Это 20-сантиметровая линейка, на которой «0» означает самое плохое состояние здоровья, а «100»-самое хорошее. Результаты исследования представлены в баллах.

Целью нашего исследования была оценка качества жизни студентов по шкалам EQ-5D. Было обследовано 60 студентов 4 курса ХНМУ. Из них-35 мужчин, 25 женщин. Средний возраст-21.

Результаты и их обсуждения. Результаты исследования показали, что 45 (75%) студентов оценили КЖ в 5 баллов по шкалам EQ-5D. Из них-15(60%) женщин, 30(85%) мужчин. Отметим, что при КЖ в 5 баллов нарушений по всем шкалам EQ-5D не отмечаются. Это свидетельствует об отсутствии проблем с физическим передвижением, с самообслуживанием, в выполнении повседневных дел, а также отсутствием чувства дискомфорта и депрессии. Также 10(10%) студентов оценили КЖ в 6 баллов по шкалам EQ-5D. Из них-7(28%) женщин, 3(9%) мужчин. При КЖ в 6 баллов не отмечается выраженных нарушений по всем шкалам EQ-5D, то есть также отсутствуют проблемы с физическим передвижением, с самообслуживанием, в выполнении повседневных дел, но присутствует небольшое чувство дискомфорта и депрессии. Своё КЖ в 7 баллов по шкалам EQ-5D оценили 3(12%) женщины и 2 (6%) мужчин. При КЖ в 7 баллов также не отмечается выраженных нарушений по шкалам EQ-5D, но наиболее выражены симптомы дискомфорта и депрессии. Полученные результаты можно объяснить увеличением психических и физических нагрузок во время сессии, дефицитом времени, нарушением режима труда и отдыха, сна. Средний показатель, характеризующий качество жизни по VAS опросника, составил 85 баллов. Это означает что состояние здоровья всех обследованных удовлетворительное. Таким образом субъективная оценка своего состояния превалирует над объективной оценкой КЖ.

**Выводы:** Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что русская версия опросника EQ-5D обладает хорошими психометрическими свойствами, является чувствительным общим инструментом для оценки качества жизни. В ходе исследования выяснили, что большинство студентов (92%) не имеют нарушений жизнедеятельности по шкалам EQ-5D, и лишь 8% имеют незначительные нарушения. Эти данные позволяют дать практические рекомендации. Они состоят в нормализации студентами режима труда и отдыха, режима питания и сна. Также необходима коррекция мотивационного поведения.

**Samoilova Hanna, Anmalugsi Pius**  
**CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL INDICATORS IN THE PATIENTS**  
**WITH MYASTHENIA GRAVIS IN THE BACKGROUND OF STRUCTURAL**  
**CHANGES IN THE THYMUS**

**Department of neurology № 2**  
**Khakiv National Medical University,**  
**Khakiv, Ukraine.**

**Scientific advisor: Doctor of Medical Science, Professor. Tovazhnyanska O.L.**

Were summarized and analyzed the results of the clinical and neuro-physiological examination of 78 patients with myasthenia gravis (51 women and 27 men aged 18 to 69 years). Depending on the structural changes in the thymus, all patients were divided into 3 groups. The first group (M) included 29 patients with myasthenia (17 women and 12 men) with no changes in the structure of the thymus. The second group (MG) consisted of 30 patients (20 women and 10 men) who have myasthenia accompanied by hyperplasia of the thymus according to CT.

The third group (MT) included 19 patients (11 women and 8 men) with myasthenia and thymoma. The severity of illness was assessed using a quantitative scale of severity of clinical manifestations (QMGS) and clinical classification Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA 2001). Research of neuromuscular transmission were performed using a 4-channel electroneuromyography. Estimation of neuromuscular transmission was based on the analysis of standard decrement test and the negative phase amplitude of M-answers.

In summary, we can make the following conclusions:

The severity of the disease depends on the degree of lesion of bulbar muscle groups and the presence of pathological changes in thymus (especially at presence of thymoma), as evidenced by the data obtained in the evaluation of patients on a scale QMGS and classification MGFA.

The predominance of females in patients with myasthenia and hyperplasia of the thymus may indicate a hormonal imbalance effect on abnormal structures of the thymus gland and myasthenia development that needs further study.

Reduced muscle strength of skeletal muscles against the background of relatively insignificant changes of the negative phase amplitude of M-answers may indirectly indicate a lack of structural changes in the thymus.

A significant reduction in the negative phase amplitude of M-answers on the background of high indicators decrement test may indicate the presence of structural changes in the thymus and severe disease.

**Ситникова Н. Ю.**  
**ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ АСТЕНИИ У СТУДЕНТОВ**  
**Кафедра неврологии №1**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц. Тесленко О. А.**

Актуальность темы: Астенические состояния различной этиологии в последнее время имеют неуклонную тенденцию к росту. Распространенность этих расстройств в общей популяции, по данным различных исследователей, колеблется от 10 до 45%. Успешность обучения в ВУЗе, в большей мере, находится в зависимости от степени и характера учебной нагрузки и мотивации студента. Процесс обучения в ВУЗе отличается от школьного увеличением продолжительности учебных занятий, большим объемом информации, возросшей степенью личной ответственности за качество обучения, что, в свою очередь, может привести к возникновению психоэмоционального истощения и развитию астенического синдрома у студентов. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) определение астенического синдрома звучит следующим образом - постоянное ощущение и/или жалобы на чувство общей слабости, повышенной утомляемости (при любом виде нагрузки), а также снижение работоспособности, которые сочетаются с 2 или более из нижеперечисленных симптомов: мышечные боли; головные боли напряжения; головокружение; нарушения сна; диспепсия; неспособность расслабиться, раздражительность.

Задачи и цель исследования: Определение и оценка степени выраженности астенического состояния у студентов ХНМУ.

Материал и методы исследования: Было опрошено 30 человек (15 мужчин и 15 женщин) в возрасте 20-25 лет. Для этого использовали Шкалу астенического состояния (ШАС), разработанной Л.Д. Майковой и адаптированной Т.Г. Чертовой на базе данных клинико-психологических наблюдений и известного опросника ММРІ (Миннесотский многомерный личностный перечень) и Субъективной шкалы оценки астении (MFI-20).

Результаты исследования: Определяли степень выраженности астенического состояния. Результаты ШАС свидетельствуют, что у 33% студентов (10 чел.) наблюдается слабая степень астении. При этом, среди мужчин наблюдается у 27% (4 чел.), а у девушек – в 40% (6 чел.). Из оставшихся 20 студентов, у 30% (6 чел.) результат находится на нижней границе нормы. После обработки данных по субъективной шкале оценки астении, было обнаружено, что у мужчин пониженная активность, снижение мотивации и физическая астения наблюдаются в 13% случаев, а психическая астения – в 7%. В то же время, среди девушек пониженная активность наблюдается в 20% случаев, снижение мотивации – в 27%, физическая астения – в 13% и психическая астения – в 33%.

Вывод: На основании полученных результатов можно сделать вывод, что 1/3 студентов имеют признаки астении. При этом, девушки более подвержены развитию астенического состояния. В особенности, обращает на себя внимание большой процент выявления психической астении у девушек. Мерами предупреждения возникновения астенических состояний у студентов являются правильное витаминное питание, соблюдение режима труда и отдыха, режима сна и ведение здорового образа жизни.

**Смородская О.Н.**  
**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО  
СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПСИХОЭМОЦИОНЛЬНЫМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

**Сумский государственный университет  
Кафедра нейрохирургии и неврологии  
Сумы, Украина**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Коленко О.И.**

Неврологические проявления остеохондроза по частоте уступают только заболеваниям сердечно-сосудистой системы, онкопатологии, сахарному диабету. Сегодня наблюдается тенденция к росту распространенности данной патологии, которая является одной из основных причин временной нетрудоспособности. Болевой синдром – несомненный предиктор развития психоневрологических расстройств у таких пациентов в дальнейшем, наиболее клинически значимыми из которых являются тревожно-депрессивные состояния и нарушения сна.

Выделяют 4 основных механизма формирования болевых ощущений при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника: компрессионный, дисфиксационный, дисгемический, воспалительный, каждый из которых имеет свои особенности лечения. Однако в основе терапии лежат общие принципы: снижение нагрузки на позвоночный столб, прием анальгетиков, препаратов влияющих на микроциркуляцию, физиотерапевтическое лечение. С учетом присоединения тревожно-депрессивного компонента мы сделали сравнительный анализ результатов лечения больных в зависимости от возможности включения в традиционную терапевтическую схему комплекса препаратов, применяемых с целью коррекции указанных проявлений.

Мы обследовали две группы пациентов (40 человек), которые на момент госпитализации имели болевые ощущения в нижней части спины вертеброгенного происхождения. Больные из первой группы получали какой-либо препарат для коррекции тревожных состояний. Пациенты второй группы по разным причинам такой возможности не имели.

Было замечено, что применение анксиолитических препаратов, снижают болевой синдром в течение 4 – 5 дней, тогда как применение только препаратов стандартной схемы, позволяют получить аналогичный результат не менее чем через 10 дней. Таким образом, введение в стандартную схему препаратов этих групп позволяет достигнуть снижения субъективных болевых ощущений в более сжатые сроки.

**Соколова Ю.А.**  
**ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ  
СОСТОЯНИЕ И СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ СТУДЕНТОВ, КОТОРЫХ  
ПЕРЕВЕЛИ В ХАРЬКОВ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доцент Черкасова А.О.**

Постановка проблемы. Современная социально-политическая ситуация, сложившаяся в течение 2014 – 2015 года, привела к массовой миграции населения из зоны конфликта на территорию Украины, в том числе и студентов. Данная ситуация

пагубно влияет на психологическое развитие и наносит большую психологическую травму лицам молодого возраста из зоны конфликта, которым помимо того, что надо восстановиться после перенесенного стресса, надо адаптироваться в новом городе, коллективе. Молодые люди не только переживают приближение сессии или КРОКа, а так же они переживают за свою семью, которая осталась в зоне конфликта, за судьбу своего города и дома.

Цель исследования – выявить степень, социальной адаптации и психоэмоционального состояния у студентов из зоны конфликта; определить условия и меры снижения проявления агрессии, враждебности у студентов.

Для рассмотрения психоэмоционального состояния студентов было проведено психологическое исследование, в котором взяли участие 60 студентов. Мы разделили их на две группы: контрольная – 30 человек и студенты из зоны конфликта - 30 человек, в каждой группе по 15 девочек и 15 мальчиков.

Основные материалы исследования. Теоретически: анализ, систематизация, обобщение теоретических и экспериментальных данных проблемы; эмпирические: наблюдение, беседа, анкетирование, психодиагностические методики: самооценивание форм агрессивного поведения (модифицированный вариант Басса-Дарки), диагностика враждебности по шкале Кука–Мэдлен, самооценка психологических состояний (по Айзенку), методы статистической обработки количественных данных.

Результат. При сравнении лиц мужского пола из двух групп тревожность выявляется в первой группе - 100% (средний уровень). Тревожность проявляется у лиц женского пола из группы переведенных студентов - 22,22% (высокий уровень).

В ходе исследования мы определили, что показатели агрессивности в общей выборке, в большей степени находятся на низком уровне. У всех лиц независимо от пола, которых перевели из зоны конфликта, агрессивность проявляется больше 75% (лица мужского пола) и 55,55% (лица женского пола).

Показатель враждебности в большей степени определяется у парней из Харькова - 50% и у девушек из зоны конфликта - 66,66%.

Более циничными оказались мужской пол из контрольной группы и женский пол из группы переведенных студентов 50% и 11,11% соответственно.

Фрустрация и ригидность в большей степени проявляется у лиц мужского пола из первой группы 75%. Среди женского пола эти показатели наблюдаются во второй группе 22,22% и 11,11% соответственно.

Мы предполагаем, что девушки в повседневное время агрессивней и враждебней, чем парни, но эти показатели находятся в скрытом состоянии, и будут проявляться после воздействия любого отрицательного (агрессивного) фактора (например, боевые действия). У парней, наоборот, при воздействии любого агрессора они будут подавляться. В следствие этого, в процессе адаптации, у девушек показатели агрессивности и враждебности будут не скрытыми, а явно выраженными. У парней эти показатели тоже будут, но уже менее выраженными, чем в спокойной повседневной жизни. Это связано с тем, что переведенные студенты переносят стресс, вызванный проведением АТО в их городах и борьбой за выживание, а так же в связи с переездом, внедрением в новый коллектив, финансовыми трудностями.

Выводы. Мы увидели и доказали, что студенты из зоны конфликта не только не адаптировались к изменившейся обстановке, но у них также подавлено психоэмоциональное состояние, что связано с продолжающимся стрессом (неопределенность положения, отсутствие стипендии, проблема с жильем, отношение

преподавателей, иная система оценивания, а также обучения), о чем свидетельствуют высокие показатели агрессивности и враждебности, но у девушек они будут переходить из скрытого состояния в явно выраженное, а у парней - наоборот (из явно выраженного в более скрытое).

**<sup>1</sup>Тверезовская И.И., <sup>2</sup>Тверезовский В.М.  
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА  
ТИРОЗИНГИДРОКСИЛАЗЫ**

**<sup>1</sup>Кафедра неврологии № 2,  
<sup>2</sup>Кафедра внутренней медицины и профессиональных болезней,  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., асс. Каук О.И.**

Актуальность. Ключевой фермент биосинтетической цепи дофамина – тирозингидроксилаза (ТН), фактически контролирует нейрхимические процессы в дофаминергических нейронах и структурах мозга, что может объяснить появление специфической неврологической симптоматики при изменении уровня ее содержания в организме.

Цель исследования. Рассмотреть клиническое течение заболевания на клиническом примере пациентки с дефицитом тирозингидроксилазы.

Материалы и методы. Выписки из истории болезни, история развития ребенка, консультативные заключения специалистов.

Результаты. Пациентка Ф., 6 лет, поступила в Областной дом малютки №3 по направлению ХГДП №23 для проведения реабилитации с жалобами на отсутствие самостоятельной возможности сидеть, ходить, отсутствие речи и навыков самообслуживания. Болеет с рождения, диагноз при выписке из роддома – врожденная патология носовых ходов. В возрасте 4 мес. госпитализирована в ХДБ №16. Диагноз – эписиндром, синдром тонусных нарушений, задержка темпов психомоторного развития, митохондриальная болезнь (под вопросом). В 2010 г. Обследована в Харьковском медико-генетическом центре, поставлен диагноз митохондриальная болезнь, дефицит фолатного цикла, оформлена группа инвалидности.

Пациентка в течение жизни была обследована многими специалистами, и ей на разных этапах обследования были выставлены разные диагнозы: дефицит фолатного цикла, синдром Ангельмана, митохондриальная патология и другие.

После этого в 2015 году ребенок был консультирован в Клинике для детей и молодежи, г. Висбаден, Германия. При обследовании было выявлено повышение 17-ОН-прогестерона (1,5 нг/мл, N = до 1,1 нг/мл) и пролактина (61,5 мкг/л, N = 2,6-21 мкг/л). Из специфических изменений было отмечено значительное уменьшение концентрации гомованиллиновой кислоты при нормальном содержании 5-гидроксииндолуксусной кислоты. Данный результат свидетельствует о нарушении допаминергической нейротрансмиссии в результате нарушенного синтеза дофамина. Выявленные изменения в совокупности с отсутствием изменений серотонинергического обмена и содержания птеринов в большей степени свидетельствует о дефиците тирозингидроксилазы в организме.

По результатам исследования были исключены: эпилепсия, синдром дисморфизма и митохондриальное заболевание, и выставлен окончательный на тот момент диагноз: дефицит тирозингидроксилазы.

Выводы. Дефицит тирозингидроксилазы является редким состоянием, однако приводит к тяжелым неврологическим нарушениям. В связи с этим необходимо глубокое лабораторно исследование, включающее широкий спектр инструментальных исследований и анализов для выявления данного биохимического дефицита у детей со статико-кинетическими нарушениями неясного генеза. Лечение подобных заболеваний только симптоматическое, но в любом случае, максимально раннее начало лечения позволяет отсрочить и практически избежать развития тяжелой неврологической симптоматики.

**Тесленко А.С.**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**

**Кафедра неврологии № 1**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина,**

**Научный руководитель к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.**

В первые часы после ишемического инсульта нужно положить больного набок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути. Затем, необходимо подложить ему под голову, плечи и лопатки две-три подушки. Пострадавший не должен вставать или двигаться.

В следующие 3-4 недели проводится ранняя реабилитация. Основная цель ранней реабилитации - это профилактика образования устойчивых патологических систем (контрактур, артралгий, патологических двигательных стереотипов и поз) или уменьшение степени их выраженности. Наиболее эффективным методом восстановления является лечение положением (ЛП).

ЛП – это придание парализованным конечностям и телу правильного положения (корректирующие позы) в течение того времени, когда больной находится в постели или в положении сидя.

ЛП включает: укладку парализованных конечностей на одном уровне, в горизонтальной плоскости при положении пациента на здоровом боку, положение на парализованной стороне, укладку в положении противоположной позы Вернике-Манна, положение на животе без подушки, положение на животе с опорой на предплечья и кисти.

Нами было проведено сравнение выраженности двигательного дефицита и спастичности у 6 пациентов, перенесших ишемический инсульт с развитием гемипареза. Трое из них проводился метод ЛП с первых дней мозговой ишемии. Отмечено, что через месяц от начала заболевания у этих пациентов спастичность в сгибателях руки и разгибателях ноги была значительно меньше выражена, чем у пациентов, которым метод ЛП не применялся.

Выводы: правильное выполнение ЛП способствует снижению мышечной спастичности, выравниванию асимметрии мышечного тонуса, восстановлению схемы тела, нормализации глубокой чувствительности, снижению патологической активности с тонических шейных и лабиринтных рефлексов, предупреждению развития контрактур, болевого синдрома, патологических установок в конечностях и туловище. Так как положение больного меняется каждые 2-3 ч, то ЛП выполняет также функции профилактики пролежней, тромбозов, пневмонии.

**Тесленко И.И.**  
**КОМПЛЕКС СОБСТВЕННОЙ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ**  
**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доцент, к.мед.н. Гайчук Л.М.**

«Я давно заметил, что излишне важничают, задаются и без видимой причины ведут себя вызывающе и дерзко чаще всего люди, огорченные собственной неполноценностью» - П.Нилин

Актуальность. Каждый человек хоть раз в своей жизни был недоволен собой. Под комплексом неполноценности, чаще всего, подразумевают неуверенность в своих силах, ощущение своей никчемности, переживания по поводу неспособности занять более высокое место в иерархии отношений. Не обязательно при этом иметь болезнь, физические недостатки или реальные ограничения.

Цель работы – выявить наличие комплекса неполноценности (КНП) у студентов и изучить его влияние на поведение в повседневной жизни.

Материалы и методы. Было обследовано 20 студентов с КНП (10 девушек и 10 парней, средний возраст составил  $19,5 \pm 1,34$ ): 1 группа (n=13) – самоуверенные, яркие личности, экстраверты; 2 группа (n=7) – внешне спокойные, уравновешенные люди, интроверты. Исследование проводилось с помощью теста-опросника «Диагностика комплекса неполноценности» на основе пособия «Социально – психологическая диагностика развития личности и малых групп» Фетискин Н.П.

Результаты исследования. В исследуемых группах было обнаружено наличие различных комплексов, включая недостатки внешности, которые в совокупности определяли поведение этих личностей в социуме. 1 группа, внешне самоуверенные и не закомплексованные студенты, имели яркую внешность и излишнюю харизматичность в поведении, за которые «прятали» свои внутренние переживания. В основном, данная категория людей не решают проблемы и личностные конфликты, а стараются избегать их. 2 группа, которую составили интроверты, оценивают свое состояние и поведение объективно, осознают наличие у них недостатков, с которыми они стараются справиться.

Выводы. Каждый человек – индивидуальность, со своими достоинствами и недостатками. Но, как и у экстравертов, так и у интровертов есть схожие черты поведения в социуме и пути решения проблем. Необходимо помнить: любые трудности временны и всегда можно найти выход из любой ситуации.

**Тимченко И.И.**  
**КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ**  
**кафедра неврологии №1**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доц. Лещенко К.А.**

Тригеминальная невралгия гораздо труднее поддается лечению, чем многие другие типы хронической боли и приводит к временной или постоянной нетрудоспособности, что делает ее большой экономической и социальной проблемой.

Материал и методы исследования. С 03.09.15 по 30.11.15 в отделении неврологии ХОКБ лечилось 10 больных с тригеминальной невралгией. У 70% пациентов ТН дебютировала на пятом десятилетии жизни, у 20% пациентов на



шестом десятилетии и у 10% на седьмом и в 60% случаев имеет правостороннюю локализацию.

Результаты и обсуждение. У 20% больных наблюдалась симптоматическая тригеминальная невралгия, вызванная структурным повреждением тройничного нерва, у 80% - классическая ТН, вызванная компрессией артериального сосуда, из них 50% патологически извитой петлей верхней мозжечковой артерии. Этим объясняется тот факт, что тригеминальная невралгия возникает в пожилом и старческом возрасте и практически не встречается у детей.

Больным в течении месяца вводились препараты Карбамазепин и Габапентин. Карбамазепин был назначен по 200 мг 2 раза в день, габапентин по 300 мг 3 раза в день.

Карбамазепин дал более положительный результат. У 80% больных, получавших Карбамазепин уменьшились частота и интенсивность болевых пароксизмов, улучшилось общее состояние, нормализовался сон, повысилась повседневная активность, исчезли чувство тревоги и депрессия. Габапентин проявил меньшую эффективность. Отчетливая положительная динамика отмечалась у 20% больных. У остальных — эффективность в отношении частоты и интенсивности пароксизмов была недостаточной, однако практически отсутствовали побочные эффекты, присущие Карбамазепину.

Таким образом при лечении тригеминальной невралгии представляется целесообразным и перспективным комбинированное применение обоих препаратов с уменьшением суточных дозировок каждого из них в отдельности. Такое сочетание будет обеспечивать максимальную эффективность при минимально возможной выраженности побочных эффектов.

**Тригуб Ю.В., Косенко А.М.**

## **ПЕНТОКСИФИЛЛИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПОЯСНИЧНОЙ РАДИКУЛО-ИШЕМИЕЙ**

**Кафедра неврологии №1**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доцент Лещенко К.А.**

Вертеброгенная поясничная радикуло-ишемия корешков-одно из частых неврологических осложнений поясничного остеохондроза, характеризующееся не только болевым синдромом, а и двигательными расстройствами, обычно в виде пареза мышц голени (чаще разгибателей), и является наиболее частой причиной временной или даже стойкой утраты трудоспособности. Наиболее часто поражаются L5-S1 задние корешки спинного мозга.

Цель: изучение эффективности пентоксифиллина (трентала) в комплексном лечении больных вертеброгенной поясничной радикуло-ишемией L5-S1 корешков.

Материалы исследования: было отобрано 5 пациентов с диагнозом вертеброгенная поясничная радикуло-ишемия L5-S1 корешков, обусловленная пролабированием межпозвоночных дисков на уровне L<sub>IV</sub>-S<sub>V</sub> поясничных сегментов. Диагноз выставлялся на основании характерных клинических симптомов и данных МРТ позвоночника. Из них – 3 женщин, 2 мужчин. В возрасте от 47 до 69 лет. Так же была подобрана контрольная группа - практически идентичная по выраженности клинических проявлений (степени пареза стопы и выраженностью болевого синдрома) и данным МРТ исследования. В комплексной терапии на ряду с

нестероидными противовоспалительными, антихолинэстеразными средствами, миорелаксантами, витаминами группы В. В нами был применен периферический вазодилататор, производное метилксантина - пентоксифиллин. Данный препарат улучшает микроциркуляцию и доставку тканям кислорода. Оказывает положительное воздействие на реологические свойства крови, повышая эластичность мембран эритроцитов. Больным пентоксифиллин вводился ежедневно по 5,0 мл внутривенно на 200,0 мл физиологического раствора курсом в 10 дней.

Результаты: по сравнению с контрольной группой, у пациентов, получавших пентоксифиллин, отмечалась более выражена положительная динамика как болевого синдрома, так и двигательных нарушений в виде пареза стопы.

Выводы: применение пентоксифиллина в комплексном лечении больных вертеброгенной поясничной радикуло-ишемией является обоснованным и эффективным звеном в комплексной терапии данной патологии.

**Ульванский Д.В**  
**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ**  
**АЛЬЦГЕЙМЕРА**

**Кафедра неврологии № 2**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – к.мед.н. Каук О.И.**

Болезнь Альцгеймера – наиболее частое и тяжелое дементирующее состояние. В настоящее время выделяют широкий спектр факторов риска его развития: возраст, пол, ожирение, атеросклероз сонных артерий, травмы головы, токсические факторы, низкий уровень образованности, гипергомоцистеинемия, депрессия с длительным приемом антидепрессантов, артериальная гипертензия, низкая физическая активность, сахарный диабет 2-го типа и другие. Согласно литературным данным, относительный риск для населения по каждому из факторов в отдельности колеблется в пределах 0,175–24,5%, а при их сочетании – повышается до 66%.

Целью нашего исследования стало выявление гендерных особенностей факторов риска развития болезни Альцгеймера. В ходе исследования были проанализированы 93 карты пациентов (42 мужчины – 1 группа и 51 женщина – 2 группа) в возрасте от 63 до 83 лет с болезнью Альцгеймера, состоящих на учете в областном психоневрологическом диспансере.

Анализ полученных данных показал, что у пациентов 1-й группы наиболее часто среди факторов риска встречались: наличие в анамнезе повторных черепно-мозговых травм – 33,3% случаев (против 3,9% случаев во 2-й группе), воздействие токсических факторов на производстве – 26,2% (против 2% во 2-й группе), злоупотребление алкоголем – 28,6% (против 3,9% во 2-й группе), ночной сон более 8 часов – 14,3% (против 3,9% во 2-й группе), подагрический артрит – 14,3% (против 2% во 2-й группе).

В тоже время ведущими факторами риска развития болезни Альцгеймера во 2-й группе были: низкий уровень образования – 62,7% случаев (против 33,3% случаев в 1-й группе), низкая физическая активность – 41,2% (против 16,6% в 1-й группе), гипергомоцистеинемия – 35,3% (против 11,9% в 1-й группе), повышенная масса тела – 35,3% (против 21,4% в 1-й группе), ранняя менопауза – 21,6%, повторное применение общего наркоза – 11,8% (против 7,1% в 1-й группе), длительный прием

антидепрессантов – 17,6% (против 7,1% в 1-й группе), ночной сон менее 6 часов – 11,8% (против 4,7% в 1-й группе).

Таким образом, выявленные гендерные особенности распределения значимых факторов риска развития болезни Альцгеймера необходимо учитывать при проведении профилактических осмотров населения с целью ранней диагностики и своевременной профилактики развития и прогрессирования дементирующего состояния.

**Федорченко С.В.**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования  
г. Харьков, Украина**

**Введение.** Выделение вертеброгенного головокружения обусловлено тяжестью течения заболевания, разнообразием клинической симптоматики, возникновением инсультов при манипуляциях на шее.

Головокружение и отоневрологические симптомы могут возникать при различных видах патологии в области шеи: травматических повреждениях шеи и спинного мозга, шейном остеохондрозе, окклюзии позвоночной артерии и инсультах, обусловленных повреждениями позвоночной артерии, диссекции позвоночной артерии, в связи с движением шеи или манипуляцией на шейном отделе позвоночника

**Цель исследования:** выявление клинических особенностей и отоневрологической симптоматики у больных с вертеброгенным головокружением.

**Дизайн исследования:** в структуре комплексного исследования больных, госпитализированных в городскую неврологическую больницу была выделена группа пациентов с краниовертебральной патологией, которые предъявляли жалобу на головокружение. Из 35 пациентов 62,07% были женщины, 37,93% – мужчины. Больных в возрастной категории 18 - 44 лет было 34,29%, в группе 45 – 64 года – 42,86% и в возрасте 65 – 73 года – 22,86%. В процессе исследования использовали клиничко-неврологический и отоневрологический метод.

**Результаты исследования:** анализ диагностических показателей с применением инструментальных методов свидетельствовал, что у всех больных отмечалась вертеброгенная патология в виде остеохондроза шейного отдела позвоночника и у некоторых больных была выявлена аномалия Киммерли.

Клинические проявления вертеброгенного головокружения отличались своим разнообразием: ощущения неустойчивости и шаткости ходьбы в сочетании с атаксией наблюдались у 54% больных, с преобладанием в старшей возрастной категории; внезапные развернутые приступы с вращением, качанием, проваливанием были характерными для более молодой категории пациентов и отмечались в 63% случаев; длительные вестибулярные кризы, включающие кохлеарные расстройства – у 39% больных, независимо от возраста; атаксия, тошнота и рвота наблюдались у 42% больных. У 91% исследованных пациентов головокружение сопровождалось нистагмом, спровоцированным движениями и поворотами шеи.

В процессе лечения редукция головокружения у больных сочеталась с улучшением церебральной гемодинамики, восстановлением ликворооттока и двигательной активности шейного отдела позвоночника.

Таким образом, клинические проявления вертеброгенного головокружения имеют свои особенности: чаще возникают в молодом возрасте, с преобладанием у больных женского пола; существует взаимосвязь клинической симптоматики головокружения с патологическими изменениями цервикального отдела позвоночника; редукция головокружения зависит от восстановления импульсации от проприорецепторов шеи и ликвидации патологического напряжения мышц.

**Фельдман Д.А., Михайлов В.Б.**

## **ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ОСІБ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ ЗОНИ АТО**

**Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології**

**Харківський національний медичний університет,**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. Кожина Г. М.**

**Актуальність.** На сьогоднішній день життя українців наповнено хвилюючими, тривожними, а часом і приголомшливими подіями. Кількість людей з тими чи іншими психічними розладами за час АТО в Україні виросла в геометричній прогресії. Психіка людей, перебудована під потреби війни, виявляється непридатною до мирної обстановки та до стандартних цінностей суспільства. Для надання психологічної та психіатричної допомоги людям-переселенцям із зони АТО важливим є знання наслідків бойових дій на стан психічного здоров'я, що є актуальністю даного дослідження.

**Мета та задачі дослідження.** Вивчення особливостей розвитку психоемоційних порушень у осіб-переселенців із зони АТО.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 30 осіб (15 чоловіків і 15 жінок), середній вік 43, 3 р., які приїхали до м. Харкова з території АТО. З них 11 людей мали повну вищу освіту, 6 - неповну вищу освіту, 5 - середню спеціальну освіту, 8 – середню освіту. Обстеження пацієнтів проводилось у волонтерському центрі, розташованому на Центральному вокзалі міста Харкова. Використовували клінічні, психо-діагностичні (шкала депресії Гамільтона, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, шкала якості життя), статистичні методи.

**Результати дослідження.** Провідними патопсихологічними синдромами були астено-тривожний (45%), астено-депресивний (42%), астено - фобічний (10 %), астено-іпохондричний (3%) синдроми.

**Результати психо-діагностичних досліджень за шкалою Спілбергера-Ханіна** виявили, що у чоловіків показники реактивної тривоги (середній бал -  $37,7 \pm 3,0$ ), були вище показників особистісної тривожності (середній бал -  $32,6 \pm 2,9$ ). Навпаки, у жінок показники особистісної тривожності (середній бал -  $38,6 \pm 2,9$ ) були вище показників реактивної тривоги (середній бал -  $34,7 \pm 3,0$ ). У осіб, які мали повну вищу освіту, показники були вищими ніж у людей без вищої освіти. Середній бал за шкалою Гамільтона у чоловіків -  $17,0 \pm 2,3$  балів, у жінок -  $18,0 \pm 2,3$  балів.

При обстеженні за шкалою якості життя нижче були оцінені: «Психоемоційний стан», «Міжособистісна взаємодія», «Загальне сприйняття якості життя».

**Висновок.** Таким чином, спектр можливих психічних розладів, пов'язаних з переживанням небезпечних ситуацій особами-переселенцями з зони АТО досить великий та вимагає подальшої корекції в умовах спеціалізованих медичних закладів.

**Хмаин С.**

**ЗНАЧЕНИЕ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «КАРТИНА В РАМКЕ»  
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕКУРРЕНТНЫМ  
ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: профессор, д.мед.н. Коростий В.И.**

Несмотря на существенные успехи в развитии психофармакотерапии депрессивных расстройств, трудности в достижении быстрой редукции депрессивной симптоматики и стабильной ремиссии у больных с невротической депрессией обуславливают необходимость поиска новых подходов к лечению этой патологии. Одним из путей повышения эффективности терапии депрессивного расстройства является применение в его комплексном лечении арт-терапевтических методик, из числа которых относится методика «Картина в рамке».

Целью нашего исследования являлось оценить эффективность данной методики в лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством.

Задачи исследования следующие: 1– выяснить тип стрессового фактора; 2– оценить эффективность данной арт-терапевтической методики в комплексном лечении с антидепрессантами СИОЗС у больных с невротической депрессией; 3– определить регрессирующие симптомы после проведения сеансов по методике «Картина в рамке».

В данном исследовании были применены клиничко-психопатологический и психодиагностический методы. Методика СИК проводилась в индивидуальной и групповой формах, сеансами по 60 минут 1 раз в неделю в течение одного месяца.

В исследовании принимали участие 30 пациентов обоих полов в возрасте 18 - 50 лет.

Таким образом, этот метод выявился эффективным в комплексном лечении с антидепрессантами СИОЗС, ускоряя регрессию депрессивной симптоматики. У 70% больных появилась вера в себя; у 75% - отмечалось улучшение настроения между сеансами; у 77% - увеличилась самооценка; у 80% больных отмечалась выработка адаптационных способностей. Данный метод также позволяет больному обучиться технике помогающей им решать свои проблемы по структурированной, логической схеме, что обуславливает профилактику от повторных рецидивов в будущем.

**Шеремета И.А.**

**ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ НА ТЕМПЫ  
ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Кафедра неврологии № 2  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина.**

**Научный руководитель – к.мед.н. Каук О.И.**

В настоящее время гипергомоцистеинемия рассматривается как один из значимых факторов задержки психо-речевого развития детей и нарушения социальной их адаптации.

Целью нашего исследования стало выявление влияния уровня гипергомоцистеинемии на темпы психо-речевого развития детей раннего возраста.

Обследовано 54 ребенка в возрасте от 3-х до 6-ти лет с задержками психо-речевого развития и нарушением поведения, проходившие реабилитацию в

Областной доме ребенка №3 в период с 2011 по 2015 годы. В зависимости от уровня гомоцистеина в крови, дети были распределены на 3 группы: в первую группу вошли 28 детей, у которых показатель гомоцистеина в крови колебался в диапазоне от 5,8 до 12,5 мкмоль/л, во вторую группу – 16 детей с уровнем гомоцистеина в крови от 13,2 до 18,7 мкмоль/л и в третью группу вошли 10 детей, с уровнем гомоцистеина в крови выше 19,0 мкмоль/л.

Всем детям было проведено углубленное психологическое и логопедическое тестирование, которое выявило нарушение психо-речевого развития разной степени выраженности. Так в первой группе 24 ребенка (85,7%) имели задержку психического развития до 6 месяцев, 3 детей (10,7%) – от 6 до 12 месяцев и у 1 ребенка (3,6%) задержка психического развития составила более 12 месяцев. Во второй группе темпы задержки психического развития соответственно были: до 6 месяцев у 8 детей (50%), от 6 до 12 месяцев – у 5 детей (31,25%) и более 12 месяцев у 2-х детей (12,5%). В третьей группе данные показатели составляли 10%, 30% и 60% соответственно.

В первой группе легкая степень задержки речевого развития была отмечена у 16 детей (57,1%), средняя степень – у 10 детей (35,7%) и грубая задержка (на уровне сенситивной афазии) – у 2 детей (7,1%). Во второй группе легкая степень задержки речевого развития наблюдалась у 5 детей (31,25%), средняя степень – у 7 детей (43,75%) и грубая задержка – у 4 детей (25%). В третьей группе детей с легкой степенью задержки речевого развития не было, средняя степень встречалась у 3 детей (30%) и грубая у 7 детей (70%).

Таким образом, была выявлена четкая прямая зависимость между уровнем гипергомоцистеинемии и степенью нарушения психо-речевого развития детей, что необходимо учитывать при проведении коррекционной терапии (обязательное соблюдение диеты и прием препаратов снижающих уровень гомоцистеина в крови - фолиевая кислота, витамины группы В).

**Яковенко Ю.И.**

**ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ УПРАЖНЕНИЙ (КИНЕЗИТЕРАПИЯ) ПРИ  
ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ В ПОЗВОНОЧНО-  
ДВИГАТЕЛЬНЫХ СЕГМЕНТАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Кафедра неврологии №2**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г.Харьков, Украина.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Некрасова Н.А.**

В 21 веке большинство людей заняты профессией, которая лишает возможности вести активный образ жизни. Результатом этого является резкое ухудшение состояния здоровья, особенно позвоночника преимущественно в шейном отделе. В соответствии со статистическими данными, боли в шейном отделе позвоночника присутствуют у каждого третьего человека, вследствие анатомического строения и функциональных нагрузок. Кроме того, повсеместное использование компьютеризированных систем, с повышением нагрузки на шейный отдел позвоночника усугубляет данную проблему. Действуя на причину проблемы, кинезитерапия позволяет избавиться от спазма или растяжения мускулатуры, защемления нервных окончаний, миозита, смещения позвонков, грыжевых образований, шейного остеохондроза. Лечебная физкультура для шейного отдела эффективно помогает улучшить кровообращения в позвоночных двигательных

сегментах, укрепить околопозвоночные мышцы, сохранить и восстановить гибкость шейного отдела, а также улучшить мозговую гемодинамику.

**Цель.** Изучить возможности кинезитерапии, как одного из методов комплексного лечения и реабилитации больных с нестабильностью сегментов шейного отдела позвоночника.

**Материалы и методы.** Было исследовано 42 пациента со спондилогенной вертебробазиллярной недостаточностью I ст. по классификации А.Б. Сителя, из них 22 мужчины и 20 женщин в возрасте от 18 до 40 лет. Рентгенологическими проявлениями остеохондроза шейного отдела позвоночника были дистрофические процессы в дисках (79%), нестабильность сегментов (69%), унковертебральный или другой артроз (47%), протрузии или пролапсы дисков (27%). В 14% случаев имелись аномалии на верхне-шейном уровне. Сочетание указанных нарушений отмечалось у 64 % пациентов.

Пациентам было предложено амбулаторно регулярно использовать комплекс упражнений. После проведения стандартной разминки необходимо приступить к упражнениям с резиновым бинтом. Сложив бинт вчетверо, свободные концы связать веревкой. Связанный конец нужно закрепить на стене на уровне глаз, а вторым концом обхватить голову на уровне лба. При выполнении специальных упражнений нужно сидеть устойчиво. Сидя спиной к стене, закрепляем бинт в области лба и начинаем делать наклоны головой вперед. Потом поворачиваемся лицом к стене и закидываем голову назад. Таким образом, нужно сделать и наклоны головой в стороны. Ритм выполнения упражнений плавный и медленный. Шея и голова должны двигаться одновременно (единым блоком). Исследование оценивалось через 2 месяца.

**Результаты.** Исследование показало, что систематическое применение кинезитерапии привело к значительному снижению болевого синдрома, увеличению объема активных и пассивных движений шейного отдела позвоночника, повышению работоспособности.

**Выводы.** Кинезитерапия позволяет оказывать непосредственное влияние на позвоночно-двигательные сегменты шейного отдела позвоночника, действуя на силу и тонус межпозвоночных мышц. Таким образом, выполняя ряд указанных упражнений можно укрепить мышечный корсет, что позволит избежать рецидива болей и оперативного вмешательства.

**Яремко И.**

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАСТРОЙСТВА БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ**

**Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: доцент, к.мед.н. Черкасова А.А.**

**Введение:** Среди соматических заболеваний, сопровождающихся психическими нарушениями, поражения кожного покрова занимают особое место не только вследствие тесной связи кожи и нервной системы в процессе эмбриогенеза, но и большой субъективной и объективной значимости состояния кожи для человека. Особое место среди заболеваний кожи занимает псориаз – один из наиболее распространенных и недостаточно изученных дерматозов. В настоящее время все большее признание в дерматологии находит психосоматический подход, предполагающий восприятие человека в единстве его биологического и психического

начал, и определяющий необходимость исследования психоневрологических расстройств при заболеваниях кожи, применения психокорректирующих методов в лечении дерматозов. Известно, что терапия дерматозов, в частности псориаза, без учета психосоматических механизмов, резко снижает эффективность лечения примерно у 40% больных. Применение в лечении псориазической болезни методов, улучшающих психическое состояние (психофармакотерапии, психотерапии) позволяет уменьшить лекарственную нагрузку, сократить сроки лечения обострений, добиться более длительных ремиссий, повысить качество жизни пациентов.

Материалы и методы: нами было исследовано 100 больных в возрасте от 30 до 55 лет из них -47 мужчин и 53 женщины. Обследование включало осмотр дерматологом и психиатром. Психическое состояние пациентов исследовалось методом структурированного интервью (с диагностикой психических расстройств соответственно критериям МКБ-10) и психодиагностическим тестированием (шкала тревоги Спилбергера, опросник депрессии Бэка, адаптированный восьмицветный тест М.Люшера, «Шкала жизненных событий» Холмса и Рея(шкала стресса)).

По «Шкале жизненных событий» Холмса и Рея у больных псориазом средний показатель составил  $201 \pm 263$  балла, несколько высокий, что свидетельствует о повышенной стрессодоступности и снижении стрессоустойчивости, при нормальном показателе стрессоустойчивости на протяжении года не должно превышать 200 баллов. Пациенты чаще указывают на семейно-бытовые, профессиональные и финансовые проблемы. Примерно из ста наблюдаемых больных, наиболее частые из всех психических нарушений, в группе больных псориазом диагностировались в таком процентном соотношении:

- ✓ синдромы расстройств личности — у 46,4% пациентов.
- ✓ У 40,1% обследованных выявлялись тревожные расстройства.
- ✓ У 10,7% — депрессивные расстройства.
- ✓ У 20,2% — легкое когнитивное расстройство.
- ✓ У 1% пациентов обнаруживались синдромы, которые можно отнести к расстройствам влечений.

Психологический статус больных и членов их семей, страдающих псориазом.

- ✓ Пациенты чаще всего являются младшими или единственными детьми в семье.
- ✓ Лидером в семье выступает мать, при этом пациенты описывают мать, используя термины «властная» и «волевая».
- ✓ Отцы больных псориазом, хоть и занимают ответственные, «командные» должности, но в семье обычно подчиняются женам, а также нередко употребляют спиртное для снятия напряжения.
- ✓ В силу особенностей воспитания для людей, страдающих псориазом, большое значение имеет физическая красота и привлекательность, поэтому они очень стараются соответствовать канонам красоты.
- ✓ В компаниях сверстников пациенты не занимали лидирующих положений, чаще они подчинялись большинству. При этом у них очень мало близких друзей, хотя много приятелей и знакомых.
- ✓ Пациенты с псориазом часто недополучают эмоциональное тепло от матери. Кроме того, в их семьях открытое выражение эмоций не поощряется и даже наказывается.

В результате больные не могут адекватно воспринимать собственные чувства и выражать их в словах и эмоциях. Помимо этого, пациенты с псориазом в детстве часто испытывают страх перед будущим, стремятся оградить себя от неприятных



переживаний и воспоминаний. Для таких детей характерны замкнутость, отрешенность, пассивная жизненная позиция, низкая способность к эмпатии и установлению целей в жизни.

Выводы: 1. У больных псориазом выявлена высокая распространенность неврологических нарушений, которые диагностируются в 90,6% наблюдений. В структуре неврологических расстройств доминируют вертеброневрологические и цереброваскулярные нарушения, распространенность которых значительно превышает соответствующие показатели в популяции.

2. Установлена высокая распространенность вегетативной дисфункции у больных псориазом, которая диагностируется у 71 % пациентов в виде преобладания тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, нарушения адекватности вегетативного реагирования и вегетативного обеспечения деятельности.

3. В структуре психических нарушений доминируют расстройства личности, синдромы тревоги и легкие когнитивные расстройства. В большинстве случаев (53,6%) отмечались коморбидные состояния.

## ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Semenova N., Mayorova M.

### REGULARITIES OF INFLUENCE OF A COMPLEX OF FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF PREMATURE INFANTS

Department of Hygiene and Ecology No. 2

Kharkiv National Medical University,

Kharkiv, Ukraine

Supervisor of studies – professor I. Zavgorodnii

**Introduction:** It is considered that premature infants have an increased risk of loss of hearing, violation of cerebral functions, and sensory development as a result of noise influence. Also bright neonatal intensive care units illumination may be implicated as a cause of retinopathy - the leading cause of infant blindness in the premature infants. The aim of our study was to examine the adverse effects of noise and bright light on the premature infants in the neonatal intensive care units.

Materials and methods of research. For the 2011 – 2015 years period 162 premature infants were inspected, of them: 74 (45.7%) boys and 88 (54.3 %) girls. The average gestational age of these children was  $32.59 \pm 2.86$  weeks and the average mass was  $(1976.52 \pm 629.53)$  g (min are 740.00 g, max – 4400.00 g), average height was  $(43.54 \pm 4.52)$  cm (min was 31.00 cm, max was 55.00cm. During our researches the main attention was focused on studying the effects of bright light on the premature infants, who needs nursing in NICU for a long period of time. This period could last several days or several weeks, even months using medical equipment. Our diagnosis of retinopathy included history of present illness.

Results of research. Models of logistic regression were used for the study of influence of unfavorable factors to environment on the health state and premature newborns development in the dynamics of supervision in which a dependency variable takes on a value of one in case of presence sign and zero in case of its absence, which is related to the specific of data. All models were statistically meaningful on a xi-square criterion. Values of indices Kok's and Snell's and R- square were near to 0.2, that testifies to sufficient explanatory connection of the got models.

Our studies confirm that using double-wall incubators and capes on them decreased light levels from 7 to 15 lx. Research and estimation of the noise loading was conducted by the hygienic methods. Our diagnosis of hearing loss included history of present illness.

Conclusions. The bright light should be considered as one of the adverse factors of the complex of factors influencing on the development of premature infants. Effects of bright light may cause the violation of growth, development and differentiation of the visual analyzer in premature infants. Incubators and capes reduce lighting levels to 760 lx and should be encouraged to reduce the effects of bright light in the neonatal intensive care units. So, organization of protective regimen is obligatory in the neonate intensive care unit. It is necessary to decrease light levels. We recommend replacing fluorescent, incandescent lamps by LED lamps. We recommend double walls incubators and capes to reduce the effects of bright light in the neonatal intensive care units.

Artificial lung ventilations, resuscitation systems, aspirators, and incubators are the sources of high noise levels in the NICU. Noise can be considered as a factor that could to complicate nursing of premature infants. So, we proposed an algorithm to reduce the noise in NICU. We are proposing to make outside of hearing premature infants the Artificial Lung

Ventilation, alarm signals of resuscitation. Currently, we continue to study the impact of noise stress on the development of preterm infants, namely their neurological condition, taking into account the previous neurological status and neurological status of children in the clinical examination. It is possible to do the conclusion on results a design, that simultaneous influence of increased levels of physical factors will promote probability of that for prematurely born children violation of the state of the central nervous system will be marked on the 7<sup>th</sup> day, the myotonus hypotension on the 7<sup>th</sup> day of stay in the department for newborn. At present, we will continue to study the impact of bright light on the development of preterm infants.

**Безручко О. С.**

## **СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД ЛІКАРІВ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ М. ХАРКОВА**

**Кафедра гігієни та екології № 2**

**Харківський національний медичний університет,  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: доцент Сидоренко М. О.**

На сьогодні недостатньо вивченим психічним станом, який виникає в результаті дії гострого та хронічного стресу, є «синдром емоційного вигорання» або його ще називають «синдром професійного вигорання».

Вперше цей синдром був виявлений у лікарів, а потім діагностований у працівників інших комунікативних професій: працівників банківської сфери, торговельного бізнесу, викладачів ВУЗів та ін. Рахується, що синдром емоційного вигорання (СЕВ) формується в умовах дії стресогенних факторів.

Досліджуючи проблему «вигорання» В.В.Бойко (РФ) прийшов до висновку, що саме по собі «вигорання» є конструктивним, воно сприяє формуванню у людини механізму психічного захисту у формі повного або часткового виключення емоцій. В той же час «вигорання» може бути негативним, впливати на загострення або виникнення психосоматичних захворювань: гіпертонічна хвороба, виразка, астма, дерматити, в окремих випадках – рак. Але перед цим виникають зміни психічного стану: падіння зацікавленості до роботи, апатія, з'являються шкідливі звички, змінюється характер, відносини з людьми стають формальними, формуються прояви депресії, безпричинної тривоги, подразливості, нерівноваженості.

Враховуючи вразливість лікарської професії, а особливо лікарів швидкої допомоги м. Харкова, яким приходиться часто контактувати із постраждалими в зоні АТО, переселенцями із Луганської і Донецької областей, нами була поставлена мета дослідити психічне здоров'я на предмет виявлення СЕВ.

Дослідження проводилося за допомогою анкетування «Професійне (емоційне) вигорання (МВІ) адаптація Водоп'янова Н.Е. Методика К. Маслачі С. Джексона». Опитано 40 лікарів швидкої допомоги м. Харкова: 20 чоловіків і 20 жінок із середнім стажем в 17 років.

В результаті наших досліджень було виявлено значне емоційне виснаження в однаковій мірі, як серед чоловіків, так і серед жінок. У 5% лікарів чоловічої і жіночої статі були виявлені показники деперсоналізації низького рівня, середнього рівня – у 30% серед жінок і 22,5% у чоловіків.

Падіння зацікавленості до роботи виявлено більше у чоловіків.

При аналізі інтегральних показників СЕВ, які включають симптоми із 5 груп символів: фізичних, емоційних, поведінкових, інтелектуальних, соціальних, нами одержані результати:

- ✓ Низький рівень професійного вигорання був у 12,5% жінок і 17,5% у чоловіків;
- ✓ Середній – у 30% жінок і у 12,5% чоловіків;
- ✓ Високий – у 7,5% жінок і у 17,5% чоловіків.

Частіше всього СЕВ виявляється в групі 30 – 50 років, у лікарів із стажем роботи 10 – 20 років.

Таким чином можна зробити висновок, що 7,5% жінок і 17,5% чоловіків мали високі інтегративні показники СЕВ. Окремі симптоми мали всі лікарі швидкої допомоги.

**Лазаренко К. П.**

## **ДІАГНОСТИКА ШКІЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПЕРШОКЛАСНИКІВ**

**Кафедра гігієни та екології № 2**

**Харківський національний медичний університет,**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. І. В. Завгородній**

Школа – важливий етап у житті школярів, оскільки саме в цей період відбувається перебудова свідомості дитини, її емоційної сфери, соціальна та психологічна адаптація до умов навчання.

Водночас психологічні характеристики дітей шкільного віку можна вважати найбільш чутливими до навчально-виховних впливів, що робить можливим проведення ефективної роботи з профілактики й корекції емоційної дезадаптації учнів.

Діагностика індивідуально-психологічних та соціально-психологічних факторів шкільної дезадаптації та наукове обґрунтування її профілактики є важливим завданням сучасної профілактичної медицини, зокрема гігієни дітей та підлітків.

Період адаптації першокласника пов'язаний із трансформацією раніше сформованих у нього стереотипів поведінки й навичок життєдіяльності, що призводить не лише до низки утруднень у взаємодії з оточуючим світом і в повсякденному житті, а й нерідко спричиняє погіршення навчальних успіхів. У першому класі спостерігається різке зниження мотивації дитини відвідувати школу й навчатись, падіння пізнавального інтересу, що пов'язано саме з труднощами адаптаційного періоду.

Посилення явищ дезадаптивного характеру в навчально-виховному процесі пов'язане із збільшенням непрогнозованих критичних ситуацій у повсякденному житті, особливо, як свідчить практика роботи школи, вони загострюються в момент вступу до школи, період первинного засвоєння вимог, які висуває нова соціальна ситуація.

"Шкільна дезадаптація" - це порушення пристосування особи школяра до умов вчення в школі, яке виступає як приватне явище розладу у дитини загальної здібності до психічної адаптації у зв'язку з якими-небудь патологічними чинниками.

Діагностика адаптації першокласників ґрунтується на використанні різних методів, які дозволяють виявити рівень адаптації дитини до школи і побудувати певну стратегію розвиваючої та корекційної роботи. Але кожна така методика повинна задовольняти наступні вимоги:

- ✓ займатися виміром ключових параметром адаптації та дезадаптації першокласників;
- ✓ отримана інформація, протягом проведення обстеження, повинна носити конструктивний характер;
- ✓ за часом і формою проведення повинна бути економічною.

З практики роботи вчителів та шкільних психологів можна зробити висновок, що діагностика адаптації першокласників характеризується деякими основними змінами: фізіологічна підстроювання організму першокласника до нових навантажень і нового режиму; формування способу і прийому навчального процесу; зміна та оцінка емоційної сфери першокласника. Щоб оцінити рівень адаптації першокласника до школи необхідно отримати якісні показники даних змін.

Для оцінки успішності адаптації першокласників слід провести аналіз даних щодо захворюваності першокласників та їх звертання в медичний пункт, провести опитування батьків та вчителів та провести групове обстеження першокласників за допомогою спеціально-орієнтованих методик.

Таким чином, після проведення необхідної діагностики шкільної адаптації за рахунок отриманих даних, можливо, виділити тих першокласників, які потребують розробок щодо профілактики дезадаптаційних розладів.

**Логвінов Д. І., Лазаренко К. П., Макагонова М. В.**  
**ПРОФІЛАКТИКА СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ**

**Кафедра гігієни та екології № 2**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м. Харків, Україна.**

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. Завгородній І.В.**

У вітчизняній і зарубіжній літературі досить широко висвітлені проблеми боротьби з різними видами травматизму та зовсім недостатньо – питання організації та профілактики травматизму в спорті. Людина, що професійно займається спортом, викладається для досягнення кращого результату. Природньо, що при максимальних фізичних навантаженнях може виникнути травмуючий фактор.

У спортивному травматизмі виділяють, як дуже легкі травми (без втрати спортивної працездатності) так і дуже важкі (що призводять до спортивної інвалідності і смертельних наслідків). За локалізацією ушкоджень у фізкультурників і спортсменів найчастіше спостерігаються травми кінцівок, серед них переважно це пошкодження суглобів, особливо колінного і гомілковостопного.

Серед спортивних травм, як правило, високий відсоток травм в середнього і важкого ступеня. У спортивному травматизмі відзначається переважно: ураження суглобів – 38%, багато забитих місць – 31%, переломи – 9%, вивихи – 4%. У зимовий період травм більше (до 51%), ніж у літній період (21,8%), а в міжсезоння (у закритих приміщеннях) – 27,5%. Попередження спортивного травматизму засноване на принципах профілактики ушкоджень з урахуванням особливостей окремих видів спорту.

Крім загальних організаційно-профілактичних заходів забезпечення безпеки на навчально-тренувальних заняттях і спортивних змаганнях в окремих видах спорту існують заходи профілактики спортивного травматизму, властиві тільки даному виду спорту.

Незалежно від виду спорту, є правила профілактики спортивного травматизму – це загальні інструкції, нехтування якими може в значній мірі підвищити ризик отримання травм. Важливими завданнями попередження спортивного травматизму є:

- ✓ • знання причин виникнення тілесних ушкоджень та їх особливостей в різних видах фізичних вправ;
- ✓ • розробка заходів щодо попередження спортивних травм;
- ✓ • недоліки і помилки в методиці проведення занять;
- ✓ • незадовільний стан місць занять та спортивного обладнання;
- ✓ • порушення правил лікарського контролю;
- ✓ • несприятливі санітарно-гігієнічні та метеорологічні умови при проведенні занять.

Таким чином до профілактичних заходів з профілактики спортивного травматизму відносяться наступні: уважність і зібраність; техніка безпеки; відповідна спортивна екіпіровка; правильна розминка і розігрів м'язів; дотримання режиму сну і неспання; дотримання методики тренування; фінальний етап тренування (заминка); своєчасний лікарський контроль, а також баланс між силою і гнучкістю. Дотримання цих профілактичних заходів значно знизить ризик виникнення спортивних травм, тим самим зменшить кількість професійних спортивних патологій і рівень інвалідизації спортсменів.

**Семенова Н. В., Повидиш О. С.**

## **ЗАКОНОМІРНОСТІ ВПЛИВУ КОМПЛЕКСУ ЧИННИКІВ НЕОНАТАЛЬНИХ ВІДДІЛЕНЬ НА РОЗВИТОК НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ**

**Кафедра гігієни та екології № 2**

**Харківський національний медичний університет,  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: д.мед.н., професор І. В. Завгородній**

Науковці стверджують, що неврологічний розвиток недоношених дітей під впливом комплексу чинників навколишнього середовища неонатальних відділень залишається недостатньо вивченим.

Саме тому, метою нашого дослідження було встановити закономірності впливу комплексу чинників навколишнього середовища неонатальних відділень на стан неврологічного розвитку недоношених дітей.

Матеріали та методи. Відповідно до основної мети та завдань наукового дослідження було вивчено недоношених дітей у двох медичних установах м. Харкова. Для вивчення впливу несприятливих чинників навколишнього середовища на стан здоров'я та розвиток недоношених дітей в динаміці спостереження на 30 добу виходжування було використано двоетапний кластерний аналіз, що дозволяє одночасно включати в аналіз якісні та кількісні дані.

Сукупність дітей була розділена на 2 кластери. Для першого кластеру були характерними нижчі рівні шуму, коефіцієнту природної освітленості, штучної освітленості, високі значення температури та відносної вологості повітря. Для другого кластеру були характерними вищі рівні шуму, коефіцієнту природної освітленості, штучної освітленості, більш низькі значення температури та відносної вологості повітря. Швидкість руху повітря була однаковою у всіх неонатальних відділеннях, що досліджувались. До першого кластеру потрапили 23 (100 %) недоношені дитини, з них 63,64 % дівчаток, до другого – 21 (100 %) передчасно народжена дитина, з них 59,09 % хлопчики.

Результати. За досліджуваний період (2011 – 2015 рр.) кількість обстежених складала 162 недоношені дитини. Середній гестаційний вік передчасно народжених дітей становив  $32,59 \pm 2,86$  тижнів. Для недоношених дітей першого кластеру були характерними кращі показники розвитку, порівняно з недоношеними немовлятами, що ввійшли до другого кластеру. Зокрема, показники крику для I кластеру: гучний крик спостерігався в 14 (87,5 %) дітей, що перебували під спостереженням, сильний крик був у 17 (62,96 %), відсутність стону в 20 (86,96 %) передчасно народжених дітей. Показники розвитку м'язового тону для недоношених дітей I кластеру: відсутність гіпертону м'язів – 22 (53,66 %), відсутність гіпотону м'язів – 8 (80 %), нормальний м'язовий тонус – 7 (100 %). Контроль голови флексорний – 13 (52 %), відставання голови – 15 (57,69 %), наявність рефлексу Моро – 14 (77,78 %), Галанта – 14 (73,68 %), нижнього хапального рефлексу – 13 (92,86 %), крокового – 14 (100 %). При цьому для II кластеру показники крику: тихий крик спостерігався в 19 (67,86 %) дітей, що перебували під спостереженням, слабкий крик був у 11 (64,71 %) передчасно народжених дітей. Показники розвитку м'язового тону для недоношених дітей II кластеру: наявність гіпотону м'язів – 19 (55,88 %), порушення м'язового тону – 21 (56,3 %). Відсутність флексорного контролю голови – 10 (52,63 %), відсутність відставання голови – 10 (55,56 %), відсутність рефлексу Моро – 17 (65,38 %), Галанта – 16 (64 %), нижнього хапального рефлексу – 20 (66,7 %), крокового – 21 (70 %).

Отже, статистично значущі моделі були отримані для наступних змінних: крик (гучний, слабкий, наявність стону), м'язовий тонус (вище норми, нижче норми, нормальний тонус м'язів), екстензорний та флексорний контроль та відставання голови, вентральна підтримка, рефлекс Моро, Галанта, нижній та верхній хапальний і кроковий рефлекс.

Висновки. Таким чином, можна зробити висновок, що результати наших досліджень свідчать про порушення неврологічного розвитку недоношених дітей на 30 добу виходжування в неонатальних відділеннях з вищими рівнями чинників навколишнього середовища.

**Літовченко О. Л., Потапов С. Н.**  
**МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ПОЄДНАНОЇ ДІЇ ФІЗИЧНИХ**  
**ЧИННИКІВ НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ**

**Кафедра гігієни та екології № 2**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: д.мед.н., професор Завгородній І. В.**

З метою встановлення закономірностей взаємодії організму з чинниками довкілля та розробки адекватних заходів профілактики можливого несприятливого впливу сучасні гігієнічні дослідження повинні ґрунтуватися на об'єктивних критеріях шкідливості. До останніх по праву належать морфологічні показники, які об'єктивно відображають морфофункціональний стан органів та систем організму, які піддавалися впливу чинників довкілля.

Однією із систем організму, яка потенційно сприйнятлива до впливу шкідливих чинників, є репродуктивна система та її морфофункціональний стан.

Автоматизація процесів сучасного виробництва призвела до посилення ролі електромагнітного випромінювання (ЕМВ) як несприятливого чинника, ефекти якого можуть посилюватися при поєднаній дії з температурним чинником. Саме цьому

актуальною проблемою сучасної медицини праці є вивчення ефектів поєданого впливу фізичних чинників довкілля.

Метою дослідження було встановити морфологічні критерії несприятливого впливу на репродуктивну функцію ізольованої дії ЕМВ, позитивної низької температури (ПНТ), а також сполученої дії цих чинників.

Дослідження проводилося в умовах підгострого експерименту на лабораторних тваринах (щури – самці). Тварини були розділені на чотири групи: I група була контролем і знаходилася при температурі комфорту  $25 \pm 2$  °С; II – піддавалася дії ЕМВ (частота 70 кГц, напруга 600 В/м); III – була під впливом ПНТ  $4 \pm 2$  °С; IV – під впливом поєднаної дії ЕМВ і ПНТ. Морфологічним дослідженням піддавалися сім'яні залози щурів.

Морфологічні дослідження в групі ізольованого впливу ЕМВ довели, що у сім'яних залозах виявляються каналці, сперматогенний епітелій яких представлений лише 1-2 рядами клітин. Вираженими були дегенеративні зміни в клітинах сперматогенного епітелію або реєструвалася їх повна відсутність, що свідчить про зниження сім'яними залозами сперматогенної функції. Клітини Сертолі та Лейдіга в даній групі не зазнали суттєвих змін.

В умовах ізольованого впливу ПНТ у сім'яних залозах шар сперматогенного епітелію був добре виражений, сперматогенні клітини і клітини Сертолі численні, визначалися сперматоцити, що діляться. У стромі визначалися повнокровні судини мікроциркуляторного русла і клітини Лейдіга.

У щурів, що піддавалися поєданому впливу ЕМВ та ПНТ в сім'яних залозах встановлені чіткі зміни гістологічної будови, які свідчать про втрату сперматогенної функції. Канальці зменшені в розмірах за рахунок збідніння сперматогенних клітин: не визначалися сперматиди і сперматозоїди, іноді відсутні сперматоцити. У збережених клітинах відмічалися дистрофічні та некробіотичні зміни. Клітини Сертолі і Лейдіга не зазнали видимих змін.

Таким чином, проведене морфологічне дослідження показало, що сім'яні залози є вразливими органами, як до ізольованої дії ЕМВ, так і поєднаної ЕМВ та ПНТ. При поєданому впливі мали місце суттєві зміни морфологічної структури сім'яних залоз у вигляді дистрофії та некробіозу сперматогенного епітелію. При цьому холодний чинник не викликав суттєвих пошкоджень морфологічних структур.

Результати досліджень дозволяють стверджувати, що морфологічні критерії сперматогенезу слід вважати патогномонічними показниками несприятливого впливу комплексу фізичних чинників (на прикладі ЕМВ та ПНТ) на репродуктивну систему.

**Білера Н. В., Бережна А. В.**

## **СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ - АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОСТІ**

**Кафедра гігієни та екології № 2**

**Харківський національний медичний університет,  
м.Харків, Україна.**

**Науковий керівник: д.мед.н., професор Завгородній І. В.**

Синдром вигорання – це сукупність стійких негативних симптомів у фізіологічній, емоційній та ціннісно-мотиваційній сфері особистості, що виникають в результаті дії професійних перевантажень і стресів.

Поняття “професійне вигорання” вперше почали використовувати наприкінці 20 сторіччя зарубіжні психологи ( Н. Bradley, Н. Freudenberg, 1974; С. Maslach, 1982;



В. Pelman, E. Hartman, 1982; Н. Kuunarpuu, 1984; К. Kondo, 1991, W. Schaufeli, 1993 та ін.).

Професійне вигорання в редакції “burnout” – “вигорання” як синдром має офіційний статус у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (ICD-10): розділ 21, кластер “Z73 – проблеми, що пов’язані з ускладненнями управління власним життям”, пункт “Z73.0 – стан виснаження”, що вказує на професійне вигорання як на передхворобу.

Синдром вигорання характеризується наступними ознаками:

1. Психофізичні прояви – відчуття постійної втоми вранці, зниження сприйнятливості і реактивності у зв’язку зі змінами зовнішнього середовища (відсутність реакції цікавості на чинник новизни або реакції страху на небезпечну ситуацію); загальна астенизація (слабкість, зниження активності та енергії, погіршення біохімії крові і гормональних показників) і т.і.

2. Соціально-психологічні прояви - байдужість, нудьга, пасивність і депресія (знижений емоційний тонус, відчуття пригніченості); підвищена дратівливість на незначні, дрібні події та т.і.

3. Поведінкові прояви - почуття марності, невіра в поліпшення, зниження ентузіазму по відношенню до роботи, байдужість до результатів; зловживання алкоголем, різке зростання викурених за день сигарет, застосування наркотичних засобів.

Доведено, що професійне вигорання є винятково небезпечним, оскільки впливає на всі сфери життєдіяльності людини, та без проведення профілактичної та корекційної роботи здатне швидко прогресувати.

Синдром вигорання проявляється в першу чергу в ситуаціях, коли потрібно міжособистісне взаємодія. Професія військових є в цьому аспекті найбільш показовою.

Багаторічні дослідження показали, що синдром вигорання несе негативні наслідки не тільки для трудової діяльності, а й позначається на сімейних, особистих відносинах. Починаються конфлікти не тільки зі співробітниками, але і вдома, в сім’ї.

Крім цього, наслідки синдрому вигорання проявляються не тільки на рівні окремого співробітника, але і на рівні всієї організації в цілому.

На теперішній час шляхи розвитку синдрому професійного вигорання до кінця не вивчені, а заходи з профілактики синдрому професійного вигорання у військовослужбовців повинні розроблятися з урахуванням специфіки праці різних родів військ.

**Саркіс-Іванова В. В., Дзюба В. С.**  
**ПАТОГЕННІ ВЛАСТИВОСТІ ЇСТІВНИХ ГРИБІВ?**  
**Кафедра гігієни та екології №1**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м. Харків, Україна**  
**Науковий керівник: Саркіс-Іванова В. В.**

Гриби вважаються найбільш збалансованим і поживним продуктом рослинного походження. У них міститься велика кількість білку і амінокислот, достатня кількість енергії. Однак, останнім часом відзначається все більше випадків отруєння їстівними грибами. Поруч з їстівними грибами завжди ростуть їх отруйні «двійники», що представляють смертельну небезпеку для людини. Незважаючи на добре відомі зовнішні ознаки отруйних грибів щорічно в різних країнах світу відбуваються важкі,

часом масові отруєння, що закінчуються в окремих випадках смертю. У нашій країні налічується приблизно 25 видів явно отруйних і шкідливих грибів. Отруєння можуть викликати як власне отруйні гриби (бліда поганка, мухомори, несправжні опеньки, несправжні дощовики та ін.), так і неправильно приготовані їстівні гриби, а також їстівні гриби, що отримали назву «мутанти» (в міцелії накопичуються отруйні речовини, продукти розкладання білків у старих плодових тілах, а також продукти життєдіяльності комах і черв'яків).

Коли гриб починає старіти, в плодовому тілі починаються процеси саморуїнування. У таких грибів починається зниження біомаси плодового тіла, реакції розпаду тканин. У результаті відбувається утворення токсичних речовин білкового походження: амонію, фенолів, різних алкалоїдів і залишків амінокислот. При вживанні в їжу таких старіючих грибів без достатньої термічної обробки або взагалі сирими, утворені білкові метаболіти (раніше відомі як птомаїни) викликають токсичну дію на організм людини. Найбільш токсичними вищими грибами є біла поганка (*Amanita phalloides*) із сімейства аманітових - містить токсичні поліпептиди: аманітини та фалоїдини; мухомор червоний (*A. Muscaria*)- містить токсичні речовини мускарин, холін, бетаїн, путресцин, галюциноген буфотенін, ібутенову кислоту; сморж звичайний (*Hygromitra esculenta*) - містить термостійкий гепатотоксичний токсин гіромітрин.

В останні роки в їстівних грибах дослідниками відзначена висока концентрація пестицидів, важких металів, радіоактивних речовин, при потраплянні яких в організм людини розвивається отруєння. Таким чином, в зонах, що зазнали впливу хімічних речовин, їстівні гриби набувають токсичності і стають небезпечним для людини харчовим продуктом. Гриби здатні поглинати з навколишнього середовища не властиві їм хімічні елементи: ртуть, свинець, талій, кадмій, мідь. Забруднення грибів важкими металами стає більш небезпечним для людини у разі їх проникнення в структуру плодового тіла. Важкі метали включаються в процес біосинтезу з утворенням невластивих для гриба сполук, що володіють токсичним впливом для людини. До основних ефектів, згубно впливаючих на живий організм, відносять блокування ферментів, тканинного дихання, канцерогенний вплив, мутацію.

Забруднення грибів радіонуклідами, так само як і важкими металами, може бути поверхневим і об'ємним. Найбільше впливають на гриби штучні радіонукліди. Радіоактивні речовини розподіляються в плодовому тілі гриба по-різному: в пластинках міститься 48%, в капелюшку - 33% і в ніжці - 19%. Таким чином, сумарно в капелюшку міститься до 80% радіоактивної речовини. У грибів під дією радіації відбуваються пошкодження ДНК і ферментної системи. Генетичний матеріал клітини або втрачає здатність до репродукції і в кінцевому рахунку гине, або створює нове клітинне потомство зі зміненим біологічним і хімічним складом. Змінені клітини можуть дати початок розвитку поколінню грибів з незвичайними властивостями.

Отже, їстівні гриби набувають патогенності в процесі старіння гриба, під час розвитку мух, червів, які виділяють токсичні продукти життєдіяльності, а також в результаті зараження грибів ксенобіотиками з навколишнього середовища. Крім того, отруйні гриби часто імітують вигляд їстівних грибів, що дуже часто викликає непоправні наслідки.

**Кателевская Н. Н., Павликова А. А.**  
**АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СТРЕССА У СОВРЕМЕННОЙ**  
**МОЛОДЕЖИ**

**Кафедра гигиены и экологии № 1**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н. Кателевская Н.Н.**

Актуальность работы: Согласно литературным данным о состоянии здоровья населения разных стран в настоящее время отмечается стойкая тенденция к росту распространенности психо-эмоциональных расстройств у людей молодого возраста. Существенную роль среди них играют пограничные стрессовые состояния, развитие которых связано воздействием множества факторов, обусловленных как спецификой внутрисредовых факторов, так и особенностями компенсаторно-адаптационных механизмов у молодых лиц различных возрастных групп.

Цель работы: Анализ факторов риска развития стресса у лиц молодого возраста в современных условиях и его последствий, влияющих на их здоровье и социальную адаптацию.

Методы исследования: Аналитическая обработка литературных данных.

Согласно литературным источникам, в частности данным ВОЗ, распространенность психо-эмоциональных расстройств у лиц молодого возраста составляет порядка 11%, при этом стрессовые расстройства различной степени выраженности встречаются более чем у 70% подростков и 55% лиц в возрасте от 18 до 35 лет. Следует заметить, что во многих случаях именно недиагностированное пограничное стрессовое расстройство становится причиной развития депрессии. Которая в дальнейшем является основой для развития психосоматической или психической патологии, а в ряде случаев и причиной социальной дезадаптации.

Особое внимание ученые обращают на причины развития, как острого, так и хронического стрессового расстройства. Оценивая факторы, влияющие на развитие стресса, следует заметить, что в различных возрастных группах преобладают вопросы социальной устроенности, в то же время для подростков значительную роль играют вопросы социальной внутрисредовой идентичности и профессионального становления. Так у 12% старшеклассников отмечается страх быть в одиночестве, у 14% - боязнь быть «неопределенными» после окончания школы. Студенты же в большей степени обеспокоены вследствие недостатка сна (12,4%), материальной неустроенности (23,2%), 17,3% респондентов не удовлетворены результатами своей деятельности. Следует отметить, что вопросы личных отношений и семейных проблем были практически в 22% случаев важны, как для подростков, так и для представителей студенчества. Все эти факторы, безусловно, влияют на развитие стресса. Исходя из результатов субъективной оценки, 34,3% опрошенных часто находятся в стрессовом состоянии, не часто подвергаются стрессам 39,2%, и всего лишь 18,6% живут беззаботно. При этом среди методов борьбы со стрессом молодые люди выбирают следующие методы: 18,6% избавляются от стресса путем общения с друзьями, 16,2% - пытаются просто о нем не думать и укладываются спать, 11,5% - с помощью физических нагрузок и занятий спортом.

Выводы: анализ факторов риска у современной молодежи позволяет сделать вывод о значительном влиянии на формирование пограничных стрессовых расстройств различных факторов, ведущую роль среди которых играют внутри средовые и экономические проблемы. При этом вопросам психо-профилактики

развития стресса, а также методам борьбы с ним уделяется недостаточное внимание, вследствие чего в ряде случаев развиваются стрессогенные психические и психосоматические заболевания, в частности, депрессивные расстройства, неврозы, невротоподобные состояния, вегето-сосудистая дистония и прочие.

**Амоах Данфул Бриан Ендреу, Резніченко О. Г.**

**ВПЛИВ УМОВ НАВЧАННЯ НА РОЗУМОВУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТІВ  
МЕДИЧНОГО ВНЗ**

**Кафедра гігієни та екології № 1**

**Харківський національний медичний університет,  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: к.мед.н., ас. Резніченко О. Г.**

Для підвищення якості навчання в системі вищої освіти необхідно застосовувати диференційовані підходи з урахуванням індивідуально-типологічних особливостей майбутніх спеціалістів. Адже неадекватне навантаження в період навчання може стати причиною зниження успішності в навчальній діяльності. Нами була досліджена розумова працездатність студентів медичного факультету. Результати дослідження були оброблені методом кластерного аналізу, який дозволяє розділити сукупність на групи подібних об'єктів. В нашому випадку для виявлення схожості об'єктів використана евклідова метрика для виявлення відстаней між об'єктами дослідження. Кластеризація проводилася методом к-середніх.

В умовах стандартного розумового навантаження по результатам виконання коректурної проби досліджувана група студентів розподілялась наступним чином: на початку лекції високі рівні розумової працездатності та стійкості уваги мали 5,12% студентів, середні рівні – 42,31% студентів, низькі рівні – 52,51% студентів; наприкінці лекції високі показники розумової працездатності мали 1,28% студентів, середні рівні показників мали 44,87% студентів, низькі рівні показників мали 53,84% студентів.

В умовах підвищеного психоемоційного навантаження, до початку підсумкового модульного контролю 17,94% студентів мали високі рівні показників розумової працездатності, 53,84% - середні рівні показників, 28,2% - низькі рівні показників; наприкінці підсумкового модульного контролю високі рівні показників розумової працездатності мали 17,94% студентів, середні рівні показників – 56,41% студентів, низькі рівні показників – 25,64% студентів.

Отже в умовах звичайного розумового навантаження більшість студентів медичного ВНЗ демонструють низькі рівні розумової працездатності, як на початку так і наприкінці учбового часу, і тільки 47,42% студентів демонструють достатньо високі та стійкі показники розумової працездатності. В умовах підвищеного психоемоційного навантаження більш ніж 70% студентів мають достатньо високі та стійкі рівні розумової працездатності.

**Богачова О. С., Поляков О. В., Писаренко Г. М.**  
**ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ, ЩО**  
**ОПАНОВУЮТЬ АГРАРНІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ НА БАЗІ ПРОФЕСІЙНИХ**  
**АГРАРНИХ ЛІЦЕЇВ**

**Кафедра гігієни та екології № 1**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. Коробчанський В. О.**

В даний час вивчення психосоматичних розладів серед учнівської молоді набуває неабиякої важливості. Як показує аналіз літератури, ці питання займають провідне місце в колі медико-біологічних, соціальних та психолого-педагогічних досліджень. Особлива роль відводиться саме вивченню емоційного розвитку в підлітковому віці, бо підлітковий період вважають найбільш емоціогенним, критичним періодом розвитку, пов'язаним зі специфічними емоційними труднощами. Він є періодом кризи адаптаційної рівноваги. У зв'язку з цим виникає питання про зв'язок стресових розладів у підлітковому віці з особливостями емоційного розвитку.

Терміном "психоемоційне напруження" включає в себе різноманітні несприятливі емоційні стани, пов'язані з незадоволеністю основних життєвих потреб, таких як дискомфорт, стрес, тривога, депресія та інші. На розвиток психоемоційного напруження впливають умови життя людей, соціально-демографічні показники, стосунки в сім'ї, на роботі, побутові проблеми, способи проведення дозвілля, звички, що впливають на здоров'я і т.п.

Тому метою дослідження було розширення уявлень про хід психологічної адаптації підлітків 15-18 років, які опановують найпоширеніші сільськогосподарські професії: «слюсар з ремонту сільськогосподарських машин та обладнання» (1курс), «тракторист - машиніст сільськогосподарського (лісогосподарського) виробництва» (2 курс) , «водій автотранспортних засобів» (3 курс) на базі Одноробівського професійного аграрного ліцею до умов навчання та проведення оцінки функціонального стану їхнього організму за допомогою тесту САН (самопочуття, активність, настрій).

Проведений аналіз динаміки показників суб'єктивної оцінки учнів показав, що кінець року по всіх досліджуваних спеціальностях відзначав загальну спрямованість щодо зниження отриманих даних за всіма категоріями тесту САН.

Результати дослідження показали, що за шкалою «самопочуття» спостерігалася загальна тенденція щодо зниження на початку року в усіх спеціальностей : з  $5,91 \pm 0,10$  у.о. у слюсарів з ремонту сільськогосподарських машин та обладнання до  $5,63 \pm 0,17$  у.о. у водіїв автотранспортних засобів ( $p > 0,05$ ).

Загальною особливістю для всіх спеціальностей є зниження за показником «активність» наприкінці терміну навчання: з  $4,48 \pm 0,25$  у.о. до  $4,27 \pm 0,23$  у.о. у слюсарів з ремонту сільськогосподарських машин та обладнання, з  $4,36 \pm 0,27$  до  $4,27 \pm 0,21$  у трактористів - машиністів сільськогосподарського (лісогосподарського) виробництва та з  $4,99 \pm 0,18$  до  $4,74 \pm 0,15$  ( $p > 0,05$ ).

Найбільш достовірно виражені негативні зміни відбувалися за показником «настрій», як на початку ( з  $6,36 \pm 0,09$  у.о. у 1 курсу до  $5,84 \pm 0,15$  у.о. у ліцеїстів 3 курсу,  $p < 0,01$ ), так і наприкінці навчання ( з  $6,07 \pm 0,12$  у.о. до  $5,76 \pm 0,11$  у.о. відповідно,  $p < 0,05$  ).

Аналізуючи вищезазначені результати, виявлено, що негативний психоемоційний стан супроводжував напружений кінцевий період навчання по всіх

спеціальностях. Подібна динаміка може свідчити про наявність загальних фізіологічних змін в організмі підлітків та порушеннях закономірностей розвитку адаптаційного процесу, які, в свою чергу, зумовлюють необхідність впровадження відповідних режимно-організаційних та індивідуальних заходів, направлених на підвищення психологічної стійкості та функціональних резервів ліцеїстів, що будуть спрямовані на запобігання розвитку передчасної втоми та попередження імовірних емоційних порушень.

**Сокольников А. О., Евтушенко В. О.**

**ЗНАЧЕНИЕ НОЗОКОМИАЛЬНОГО ФАКТОРА В ОЦЕНКЕ  
ОХРАНИТЕЛЬНО-САНИТАРНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛЕЧЕБНО-  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

**Кафедра гигиены и экологии № 1**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Саркис-Иванова В. В.**

С развитием анестезиологии и реаниматологии, а также значительным расширением возможностей хирургического лечения и внедрением новых инвазивных методов диагностики и лечения в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) возросла частота возникновения нозокомиальных инфекций (НИ), появление которых вызывает ряд негативных последствий: осложнения основного заболевания, увеличение срока нахождения пациента в стационаре и количества летальных исходов, а также связанные с этими явлениями дополнительные экономические потери.

В большинстве случаев этиологическим фактором являются грамотрицательные бактерии, в частности, *Pseudomonas aeruginosa*. В настоящее время сложилась система, по которой о госпитальном штамме судят по спектру устойчивости к антибиотикам. Важное значение в определении микробиологически значимой циркуляции штаммов патогенных микроорганизмов, вызывающих НИ имеет микробиологический мониторинг (ММ) госпитальной микрофлоры. Целью нашего исследования было определение чувствительности к антисинегнойным препаратам 20 штаммов *P. aeruginosa*, изолированных с объектов внешней среды отделений реанимации и интенсивной терапии хирургических стационаров г. Харькова.

Исследование антибиотикочувствительности штаммов *P. aeruginosa* проведено диско-диффузным методом и проанализировано с помощью компьютерной программы WHONET 5.1.

Профили резистентности в целом оказались разнообразными, что, вероятно, свидетельствует в пользу случайной контаминации объектов внешней среды. Но 4 штамма, изъятые в разные часовые промежутки, отличались полирезистентностью к цефалоспорином-аминогликозидам-фторхинолонам (профиль антибиотикорезистентности – CFTPMGAN). Указанные бактерии, при определенных условиях, с большой вероятностью являются возбудителями нозокомиальной инфекции. Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости постоянного микробиологического мониторинга антибиотикочувствительности штаммов *P. aeruginosa*, в частности с целью выбора препаратов, которые могут быть рекомендованы клиницистам для составления формуляров эмпирической антибиотикотерапии в ЛПУ различного профиля.

Таким образом, для рационализации санитарно-охранительного режима ЛПУ в виде исключения вспышек НИ и устранения циркуляции госпитальных штаммов бактерий необходимо осуществлять строгий контроль за санитарно-гигиеническим состоянием лечебного учреждения путем осуществления постоянного микробиологического мониторинга ЛПУ

Так же производить санитарно-гигиеническую обработку поступающих больных, медицинский персонал должен следить за личной гигиеной пациентов, сменой белья, дезинфекцией, стерилизацией. Для ограничения темпов роста резистентности микрофлоры к антибиотикам необходимо придерживаться методов рациональной антибиотикотерапии.

**Красковська Т. Ю., Зінчук А. М., Зінчук О. Г.\*, Колісніков Д. А.  
ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДО ВСТАНОВЛЕННЯ  
ДІАГНОЗУ РАК ЛЕГЕНІВ**

**Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я  
Харківський національний медичний університет  
Харківський базовий медичний коледж №1\*  
м. Харків, Україна**

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. Огнєв В.А.**

Незважаючи на існуючу комплексну систему профілактики, впроваджену систему корекції та підтримки здоров'я населення через систему первинної медико-санітарної допомоги, поширеність хвороб серед загальної популяції зростає. За даними Національного ракового реєстру Інститута онкології АМН України, згідно з яким, у нашій країні щорічно захворюють на рак понад 160 тисяч осіб. При цьому на момент діагностування у 60-70% випадків захворювання виявляються в III – IV стадіях.

**Мета.** Дослідження тривалості захворювання до встановлення діагнозу рак легенів.

**Матеріали і методи.** Для виконання поставленої мети, було проаналізовано 4549 одиниць облікової медичної документації (статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (ф. №066/о), контрольна карта диспансерного спостереження хворого (ф. №030/о).

**Результати.** Запорукою позитивних результатів у наданні медико-санітарної допомоги хворим на рак легенів є раннє виявлення онкологічного захворювання. На сьогоднішній день рак легенів виявляють на ранніх стадіях, але це виходить далеко не завжди, і частіше за все є випадковою знахідкою. Так, у 2001 році серед пацієнтів що захворіли на рак легенів переважану більшість склали ті, що мали проблеми із здоров'ям до встановлення діагнозу не більше 2 років ( $51,09 \pm 3,0\%$ ), з давністю захворювання від 2 до 3 років –  $37,32 \pm 2,9\%$ , більше 3 років –  $11,59 \pm 1,9\%$ . У 2011 році зберігається подібна тенденція, але частка хворих з тривалістю захворювання до 2 років та пацієнтів з тривалістю захворювання від 2 до 3 років майже однакові –  $43,24 \pm 3,1\%$  та  $41,31 \pm 3,1\%$  відповідно. Пацієнти із встановленням захворювання на рак легенів більше 3 років складають  $15,44 \pm 2,2\%$ .

Важливим є спільна робота дільничного лікаря-онколога та онкопульмонолога, що упорядковує диспансерний нагляд за хворими. Проводячи аналіз планових звернень пацієнтів із захворюванням на рак легенів до дільничного лікаря-онколога, було визначено, що більшість з них після встановлення діагнозу на протязі року відвідувала цього лікаря 1-2 рази на рік ( $43,3 \pm 3,3\%$ ), 3 та більше разів -

32,5±3,1% пацієнтів, а 24,2±2.8% не відвідувала його зовсім. Отримані дані можуть свідчити про неповне використання ресурсів амбулаторного обслуговування в роботі із онкологічними хворими, та необхідність пошуку резервів щодо покращання організації медико-санітарної допомоги цим хворим на догоспітальному етапі.

Висновки. Зростання частки пацієнтів, які хворіють тривалий час до встановлення діагнозу на рак легенів потребує певної уваги в організації медико-санітарної допомоги. Відмічене вірогідне зменшення долі пацієнтів з тривалістю захворювання до моменту його виявлення більше 2 років – у 2001 році - 51,09±3,0%, у 2011 - 43,24±3,1%, а це в свою чергу говорить про те, що із часом збільшується частка хворих на рак легенів, яких виявляють у занедбаних стадіях, і це в свою чергу потребує проведення оптимізації моделі раннього виявлення раку легенів серед населення.

**Мельник К. А., Власенко О. В., Харченко Э. А.**  
**САНИТАРНОЕ БЛАГОСОСТОЯНИЕ СЛОБОДСКОГО ХАРЬКОВА**  
**XIX –XXBB.**

**Кафедра социальной медицины, организации и экономики охраны  
здоровья**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., доц. Мякина А.В.**

История украинского здравоохранения состоит из зачатков здравоохранения регионов и городов в разные пройденные периоды. Юбилей города Харькова значительно усилил интерес общественности ко всем звеньям исторического развития второго по величине и значимости города Украины, в том числе и к гигиеническим проблемам в нем.

С момента основания города на протяжении веков санитарное его состояние оставалось неудовлетворительным. А вызывали его природные условия. Центр города расположился на возвышенности, а остальная территория представляла собой заскорузлые низины. Город был усеян болотами, топями, озерами и протоками, поэтому в непогоду некоторые города буквально утопали в грязи. Близость к поверхности грунтовых вод превращала их весной в сплошную вязь. Весной и осенью улицами и площадями было невозможно ни пройти, ни проехать.

Для студентов университета тогда вводили специальные "грязные каникулы". В 1815 году даже рассматривался вопрос о переезде университета в какое-то другое место из-за антисанитарных условий жизни в Харькове. В пореформенный период гигиеническое состояние города несколько улучшилось. Были укреплены берега рек, обустроены набережные, брусчатки, тротуары, проведены каналы в низовьях, а лощины повышены с помощью насыпей. Центр лишился непролазных топей весной и осенью. Санитарные условия его были значительно улучшены благодаря двум событиям. Это, во-первых, перенос Суздальского торгового ряда от Успенского собора до Благовещенского рынка, и во-вторых, запрет на содержание постоянных дворов для извозчиков в этой части города. Однако и после этого Харьков еще оставался неблагополучным в этом вопросе.

Реки Харьков и Лопань имели все признаки тинистых источников и уже на входе в город несли воду, непригодную для питья. А в городских пределах вторая загрязняла многочисленные производства и хозяйства: шерстомойные, мыловаренные, салотопные, кузницы, бондарные мастерские, гостиницы,



Благовещенский базар, бани, заводы по производству газа, изразцов, перчаток, шуб, красок, чугунного литья и прочего добра. Воды в местах были переполнены нечистотами, они буквально травили людей эпидемиологически опасной водой и вредными испарениями. Цементируемых выгребных ям в Харькове в то время почти не было. А из домов, возведенных на побережье, продолжали выводить различные канавы и трубы для сброса нечистот в воду.

80-е годы были отмечены улучшением санитарно-гигиенических условий жизни Харькова благодаря проведению водопровода, вступившего в строй в 1881 году. Почти прекратилось пользование услугами водовозов, бочки которых отличались чистотой, сократилось домашнее хранение воды, что не всегда было безопасным для здоровья людей, которые ее принимали. Речная же вода почти исчезла из употребления. Водоснабжение населения в городе после введения водопровода происходило различными способами: одни жители пользовались водой из кранов, которые были установлены в домах или во дворах; другие брали воду из водоразборных колонок, или колодцев; а кто-то продолжал обращаться к водовозам.

В итоге можно сказать, что характерными негативными по санитарии особенностями Харькова были загрязненность рек, трудности с водоснабжением и вывозом бытовых отходов (как жидких, так и твердых), отсутствие канализации, скученность зданий, плохие жилищные условия для большинства жителей города.

**Экзархова А. А., Подпрядова А. А.**

## **ПАЛЛИАТИВНАЯ И ХОСПИСНАЯ ПОМОЩЬ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Кафедра социальной медицины, организации и экономики охраны  
здоровья**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф.Огнев В.А.**

Актуальность. Из года в год растет число людей, завершение земной жизни которых омрачают тяжелые неизлечимые заболевания, нестерпимая боль и беспомощность. Необходимую для них помощь и заботу государство обеспечивает через системы охраны здоровья и социальной защиты населения. Сегодня наиболее ответственным звеном такой помощи, ее «золотым стандартом» призваны хосписы. В Украине только начинает развиваться система паллиативной помощи и сейчас насчитывается около 20 взрослых хосписов и центров паллиативной помощи, тогда как ежегодно обезболивания и особого ухода требуют от 430 до 500 тысяч украинцев. Паллиативное движение в Украине развивается на основе нового подхода к смертельно больным людям, которые нуждаются в новой, более человечной философии лечения, в центре которой - больной, а не только болезнь, что является важным при формировании мировоззрения будущего врача.

Цель: изучение информированности студентов медицинского ВУЗа в вопросах паллиативной и хосписной помощи населению.

Материалы и методы. Анкетным методом проводился опрос студентам 6-го курса медицинского факультета. Была специально разработана анкета, которая включала вопросы о сути паллиативной помощи, ее целях, экономической целесообразности и организации.

Результаты и обсуждения. В исследовании принимали участие 47 студентов, средний возраст которых составлял 22,26 лет, из них – юношей 13 (27,65%), девушек

34 (72,35%). Очень хорошо и достаточно хорошо о проблеме знают 29 человек (61,7%), знают очень мало – 15 (32%), ничего не знают – 3 (6,3%). 33 студента (70,2%) получили знания о паллиативной и хосписной помощи в университете, что свидетельствует о том, что этой проблеме уделяется внимание преподавателями различных кафедр университета, а 14 студентов (29,8%) – из других источников (из научно-популярной литературы, рассказов друзей и знакомых, интернета). Более 90% студентов считают данную проблему не только медицинской или социальной, а медико-социальной. Большинство считает, что человечество обратилось к проблеме хосписной помощи по причине невозможности оказания помощи в домашних условиях – 24 студента (51%), сострадания к пациентам – 16 студентов (34%), экономических проблем охраны здоровья – 7 студентов (15%). Хосписная помощь получила стремительное развитие в конце 20 – начале 21 вв., что объясняется морально-этической зрелостью общества, однако среди студентов только 9 человек (19,1%) указали на этот ответ, остальные 38 (80,9%) связывают эту проблему с увеличением продолжительности жизни, улучшением качества жизни, увеличением онкологических заболеваний, что тоже имеет место. Целью хосписной помощи 35 человек (74,5%) считают улучшение качества жизни, 10 (21,3%) – продолжение жизни, 2 (4,2%) – эвтаназия.

Выводы: опрос студентов помог выяснить знания студентов о паллиативной и хосписной помощи, а также выявить недостатки информированности будущих врачей по данной проблеме, что принципиально важно для их будущей практической деятельности.

# СТОМАТОЛОГІЯ

**Mikulinska- Rudich Y. N., Mys V.O.,  
THE TREATMENT OF PRIMARY TEETH IN CHILDREN BY SELF- CURE  
RESTORATION MATERIAL RIVA SELF CURE USE ART- TECHNICS**

**Kharkov national medical university  
Department of pediatric dentistry, pediatric maxillofacial surgery and  
implantology.**

**Chief: M. D., professor Nazaryan R. S.**

Topicality. Modern pediatric dentistry pays attention not only restore function of teeth but also aesthetics. Many parents bearer high demands on the quality of the filling material, the natural form of treated teeth in children, but also want to dentistry procedure was less painful. This trend necessitates the development of new materials that have the perfect combination of strength, durability and aesthetics. In this aspect, our attention was drawn glass ionomer RIVA self cure. Allocated to them large quantities of calcium, phosphorus, fluoride, strontium give remineralization effect on teeth. Strontium ions significantly increase the strength of dentin. RIVA self cure is great for sealing of teeth in children, for minimal intervention dentistry using the ART technique.

The purpose of our research is examination the effectiveness of Self-curing glass-ionomer restorative material RIVA self cure with the use of ART methods.

Materials and methods. At the children's reception we produced the treatment of primary teeth in children self-curing glass ionomer restorative material RIVA self cure. Parents were introduced to the staff and the instructions for use of the material. The study involved children 5 years (25 people) - the restoration of the first and second molars using the ART technique. After a professional tooth cleaning fluorine-containing toothpaste «Detartrin» and preparation was made self-curing glass ionomer fillings restorative material RIVA self cure.

The effectiveness of the material was evaluated by conducting follow-up visits at 2 weeks and 1 month and used the following criteria: accuracy of fit, color match seal \ enamel, anatomical shape.

Results and discussion. After application of the material were performed control visits and interviews with children and parents. After a week and a month after sealing by history and physical examination it was found that all parents reported good aesthetic properties of the material. Objectively defined good marginal seal seals during probe along the border tooth \ enamel probe glided smoothly without delays, color match seal \ maximum enamel, good anatomical shape of the tooth.

Conclusions. Based on the results of the clinical studies we conducted in children 5 years old, who underwent dental filling self-curing glass ionomer restorative material RIVA self cure with the use of ART procedures can be concluded about the good aesthetic properties of the material, high strength and duration of the wear resistance of the material, lasting marginal integrity. Number of follow-up visits will determine long-term outcomes.

**Movchan O.**

**COMPARATIVE ANALYZE QUALITY AND QUALIMETRIC EVALUATION OF  
ADHESIVES MATERIALS TO IMPROVE FOR THE FIXATION OF THE  
REMOVABLE DENTURES**

**Kharkov National Medical University  
Department of Orthopedic Dentistry**

The need for adult population of Ukraine in complete removable dentures is considerable and is 57.5 people (77.35 dentures) in 1000 examined. Complete absence teeth already registered in the age group 45-49 years, accounting for as a whole  $6,3 \pm 0,67\%$  cases per 100 examined. Thus, the number of jaws with complete absence teeth and adverse anatomical-topographic conditions of prosthetic plate, reaches 87.1% of their total number (15.1% of the upper and 72.0% of the lower jaws). The total lack of teeth causes psychological, personality changes, violates social tolerance, changing nutrition. The concept of orthopedic treatment older people with removable constructions should be include different types of treatment, which have an individual approach. To date do not have perfect method of orthopedic treatment, which would give a guaranteed fixation of denture on Edentulous lower jaw, especially in cases of sudden atrophy or other of relief numerous changes of the oral mucosa. Using of adhesive means significantly increase the efficiency of fixation and stabilization of complete plastic dentures in adverse anatomical-topographic conditions of the masticatory apparatus. They increase the functional value not only manufactured again, but the old dentures also, reduce displacement of a denture on prosthetic plate, stopped excess of the food inside the dentures, it is causes, why complete removable dentures is comfortable. Currently, on the market for dental materials Ukraine of adhesive means for dentures a lot, but mostly they are imported and relatively expensive for the older people; adhesive means available in the form like a powders, creams, gels, materials artificial saliva and fixing strips. By research quality characteristics was developed and introduced into production in JSC "Stoma" new adhesive material "Stomafix" for fixation of removable dentures.

**Purpose of research** - advisability clinical application of adhesive materials and learning on the basis experimental justification of physical and mechanical properties according to the requirements ISO-10873: 2010 and qualimetric evaluation of the quality materials.

**Materials and methods.** Comparative analysis of the quality adhesive materials for improving fixation of removable dentures and chewing efficiency, and reducing the period of adaptation clinical exploitation included generalizing results for the laboratory study of the properties following materials: "Stomafix" JSC "Stoma" (Kharkov, Ukraine), «Corega» («Stafford Miller", Ireland), and «Lacalut» («Arkam GmbH", Germany), which provides ISO-10873: 2010: consistence, tensile strength, solubility, adhesion with plastic, metal adhesion, viscosity relative. For the listed parameters investigated qualimetric evaluation of samples adhesive materials to improve the quality of fixation of removable dentures.

**Research results.** By the indicator consistency, all materials meet the requirements of ISO-10873: 2010 and substantially ( $p \leq 0,05$ ) do not differ among themselves. Thus, the investigated materials are characterized by a slight reserve compared to the indicative index. Tensile strength samples from adhesive materials exceeds the relevant indicative value of ISO-10873: 2010 to  $(50 \div 60) \%$ , except material «Lacalut», which as we know can reduce the quality of adhesion and influence the timing of its clinical use. Solubility adhesive materials characterized by the largest ( $p \leq 0,001$ ) for material «Lacalut» -  $(41,5 \pm 0,9) \text{ mm / h}$ , while materials "Stomafix» -  $(35,8 \pm 0,6) \text{ mm / h}$  and «Corega» -  $(35,5 \pm 0,8) \text{ mm / h}$  in

this property do not exceed and indicative index, same time are significantly lower than for the material «Lacalut». By the indicator adhesion with plastic, the investigated materials by 40-45% higher than the indicative value of ISO-10873: 2010 that is able provide more base strength under dynamic loads. By the indicator adhesion to metal the investigated materials by 25-30% higher than the indicative value of ISO-10873: 2010 that increase the cohesion of metal base removable denture with mucosa. Viscosity relative at the time of application of the adhesive material varies within (62,0-68,3) s and is the lowest in the case of material «Lacalut» -  $(62,0 \pm 0,6)$  s, and largest for the material «Corega» -  $(68,3 \pm 0,2)$  s,  $p \geq 0,05$ .

Conclusion. Thus, based on the aforementioned comparative research adhesive materials for increasing the fixation of complete dentures can be concluded that according indicators ISO-10873: 2010, that is consistence, tensile strength, solubility, adhesion with plastic, metal adhesion, viscosity relative adhesive material "Stomafix" JSC "Stoma" (Kharkov, Ukraine) exceeds the indicative value of foreign analogues «Corega» («Staford Miller", Ireland) and «Lacalut» («Arkam GmbH", Germany), the expense of what there is increasing chewing pressure and reduce the period of adaptation of patients to of complete dentures. Research data allow to recommend "Stomafix" JSC "Stoma" (Kharkov, Ukraine) in clinical prosthodontics.

**Vakula A., Kishkan A, Steblianko A.**  
**CONDITION OF PERIODONTIUM TISSUES DEPENDING ON PREVENTIVE**  
**ACTIVITIES**

**Kharkiv National Medical University**  
**Department of Therapeutic Dentistry,**  
**Kharkiv, Ukraine.**

**Supervisor - Rjabokon E.**

Professional oral hygiene is one of the main stages in the periodontal disease treatment.

The aim of the study was to determine the status of periodontal tissues, depending on the different types of professional oral hygiene among patients with chronic generalized periodontitis of initial and first severity. We conducted a comprehensive survey among 28 patients aged 18-35 years with chronic generalized periodontitis of I severity without concomitant somatic pathology. Patients were divided into two groups. The first group included 13 persons, the second - 15 persons. All patients had poor oral hygiene (IG by Fedorov - Volodkina among patients of the first group was  $2,6 \pm 0,35$  and  $2,8 \pm 0,45$  among patients of the second group, the IG of Green Vermillion -  $2,2 \pm 0,35$  among patients of the 1 group and  $2,7 \pm 0,1$  among individuals of the second group). PI among patients of the 1 group was  $2,36 \pm 0,29$ , in the second group-  $2,45 \pm 0,39$ . PMA index of the 1 group was  $48,20\% \pm 4,5\%$ , the 2 groups -  $42,40\% \pm 4,5\%$ . The index of bleeding among patients of the 1 group was  $2,45 \pm 0,30$  points, in the second group -  $2,85 \pm 0,20$  points.

Patients of the first group had the removal of dental plaque (DP) manually, using a special hand curette, scalers, abrasive polishing paste "Detartrin» (Septodont) and polishing heads. Patients of the second group had the removal DP by ultrasonic scaler «Mectron» (Italy), air abrasion system Air-Flow (EMS) and teeth polishing .

One month later professional oral hygiene IG by Fedorov - Volodkina was  $1,8 \pm 0,23$  among patients of the 1 group and  $1,5 \pm 0,25$  among patients of the 2 group, the IG of Green Vermillion among patients of the 1 group-  $1,7 \pm 0,1$  and the 2 group had  $2,1 \pm 0,1$  points. PMA index among patients of the 1 group decreased and amounted to  $17,04\% \pm 3,1\%$ , and

among patients of the 2 group decreased to  $14,04\% \pm 3,1\%$ , the PI in the 1 group was  $1,95 \pm 0,37$ , group 2 -  $1.55 \pm 0.21$ .

One month later bleeding index of the 1group was -  $1,87 \pm 0,21$  points, and the 2 group -  $1,35 \pm 0,24$  points.

Thus, the studied index indicators of the periodontal tissue status in two groups had slight distinctions after different methods of professional oral hygiene. This indicates, that the implementation of preventive measures among individuals with chronic generalized periodontitis of initial and first severity without concomitant somatic pathology improves its performance, regardless of chosen methods and oral hygiene.

**Volchenko N.V., Garbuz O.**

**PERIODONTAL TISSUE IN 11-YEAR OLD SCHOOLCHILDREN WITH  
DIFFERENT EDUCATION LOAD**

**Kharkiv national medical university,**

**Department of Pediatric Dentistry, Pediatric Maxillofacial Surgery and Implantology  
Kharkiv, Ukraine**

Over the last years the issue of inflammatory processes affecting periodontal tissue in children and adolescents has been an integral part of children's dentistry. Chronic catarrhal gingivitis is the most common form of periodontal diseases. Children's health condition is the condition of health of the nation. In view of the above the doctors have been working hard to determine the factors which have an adverse impact on children's health. It has been of particular importance to detect such factors which have an impact on schoolchildren.

The aim of our research was is to investigate the features of periodontal tissue in 11-year old schoolchildren in terms of education load character.

Materials and methods: The research involved 32 children at the age of 11 years, 16 of them are enrolled in board education program and 16 children are enrolled in general education program. The authors employed index assessment of periodontal tissue condition by CPI and PMA.

Periodontal index determination according to PMA shows that schoolchildren have different periodontal tissue condition. After staining the gums in the area of the teeth following results were obtained: not revealed the presence inflammation 70.0% children enrolled in board education program in 90.0% in the general education. At the same time, the inflammation of the gingiva mild detected in 30.0% of the first group of child, and 10.0% to the second group of children.

In 40.0 % the pupils are enrolled in board education program 60.0% children are enrolled in general education program of inflammation could not be detected. In 60% children of the first group and in 40.0%) children had a second index is defined, quantitative values are the scores from 0.1 to 1.0, which means that these children found the risk of periodontal disease.

So, as a result the authors obtained data suggesting that the majority of schoolchildren, enrolled in board education program were found to have more signs of periodontal tissue inflammation in comparison to the children enrolled in general education program.

**Zhdanova N.O., Volkova O.S., Dolya E.I.**  
**EVALUATION OF EFFECTIVENESS DRUGS FOR TEMPORARY ROOT  
FILLING IN THE TREATMENT OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS  
USING PERIAPICAL INDEX**

**Kharkiv National Medical University  
Department of therapeutic dentistry  
Ukraine, Kharkiv**

**Scientific director: Ryabokon E.N.**

Topicality: chronic apical periodontitis is chronic source of infection leading to the development and maintenance of somatic diseases of the body. In periodontal tissues arise reactive inflammatory and degenerative changes that occur as edema, infiltration of polymorphonuclear leukocytes of bone marrow leading to the lacunar resorption of alveoli cortical bone. Infection localized in the dentinal tubules is the main cause of periodontitis. Even the most careful pharmacological treatment of root canal does not guarantee its re-infection. Therefore, in addition to conventional processing techniques of the root canal is necessary to carry out a temporary root obturation to sustained antiseptic action on the system of root canals. The assessment of periapical status, determining the incidence and prevalence of AP in different populations, is important because it may help to define treatment needs and to relate treatment outcome to various technical and clinical factors of endodontic intervention.

Aim: to study effectiveness of drugs for temporary obturation in the treatment of chronic apical periodontitis based on radiological assessment of periapical status.

Materials and methods: the research included patients who approached the dentistry clinic, and who have been diagnosed with chronic destructive periodontitis. Patients were divided into 3 groups of 10 people each. After the instrumental and antiseptic treatment of root canals patients of the first group were treated by deferred stopping of temporary obturation material based on calcium hydroxide. Patients of the second group temporarily sealing was performed on the basis of iodoform paste. Patients in the control group endodontic treatment was conducted in one visit without the use of temporary obturation. All teeth were recorded according to the federation dentaire internationale nomenclature. The periapical status was assessed using the periapical index score (PAI). Each of the roots was categorized as: (1) Normal periapical structure; (2) small changes in bone structure; (3) changes in bone structure with some mineral loss; (4) periodontitis with well-defined radiolucent area; and (5) severe periodontitis with exacerbating features. Each category used in the PAI represents a step on an ordinal scale of registration of periapical infection. The worst score of all roots was taken to represent the PAI score for multirooted teeth. The assessment was conducted before treatment, and after the 9<sup>th</sup> month of treatment.

Results: it was found that the use of prolonged antiseptic effect of calcium hydroxide drug in the root canal system has led to improved long-term results of treatment of destructive forms of chronic periodontitis, and the first was accompanied by a pronounced decline PAI ( $p < 0.01$ ), decrease on 65%. Individual analysis of the dynamics of the index PAI showed that when using calcium hydroxide revealed no increase in the index, and reducing its value was missing only in 10% of cases. Results of 2<sup>nd</sup> group show decrease of index on 45%, reducing its value was missing in 15% of cases. In the 3<sup>rd</sup> group (treatment in one visit) reduction of index PAI absent in 25% of cases, and in 5% of cases, even noted its increase.

Conclusions: the use of delayed treatment of chronic destructive periodontitis forms with prolonged antiseptic action of calcium hydroxide on tooth root canal system leads to a

high therapeutic effect, improves the clinical efficacy of endodontic treatment by eliminating the development of chronic inflammation in the periapical tissues, that was shown by radiographic assessment. However, the formation of radiographically visible periapical bone structure in the near term is not always accompanied by a full recovery in periapical region. This indicates an need of follow-up supervision of patients with destructive forms of chronic periodontitis.

**Богату С.І.**

**САНАЦІЯ ПОРОЖНИНИ РОТА ЯК НЕОБХІДНА УМОВА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКУ ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ДПК), АСОЦІЙОВАНИХ З HELICOBACTER PYLORI (НР)**

**Одеський національний медичний університет,**

**кафедра загальної стоматології,**

**м.Одеса, Україна**

**Науковий керівник - д. мед.н. Шнайдер С.А.**

Актуальність. *Helicobacter pylori* (НР), поряд зі *Streptococcus mutans*, який викликає карієс, є одним з найбільш розповсюджених інфекційних агентів на земній кулі; до 50% населення інфіковані ним. В країнах Європи НР виявляється в 40-70%, тоді як в країнах, що розвиваються до 10-річного віку у 80% населення виявляється колонізація слизової оболонки шлунку НР. НР відіграє важливу етіологічну роль в розвитку таких захворювань як хронічний гастрит, виразкова хвороба шлунку та ДПК та раку шлунку. “Золотим стандартом” в лікуванні хелікобактерної інфекції є застосування ерадикаційної терапії (потрійної або квадротерапії) відповідно до положень Маастрихтської угоди-3. Однак частота ерадикації останнім часом зменшилась з 90% до 75%. Розглядають різні причини цього, однією з яких є порожнина рота як накопичувач мікроорганізмів.

Мета: обґрунтувати необхідність проведення санації порожнини рота при лікуванні захворювань шлунку та ДПК, асоційованих з *Helicobacter pylori*.

Результати дослідження. За даними різних авторів НР виявляється в зубному нальоті, слині, на спинці язика, глибоких пародонтальних кишнях (де створюються сприятливі умови для життєдіяльності НР), виразкових ураженнях слизової порожнини рота та на поверхні ортопедичних конструкцій. При цьому зубний наліт представляє собою асоціацію різних мікроорганізмів, які створюють ніби захисну оболонку один для одного та діють як бар'єр для проникнення антибіотиків. Відомо, що джерелом інфекції є людина — хвора чи бактеріоносії. Шляхами передачі хелікобактерної інфекції є орально-оральний та фекально-оральний, одним з яких НР і потрапляє у порожнину рота та депонується в ній як в резервуарі. Саме тому порожнину рота (особливо при наявності каріозних порожнин, пародонтальних кишень) розглядають як вогнище хронічної інфекції та джерело реінфекції слизової оболонки шлунку та ДПК навіть після проведення загальної антихелікобактерної терапії.

Це доводить необхідність проведення санації порожнини рота, що включає в себе окрім терапевтичного та ортопедичного лікування (за необхідності) проведення місцевої ерадикаційної терапії для усунення вогнищ хронічної інфекції та профілактики рецидивів захворювань шлунку та ДПК, асоційованих з НР.

Висновки. Лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, асоційованих з НР, повинно проводитись комплексно гастроентерологом разом із стоматологом із



обязательным включением в план лечения санации полости рта. Эрадикация НР у полости рта — важный этап профилактики заболеваний желудка та ДПК.

**Вакула А.Ю., Демидова П.И.**

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ  
ДЕСЕНСИТАЙЗЕРОВ BIOREPAIR DESENSITIZING ENAMEL REPAIR  
TREATMENT И GC MI TOOTH MOUSSE У ПАЦИЕНТОВ С  
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ГИПЕРЕСТЕЗИЕЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра терапевтической стоматологии**

**Научный руководитель – проф., д.м.н. Рябоконт Е.Н.,  
доц., к.м.н. Андреева Е.В.**

В настоящее время повышенная чувствительность зубов очень распространенное заболевание. Гиперестезия возникает при обнажении шеек зубов в результате заболеваний пародонта, при кариесе, некариозных поражениях. Повышенная чувствительность зубов нередко является результатом отбеливания, применения ультразвукового скейлера. Существуют различные методы лечения гиперестезии и выбор того или иного метода лечения зависит от ряда факторов.

Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности применения геля Biorepair Desensitizing Enamel Repair Treatment и крем Tooth Mousse у пациентов с генерализованной гиперестезией 1 степени (без сопутствующей патологии), возникшей после профессиональной чистки зубов с использованием ультразвукового скейлера.

В состав геля Biorepair входит гидроксиапатит (основной структурный элемент эмали, способствующий ее реминерализации и укреплению), частицы microrepair (по строению и свойствам идентичны натуральным и способны встраиваться в ткани зуба, восстанавливая эмаль и улучшая ее внешний вид), кремнезем (компонент для щадящей очистки и полировки зубов), сорбитол (натуральный компонент, придающий пасте приятный вкус).

Tooth Mousse – это крем на водной основе, содержащий Recaldent™ (ССР-АСР, казеин фосфопептид – аморфный кальций фосфат). В полости рта молекулы ССР-АСР связываются с био пленкой, зубным налетом, кристаллами гидроксиапатита эмали зубов и оседают на мягких тканях, локализуя биодоступные кальций и фосфат. Также, гель стимулирует слюноотделение.

Было проведено обследование и лечение 21 пациента обоего пола в возрасте от 19 до 28 лет с генерализованной гиперестезией 1 степени, возникшей после профессиональной чистки зубов с использованием ультразвукового скейлера. Все пациенты были разделены на 2 группы (1 группа – 10 человек, 2 группа – 11 человек).

Пациентам 1 группы было проведено профессиональное лечение гиперестезии гелем Biorepair Desensitizing Enamel Repair Treatment, 2 группы - Tooth Mousse в течение недели с применением многократных кап. Этапы лечения: 1 - антисептическая обработка полости рта 0,06 % раствором хлоргексидина биглюконата, удаление мягкого зубного налета, полировка поверхностей зубов абразивной пастой «Clinic» и циркулярной щеткой; 2 - внесение реминерализующего препарата в каплю в полость рта (экспозиция 20 минут); 3 – после удаления капли с лечебным средством определение степени гиперестезии по шкале в баллах(0- нет жалоб, 1-гиперестезия от температурных раздражителей (тепло, холод), 2 – гиперестезия от температурных и химических раздражителей

(сладкое, кислое, солёное), 3 - гиперестезия от всех видов раздражителей, включая тактильные).

После проведенного курса лечения (7 дней ежедневно) у пациентов обеих групп отмечалась положительная динамика. Так, в 1 группе – у 7 из 10 пациентов гиперестезия исчезла, у 3-х определялась незначительная чувствительность к холодному, во 2 группе – у 10 из 11 пациентов гиперестезия исчезла полностью, у одного пациента отмечалась чувствительность к холодному.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что реминерализующий гель Biorepair Desensitizing Enamel Repair Treatment и водорастворимый аппликационный профессиональный крем Tooth Mousse могут быть препаратами выбора при лечении пациентов с генерализованной гиперестезией, возникшей после профессиональной чистки зубов с использованием ультразвукового скейлера.

**Вишнинецкая А.В.**

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОЛОСТИ РТА**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра терапевтической стоматологии,**

**Кафедра дерматологии венерологии и медицинской косметологии**

**г.Харьков, Украина**

Первичная диагностика общесоматической патологии в полости рта чрезвычайно актуальна. В некоторых случаях ранняя диагностика общего заболевания и назначение адекватного лечения может существенно облегчить течение заболевания, а иногда и спасти жизнь пациенту.

Вульгарная пузырчатка является тяжелым аутоиммунным патологическим состоянием, по данным статистики, кратность заболеваемости в мире составляет 0,1-0,5 на 100000 населения. Наиболее часто болеют люди в возрасте 30-60 лет. Около 2/3 случаев заболевания начинается с появления элементов поражения на слизистой оболочке полости рта (СОПР) и только спустя некоторое время в процесс вовлекается кожный покров. Ранние клинические проявления истинной пузырчатки: вялый пузырь, который чрезвычайно быстро вскрывается, превращаясь в ярко-розовую длительно незаживающую эрозию, без стандартного размера и места локализации, на невоспаленной СОПР. Элементы могут быть единичны или множественны, могут возникать в результате травмы или без видимых причин. Клинические проявления пузырчатки на ранней стадии не вписываются в четкую диагностическую картину, поэтому ранняя диагностика требует особого не рутинного подхода к пациенту.

На консультативном приеме пациент А, 28 лет предъявлял жалобы на болезненные эрозии по всему кожному покрову, вынужденную ограниченность положения тела и движений за счет массивного поражения кожных покровов, выраженную слабость. СОПР бледно-розового цвета умерено увлажнена, имеются единичные слабо болезненные эрозии в стадии эпителизации диаметр 0,5-0,7 мм в области линии смыкания зубов на правой щеке и боковой поверхности языка слева.

Из анамнеза известно, что пациенту 4 года назад был поставлен диагноз аканталитическая пузырчатка, пациент получает постоянную гормональную терапию и несколько раз в год проходит курс стационарного лечения в периоды обострения. На момент осмотра общее состояние пациента оценивалось, как средней тяжести. Пациент также отметил, что на протяжении около 2 лет до поставленного диагноза случайная травма слизистой сопровождалась субъективными ощущениями «как удар

по струнам гитары» и образованием эрозий на слизистой оболочке, с длительной регрессией (эпителизацией) без специального лечения. Первое время пациент не обращался за медицинской помощью, затем во время санации предъявлял жалобы стоматологу, но получал общие рекомендации по уходу за полостью рта. Диагноз же был поставлен на этапе вовлечения в патологический процесс кожных покровов.

Вывод. Выявление первых признаков общесоматической патологии на стоматологическом приеме дает больше шансов на дальнейшую жизнь больного с сохранением функциональной активности организма и социальной адаптации.

**Волошан А.А.**

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОДОНТОГЕННЫМ ДИФФУЗНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Харьковский национальный медицинский университет.**

**Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии**

**Харьков, Украина.**

**Научный руководитель: Демяник Д.С.**

Актуальность. Одной из актуальных проблем стоматологии и челюстно-лицевой хирургии на современном этапе по-прежнему является диагностика и лечение пациентов с воспалительными заболеваниями костей лицевого черепа, в частности - одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти (Тимофеев А.А., В.И.Лукьяненко, 1986, З.И.Пономарев, Г.Б.Курбанов, Г.А.Васильев). Агрессивная микробная флора вызывает необратимые деструктивные процессы в костных структурах, нарушает функцию и эстетику. Погрешности в диагностике и лечении данных пациентов в амбулаторных условиях приводят к развитию таких осложнений как восходящая диффузная форма остеомиелита с вовлечением в деструктивный процесс тела и ветви нижней челюсти. Тяжесть состояния пациентов и трудности их лечения обуславливают практический обоснованный интерес к таким клиническим случаям.

Целью данной работы является оптимизация комплексного лечения пациентов с одонтогенными диффузными остеомиелитами нижней челюсти.

Задачи. Проведение современных методов диагностики и комплексного лечения пациентов с одонтогенными диффузными остеомиелитами нижней челюсти.

Материалы и методы. Мы провели наблюдение 6 клинических случаев больных с одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти, находившихся на лечении в стоматологическом отделении КУЗ «ОКБ-ЦЕМД и МК» за период май - ноябрь 2015 года. Все больные были обследованы клинически, лабораторно, рентгенологически, в т.ч. при помощи метода трёхмерной компьютерной томографии. Из анамнеза болезни было выявлено, что у 5 пациентов (83 %) было проведено удаление зубов на нижней челюсти по месту жительства. В течение 1 месяца с момента удаления причинных зубов больные обращались за медицинской помощью в стационар. Ниже приводим пример типичного клинического случая.

Больная Б., 39 лет, обратилась в стоматологическое отделение КУОЗ «ОКБ-ЦЕМД и МК». Обследована клинически, лабораторно, рентгенологически, в т.ч. при помощи метода трёхмерной компьютерной томографии, определено наличие множественных очагов деструкции кости округлой формы в области тела, угла, ветви, суставного и венечного отростков нижней челюсти, без нарушения непрерывности заднего края. Из анамнеза болезни выяснено, что около 1 месяца назад был удален

зуб нижней челюсти, спустя некоторое время отметила возникновение воспалительных явлений в области удаленного зуба. Поставлен диагноз:

«Обострение хронического диффузного остеомиелита нижней челюсти, остеофлегмона щечной и субмасетериальной областей». В данном случае проведена операция: «Вскрытие флегмоны, секвестрэктомия», медикаментозная терапия. Эффективность проведения комплексного лечения позволило избежать развития дальнейших деструктивных изменений и субтотальной резекции пораженных участков нижней челюсти.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ нашего опыта комплексного лечения больных с одонтогенным диффузным остеомиелитом нижней челюсти показал, что важными обстоятельствами его развития являются: неадекватная диагностика и лечение на догоспитальном периоде, наличие отягощающей общесоматической патологии, неосознание врачом и пациентом тяжести данного заболевания.

**Днестранский В. И.**  
**КАЧЕСТВЕННАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА**  
**ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПОСЛЕ ЭНДОФТОРИРОВАНИЯ И**  
**УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОБРАБОТКИ.**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра терапевтической стоматологии,**  
**Украина, Харьков**

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Е.Н. Рябоконт**

Залогом благоприятного прогноза лечения осложненного кариеса, является качественная obturation корневых каналов и отсутствие микроподтекания. Апикальное микроподтекание может рассматриваться как потенциальная угроза возникновения воспалительных заболеваний периапикальной области, а также их рецидивов.

Цель исследования — изучение качества obturation корневого канала силером на основе цинк-оксид-эвгенола после эндотрирования и ультразвуковой активации силера с применением растровой сканирующей электронной микроскопии (РСЭМ).

Материалы и методы: Для определения качества герметизации корневого канала РСЭМ были отобраны 24 зуба удаленные по ортодонтическим показаниям и при заболеваниях пародонта, постоянные зубы – резцы и премоляры. Корневые каналы подготовленных зубов обрабатывались по традиционной методике. В исследуемых группах проводилось глубокое фторирование стенок корневого канала Фторкальцитом - Д (Latus, Украина) перед пломбированием и ультразвуковая агитация силера в корневом канале. Далее образцы стандартизировались до длины 15 мм и распиливались в поперечном направлении на уровне 3 мм от его верхушки. Структура зубов исследовалась методом РСЭМ, при помощи микроскопа. На полученных микрофотографиях проводили сравнение исследуемых образцов.

По результатам РСЭМ все образцы имеют пористость и частичное нарушение краевого прилегания на границе пломбы с корневым дентином. Проведенные исследования показали наличие узорчатых отложений кристаллов на поверхности стенки корневого канала. Дентин-герметизирующая система запечатывала отверстия дентинных канальцев на всем протяжении корневого канала. Проникновение кристаллов в дентинные канальцы наблюдалось до 15 нм вглубину. Средний показатель величины микропространств в шлифах колебался от 1,47 нм до 17 нм.

Выводы: наилучшее качество obturации корневого канала методом центрального штифта наблюдается при эндофторировании перед пломбированием и ультразвуковой агитации силера в корневом канале. Проведение глубокого фторирования стенок корневого канала зуба позволяет надежно, на значительную глубину obturировать отверстия дентинных трубочек, открывающихся в просвет канала.

**Дорош Н.С., Палий Е.В.**  
**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА КУРИЛЬЩИКОВ.**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра терапевтической стоматологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: проф., д.м.н. Е.Н. Рябоконт, к.м.н. Гармаш О.В.**

В настоящий момент существует множество предметов по уходу за ротовой полостью, и красивая улыбка становится все более доступной. Особые требования к выбору зубных щеток предъявляются при наличии у пациентов пигментированного зубного налета (курильщики).

Целью настоящей работы было выявление наиболее эффективных для курильщиков предметов гигиены полости рта и проведение сравнительного анализа состояния полости рта при использовании механической и звуковой зубных щеток у данной категории пациентов.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 20 человек (18 – 25 лет), которые были разделены на 2 репрезентативные по полу и возрасту группы по 10 человек. Участники исследования не имели соматической патологии по данным специалистов других специальностей, однако имели вредную привычку – табакокурение. Участникам 1 группы была рекомендована новинка – звуковая зубная щетка Colgate 360 Optic White, участникам 2 группы – мануальная зубная щетка Colgate Total. Для сопоставимости результатов участникам исследования было предложено чистить зубы одинаковыми (гигиеническими) зубными пастами. Был проведен классический стоматологический осмотр и определение индексов гигиены по Федорову-Володкиной и индекса РМА в модификации Parma.

Результаты. Перед началом исследования значение математического ожидания индекса гигиены по Федорову-Володкиной в I группе составило  $1,86 \pm 0,25$  баллов, во II группе составило  $1,95 \pm 0,12$  баллов ( $p < 0,05$ ). Значительных различий в значениях не было – доверительные интервалы перекрывались. Среднее значение индекса РМА в модификации Parma в I группе составило  $26,84 \pm 3,2\%$ , во II группе составило  $27,02 \pm 3,5\%$  ( $p < 0,05$ ). Следовательно, участники исследования были подобраны приблизительно равномерно по клиническим характеристикам. Длительность исследования составила 2 недели. По окончании среднее значение индекса гигиены по Федорову-Володкиной было  $1,28 \pm 0,23$  и  $1,35 \pm 0,19$  баллов ( $p < 0,05$ ) в I и во II группе соответственно, а среднее значение индекса РМА в I группе было  $21,54 \pm 2,4\%$  и во II группе –  $25,33 \pm 3,4\%$  ( $p < 0,05$ ). Таким образом, проведенное исследование показало, что применение и первого и второго вида зубных щеток улучшает степень очищения зубов, и как следствие, снижает степень воспалительных реакций в полости рта. Однако следует заметить, что при заданной достоверности 95% средние показатели были недостоверно лучше у участников исследования, которые

пользовались звуковими зубними щетками. Возможно, для получения более точных результатов следует увеличить количество участников исследуемой группы.

Заключение: Оба вида щеток можно рекомендовать курильщикам, а также, лицам, имеющим повышенное образование минерализованных и неминерализованных зубных отложений, но при прочих равных условиях предпочтительнее выбрать звуковую зубную щетку. При выборе зубных щеток следует учесть, что зубная щетка Colgate 360 Optic White была разработана для отбеливания зубов и к её использованию есть противопоказания: повышенная чувствительность зубов и повышенная стираемость твердых тканей зубов.

**Єліссєва О.В.**

## **СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ**

**Харківський національний медичний університет**

**Кафедра стоматології**

**м. Харків, Україна**

Червоний плоский лишай (ЧПЛ) є хронічним запальним процесом епітелію шкіри та слизових оболонок аутоімунної природи із нез'ясованим патогенезом та характеризується зятятим (наполегливим) перебігом. У загальній структурі дерматологічної захворюваності ЧПЛ серед дерматозів складає 1,5%, а серед патології слизових оболонок до 35%. У розвитку ЧПЛ з локалізацією на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) істотне значення мають провокуючі чинники, що порушують стійкість слизової оболонки до травматизації та її цілісність. У свою чергу, поширеність та тяжкість генералізованого пародонтиту також залежать від перебігу захворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР) та захворювань, які супроводжуються ураженнями СОПР.

Мета – дослідження впливу засобу індивідуальної гігієни порожнини рота ополіскувача «Лізомукоїд» та лізоцимвміщуючого геля «Фітолізоцим», в комплексі лікувальних заходів у хворих хронічним генералізованим пародонтитом на тлі червоного плескатоного лишая.

Матеріали та методи дослідження. Клінічну групу складала 15 пацієнтів віком 35-60 років, хворих на ХГП легкого ступеня тяжкості на тлі типової форми ЧПЛ. Усім пацієнтам проводилась системна терапія, яка включала дезінтоксикаційні, гіпосенсибілізуючі, антигістамінні, седативні препарати, сорбенти, вітаміни та лікування супутньої патології. Місцеве лікування складалось з професійної гігієни порожнини рота та індивідуальної гігієни із застосуванням традиційного чищення зубів із використанням лікувально-профілактичної зубної пасту «Лакалут актив» (Германія) двічі на день, зубного еліксиру «Лізомукоїд» (НПА «Одеська біотехнологія», Україна) 3-5 разів на добу, та лізоцимвміщуючий гель «Фітолізоцим» (НПА «Одеська біотехнологія», Україна), який наносили на місця уражень СОПР та ясеневий край два рази на добу. Також призначали 1 капсулу токоферолу ацетат, 100 мг 1 р/добу. Лікування здійснювалось, під контролем показників гуморального імунітету (секреторний IgA, С3 компонент компліменту, лізоцим і бета-лізини), які визначали в ротовій рідині (РР). Забір РР виконували перед лікуванням, та через 14 днів після початку лікування.

Отримані результати. При обстеженні через 14 днів після лікування у 4 пацієнтів показники гуморального імунітету нормалізувались. Але у 11 пацієнтів вони не мали тенденції до поліпшення у зв'язку з чим, 5 пацієнтам продовжували

лікування, а 6 хворим додатково призначили «Лісобакт». При контролі показників через 14 днів виявлено, що повна нормалізація показників гуморального імунітету спостерігалась у групі пацієнтів, яким були призначені антисептичні ліки «Лісобакт» (Босналек д.д., Боснія та Герцеговина).

Висновки. Таким чином досить ефективною була схема лікування, яка включала системну терапію ЧПЛ, професійну гігієну ротової порожнини, застосування ополіскувача «Лізомукоїд» та «Фітолізоцим», використання лікувально-профілактичної зубної пасти «Лакалут актив» та антисептичних таблеток «Лісобакт». Вищезазначене є підґрунтям для активного використання даної схеми місцевого лікування у хворих на ХГП легкого ступеня тяжкості на тлі ЧПЛ типової форми.

**Зубко Е.С., Зиненко А.В.**

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ НА ЭТАПЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА У ПАЦИЕНТОВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра терапевтической стоматологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Черепинская Юлия Анатольевна**

Актуальность проблемы. Одна из основных и приоритетных задач врача-стоматолога на этапе профилактического осмотра – раннее выявление острых начальных форм кариеса. Острая очаговая деминерализация в поверхностных слоях эмали («меловидное пятно») является первым визуальным проявлением начального кариозного поражения. Своевременное выявление острых начальных форм кариеса во время проведения профилактических осмотров в комплексе с последующими лечебными мероприятиями позволяет снизить риск развития деструктивных форм кариеса и его осложнений. Для дополнительных методов диагностики кариеса в стадии пятна широко используется метод витального окрашивания (ВО) как эффективное, простое и доступное средство. В решении такой проблемы как кариес целесообразно более широко применять методы витального окрашивания на этапе профилактических осмотров.

Ключевые слова: острая деминерализация эмали, витальное окрашивание.

Цель исследования. Обосновать применение красителей на этапе профилактических осмотров пациентов юношеского возраста с целью выявления начальных форм кариеса. Оценить эффективность использования методов витального окрашивания на этапе профилактических осмотров в комбинации с проведением профессиональной гигиены полости рта.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 25 студентов 3 курса стоматологического факультета ХНМУ (15 девушек и 10 юношей) в возрасте от 17 до 21 лет, что соответствует юношескому возрасту согласно возрастной периодизации по Урланис Б.Ц. Было обследовано 750 зубов (3750 поверхностей). Первый этап (традиционное обследование) включал сбор данных субъективных и основных объективных методов обследования. Вторым этапом (дополнительное объективное обследование) проводили профессиональную чистку зубов с последующим использованием дополнительных методов обследования, а именно – высушивание и ВО с помощью 2% водного раствора метиленового синего. Поверхность зубов очищали от налёта электромеханическим способом с

індифферентної поліровочної пастою, затем ізолювали зуби від ротової рідини та ретельно висушували всі поверхні зубів. На досліджувані поверхні зубів наносили розчин фарби на 3 хв. Затем порожнину рота ополаскивали водою. Оцінку демінералізованих ділянок проводили з урахуванням локалізації (I-V клас за Блеку) та ступеня інтенсивності (слабка – 1 ступінь, середня – 2 ступінь, інтенсивна – 3 ступінь).

Результати досліджень. На першому етапі (традиційне обстеження) було виявлено 198 ділянок з гострими початковими формами карієсу, що склало 5,28 %, при цьому локалізація патологічного процесу була переважно в пришеечній області молярів, премолярів верхньої та нижньої щелепи та центральних різців верхньої щелепи. В 124 ділянках колір плям був інтенсивний, в 46 – середній, в 28 – слабоінтенсивний. На етапі (доповненого об'єктивного обстеження) профілактичної гігієни та ВО вогнища демінералізації були виявлені ще в 365 ділянках (9,73 %) з переважною локалізацією на апроксимальних поверхнях різців, премолярів та молярів. В 57 ділянках колір плям був інтенсивний, в 107 – середній, в 201 – слабоінтенсивний.

Висновки. Використання методів ВО на етапі профілактичних оглядів в поєднанні з професійною гігієною порожнини рота дозволило збільшити виявлення гострих початкових форм карієсу на 4,45 % (в 1,84 рази). Застосування ВО дозволяє виявити початкові форми карієсу на апроксимальних поверхнях, що в поєднанні з підбором індивідуальних засобів гігієни дозволяє своєчасно виправити методи та заходи спрямовані на запобігання розвитку деструктивних форм карієсу II класу за Блеку.

**Кривенко Л.С.**

## **ГІГІЄНИЧНИЙ ТА ПАРОДОНТАЛЬНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології  
м. Харків, Україна**

**Науковий консультант – проф., д.мед.н. Назарян Р.С.**

Астма є серйозною проблемою охорони здоров'я. Люди різного віку в країнах по всьому світу страждають даним хронічним захворюванням дихальних шляхів, яке може мати серйозні, іноді летальні, наслідки. Поширеність астми збільшується в усьому світі, особливо серед дітей. Деякі зміни стану здоров'я порожнини рота виявлені серед хворих на бронхіальну астму, наприклад, збільшення швидкості розвитку карієсу і зниження слиновиділення; збільшення поширеності основних стоматологічних захворювань, таких як гінгівіт та орофасціальні аномалії.

Дослідження, представлені у даній роботі, було проведено з метою виявлення зв'язку між рівнем гігієни порожнини рота, ступенем запалення ясен та бронхіальною астмою.

Матеріали та методи. 46 хворих на бронхіальну астму, віком від 10 до 18 років, були обстежені з метою виявлення їх гігієнічного та пародонтального статусу.

Отримані результати стоматологічного обстеження були порівняні з контрольною групою (30 пацієнтів), відповідною за віком та статтю. Гігієнічний статус був визначений за допомогою модифікованого індексу Квіглі-Хайна (Modified Quigley-Hein Plaque Index, MQHPI), ступінь запалення ясен – за допомогою індексу



кровоточивості ясен (Sulcus Bleeding Index, SBI, Mühlemann and Son 1971). Результати показали погіпшення гігієнічного статусу і ступеню запалення ясен серед астматиків при порівнянні з контрольною групою. Середній вік обстежених пацієнтів склав 14,6 ( $\pm 0,3$ ) років для астматиків і 14,3 ( $\pm 0,23$ ) років для контрольної групи, статистично значущих відмінностей у віці для двох груп або в будь-якій віковій групі не встановлено. Також згідно опитування дітей та батьків не було виявлено істотних відмінностей між навичками гігієни порожнини рота. Більшість досліджених використовували зубну щітку і пасту для чищення зубів, двічі на день. При порівнянні рівню гігієни між основною групою та групою порівняння, середній бал МОНРІ для астматиків дорівнював 1,82 ( $\pm 0,67$ ), у порівнянні з 1,37 ( $\pm 0,34$ ) у контрольній групі, різниця у групах статистично достовірна ( $p < 0,001$ ). При визначенні ступеню запалення ясен, різниця між основною групою та групою порівняння також була достовірною – 1,62 ( $\pm 0,52$ ) серед дітей, хворих на бронхіальну астму та 0,24 ( $\pm 0,4$ ) у групі порівняння. Отже, пацієнти, хворі на бронхіальну астму, мають тенденцію до розвитку запалення ясен.

Таким чином, даний контингент дітей повинен бути розглянутий як група з високим ризиком розвитку захворювань тканин пародонту і, як наслідок, потребує програми спеціалізованої стоматологічної допомоги.

**Олейник Н.А.**

## **БОЛЕЗНЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии**

Клиника слюннокаменной болезни хорошо известна и довольно подробно описала в нескольких монографиях и большом количестве журнальных статей (М. Н. Михайлов; А. В. Клементов; Н. Д. Лесовая и др). Однако до настоящего времени остаются не изученными особенности диагностики и лечения этого заболевания у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель: В своем исследовании мы стремились осветить вопросы течения, частоту отдельных симптомов, выбор метода лечения, ведение послеоперационного периода и результаты лечения слюннокаменной болезни у лиц старше 50 лет.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 16 пациентов в возрасте старше 50 лет. Всем на основании клинко-параклинических данных был установлен диагноз – слюннокаменная болезнь подчелюстной слюнной железы.

Результаты: Из анамнеза выяснено, что с момента первых проявлений болезни и до выявления ее у 13 больных прошло более года, а у трех – более 20 лет. Сопутствующие заболевания выявлены 62,5% у обследованных больных. Так же прослеживается динамика поражения слюнной железы: у мужчин (у шести) - правая, у женщин (у четырех) – левая. Характерным симптомом слюннокаменной болезни у 75% обследованных являлась боль в области железы, 81,3 % обследованных выделялся гной. Изучение данных общего анализа крови, мочи значительных сдвигов не выявлены. При обследовании зубо-челюстной системы выявлено нерациональное протезирование, кариозные и некариозные поражения зубов. Пальпация железы на стороне поражения выявила ее значительное увеличение и плотную консистенцию, при бимануальной пальпации наблюдалась резкая боль. Рентгенологическое исследование, позволило обнаружить тень камня.

В клинике проводилось комплексное оперативное лечение в сочетании с медикаментозным. У шести больных удален камень из протока, у восьми – из железы

внутриротовым доступом, у только у двух удалена сама железа. Особое место в лечении слюнокаменной болезни имела антибактериальная терапия в сочетании с сульфаниламидными препаратами. Слюноотделение стимулировалось полосканием рта подсолненными растворами, а также УВЧ.

Изучение результатов лечения показало, что удаление камня из протока или из железы привело, к выздоровлению 15 больных и только у одного семидесятилетнего больного через три года в верхнем полюсе железы вновь сформировался камень.

Выводы: Таким образом, течение слюнокаменной болезни у больных старше 50 лет имеет некоторые особенности, при знании которых диагностика не предъявляет больших трудностей. Лечение должно быть комплексное с преимущественным сохранением железы.

**Сідорова О.В., Янішен І.В.**  
**КЛІНІКО-ТЕХНОЛОГІЧНА ЯКІСТЬ ДОПОМІЖНОГО**  
**СТОМАТОЛОГІЧНОГО МАТЕРІАЛУ ГІПСУ: ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА**  
**ФІЗИКО-МЕХАНІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ**  
**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра ортопедичної стоматології**

Актуальність. Останнім часом з'явилося багато нових допоміжних матеріалів для виготовлення ортопедичних конструкцій при лікуванні стоматологічних пацієнтів. Однак, гіпс як і раніше, застосовується в зуботехнічній лабораторії і в клініці ортопедичної стоматології, він є найбільш доступним матеріалом, і взагалі незамінний, так як переважна більшість зубних протезів виготовляється на гіпсових моделях та гіпсових пресформах. Зуботехнічний гіпс використовується практично на всіх етапах виготовлення зубних протезів: виготовлення моделей щелеп, маски обличчя, формувальних матеріалів, паяння та інших робіт.

Мета дослідження. Проведення порівняльної оцінки фізико-механічних властивостей гіпсу для покращення якості ортопедичного лікування з урахуванням клінічно-орієнтованої технології виготовлення зубних протезів.

Матеріали та методи дослідження. Порівняльну оцінку якості різних сертифікованих видів гіпсу проводили згідно до вимог міжнародного стандарту ISO-6873 в акредитованій лабораторії доклінічних випробовувань стоматологічних матеріалів та виробів АТ «Стома». Для порівняння були взяті наступні марки гіпсу: «ГВ-Г-10 А-III», «Base Stone», «GC Fudjirok EP». Для визначення різниці в застосуванні дистильованої й водопровідної води при затворенні гіпсу, використовували його зразки з гіпсу, які в середньому мали довжину 97,8 мм. За допомогою спеціального приладу (мікрометр), вимірювали розширення зразків з гіпсу через 30 хв., 8 годин, 24 та 72 години. Фізико-механічні дослідження вище вказаних видів гіпсу вивчалися за такими параметрами: гідрофільне співвідношення (мас/%), загальний робочий час, час структуризації, відносне розширення при структуризації, відносне розширення після структуризації, міцність стиснення на 240 дослідних зразках.

Результати дослідження. Найбільше розширення зразків з гіпсу було зафіксовано при використанні гарячої водопровідної води. Зразки з гіпсу розширювалися на протязі 3 діб, що склало 0,11 мм (0,07%).

Порівняльний аналіз якості матеріалу включав узагальнення результатів лабораторного вивчення фізико-механічних властивостей різних видів гіпсу. В системі кваліметричної оцінки гіпсів досліджено індикативні властивості допоміжних матеріалів: «ГВ-Г-10 А-III», «Base Stone», «GC Fudjirok EP», що передбачено ISO-6873:

гідрофільне співвідношення (мас/%), загальний робочий час, час структуризації, відносне розширення при структуризації, відносне розширення після структуризації, міцність стиснення.

За показником гідрофільного співвідношення усі матеріали відповідають вимогам ISO-6873, однак найточніший показник має «GC Fudjirok EP» і становить  $0,28 \pm 0,01$ , тоді як у матеріалі «Base Stone» –  $0,28 \pm 0,03$ , а у «ГВ-Г-10 А-III» –  $0,29 \pm 0,01$ . Для вказаних матеріалів отримані і відповідні кваліметричні показники, інформативність коливається у межах  $(0,0 \div 0,050)$  біт та відповідно становить: «ГВ-Г-10 А-III» – 0,0 біт, «Base Stone» – 0,050 біт, «GC Fudjirok EP» – 0,050 біт. За показником «Загальний робочий час», усі досліджувані матеріали на 25-60% перевищують індикативні значення ISO-6873, що здатне забезпечувати неквапливу роботу. Так, для матеріалу «GC Fudjirok EP» загальний робочий час становить  $48,0 \pm 2,3$  хв, тоді як для матеріалу «Base Stone» –  $41,5 \pm 2,0$  хв, а «ГВ-Г-10 А-III» –  $37,5 \pm 1,5$  хв. Для вказаних матеріалів отримані і відповідні відносні стандартизовані та кваліметричні показники, які коливалися у межах  $(0,258 \div 0,424)$  біт. Час структуризації усіх зразків гіпсу для відливки комбінованих розбірних робочих моделей шелеп знаходиться у межах відповідного індикативного значення ISO-6873. При цьому, для матеріалу «GC Fudjirok EP» він становить  $18,0 \pm 0,5$ , для матеріалу «Base Stone» –  $12,8 \pm 0,8$ , для «ГВ-Г-10 А-III» –  $7,5 \pm 1,0$ , що і забезпечує відповідні кваліметричні показники досліджуваних матеріалів у межах  $(0,330 \div 0,471)$  біт. Відносне розширення при структуризації усіх досліджуваних матеріалів на 20-70% нижче індикативних значень ISO-6873, найменший показник має «GC Fudjirok EP» ( $p \leq 0,05$ ), він становить  $(0,009 \pm 0,001)\%$ , «Base Stone» – на 50% нижче, його значення  $(0,050 \pm 0,010)\%$ , а «ГВ-Г-10 А-III» –  $(0,080 \pm 0,010)\%$ . Ці закономірності і відображаються кваліметричними показниками, значення яких знаходяться у межах  $(0,258 \div 0,521)$  біт. Відносне розширення після структуризації усіх зразків гіпсу в межах індикативних значень ISO-6873, при цьому показник «GC Fudjirok EP» ( $p \leq 0,05$ ) на 45% нижче значення ISO і він становить  $(0,030 \pm 0,010)\%$ , «Base Stone» має значення  $(0,010 \pm 0,001)\%$ , а «ГВ-Г-10 А-III» –  $(0,020 \pm 0,005)\%$  і має граничне значення. Кваліметричні показники знаходяться у межах  $(0,0 \div 0,518)$  біт. Як з'ясовано в результаті аналізу даних лабораторних досліджень, міцність стиснення зразків матеріалів на 15-60% перевищує показники ISO-6873 і найбільше значення має «GC Fudjirok EP» –  $(32,0 \pm 2,1)$  МПа, наступне значення – «Base Stone»  $(28,5 \pm 1,5)$  МПа, а найнижче має «ГВ-Г-10 А-III» –  $23,0 \pm 0,8$  МПа.

Висновки. Таким чином, ми довели, що різноманітні види гіпсу мають досить відмінні фізико-механічні властивості, що не може не впливати на якість зубних протезів, виготовлених на гіпсових моделях. Тому вивчення та врахування властивостей гіпсу було і буде актуально ще багато років, оскільки він є найбільш доступним матеріалом, і взагалі незамінний, так як переважна більшість зубних протезів виготовляється саме на гіпсових моделях.

**Стеблянко А.А.**  
**ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ**  
**ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА.**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра хирургической стоматологии,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: проф. Григоров С.Н.**

Повышение эффективности лечения воспалительных заболеваний полости рта (ВЗПР) является одной из актуальных проблем современной стоматологии. В аспекте использования химически синтезированных препаратов, которые в свою очередь имеют целый ряд побочных действий, при лечении ВЗПР, предпочтение отдают лекарственным препаратам растительного происхождения.

Целью исследования явилось изучение антибактериальной активности (АА) фитопрепарата «Сандрин» («Эстери», Болгария) и исследование его клинической эффективности на этапе лечения острого одонтогенного периостита (ООП).

Объекты и методы исследования. Травяной экстракт «Сандрин» разработан с помощью современных биомембранных технологий. Основными его компонентами являются скумпия – растение, богатое танином, масляные экстракты мяты, ромашки, полыни, зверобоя, шиповника, тысячелистника, календулы, чистотела и ряда других лекарственных растений, а также эфирная композиция, содержащая масла, камфора и другие вещества: каротин, витамины С и Е. Препарат «Сандрин» обладает противовоспалительными, антимикробными, ранозаживляющими, обезболивающими и кровоостанавливающими свойствами.

Антибактериальную активность препарата «Сандрин» изучали в разведении 1:5, 1:10, 1:20 методом «колодцев». Были использованы клинические и тест-штаммы *Pseudomonas aeruginosa* 27853, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Micrococcus luteus* ATCC2665, *Staphylococcus aureus* ATCC 27853, *Bacillus cereus* ATCC 10702 и *Candida albicans* ATCC 885/653, которые являются представителями грамположительной и грамотрицательной микрофлоры.

Проведено обследование, лечение и наблюдение в динамике 19 больных в возрасте от 18 до 45 лет, которые находились на стационарном лечении в челюстно-лицевом отделении Областной клинической больницы г. Харькова по поводу ООП.

Постановку диагноза проводили на основании клинических и рентгенографических методов исследования. Больные были разделены на три группы: пациентам I группы применяли экстракт «Сандрин» в разведении 1:5, пациентам II группы – 1:10 и III группы – 1:20. Лечение больных проводили в соответствии с протоколом лечения ООП. Всем больным сразу после хирургического вмешательства лунку удаленного зуба заполняли тампоном, предварительно пропитанным экстрактом соответствующего разведения.

Результаты исследования. Результаты бактериологического исследования показали, что экстракт «Сандрин» в разведении 1:5 и 1:10 проявил бактерицидное действие ко всем исследуемым культурам. В разведении 1:20 к некоторым из них бактерицидное действие было снижено. На 2 сутки после операции исчезли боли, уменьшился отек тканей области лунки удаленного зуба, отмечалось начало образования грануляционной ткани у всех (100%) больных I группы, у 86% больных II группы, у 74% больных - III группы. На 4-е сутки наблюдался активный процесс образования грануляций в лунках удаленных зубов у больных всех трех групп

(100%). На 6-е сутки все параметри изучаемых признаков составили 100% у всех пациентов, что соответствовало полному исчезновению болей, исчезновению отека и гиперемии в области лунки и сокращению размеров раны.

Выводы. Таким образом, проведенное лечение ООП с использованием экстракта «Сандрин» в выбранных разведениях явилось во всех случаях рациональным. Более комфортным для больных из-за отсутствия выраженного вяжущего действия явилось использование разведения 1:10 при сопоставимой клинической эффективности в I и II группах.

**Сухіна І. С.**

## **ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ МУКОЗИТУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

**Харківський національний медичний університет**

**Кафедра стоматології**

**м. Харків, Україна**

**д.мед.н., проф. Соколова Ірина Іванівна**

Один з найбільш негативних наслідків сучасної протипухлинної терапії є мукозит, терапія якого досі не забезпечена ефективними стандартними протоколами допомоги.

Мета роботи: підвищити ефективність профілактики побічної дії цитостатичної терапії в порожнині рота у пацієток з раком молочної залози шляхом вивчення патогенетичних механізмів її розвитку та обґрунтування профілактичних заходів на тлі поліхіміотерапії.

Матеріали та методи. Для достовірності результатів даного дослідження взято однорідну групу пацієток – 161 жінка, хвора на рак молочної залози (РМЗ) T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> – T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub> стадій, згідно Міжнародної класифікації TNM (Tumor, Nodus, Metastasis), які отримали на 1 етапі комбіноване лікування (операція + променева терапія) та 6 циклів ад'ювантної поліхіміотерапії (ПХТ), відповідно міжнародним стандартам, за однаковою схемою – CAF. Опитування за розробленими нами анкетами проводили впродовж всіх VI циклів ПХТ.

Хворі розділені на 3 групи. Пацієтки групи 1 тільки чистили зуби 1 раз/добу будь-якими зубними пастами; ополіскувачей для порожнини рота не використовували. Пацієтки групи 2 під час проведення всіх циклів ПХТ дотримувалися розробленого нами комплексу профілактично-гігієнічних заходів. Пацієтки групи 3 - дотримувалися розробленого нами комплексу профілактично-лікувальних заходів.

Результати досліджень. На підставі клініко-лабораторних досліджень встановлено, що проведення ад'ювантних циклів ПХТ у пацієток з РМЗ суттєво впливає на стан органів порожнини рота.

Застосування комплексу профілактично-гігієнічних заходів на етапах ад'ювантної ПХТ сприяло зниженню стоматотоксичності до  $66,7 \pm 6,0$  % на I циклі проти групи порівняння. Спостерігається вірогідне зниження проявів хейліту з  $15,9 \pm 4,6$  % на I циклі до повної їх відсутності на VI циклі ПХТ; мукозиту – на III циклі ПХТ –  $50,8 \pm 6,3$  проти  $73,1 \pm 8,9$  % в групі порівняння. В частоті проявів захворювань тканин пародонту вірогідна різниця спостерігається на II – IV циклах ПХТ –  $7,9 \pm 3,4$  проти  $26,9 \pm 8,9$  % в групі порівняння. Частота виникнення гіпосалівації вірогідно не змінюється протягом усіх 6 циклів ПХТ.

Застосування розробленого комплексу профілактично-лікувальних заходів як терапії супроводу у даного контингенту хворих сприяло вірогідному зниженню

стоматотоксичності проти групи порівняння в 1,5 рази на I циклі ( $56,9 \pm 5,9 \%$ ) і в 4,5 рази на VI циклі ПХТ ( $18,1 \pm 4,6 \%$ ): хейліту в 5,2 рази та захворювань тканин пародонту – в 13,4 рази на I циклі проти групи порівняння до практично відсутності на VI циклі (1,4 і 0 % відповідно); мукозиту – в 2,4 рази на I циклі, до 8,2 раз на VI циклі; гіпосалівації – вірогідно нижче в 1,7 рази, ніж при I циклі ПХТ, до 2,5 разів при V циклі проти групи порівняння.

Висновки. Стоматологічний супровід є необхідним не тільки для лікування проявів гострого стоматиту, але й для виявлення можливих субклінічних змін та їх своєчасної корекції.

**Тищенко А.В., Славич А. В., Кишкань А.А., Лагута В.А.**

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ГЕЛЯ НА РАСТИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ.**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра терапевтической стоматологии,**

**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: проф. Рябоконт Е.Н., асс. Стеблянко Л.В.**

Данные ВОЗ свидетельствуют о высокой распространённости заболеваний пародонта среди населения. В связи с этим выбор лекарственных средств, используемых для их лечения, продолжает оставаться актуальным и в настоящие дни. Особое место в стоматологии занимают препараты на растительной основе, так как вещества, содержащиеся в растениях, действуют на организм человека в целом мягко, пролонгировано и дают намного меньше побочных эффектов, чем химические вещества.

Фитотерапия является как основным, так и вспомогательным средством при лечении многих стоматологических заболеваний.

Целью работы явилось изучение эффективности клинического применения профилактического антипародонтального геля на растительной основе при лечении хронического катарального гингивита (ХКГ) и хронического генерализованного пародонтита начальной и I степени тяжести (ХГП-Н, ХГП – I).

Объекты и методы исследования. Нами проведено комплексное лечение 26 больных в возрасте 18 - 48 лет, из них с ХКГ - 9 человек, с ХГП - Н - 10, ХГП – I - 7 пациентов. Для лечения использовали гель на растительной основе «Абигель» (ПП «Латус», Украина).

«Абигель» представляет собой полужидкий гель, содержащий пихтовое масло, экстракт коры дуба, гелеобразователи на основе синтетических полимеров и воду. Основное свойство коры дуба вяжущее, она также обладает кровоостанавливающим, антисептическим и противовоспалительным действием. Пихтовое масло обладает дезинфицирующими, бактерицидными, антисептическими, противовоспалительными, обезболивающими свойствами. «Абигель» стимулирует восстановление гингивальной ткани, быстро всасывается слизистой оболочкой полости рта.

Постановку диагноза осуществляли на основании жалоб больных, данных анамнеза, клинического статуса, индексной оценки состояния тканей пародонта и дополнительных методов исследования.

Всем исследуемым пациентам после профессиональной гигиены полости рта проводили аппликации геля на щечную и язычную поверхности десен верхних и нижней челюстей, а также в десневые и пародонтальные карманы при помощи

канюли-иглы, экспозиция - 4-5 мин.. После процедуры пациентам не рекомендовали принимать пищу в течение 40 - 60 мин .В домашних условиях пациенты обучены самостоятельному нанесению на десну геля в течение 3-4 минут, 2 раза в день. Курс лечения составил 4-6 дней.

Результаты исследования. После проведенного лечения положительная динамика в течении патологического процесса в пародонте наблюдалась у 9 (100%) пациентов с ХКГ, у 9 (90%), пациентов с ХГП-Н, у 6 (85%) –с ХГП – I . У больных снизились показатели интенсивности воспаления, повысилась стойкость капилляров к вакууму, улучшились показатели гигиенических и пародонтальных индексов.

Выводы. Таким образом, полученные нами результаты указывают на эффективность применения «Абигеля» при комплексном лечении заболеваний пародонта, что позволяет рекомендовать его для применения на практике.

**Федотова Е. Л.**

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АКРИЛОВЫХ ПЛАСТМАСС ХОЛОДНОЙ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра ортопедической стоматологии**

**г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель - Янишен И. В.**

Акриловые пластмассы холодной полимеризации используются в стоматологии для реставрации и ремонта зубных протезов, изготовления временных протезов, шин при пародонтозе, моделей и др..

Целью исследования было проведение сравнительной оценки физико-механических свойств акриловых пластмасс холодной полимеризации.

Материалы и методы. Сравнительную оценку физико-механических свойств акриловых пластмасс холодной полимеризации проводили совместно с сотрудниками центральной заводской лаборатории АО «Стома» (Харьков, Украина) согласно требованиям международного стандарта ISO-10139 сертифицированных пластмасс: «Етакрил» («Стома», Харьков), «Фторакс» («Стома», Харьков), «Vertex castapres» (Нидерланды) по параметрам «Деформация при сжатии», «Изгибающее напряжения», «Ударная вязкость», «Сопrotивление истиранию», «Уровень водопоглощения», «Уровень остаточного мономера».

Результаты. По показателю деформации при сжатии, как подтверждают результаты лабораторных испытаний, все материалы соответствуют требованиям ISO-10139, однако наиболее существенно ( $p \leq 0,05$ ) отличается материал «Vertex castapres», показатель деформации при сжатии которого - наименьший и составляет  $(3,7 \pm 0,1)$  По показателю изгибающего напряжения, исследуемые материалы на 20-30% превышают индикативные значения ISO-10139, что способно обеспечивать прочность базиса при динамических нагрузках. Ударная вязкость образцов из материалов холодной полимеризации для изготовления базиса характеризуется значительным запасом прочности, что превышает соответствующее индикативное значение ISO-10139 на  $(40 \div 80)\%$ . Сопrotивление истиранию полимеризата характеризуется наибольшим ( $p \leq 0,001$ ) сопротивлением для материала «Протакрил-М» -  $(54,5 \pm 0,5)$  кДж/см<sup>2</sup>, тогда как материалы «Редонт» и «Vertex castapres» по этому свойству уступают аналогу и, в то же время превышают показатель ISO-10139 на  $(50 \div 60)\%$ . Как выяснено в результате анализа данных лабораторных исследований, уровень водопоглощения образцов материалов - предельный относительно показателя

ISO-10139 и достоверно от него и исследуемых аналогов не отличается ( $p \geq 0,05$ ), колеблясь в пределах  $(28,8 \div 29,6)$  мг/см<sup>3</sup>. При этом по уровню остаточного мономера образцы, изготовленные из исследуемых материалов на момент их изготовления характеризуются превышением содержания остаточного мономера, что соответственно снижает качество конструкции зубного протеза и требует учета в технологии полимеризации пластмасс для целенаправленного снижения удельного веса остаточного мономера.

Обобщенный анализ изученных физико-механических свойств свидетельствует о наличии специфического квалитетрического профиля для каждой из акриловых пластмасс холодной полимеризации.

Выводы. Таким образом, при применении данного материала ни в коем случае нельзя пренебрегать режимами полимеризации, поскольку наименьшее отклонение может привести к изменению физико-механических свойств пластмассы. Учитывая это, необходимы исследования способов и режимов полимеризации для обеспечения качества ортопедического протеза.

**Яковлева Д. Ю.**

## **ПАЗАРИТАРНЫЕ ИНВАЗИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Рак А. В.**

Актуальность. Паразитарные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) являются довольно редкими заболеваниями. Однако в ряде литературных источников описаны случаи эхинококкоза, трихинеллеза, лингватулеза, вольфартиоза мягких тканей лица и слизистой оболочки полости рта (К. Umesh, Nitin Verma, Esin Güven, Treville Pereira, Kirti Chaudhry). Особое место в Украине в последнее время получило распространение такого заболевания как дирофиляриоз мягких тканей челюстно-лицевой области (Григоров С. Н., Григорова А. А., Лесовая И. Г., Бодня Е. И.).

Цель. Проанализировать структуру паразитарных инвазий ЧЛО, изучить клинику, диагностику и лечение дирофиляриоза мягких тканей лица.

Задачи. Оценить распространенность дирофиляриоза на территории Харьковской области. Выделить основные закономерности клинической картины, и определить алгоритм лечения данного заболевания. Провести параллель между дирофиляриозом и другими редкими паразитарными инвазиями в ЧЛО.

Материалы и методы. Было обследовано 2 больных с подкожной формой дирофиляриоза мягких тканей челюстно-лицевой области. Проведен анализ 16 историй больных, с аналогичным диагнозом, находившихся на лечении в стоматологическом отделении КЗОЗ «ОКБ ЦЭМП и МК» за период с 2007 по 2015гг. Всем больным выполнено УЗИ области поражения. Проведен анализ литературных данных паразитарных инвазий ЧЛО.

Результаты и их обсуждение. Обобщив данные литературы и собственных клинических наблюдений, мы выделили около 8 видов паразитов, которые встречаются в ЧЛО, среди них наиболее многочисленный отряд двукрылые насчитывал 5 семейств и 86 различных видов.

В ходе исследования установлено, что дирофиляриоз чаще встречается в южных районах Харьковской области (60% больных). Типичным местом локализации являлась периорбитальная область (подглазничная, надбровная, корень носа). В



клинической картине у больных преобладали признаки острого воспалительного процесса: отечность, зуд и умеренные боли (70% больных), характерным патогномичным симптомом заболевания являлся феномен *larva migrans* (90% случаев). В 100% случаев диагноз был подтвержден УЗИ.

У одного больного был диагностирован дерматобиоз мягких тканей височной области. Из анамнеза установлено, что больной недавно вернулся из Южной Америки, где находился на протяжении 1 месяца и отметил укус насекомого соответствующей области.

Такие заболевания как: токсокароз, трихинеллез, гадатидный эхинококкоз верхнечелюстных пазух и подвисочной ямки, носоглоточный лингватулез являются редкими эндемическими заболеваниями ЧЛО по данным литературных источников и отмечены лишь единичные случаи преимущественно в тропическом климатическом поясе.

Выводы. Подкожная форма дирофиляриоза ЧЛО распространена преимущественно в южных районах Харьковской области, однако имели место спорадические случаи в ряде других районов. Заболевание протекает преимущественно с преобладанием симптомов, характерных для острого воспалительного процесса. Лечение предусматривает хирургическое вмешательство с последующей медикаментозной терапией. Миграция населения ведет к появлению «экзотических» паразитов в Украине.

## **СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТРАНІ НАУКИ**

**Алехина А.М.**

### **ЛЕГАЛИЗАЦІЯ ЕВТАНАЗІЇ В ЗАРУБЕЖНИХ СТРАНАХ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра философии,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Насонова Л. И.**

Ценность человеческой жизни ставит вопрос эвтаназии в ряд мировых проблем. С глубокой древности она вызывает многочисленные споры ученых различных направлений. Политико-правовые аспекты эвтаназии изучали О.С. Капинус, А.Ф. Кони, этическую сторону рассматривали А.А. Гусейнова, Б.Г. Юдин и др., медико-биологическую - В.И. Акопов, А.Н. Орлов, И.А. Покровский и др.

Понятие «эвтаназия» введено Ф. Бэконом в XVI в. Выделяют два основных вида эвтаназии: активная и пассивная. Активная эвтаназия предполагает применение каких-либо действий, приводящих к быстрой и безболезненной смерти. Пассивная эвтаназия представляет собой намеренное прекращение лечения больного. Также различают добровольную и недобровольную, прямую и непрямую эвтаназию.

Практика эвтаназии имеет свою историю. К ней прибегали еще со времен первобытного общества.

В 1930-е годы в массовых масштабах эвтаназия осуществлялась в Германии. Эвтаназии подвергались люди, ставшие бременем общества: с умственной отсталостью, гидроцефалией, параличом и уродствами.

После этого эвтаназия долгое время находилась под запретом. С 2002г. Нидерланды становятся первой страной, в которой легализируется активная эвтаназия, но при условии, что пациент должен быть неизлечимо болен, страдать от боли и не иметь ни малейшего шанса на выздоровление.

Следующей страной, узаконившей эвтаназией, стала Бельгия. Это право дается только бельгийским гражданам, постоянно проживающим на территории страны. Также с 2012г. Бельгия первая страна, легализовавшая эвтаназию детей. Также к этим странам относятся Швейцария, Соединенные Штаты Америки (штаты Орегон, Вашингтон, Вермонт и Монтана), Люксембург, Колумбия, Канада (Квебек). С ноября 2015 г. эвтаназию узаконила Германия.

Что касается Украины, то по мнению многих специалистов, общество еще не готово к легализации эвтаназии, так как существует вероятность возникновения злоупотреблений, таких как торговля органами, умерщвление с корыстными мотивами.

**Альков В. А.**

### **ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНИХ ДО МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ НА ПОЧАТКУ ПЕРШОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ**

**Харківський національний медичний університет,**

**кафедра суспільних наук,**

**Харків, Україна**

З початком Першої світової війни перед харківськими лікарями постало завдання надати медичну допомогу пораненим, які надходили в небаченій раніше

кількості. Такий стан речей не дозволяв робити це в тій мірі, як робилось зазвичай. Зауважимо, що вже на той час у губернії діяли шпиталі на 2 тис.ліжок загалом. Потрібно було виробити спеціальний підхід до проблеми, який би максимально враховував особливості евакуації. Як це відбувалося, можна бачити з журналів засідань військової комісії Харківського губернського земства.

По-перше, треба було розсортировувати хворих та поранених. Холерні хворі відразу ізолювалися в Миколаївській лікарні, їхніх супутників також обстежували. Цю категорію далі везти було неможна. Аби уникнути епідемії, підозрілих хворих мали возити лише в санітарних каретах. Та діагностувати всіх не вдавалось, відповідно, хворі потрапляли й за санітарні кордони. Наприклад, як помітили сестри милосердя, поранені із санітарних поїздів, передбачаючи ускладнення для себе, навмисно приховували хвороби. Було помічено, що в повітах багато хворих з підозрою на інфекційні хвороби не ізолювалося достатнім чином, адже такої можливості за відсутності заразних відділень не було.

Серйозними взаємопов'язаними проблемами були антисанітарія, поспіх та нестача організації. Поранені, при тому, що перев'язки були зроблені в належному вигляді, досягали шпиталів дуже брудними. Повністю очистити їх за один прийом було неможливо. Іноді поранених привозили не санітарними потягами, а просто в «теплушках», погано й давно перев'язаних, довго негодованих та незареєстрованих. Розвантаження таких поїздів разом із перев'язкою було дуже тривалою справою, адже допомогу треба було надати кожному. Ще й необхідно було визначити, яку саме. Так, через наплив поранених їх затримували у вагонах, деяких не перев'язували 8-10 днів. Поспіх та халатність навіть в складних випадках не були поодинокі, що призводило до серйозної шкоди здоров'ю евакуйованих. До того ж, народний ентузіазм початкового періоду війни швидко минув. Добровільних помічників, що допомагали носити поранених, ставало все менше, автомобілі добровольців приїздили для перевезення поранених в недостатній кількості. Тому було устатковано два спеціальних санітарних автомобіля на 2 ноші кожен.

Зрозуміло, що харківська міська медична та транспортна інфраструктура не була готова до масштабних евакуаційно-медичних заходів. На вокзалі діяв пункт перев'язки. Поранених доводилось вести через пасажирську станцію та платформу, що було досить незручно, але влаштовувати новий пункт було ще складніше.

Іноді місця в шпиталях губернії пустували, але виключно з тієї причини, що про них не було подано даних до евакуаційного пункту. Тому було визнано потрібним розподіляти хворих більш ефективно через центральні повітові шпиталі.

80 % доправлених були поранені легко, для них було достатньо лише догляду. Їх нерідко доручали небайдужим жителям міста, для залучення яких розклеювали листівки. Такий підхід значно полегшував життя перевантаженим медичним установам.

Таким чином, харківські лікарі отримали колосальний досвід роботи в екстремальних умовах. Саме тоді було закладено основи сучасної системи евакуації поранених та надання їм медичної допомоги. Було вироблено практичну схему надання допомоги та виявлено проблеми, що виникали при її застосуванні. Загалом надання медичної допомоги евакуйованим пораненим, з урахуванням тогочасних умов, визнається ефективним.

**Гаврилова Т. С., Немцева М. О.**  
**СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТЕРМИНАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА:  
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ**  
**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра философии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. филос. н. ст. преподаватель Кучера Т. Н.**

Сахарный диабет – это актуальная медико-социальная проблема современности, стоящая перед медицинской наукой и здравоохранением практически всех стран мира. Учёные подчёркивают, сахарный диабет занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и является ведущей причиной инвалидности, ведет к утрате трудоспособности, а также смертности в результате развития сосудистых осложнений. Анализируя социальные аспекты детерминации сахарного диабета, важно отметить, что первоочередными причинами этого заболевания являются: стрессы, наследственность, нарушение работы иммунной системы. В то же время, проблема сахарного диабета тесно связана с такими социальными аспектами: особенности образа жизни, происходящие социально-экономические изменения, рост популяции, урбанизация, а также стремительное старение населения.

Сахарный диабет – заболевание эндокринной системы. Первым сигналом о заболевании служит повышение сахара в крови (гипергликемия) и выделение глюкозы в моче (глюкозурия). Существует два вида сахарного диабета. При диабете 1-го типа (инсулинозависимого) наблюдается разрушение клеток поджелудочной железы, которые секретируют инсулин. При диабете 2-го типа (инсулинонезависимого) происходит нарушение механизма взаимодействия гормона с клетками.

Главной целью терапии является снижение уровня глюкозы в крови, предотвращение развития осложнений. Больные сахарным диабетом 1-го типа зависят от инъекций инсулина. Страдающим сахарным диабетом 2-го типа назначается диетотерапия

За последние 3 десятилетия медицина не стояла на месте. Проводились исследования, для улучшения качества жизни больных сахарным диабетом, изучалась диагностика, методы профилактики и внедрение новых методов лечения. На сегодняшний день существует 3 основных направления: улучшение препаратов инсулина и способов его доставки, а также методы трансплантации клеток поджелудочной железы.

Препараты инсулина поделили по скорости действия: быстродействующие и медленнодействующие. По способу доставки различают: кожный инсулин, оральный инсулин, инъекционный инсулин, назальный инсулин, ингаляционный инсулин. Наиболее перспективным методом доставки считают – ингаляционный инсулин. Новаторским лечением сахарного диабета является трансплантация поджелудочной железы. В течение нескольких лет было зафиксировано: 84% стали независимыми от инъекций инсулина, что позволило сделать вывод о стойкой компенсации заболевания. В будущем, ученые планируют использовать  $\beta$ -клетки поджелудочной железы, полученные с помощью генной инженерии

Таким образом, можно сделать вывод, что сахарный диабет – прогрессирующее заболевание. Трансплантация поджелудочной железы и пересадка панкреатических островковых клеток является перспективным методом лечения, но этот метод еще в

стадії розвитку і потребує додаткових наукових досліджень і фінансування.

**Гайворонська В.О.**  
**АБОРТ ЯК СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКА ПРОБЛЕМА**  
**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра філософії.**  
**Харків, Україна**  
**Науковий керівник: Гончаренко Л.О.**

Аборт відноситься до числа найстаріших проблем медичної етики і філософії, і в сучасному суспільстві ця проблема набуває все більшої актуальності. Штучне переривання вагітності суперечить поняттям сучасного гуманізму, що визнає універсальну цінність людини як особистості, і нехтує його основним принципом: "життя є найбільша цінність".

У філософів немає єдиної думки з цього приводу. Гіппократ відносився до абортів негативно, вважаючи це аморальним, і прирівнюючи їх до евтаназії – навмисного умертвіння людини. У тексті лікарської клятви, яку приносили його учні, була фраза: "Я не дам ніякій жінці абортивного песарію". Цицерон стверджував, що таким чином жінка краде у держави призначеного для неї громадянина, і повинна нести покарання. Арістотель мав протилежну думку і вважав аборт припустимим, ґрунтуючись на демографічних цілях, праві батьків відмовитися від "небажаної" дитини. З філософської точки зору – це породження щонайповнішого суб'єктивізму: створюється образ вільнодумної людини, яка сама прагне визначити, що добре, а що погано, не зв'язуючи себе ані моральними, ані релігійними принципами.

Свобода, з філософської точки зору, це можливість діяти у напрямку реалізації власних інтересів, здатність обирати і змінювати навколишню дійсність, пристосовуючи її "під себе". І найчастіше, основним аргументом прибічників абортів є "свобода вибору" жінки, і заборона цього розглядається як обмеження власної волі. Проте найпоширенішими причинами добровільного переривання вагітності є соціальні страхи: матеріальна неспроможність, страх втратити роботу, проблеми в сім'ї. Ці страхи обумовлені впливом суспільства. Споживчий менталітет, тиск на жінку з боку рідних, небажання одного з майбутніх батьків брати участь у вихованні дитини, недостатня захищеність робочого місця вагітної з боку законодавства – усе це не залишає жінці свободи вибору в реальності.

Як результат, у світі щороку здійснюється 53 млн. абортів. В Україні в останні 10 років спостерігається стійка тенденція до зниження числа випадків переривання вагітності. За цей період показник абортів на 1000 жінок знизився більш ніж у два рази, і на даний момент складає 13%. У рейтингу ВООЗ Україна входить в список країн з середнім рівнем абортів, але цей відсоток продовжує залишатися вище, ніж в розвинених країнах.

Народжуваність залежить від економічних і політичних причин, але також вона обумовлена духовним і морально-етичним розвитком українського суспільства. Отже, ми маємо впливати на нього шляхом об'єднання зусиль системи освіти і охорони здоров'я. Також, медичні працівники повинні проявляти максимальну відповідальність при постановці діагнозу, що веде до абортів за показаннями, і мати право на відмову від здійснення абортів з міркувань совісті.

**Грищенко Д.**  
**ТРАНСПЛАНТАЦИЯ И ЕЕ ПРОБЛЕМЫ ЧЕРЕЗ ТЫСЯЧУ ЛЕТ**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра философии,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Насонова Л. И.**

Человечество неумолимо движется вперед, благодаря технологическому прогрессу мы можем себе позволить такую «роскошь», как медицина. Тем не менее, мы должны смотреть вперед и не оглядываясь идти в будущее за новыми наработками, новыми идеями и стремиться к благородной цели – излечить как можно больше людей. Так каким же будет медицина через тысячу лет?

Избавиться от болезней, значительно продлить жизнь – разве это реально? Для большинства людей это звучит как фантастика. Но ведь первую удачную пересадку человеческого сердца произвели 3 декабря 1967 года. После первой операции по трансплантации сердца прошло не так много лет, а ведь за это время было сделано немало научных открытий в данной отрасли. А если мы будем не в 2015 году, а в 3015? Вполне возможно, что мы будем иметь дело с искусственным выращиванием органов и их систем. К этому времени, человечество сможет научиться создавать абсолютно автоматических роботов. Они смогут выполнять все манипуляции по пересадке невероятно точно и с минимальным риском для жизни больного. Еще в 2011 году шведские хирурги смогли впервые в истории трансплантировать искусственный орган, это была синтетическая трахея. Благодаря такому прорыву, ученые планируют в будущем использовать подобную методику для пересадки искусственных артерий, сердечных клапанов и кожи. Ведь для такого метода необходима проба стволовых клеток и материал для приживления созданный на 3Dпринтере. Таким образом, воссоздать с генетической точки зрения точную копию органа уже возможно, при этом никакого иммунного отторжения нет. Подобная технология будет применяться и в медицине третьего тысячелетия.

На данном этапе мы уже говорим о нанотехнологиях. Трансплантология и нанотехнологии могут дать бесценные плоды для человечества.

С другой стороны, перед людьми возникнет новая проблема. Человеческая жизнь уже не будет цениться как прежде, но вероятнее всего жизнь обретет новую значимость. Будет введена специальная технология времени. Если возможно регенерировать всё, что есть в нашем теле, то это бессмертность. Её нужно контролировать, именно поэтому нанотехнологи внедряют в организм генно-модифицированный белок, который будет распространен по всему телу, даже в случае замены органа или всех систем, этот белок будет контролировать жизненные функции организма. Белок сможет отключать все системы, в случае истечения времени. Время – это все, что будет существовать на тот момент. Время – это валюта, которой нужно будет расплачиваться за благо.

Если учесть все факторы, при создании такого рода системы существования на планете, жизнь будет мало чем отличаться от теперешней жизни. Сейчас, мы говорим о подмене понятий. Согласитесь, валюта никуда не делась, только изменилась с денежных единиц на единицы времени. Люди так же, как и сейчас будут продолжать умирать, от того, что не смогли заплатить за свое существование или от катастрофической нехватки времени (как валюты) для того, чтобы оплатить создание нового органа.

Новое, светлое будущее построить не так уж и легко, поскольку на смену старой несовершенной системе, приходит новая, которая, если приглядеться, имеет такую же концепцию и практически ничем не отличается от старой. Но для построения системы, приближенной к совершенной, наша задача, как врачей, создать условия, как можно лучшего существования на планете Земля.

**Гудевич Антон**  
**АБОРТ: ПРЕСТУПЛЕНИЕ ИЛИ МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА?**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра философии,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – асист. Дейнека В.В.**

Искусственные абортс делались еще в глубокой древности. В Древней Греции и Риме они не считались чем-то противозаконным и осуждались только в том случае, если аборт производился в корыстных целях или был связан с другими неблагоприятными поступками. В то же время древние врачи (например, Гиппократ) считали производство абортс делом безнравственным и недостойным врача. Так, в присяге, которую принимали врачи основанной Гиппократом школы, были слова: «... я не вручу никакой женщине абортсвного пессария».

Позднее, когда Римская империя стала нуждаться в солдатах для захвата чужих земель и увеличения числа рабов, женщина и лица, способствовавшие производству абортс, строго наказывались.

С появлением христианства искусственные абортс стали считаться не только аморальным деянием, но и тяжким грехом, так как истребление плода лишало его благодати будущего крещения. Поэтому в средние века аборт рассматривался как убийство близкого родственника и во многих странах карался смертной казнью или каторгой. В России также в семнадцатом веке существовал закон о смертной казни за вытравливание плода, который был отменен Петром Первым. Но постепенно, к началу девятнадцатого века, во многих европейских странах начинают признаваться медицинские показания к абортс и отменяться смертная казнь за его производство.

Начиная с конца девятнадцатого и начала двадцатого века не утихают дискуссии об этических проблемах абортс. Общество разделяется на противников и сторонников запрещения абортс. С одной стороны многие справедливо считают, что у врача нет морального права удалять (убивать) живой плод. С другой стороны, существуют медицинские показания, когда роды могут напрямую угрожать жизни женщины. Существуют и социальные причины, заставляющие женщин решиться на аборт – это материальная неустроенность, отсутствие жилья, работы. Проблема порой становится неразрешимой, особенно, если учесть, что христианская мораль до сих пор отвергает противозачаточные средства.

Одним из самых главных аргументов за разрешение медицинских абортс в начале двадцатого века явилась высокая материнская смертность от криминальных абортс (сделанных вне медицинского учреждения) и кесаревых сечений. Поэтому в большинстве европейских стран абортс были разрешены по медицинским показаниям.

В России абортс были разрешены сразу же после революции. И если в других странах церковь и общественность постоянно поднимали вопрос о морально-этической стороне абортс, проводилась пропаганда планирования беременности и средств контрацепции, то в СССР моральная сторона абортс не обсуждалась в

контексте християнської моралі. В результаті к концу ХХ століття в Росії і Україні абортів делалось більше, чем в любой другой стране мира, что, безусловно, сказалося на рождаемости и здоровье женского населения.

Около 70% беременностей в Украине заканчиваются абортom. Но еще страшнее то, что женщины впрочем, как и мужчины не хотят брать на себя ответственность за жизнь собственных детей.

**Демочко Г.Л.**

## **ПРОПАГАНДА МЕДИЧНИХ ЗНАТЬ У ХАРКОВІ ТА ОБЛАСТІВ СЕРЕДИНИ 50-Х РР. ХХ СТ.**

**Харківський національний медичний університет,  
м. Харків, Україна**

Розповсюдження медичних знань та пропаганда здорового образу життя було невідкладною справою радянського керівництва із самого початку його приходу до влади в Україні. Продовжувалася пропаганда медичних знань і після Другої світової війни.

Рушійною силою, яка займалася просвітництвом мас, завжди була інтелігенція. Харків, як потужний науковий центр радянської України, мав досвідчених спеціалістів з різних галузей знань. Для пропаганди медичних знань до справи залучали представників Харківського медичного інституту. Так, у середині 50-х років минулого століття 98 осіб – професорів, доцентів та асистентів, увійшли до складу Товариства з розповсюдження політичних та наукових знань. Основна форма роботи, яку виконували медики-науковці, являла собою просвітницькі лекції, які читалися жителям міста та області.

Для прикладу наведемо дані за 1954 рік, які показують, що для населення прочитано тринадцять лекцій, тобто кожного місяця харків'яни мали змогу збиратися у лекторії та заслуховувати інформацію від науковців. Вісім лекцій у цьому році прочитані для лікарів з метою підвищення їхньої кваліфікації. Значна частина лекцій присвячувалася історії медицини. Серед тем, які почули містяни, згадаємо такі: «Співдружність російських та українських вчених у створенні вітчизняної медицини», «Про розвиток наукового надбання І. Павлова в Україні», «Про діяльність великого російського хірурга М.І. Пирогова». Відзначимо й лекції на такі злободенні теми, як «Дива та їхні наукові пояснення», «Вплив алкоголю на психіку людини», «Зимові види спорту та їхнє гігієнічне значення», «Хімія крові», «Робота І. Павлова з фізіології харчування». Не дивлячись на те, що доповіді мали певне ідеологічне забарвлення, вони були надзвичайно цікаві та необхідні пересічним мешканцям.

Лекції читалися у місцях великого скупчення людності – у будинках культури, на виробництвах, в установах та організаціях. Науковці навіть виїжджали в область, щоб прочитати лекції у радгоспах, колгоспах та МТС. Лікарі з клінік медичного інституту прочитали у 1954 році 300 лекцій, 30 % з яких пролунали у різних районах Харківської області.

Популяризація медичних знань відбувалася не тільки шляхом лекцій, а й через друковані засоби масової інформації – газети і журнали. Оскільки в цей час газети були найпопулярнішим та найдоступнішим джерелом отримання інформації, то медична професура Харкова готувала статті до таких видань, як «Красное знамя» та «Соціалістична Харківщина». На шпальтах друкованих видань з'явилися статті на злободенні для харків'ян теми – «Про шкідливість алкоголю», «Гіпертонія та засоби для її застереження», «Сон та його лікувальне значення» та інші.



Медичні знання поширювалися не тільки для пересічного населення, а й для студентів-медиків, які залюбки готували інформацію з різних питань та поширювали її через стінні газети. Так, рупором медичної просвіти стали загально університетська стінна газета «Наш крокодил», газета «Спорт», газети, які видавалися Радою гуртожитків та Студентським науковим товариством. Серед питань інститутського чи гуртожиткового життя студенти підіймали і питання здоров'я молодого покоління тощо.

Як висновок можна відзначити, що харківська наукова медична спільнота внесла значний внесок у виховання відповідального ставлення до свого здоров'я серед найбільших категорій Харкова та області – робітників і селян. Науковці прищепили їм навички самостійного контролю за показниками життєдіяльності, надали інформацію щодо переваг ранньої діагностики небезпечних хвороб тощо. Таким чином, населення міста отримувало надзвичайно важливу інформацію з профілактики та лікування захворювань, адаптовану для найчисленніших категорій населення Харкова.

**Диасамидзе М. Э., Хмызова Д. С.**

## **МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА – ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра философии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – асист. Дейнека В.В.**

Первые прогрессивные концепции медицинской этики, дошедшие до нас из глубины веков, зафиксированы в древнеиндийской книге «Аюрведа» («Значение жизни», «Наука жизни», ок. XXX в. до н.э.). В ней наряду с проблемами добра и справедливости высказываются наставления врачу быть сострадательным, доброжелательным, справедливым, терпеливым, спокойным и никогда не терять самообладание. Обязанности врача заключались в постоянной заботе об улучшении здоровья людей.

К числу сохранившихся древних источников медицинской этики относятся законы Древнего Вавилона (XVIII в. до н.э., «Законы Хаммураппи»), которые гласят: «Если врач произведет какую-либо серьезную операцию и причинит больному смерть, то он наказывается отсечением руки».

Большое развитие медицинская этика получила в Древней Греции и ярко представлена в клятве Гиппократов (V в. до н.э.). Впоследствии, студенты, оканчивающие медицинские учебные заведения, подписывали «факультативное обещание», в основу которого были положены нравственные заповеди Гиппократов. Клятва Гиппократов оказала большое влияние на развитие медицинской этики в целом, т.к. считается, что основные принципы медицинской этики сформулировал Гиппократ. Этические принципы, сформулированные Гиппократом, получили дальнейшее развитие в работах римских врачей: Авла Корнелия Цельса, Клавдия Галена и других.

Большое влияние на формирование медицинской этики оказали врачи Востока и, прежде всего, Абу Али ибн-Сина (Авиценна).

Требования к медицинской этике на территории Украины прошли тот же путь, что и в других государствах. «Изборник Святослава» (11 век) содержат указания на то, что монастыри должны давать приют не только богатым, но и бедным больным.

Свод юридических норм Киевской Руси «Русская правда» (XI-XII века) утвердил положение о праве на медицинскую практику и установил законность взимания медиками с заболевших платы за лечение.

Если перед анатомами эпохи Возрождения и средневековья стояли серьезные моральные проблемы в отношении правомочности вскрытия трупов, а иногда это было представлением на публике, то в 1968 году 22-я Всемирная ассамблея обсуждала этические аспекты пересадки сердца. В последнее десятилетие возникло этическая и юридическая ситуация с клонированием человека, использованием стволовых клеток, использованием органов и тканей, заимствованных у трупа, оценкой констатации биологической смерти и прочее.

Та часть этики, предметом которой является учение о долге человека перед другим человеком и обществом в целом, именуется деонтологией.

Понятие деонтологии было сформулировано английским правоведом И. Бентоном в начале XIX века для наименования науки о должном поведении человека. Соответственно, «медицинской деонтологией» называется учение о должном поведении медицинских работников, способствующем созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного.

Таким образом, теоретической основой деонтологии является медицинская этика, а деонтология, проявляясь в поступках медицинского персонала, представляет собой практическое применение медико-этических принципов, обусловленные спецификой медицинской профессии.

**Дідова Т.В.**  
**СТАТЕВИЙ ТА ГЕНДЕРНИЙ ПІДХОДИ У МЕДИЦИНІ**  
**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра філософії. Харків, Україна**  
**Науковий керівник: Карпенко К.І.**

Медицина обертається навколо стандартного плану лікування: найкращого курсу для усіх. Якщо це не допомагає, то лікар разом із пацієнтом вимушені скористатися іншим планом. Часто таке лікування стає методом спроб і помилок. Не погоджуючись із такою ситуацією, усе більше науковців та лікарів наголошують на індивідуальному підході до кожного пацієнта.

Історично склалося так, що медичні дослідження, насамперед, зосереджувалися на чоловічому тілі як основі для клінічних досліджень. Результати таких досліджень часто застосовуються медичними працівниками і традиційно передбачають єдиний підхід у лікуванні пацієнтів чоловічої і жіночої статі. Останнім часом науковці усе частіше підкреслюють важливість прийняття до уваги статі пацієнта, бо встановлена певна розбіжність симптомів та різна відповідь на ідентичне лікування. Статевий та гендерний напрямки мають бути важливими факторами профілактики та лікування захворювань. Уся справа в тому, що, крім зовнішніх відмінностей в будові тіла і функціонуванні репродуктивних систем чоловічого і жіночого організму, існують статеві особливості виникнення, перебігу, профілактики та лікування захворювань, які назовні здаються однаковими.

Наприклад, лікарі називають виключно жіночими патологіями захворювання щитовидної залози та цистит, суглобові проблеми і шийний остеохондроз, холецистит і жовчнокам'яну хворобу, запори і гіпертонію, інсульт і «гуляючі пальці». Чоловічими вважаються панкреатит, виразка шлунка, гепатоз, подагра, інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця та сечокам'яна хвороба. Гендерна стать, на відміну від

біологічної статі, є соціально визначеним феноменом. Стать – це генетичні, фізіологічні або біологічні характеристики людини, які вказують, чи є особа жінкою або чоловіком. Гендер, у свою чергу, пов'язаний з тим, що у суспільних відносинах нас сприймають як жінок чи чоловіків. Але ж добре відомо, що характеристики, які вважаються чоловічими чи жіночими в одній культурі можуть сприйматися діаметрально протилежно в іншій. А тому у різних культурах й поняття гендерної ролі буде зовсім різним для чоловіків і жінок. Саме ці «ролі» суттєво впливають на здоров'я індивідуума.

Приклади статевих відмінностей між чоловіками та жінками:

- ✓ На біль чоловіки відповідають підвищеним кров'яним тиском, а жінки підвищеною кількістю серцевих скорочень, тиск же при цьому не змінюється, або може впасти.
- ✓ Через високий тиск у чоловіків збільшується у розмірах лівий шлуночок, а у жінок камера не збільшується, але потовщується м'язовий прошарок.
- ✓ Приклади гендерних відмінностей:
- ✓ В Австралії у чоловіків меланома частіше розвивається на спині і плечах, а у жінок на гомілці.
- ✓ Випадки самогубств і аварій частіше зустрічаються у чоловіків, жінки ж більше страждають на депресію.

Здається нелогічним, що у такій позитивістській та ієрархічній області науки та практики, більшу частину часу дослідники оперують лише частковими знаннями. Для досягнення більшої доказовості, збільшення ваги знань та кращого розуміння понятійного апарату сучасної медицини цілком виправданим є поширення впливу гендерної медицини.

**Зварыч К. и Журавлев Е.**

### **3D-ПРИНТЕР КАК БУДУЩЕЕ МЕДИЦИНЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра философии,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – к. соц. н., доц. Марущенко О.А.**

В последние десятилетия инновационные технологии все активнее служат развитию медицины, решению ранее недоступных задач, показывая одновременно и новые горизонты становления данной отрасли. Технология изготовления физических трехмерных объектов с использованием цифровых данных – 3D-печать – как раз является примером того, как технологии способны коренным образом преобразовать возможности медицины, ее потенциал.

3D-печать впервые была разработана в 1984 году Чарльзом Хуллом, вскоре получив патент и название – «стереолитография». Основой работы 3D-принтера служит запрограммированное послойное воссоздание модели. Технологии реализации могут быть различными. Существует два основных подхода печати: лазерный и струйный.

Сегодня процесс печати выглядит примерно так: у больного берут часть клеток с помощью биопсии, помещают в чашку Петри для роста и размножения. После клетки загружают в принтер, настроенный на разработку определенной ткани, а программа определяет, в каком сочетании их собирать. Например, на создание одного фрагмента печени уходит около 45 мин. Кости и хрящи делать легче.

В Корнуоллском университете смогли за несколько дней напечатать

жизнеспособную копию межпозвоночного диска человека и даже пересадить ее пациенту. Через считанные месяцы этот диск стал частью позвоночника. Таким же образом в 2015 году американская компания Organovo воспроизвела часть печени толщиной 500 мкр, что составило 20 клеточных слоев. Ткань смогла самостоятельно жить и выполнять все функции в течение 45 дней.

Вирджинский университет заявил о готовности выплатить \$ 1 млн компании, которая в ближайшее время создаст человеческое сердце. Сейчас ближе всего к достижению данной цели находится американский Cardiovascular Innovations Institute, специалисты которого разрабатывают программу формирования молекул сердечной мышцы.

Согласно прогнозам ученых из США, до 2020 года более 120 тыс. американцев, ожидающие трансплантации органов, начнут получать их не от доноров, а от машин. Технология печати должна продвинуться настолько, чтобы создавать искусственные глаза и сердца. Уже сейчас в Принстонском университете готов прототип бионического уха, выращенного из живых клеток и содержащего антенну, которую можно подключить к слуховому нерву.

Открытием осени 2015 года стала возможность печати на 3D-принтере искусственных костей. Кальций и фосфор – основные элементы, из которых состоит костная ткань. Если имплантат сделан из кальций-фосфатного соединения, организм принимает его «за своего» и не отторгает. В Томском политехническом университете удалось из этого соединения сделать плотный и одновременно пористый материал, очень близкий по структуре к костной ткани, к тому же биоразлагаемый (после выполнения своей функции имплантат на его основе должен замещаться костной тканью и растворяться).

Сегодня появляются энтузиасты, которые не только хотят поставить 3D-принтер на служение медицине, но стремятся и вовсе сделать его массовым ресурсом. Недавно был создан прототип уличного автомата для 3D-печати (проект получил название Dreambox): посредством интернет передается образец требуемой модели, а результат можно забрать в месте установки автомата. Вполне возможно, в ближайшем будущем такой аппарат будет стоять в каждом доме, печатая владельцу любые предметы...

**Чан Линда, Ивлева А.О.**

## **3D ПЕЧАТЬ ОРГАНОВ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра философии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к. филос. н. ст. преподаватель Кучера Т. Н.**

На сегодняшний день существует огромное количество медицинских разработок, направленных на сохранение жизни человека и ее улучшение. Одной из самых интересных и перспективных идей, которая привлекла наше внимание, является 3D печать органов. Разработка данного метода - настоящий прорыв в трансплантологии, который позволит исключить нехватку донорских органов во всем мире. Это может спасти десятки тысяч жизней каждый год. Кроме того, 3D-печать органов позволила бы создавать отдельные фрагменты тела человека, что послужило бы будущим хирургам в качестве учебного пособия. Биопринтеры не только используются для синтеза органов и тканей. Установлена их способность в

производстве лекарственных препаратов. Таким образом, преимущество этой разработки в современном мире очевидно.

3D-печать органов осуществляется специальным устройством – биопринтером. Ученые все ближе и ближе подходят к его усовершенствованию и апробации [2]. Наглядным примером основного принципа печати органов являются первые трансплантации мочевого пузыря для семерых пациентов в Северной Каролине. Ими руководил Энтони Атала со своими коллегами из Wake Forest Institute for Regenerative Medicine [3]. Выращивание мочевого пузыря происходило следующим образом: ученые брали небольшое количество ткани от образца мочевого пузыря (чтобы предотвратить отторжение и иммунный ответ организма). Эту ткань наносили на биологический мочевой пузырь, который имел температуру оптимальную для роста и развития ткани. Клетки начинали делиться, и уже через несколько недель мочевой пузырь был готов к трансплантации.[3]

Несмотря на значительный прорыв, эта технология задает множество морально-этических вопросов, среди которых самыми важными являются:

- ✓ Этично ли продавать органы, разделяя тем самым людей на богатых и бедных?
- ✓ Не является ли это спусковым крючком безответственного отношения человека к своему здоровью, ведь любой «убитый» вредными привычками и образом жизни орган может быть легко восстановлен?

Следует подчеркнуть, что на данном этапе апробация и применение метода 3д печати органов является актуальным и для Украины. Учитывая сложность экономического, социально-политического курса развития страны, 3D-печать органов является важным научно-исследовательским проектом который требует финансирования и может быть использован в трансплантологии. С другой стороны, государство должно контролировать применение 3D-принтера, чтобы предотвратить его использование в корыстных целях.

**Гльїн В. Г., Гончаренко А. А., Шевякова О. М.**  
**МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра суспільних наук**  
**Науковий керівник: Гльїн В. Г.**

Указом Президента України 2016-й рік оголошено роком вшанування учасників ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС і пам'яті жертв Чорнобильської катастрофи. Це ще раз повертає нас до сторінки історії, яка має великий гуманний виховний потенціал, спонукає враховувати помилки, що призвели до трагедії, розуміти характер радянської системи, яка зумовила специфіку ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. Зокрема, заслуговує на увагу чесна і самовіддана поведінка медичних працівників, які з перших годин аварії опинилися сам на сам з невідомістю і вбивчою радіацією.

Серед перших тридцяти жертв катастрофи були медики невідкладної допомоги Прип'ятської лікарні, які працювали на місці аварії, не маючи жодних відомостей про ступінь загрози, спеціальних ліків чи захисного одягу. Першими прибули на місце аварії і тривалий час знаходилися поруч з ураженими, доправляючи їх до лікарні, фельдшер О. Скачок, водій А. Гумаров і 28-річний лікар Валентин Петрович Белоконь.

Лікарі та персонал станції не уявляли рівню радіаційного забруднення навколо неї через відсутність вимірювальних приладів, медсанчастина ЧАЕС не мала

радіометричної апаратури і не була підготовлена до прийому уражених радіацією. Через 14 годин після аварії з Москви прилетіла бригада у складі фізиків, лікарів-радіологів і гематологів, які відібрали перших 28 осіб для термінової відправки до Москви, більшість з яких згодом померла.

Велику допомогу у лікуванні постраждалих надала низка установ, зокрема, Київський науково-дослідний інститут педіатрії, акушерства і гінекології, Київські НДІ гематології і переливання крові. Професор інституту рентген-радіології та онкології МОЗ УРСР Л. Кінзельський, попри заборону центрального московського керівництва, здійснював трансплантацію кісткового мозку за іншою методикою, внаслідок чого у Києві вижили усі 11 ліквідаторів, яким робилася операція, в той час, як у Москві з 13 ліквідаторів померло 11.

У ліквідації наслідків аварії брали участь і харків'яни: лікар НДІ медичної радіології Л.О. Гайсенюк, заступник головного лікаря студентської лікарні М.Г. Фоміна, майбутні співробітники Харківського медичного університету В.П. Бережний, Б.А. Залевський, Л.В. Подрігало, майбутній головний лікар Першої клінічної лікарні І. Г. Терешкін.

Ліквідація наслідків аварії відбувалася в умовах відсутності офіційної інформації про катастрофу всередині СРСР до 8-14 травня. Секретність пояснювалася неповнотою даних про масштаби катастрофи і побоюванням радянського керівництва, що в умовах «холодної війни» виток несприятливої для СРСР інформації буде використаний проти нього. В результаті були піддані ризику сотні тисяч учасників першотравневих демонстрацій у містах України. Разом з тим, розповсюдження у західній пресі неправди про аварію зумовило зворотні дії радянського керівництва – до СРСР були запрошені фахівці МАГАТЕ, американські лікарі Р. Гейл і П. Тарасакі, закуплене обладнання і медикаменти у 15 країнах світу на суму понад мільйон доларів.

Шкоди здоров'ю ліквідаторів завдало гальмування керівництвом Інституту біофізики МОЗ СРСР впровадження нових прогресивних методів детоксикаційної терапії променевої хвороби, які розробила група київських вчених на чолі з академіком АН УРСР К.С. Терновим. Такі дії були зумовлені суперництвом між московськими і київськими фахівцями. Тим не менш, передові розробки все таки отримали схвалення на союзному рівні, що дало змогу розпочати промислове виробництво нових ентеросорбентів.

По мірі ліквідації наслідків аварії з'явилися нові лікувальні заклади: 1987 року у Києві розпочав роботу Всесоюзний науковий центр радіаційної медицини Академії медичних наук СРСР, у 1991 р. 1-а обласна лікарня у Харкові, призначена для лікування радянської номенклатури, була трансформована у реабілітаційний центр для постраждалих від Чорнобильської катастрофи.

**Глебова О. и Слободян А.**

## **СОВРЕМЕННЫЙ BIOTEХНОЛОГИИ В ЗДОРОВЬЕ: ЗА И ПРОТИВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра философии,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – канд.социол. наук, доц. Ю.С. Седая**

Биотехнология – это междисциплинарное направление в науке, в основе которого лежит решение актуальных проблем человечества. Современные достижения в биотехнологии заложили основы новой медицины. Именно они

создают технологическую платформу для разработки новых методов диагностики и лечения, именно они, значительно облегчают разработку новых лекарственных препаратов, делая их быстродействующими, более дешевыми и безопасными, а также, в определенной степени более эффективными.

В настоящее время ведутся разнообразные биотехнологические разработки новейших методов лечения на основе генной и клеточной терапии, что предполагает лечение определенных видов раковых заболеваний, а также генетических и нейродегенеративных заболеваний, таких, как болезнь Альцгеймера и Паркинсона.

Благодаря достижениям науки в этой области, стало возможным проведение генетической паспортизации, то есть, полного исследования и анализа гено типа человека, для определения предрасположенности к различным заболеваниям.

Однако, несмотря на значительные достижения в развитии методов современной биотехнологии, отношение к ним все еще остается неоднозначным.

Так, помимо существующих успехов, есть опасения, что работы в этой области могут представлять угрозу для человека и биосферы. Все чаще поднимаются вопросы, связанные с вопросами биоэтики и биобезопасности.

Ряд ученых, высказывают опасения, о том, что достижения биотехнологий могут иметь разрушительные последствия, связанные с угрозой безопасности и свободы человеческой природы. В качестве примеров, современные ученые указывают на:

биотерроризм (например, генетически измененные бактерии, стойкие к лекарственным воздействиям, или препараты, стирающие память);

агентов социального контроля (например, медикаменты для усмирения хулиганов или блокировки рождаемости);

средства, предназначенные для улучшения или усовершенствования тел (например, развитые путем генетической инженерии сверхмускул или применение препаратов, улучшающих память)

Актуальным вопросом, на который нам, хотелось бы обратить внимание является вопрос, связанный с развитием международного проекта "геном человека".

Таким образом, только нравственные убеждения людей, на наш взгляд, являются единственными для защиты человечества от разрушительных последствий использования современных биотехнологий.

Если мировому научному сообществу удастся ответственно подойти к выработке и применению биоэтических норм и принципов для устранения актуальных «болевых точек» дальнейшего развития биотехнологий в медицине, интегрировать биотехнологические аспекты в процессы транснационального взаимодействия и социального контроля, то есть все предпосылки для того, чтобы на основе безопасного использования подобных технологий, сделать, самый значительный в истории развития человеческой популяции скачок в эволюции цивилизации.

Мы должны помнить, что самое ценное человеку было дано природой, поэтому необходимо пытаться больше заботиться о своем здоровье, чтобы в будущем не обращаться за помощью к биотехнологиям.

**Кордюмова А.**  
**ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ АБОРТ ПРЕСТУПЛЕНИЕМ?**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра философии,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Насонова Л. И.**

Аборт является одной из самых обсуждаемых, актуальных и разносторонних проблем современного общества. Эта проблема затрагивает не только медицинские, но также и философские, юридические и теологические аспекты. С точки зрения медицины, аборт- это медикаментозное или хирургическое вмешательство, с помощью которого производится прерывание беременности. Оно может осуществляться как по состоянию здоровья, так и по собственному желанию женщины.

Ещё с древних времен данная проблема не давала человечеству покоя. У каждого народа было собственное мнение по этому поводу. Первые упоминания встречаются в папирусах Древнего Египта и Греции. Поначалу, прерывание беременности не считалось чем-то абсурдным. Существовали «бабы-повитухи», которые могли оказывать помощь беременным и в случае нежелательной беременности, избавляться от плода. В Древней Индии наоборот, аборт признавался тягчайшим преступлением, прощению которому не было. Позже, когда мир начала охватывать такая религия как христианство, аборт считался тяжким грехом – убийством невинного, поскольку Церковь и религиозные догматы утверждали, что зарождение человеческого плода является даром и волей Божьей. Сейчас же современное общество разделилось на 2 лагеря – те, кто считает аборт «детоубийством», и те, кто считает это правом женщины и относится к данной проблеме нейтрально.

Представьте ситуацию: женщина узнала, что она беременная. Это совершенно не входит в её планы, поскольку у неё намечено много идей: закончить институт, найти хорошую работу, путешествовать, и ещё большой список желаний. Беременности не рада как будущая мама, так и будущий папа. И как стоит поступить девушке: избавиться от ребенка и тогда все решится само собой или оставить, зная, что это ещё добавит трудностей? Действительно ли эмбрион является лишь частью материнского организма, результатом слияния гамет? Или же это уже новая личность, маленький человек, который имеет свои права?

С одной стороны, со стороны «либералов», каждая женщина до момента рождения имеет право о принятии решения насчет проведения аборта. Нерожденный плод ещё не считается личностью, не является членом общества, его никто не воспитывал, он не имеет собственных мыслей и моральных принципов. Аборт- это также контроль рождаемости. С помощью него можно контролировать не только прирост популяции, но и качество популяции. Ведь не все рождаются абсолютно здоровыми, существует большое количество патологий. Причем патологии не легкого характера, а которые могут привести к летальному исходу, как не на первых этапах развития, так на последующих.

Другая точка зрения абсолютна противоположная первой. Большая часть населения планеты- люди верующие. Нет такой религии, где прерывание беременности не то чтобы поощрялось, а даже считалось нормой. Поэтому данный метод рассматривается как прямое умышленное убийство нерожденного представителя вида *Homo sapiens*. Плод с самого момента слияния сперматозоида с



яйцеклеткой рассматривается как личность, которой только нужно дать первое право-жизнь.

Моя же точка зрения такова: женщина, как и любой человек, имеет полное право принимать решения, которые она считает нужными. Но она должна помнить, что данный метод прерывания беременности может закончиться как невозможностью иметь детей в будущем, так и вообще летальным исходом. Также большинство девушек и женщин будут мучать мысли: «А что было бы, если бы я оставила ребенка? Какова была бы моя дальнейшая жизнь? Стоило ли это делать?» Такие мысли могут привести к психологическим заболеваниям, стрессу и депрессии. Я считаю, что аборт не является преступлением, если он необходим по медицинским показаниям, если это угрожает здоровью как матери, так и ребенка. Таким образом, относясь серьезно и ответственно к своему будущему, вы сделаете счастливыми себя и своих будущих детей.

**Кромский П. , Умрихина А.**

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ КАК ФЕНОМЕН КУЛЬТУРЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра философии,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – д. филос. н., проф. Алексеенко А.П.**

«Медицина столь же мало может обходиться  
без общих истин философии, сколько последняя  
без доставляемых ей медицинских фактов...»

Гиппократ

В философии и медицине наблюдается тесная взаимосвязь со многими элементами культуры. Культура предполагает системный подход и соответственно наличие в ней постоянных составляющих, которые являются интегрирующими по отношению ко всем культурным элементам.

И философия, и медицина являются довольно древними феноменами культуры в историческом плане. Взаимосвязь философии и медицины очевидна, ведь их объединяет общий предмет изучения – человек. На протяжении многих веков известнейшие философы, медики и естествоиспытатели в своих трудах старались увидеть и постичь тайны человеческой жизни посредством объединения философского и медицинского начала. Взаимосвязь философского и медицинского знания напрямую зависела от уровня культуры, который формировался на каждом историческом этапе развития человеческого общества, ибо он, в конечном итоге, определял востребованность такой взаимосвязи. Современная философия является своеобразным фундаментом медицинского знания, что объединяет разрозненные частные исследования и предусматривает системное применение их к изучению качественно своеобразной живой системы – человека.

Для служителей медицины знание основ философии – это вопрос становления человеческого духа, это общечеловеческое образование и воспитание, в основе которых гуманизм, честность, высокая нравственность. Без этих составляющих нельзя говорить о полноценной медицине и квалифицированном докторе. Медицина в своих основных теоретических разделах все в большей степени осознает необходимость в философском фундаменте, без которого дальнейший положительный рост медицинских знаний становится проблематичным.

Современные исследования в медицине характеризуются тем, что теория медицины перестает основываться на одном только естественнонаучном знании. Рост числа нервно-психических расстройств, выявление психогенного механизма соматических болезней, зависимость терапевтических эффектов от личностных факторов и другие факторы потребовали более широкого подхода к пониманию жизни человеческого организма и существа его патологии. В связи с этим определилась такая тенденция, которая способствует расширению базовой медицины и внедрению в ее объяснительные конструкции гуманитарных знаний наряду с естественнонаучными. Таким образом, в современных условиях наблюдается рост зависимости медицинской теории от философского знания.

Сегодня ясно, что естественнонаучных оснований недостаточно для решения всех проблем медицины. Из этого следует, во-первых, что основной базис медицины требуется расширить не только в пределах естественнонаучной базы, но и за ее гранью. Во-вторых, проблемы ценностей все чаще всплывают в медицине, независимо от того, относится ли это к теоретическим или к практическим данным.

В конце XX в. сфера взаимодействия философии и медицины стала довольно обширной и разнообразной, что проявилось в возникновении биомедицинской этики, которая направлена на систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в какой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов. В итоге можно сделать вывод о том, что взаимосвязь философии и медицины испокон веков проявлялась в их единстве, поэтому разделять эти две основы человеческого знания и деятельности совершенно нецелесообразно.

**Могрицкая В.М.**

## **АБОРТ КАК МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКАЯ И ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра философии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Гончаренко Л.О.**

---

Аборт – это искусственное прерывание беременности на сроке до 12 недель (по социальным показаниям – до 20 недель), или же при весе плода до 400 грамм.

Первое упоминание об абортах мы находим в Китае. Противоречивое мнение об абортах сложилось в Древней Греции и Римской империи: Гиппократ запрещал аборт, тогда как Платон в своем трактате «Государство» утверждал, что дети из низшего класса и дети с пороками должны быть уничтожены. В Средневековой Европе искусственное прерывание беременности каралось смертной казнью. В 1913 году в Российской Империи впервые в мире разрешается аборт по желанию. В 1936-1955 гг. – аборт в СССР были запрещены, но уже в 1987 году разрешены аборт по социальным показаниям. В настоящее время, стремясь социально раскрепостить женщину, во многих странах мира стали пренебрегать морально-этическими и правовыми нормами, и разрешили аборт без ограничений.

Аборт нельзя рассматривать только как негативное или только как позитивное понятие: легализация абортов несет демографическую угрозу государствам, в то время как их запрет ведет к увеличению числа детей-сирот и проведения незаконных абортов, в результате которых возрастает смертность среди пациенток. Так, к примеру, статистика в СССР за 1936-1990 гг. свидетельствует о том, что с появлением

запретов на аборт в 1936 году, возросло количество незаконных аборт (с 12460 тыс. до 47980 тыс.), резко увеличилась смертность среди матерей (с 1800 человек до 8000) и среди детей (с 500 до 1600).

Аборт – это проблема прав человека, так как каждый человек имеет право на жизнь. По всем критериям современной биологической науки жизнь присутствует с момента зачатия ребенка. Актуальность проблемы подтверждается тем, что ежегодно 75 млн. женщин сталкиваются с проблемой искусственного прерывания беременности.

Существуют три точки зрения на проведение аборт: консервативная (категорически против), либеральная (аборт – решение самой матери) и умеренная (по социальным показаниям). Несмотря на существование этих позиций, все мировые религии считают аборт тяжелым грехом и недопустимым явлением.

До недавнего времени медицинские работники стояли перед сложным морально-этическим и правовым выбором, т.к. они давали клятву Гиппократу, обещая: « Я не вручу никакой женщине абортивного пессария». Однако не было правовой ясности в том, что нужно было делать в случае, когда беременность угрожала жизни матери?

По итогам моего исследования в медицинском обществе выяснилось, что респонденты разделились на три группы, однако большинство опрошиваемых занимает умеренную позицию (22 человека из 30), которые считают, что аборт допустимы при социальных и медицинских показаниях.

Резюмируя выше изложенное, отмечу, что полная легализация искусственного прерывания беременности в большей степени негативна, чем позитивна. Такое положение требует пересмотра этой позиции и внесения соответствующих изменений в законодательство с целью повышения ответственности населения за планирование и зачатие детей. Правовые ограничения необходимы для предупреждения демографической и экономической угрозы стране. Важной также является морально-этическая сторона данной проблемы: неограниченное количество аборт негативно влияет на формирование у молодого поколения образа матери и семьи, дает ощущение вседозволенности, разрушает ценностное представление о жизни человека.

**Набок Т.А.**

## **СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ НАСЛІДКИ ВПЛИВУ МОДИ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

**Харківський національний медичний університет**

**Кафедра філософії.**

**Харків, Україна**

**Науковий керівник: Гончаренко Л.О.**

Із давніх-давен мода була невід'ємною частиною буття суспільства. Люди завжди намагалися прямувати за тенденціями моди, намагаючись бути кращими та відрізнитися від інших. Та не завжди замислювалися над тим, як це віддзеркалюється на їхньому здоров'ї.

Метою роботи є визначення соціально-медичних наслідків впливу моди на здоров'я людини.

На перший погляд здається, що поняття «мода» та «здоров'я» не пов'язані між собою, але насправді такий зв'язок існує. Цей вплив може мати як негативні так і позитивні наслідки. Доказом цього є багато свідчень з історії. У Середні Віки та епоху Відродження жінки вважали модним й привабливим для чоловіків мати пишні

форми, а ті, хто не мав схильності до повноти, намагалися її досягти надмірним харчуванням, що шкідливо позначалось на організмі людини. Із початку ж ХХ ст. у Європі популярністю користувалися стрункі люди. І знову, не переймаючись за своє здоров'я, люди, у першу чергу жінки, почали худнути, використовуючи дієти, пігулки, припинивши правильно харчуватися, що у будь-якому разі позначилося на загальному стані людини. Суспільство завжди прямувало за модою носіння не завжди зручного одягу, взуття, корсетів, париків, вживання алкоголю, наркотиків, тютюну. Серед аристократів модним було палити цигарки, але ніхто навіть не замислювався про їхню шкоду своєму здоров'ю. У наш час паління вже, начебто, немодне, але залежних від нікотину безліч, що вже є окремою проблемою. Стосовно одягу нашого сучасного суспільства, то моді піддаються більш за всіх підлітки. Короткі спідниці та куртки у дівчат, легкий одяг у хлопців у холодні пори року приводять до переохолодження, що особливо небезпечно для дівчат, адже є наявний серйозний ризик захворювань органів репродуктивної системи. Це все свідчить про те, що прагнення людей реалізувати себе як індивідуальність та отримати моральне задоволення, нажаль, значно переважає бажання дбати про можливі наслідки негативного впливу на їхнє здоров'я.

Серед позитивних наслідків впливу моди на здоров'я людини слід назвати схильність людей бути здоровими. Завдяки засобам масової інформації, широким використанням соціальних мереж, особливо серед молоді, набуває популярності здоровий спосіб життя, зайняття спортом, відмова від шкідливих звичок та обов'язково правильне харчування. У Європі все більше поширюється пропаганда здорового способу життя. Уряди країн Європи заборонили реклами тютюну, алкоголю, наркотиків, вважаючи, що простіше запобігти хворобам людей, аніж далі їх виправляти.

Висновок: мода матиме завжди значний вплив на суспільство, бо саме мода є одним із важливіших засобів самореалізації й самоствердження особистості. Ми повинні zazнати урок з того, що люди, не зважаючи на негативні наслідки, плинуть за модою, коли діяти потрібно абсолютно навпаки. Самоусвідомлення кожної людини повинно бути спрямоване на таку моду, яка буде слугувати зміцненню здоров'я й мінімізувати негативні наслідки.

**Насонова Л. И.**

## **СКАЗКОТЕРАПИЯ В ПОЛЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра философии,**

**Харьков, Украина**

Сказкотерапия успешно существует как независимое психокоррекционное направление, однако, с не меньшей эффективностью может использоваться и как психотерапевтический технический прием, если это представляется возможным или необходимым. Разные формы сказкотерапии и ее отдельные элементы используются практически во всех признанных психотерапевтических подходах, таких как психоанализ, символдрама, гештальт-терапия, клиент-центрированная психотерапия и т. п. К достоинствам данного метода можно отнести, в первую очередь, его универсальность, метафоричность, позитивность и функциональность. Клиентский сказочный материал может быть использован с диагностической, непосредственно терапевтической, а также с коррекционной и прогностической целями, что позволяет терапевту использовать этот инструмент на любой стадии психотерапевтической

сессии. Также следует отметить, что сопротивление, возникающее у клиента в процессе работы, «пропускает» сказочную метафору, что позволяет, при достаточном уровне квалификации терапевта, приблизиться к ядру внутриличностного конфликта, выстраивая сюжет клиентской сказки таким образом, что подавляемые эмоции и вытесняемый материал бессознательного опосредовано вплетаются в «нарратив». [2] В случае, если работа со сказкой является частью психотерапевтической практики, модальность которой смещена с вербальных техник погружения в переживание на субвербальные, работа со сказочной метафорой может служить материалом для выполнения расстановок по методу Б. Хеллингера, создания арт-терапевтического объекта, прояснения сновидного материала и т.д. Использование сказочной метафоры позволяет установить связь между чувственным образом и абстрактное и непонятное, возможно, пугающее становится понятнее и ближе, благодаря, «живым», известным с детства героям и событиям, обнаруживающими новые возможности и пути решения той или иной проблемы. Игровая форма сказкотерапии хорошо подходит для работы детского психолога или психолога-консультанта, а универсальность сказочных сюжетов позволяют выйти за рамки возрастного, этнического или культурного контекста. Большую роль в эффективном использовании сказки играет ее адекватный выбор, отражающий важную для участников группы или клиента тематику.

Одним из существенных недостатков сказкотерапии нам представляется то, что серьезная психокоррекция с использованием данного метода занимает довольно длительное время и требует от пациента и терапевта достаточного уровня интеллектуальных способностей. Однако сказочный материал отличается достаточной полимодальностью, что позволяет терапевту варьировать степень его проработки клиентом, сообразно целям психотерапевтической сессии и необходимому уровню погружения в переживание.

**Обыхвост А. А.  
ЭТИКА ВЛАСТИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра философии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – асист. Дейнека В.В.**

Человеческой истории известно немало примеров управления и реализации власти в разных областях существования общества: будь то религиозные вопросы, задачи светского руководства или интересы коммерции. И каждому извласть имущих было и остается необходимым преодолеть препятствия для достижения своих целей. Но одним из камней преткновения для таких людей является вопрос о социальной морали, как проблема о координации своих действий с представлениями общества о правильности и целесообразности разного рода решений и поступков. На этой почве и возникает конфликт морали и власти. Это разногласие между общепринятыми взглядами на нормы поведения, правом, которое появилось вследствие существования морали, и убеждениями привилегированного властью лица или группы лиц. Отсюда можно сделать вывод о том, что власть способна ставить человека, который ею обладает, выше принципов общества.

Ответ на вопрос – в каких случаях власть руководствуется моралью, а в каких нет, напрямую зависит от формы государственного управления, уровня сознательности граждан, а также и от материально – экономического положения

государства в целом. И эту зависимость мы можем наблюдать воочию в нашем мире. В большинстве случаев, государство находится под абсолютным контролем узкого круга лиц или одного лица, что непременно приводит к узурпации власти и, как следствие, нарушению права и законов морали. Тогда можно говорить о неготовности общества нести на себе груз ответственности, о непонимании социумом своих возможностей, прав и обязанностей. Вполне закономерно, что властитель будет пренебрегать моралью, поскольку нет факторов контроля за его деятельностью, а наличие стремления к достижению общего блага для государства будет зависеть только от него самого.

Для ответа на вопрос, касающийся соблюдения морали в вопросах государственных масштабов правильнее всего будет сказать, что ответ должно давать само общество, поскольку оно является носителем морали. Соответственно, самой лучшей формой государственного устройства, с этой позиции, является республика, поскольку она построена на началах общественного равенства, справедливости и стремления к достижению общего блага. Но, чтобы прийти к пониманию ответственности за свою судьбу обществу необходимо тысячи лет эволюции сознательности и чувства общественного долга. И только в этом случае появится возможность наблюдать государство как единый, саморегулирующийся и растущий организм, рожденный на основе равенства и стремления к общему благополучию.

**Олех А.**

## **СОЦИАЛЬНЫЕ И ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДУШЕВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра философии,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Насонова Л. И.**

«Мир без психопатов? Он был бы ненормален», – сказал выдающийся польский сатирик Станислав Лец. Хотя многие люди и согласятся с этим высказыванием, миру все же пора задуматься об излечении.

В наше время, одними из самых актуальных проблем медицинской науки и здравоохранения являются проблемы психического здоровья, рост которых был отмечен после II Мировой Войны. Психические расстройства по своей тяжести поражения и высокой инвалидизации сравнялись с такими проблемами как заболевания системы кровообращения и онкологические заболевания. Люди все меньше беспокоятся о своем психическом здоровье, а влияние нагрузок и воздействие стрессовых факторов растет, поэтому количество душевнобольных увеличивается. В Европейском регионе на сегодняшний день около 15% населения страдает психическими расстройствами разного характера. Статистический анализ показывает, что психические болезни среди всех причин смерти составляют от 0,03 до 0,05%, а в структуре общей заболеваемости эта патология составляет уже 2,5—5%. Психическим расстройствам принадлежат также более 40% всех хронических заболеваний. Одно из наиболее трагических последствий психических расстройств – самоубийство. Ежегодно добровольно уходят из жизни около 150 тыс. человек, 80% из них – мужчины. К сожалению, каждый человек думает, что его не затронет такая участь, что у него и его родных не окажется психозов. Но увы, наше здоровье зависит от множества факторов, оказывающих влияние не только на наше тело, но также на и ментальные, эмоциональные, душевные процессы. Более половины заболеваний возникает на почве психосоматики: нервного напряжения, хронического

переутомлення, стресса і супутньої їм алкоголізації, розвитку залежностей від наркотиків і тютюнокуріння. Практично на все впливає стрес і логічним рішенням буде прагнення його контролювати і продуктивно інтегрувати в області особистісного зростання. Це складно, адже в наше час стресові ситуації підстерігають всюди, це і проблеми в країні – кризи, війни, дефолти; на роботі – несплата зарплат, переутомлення, звільнення; в родині – зміни, непослушні діти, рутинність і тому подібне. Розповсюджені рекомендації при хронічному стресі – це правильне харчування, своєчасний відпочинок, спорт, розслаблення, хороша і повноцінна сон. Також до них можна додати відвідування психолога або психотерапевта для пошуку шляхів більш успішної адаптації до стресових факторів або гармонізації повсякденних практик для зниження загального рівня стресу.

Людині давно пора задуматися про своє психічне стан, адже це невидима, але небезпечна загроза. Загроза безумства, втрати контролю, зійти з розуму. Це як повернутися в розвитку на сотні років назад, втратити все відоме і не рухатися далі. Так, безумство відкриває нові горизонти, але які вони будуть? Чи зможемо ми жити в прийнятих нормах моралі, чи ж світ перевернеться враз? На ці цікаві і одночасно лякаючі питання ми не зможемо дати відповідь, лише припущення, але і останні нічого нам не скажуть. Тому залишається лише зберігати розум, зміцнювати розум і намагатися вилікувати хворих. Це, мабуть, найнадійніший варіант для нас.

Як сказав герой серіалу Обитель проклятих: «Мені завжди цікавили хвороби розуму. Видите ж, з усіх напастей я не знаю більш жорстокої, ніж безумство. Воно позбавляє людину розуму, гідності, власної душі. І робить це так повільно, без співчуття».

Кожний з нас частково безумець, але головне бути розумним.

Як сказав Джордж Сантаяна: «Розум – це безумство в хорошому застосуванні».

**Пересада Г.**

## **ПРАВО НА СМЕРТЬ: ФІЛОСОФСЬКИЙ ТА БІОЕТИЧНИЙ АСПЕКТИ**

**Харківський національний медичний університет, кафедра філософії,  
Харків, Україна**

**Науковий керівник: Насонова Л. І.**

Успіхи біомедичних досліджень, пов'язані з геронтологією, реаніматологією, з можливістю безмежного збільшення тривалості життя, різко загострили дилему особистісного буття. Виникли нові критерії смерті людини – «смерть мозку», нові підходи до індивідуальної смерті – «право на смерть». Однак проблема смерті і вмирання – це не тільки приватна справа медицини або абстрактної філософії, це складна проблема біоетики. Є смерть, і її «фізикою» займається медицина, але є й проблема ставлення до смерті – це «метафізика» смерті. У біоетиці «фізика» смерті найбезпосереднішим чином, конкретно і клінічно пов'язана з «метафізикою» смерті. Ставлення людини до смерті – це завжди відношення, симулянт тіньової системи духовного світу людини. «Фізика» смерті в медицині пов'язана з «метафізикою» смерті, тобто з певним духовно-філософським розумінням смерті, в якому матеріалістичні підходи можуть переплітатися з релігійними традиціями. Дійсно, виникають питання не тільки про те, коли людину вважати померлою, які застосовувати медичні критерії смерті, але виникають також й проблеми сенсу життя. Питання про сенс життя і смерті виявляється питанням вибору, питанням права

вмираючої людини у певних критичних ситуаціях самій визначати, коли її життю буде покладено край. Право на смерть, право вмираючої людини, якій штучно уповільнюють настання смерті – це нагальне питання сучасної біомедичної етики. Дивовижні досягнення в області біомедичних технологій дозволяють штучно підтримувати життя в «смертельно» постраждалій людині без будь-якої надії повернути її до нормального життя. Чи мають право лікарі підтримувати життя вмираючої людини проти її волі, чи має право вмираючий на припинення життя, «право померти гідно» при відсутності будь-якої надії на одужання. На тлі нових можливостей реанімаційних процедур все більш прийнятним і актуальним стає право хворого на евтаназію, право на смерть, тобто право приреченої людини померти безболісно і гідно. Звідси видно, що змінюється в суспільстві: ставлення до смерті торкається надзвичайно важливих життєзабезпечуючих принципів людської спільноти і самої медицини як соціального інституту.

**Петросян Т. А.**  
**НУЖНА ЛИ ПРИНУДИТЕЛЬНАЯ СДАЧА КРОВИ**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра философии,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Насонова Л. И.**

Мы живем в таком обществе, где большинство уважает окружающих и положительно к ним относится, но насколько же он готов помочь ближнему своему?

Переливание крови – процесс передачи крови от одного человека другому. Применяется при больших кровопотерях или при некоторых болезнях, иногда в косметологических целях. Ежегодно проводится день донора, но кровь можно сдавать больше около 5 раз в год мужчинам и 4 раза в год женщинам. Рекордсменом в этом деле является Джеймс Хариссон, который за всю свою жизнь сдал кровь 984 раз. Рассмотрим все плюсы и минусы переливания крови.

После открытия способа переливания крови значительно уменьшилась смертность населения, что приводит на мысль о положительном влиянии этого метода на жизнь человечества. И, конечно, это так, кровь спасла огромное количество людей на войнах и при каких-либо авариях и катастрофах, и отрицать ее значение в медицине нельзя. Помимо этого у самих доноров повышается иммунитет, а так как каждый человек, сдающий кровь должен быть здоров, то и увеличивается количество здорового населения. Отрицательное в переливании только легкое ощущение слабости у донора, которое несоизмеримо с пользой, которую получит реципиент. Но из-за того, что крови обычно не хватает, то при случае, когда переливание требуется больше, чем одному человеку, скорее всего, придется выбирать кого-то. Так что во избежание этого придется ввести принудительное донорство.

Делая вывод могу сказать, что сдача крови не несет минусов донору, а только плюсы, которые отрицать бесполезно, и так как на одно переливание нужно 3 порции крови, то и доноров нужно больше, введя принудительную сдачу мы увеличим выживаемость людей, что, несомненно, будет плюсом, если донор не имеет веских причин: некоторые болезни или вероисповедание.



**Петухова В.В**  
**ФІЛОСОФСЬКЕ ОСМИСЛЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЕВТАНАЗІЇ**  
**кафедра філософії**

**Науковий керівник: Гончаренко Л.О**

Термін "euthanasia" утворений від латинізованого грецького слова "thanatos" і префікса "eu" – "легка, гарна, щаслива, безболісна смерть". Однак, попри зовнішню зрозумілість, за цим терміном приховується досить складне явище. Об'єктивними причинами розгляду проблеми евтаназії є вічні проблеми життя та смерті. Суб'єктивні причини практичного застосування легальної та нелегальної евтаназії полягають у вирішенні корінних медичних, правових і філософських проблем.

Про евтаназію, як благо й для самого хворого, й для оточуючих, говорили Сократ, Платон, стоїки, Ф. Бекон, З. Фрейд та ін. У сучасних публікаціях будь-яких наукових напрямів неодмінно присутня цитата Ф. Бекона про те, що обов'язок медика не тільки в тому, щоб відновлювати здоров'я, але й в тому, щоб пом'якшувати страждання, викликані хворобою. А коли хвороба визнається невиліковною, лікар повинен забезпечити пацієнту легку і мирну смерть. Також, можна назвати і тих мислителів, які не поділяли цю точку зору, серед них Конфуцій, Піфагор, Арістотель, Епікур, Августин. На противагу беконівській думці можна привести не менш яскраву конфуціанську: – «не можна судити про смерть, коли ти не пізнав, що таке життя».

Розмежують примусову й добровільну форми евтаназії. Примусова евтаназія – це спричинення легкої, швидкої, штучної смерті хворій людині, але поза її волею. Добровільна евтаназія – це спричинення легкої, швидкої штучної смерті хворій людині за її власним бажанням, коли вона цілком усвідомлює, що прийняла рішення про позбавлення себе життя.

По-друге, за способами здійснення евтаназії, вона може бути активною і пасивною. Активною евтаназією називають штучне спричинення смерті хворій людині за допомогою активних дій медперсоналу. Пасивна евтаназія – це відмова медперсоналу від лікування хворого для штучної підтримки його життя або відмова в застосуванні штучних заходів для підтримки життя хворого.

Прихильники евтаназії обґрунтовують свою позицію тим, що: з філософської точки зору – перехід на стадії від життя до смерті не повинна бути такою виснажливою і принизливою для людської гідності; з правової – існування права на життя передбачає право на прийняття рішення щодо власного тіла, в тому числі й права на смерть; з медичної – якщо безнадійно хворого чекає важка, нестерпна, недалеко в конкретно визначений термін смерть, то чи не краще такого хворого позбавити страждань природного вмирання, полегшивши йому смерть.

Вагому аргументацію висувають й противники евтаназії. В загально-філософському плані неприйнятність евтаназії йде від культурної та релігійної традиції, яка розглядає людське життя в якості найвищого блага і найвищої цінності, легалізація ж евтаназії потягне за собою девальвацію цієї цінності.

Крім можливості виникнення психологічних проблем хворих, легалізація евтаназії може спричинити негативний вплив на психічне здоров'я самих медиків та оточуючих людей. Загалом евтаназії у законодавстві України дана негативна оцінка, а за дії, що містять у собі елемент евтаназії, передбачена кримінальна відповідальність. Проблема легалізації «легкої смерті» в Україні незабаром неодмінно стане надзвичайно актуальним питанням у зв'язку з євроінтеграцією. У нашій країні ставлення до евтаназії не є однозначним. Дослідження, проведені Українським центром

економічних та політичних досліджень ім. О. Разумкова, показали, що більша частина українців проти такого засобу облегшення долі хворого.

Отже, життя прийнято вважати благом, а тому милосердя вимагає, щоб інші його зберігали або продовжували. Але якщо евтаназія – це смерть людини задля її власного блага, то милосердя має висловлюватися на користь евтаназії? У цьому полягає абсурдність проблеми, тому що лікарі, котрі повинні лікувати, – вбивають, тим більше з милосердя.

**Подус И. А**

## **ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЕЙШИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЭВТАНАЗИЯ КАК КРАЙНЯЯ МЕРА**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра философии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – асист. Насонова Л.І.**

В последнее время уровень медицины уже поднялся на ту высоту, когда врачи с помощью усиленного лечения способны победить ранее неизлечимые заболевания, однако таковые существуют и до сих пор, например ряд онкологических заболеваний и СПИД. Особенно в случаях ВИЧ/ СПИД наиболее частым исходом является летальный. На последних этапах протекания болезни, когда лечение уже не дает никаких результатов, часто бывает, что больной скорее выберет добровольную смерть, чем жизнь в мучениях. В таких случаях поднимается вопрос об эвтаназии – один из самых спорных моментов в медицине современного мира.

На данный момент наблюдается значительный прогресс в лечении онкологических заболеваний. Разработка новых методик в областях химической и лучевой терапии, новых техник в хирургии, использование метода «Кибер-нож», введение стволовых клеток – все это говорит о том, насколько наука продвинулась вперед. Однако рак по прежнему остается одной из опаснейших патологий, по причине которой каждый год умирают тысячи людей. В области лечения ВИЧ/СПИД до сих пор самыми главными остаются профилактические рекомендации, так как эффективных методов лечения данной патологии практически нет. То есть уровень смертности в случае заболевания ВИЧ – инфекцией очень высок.

Именно в случаях, когда терапия и другие различные вмешательства уже неэффективны, то есть пациент является неизлечимо больным, изо дня в день он испытывает страдания, и срок его оставшейся жизни предопределен, в медицине появилась практика прекращения жизни (чаще всего при помощи введения определенных химических препаратов в определенных количествах в организм больного) – эвтаназия.

На государственном уровне пионером в области легализации добровольной смерти стали Нидерланды в 2002 году. Тогда же эвтаназия была легализована в Бельгии, а в 2014 там была узаконена эвтаназия детей. В США данная практика разрешена только в штатах Орегон и Вашингтон. Также эвтаназия легальна в Люксембурге и Канаде. В то же время в некоторых странах, как, например, в Австралии, пропаганда эвтаназии за собой уголовное наказание по статьям «доведение до самоубийства», «содействие в самоубийстве» и прочим.

Отношение к проблеме в профессиональном медицинском обществе можно очертить с помощью статистических данных: 51,5% и 44,8% российских врачей в возрасте соответственно 41-50 и 51-65 лет на вопрос соц. опроса (1991-1992 гг.)

«считаете ли вы допустимой эвтаназию?» ответили «никогда об этом не думал (а)», наряду с вариантами ответов «да» и «нет». Положительный ответ был дан 49% врачей в возрасте 21-30 лет.

Вопрос эвтаназии является очень сложным и неоднозначным, тем не менее, данный метод постепенно находит свое место в современной медицинской практике, иногда в качестве единственно оставшейся помощи неизлечимому пациенту со стороны врача.

**Самченко К.В.**

## **НОВЫЙ АЛГОРИТМ НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра философии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – к. филос. н., ст. преподаватель Кучера Т. Н.**

"... нервничать – значит уступать своим слабостям." Харуки Мураками

Ещё древние философы и медики утверждали, что все болезни – от нервов. Раздражительность, тревожность, депрессия, стрессы являются причиной многих заболеваний, таких, как: артериальная гипертония, язва, бронхиальная астма, артриты, колит и нейродермит. Сегодня учёные подчеркивают, что такие заболевания как сахарный диабет и ожирение, возникают не только из-за изменения количества некоторых гормонов в крови, а могут быть спровоцированы именно нервными расстройствами и стрессом.

Под словом “стресс” мы подразумеваем чрезмерные воздействия на организм, перегрузки, нервно-психические реакции как внутри организма, так и вне его. Стресс вызывает разные реакции человека, влияет на его работоспособность, поведение, взаимоотношения в семье и с окружающими людьми

Попробуем ответить на вопрос: чем же опасен стресс? “Мозг и нервная система не справляются с обилием отрицательных эмоций и замещают своё поражение болями и болезнями физического тела-носителя. Страдают мышцы шеи, спины, поясницы, ягодиц. Отсюда и название – психосоматика. Боли в мышцах приводят к снижению подвижности. Обездвижение является результатом накопленных в психике сбоев. Зажимы и болевые ощущения очень часто принуждают человека уменьшить двигательную активность. Малоподвижный образ жизни становится привлекательным, человек усаживается в кресло, в машину, всё чаще выбирает диван в пользу прогулок и тренировок. Цикл замкнулся – у человека отбивается охота к тому, что может помочь – к движению!” .

Великий врач, мыслитель и учёный Зигмунд Фрейд, считал: “Если человек хочет направить свои усилия на сохранение здоровья, то на стрессовый импульс он должен осознанно отвечать релаксацией. С помощью этого вида активной защиты человек в состоянии вмешиваться в любую из трех фаз стресса. Тем самым он может помешать воздействию стрессового импульса, задержать его или (если стрессовая ситуация еще не наступила) ослабить стресс, предотвратив тем самым психосоматические нарушения в организме” . Таким образом, можно сделать вывод, что человеку очень важно выстроить правильно свою “философию здоровья”, научиться быть жизнерадостным и стрессоустойчивым.

В этот сложный для Украины период, в условиях социально-экономического и политического кризиса наблюдается резкое падение индивидуального уровня

здоровья людей, что актуализируетновый алгоритм поведения и культуры современного человека. Подходя к этому вопросу с позиции системного подхода, следует подчеркнуть важность правильного питания, позитивного мирозерцания, активного образа жизни и соблюдения режимных моментов. Не смотря на то, что жизнь состоит из ожидаемых или неожиданных событий, долголетие человека существенно зависит от оптимизма, хорошего настроения, работоспособности, саморазвития, всего того что благоприятно для здоровья в целом.

**Семененко О. В.**

**ПРАЦЯ М. С. БОКАРІУСА НА СУСПІЛЬНІЙ НИВІ У ПЕРІОД ПЕРШОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ (1914 – 1918 РР.).**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра суспільних наук,  
м. Харків, Україна.**

**Науковий керівник – д.м.н., професор І. Ю. Робак**

Серед тих особистостей, чий внесок у розвиток української науки важко переоцінити, значиться ім'я фундатора вітчизняної судової медицини та криміналістики – Миколи Сергійовича Бокаріус. Заслуги М. С. Бокаріус перед державою і наукою у розвитку вітчизняної судової медицини і криміналістики неоціненні.

Всесвітню відомість М. С. Бокаріус отримав завдяки своїм оригінальним, виключно актуальним для практики працям. У його працях вирішувались недосліджені, принципово нові проблеми, пропонувалися оригінальні та ефективні шляхи їх вирішення. Його праці фактично були першими підручниками та практичними посібниками з криміналістики для працівників органів дізнання, слідства, судових експертів.

Серед різноманітних напрямів діяльності професора М. С. Бокаріуса його робота на суспільній ниві найменш висвітлена у історіографії. Особливо це стосується періоду Першої Світової війни 1914 – 1918 рр. У цей М. С. Бокаріус проводив ряд заходів, спрямованих на допомогу як поранених, так і мирного населення.

У 1914 - 15 рр. Н. С. Бокаріус проводив розвантаження поранених з потягів, які прибували до Харкова з фронту, та розподіл їх по інших містах, залучив до цієї роботи студентів медиків. У 1915 - 17 рр. на організованих і керованих Н. С. Бокаріусом різноманітних курсах було підготовлено близько 2000 сестер милосердя, близько 500 санітарів і братів милосердя зі студентів, близько 600 санітарів-дезінфекторів також з числа студентів, близько 300 дезінфекторів-інструкторів і 100 інструкторів з боротьби із задушливими газами. Важливо відзначити, що організація ряду курсів супроводжувалася певними труднощами в силу того, що керівництво Червоного хреста не тільки не надавало ніякої допомоги, але й протидіяло проведенню таких курсів, хоча потреба у підготовці всіх зазначених працівників була очевидна.

**Татаренко А. В.**

**ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕСТИРОВАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ  
ЛЕКАРСТВ НА БЕЗНАДЕЖНО БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТАХ**

**Харьковский Национальный Медицинский Университет**

**Научный руководитель: Гончаренко Л. А.**

Современная медицина за столетие сделала большой шаг вперед. Те болезни, которые ранее были неизлечимы, к примеру, туберкулез, в наше время излечиваются. Однако существует целый ряд других заболеваний, от которых человечество продолжает страдать, и которые остаются неизлечимыми. Среди них самыми распространенными являются ВИЧ, СПИД, рак, лихорадка Эбола.

Исследователи в области медицины и биологии всего мира трудятся изо дня в день над созданием лекарства от всех этих болезней. Первыми живыми организмами, на которых испытывают лекарства, являются мыши, кролики и другие мелкие животные. Но организм человека намного сложнее, чем организмы подопытных животных, а, следовательно, на лекарства может реагировать непредсказуемо. Вот почему исследование экспериментальных лекарств с медицинской и этической сторон должно быть максимально лишено права на ошибку. В XX веке человечество прошло сложный путь от использования людей в качестве подопытных до отказа проявлять такую невероятную жестокость. Однако, поскольку тестирование экспериментальных лекарств без участия человека все же невозможно, то был найден компромисс, в соответствии с которым подобного рода исследования можно проводить исключительно с личного согласия больных пациентов. Не так давно, когда количество людей, заболевших лихорадкой Эбола, стало резко возрастать, ученым потребовались добровольцы для тестирования опытных образцов лекарства. Во многих странах, где распространилась болезнь, многие пациенты стали добровольно давать согласие на тестирование лекарства, хотя эксперименты по созданию противоядия данной лихорадке официально не были завершены.

Для смертельно больных людей экспериментальные лекарства, не прошедшие испытания, – это, с одной стороны, большой риск, так как никто не может предсказать реакцию организма. Но с другой стороны, безнадежно больной человек готов пойти на любое испытание, которое дает, пусть и призрачную, но надежду на выздоровление и жизнь. У данной проблемы есть и третья сторона, имеющая важное медицинское и этическое значение: принимая участие в испытаниях на себе лекарственных препаратов, человек помогает не только себе, но и всему человечеству. Благодаря именно таким самоотверженным храбрецам, ученые обретают наиболее эффективный способ тестирования лекарств и смогут найти панацею от многих болезней. И через каких-нибудь десять или двадцать лет человечество не будет знать, что такое неизлечимый ВИЧ или СПИД, а рак не будет являться приговором.

**Теззу Иман , Муссауи Нур Эль Худа**  
**МЕТОДИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ**  
**ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра украинского языка , основ психологии и педагогики,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.фил.н.Скорбач Т.В.**

В психологии нет хороших или плохих качеств личности, есть только индивидуальные особенности, которые отличают любого другого от вас. И от того, насколько вы можете смириться с ними, принять их с выгодой для себя и без ущерба для других их использовать, зависит состояние вашей души , ваше самочувствие, настроение , а это жизнь в целом.

Методом нашего исследования было тестирование 30 студентов-иностранцев 1 курса V медицинского факультета.

Цель исследования – изучить, кто со студентов мыслит положительно, а кто отрицательно.

Предлагаемый опросник состоял с двойных высказываний. Нужно было выбрать то, которое в большей степени соответствует тому, как студенты обычно мыслят.

Мыслит положительно

- удовлетворён собой - 18;
- уверенный-17;
- наслаждается жизнью-12;
- способный преодолеть страх-14;
- умеет принимать эффективное решение-12;
- имеет много друзей-20;

Мыслит отрицательно

- воспринимает мир в серых и черных красках-8;
- находится в постоянной депрессии, конфликте с собой и социумом-7;
- преувеличивает собственные проблемы, жизненные трудности-9;
- программирует собственные проблемы, жизненные трудности-8.

Методика ни в коем случае не дает материала для заключений о структуре личности. Можно лишь с большой долей вероятности прогнозировать эмоциональные реакции испытуемого на различные трудности или помехи, которые встают на пути к удовлетворению потребности, к достижению цели.

**Трегубенко А.Р.**

**ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА КАК ГАРАНТ**  
**ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра философии,**

**Харков, Украина**

**Научный руководитель: Гончаренко Л.А.**

На сегодняшний день проблема ятрогенных заболеваний является одной из самых актуальных в медицине. Группа ятрогений включает в себя патологии, возникающие в результате неосторожных действий медицинских работников. В современном понимании это понятие носит широкий смысл, включая в себя патологии, возникающие в результате неправильно проведенной манипуляции или

неадекватной медикаментозной терапии, а также вызванные поведением медика, не соблюдающего деонтологические нормы. Но, несмотря на столь широкое понимание этого термина, особое внимание уделяется именно тем состояниям, которые вызваны неосторожным действием или словом врача.

Для профилактики возникновения ятрогенных заболеваний у своих пациентов каждый врач должен выработать определенный стиль общения. Прежде всего, необходимо выработать культуру речи и культуру поведения, которые являются основой успеха не только в профессиональной, но и в повседневной деятельности. В общении с пациентом необходимо проявлять такие качества, как пунктуальность, сдержанность, доброжелательность для установления доверительных отношений, преодоления возможных психологических барьеров. Также большое значение имеет не только слово, но и интонация, с которой это слово сказано, ведь монотонная и бессвязная речь отталкивает, мешает установить контакт между врачом и пациентом.

Основным психологическим моментом успешного лечения заболевания является оптимистический настрой пациента, который во многом зависит от действий и высказываний врача. Врач должен вселить в пациента уверенность в благоприятном исходе заболевания, но при этом не давать невыполнимых обещаний и не запугивать больного возможными неблагоприятными последствиями. Также стоит упомянуть о некоторых табу, которых следует соблюдать врачу в общении с пациентами. Необходимо исключить фамильярность, категоричность, чрезмерное использование медицинской терминологии, а также быть осторожными в разговорах между собой в присутствии больных, не допуская разглашения врачебной тайны.

Таким образом, эффективность работы врача зависит не только от его профессиональной компетенции, но и от его коммуникативных навыков и соблюдения основных принципов медицинской этики и деонтологии. Соблюдение этических аспектов предупреждает возникновение ятрогений как осложнения основного заболевания.

**Третьякова Е. А.**

## **ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЭГОИЗМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра философии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – асист. Дейнека В.В.**

С понятием «эгоизм» знаком каждый, но разные люди понимают его по-разному. Каждый человек вкладывает в него определенный смысл, придает свое значение. В детстве, когда мы знакомились с этим словом, родители объясняли нам, что эгоизм – это плохо. И мы принимали это как должное, не задумываясь о том, так ли это на самом деле. Долгое время мы соглашались с принадлежностью тех или иных понятий к категориям «хорошо» и «плохо». Но с течением времени возникают сомнения в достоверности этих характеристик, и мы начинаем анализировать, пересматривать былые отношения к уже известным терминам.

Одним из основных атрибутов эгоизма можно считать местоимение «Я». Все мы говорим о себе: «я хочу», «я буду», «я люблю». Можно ли это считать эгоизмом? Если да, то выходит, что абсолютно все являются эгоистами? Как бы парадоксально это не звучало, но ответ будет утвердительным – да, все люди действительно эгоисты. Но это, скорее, «разумный эгоизм», который присущ каждому. И, как тут не крути, в первую очередь человек будет заботиться о собственном благополучии, а потом уже обо всем прочем. Человек ставит перед собой цель и дает себе задание ее достичь, но

разумный эгоизм не позволит человеку переступить через других, и как говорят, «пойти по головам» к достижению личной цели.

Люди постоянно соревнуются с другими людьми, с природой, с действительностью, стараясь изменить свою жизнь и себя в частности в лучшую сторону – это естественное проявление эгоизма. Однако люди нередко путают «разумный эгоизм» с «чрезмерным эгоизмом», скажем так. Второе – это эгоизм, превращенный в жизненное кредо, возведенный в наивысшую степень, который не допускает никаких соображений о существовании чьего-нибудь мнения помимо своего собственного. В обществе под понятием «эгоизм» чаще всего подразумевают именно такое деструктивное качество, основывающееся на обособлении интересов отдельной личности и противопоставлении их интересам окружающих. Поскольку проявление эгоизма может предоставлять некий ущерб общественным интересам, исторически выработались его различные моральные ограничители. Одним из таких ограничителей является этикет, как социально-общественные нормы поведения. Как утверждал Аристотель: во всем необходимо чувство меры.

Недопустимо говорить, что эгоизм является аморальным чувством. Он нужен человеку для осознания своей индивидуальности, собственных особенностей, качеств и условий, с помощью которых эти качества можно улучшить, чтобы в конечном результате достичь поставленной цели. Но нельзя также забывать о том, что человек существует в обществе, и его поведение, так или иначе, сказывается на окружающих, и поэтому он вынужден ограничивать свои желания. Ограничивать желания помогает разум, а значит и эгоизм должен быть разумным. Если любить себя самого в меру, то не получится забыть о других людях, об их нуждах, стремлениях, о том, что каждый из них – тоже личность, и каждый точно так же имеет право на чувство собственного достоинства, на возможность любить себя. Поэтому важно найти ту «золотую середину» между «себялюбием» и уважительным отношением к стремлениям и желаниям других. Важно воспитать собственный эгоизм так, чтобы он был полезен человеку, но в то же время не приносил вреда обществу. Только добившись гармонии между своими амбициями и моральными требованиями общества, человек действительно становится достойной частью социума.

**Харина М. А.**

**ЕВГЕНИКА: СЕЛЕКЦИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РОДА**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра философии,**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Гончаренко Л. А.**

Человечество всегда стремилось к созданию идеального общества, где абсолютно все люди являлись бы идеалом внешней красоты без каких-либо физических или психических отклонений. Именно это является предметом изучения такой науки как евгеника. Ее основоположником является Френсис Гальтон, известный также как кузен Чарльза Дарвина. Он считал, что людей не только можно, но и нужно селекционировать, также как животных и растения. Каковы же достоинства и недостатки евгеники для человечества? Нельзя дать однозначного ответа. В этом можно убедиться, рассмотрев некоторые из достижений данного учения.

Например, пренатальная диагностика, как одно из перспективных направлений развития современной медицины, позволяет обнаружить у плода наследственные



заболевания на ранних сроках беременности. Однако, такое позитивное достижение приводит к массовым абортam, что стало частым явлением в современном мире. Женщины все чаще убивают еще не рожденных детей, даже если обнаружится патология, не угрожающая жизни последних (пр. деформация ступней, заячья губа). Такое положение актуализирует целый ряд этических проблем. С развитием науки значительно расширяются медицинские возможности, которые позволяют сохранять жизнь людям с какими-либо дефектами. В дальнейшем такие люди даже могут создавать семьи и продолжать свой род. Однако это приводит к распространению различных наследственных заболеваний, что, в свою очередь, может вести к вырождению человечества. Следовательно, такое положение вещей ведет к вопросу об эвтаназии. Несмотря на некую жестокость данной процедуры, она полностью соответствует постулатам евгеники, главной целью которой является избавление человечества от так называемых слабых звеньев. Самым же ярким проявлением евгеники в современном обществе является легализация стерилизации людей, обладающих какими-либо отклонениями. В XX веке такая стерилизация для алкоголиков, наркоманов, бродяг, слабоумных, душевнобольных, половых извращенцев и др. была узаконена в целом ряде стран (Дания, Швеция, Норвегия, Финляндия, Швейцария, Индия и др.) и некоторых штатах США.

Таким образом, мировое сообщество неоднозначно воспринимало и продолжает воспринимать евгенику, а ее значение наиболее полно можно выразить известным крылатым выражением: «Благими намерениями вымощена дорога в ад». Методы, которыми достигается главная цель евгеники (создание общества людей без дефектов) зачастую являются неприемлемыми, ибо на основании данного учения выстраивается некая трагическая цепочка. Если бы человечество жило по канонам такой крайне жестокой науки, то никто не мог бы дать гарантии, что новорожденный человек будет иметь право на жизнь, а наоборот: выживал бы сильнейший, слабейший же, в свою очередь, был бы обречен на смерть. Однако в мире мы наблюдаем абсолютно противоположную картину, когда недоношенные дети, инвалиды, тяжелобольные люди могут вести абсолютно полноценную жизнь наравне с остальными. Общество же, в свою очередь, зачастую принимает таких людей и борется за их права. Так имеет ли право на существование наука, которая занимается селекцией людей? Пожалуй, исключительно как пережиток прошлого, ведь, если мы называем себя гуманистическим обществом, то и поступки наши должны соответствовать этому званию.

**Чемадура В.Ю., Каминская В.Ю.**  
**АНАЛИЗ НОВАТОРСТВ В ОБЛАСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра философии,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель – асист. Дейнека В.В.**

В 2008 году Маккиарини, руководивший международной группой учёных, провёл операцию по пересадке трахеи пациентке Клаудии Кастильо (Claudia Castillo), которой диагностировали стеноз главного левого бронха. Трансплантат был выращен на донорском каркасе с использованием собственных клеток больной - полученных из клеток внутреннего слоя трахеи и костного мозга. В качестве каркаса врачи использовали сегмент трахеи длиной 7 см, взятой у трупа. Трахею отделили от соединительной ткани и провели 25 циклов девитализации —

очистки от клеток донора и антигенов гистосовместимости, главных виновников развития реакции отторжения при пересадке органов от донора к реципиенту. На эту процедуру ушло шесть недель. После этого врачи нанесли суспензию клеток пациентки на внутреннюю и внешнюю поверхность каркаса и поместили его в специально разработанный биореактор, где он постоянно вращался в течение 96 часов, контактируя со средой культивирования и воздухом. После чего готовым трансплантатом воспользовались для замещения бронха Клаудии. Ей полностью удалили главный левый бронх и участок трахеи, к которому он примыкал.

Уже в 2009 году удалось вырастить участок трахеи не в биореакторе, а в теле человека, используя — как и в первой операции — позаимствованный у трупа сегмент трахеи, мезенхимальные стволовые клетки, полученные из костного мозга самой пациентки, и вещества, которые стимулируют размножение и дифференцировку стволовых клеток.

Первая операция по пересадке хряща была проведена 16 лет назад. Позже стали удаваться и более сложные трубчатые органы — такие как кровеносные сосуды. Они состоят из двух типов клеток, одни из которых выстилают внутреннюю поверхность, а другие — наружную; поэтому выращивать трубчатые органы сложнее, чем плоские ткани. Следующим этапом работы стало создание искусственных полых органов — начали с мочевого пузыря.

В январе 2011 года иранский врач Алекс Сейфалиан вырастил новый нос на руке человеку, который лишился своего органа из-за рака.

В 2013 году японские генетики из Киотского университета во главе с российским ученым Константином Агладзе впервые вырастили из стволовых клеток человеческое сердце. Теперь на созданных тканях ученые могут тестировать различные вещества, а также имплантировать эти клетки в поврежденные органы.

27 сентября 2013 года в Пекине китайские ученые вырастили новый нос на лбу пациента. Как ни странно, но эта технология более эффективна, чем обычная реконструкция носа.

Группе ученых из Эдинбургского университета впервые удалось регенерировать живой орган. Усилия исследователей были направлены на восстановление тимуса — органа, расположенного рядом с сердцем, производящего важные гормоны, являющиеся частью иммунной системы. Положительные результаты готовят почву для новых методов лечения людей с ослабленным иммунитетом, а также генетическими нарушениями, которые влияют на развитие тимуса.

Развитие ревитализации тканей и выращивания органов из стволовых клеток является важным технологическим механизмом, позволяющим снимать с повестки дня моральные проблемы донорства, в особенности когда речь идет о трансплантации невосполнимых тканей и органов человека.

**Шейко А. О.**

**ПРОБЛЕМА ПСИХІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ**

**Харківський національний медичний університет**

**кафедра української мови, основ психології та педагогіки**

**м. Харків, Україна**

**Науковий керівник доц., к.ф.н. Фоміна Л. В.**

Проблема психічної стійкості особистості сьогодні має велике значення, адже задля повноцінного та ефективного функціонування людина має залишатися стійкою,

врівноваженою, гармонійною, мати високу працездатність та повноцінне психічне здоров'я.

Поняття «стійкість» у сучасній науці має багато значень. У філософії воно розглядається у контексті комплексного уявлення про внутрішній світ людини, мікрокосмос (В.В. Аршинова, М.Ф. Секач). Сстійкість особистості пов'язується з умінням людини орієнтуватися на певні цілі, з характером часової перспективи, організацією діяльності. Сстійкість є невід'ємною частиною розвитку людини, вона приводить до оптимальної взаємодії особистості з навколишнім середовищем.

У зарубіжній психології для характеристики процесів взаємодії суб'єкта та середовища використовують різні терміни, серед яких опірність, витривалість, почуття когерентності, розростання, адаптація, регуляція.

Термін «опірність» визначається як здатність розвиватися нормально у психологічному значенні, незважаючи на дестабілізуючий вплив життєвих подій, важкі умови життя чи травматизм, або ж здатність швидко відновитися після негативних життєвих ситуацій. Термін «витривалість» використовують як синонім «опірності», його характеризують контроль над життям, залучення у діяльність та стосунки, розгляд змін як виклик, а не як загрозу. Термін «почуття когерентності» характеризується трьома факторами, що допомагають зберігати здоров'я перед стресорами, а саме: ясність, здатність керувати ситуацією та надання змісту. Термін «розростання» означає, що після пережитого стресу індивід не лише відновлюється, а й розширюється, стає кращим ніж був до цього. Термін «невразливість» розглядається як відносний імунітет до стресових ситуацій та подій, він описує збереження психічного здоров'я у середовищі, що зазвичай оцінюється як патогенне. Поняття «адаптація» описує всі зміни устані організму та його систем, його складових, що сприяють акомодатії та корекції згідно з модифікаціями середовища з метою збереження, відновлення чи покращення життєвих і функціональних здібностей, і розглядається як важливий показник опірності.

У вітчизняній психології поняття «стійкість» розглядається в таких його проявах, як стійкість уваги, стійкість до перешкод оператора, моральна стійкість особистості, транситуативна стійкість поведінки особистості, нервово-психічна стійкість, емоційна стійкість.

У сучасній психологічній науці представлена і така точка зору, в якій стійкість особистості розуміється як психічна саморегуляція, що характеризується використанням психічних засобів відображення, моделювання та впливу на себе як реальність.

Підсумовуючи огляд літературних джерел з проблеми визначення поняття «психічна стійкість» та його зв'язку зі спорідненими психологічними поняттями, варто зауважити, що більшість дослідників погоджуються у тому, що як психічна стійкість людини, так і психологічна стійкість складаються із трьох компонентів – емоційного, вольового та інтелектуального. Отже, можна зробити висновок, що психічна стійкість особистості визначається як збереження функціонування психіки у короткочасній та довготривалій напруженій ситуації.

Результати даного теоретичного дослідження використовуються під час викладання психологічних дисциплін на медичних та стоматологічному факультетів.

**Шелег А. В.**

## **ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ЕМБРІОНАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра философии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель – асист. Насонова Л.І.**

В тілі людини містяться сотні різних видів клітин, важливих для нашого здоров'я. Вони дозволяють нашому серцю битися, мозку думати, ниркам очищувати кров, але ці клітини не здатні до поділу та регенерації. Унікальна роль стовбурових клітин полягає у тому, що вони можуть диференціюватися у будь-який тип клітин, тобто можуть дати початок будь-якій тканині тіла. Стовбурові клітини можна отримати з лічених джерел: найбільш часто використовуваним є кістковий мозок, а також ембріональні стовбурові клітини, що походять від тканин епібласту. Стовбурові клітини є перспективними для лікування більшості основних хвороб, з якими люди стикаються в пліні життя: рак, серцево-судинні захворювання, діабет хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, та багато інших.

Етичні проблеми, пов'язані з використанням ембріональних стовбурових клітин полягають у тому, що більшість відомих шляхів їх отримання супроводжується деструктивними діями: руйнацією заплідненої яйцеклітини або ембріона на ранній стадії розвитку, штучним перериванням вагітності і т.д. Гострота ситуації пов'язана з тим, що в більшості країн, особливо католицького світу, такі втручання прирівнюються до акту вбивства, до антигуманних дій і тому категорично заперечується їх допустимість. В даний час відомий цілий ряд альтернативних джерел отримання ембріональних стовбурових клітин, серед них велика увага приділяється так званим «зайвим» бластоцистам або бластоцистам, що спочатку призначались для цілей екстракорпорального запліднення та з ряду причин лишились невикористаними.

При використанні таких бластоцист висувається ряд обов'язкових міжнародних етичних правил: перш за все, необхідна вільна інформована згода подружжя або матері на використання «зайвого» бластоциста; також потрібне офіційне схвалення і затвердження дослідного протоколу національним чи відомчим етичним комітетом чи адміністративним органом. Особливо підкреслюється необхідність виключення продажу чи купівлі зародка, що насправді дуже важливо, аби уникнути експлуатації жінки, приниження її гідності, обману шляхом псеводіагностики і т.п. Потрібне також збереження анонімності донорів стовбурових клітин. Важливою є доступність результатів дослідження, відкрита і повна публікація отриманих даних. Європейський Союз у 2003 р. визначив 5 етичних принципів, яким необхідно слідувати при випробуванні стовбурових клітин в клініці: 1) принцип поваги гідності людини; 2) принцип індивідуальної автономії (інформовану згоду, повагу до приватного життя, конфіденційність персональних даних); 3) принцип справедливості і користі (зокрема поліпшення та захист здоров'я); 4) принцип свободи досліджень (у згоді з іншими фундаментальними принципами); 5) принцип пропорційності (маючи на увазі необхідність застосування мінімального набору методів дослідження, необхідних для досягнення мети).

Отже, перспектива та важливість використання у медицині стовбурових клітин важко переоцінити, адже тепер у людства з'явився шанс у боротьбі з багатьма важкими захворюваннями. І якщо, вирішити всі етичні питання, продовжуючи дослідження, медицина може вийти на новий рівень.

# MOBA. КУЛЬТУРА. СОЦІУМ

**Grebenyuk J.O.**

## **DYSBIOTIC EFFECTS AMONG THE CHILDREN IN THE FIRST YEARS OF LIFE**

**Kharkiv National Medical University,  
Department of Foreign Languages,  
Kharkiv, Ukraine**

In times of high computer technologies, technical progress and questionable state of environment we can't claim that the microecosystem of human body is not under threat.

Unfortunately it concerns not only adults but also children including babies. And this work is devoted to this problem as dysbiotic effects in the intestine occupy a significant part in functional digestive disorders among the children in the first years of life.

The aim of this work is to optimize the use of drugs for the treatment of functional disorders of digestive system among the children in the first years of life.

The relevance of the work is that dysbiosis is a widespread phenomenon and occurs approximately in 90% of adults and in 95% of children.

The reason of dysbiotic disorders is irrational use of antibiotics and chemotherapeutic agents. Thus according to the analysis of 10 cases, antibiotics were improperly prescribed in 40-90% of cases.

The frequency of antibiotic-associated diarrhea ranges from 5 to 39%.

Object of study: dysbiotic effects in the intestine among the children and drugs used for their correction.

Subject of study: the correction of functional digestive disorders among the children of the first years of life.

The main causes of the intestinal dysbiosis among the children are:

- ✓ improper beginning and inadequate maintenance of lactation.
- ✓ early transition to artificial feeding and its imperfection, violation of diet.
- ✓ acute intestinal infections.
- ✓ acute respiratory viral diseases.
- ✓ lack of hygienic measures (unwashed hands, incorrectly performed genital hygiene, etc.).
- ✓ improper use of drugs.
- ✓ reduction of natural resistance of the organism.

During the analysis of doctors' prescriptions it was revealed that now the parents with the children who have isolated problem of dysbiotic disorders don't visit the doctor. This clinical study involved the children aged between 1.5 months and 2 years.

We have proposed the following recommendations for pediatricians to rationalize the use of pro- and prebiotics:

1. The effectiveness of dysbiosis therapy increases when you find out and address the causes of disease.
2. Prophylactic probiotic therapy should be 10 days longer than antibiotic therapy.
3. The course of treatment of intestinal dysbiosis can't be less than 2 weeks.
4. When the mother is diagnosed with dysbiosis she should continue breastfeeding till restoring normal level of microflora.
5. The therapy with probiotics of monocomponent structure should be used in the case of deficiency of a certain type of bacteria (lacto-, bifidobacteria etc.).

6. Empirical therapy should be started with complex probiotics.
7. Monotherapy with probiotic is possible only in cases when normal lactobacillus concentration is found in feces.
8. Lactulose drugs are contraindicated for children with the lack of lactase.
9. If yeast fungi are found in feces it's necessary to include antifungal agents in the course of treatment.
10. The drugs are prescribed after preliminary bacteriological analysis of feces.
11. The children with overwhelming symptoms of constipation should be prescribed probiotic as well as prebiotic which contains lactulose.
12. Complex treatment of dysbiosis should include adaptogens, vitamins, appetite stimulators, chelators and others.

### **Kololitov A.V.**

#### **LED EFFECTS ON E.COLI ABILITY TO FORM BIOFILMS AND ON PHAGOCYtic ACTIVITY OF NEUTROPHILS WITH NETS PRODUCTION IN EXPERIMENTAL LOCALIZED PYOINFLAMMATORY PROCESSES**

**Objectives.** Lack of effectiveness of traditional drug therapy associated with the appearance of resistant forms of microorganisms due to biofilms formation and decreased host immunity keeps search for new methods of combine therapy of purulent infections at particular relevance. The research aim was to study the influence of LED blue and red spectrum on E.coli biofilms and phagocytosis in localized pyoinflammatory processes.

**Methods.** E.coli ability to form biofilms was determined in microtiter plates with pre-synchronization of periodic culture. Biofilms absorbance was measured on photometer 'Multiskan EX 355' and evaluated in conventional units of optical density (un.od.). The experimental research was carried out on mice lines BALB/cJLacSto. Neutrophils phagocytic activity was investigated by ability to absorb latex particles. The reaction with using of neutrophils cell suspension on gradient solutions and activated E.coli and latex was provided to determine Neutrophil Extracellular Traps (NETs). Data were analyzed using «Statistica» program.

**Results.** It was found that after 15-minutes exposure of blue LED at wavelength of 470 nm in 'Barwa-Flex' photonic matrix the ability to inhibit formation of biofilms by E.coli isolates was in 1.6 times higher ( $1.09 \pm 0.06$  un.od.) than when irradiated with red LED at wavelength of 627 nm. The ability to form secondary biofilms decreased in 1.9 times under blue LED influence ( $1.17 \pm 0.05$  un.od.) and in 1.6 times under red LED ( $1.33 \pm 0.08$  un.od.) in comparison with control ( $2.16 \pm 0.09$  un.od.).

Phagocytosis integral indicators in animals of infected group were lower than the control values ( $3.8 \pm 0.2$  units and  $80.1 \pm 1.3$  %) and were as follows: phagocytic neutrophils index –  $1.5 \pm 0.2$  units and their absorptive capacity –  $41.4 \pm 2.3$  %, respectively. It was found that neutrophils actively phagocytized latex particles under red and blue LED action on the focus of inflammation. Comparing the phagocytic activity of neutrophils and efficiency of catching bacteria in NETs it was established that phagocytosis rate under red LED influence was with latex –  $7.9 \pm 0.08$  units and E.coli –  $3.4 \pm 0.07$  units that in 1.6 - 2 times lower that antigen content in NETs ( $12.4 \pm 0.08$  and  $7.1 \pm 0.04$  units respectively). Under blue LED influence phagocytosis rate (latex particles –  $6.7 \pm 0.09$  and E.coli –  $2.8 \pm 0.07$  units) and antigen content in NETs (latex particles –  $8.5 \pm 0.04$  and E.coli –  $6.1 \pm 0.07$  units) reduced almost in 1.2 - 1.5 times compared with red LED action.

**Conclusions.** It was established that blue LED inhibits ability of planktonic cells to form biofilms and red LED increases neutrophil activity with phagocytosis activation and

NETs, so it allows recommending the use of LED radiation in complex antimicrobial therapy of localized pyoinflammatory processes.

**Kozka V.S.**  
**THE IMPLANTS IN CURRENT DENTISTRY**  
**Kharkiv National Medical University,**  
**Department of Foreign Languages,**  
**Kharkiv, Ukraine.**

The problem of dental implants is of great importance for those who are interested in current dentistry.

Dental implants are artificially designed, often multi-component constructions which are used for fitting into the jawbone, followed by coalescence (osseointegration) with the aim of prosthetics.

A lot of specialist have used dental implants in their work. For example, the United States is the country with the largest number of dental implant procedures (1, 2 60, 000 ones performed last year). The dentists are sure this number is going to increase to 2, 540, 000 in seven years. The range of the U.S. dental implant market will develop to more than \$2 billion in 2021. A lot of people (approximately 70% of the population) lack at least one tooth. People with one or more missing teeth are the candidates for future implant treatment.

Dental implants can be fitted to people with satisfactory oral hygiene. They are not usually recommended for teenagers until the skeleton has been formed. That also concerns people with diabetes because of poor regeneration of tissues. According to the World Health Organization, about 98.5% of implants is adapted at an absolutely any age.

The implants treatment is performed with the help of local anesthesia and is painless. The procedure of implant installation includes two steps. Firstly, you make a soft tissue incision in the region of missing teeth and fit the implant into the jawbone using the dental handpiece. Then the gingiva is adapted around the implant to cover it completely. During 3-6 months the osseointegration must occur, making the implant more resistant and durable. Secondly, you install the abutment which is fixed to the implant with the help of screw and is the backbone for the permanent crown.

The implant installation helps maintain healthy teeth. Traditionally the missing teeth are replaced by bridges. The technology of making a bridge requires the preparation of two adjacent teeth for their usage as the denture base. That leads to a great risk of overloading and may result in a destruction. The bridge helps eliminate the esthetic defect for some time, but does not prevent irreversible osseous tissue destruction which occurs due to the missing of one or two teeth. The jawbone resorption leads to changes in facial contours which negatively affect the appearance of the patient.

The implantology is a relatively new branch of dentistry which advances rapidly. The recent research has shown the possibility of the usage of such new technologies as cone-beam computed tomography, 3D planning/design software, rapid prototyping stereolithography and 3D printing.

To sum it up, having analysed the information it is possible to say that implant treatment is a current alternative when one or more teeth are missing. This is the only dental construction which prevents the osseous bone resorption and the one which may serve more than the other appliances.

**Kulik E.S.**

## **EATING AND BODY DYSMORPHIC DISORDERS**

Kharkiv National Medical University,  
Department of Foreign Languages,  
Kharkiv, Ukraine

Most of us agree with the proverb "It's what's inside that counts". In spite of this widely accepted opinion a lot of people find it crucial to keep track of their appearance and from time to time certain features of their body bring them trouble. One man may not appreciate his height, another one is obsessed with his body weight. It is naturally for humans to strive for self-improvement. But unfortunately it happens quite often that this desire to look better is not guided by inclination for betterment. Failures in any sphere of life frequently lead to low self-esteem and chronic depression. This abuses the person and causes many psychological disorders.

They are known as eating and body dysmorphic disorders and are characterized by the highest mortality rates among other diseases of mind. Main eating disorders among which are anorexia, bulimia and binge eating are often followed by the body dysmorphic disorders. They are typical for people who preoccupy themselves with some slight or even imagined flaws of their appearance.

According to the National Eating Disorders Association which collected the information around the United States of America, 42% of girls from the first to the third grades wanted to be thinner. 81% of ten year old girls were afraid to be fat in the future. And the third study concluded the following terrifying results: over a half of American teenage girls and nearly a third of teenage boys practiced terrible weight control methods like fasting, skipping meals, smoking, restrictive dieting (based on subsisting on only separate kinds of food), vomiting and taking laxatives. As stated by the National Eating Disorders Association 15% of sufferers are men and nearly a half of them relates to sex minorities.

The first common eating disorder is anorexia. During this illness people refuse to maintain the minimal normal body weight, that is why they are usually significantly underweight (over 15%). The patients tell that they attempted to avoid drinking even a cup of water, believing that it could immediately make them thicker. Along with the dreadful low-calorie diet and excessive exercising program the patients used to vomit and take laxatives in order to decrease their weight.

There are some explicit features which help to identify the presence of this disorder. As there is no proper nutrient supply from the food, the body maintains it from the reserves in bones and muscles. Despite the fact that people exercise daily, there is a constant loss of muscular tissue (including cardiac muscular tissue) and fragility of bones. Dieters become emaciated and bony. As cardiac tissue is under damage people get heart attacks, their heart rate increases, but the blood pressure of the body becomes slower. There is a lack of energy within the body. This explains why the sufferers always have icy hands, feet and noses.

The patients have also a specific bad breath. It appears due to the destruction of bones and muscles. In addition people start losing their hair, the nails become quite frail and many wrinkles and acnes cover the skin so that it looks older as well as dry and cracked. Both men and women are sterile. Eventually the sufferers prefer being on their own rather with the company of friends and relatives, who may conclude that the person is no longer healthy.

Otherwise it is not as noticeable as in the case of bulimia, another eating disorder.



It is caused by similar reasons and has many awful consequences like anorexia. But people with bulimia usually maintain normal body weight, but achieve it by vomiting and using laxatives. As they used to vomit up their food the gastric juice affects the teeth. In return laxatives influence the functions of the digestive system so it stops working properly.

As it was already mentioned all eating disorders are severe illnesses of mind and their treatment requires a lot of time and patience. Fortunately the patients could be treated once and for ever. But at present I find it more important to think of the ways of disease prevention, reducing the power of negative mass media. Parents should take care of their children to develop their personality and self-confidence being not so sensitive to the words of others.

**Olkhowska S.V.**

## **MYOCARDIAL INFARCTION IN THE MODERN WORLD CONDITIONS**

**Kharkiv National Medical University,**

**Department of Foreign Languages,**

**Kharkiv, Ukraine**

Nowadays in the conditions of civilized and progressive society when innovative technologies develop, an active fight against diseases which keep humanity on the alert during the whole period of its existence occurs. Thus a large number of diseases don't threaten people anymore. However despite such intensive struggle there are some diseases which are not eliminated, moreover they keep on doing great harm to people in spite of nationality, gender, race or age. One of such diseases is myocardial infarction. It doesn't disappear, besides it develops and afflicts the organisms of ever younger people. Now prevention and prophylaxis of myocardial infarction are the main aims of medicine all around the world. Topicality of this research work is caused especially by the problems which were mentioned above. The aim was to carry out a conception about some phenomenon connected with myocardial infarction. To reach this aim it was necessary: to study reasons of emergence of myocardial infarction among young people; to analyze the methods of its prevention; to search out the spread of this disease in the Kharkiv region; to review the main reasons of increasing of age limits of myocardial infarction.

Infarction is the disease which is caused by the necrosis of any organ or its region, one of the most spread types is the myocardial infarction. Besides affecting the heart this disease makes the whole organism suffer. Myocardial infarction can even cause death if medical care isn't provided on time. The consequences of myocardial infarction may be very serious and dangerous even some time after its beginning.

Cardiovascular diseases are one of the most serious and global problems nowadays. According to the statistics the mortality from cardiovascular diseases amounts 66,6 % in Ukraine in 2010, in the Kharkiv region – 76,4%. In the Kharkiv region about 3,000 myocardial infarctions are registered annually (2009 y. – 3290, 2010 y. – 2938). In the last years this number has been growing in spite of the development of medical technologies and medicine on the whole. According to the statistics in Kharkiv only 8% of patients with myocardial infarction ask for medical care during first 2 hours, others lose precious time for saving heart. Statistics says that in 2004-2007 in Kharkiv and its region the general number of men, who had myocardial infarction, was twice more than number of women; accordingly 63,4% and 36,6%. However the mortality was higher in the women's group: 12,5% against 8,4%. It was discovered that the average age of women in the registry was  $67,8 \pm 5,2$  and of men –  $59,5 \pm 3,6$ .

Although until recently myocardial infarction has often occurred after the age of 50, now it can affect people who are younger than 40 years old. Frequency reaches 0,1- 0,6 among 1000 men and 0,03-0,4 among 1000 women. It amounts 2-7% from all people who have myocardial infarction and whose age is under 65. It proves that the age limits are rashly growing. The main reasons of “rejuvenation” of myocardial infarction are unhealthy diet, obesity, smoking, stresses (young people are more prone to constant stresses and worries); excessive drinking of alcohol; low physical activity; lack of control of organism indications; negative heredity of cardiac ischemia (characterized by the lack of oxygen supply to the heart).

There are some events which could stop growing age limits of myocardial infarction, such as government and every person’s measures. It’s necessary to start a campaign to fight against bad habits such as smoking, alcoholism etc. We need to popularize healthy and active lifestyle. But in addition every person must take his health very serious and understand that the necessary condition is the abidance of proper lifestyle.

As a result we can say that myocardial infarction is a very serious disease and it brings great harm to the human’s health. Cardiovascular diseases take about 10-15 years of the life. That is why it is very important to look after your health. Recently myocardial infarction occurs among people who are younger than 40 years old.

**Smirnova V.I.**  
**TULPA AS A PHENOMENON**  
**Kharkiv National Medical University,**  
**Department of Foreign Languages,**  
**Kharkiv, Ukraine**

Tulpas are quite understudied conditions and thus may not be familiar to most people. To keep things simple, “tulpa” is a term used to describe an entity created by a person through meditation. According to Tibetan manuscripts, Buddhist monks are capable to materialize images from their mind in the form of tulpas while being deeply concentrated. Basically, these visions could have been called hallucinations, if only they were that easy to define.

To start with, this phenomenon qualities can be put into one of the two categories: the ones, which can be explained by physiology, and properties of spiritual origin, though the division is not always easily made. Tulpas and the hallucinations have a lot of similar qualities, for instance, as incorporeal manifestations of one’s mind, they often take a form of visual, olfactory, auditory or tactile experiences. In addition, sometimes we are able to feel tulpa with all of our senses at once, as a complex delusion. Also, despite the common believing that only mentally-ill people see things which don’t exist, both tulpa and hallucination can be acquired through special training. Physiology can give us a hint on the causes of this such as autosuggestion and fixed ideas.

On the other hand, there is some room for open speculation concerning special traits of tulpas. While hallucinations appear and vanish on their own, when the person is overworked or shut away from any outside signals, it is hard to keep the tulpa around without fixing your attention on it constantly. What is more, the process of creating of it is often compared to “raising a child”: the more time you devote to your interaction with the vision, the more it will be capable of in the future. Concerning the issue of powers and capabilities, not only monks have practised manifesting inner images, but there is also an Internet community gathered around the idea of the development of tulpas, and, as its members claim, these self-induced delusions are intelligent and can even possess their creator. Of

course, if he agrees to be possessed. Furthermore, the tulpa has access to the host's memories, even the forgotten ones. Apart from that, some members even claimed that their tulpa was able to make a tulpa of its own. Consequently, these cases are a bit more difficult to explain rationally. Even though the access to the memory can be the result of the hallucination being the part of the same mind as the memory itself, it is still very close to those incidents when people began speaking languages they have never known, and these cases remain a mystery up to the present day.

In conclusion, it is still very arguable, whether the tulpa is harmless or not, since we can't answer for sure, what condition it is exactly. Nonetheless, this phenomenon has become quite popular as a tool to fight loneliness. Though, this interesting trick of the mind undoubtedly hides more possibilities for the further research of our brain secrets and functions.

**Vaschenko N. V.**  
**INFLUENCE OF CHARACTER ON DISEASES**  
**Kharkiv National Medical University,**  
**Department of Foreign Languages,**  
**Kharkiv, Ukraine**

Very often I asked myself such question as: why do some people leading rather similar way of life (for example, don't smoke, don't drink, go in for sports) have different diseases? How does it happen that hard cigarette smokers do not develop tuberculosis, lung cancer, pneumonia, etc., and on the contrary, why do rather young people leading absolutely healthy lifestyle die of these diseases? Perhaps, it is not only a matter concerning different bad habits or a life style. I want to assume that personal emotional condition and type of character along with his attitude towards itself and other people plays a large and very significant role. Each person has an absolutely individual character. Each body organ also has its certain emotional state. Therefore, every organ has its links with the character. If a person has some negative traits of character, the person's appropriate organs suffer too. For example, the backbone is tied with such traits of character as desire and unwillingness to live, cheerfulness and passivity. If the person isn't lazy, works constantly, struggle against difficulties, he anyway will have a healthy backbone. Diseases of heart depend on our attitude to close people. If we constantly want to receive something from close people, but give nothing in exchange, the offense occurs. It is also the reason of heart troubles. Good work of our cardiovascular system depends on such qualities of our character as cheerfulness, optimism, purposfulness. Positive emotions promote the development of erythrocytes. It is confirmed that people dissatisfied with their job in most cases have anemia. The liver organ is tied with such feature of character as love of power. It may lead to inflammatory processes in the liver. Weak-willed people may have dysfunction of bile production; in this case, sluggish inflammatory processes begin. The pancreas suffers from fastidiousness and aversion attitude to people. The offended condition of strong aversion can lead to pancreatitis. People with diabetes are very susceptible to the surrounding world. Our intestine is closely connected with our business activity. If the person works hard, his intestine also works hard, it can lead to problems of inflammatory character and constipation caused by bowels hypotonicity. The work of lungs is connected with such trait as hopelessness, fear of future. Bronchial tubes diseases are more characteristic for people who are straightforward, adherent to principles. The work of kidneys depend on ability of the person to accept living conditions. Kidneys will be strong if the person adapts to living conditions easily. If the person is able to forgive, kind-hearted, has positive emotions,

desires, thoughts, and has gentle speech, he will not have problems with the work of the bladder. The speech and occupation of the person have close links with the stomach activity. Angry people are usually very thin because the food is digested badly. Plump people are always kind as kindness assists to colonic digestion and good blood supply of the stomach. The large intestine suffers from obstinacy. Overloads of a large intestine occur when the person persists and insists on his own opinion. Joints suffer when the person is in despair, constantly experiences negative emotions both at home and at work. Skin is connected with openness, fearlessness, innocence, kindness. When the person is anxious, he starts growing old quickly, and if the person is a quiet one his skin looks healthy. Quarrels also effect the sensitivity of skin and may be one of the reasons of skin diseases development.

Taking into consideration all above mentioned facts, it is possible to conclude - to be healthy is not only avoiding various adverse factors, sometimes it is just necessary to love himself and surrounding people and to be a little kinder, and then all will be well.

**Александрович Э. П.**

## **МЕТАФОРЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

**кафедра латинского языка и медицинской терминологии,**

**Научный руководитель: Боброва У.А.**

Медицинская метафора – рожденный в профессиональном дискурсе термин, индивидуально созданный и закреплённый словарной статьёй, а также представляющий собой словосочетание, состоящее из слова из классического языка и лексемы литературного дискурса. В основе метафоры как способе вторичной или косвенной номинации лежит сравнение, т.е. сопоставление разных объектов мира

Целью нашей работы является выявление, классификация и анализ метафор в анатомической терминологии пищеварительной системы.

В. П. Москвин предложил наиболее полную классификацию метафор. Им были разработаны структурная, семантическая и функциональная классификация метафор. В ходе работы мы обнаружили 144 терминов-метафор и классифицировали их по семантической классификации В. П. Москвина.

Самая распространенная группа (55 терминов) – пространственная метафора (аналогия с каким-либо измерением пространства), из которых больше всего терминов со словами «проток» (околоушной проток (*ductus parotideus*)), «бугорок» (язычный бугорок (*cuspis lingualis*)), «гребень» (небно-глоточный гребень (*crista palatopharyngea*)), когда в привычном значении «проток» – это водоток, являющийся частью другого водотока; «бугор» – это форма рельефа, возвышенность на участке суши земной поверхности; а слово «гребень» означает наиболее высокую острую зубчатую часть горного хребта или массива.

Следующая по численности группа состоит из 35 метафорических переносов на основе сходства формы: ампула прямой кишки (*ampulla recti*) – «ампула» – небольшая запаянная стеклянная трубка для хранения лекарства; уздечка языка (*frenulum linguae*) – «уздечка» – часть конской сбруи, и др.. Также мы выявили 31 антропоморфную метафору: десневой сосочек (*papilla gingivalis*) – «сосочек» обозначает наружную часть молочной железы человека в виде круглого, выдающегося вперёд выступа; тело языка (*corpus linguae*) – «тело» – это физическая структура человека, человеческий организм; перстнепищеводное сухожилие (*tendo cricooesophageus*) – «перст» – палец, и др..

Геометрических метафор мы обнаружили 19: круговой слой тонкой кишки (*stratum circulare intestini*) – «круг» – часть плоскости, ограниченная окружностью, а также сама окружность; квадратная доля печени (*lobus quadratus hepatis*) – квадрат – равносторонний прямоугольник) и др..

Наименьшее количество флористических метафор (5 терминов): луковица двенадцатиперстной кишки (*bulbus duodeni*) – «луковица» – видоизменённый, обычно подземный побег растений; и анималистических метафор (4 термина): хвост поджелудочной железы (*cauda pancreatis*) – «хвост» – подвижный отдел на задней части тела животного, и т.п.

Метафоризация является неотъемлемым свойством медицинского дискурса. Термины-метафоры представляют собой результат активного отражения окружающей действительности, результат взаимодействия профессионального и обыденного знания. За счет этой экспрессивности и эмоциональной окрашенности метафора способствует приобретению терминами такого важного качества, как внедренность, делает медицинский дискурс более убедительным, способствует более успешной коммуникации между врачом и пациентом. Метафора облегчает понимание термина, позволяет избегать длинных дескриптивных номинаций в лексиконе врача. Причем каждая область медицинского знания индивидуальна и отличается своими особенностями образования узкоспециальных терминологических единиц.

**Артеменко М.Є.**

## **МІФОЛОГІЧНА КАРТИНА СВІТУ В БОТАНІЧНІЙ НОМЕНКЛАТУРІ.**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра латинської мови та медичної термінології,**

**Харків, Україна**

**Науковий керівник: Лебедь Ю.Ф.**

Міф є, насамперед, способом узагальнення світу у формі наочних образів. У первісності окремі сторони, аспекти світу узагальнювались не в поняттях, як зараз, а в чуттєво-конкретних, наочних образах. Сукупність пов'язаних між собою таких наочних образів і уособлювала собою міфологічну картину світу.

Мета роботи: розглянути етимологію ботанічної номенклатури та її зв'язок з міфами.

Предмет дослідження: назви квіткових лікарських рослин.

Латинські ботанічні назви поділяються на інформативні та індіферентні.

Інформативні вказують не тільки на таксон, а й містять у собі певну інформацію про рослину: її форму, колір, розмір, географічне поширення, екологічне середовище зростання. Інформативними можуть бути як родові назви, так і видові епітети. Інформативні назви рослин за характером ознак, які вони відображають, можна умовно поділити на групи:

1. Назви, що вказують на морфологічні ознаки рослин.
2. Назви, що відображають географічне поширення або батьківщину.
3. Назви, що вказують на час появи або цвітіння.
4. Назви, що вказують на практичне значення рослин.

Індіферентними називаються терміни, утворені від власних назв (імен та прізвищ учених та видатних людей), а також назви, утворені від міфологічних імен.

Аконіт дібровний (*Aconitum nemorosum*). Назва рослини «аконіт», за деякими джерелами, пов'язана з містом Акона у Греції. Саме тут цю рослину вперше почали збирати для одержання отрути. Біля міста Аконе знаходилася печера, яка вела до

царства мертвих. Вхід до неї охороняв страшний трьохголовий пес Цербер. Геракл підкорив Цербера, витяг його на землю, а від сонячного світла у собаки потекла слина, з якої і вирости аконіти.

Беладонна звичайна (*Atropa belladonna*). Назва утворена від імені Атропа. Три богині людської долі, які жили в підземному царстві, розпоряджалися життям людини. Наймолодша з них, Клото, тримала прядку, середня, Лахесіс, пряла та викладала нитку людського життя, а в обов'язки найстаршої, безжалісної богині Атропи, входило перерізування цієї нитки, що викликало неминучу смерть.

Півонія незвичайна (*Paeonia anómala*). Називають на честь Пеона – учня Асклепія, грецького бога медицини і зцілення. Асклепій заздрив учню. Зевс врятував Пеона від гніву Асклепія, перетворивши його в квітку півонії.

Отже, для опанування ботанічної номенклатури необхідне знання етимології латинських назв рослин. Назви рослин, які пов'язані з міфами, складають цікаву групу.

**Атаханов Расулбек**  
**ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ-НОМИНАТИВОВ**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра языковой подготовки иностранных граждан,**  
**Научные руководители: Гарлева А.В., Ткаченко О.В.**

Особенностью научного стиля речи является точность и однозначность терминов, применяемых для номинации заболеваний, симптомов болезни, методов исследования и лечения.

Многие из терминов имеют древнюю историю и пришли в медицину из латинского языка. Знакомство с их русскими эквивалентами требует серьезной работы: рассмотрение этимологии слова, словоизменительной парадигмы, знакомство с контекстами, в которых они встречаются и видоизменяются. Лингвистическая составляющая позволяет глубоко осмысливать медицинскую составляющую понятия.

Особый интерес вызывает анализ идиоматических выражений, на базе которых сформировался целый пласт медицинских терминов – фразеологизмов.

Фразеологизмы в медицине выполняют не эмоционально-экспрессивную функцию (как в литературе), а номинативную.

Общими для всех классификаций является выделение фразеологизмов, которые

- 1) обозначают клинические проявления болезни;
- 2) дают характеристики органам;
- 3) представляют анатомические аномалии.

Помимо основных выделяются фразеологизмы, которые характеризуют:

- методы лечения;
- внешние признаки заболевания;

Фразеологизмы чаще всего носят метафорический или метонимический характер. Известны следующие основания метафоризации, которые встречаются в медицинских фразеологизмах:

- по сходству поведения, действия;
- по сходству положения, состояния;
- по сходству внешней формы;
- по сходству цвета.

Для медицинской фразеологии характерно использование номинативных фразеологических выражений, выступающих в форме словосочетаний и выполняющих в языке номинативную функцию.

Фразеологизмы современного русского языка построены преимущественно по синтаксическим моделям свободных (переменных) словосочетаний и представляют собой непредикативные фразеологизмы, а именно фраземы.

Работа с медицинскими фразеологизмами расширяет лексический запас студентов, развивает наблюдательность, повышает мотивацию к обучению, знакомит с особенностями образования профессиональной медицинской лексики.

**Іванова А. О.**

## **МЕТАФОРИ НАЗВ ЗНАРЯДЬ ТА СПОРЯДЖЕННЯ ВОЇНІВ В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра латинської мови та медичної термінології,  
Харків, Україна**

**Науковий керівник: Дюрба Д. В.**

Одним з найбільш продуктивних джерел метафоризації є семантичне поле артефактів (термін «семантичне поле артефактів» вживає російський вчений М. В. Озінгін в дисертації «Роль метафори у структуруванні та функціонуванні російської медичної термінології»). Це поле представлено такими рядами: а) знаряддя праці та предмети побуту; б) одяг, взуття і їх деталі; в) зброя та спорядження; г) будови і елементи будівель; д) музичні інструменти.

Метафоризація предметів зброї та спорядження воїнів, в латинській анатомічній термінології представлено такими термінами:

1) *vomer, erisn*– сошник (леміш). В анатомічній термінології використовується для опису непарної кісткової пластинки, яка бере участь у формуванні перегородки носа. Вживається у термінах *alavomeris, sulcusvomeris, parscuneiformisvomeris*.

2) *spina, ae f*– острога, шпора, шип. На час кінних змагань арену римського цирку поділяли посередині стінкою заввишки в метр, цю стінку називали *spina*. Хребет ділить поверхню спини тіла на дві рівні частини, тому і його також називали *spina*. В анатомічній термінології використовується для позначення слів: *spinahelicis, spinanasalis, spinaossissphenoidalis, spinascapulae*.

3) *stapes, edis m* [лат. *sto* «стою» + *pes* «нога, стопа»]– стремено. Терміном *stapes* за зовнішньою подібністю позначена одна з слухових кісточок, відкрита в XVI ст.

4) *thyreoideus, a, um*– щитоподібний. Великий чотирикутний грецький щит з дерева, оббитий шкірою, був запозичений у римлян. Один з гортанних хрящів отримав назву – *cartilagothyroidea*, бо його бічні пластинки схожі на щит.

5) *sella, ae, f* – сідло, сидіння. Метафорична номінація базується на асоціації за формою і функціями: «сидіння для вершника» → «заглиблення в тілі кістки, схоже на сідло». Вживається у термінах: *sellaturcica, articulatio sellaris*.

6) *galea ae f*– шолом. У римлян *galea* називався шкіряний шолом. Термін *galea aroneurotica cranii* – сухожильний шолом черепа – належить петербурзькому анатому Вейтбрехту і служить для позначення міцного сухожилля лобових і потиличних м'язів, пухко зрощеного з окістям черепа і міцно зі шкірою.

7) frenulum, i n – вуздечко, основна функція якого – стримування. Аналогічна мотивація анатомічних термінів: frenulumlabiiinferioris, frenulumlabiorumpudendi, frenulumpreputii, frenulumlinguae, frenulumvelimedullarissuperioris.

8) sagittalis, e– стрілоподібний; походить від іменника стріла sagitta, ae f. В анатомічній термінології використовується для позначення терміна сагітальний шов – sutura sagittalis, що означає розділення площини у передньо-задньому напрямку, тобто від голови до кінця тіла. Середня, або медіанна, сагітальній площини – planasagittalia, ділить тіло на праву та ліву половини.

Отже, метафора є одним із найбільш продуктивних способів номінації нових понять як у літературній, так і у науковій мові. У складі сучасної анатомічної термінології існують терміни, які виникли завдяки вторинній номінації. Особливу групу складають назви знаряддя та спорядження воїнів в латинськомовній анатомічній термінології, що сформувалися на основі метафори семантичного поля артефактів. Проведене дослідження переконливо доводить, що метафоризація як джерело збагачення літературної мови має важливе значення у формуванні анатомічної термінології.

**Каримли Матанат**  
**ИСКУССТВО В КОНТЕКСТЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра языковой подготовки иностранных граждан,**  
**Научный руководитель: Дмитриенко Н.Ф.**

В древние времена медицина считалась искусством. «Медицина есть более искусство, чем наука» – писал великий врач эпохи Возрождения Парацельс. Но союз искусства и медицины начался намного раньше, в Древней Греции. Именно там, на острове Кос, находился асклепион – святилище бога Асклепия (Эскулапа), которого почитали богом – врачомателем. В центре асклепиона был прекрасный храм Асклепия, а рядом храмы Гигеи, Артемиды, Аполлона и других богов. Здесь же находился музыкальный храм с бассейном, бани, спортивные сооружения и даже библиотека.

Большую роль в процессе излечения играл театр. Высокие требования к врачу, которые предъявляли древние, были изложены в «Сборнике Гиппократов», а также в древнейших памятниках индийской литературы «Аюр-ведах» («Книгах жизни»).

В эпоху Средневековья продолжалось развитие медицины в союзе с искусством и врачебной этикой. Наибольшее значение имеют работы великого ученого Средней Азии X – XI вв., врача, музыканта, философа Абу али Ибн Сины, известного в Европе под именем Авиценны. Основным произведением Авиценны – врача являются «Канон врачебной науки» и «Поэма о медицине». Она включает более 1000 бейтов – двустихий. По примеру врачей старшего поколения он пишет о медицине стихами, чтобы будущим врачам было легче усвоить и запомнить медицинские знания.

История развития литературы и медицины связаны между собой неразрывно. В литературных произведениях разных времён мы находим свидетельства огромного интереса писателей к облику врача и к искусству врачевания.

А.П. Чехов, много лет своей жизни отдал медицине. Даже став знаменитым писателем, он не оставлял медицины, лечил родных и друзей, интересовался открытиями и исследованиями в медицине. Многие герои его произведений – врачи и их пациенты. Чехов прекрасно понимал значение медицинских знаний для своего



творчества. Он учился у Боткина, Захарьина и Пирогова мыслить по-медицински, т. е. судить по общему, не упуская частностей.

Душевное состояние больного всегда привлекало особенное внимание Чехова. В рассказах «Случай из практики», «Припадок», «Скучная история» и других Чехов сумел ярко и достоверно описать внутренний мир и психологию больного, психические страдания и душевную боль человека.

«Профессия врача, медицина, как и литература, - подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов», - писал А.П. Чехов, подчеркивая близость медицины и литературы.

**Ковалева М.С.**

## **ЗООНИМЫ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра латинского языка и медицинской терминологии**

**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Литовская А.В.**

Зоонимы являются довольно распространенным явлением в фармацевтической терминологии. Исследование зоонимов занимает весомое место в изучении фармацевтической терминологии в целом из-за их многочисленности, а так же потому, что знание зоонима, входящего в название лекарственного средства, как правило, дает нам понимание происхождения данного средства.

Целью работы является анализ функционирования зоонимов, рассмотрение их этимологии, сравнение использования зоонимов в латинской и русской фармацевтической терминологии, терминологии на материале русского и латинского языков.

Зоонимы встречаются в тривиальных названия лекарственных средств. Чаще всего, они являются отрезком полного названия. Так например, Апилак (Apilacum) состоит из двух частей: Apis (пчела) + lac (молоко).

Кроме тривиальных названий лекарственных препаратов, зоонимы встречаются в тривиальных названия химических веществ. Например, органическая кислота – муравьиная кислота Acidumformicicum – от слова «formica» – муравей.

Зоонимы широко используются в фармакогнозии, области фармакологии, которая изучает лекарственные средства, получаемые из сырья растительного и животного происхождения.

Самое широкое распространение зоонимы получили в названии лекарственных растений. В нашей работе мы опирались на «Энциклопедию лекарственных растений» Т. А. Ильиной, 2014г.

Все рассмотренные нами термины мы классифицировали по наличию зоонимов в латинском и русском вариантах названия растения. Согласно нашей классификации было выделено три группы терминов: термины, включающие зоонимы в русском и латинском вариантах названия, термины, включающие зоонимы только в русском варианте названия и термины, включающие зоонимы только в латинском варианте названия.

В первую группу вошли Горец птичий(лат. Polýgonum aviculáre), Змееголовник (лат. Dracocéphalum), Черемша (лат. Álliumursínum).

Ко второй группе мы относим Козлятник лекарственный (лат. Galéga officinális), Львиный зев (лат. Antirrhínum), Змеиный корень (лат. Bistorta officinalis).

Третья группа включает в себя Толокнянку обыкновенную (лат. *Arctostáphylus úva-úrsi*), Шиповник (лат. *Rósa canína*), Живокость (лат. *Delphínium*).

Результаты нашего исследования показали, что самой многочисленной является группа, в которую вошли термины, включающие зоонимы только в русском названии. Меньше всего примеров терминов с зоонимами только в латинском варианте названия. Наиболее часто используемыми зоонимами являются «медведь», «змея», «гадюка», «птица», «пчела». Реже встречаются «дельфин», «лев», «собака».

Самой интересной, по нашему мнению, является первая группа терминов, выделенная нами. Здесь зоонимы входят в состав обоих вариантов термина, что свидетельствует о том, что у разных народов общий ход ассоциаций при выборе названия лекарственного растения или средства, а так же о том, что русские название происходят от латинского, а значит, латинский язык в фармацевтической терминологии является основополагающим.

**Комаров Д. А.**

## **ЭТИМОЛОГИЯ НОМИНАЦИИ ЗУБНОГО РЯДА В ЛАТИНСКОМ, АНГЛИЙСКОМ, НЕМЕЦКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра латинского языка и медицинской терминологии,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Литовская А.В.**

Известно, что у детей зубной ряд представлен 28 зубами, а у взрослых – 32 зубами. В зависимости от расположения и функций зубов выделяют такие названия: центральные и боковые резцы, клыки, моляры и премоляры, зубы мудрости. Также зубы можно подразделить на постоянные и молочные (в зависимости от того, происходила ли смена зубов в зубном ряду). Нумерация начинается от центральных резцов. Значит, мы можем говорить о нескольких принципах номинации. Это характерно как для русского языка, так и для других европейских языков.

Номинация термина “зуб” производилась относительно функций, которые выполняют органы. В латинском “*dens, tis m*” происходит от созвучного латинского термина, означающего “зубец”, в русском языке, термин произошел от литовского “*žaĩbas*”, что означает “острый предмет”, в английском языке – от древнеанглийского слова “*tōþ*”, что означает “зуб”, а немецкий термин “*Zahn*” восходит к корню, который представляется праформой корня *ed* “*essen*” (есть).

При номинации резцов мы вновь сталкиваемся с номенклатурой по функциональной особенности – разрезать или рвать пищу. Латинский “*dens incisivus*” произошел от “*incido*” (резать), в русском – от древнерусского “торкать”, что означает “терзать”. В английском “*incisor/cutter*” происходит от “*onewhocuts*”, а в немецком языке термин “*Schneidezahn*” происходит от “*schneiden*” (пилить).

Проанализируем термин “клык”. Так, в немецком языке название определяется функцией, а в остальных языках используются метафоры и аналогии с животным миром. В латинском языке “*dens caninus*” восходит к “*canis*” (пес, собака), в русском языке термин “клык” происходит от “иклы” (петушины ешпоры), в английском “*caninetooth*” образован по аналогии с латинским термином, в немецком языке термин “*Reißzahn*” происходит от “*reißen*” (рвать).

Обратимся к происхождению термина “моляр”. Номинация происходит по функциональным особенностям и расположению в зубной полости. Латинский термин – “*dens molaris*” происходит от “*mola*” (мельничный камень). В английском и

русском термин звучит практически одинаково с латинским. В немецком языке термин звучит так: “Backenzahn”, который происходит от “Mahl” (еда) и “Backe” (щека).

Префикс пре- означает “перед”, из этого следует, что “премоляр” – “зубпередмоляр”. В латинском языке термин звучит как “dens premolaris”. В английском и немецком языке более широкое распространение получил термин “bicuspid”. В немецком “Bikuspidat”. Восходит к латинскому “би” – “два” и “cuspis” – “кончик, острие”. Номинация происходит по принципу анатомических особенностей этих зубов.

Проанализируем происхождения термина “зубмудрости”. В латинском языке термин звучит как “dens serotinus”, в английском – “wisdomtooth”, а в немецком – “Weisheitszahn”. Все термины связаны с мудростью из-за того, что эти зубы прорезаются самыми последними – в возрасте 18-25 лет.

Проанализировав все вышесказанное, можем заметить, что номенклатура осуществлялась по принципу схожести с предметами, явлениями в быту или по функциональность зубов. В профессиональном языке закрепляются интернациональные термины, чаще всего их просто транслитерируют, учитывая грамматические нормы языка. Параллельно с ними в стоматологии используются исторически сформировавшиеся в национальном языке названия. На наш взгляд, для простоты профессиональной коммуникации зубы можно обозначать по номерам, что ускорит взаимопонимание врача и пациента.

**Кулікова І.І.**

## **КУЛЬТУРА МОВИ В УНІВЕРСИТЕТІ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра української мови, основ психології та  
педагогіки**

**Науковий керівник – доцент Л. В. Фоміна**

Освітній процес у вищих навчальних закладах передбачає тісний зв'язок класичної та сучасної, західної та східної системи освіти. Головним завдання якого є побудувати в університеті моральні, етичні, ділові принципи, які б стали запорукою успішної роботи як викладачів, так і студентів. З нашої точки зору, це варто починати з культури мови.

Культура мови – це багатогранне поняття, під яким розуміємо не лише правильне вживання слів в усному чи писемному мовленні певної мови, але й поведінка мовця під час розмови, його жести, міміка, усе повинно бути гармонійним. Для університету та інших вищих навчальних закладів важливим є дотримання норм ділової етики. На нашу думку, це стосується, у першу чергу, викладача вищої медичної школи, який, не дивлячись на свій вік, звання, завжди має бути на висоті, незважаючи на те, це лекція, чи випадкова зустріч із студентами.

Викладач своєю мовою, її різноманітними мовними засобами демонструє багаж знань, якими він володіє, виступає взірцем для наслідування для молодих колег та студентів. Позитивним є той факт, коли викладач може спілкуватися двома мовами (українською та англійською), при цьому бездоганно володіти літературними нормами кожної з них, правильно робити акценти в мовленні та не допускати двозначності слів, уживання яких може звести нанівець імідж викладача. Особливо це важливо для молодого викладача, який лише починає свою професійну діяльність.

Йому треба навчитися працювати з різними словниками, зі своїм голосом, навчитися чути себе, працювати самостійно над удосконаленням свого ораторського мистецтва.

Таким чином, культура мови в університеті вимагає постійної та клопіткої праці над собою.

**Лазоренко К. М.**  
**ИЗ ОПЫТА СРАВНЕНИЯ ЛАТИНСКОЙ И РУССКОЙ БОТАНИЧЕСКИХ**  
**НОМЕНКЛАТУР**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра латинского языка,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Лебедь Ю.Ф.**

Благодаря развитию биологической науки накопилось много ботанических терминов, возникла потребность в новых методах классификации растительного царства.

Научную ботаническую номенклатуру основал Карл Линней с целью упорядочить мир растений и упростить их применение в различных областях. Таким образом она повлияла на формирование терминов во всех языках. Создавалась единственная универсальная терминология, которая понятна во всех странах мира.

Аналогичное влияние она оказала и на терминологические элементы русского языка. С помощью транскрипции слово отображается в том же звучании, которое имело первоначальное латинское: роза – *Rosa*, алоэ – *Aloe*, ламинария – *Laminaria*. Также имеет место транслитерация. Это способ, при котором данный термин читается в соответствии с правилами языка, на который транслитерируется: эвкалипт – *Eucalyptus*, фенхель – *Foeniculum*. Так же возможен способ, в котором термин переводится не сразу на русский, а между ними есть переходной язык (посредник). Например, с латинского *pergvinca* на польский *ważwinek* в нашем звучит как барвинок.

Ещё один вариант создания названия – с помощью объединения морфем фраз или словосочетаний. К примеру, красавка – *Belladonna* (дословно переводится как «красивая женщина»), пастушья сумка – *Bursa-Pastoris*, кровохлёбка – *Sanguisorba*. Также для создания названия растения или даже целого рода использовали имена мифологических персонажей, называли в честь определённых учёных или просто известных людей. Например, род растений *Aristolelia* (невысокие кустарники с красными ягодами) назван в честь известного учёного Аристотеля.

Так как каждое растение обладает бесконечным количеством характеристик, то можно проследить схожесть и различия латинских и русских наименований. В обеих номенклатурах существуют определённые мотивирующие признаки, значение которых совпадает: русское название берёза происходит от значения частицы «бер» (то есть светлый, ясный, белый); а термин в латинском *Betula* происходит от кельтского, что имеет схожее значение, а именно «белый». Таким образом, оба названия объясняют цвет коры – белый. В русском название «наперстянка» образовано от слова «напёрсток», аналогично этому в латинском *Digitalis* происходит от латинского «*digitus*», что означает «палец». Оба эти термина характеризуют форму цветка, которая является пальцевидной. Различия проявлялись из-за влияния субъективных факторов, таких как национальные особенности, различия в психологическом восприятии, разный опыт и интеллектуальные способности. Русское название рябина происходит от слова «рябой» по структуре коры. А вот латинский

термин *Sorbus* характеризує вкус плодів (в перекладі з кельтського *sog* означає «терпкий»).

Висновок: на процес формування назв, як в латинській, так і в російській мові, впливало багато різних факторів. Деякі з них були загальними, деякі – виникали під впливом суб'єктивного фактора того чи іншого народу. Так чи інакше, латинська термінологія сприяє універсальності та впорядкованості ботаничної номенклатури всього світу.

**Махасва А. В.**

## **ЕТИМОЛОГІЯ НАЗВ ХІМІЧНИХ ЕЛЕМЕНТІВ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра латинської мови та медичної термінології,  
Харків, Україна**

**Науковий керівник: Дюрба Д. В.**

Все живе, що нас оточує, є результатом взаємодії хімічних елементів (далі – ХЕ). Вони мають особливі ознаки, властивості та значення у природі. Характеристика ХЕ починається з озвучення його назви. Етимологію назв ХЕ можна розділити на такі групи:

I. Назви, утворені за властивостями ХЕ:

Флюор (*Fluogum*, і n) – від латинського *fluere* – «текти» (за властивістю сполуки флюору флюориту знижувати температуру плавлення руди й збільшувати текучість розплаву). Давньогрецькою мовою *fq3ro~* – «руйнування» (через властивість сполуки флюора залишати опіки на шкірі). Рубідій (*Rubidium*, і n) – від лат. *rubidus* a, um – «червоний» та Цезій (*Caesium*, і n) – лат. *caesius* a, um – «блакитний» названо через колір їхніх спектральних ліній. Гідроген (*Hydrogenium*, і n) – зі старогрецької мови від слів *²dwr*, *²d¹⁄⁴to~t3* – «вода» і *g¹gnomai* «народжувати». Оксиген (*Oxygenium*, і n) – зі старогр. *¥xv~* – «гострий, жорстокий, кислий» та *g¹gnomai*. Нітроген (*Nitrogenium*, і n) – від давньогр. слова «неживий». Ця назва не зовсім вдала, адже, хоч нітроген не придатний для дихання, але для життя він необхідний, оскільки входить до складу білків та нуклеїнових кислот. Радій (*Radium* і n) – елемент відомий своєю радіоактивністю, що пояснює його назву латинською мовою *radius*, і m – «промінь». Золото (*Aurum*, і n) – з лат. «*aurum*» означає «жовте», що пов'язано із кольором золота. Талій (*Thallium*, і n) – назва походить від старогрецького *qall3~ |* – «молода гілка, листок». Назву запропонував хімік У. Крукс.

II. Назви, утворені за способом або місцем виявлення ХЕ:

Літій (*Lithium*, і n) з давньогр. *ljqo~ |* «камінь», адже він вперше був виявлений саме у каменях. Алюміній (*Aluminium*, і n) – з лат. *alumen* означає «галун» (вид солей, в складі яких є алюміній). Барій (*Barium*, in) – з давньогр. *b¹⁄⁴rv~* – «важкий», адже він вперше був виявлений у дуже важкому камені. Телур (*Tellurium* і n) – лат. *tellus*, *uris* f – «земля».

III. Назви на честь міфічних героїв:

Меркурій (*Hydrargyrum*, і n; *Mercurium*, і n) – лат. «*Hydrargyrum*» від давньогр. *²dwr t3* і *Árg¹ro~ |* «срібло». Сучасна назва *Mercurium* походить від імені латинського бога торгівлі Меркурія, адже за легендою він міг бігати так швидко, як переливається ртуть. Титан (*Titanium*, in) – отримав назву на честь титанів – гігантів, з якими боролися боги-олімпійці. Ця назва натякає на твердість та міцність металу. Ванадій (*Vanadium*, і n) – створює сполуки красивого кольору, його назва пов'язана з іменем скандинавської богині краси та любові Ванадії. Тантал (*Tantalum*, і n) – у 1802 році з

мінералу колумбіту був виділений оксид, який не міг розчинитися у кислоті. Було запропоновано назвати метал, який містився в цьому оксиді, танталом (на честь давнього міфічного героя, що був змушений стояти у воді поруч з гілками з плодами, але не міг їх дістати).

#### IV. Назви-топоніми:

Галій (Gallium, і n) – хімік, який відкрив цей елемент, назвав його на честь своєї батьківщини – Франції (лат. Gallia). Полоній (Polonium, і n) – був відкритий подружжям Кюрі, які назвали його на честь Польщі (лат. Polonia). Гольмій (Holmium, і n) – мінерал, з якого був виділений елемент, знайдений біля столиці Швейцарії – Стокгольма (лат. Holmia).

Проаналізувавши походження двадцяти назв ХЕ, можна зробити висновок, що етимологія назв ХЕ є надзвичайно різноманітною, проте більшість з них походять з давньогрецької та латинської мов. Саме назва надає перше враження про структуру та функціонування ХЕ, створює асоціативні зв'язки, за допомогою яких можна судити про походження, історію відкриття та деякі із властивостей елемента. Так само, як ХЕ незмінно складатимуть основу всього живого, назва ХЕ залишатиметься найпершим чинником для їхньої ідентифікації.

**Мохаммед Исмаил Сйед Али, Чаудхари Биджай**  
**ВЕЖЛИВЫЕ ФОРМЫ ОБРАЩЕНИЯ В РАЗНЫХ ЯЗЫКАХ**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра языковой подготовки иностранных граждан,**  
**Харьков, Украина**

**Научные руководители: Гарлева А.В., Аль-Газо Н.В.**

Одной из проблем иностранных студентов, которая возникает в учебной аудитории, является неумение правильно обратиться к преподавателям. Обращение указывает на собеседника, выделяет его как адресата высказывания, а также выполняет этикетную или социально-регулятивную функцию. Студенты приезжают из разных стран мира, у них уже сформированы нормы поведения, в том числе и формы апелляции к людям разного возраста и социального положения.

Мы проследим, каким образом в некоторых языках формировались формы обращения, с какими историческими и социальными процессами связано их становление и видоизменение. Наиболее интересными для нас являются формы обращения, которые приняты в англоговорящих, франкоговорящих и арабских странах.

Особое внимание уделим рассмотрению апеллиатива и вокатива, принятого в лингвокультурах Индии и Непала.

В Украине студенты воспринимают особенности поведения в иноязычной для них среде, сталкиваются с содержательными единицами, оформленными по новым и неизвестным им ранее логико-семантическим законам.

Наше исследование включает рассмотрение понятных и известных студентам правил их родных языков, а также обращается к анализу форм апелляции, которые были сформированы на протяжении многих лет на территории Украины, закрепились в речи современного украинского населения. Помимо этого нас интересуют особенности формирования речевых норм в условиях русского и украинского двуязычия.

Целью исследования является анализ и изучение причин интерференции, которая возникает в речи иностранных студентов в ходе коммуникации.

**Нгуен Хюи**  
**ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНОГО НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**  
**ВЬЕТНАМСКИХ СТУДЕНТОВ ВРАЗНЫХ СФЕРАХ ОБЩЕНИЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра языковой подготовки иностранных граждан,**  
**Научный руководитель: Мухортова О.Д.**

Диалог культур — важное средство осознания многообразия духовного и материального мира, признания и понимания ценностей иной культуры, средство формирования умения жить и общаться в современном мире. При этом невербальная коммуникация является одной из важнейших областей существования знаков и знаковой информации и занимает значительное место в жизни человека и общества.

Психологи разных стран отмечают, что воздействие, которое мы в устном общении оказываем на других людей, примерно лишь на 7% зависит от того, что мы говорим, от того, как мы это говорим — на 38 %, а от языка нашего тела - на 55 %. Было подсчитано также, что 80 %, а то и 90 % эмоциональной информации мы еще до слов фактически выражаем и передаем в интерактивном общении невербальным способом.

Линия поведения — это стратегия и тактики вербальных и невербальных актов, с помощью которых человек выражает свою позицию, мнения, чувства или отношение и дает оценку обсуждаемой ситуации. Кроме того, жестами человек может передавать партнеру некоторую актуальную информацию и регулировать акт общения.

В состав факторов, формирующих и определяющих ту или иную линию невербального поведения, входят отдельные жесты и динамические знаковые формы — манеры поведения. Под манерами поведения обычно подразумеваются социально обусловленные комплексные формы поведения, приспособленные к определенным ситуациям. Так, можно говорить о манерах приветствия, об этикетных манерах, о способах поведения в академической среде (между студентами и преподавателем, студентами и деканом, студентами в группе), способах поведения за столом во время еды дома и в гостях.

Выбор неверной стратегии и тактики поведения всегда приводит к неуспеху акта общения. Человека, который не умеет себя вести, могут начать избегать как потерявшего лицо или с ним просто, как говорят русские, могут перестать разговаривать.

Во Вьетнаме при встрече не принято обмениваться рукопожатиями, хотя могут поклониться или кивнуть головой, скрестив руки на груди при встрече со старшими по возрасту или по рангу. В основе общения вьетнамцев лежит так называемый принцип чувствительной коммуникации. Это выражается в

пословицах Любя , сделаешь все работы; Любя,, все трудности преодолены.

Знание особенностей коммуникативного поведения вьетнамцев поможет улучшить взаимопонимание и качество общения преподавателей и других студентов в группе с вьетнамскими студентами при обучении русскому языку как иностранному и другим университетским дисциплинам.

**Некрасова Л.В.**  
**МЕТАФОРЫ В ОСТЕОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ**  
**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**кафедра латинского языка та медицинской терминологии,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Лозенко В.В.**

Цель данного исследования заключалась в том, чтобы изучить метафоричность остеологических терминов. Метафоры являются не только основой для создания терминов в прошлом, но и остаются продуктивным способом их формирования в современной терминологии. Поэтому анализ их функционирования в терминах актуален для такой науки, как латинско-греческая анатомическая терминология.

Метафора (в пер. с греч. – перенос) – это слово или выражение, которое употребляется в переносном значении на основе сходства двух предметов или явлений по какому-либо признаку. Для передачи информации о явлениях и предметах метафора является наиболее удобным средством, так как основывается на аналогиях и ассоциациях, существующих в сознании индивидуума. Дж. Лакоффом и М. Джонсом было предложено понятие «метафорической модели», являющейся «когнитивной операцией, способом познания мира, опирающейся на взаимодействие двух когнитивных структур: сферы источника и целевой сферы». Применяя эту концепцию к анатомическим терминам, можно выделить ассоциативную связь между «объектом окружающего мира» и «человеческим организмом». Для большинства остеологических терминов «объектом» выступают предметы домашнего обихода времён Древней Греции и Рима (транспортные средства, посуда и т.п.), названия профессии людей или прозвища профессий, различные инструменты (музыкальные, рабочие).

Например: термин *carpus, i m*, в мед терминологии означающий запястье, дословно означает – «разрезатель». Так называли раба, разрезавшего пищу. Этимология этого термина понятна: в Древнем Риме рабов, как правило, не замечали, поэтому хозяева обычно видели лишь руку или запястье раба, который разрезал пищу. Метафорическая модель опирается на ассоциации по назначению.

Термин *tibia, ae f* медиками переводится как берцовая кость или голень, и так же обозначает свирель или флейту. Большеберцовая кость напоминает по форме и размеру флейту, что объясняет выбор объекта для ассоциации.

По схожему принципу был образован термин *fibula, ae f* – малая берцовая кость, переводимый так же как болт, скоба, скрепа или шпилька, заколка. Метафорическая модель переноса в данном случае произошла от «тонкого предмета для укрепления причёски» до «тонкой кости, служащей для укрепления конечности».

Метафоричность по функциональным и внешним признакам мы наблюдаем при образовании термина *axis, is m*, в мед терминологии обозначающий второй шейный позвонок, а в Древнем Риме - ось повозки. Ассоциация понятна, ведь второй шейный позвонок отличается от других наличием зуба, который касается ямки первого шейного позвонка. Благодаря такому положению голова может поворачиваться.

Термин *os pubis* (лобковая кость) произошёл от существительного *pubes, is f*, которое имеет множество значений, связанных общей тематикой. А именно: возмужалость; зрелость, спелость; растительность на лице, борода; растительность на лобке, взрослые люди, мужчины. Ассоциация половой зрелости и соответствующие ей изменения в организме привели к такому виду метафоричности, при котором



делается упор на физиологические особенности организма, позволяющие дать название кости.

Итак. В результате проведённого анализа латинских остеологических терминов с метафорической составляющей были обнаружены различные виды метафорических моделей. Можно сделать вывод, что в большинстве случаев основа создания терминов лежит на ассоциациях по форме и функциям. Преимущественно аналогии проводятся с предметами быта, в меньшей степени с инструментами и транспортными средствами.

**Нестеренко А. К.**  
**МОВНІ ОСОБЛИВОСТІ У ПРОФЕСІЙНОМУ СПІЛКУВАННІ МЕДИКІВ**  
**Харківський національний медичний університет,**  
**кафедра української мови, основ психології та педагогіки,**  
**м. Харків, Україна**

Велику роль у вивченні виявів кількісної ознаки прикметниками української мови відіграє їхнє функціонування в різних стилях. Дослідженням градаційних одиниць у контексті займалися такі українські й зарубіжні науковці, як: Л. М. Марчук, А. М. Мінка, А. Ш. Курбанова та ін.

Контекст відіграє важливу роль у встановленні семантики градаційних прикметників. «Текстове оточення впливає на функційкатегорію ступеня, які вона виконує в тексті. Цей вплив виявляється в тому, що функційкатегорію ступеня в тексті можуть розширюватися, набувати додаткових відтінків», – зауважує А. М. Мінка [Потрапляючи в мову представників різних професій та сама лексема може набувати різних відтінків градаційного значення, або ж семантика кількісної ознаки може взагалі нівелюватися.

Прикметники з градаційним значенням характеризують насамперед розмовне мовлення й художні тексти, проте вживані вони й у мові професійного спілкування, де можуть як утрачати семантику кількісної ознаки, так і ні.

Поширеними є випадки втрати градаційного значення прикметниками з мови мікробіологів, біохіміків тощо: білуватий – з білим відтінком, трохи білий, але довгоносик білуватий – жук родини Довгоносики, шкідник сільськогосподарських культур. Або ще: лейкорхіс білуватий – багаторічна рослина, анемохор, ентомофіл; голарктичний арктико-альпійський реліктовий вид з розірваним ареалом. Десемантизація ад'єктивів на позначення кольору відбувається й у терміносполу ці зеленистий стрептокок – один із різновидів стрептокока (зеленистий – з відтінком зеленого кольору). Звичайно, усі поняття, які згадувалися вище, отримали свою назву за відтінком забарвлення, але повна термінологізація цих сполучень слів дає змогу стверджувати про втрату градаційного значення прикметниками білуватий і зеленистий.

Характерними прикметниками кількісної ознаки є й для мови медиків. Наприклад, ад'єктив м'ясистий (позаконтекстуальне тлумачення «який має багато м'яса») є частиною терміносполуки м'ясистий занесок, де демонструє втрату градаційного значення (м'ясистий занесок – патологічне утворення, яке виникає в матці або матковій трубі при загибелі плода).

Прикметники із семантикою кількісного вияву ознаки, таким чином, функціонують у мові представників медичних професій, десемантизуючись й утрачаючи своє квантитативне значення внаслідок повної або часткової термінологізації.

**Обыхвост А. А.**

## **ЭТИМОЛОГИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ ТЕРМИНОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет  
кафедра латинского языка и медицинской терминологии,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: преподаватель Боброва У. А.**

Актуальность нашей работы связана с необходимостью правильного и грамотного использования греческой и латинской медицинской терминологии во врачебной практике в сфере пластической хирургии и трансплантологии.

Целью работы является сравнение основных терминов в пластической хирургии и трансплантологии с учётом их этимологии.

В пластической хирургии выделяют реконструктивные и эстетические пластические операции. Реконструктивные операции нацелены исправить аномалии строения органов и частей тела для возобновления их функционирования. Эстетические вмешательства направлены непосредственно на улучшение внешности пациента.

Реконструктивная хирургия тесно связана с трансплантологией. Обратившись к этимологии слов, термин «реконструкция» («re-» – возобновление, повторность действия + «constructio» – составление, построение) означает восстановление прежнего строения путём оптимальной организации уже имеющихся структур, в то время как «трансплантация» («trans-» – перемещение, прохождение через + «plantatio» – сажание, насаждение) – это замена и использование уже целой ткани или органа.

К методам трансплантации относится технология имплантации («im-» – направленность внутрь, нахождение в чем-либо + «plantatio»), – внедрение в организм каких-либо чужеродных структур. Имплантация тесно связана с понятием аллотрансплантации – замещение дефектов тканей или органов материалами, взятыми из организма другого человека. При сравнении термина «аллотрансплантация» («allo-» – иной, другой) с этимологически схожими терминами «ксенотрансплантация» («xeno-» – чужой, иной, другой) и «гетеротрансплантация» («hetero-» – чужой, иной, другой) – пересадка органов и тканей от особей другого вида, – можно сделать вывод, что в этом случае «allo-»несет суть отличия одной особи от другой в рамках одного вида, в то время как «xeno-» и «hetero-» говорят нам о межвидовой, биологической разнице. В этой ситуации синонимом к понятию «аллотрансплантация» будет термин «гомотрансплантация» («homo-» – равный). Объяснить синонимию этих понятий можно тем, что в случае с гомопластикой рассматривается подобие людей как вида, в то время как при применении термина «аллотрансплантация» подчёркивается отличие одного организма от другого.

Помимо имплантации существует понятие реплантации – использование тканей самого пациента для его лечения. Для сравнения возьмем понятие «аутоотрансплантация» («auto-» – сам) – это лечение с помощью пересадки тканей одного и того же пациента, с целью замещения повреждённых тканей здоровыми. Таким образом, понятие «реплантация» применимо в случаях операций по возвращению утерянной части тела в прежнее анатомическое положение и с возобновлением функций, а термин «аутоотрансплантация» описывает перемещение здорового участка ткани на место больного с целью заместительной и восстановительной терапии. В свою очередь «изотрансплантация» («iso-» – равный) – это разновидность трансплантации, при котором донором является генетически и

иммунологически идентичный реципиенту однойцевый близнец реципиента. В этом случае, отличие в значении терминов заключается в степени подобия организмов одного вида, между которыми происходит процесс трансплантации.

В заключении следует сказать о том, что далеко не все понятия и определения соответствуют по смыслу сочетаниям образовавших их морфем. Именно поэтому необходимо тщательное изучение не только терминов, образующих эти понятия, но и сущности самих терминов, поскольку это будет являться залогом грамотного и профессионального общения с коллегами в сфере медицины.

**Приходько Ю.О.**

## **ЕТИМОЛОГІЯ НАЗВ КІСТОК ЧЕРЕПА. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЛАТИНСЬКИХ ТА УКРАЇНСЬКИХ ТЕРМІНІВ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра латинської мови та медичної термінології,  
Харків, Україна**

**Науковий керівник: Корманова Д.С.**

Актуальність даної теми підтверджується активним використанням латинської термінології при вивченні анатомії людини, зокрема в остеології.

У своїй більшості анатомічні терміни, що позначають кістки черепа, складаються з іменника *os* «кістка» та прикметника, що характеризує її: *sphenoidalis*, *e* «клиноподібний», *zygomaticus*, *a*, *um* «виглядовий».

Власне слово череп – *cranium*, походить від грецького *kranion*, що у свою чергу утворюється від *kranos* – шолом. В українській мові слово «череп» походить від давньоруського *чрепъ* у значенні «черепок, уламок».

Тім'яна кістка – *os parietale*, походить від латинського *paries*, *parietism* (стінка), значення відображає будову кістки – проста чотирикутна пластина.

*Os frontale* – лобова кістка, від *frons*, *frontis* «лоб, чоло».

Прикметник *occipitalis*, походить від *occiput*, *occipitis* *n* (задня частина голови) утворений із префікса *ob-* (позаду) і кореня *caput* (голова). За аналогією утворено українське «потилиця», за допомогою префікса *po-*, кореня *-тил-* та іменного суфікса *-иц-*, що також позначає задню частину голови.

Клиноподібна кістка, *os sphenoidale*, походить від грецького *sphenos* «клин». Можливо, що даний термін походить від *sphencoides* «схожий на осу», за формою кістка нагадує комаху з розправленими крилами.

Українська назва скронева кістка запозичена з польської мови (*skroń*) і без *s-* схожа з грецьким *kranion*. Прикметник *temporalis* утворений від слова *tempus*, *temporis* *n* – час, пора. Так її назвали через те, що в районі скроні волосся починає сивіти, нагадуючи про вік і плин часу.

Решітчаста кістка – *os ethmoidale*, походить від грецького *ethmos* «сито, решето, фільтр», від давньогрецького *etheo* «цідити, проціджувати».

*Oslacrimale* – слезова кістка, від латинського *lacrima*, *aef* – слеза.

*Vomer*, *erism* – леміш – частина плуга, що підрізує шар землі знизу і ніби вивергає її. Через це *vomer*, вірогідно, походить від дієслова *vomere* – вивергати.

*Os incisivum* – різцева кістка, утворено від *in-* «всередину» + *caedere* «різати».

*Os palatinum*, походить від слова *palatum*, що означає піднебіння, купол чи склепіння будівлі. Цей термін етимологічно пов'язаний із *palatinum*, *in* – палац.

Термін вилична кістка утворюється за допомогою кореня вил-, що пояснюють схожістю цієї кістки з вилкою. У латинській мові Гален спочатку використовував термін *oszygoma*, від грецького *zygon* «хомут, перекладина».

Гіпократ верхню і нижню щелепу разом з виличною кісткою називав одним словом *gnathos*. Пізніше Цельс у I ст. до н.е. позначив нижню щелепу як *maxilla*. Термін *mandibula*, від *mandere* – жувати, кусати, вперше використав римлянин Макробій у V ст. н.е.

Назва під'язикової кістки *os hyoideum* походить від літери грецького алфавіту іпсилон (Υ, υ), яку вона нагадує своєю формою.

Деякі назви походять від знарядь праці, наприклад, назви слухових кісточок: *malleus* – молот, *stapes* – стремінце, *incus* – коваделко.

Варто зазначити, що деякі терміни утворені від іменників (*lacrimalis, parietalis*), інші – від дієслів (*stapes* від *stare* «стояти» і *pes, pedism* «стопа, нога»). Основними способами уворення термінів є суфіксальний, префіксальний і префіксально-суфіксальний.

У ході дослідження було виявлено, що деякі з латинських термінів походять з грецької мови (наприклад, *zygomaticus* від *zygoma* – «хомут») Також слід зазначити, що більшість українських назв кісток черепа є перекладом з латинської мови.

**Радомиартсон Джосинот**  
**НРАВСТВЕННЫЕ ЦЕННОСТИ В СКАЗКАХ НАРОДА МАЛЬГАШИ:**  
**КРОССКУЛЬТУРНЫЙ АНАЛИЗ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра языковой подготовки иностранных граждан,**  
**Харьков, Украина**

**Научные руководители: Помазун О.В., Овчинникова А.С.**

Древние создавали сказки таким образом, чтобы донести до слушателя определенную идею, заложенную в сюжете, народную мудрость, основанную на многовековом опыте.

Наша задача – сопоставить героев сказок народа мальгаши, коренных жителей острова Мадагаскар, и героев сказок украинского народа.

Существует общепринятая классификация народных сказок. Наиболее ярким примером классификации мальгашских сказок является сборник «Сказки Мадагаскара», а украинских - «Украинские народные сказки».

Одной из особенностей народных сказок мира является изображение человеческой жизни методами аллегории. Данный метод аллегории присущ как украинским, так и мальгашским сказкам.

Мальгашские сказки о животных считаются наиболее древними на Мадагаскаре. Если забыть, что в облике животных действуют люди, никаких элементов чудесного в них не останется. В этих сказках редко встречаются назидания; они лишены афористичности. Многие рассказы о животных носят объяснительный характер.

В украинских сказках о животных главными героями являются тоже животные, птицы и насекомые. Но в украинских сказках этого типа особенно четко прослеживается аллегория, то есть эти сказки имеют выразительный социальный подтекст. Это типичные сказки о животных, где звери действуют как люди. Сказки высмеивают такие человеческие недостатки и пороки как зависть, агрессивность и жадность.

Наиболее интересную группу мальгашских сказок составляют волшебные сказки. Их выразительная особенность — яркая причудливая фантастика. Жена героя падает с неба в виде цветка; сваренная птица продолжает петь в животе человека, который ее съел. При этом сами мальгашки относятся к чудесным явлениям с полным доверием, воспринимая их как вполне реальные события.

Одна из любимых тем волшебных сказок украинцев — борьба с чудовищами, где рассказывается о столкновении героя со страшными существами, обладающими сверхъестественной силой. Иногда это драконы или многоголовые змеи, иногда великаны-людоеды, иногда просто фантастические существа.

Мальгашские сказки, в отличие от украинских, лишены всяких элементов героики. Никто не совершает отважных подвигов, герои этих сказок одерживают победу благодаря своей ловкости и находчивости, но никто из них не вызывает чудовищ на открытый бой и не вступает с ними в единоборство. По своему характеру мальгашский фольклор вообще невоинствен, так же как создавший его народ. В сказках мальгашей часто прославляется хитрость и очень редко отвага и доблесть.

В отличие от украинских сказок, в которых в роли героя-победителя обычно выступает бедный и храбрый юноша, в мальгашском фольклоре — это дети или старики т.е. те, кто по своей природе могут противостоять силе только хитростью и изворотливостью.

Сопоставляя сказки мальгашского народа с украинскими народными сказками, можно с уверенностью констатировать, что сказки этих двух народов, как и любого народа мира — это история, традиции и культура, главной идеей которых является утверждение человека, как мудрой, духовно и физически совершенной личности, борьба против зла, темных сил, которые мешают достижению его благородной цели.

**Сілант'єва Є. Ю.**

## **ДЕМІНУТИВИ В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра латинської мови та медичної термінології, Х  
арків, Україна**

**Науковий керівник: Дюрба Д. В.**

В латинській мові суфіксальний спосіб словотворення займає чи не найголовніше місце. Суфікс — словотвірна, рідше словозмінна морфема, що стоїть після кореня перед флексійним закінченням. Латинські суфікси можуть надавати словам різноманітних значень і переводити їх в інші частини мови (*articulatio — articularis, thorax — thoracicus*). В анатомічній термінології важливу роль відіграють демінутиви (лат. *deminutus — зменшений*). Демінутиви, які ми досліджували, можна поділити на такі групи:

**I. Іменники із суфіксом «-ul-»**

До цієї групи належить більшість демінутивів у латинській мові. Багато медичних термінів мають назви предметів, на які вони схожі. Наприклад:

1. *Acetabulum, in* — вертлюжна западина (спершу — чашка для оцту від *acetum, in* — кисле вино);
2. *Ampulla, aef* — ампула (від *amphora, aef* — амфора);
3. *Anulus, i m* — кільце (від *anus, i m* — круг);
4. *Capitulum, i n* — голівка (від *caput, itis n* — голова);
5. *Capsula, aef* — капсула (від *capsa, aef* — футляр);
6. *Cellula, aef* — клітина (спершу — кліточка для птаха, *cella, aef* — кімнатка);

7. Clavicula, aef – ключиця (спершу – ключик, від clavis, isf – ключ);
8. Fossula, aef – ямочка (від fossa, aef – яма);
9. Glandula, ae f – залоза (від glans, glandis f – жолудь);
10. Venula, aef – жилка (від vena, aef – вена);
11. Zonula, aef – пояс (від zona, aef – пояс).

II. іменники із суфіксом «-cul-»:

1. Musculus, im – «м'яз», що походить від «mus, murism – миша». М'яз отримав назву «мишка» завдяки своїй структурі «головка–тіло–хвіст».
  2. Auricula, aef – вушко (від auris, isf – вухо);
  3. Colliculus, im – горбок (від collis, ism – гора). Синонім – tuberculum, i n (від tuber, eris n);
  4. Fonticulus, im – тім'ячко (спершу – криничка. від fons, fontism – криниця);
  5. Pediculus, im – ніжка (спершу – стебельце. від pes, pedism – нога, стебло);
  6. Ventriculus, im – шлунок, черевце (від venter, ventrism – черевце, ковбаса).
- III. іменники із суфіксом «-ol-»:
1. Arteriola, ae f – артеріола (від arteria, ae f – артерія);
  2. Alveolus, i m – русло (від alveus, i m – басейн).

Обрані терміни найчастіше вживаються в медичній і анатомічній термінології. Проаналізувавши їх, можна побачити, що при додаванні зменшувальних суфіксів не змінюється рід іменника (glans – glandula, tuber – tuberculum). Суфіксальне словотворення мало місце у латинській мові задля означення нових на той момент частин людського тіла. Аналізуючи терміни, можна побачити, що майже кожна назва походить від слова, що означає предмет побуту, елементи живої й неживої природи. Демінутиви відіграють велику роль у творенні медичної термінології. Близько 6% термінів будуються саме за допомогою зменшувальних назв. Серед демінутивів найчастіше в анатомічній термінології використовуються: anulus – «кільце», cellula – «клітина», clavicula – «ключиця», fonticulus – «тім'ячко», foveola – «заглиблення», glandula – «залоза», musculus – «м'яз», tuberculum – «горбок».

Демінутиви роблять мову багатшою, ознайомлення із ними значно полегшує запам'ятовування термінів під час вивчення анатомічної термінології та латинської мови загалом.

**Сухарева Л. П.**

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБРАЗОВАНИЯ ТРИВИАЛЬНЫХ НАЗВАНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ.**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра латинского языка и медицинской терминологии,  
Харьков, Украина.**

**Научный руководитель – Боброва У.А.**

Знание основных правил образования названий лекарственных средств необходимо, чтобы компетентно решить вопросы применения или назначения лекарств при осуществлении лечебно-профилактических мероприятий, что и определяет актуальность выбранной темы.

Цель работы состоит в том, чтобы проанализировать основные принципы образования тривиальных названий лекарств, а также рассмотреть приставочные, корневые и суффиксальные элементы в составе слов.

Выделяют такие способы образования тривиальных наименований: сложение основ, аббревиация, суффиксация и смешанные способы словообразования (префиксально-суффиксальный и аббревиационно-суффиксальный).

При сложении основ две и больше производящие основы соединяются при помощи соединительного гласного или без него. Корневые частотные отрезки служат строительным материалом для образования терминов за различными критериями: сырье, из которого изготовлен препарат (Apirac содержит сухое вещество маточного молочка пчел (apis «пчела» + lac «молоко»), название продуцента (Penicillinum от Penicillium – название определенного штамма плесневых грибов), отношение к определенной группе антибиотиков (Azythromycinum – антибиотик группы стрептомицина), терапевтический эффект (Cardiovalenum от kardia «сердце» + valere «быть здоровым») и другие.

Способ создания сложносокращённых слов путём комбинации словесных отрезков называется аббревиацией. В качестве таковых отрезков часто используются систематические названия химических соединений, например, Dimexidum – димексид (Диметилсульфоксид). С помощью аббревиации образуют также названия комбинированных лекарственных средств (Bethiolum – бетиол: экстракт белладонны (be-), ихтиол (thi-) и масляная основа для свечей (-ol)).

При суффиксальном способе к производящей основе добавляют суффикс, чаще всего -in-, -ol-, -al- и другие. Некоторые из них имеют привязку к определенной фармацевтической группе: -in- употребляется в названиях лекарственных средств растительного и животного происхождения (Papaverinum – папаверин (Papaver «мак» + -in-)), -al- в названиях многих препаратов успокаивающего и снотворного действия (Rameval рамевал), -ol- в названиях спиртов, фенолов и некоторых других случаях (Oestradiolum эстрадиол).

Префиксально-суффиксальный – смешанный способ, когда в составе производного слова выделяются префикс, производящая основа и суффикс: Analginum – анальгин (an + algos «боль» + -in-). В свою очередь каждая приставка имеет определенное значение.

Аббревиационно-суффиксальный способ – это комбинация отдельных частотных отрезков с добавлением суффикса: Viperalginum – випералгин (viper «змеиный яд» + algos «боль» + -in-).

Иногда в названиях медикаментов нет никаких фармакологически значимых элементов и в основу названий положены косвенные ассоциации. Так, в основе названия Festal – фестал положено латинское слово festum – празднество, в антибиотике Nystatinum – нистатин обозначается место выпуска – New York State.

Грамматически тривиальные названия представляют собой существительные среднего рода II склонения с окончанием -um (Atropinum). Однако в некоторых словах окончание -um меняется или исчезает (Procaine).

Таким образом, словообразующие (частотные) отрезки несут информацию о составе лекарственных средств, их принадлежности к фармакологической группе, отражают информацию анатомического, физиологического и терапевтического характера.

**Хэдрих Денис**  
**РУСИЗМЫ В СЛОВАРНОМ ЗАПАСЕ НОСИТЕЛЕЙ НЕМЕЦКОГО ЯЗЫКА**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра языковой подготовки иностранных граждан,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Губарева С.А.**

Пополнение лексического состава языка вследствие заимствования лексики является логичной закономерностью в процессе межкультурного, политического и экономического общения народов. Предметом рассмотрения в данной работе являются русские заимствования в немецком языке, степень частотности и актуальности их употребления. Материалом анализа является активный лексический запас как автора исследования, так и других немецкоговорящих жителей Германии, и владеющих, и не владеющих русским языком.

В процессе исследования весь корпус русских заимствований в немецком языке был разделен принципу активности / пассивности использования лексических единиц на две группы: 1. историзмы и 2. нейтральная лексика.

1. Среди историзмов также можно выделить две подгруппы: лексика, вошедшая в царско-имперский период взаимодействия языков (der Bojar – боярин, der Burlak – бурлак, der Arschin – аршин) и советизмы (der Udarnik – ударник, der Kolchos – колхоз, Glasnost (ohne Artikel) – гласность, Perestrojka (ohne Artikel) – перестройка). Подобная лексика не входит в активный состав носителя немецкого языка и используется преимущественно в публицистическом и художественном стилях для описания политических и исторических событий на соответствующей территории.

2. Наибольшая доля русских нейтральных заимствований в данном языке относятся к топонимам (географическим названиям), этнонимам (названиям этносов, народностей – der Jakute), антропонимам (именам, фамилиям, отчествам) и другим именам собственным, чаще всего обозначающим наименования организаций, учреждений, предприятий и т.д. (der Aeroflot), в том числе и аббревиатуры (der GUM).

Что касается имен нарицательных, то они представлены экзотизмами, использующимися для обозначения элементов русских реалий (der Kalaschnikow – автомат Калашникова). Сюда можно отнести наименования предметов, утративших практическую ценность или первостепенную роль в активном использовании, но успешно реализующихся как артефакты русской культуры (Matr(j)oschka – матрешка, die Lapti, die Gusli).

Самая многочисленная часть второй группы представлена кулинарной терминологией, выраженной названиями национальных блюд и напитков (der Wodka, der Kwass – квас, das Blini – блины, die Kascha, – обычно используется по отношению к гречневой каше).

Некоторые русизмы имеют дубликаты в языке-реципиенте: der Sputnik – спутник, космический летательный аппарат. Данная лексема используется только по отношению к советской космической промышленности, в остальных случаях используется der Satellit.

Кроме того, следует отметить, что в процессе внедрения в немецкий язык русизмы графически ассимилируются с кириллического написания в латиницу методом транслитерации, при котором орфографическая и орфоэпическая форма максимально приближается к исконному варианту.



Таким образом, можно сделать вывод, что большую часть русских заимствований в немецком языке занимают имена собственные, а среди имен нарицательных широко представлены номинации аутентичных элементов русской культуры. Другие типы русских нейтральных словарных единиц в пласте общеупотребительной немецкой лексики присутствуют в значительно меньшей степени.

**Чобаноглу Синан**  
**НАЦИОНАЛЬНО-КУЛЬТУРНАЯ СПЕЦИФИКА ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ**  
**ЕДИНИЦ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**кафедра языковой подготовки иностранных граждан,**  
**Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Запорожец И.В.**

Большая часть фразеологических сочетаний разных народов имеет лексико-семантические соответствия в других языках. Например, известной русской поговорке «Слово – серебро, молчание – золото» соответствует украинская «Умей сказать, умей и промолчать» (Краще мовчати, ніж брехати), английская «Speech is silver, but silence is gold» и арабская «В молчании мудрость». Выраженная разными языками мысль акцентирует обобщенный опыт человеческих отношений, в основе которого лежит мудрость веков.

При всем разнообразии выражения сходных мыслей поговорки разных народов мира объединены общей идеей нести добро, справедливость, народную мудрость, любовь к родине.

Любому человеку, человеку любой национальности понятен смысл этих строк: «И дым отечества нам сладок и приятен...». Можно ли эти слова отнести к поговоркам? Думаю, да. В них достаточно ясно говорится о любви к родине. Но только в сознании русскоговорящего человека, носителя языка, возникает скрытая от других информация об авторе этих строк, названии произведения, в котором они прозвучали, имени героя.

Кто-нибудь в зале может назвать имена?

Да, правильно, это фрагмент монолога Чацкого из «Горя от ума» Грибоедова. Такие строки или фразы, значимые для человека, хорошо известные разным поколениям людей и используемые в речи, называются прецедентными текстами (термин Ю.Караулова).

Как свидетельствуют литературные источники, мысль о сладости «дыма отечества» принадлежит легендарному поэту Древней Греции Гомеру, который в своей поэме «Одиссея» говорит, что Одиссей был готов и на смерть, лишь бы «видеть хоть дым, от родных берегов вдалеке восходящий» (речь идет о дыме очагов родной для путешественника Итаки).

Позже эту мысль повторит римский поэт Овидий в своих понтийских посланиях. Будучи сослан на побережье Черного моря, он мечтал увидеть «дым отечественного очага». Видимо, на основе этих слов Овидия и возникла известная римская поговорка «Dulcis fumus patriae» (дульцис фумус патриэ) – сладок дым отечества.

До Александра Грибоедова эти строки цитировали другие русские поэты – Державин и Тютчев, но, как оказалось, принадлежат они греко-римской истории.

Кстати, в арабской культуре используют не менее выразительный фразеологизм: «Глоток воды на родной земле лучше, чем мед на чужбине».

Как видим, приведенные примеры скрывают большой культурный и исторический пласт, в котором можно увидеть объединяющую все народы традицию.

Хочется привести еще один пример выражения абсолютного единодушия всех этнических культур в оценке человеческой глупости, недалекости.

Русская цитата, которую я сейчас приведу, имеет возраст в несколько веков и остается бессмертной: «Осел останется ослом, хоть осыпь его звездами...». Имеющие отношение к русской культуре знают это стихотворение Державина, написанное по случаю назначения на высокий пост недалекого вельможи.

Интересно, что практически во всех этнических культурах можно найти аналогичные цитаты, осмеивающие человеческую глупость. Арабы практически повторяют вслед за Державиным: Осел остается ослом, даже если везет казну султана. Турецкая поговорка звучит так: «Надень на осла золотое седло, он не перестанет быть ослом». А французы говорят: *A laver la tete d un ane on perd sa lessive* – Дурака учить, что мертвого лечить. Украинцы акцентируют лень и бездействие: *Дурень думкой богатеет*.

Знание прецедентных текстов является показателем общей культуры человека, а владение ими и умение использовать в речи свидетельствует о высоком уровне владения языком.

Пословицы, поговорки, идиоматические выражения обладают богатыми ситуативно-оценочными возможностями и значительной экспрессивной окраской. Именно поэтому они часто используются в речи с целью аргументации позиции говорящего. Сопоставление разных примеров позволяет сделать вывод об их национальном многообразии, которое является результатом различного отражения объективной действительности в этнических культурах.

**Шеддани Яссин**

## **РОЛЬ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОК В ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет  
кафедра языковой подготовки иностранных граждан,  
Харьков, Украина**

**Научный руководитель: Никифорова С.Н.**

Знание иностранных языков очень важно для любого специалиста, если он хочет преуспеть в своей области. Знакомство с поэзией, с народным творчеством стимулирует интерес студентов к предмету, который он изучает, а также к культуре, обычаям и традициям страны изучаемого языка.

К формам устного народного творчества относятся пословицы и поговорки. На наш взгляд, именно они являются самым кратким, информативным и, возможно, наиболее используемым посланием предков. Именно они, помимо своей смысловой нагрузки, делают нашу речь яркой и выразительной. Несмотря на то, что у пословиц народов мира много общего, существуют и специфические особенности, которые характеризуют колорит самобытной культуры определенного народа, его многовековую историю.

Вот несколько примеров арабских поговорок:

- В движении – благословение (по смыслу: призыв к действию, можно сравнить с русскими пословицами: Под лежащий камень вода не течет; Волка ноги кормят);

- Обилие движения – мало благословения (по смыслу: Много действий – мало пользы);

- Сердце глупца — в его языке, язык умного — в его сердце;
- Когда ты говоришь, слова твои должны быть лучше молчания;
- Язык обстоятельств яснее языка слов;
- Один добытый опыт важнее семи правил мудрости.

В пословицах заключается глубинный смысл и народная мудрость, которая уходит своими корнями в далекое прошлое. В них отражается история, культура и традиции народа. Пословицы советуют, рекомендуют, высказывают опасения, предостерегают, предупреждают, успокаивают, высмеивают и т.д. Пословицы выносят положительную или отрицательную оценку поведения, поступка, ситуации.

Вместе взятые, пословицы отражают жизнь полнее, чем какой-либо другой жанр фольклора.

**Шичкіна А. С.**

## **ЛАНДШАФТНА МЕТАФОРА В ЛАТИНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра латинської мови та медичної термінології,**

**Харків, Україна**

**Науковий керівник: Дюрба Д. В.**

*Метафора* – перенос назви з одного предмета на інший на основі подібності: зовнішніх ознак, структурної або функціональної схожості. Зміст метафори як тропа полягає в тому, щоб підсилювати емоційну виразність мови.

У межах дослідження можна виділити такі види термінів-метафор:

1) Терміни, що пов'язані з об'єктами літосфери. Слово «підвищення» (ділянка суші, що має рівень вищий, ніж у прилеглих ділянок землі), в анатомії «підвищення» – ділянка кістки або органа, що виступає поміж інших частин, перекладається декількома варіантами термінів, кожен з яких використовується у різних випадках: 1) *jugum*, *in: jugumsphemoidale*; 2) *mons*, *montism: monspubis*; 3) *eminentia*, *aef: eminentiaarcuata*. Близьким за значенням до терміну «підвищення» є термін *prominentia*, *aef* – «виступ», використовується у термінах, що пов'язані з каналами скроневої кістки та з терміном «гортань»: *prominentiacanalifacialis*, *promientialaryngis*. Великою групою анатомічних термінів є терміни, що включають слова: *tuber*, *erisp* – «горб», зменшувальну форму *tuberculum*, *in* – «горбок», *tuberositas*, *atis* – «горбистість» (тобто декілька горбів або горбків) і прикметник *tuberalis*, *e* – «горбовий». У ландшафтній термінології слово горб означає невелике підвищення на землі. Найпоширенішими термінами в анатомії є: *tubercalcaneum*, *tuberfrontale*, *tuberculumcostae*; *tuberositasphalangisdistalis*. Існує і синонім слова *tuberculum* – «*colliculus*, *im*», що використовується набагато рідше: *colliculusfacialis*; *colliculusseminalis*. Поширеними є терміни, що включають в себе слова: *fossa*, *aef* – «ямка», *fossula*, *aef* – «ямочка», *fovea*, *aef* – «ямка», *foveola*, *aef* – «ямочка» і *vallecula*, *aef* – «ямка»: *fossacraniianterior*, *fossaarticularis*, *fossulapetrosa*, *foveadentis*, *foveolacoccygea*, *vallecula cerebelli*. Слово *apex*, *icisim* – «верхівка» «вершина» – найбільш виступаюча частина гори, горбка, має на увазі характерна форма даної частини кістки, що, найчастіше має форму гострого кута: *apexossissacri*, *apexdentis*. Схожим за значенням для анатомії та ландшафтознавства є поняття *sulcus*, *im* – «борозна» (форма рельєфу, що має вид невеликої заглибини та виникає під дією тимчасових водотоків) – означає пряме, довге втиснення, у якому можуть залягати судини або нерви: *sulcusampullaris*, *sulcusarteriaesubclavia*.

2) Терміни, що пов'язані з об'єктами гідросфери. *Fonticulus, im* «джерельце або тім'ячко» – місце на черепі новонародженої дитини, що не окостеніло: *fonticulusanterior, fonticulusposterior*. *Lacus, usm* «озеро» – певнє розширення у куті ока, у яке стікають сльози (*lacuslacrimalis*). *Rivus, usm* «струмок або потічок»: *rivuslacrimalis*.

3) Терміни, що пов'язані з об'єктами та поняттями, що штучно створені людиною. *Canalis, ism* «канал» (труба, жолоб). В анатомії – порожня трубка, через яку можуть проходити судини, нерви або протоки залоз внутрішньої секреції: *canalishypoglossi, canalisinguinalis, canalissacralis*.

4) Терміни, що пов'язані з суто географічними поняттями. *Promontorium, in* – «мис» (виступ частини суходолу, що гострим кутом вривається в море, озеро, річку). Використовується для означення гострого кута, що виступає вперед, між основою крижа та тілом останнього поперекового хребця: *subiculumpromontorii, sulcuspromontorii*. *Area, aef* – поле (штучно створена екосистема, ділянка землі, що використовується під посіви). В анатомії означає невелику плоску ділянку на органі або кістці: *areanervifacialis, areacochlea, areae gastricae*. *Equator, orism* – екватор( уявне коло, проведене на поверхні Землі, на рівній відстані від обох полюсів, центр або середина).

Отже, метафора є надзвичайно важливим чинником словотворення. Поширеність метафоричного словотворення спричинена тим, що анатомічних понять набагато більше, ніж слів, якими можна було б їх означати. Унаслідок творення термінів способом вторинної номінації відбувається не просто збагачення лексем новим семантичним відтінком, а й навантаження цілком новим лексичним значенням, якого до цього часу ця лексема не мала.

## Оглавление

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА .....	3
Globa N.S., Isaeva I.N., Karmazina I.S. ....	3
FEATURES OF ADAPTIVE RESPONSES TO PHYSICAL ACTIVITY IN YOUNG PERSONS WITH ARTERIAL HYPOTENSION .....	3
Mohamad Sultan .....	4
THE ANTIMICROBIAL RESISTANCE ANALYSIS OF CAUSATIVE AGENTS OF ACUTE UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS .....	4
Pyskun V.V. <sup>1</sup> , Kurinnyi V.V. <sup>2</sup> .....	5
THE POSSIBILITY OF USING SKT TO STUDY INDIVIDUAL VARIATION OF THE HUMAN DIAPHRAGM STRUCTURE .....	5
Абдуллаева С.И., Гасанова А.Р. ....	6
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ ОСНОВАНИЙ ШИФФА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРЫС .....	6
Аралова В.О., Кулиш Р.С., Кулиш А.С. ....	6
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЫШЕЧНЫХ ВЕТВЕЙ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО НЕРВА ЧЕЛОВЕКА .....	6
Ахундова Г.А., Лютенко М.А. ....	7
ВЛИЯНИЕ СЛАДКОГО ГАЗИРОВАННОГО НАПИТКА НА ОРГАНИЗМ И ПОВЕДЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ И ЧЕЛОВЕКА .....	7
Бабаева А.Р. ....	8
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ГРУДНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА У ТЕННИСИСТОВ .....	8
Бальчунас И.В., Белицкий И.Л., Сымкина В.Е., Чернуха Т.Ю. ....	9
ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ИБС .....	9
Васильсва І.М., Гойдіна В.С. ....	10
СТАН ПРООКСИДАНТНОЇ ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ГАСТРОКАНЦЕРОГЕНЕЗ .....	10
Великий А. П., Вовк А.О. ....	11
РОЛЬ ESCHERICHIA COLI В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ .....	11
Вороная Ю.М., Мирошниченко М.С. ....	11
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ .....	11
Гальперин В.Л., Тищенко А.Н., Васильева О.В. ....	13
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ НА ПОРОГ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВКУСОВОГО АНАЛИЗАТОРА У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ .....	13
Ганизаде Н.Д. Оглы .....	14
ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОГЛИФИКИ РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП .....	14
Гирка Д.Э. ....	15
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ .....	15
Глоба Н.С., Бенбузид И. ....	15
КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦИТОКИНОВОЙ СЕТИ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ И КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ .....	15
Голованова А.Ю., Семеняченко А.Н. ....	17
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПЛАСТИЧЕСКОГО МАКЕТИРОВАНИЯ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ .....	17
Голованова А.Ю., Писаренко Г.М. ....	18
ПОКАЗНИКИ СТРЕСА У ЩУРІВ МОЛОДШОГО ВІКУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ СТРЕСОПРОТЕКТОРНОГО ЗАСОБУ .....	18
Горбунова А. Ю. ....	19
ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИЙ РОДА ЛИСТЕРИЙ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА .....	19

Григорова М.В. ....	20
<b>МУЛЬТИМЕДИЙНОЕ ПОСОБИЕ К ИЗУЧЕНИЮ ФАРМАКОЛОГИИ СТИМУЛЯТОРОВ ХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ МЕДИАЦИИ (ХОЛИНОМИМЕТИКОВ).....</b>	<b>20</b>
Грищенко Д.А.....	21
<b>ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАССЕЯННОМУ СКЛЕРОЗУ ..... У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.....</b>	<b>21</b>
Дзюба В.С. ....	21
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ СОЧЕТАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ И КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГРОВЫХ НАГРУЗОК.....</b>	<b>21</b>
Доспехова М.А.....	23
<b>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ.....</b>	<b>23</b>
Дроботова К. О. ....	24
<b>СУДОВО-МЕДИЧНІ МОРФОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ХРОНІЧНОЇ НАРКОТИЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ.....</b>	<b>24</b>
Дудник О.С. ....	25
<b>КАК РАСПОЗНАТЬ ВРАЧЕБНУЮ ОШИБКУ .....</b>	<b>25</b>
Емец М. А. ....	26
<b>ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ВАРИАбельНОСТЬ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА .....</b>	<b>26</b>
Еськова О.С. ....	27
<b>НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ШКОЛЬНИКОВ ...</b>	<b>27</b>
Зупанець К.О.*, Ратушна К.Л. ....	28
<b>ЗАСТОСУВАННЯ РИЗИК-ОРІЄНТОВАНОГО ПІДХОДУ НА МІСЦІ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ.....</b>	<b>28</b>
Калюжка В.Ю.....	29
<b>ЭКСГУМАЦИИ ТРУПОВ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ .....</b>	<b>29</b>
Кашатин Ж.А., Хамдамова К.Б. ....	30
<b>ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ГЛИКОКАЛИКСА ЭРИТРОЦИТОВ К НИЗКОИНТЕНСИВНОМУ ЛАЗЕРНОМУ ИЗЛУЧЕНИЮ.....</b>	<b>30</b>
Козинская А.С. ....	31
<b>РАЗРАБОТКА ПОДСИСТЕМ ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ.....</b>	<b>31</b>
Колодєзна Т.Ю. ....	32
<b>ВИЯВЛЕННЯ ПЕРЕШКОД НА ШЛЯХУ ЕФЕКТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ КОМІСІЙ З ПИТАНЬ ЕТИКИ В УКРАЇНІ .....</b>	<b>32</b>
Колюбаева Е.Ю.....	32
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У СТУДЕНТОВ С ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ СУТОЧНЫХ РИТМОВ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА .....</b>	<b>32</b>
Комаров Д.А. ....	34
<b>ГРУППЫ КРОВИ СИСТЕМ АВО И РЕЗУС-ФАКТОР В ВОСТОЧНОУКРАИНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ.....</b>	<b>34</b>
Коновал Н.С. ....	34
<b>ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ НА ПІЗНІХ СТРОКАХ ПІСЛЯСМЕРТНОГО ПЕРІОДУ .....</b>	<b>34</b>
Косолапова М.В. ....	35
<b>СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У СТУДЕНТОВ 1-ГО КУРСА ХНМУ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ .....</b>	<b>35</b>
Коцур В.Е. ....	36
<b>ХРОНОТИП КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА УСПЕВАЕМОСТЬ И АДАПТАЦИЮ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА.....</b>	<b>36</b>
Кочнєва О.В., Петренко Л.О.....	37
<b>ВИВЧЕННЯ ШЛЯХІВ ПОДОЛАННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ ДО ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.....</b>	<b>37</b>
Кравець Л.Д. ....	38

<b>РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СИНДРОМУ ЦИКЛІЧНОЇ БЛЮВОТИ У ХАРКІВСЬКІЙ ПОПУЛЯЦІЇ.....</b>	<b>38</b>
Крашановский П.В., Ткемаладзе Д.Ю. ....	39
<b>ЭТНИЧЕСКИЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СЕРДЦА .....</b>	<b>39</b>
Кукушкина М.Ю. ....	40
<b>ВЛИЯНИЕ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ЭЛАСТИЧНОСТЬ СОСУДОВ КРЫС-ПОТОМКОВ «КУРЯЩИХ» РОДИТЕЛЕЙ .....</b>	<b>40</b>
Леонтьев П.О.....	41
<b>ТОМОДЕНСИТОМЕТРИЧНІ ЧИННИКИ ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ ЕПІ- І СУБДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ.....</b>	<b>41</b>
Лихая В.М., Донцова Е.В. ....	42
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ С ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ВРЕМЕНИ.....</b>	<b>42</b>
Лукавенко Д.Г., Лукавенко Е.Г. ....	43
<b>ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФУТБОЛОМ .....</b>	<b>43</b>
Лукьянова Е.М.....	44
<b>ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ.....</b>	<b>44</b>
Лях А.И. ....	45
<b>АЛГОРИТМ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОИНФОРМАТИЧЕСКОГО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ .</b>	<b>45</b>
Марак И.Ю., Абакелия Л.Р., Запорожец А.А., Нечипорук И.А.....	46
<b>ВЫРАЖЕННОСТЬ АПОПТОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ РАЗВИТИИ АДЪЮВАНТНОГО АРТРИТА.....</b>	<b>46</b>
Маркевич М.А., Зинченко Ю.Н.....	47
<b>ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЙ МЕТОД СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ .....</b>	<b>47</b>
Мартем'янова М. А. ....	48
<b>АЛЕЛОФОНД ПОПУЛЯЦІЇ ЗА СИСТЕМОЮ Rh .....</b>	<b>48</b>
Мартынова С.Н., Ткаченко А.С. ....	49
<b>ИЗМЕНЕНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У КРЫС ПРИ ГИПЕРМИКРОЭЛЕМЕНТОЗЕ МЕДИ.....</b>	<b>49</b>
Марьенко Н.И., Добровольская Е.М., Ткаченко О.Д. ....	50
<b>АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ЛИСТКОВ КОРЫ МОЗЖЕЧКА ЧЕЛОВЕКА .....</b>	<b>50</b>
Марьенко Н.И., Кравченко М.Ю., Дрокин А.В.....	51
<b>ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ДОЛЕК ВЕРХНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ МОЗЖЕЧКА ЧЕЛОВЕКА .....</b>	<b>51</b>
Маслова Ю.И., Терехович В.С.....	52
<b>ВЛИЯНИЕ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОГО СООТНОШЕНИЯ В РАЗВИТИЕ МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ .....</b>	<b>52</b>
Меженская Е. А., Корниец А. В., Долгов В. М., Лещук И. В. ....	53
<b>ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ ЛЕЧЕНИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ.....</b>	<b>53</b>
Меженская Е. А., Полозов С.Д., Долгов В. М., Корниец А. В.....	54
<b>ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА УРОВЕНЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ И КОНЦЕНТРАЦИИ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС.....</b>	<b>54</b>
Моргун О.О., Моргун А.О.....	55
<b>ПРОБЛЕМИ ВИКОРИСТАННЯ МІЖНАРОДНОЇ АНАТОМІЧНОЇ НОМЕНКЛАТУРИ У СУДОВІЙ МЕДИЦИНІ.....</b>	<b>55</b>
Морозов К.А., Старенький А.В.....	56
<b>ЧАСТОТА ПРОЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВОСТОЧНО-УКРАИНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ.....</b>	<b>56</b>
Нагиева А. Н., Бондарь Т. В. ....	57

<b>К ВОПРОСУ О МЕЖСИСТЕМНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В РАЗВИТИИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ .....</b>	<b>57</b>
Некрасова Н.М.....	58
<b>МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ЧЕЛОВЕКА ...</b>	<b>58</b>
Неплях А. В., Подобрий Д. С. ....	59
<b>КАК УЛУЧШИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ? .....</b>	<b>59</b>
Носок Л.А., Буц А.В.....	59
<b>РОЛЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....</b>	<b>59</b>
Отчик А. Е., Носок Л. А.....	60
<b>СОДЕРЖАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ НЕФРОПАТИИ .....</b>	<b>60</b>
Павлічук Є.О. Паніч Р.В. ....	62
<b>ПАРОДОНТОПРОТЕКТОРНА АКТИВНІСТЬ АЦЕТИЛЦИСТЕЇНУ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ПАРОДОНТИТІ .....</b>	<b>62</b>
Пешенко О.М., Нго Тхі Туйєт Нга, Власенко О., Першин А. ....	63
<b>МОНИТОРИНГ УШКОДЖЕНЬ ДОВКОЛОХРЕБЦЕВОЇ ЗОНИ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА: АНАТОМО-КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ .....</b>	<b>63</b>
Пешенко О.М., Шиленко В., Харченко Е., Піскарьова В. ....	64
<b>ПОКАЗНИКИ КОМП'ЮТЕРНОЇ СТАБІЛОГРАФІЇ ПРИ ТРАВМІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА ДОВКОЛОХРЕБЦЕВИХ СТРУКТУР .....</b>	<b>64</b>
Пиняева В. В. ....	65
<b>ИЗ ЧЕГО СОСТОИТ ЭЛИКСИР МОЛОДОСТИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ? .....</b>	<b>65</b>
Пирогова К.І. ....	66
<b>ВПЛИВ КОМПОЗИЦІЙ, ВИГОТОВЛЕНИХ НА ОСНОВІ НАНОЧАСТИНОК СРІБЛА ТА ПОХІДНОГО 3-ГІДРОКСИПІРИДИНУ НА МІКРОБІОЦИНОЗ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ РАНИ .....</b>	<b>66</b>
Платонов Н.А., Пташинская А.И., Шульга М.В., Ахмедова У.М. ....	67
<b>ВЛИЯНИЕ ХЛОРИДА НАТРИЯ НА ВОДНО-СОЛЕВОЙ ОБМЕН В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА .....</b>	<b>67</b>
Погодина Е.В., Гайнанова В.О. ....	68
<b>УСТАНОВЛЕНИЯ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ .....</b>	<b>68</b>
Поликарпова А.В. ....	69
<b>СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ СОДЕРЖАНИЯ ОБЩЕГО КОЛЛАГЕНА В ПОРАЖЕННОМ УЧАСТКЕ КОЖИ МОРСКИХ СВИНОК ПРИ ОЖОГАХ РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ .....</b>	<b>69</b>
Полозов С.Д., Лешук И.В., Красников С.В. ....	70
<b>ВЛИЯНИЕ ЭМИ НА УРОВЕНЬ ОСНОВАНИЙ ШИФФА В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И НАДПОЧЕЧНИКАХ КРЫС.....</b>	<b>70</b>
Попов О.С. ....	71
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ДИКЛОКОРУ НА ПЕРЕБІГ ГІСТАМІНОВОГО НАБРЯКУ СТОПИ У ЩУРІВ .....</b>	<b>71</b>
Ромашенко П.В., Коломиец А. С., Лазоренко К.М. ....	72
<b>ВЛИЯНИЕ СУСПЕНЗИИ ПЛАЦЕНТЫ НА АПОПТОЗ КЛЕТОК В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АДЪЮВАНТНОГО АРТРИТА .....</b>	<b>72</b>
Руснак С.В., Марковська І.О. ....	73
<b>МОНИТОРИНГ КОРЕЛЯЦІЙНОЇ ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ФАКТОРА ВЛЕНБРАНДА ПРИ ГОСТРІЙ КРОВОТЕЧІ ПІСЛЯ ТРАВМИ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ.....</b>	<b>73</b>
Савельев В.В., Тымбота М.А. ....	74
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ЦВЕТКОВ LAVANDULA ANGUSTIFOLIA MILL.....</b>	<b>74</b>
Сакал Г.О., Товажнянська В.Д. ....	75
<b>ВПЛИВ ХРОНІЧНОЇ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОЇ ГІПОКСІЇ НА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ТА ПЕЧІНКИ ПЛОДІВ ЩУРІВ ЛІНІЇ WAG .....</b>	<b>75</b>
Сакал А.А., Чирва А.В. ....	76



<b>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ КРЫС В ПРЕНАТАЛЬНОМ И РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ .....</b>	<b>76</b>
Сапай А.В. ....	77
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОСТРЫМИ ПРЕДМЕТАМИ</b>	<b>77</b>
Свентицька-Розсоха Ю.Ю. ....	79
<b>ПРОМЕНЕВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ НА СЛУЖБИ СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ .....</b>	<b>79</b>
Сіренко В.А., Ковальцова М.В. ....	80
<b>РІВЕНЬ ЦИНКУ В ГОМОГЕНАТІ ТКАНИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРІВ ТА ІХ ПОТОМСТВА В УМОВАХ ГІПЕРКАЛОРИЙНОЇ ДІСТІ.....</b>	<b>80</b>
Слонецкий Е.В. ....	81
<b>ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОТРАВЛЕНИЯ.....</b>	<b>81</b>
Стоянова Ю.Д., Бондаренко В.В., Орловская Э.Б. ....	82
<b>ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ССАДИН В КОНТЕКСТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ .....</b>	<b>82</b>
Ступницький М.А. ....	83
<b>ПОРУШЕННЯ ОБМІНУ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ МІДІ, ЦИНКУ ТА ЗАЛІЗА У РАНЬОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ПЕРІОДІ ТЯЖКОЇ ПОЄДНАНОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ ТРАВМИ .....</b>	<b>83</b>
Сушецкая Д.А., Затолока Д.В., Шевченко В.А. ....	84
<b>ОСОБЕННОСТИ КОСТНОМОЗГОВОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ ПРИ ВТОРИЧНО ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ.....</b>	<b>84</b>
Тищенко О.С. ....	85
<b>АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЛАЗЕРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКИ.....</b>	<b>85</b>
Ткаченко А.С., Мартынова С.Н., Ткаченко М.О., Моисеенко А.С. ....	86
<b>СОСТОЯНИЕ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ .....</b>	<b>86</b>
Турбар Д.С., Рудова М.И. ....	87
<b>ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТА КРОВОПОДТЕКА ПРИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДАВНОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ .....</b>	<b>87</b>
Шиян Д.Н., Гышка Ю.И. ....	88
<b>3D МОДЕЛИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ДЛЯ СОЗДАНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ .....</b>	<b>88</b>
Шиян Д. Н., Дякова М. А. ....	89
<b>ГИСТОТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОДЭПЕНДИМАЛЬНОГО СЛОЯ ЧЕТВЕРТОГО ЖЕЛУДОЧКА ГОЛОВНОГО МОЗГА .....</b>	<b>89</b>
Щербаков А. А., Соханевич Е. С. ....	90
<b>ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АРТЕРИЙ ТЫЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КИСТИ ЧЕЛОВЕКА .....</b>	<b>90</b>
Юшкевич М.А. ....	91
<b>ВЫВЕДЕНИЕ ИОНОВ КОБАЛЬТА ПОСРЕДСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА .....</b>	<b>91</b>
Юшкевич М.К., Вовк А.О. ....	92
<b>ВИРОТЕРАПИЯ, КАК ОТРАСЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В МЕДИЦИНЕ .....</b>	<b>92</b>
Ярмак И. Н., Ситникова Н. Ю., Семеняченко А.Н. ....	93
<b>СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРАВМ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ПАДЕНИИ В ВОДУ.....</b>	<b>93</b>
<b>ТЕРАПІЯ.....</b>	<b>95</b>
Adeyemi A. Alexander, I.I.Zelena.....	95
<b>WEGENER'S GRANULOMATOSIS: A SHORT REVIEW .....</b>	<b>95</b>
Al-Dujaili Ammar Abdulilhadi, Jawad Ahmed Muslim, Ismael Sedeeq Fathi, Dhaliwad Manpreet ...	95
<b>AUTOIMMUNE ASPECTS OF CHRONIC HEART FAILURE IN ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE.....</b>	<b>95</b>
Andrieieva Anastasiia, Thurein Soe.....	96

<b>ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF PCSK9 INHIBITORS FOR TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSLIPIDEMIA .....</b>	<b>96</b>
<b>Dielievska V. Yu., Al-Dujaili Elaf .....</b>	<b>97</b>
<b>THERAPEUTIC POSSIBILITIES OF REVERSE LEFT VENTRICLE REMODELING IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE .....</b>	<b>97</b>
<b>Jeena Justin, Angad Sharma .....</b>	<b>98</b>
<b>THE PREVALENCE AND DISTRIBUTION CHARACTER OF CONGENITAL HEART DISEASES IN INDIA .....</b>	<b>98</b>
<b>Narayan Priya .....</b>	<b>98</b>
<b>GASTROINTESTINAL DISEASES IN IRON DEFICIENCY ANEMIA.....</b>	<b>98</b>
<b>Okeke Nduadina .....</b>	<b>99</b>
<b>FACTORS OF RISK FOR ASTHMATIC PATIENTS AND USEFULNESS OF PERIPHERAL BLOOD TEST .....</b>	<b>99</b>
<b>Sukhonos N.K., Kadyrov Begench.....</b>	<b>99</b>
<b>THE BALANCE OF EICOSANOIDS WITH VIBRATION DISEASED PATIENTS IN CONJUNCTION WITH HYPERTENSION DISEASE. ....</b>	<b>99</b>
<b>Viun T.I. ....</b>	<b>101</b>
<b>FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION COURSE IN COMBINAION WITH PANCREATIC DISEASES.....</b>	<b>101</b>
<b>Андреева А.А, Голенко Т.Н., Алиева М.И., Башмакова А.А. ....</b>	<b>102</b>
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....</b>	<b>102</b>
<b>Артамонов Р.О., Дубовик В.В.....</b>	<b>103</b>
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ .....</b>	<b>103</b>
<b>Балута Б. Ю. ....</b>	<b>104</b>
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ .....</b>	<b>104</b>
<b>Борзова-Коссе С.И., Фельдман Д.А. ....</b>	<b>105</b>
<b>СТАН ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ .....</b>	<b>105</b>
<b>Боровик К.М.....</b>	<b>106</b>
<b>АДИПОЦИТОКІНИ ЯК ФАКТОР ФОРМУВАННЯ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ З ПОСІДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ. ....</b>	<b>106</b>
<b>Бутова Т.С.....</b>	<b>106</b>
<b>ЗМІНИ ЕСТРАДІОЛУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ І АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОСТМЕНОПАУЗНИЙ ПЕРІОД .....</b>	<b>106</b>
<b>Гуліда В.О. ....</b>	<b>107</b>
<b>ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ З КОМОРБИДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ .....</b>	<b>107</b>
<b>Доспехова М.А.....</b>	<b>108</b>
<b>СУСТАВНОЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ И ПРИ ЕГО СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА .....</b>	<b>108</b>
<b>Єрмак О.С., Сміт Таше.....</b>	<b>109</b>
<b>ОСОБЛИВІСТЬ ДИНАМІКИ КОПЕПТИНУ, MRproADM ТА ПОКАЗНИКІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ. ....</b>	<b>109</b>
<b>Еременко Г.В., Ілюха С.Э. ....</b>	<b>110</b>
<b>ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ – ФАКТОР СНИЖЕНИЯ РИСКА ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.....</b>	<b>110</b>
<b>Ермоленко И. Н., Яранцева Н.А., Корниенко Д. А. ....</b>	<b>111</b>
<b>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАСТРОЙСТВ ПРИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У СТУДЕНТОВ.....</b>	<b>111</b>
<b>Зайкіна Т.С., Гахраманова Н. Ф., Бутримова І.О.....</b>	<b>112</b>

<b>ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ РІВНЕМ sCD40–ЛІГАНДУ ТА ПОКАЗНИКАМИ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ .....</b>	<b>112</b>
<b>Залюбовская Е.И., Кондратьева А.Ю, Шаповал А.В .....</b>	<b>113</b>
<b>КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С ИБС .....</b>	<b>113</b>
<b>Истомина О.В. ....</b>	<b>114</b>
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ОКСИД АЗОТА.....</b>	<b>114</b>
<b>Кадыкова О.И., Бутеец И.Ф. ....</b>	<b>115</b>
<b>ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА M235T ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА .....</b>	<b>115</b>
<b>Кадыкова О.И., Сова А.А.....</b>	<b>115</b>
<b>УЧАСТИЕ ПОЛИМОРФИЗМА Met235Thr ГЕНА АНГИОТЕНЗИНОГЕНА В НАРУШЕНИЯХ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОЖИРЕНИЕМ .....</b>	<b>115</b>
<b>Карамян А.А. ....</b>	<b>116</b>
<b>О КЛИНИКЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ.....</b>	<b>116</b>
<b>Ковальова Ю.О., Шелест Б.О., Чернова І.Г., Абдулаєва А.Б. ....</b>	<b>117</b>
<b>ЗМІНИ ГОРМОНІВ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НААРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ .....</b>	<b>117</b>
<b>Колесник А.Н. ....</b>	<b>117</b>
<b>ДИАБЕТИЧЕСКИЕ ОСТЕОАРТРОПАТИИ - ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ .....</b>	<b>117</b>
<b>Котелюх М.Ю., Омогунва А.Ю. ....</b>	<b>118</b>
<b>РОЛЬ МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-13 У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ .....</b>	<b>118</b>
<b>Кравчун П.П. ....</b>	<b>119</b>
<b>РОЛЬ ОМЕНТИНУ У РЕМОДЕЛЮВАННІ МІОКАРДА У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Й ОЖИРІННЯМ.....</b>	<b>119</b>
<b>Кравчун П.П. ....</b>	<b>120</b>
<b>СТАН ПОКАЗНИКІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ, ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ Й ОЖИРІННЯМ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВАСПІНЕМІЇ .....</b>	<b>120</b>
<b>Крапивко С.А., Маркив А.И. ....</b>	<b>121</b>
<b>ГИПОМАГНИЕМИЯ КАК МАРКЕР НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ИСАХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА .....</b>	<b>121</b>
<b>Крапівко С.О., Войчук Б.Д. ....</b>	<b>122</b>
<b>ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МАГНІЕМІЇ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ .....</b>	<b>122</b>
<b>Кулакова Е.А., Татьянко Л.С.....</b>	<b>122</b>
<b>ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И БЕЗ НЕГО.....</b>	<b>122</b>
<b>Куликова М. В.....</b>	<b>123</b>
<b>РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА A1166C ГЕНА РЕЦЕПТОРА 1-ГО ТИПА К АНГИОТЕНЗИНУ II В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....</b>	<b>123</b>
<b>Лапшина Е.А., Голенко Т.М., Циганок Ю.С.....</b>	<b>124</b>
<b>АНАЛІЗ РІВНІВ ЦИТОКЕРАТИНУ 18 У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ.....</b>	<b>124</b>
<b>Лисицина А.И., Волик М.С.....</b>	<b>125</b>
<b>РОЛЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В РАЗВИТИИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....</b>	<b>125</b>
<b>Лукьянова Е.М., Супрун А.С. ....</b>	<b>126</b>

<b>РОЛЬ TLR5 РЕЦЕПТОРОВ В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ .....</b>	<b>126</b>
Мартовицкий Д.В., Бойко Н.И.....	127
<b>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИЛАТАЦИОННОЙ</b>	
<b>КАРДИОМИОПАТИИ .....</b>	<b>127</b>
Мартовицкий Д.В., Лахно Ю.В.....	128
<b>РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ИШЕМИЯ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА.....</b>	<b>128</b>
Меленевич А.Я. ....	129
<b>РОЛЬ МАРКЕРІВ ІМУННОГО ЗАПАЛЕННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ</b>	
<b>ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ У ПОСІДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ.....</b>	<b>129</b>
Минухина Д.В., Габисония Т.Н., Ромасько К.М.....	130
<b>ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВИСФАТИНА И АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ СО</b>	
<b>СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ.....</b>	<b>130</b>
Молотягін Д.Г., Кудрик О.А., Сова О.О.....	131
<b>НЕДОЛІКИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИХ</b>	
<b>ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ .....</b>	<b>131</b>
Наріжна А.В. Попович Н.В. ....	132
<b>ВПЛИВ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ НА ІМУНОЗАПАЛЬНІ Й ПРОФІБРОТИЧНІ</b>	
<b>МАРКЕРИ ТА ПАРАМЕТРИ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ</b>	
<b>ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОСІДНАННІ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ .....</b>	<b>132</b>
Некрасова Ю.В., Калюжка В.Ю., Маркевич Н.А. ....	133
<b>ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С</b>	
<b>НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА</b>	
<b>.....</b>	<b>133</b>
Острополец А.С.....	134
<b>ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ТЯЖЕСТЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН.</b>	<b>134</b>
Острополец А.С., Гопций Е.В.....	135
<b>АКТИВНОСТЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛЕЙ- <math>\alpha</math> У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ</b>	
<b>С ОЖИРЕНИЕМ .....</b>	<b>135</b>
Павлюченко А.С. ....	136
<b>РОЛЬ ГЕРПЕСУ В РОЗВИНКУ ІМУНОДЕФЦИТУ НА ПРИКЛАДІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ</b>	
<b>ПНЕВМОНІЇ .....</b>	<b>136</b>
Переломов В.А., Зейниева А.Е. ....	137
<b>ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ</b>	
<b>ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОЖИРЕНИЕМ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ</b>	
<b>ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....</b>	<b>137</b>
Петюнин П.А. ....	138
<b>МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ</b>	
<b>КАРДИОСКЛЕРОЗЕ .....</b>	<b>138</b>
Піскарьова А.М.....	139
<b>ОСОБЛИВОСТІ АКТИВАЦІЇ Т-ХЕЛПЕРІВ 2 ТИПУ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ КОРИГУВАННЯ В</b>	
<b>ПРОЦЕСІ СІТ У ХВОРИХ НА ЦІЛОРІЧНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ .....</b>	<b>139</b>
Пономаренко Т.В. ....	140
<b>ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ .....</b>	<b>140</b>
Риндіна Н.Г., Едубіо Орук, Аянтунджи Флоренс .....	141
<b>ПОКАЗНИКИ ФЕРОКІНЕЗУ У АНЕМІЧНИХ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК</b>	
<b>ЗАЛЕЖНО НАЯВНОСТІ ТА ТЯЖКСТІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.....</b>	<b>141</b>
Риндіна Н.Г., Ендрюс Прінсіла Ліра, Етомі Егхогхо .....	142
<b>РАНЖУВАННЯ СТУПЕНЯ ВІДМІННОСТЕЙ ПОКАЗНИКІВ ЕРИТРОПОЕЗУ ТА</b>	
<b>ФЕРОКІНЕЗУ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗАЛЕЖНО ВІД</b>	
<b>НАЯВНОСТІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК.....</b>	<b>142</b>
Рогачева Т.А. ....	142
<b>ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ</b>	
<b>АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА</b>	
<b>ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ПОМОЩЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ</b>	
<b>ЛИРАГЛУТИДА.....</b>	<b>142</b>
Романенко А.Р.....	143

<b>РЕПЕРФУЗИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА .....</b>	<b>143</b>
Романенко В.Р. ....	144
<b>ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С .....</b>	<b>144</b>
Руденко М.І., Титова Г.Ю., Лаліт Шарма .....	145
<b>ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК НА КЛІНІЧНУ КАРТИНУ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ .....</b>	<b>145</b>
Рыначак П.И., Ложко Н.В., Пажин С.А. ....	146
<b>ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ СД 2 ТИПА .....</b>	<b>146</b>
Рыначак П.И., Ростовцева М.С. ....	147
<b>ПОВРЕЖДЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ .....</b>	<b>147</b>
Сикало Ю.К. ....	147
<b>КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕЛАТОНИНА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ .....</b>	<b>147</b>
Сикало Ю.К., Кисель И.В., Шкильнюк М.С. ....	148
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЦЕБО В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ .....</b>	<b>148</b>
Сипало А.О., Кудрик О.А. ....	149
<b>СОРТИЛІН – ПРОГНОСТИЧНИЙ МАРКЕР ДІАГНОСТИКИ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ .....</b>	<b>149</b>
Табаченко О.С., Марків А.І. ....	150
<b>АНАЛІЗ ЕФЕКТИВ АПЕЛІНУ-12 НА ПОКАЗНИКИ ДОБОВОГО МОНИТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ АБО ВІДСУТНОСТІ СУПУТНЬОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ. ....</b>	<b>150</b>
Титаренко В.В., Стоянова Ю.Д. ....	151
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА .....</b>	<b>151</b>
Турманідзе К.І., Демиденко Г.В. ....	152
<b>РИЗИК РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ .....</b>	<b>152</b>
Холодова В.В. ....	153
<b>ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ АТЕРОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. ....</b>	<b>153</b>
Шапаренко О.В. ....	154
<b>РОЛЬ SCD40L, ЯКУНІВЕРСАЛЬНОЇ ЛАНКИ ПАТОГЕНЕЗУ, ЩО ОБ'ЄДНУЄ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ .....</b>	<b>154</b>
Шеховцова Ю.А., Тесленко И.И. ....	155
<b>УРОВЕНЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-А И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИС ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ. ....</b>	<b>155</b>
Шубина М. В. ....	156
<b>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК .....</b>	<b>156</b>
Яремко И.Я. ....	157
<b>ПРИМЕНЕНИЕ БИОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА. ....</b>	<b>157</b>
<b>ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ .....</b>	<b>158</b>
Goni S.A.T., Taimoor Khan .....	158
<b>SURGICAL TREATMENT OF RADIATION DAMAGE SUPERFICIAL TISSUES. ....</b>	<b>158</b>
Pavlo Petiunin, Olexandr Ievtushenko, Bogdan Vynogradov, Anton Petiunin .....	158
<b>AN ULTRASOUND DIAGNOSIS OF ACLF IN THE LIVER CIRRHOTIC PATIENTS .....</b>	<b>158</b>
Адамский М.А. ....	159
<b>ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЯХ СРЕДОСТЕНИЯ .....</b>	<b>159</b>
Антонова М.С. ....	160
<b>РЕЛАПАРОТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ .....</b>	<b>160</b>
Артамонов Р.О., Данило Р.Р. ....	161

<b>ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕЙ ВЕРХНЕЙ ТРАХЕОСТОМИИ В СРАВНЕНИИ С ОРОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИЕЙ.....</b>	<b>161</b>
Арустамова Г.С., Фрянцева М.В., Самофалова М.Н., Гончарь Е.Н., Кочергина А.И., Петренко О.В. ....	162
<b>ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКТ ПРИ СИНДРОМЕ ФУКСА.....</b>	<b>162</b>
Бобро В.В. ....	163
<b>ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ КАЛЬЦІЕВОГО ГОМЕОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАНКРЕАТИЧНИМИ ПСЕВДОКІСТАМИ.....</b>	<b>163</b>
Бондарець Л., Сикал М.О. ....	164
<b>ЗАПРОГРОМОВАНА ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ ПЕРІТОНІТУ. ....</b>	<b>164</b>
Боярский А.А. ....	165
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВОБОДНОГО ТРАМ-ЛОСКУТА, КАК МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....</b>	<b>165</b>
Вербицкий М.В. ....	166
<b>ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕХОДЖКІНСЬКІ ЛІМФОМИ З ІЗОЛЬОВАНИМ УРАЖЕННЯМ СЕРЕДОСТІННЯ.....</b>	<b>166</b>
Волик М.С. ....	166
<b>ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА РАЗВИТИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ .....</b>	<b>166</b>
Гонтарь Є.В. ....	168
<b>ПЕРЕВАГИ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЛАПОРОСКОПІЇ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ .....</b>	<b>168</b>
Гончарова Н.М., Тесленко О.С. ....	169
<b>ЗАСТОСУВАННЯ МІНІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ .....</b>	<b>169</b>
Гончарова Н.Н., Старов К.П., Гончаров А.С. ....	170
<b>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК .....</b>	<b>170</b>
Гончарь Е.Н., Арустамова Г.С., Фрянцева М.В., Петренко О.В.,.....	171
Литвищенко А.В., Кочергина А.И. ....	171
<b>ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОУГ, ПОЛУЧАВШИХ L-АРГИНИН .....</b>	<b>171</b>
Гуйван И.В., Гончаров А.С. ....	172
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Харьковский национальный медицинский университет,.....</b>	<b>172</b>
Гуліда А.О. ....	173
<b>ПАТО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУЛОВИ РЕШІТЧАСТОЇ ПЛАСТИНКИ .....</b>	<b>173</b>
Довнар Р.И., Гук Н.С., Путята Д.С. ....	174
<b>КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ НЕСЁТ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ .....</b>	<b>174</b>
<b>В XXI ВЕКЕ .....</b>	<b>174</b>
Дубовик В.В., Орел О.С. ....	175
<b>ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МУКОЭПИДЕРМОИДНОЙ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ .....</b>	<b>175</b>
Журба Е.П. ....	176
<b>ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ....</b>	<b>176</b>
Завгородний А.С. ....	177
<b>ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ</b>	<b>177</b>
Загоруйко В.О., Сикал М.О. ....	178
<b>ЛАПАРОСКОПІЧНА ГЕРНІОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ ЧЕРЕВНИХ ГРИЖ .....</b>	<b>178</b>
Ивженко Л.И., Шеремета И.А. ....	179
<b>ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ .....</b>	<b>179</b>
Илюха С.Э. ....	180

<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОЧНЫХ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ .....</b>	<b>180</b>
Кербаж Н.Р., Чікін А.В. ....	181
<b>ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПОЗАОРГАННИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ТАЗОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ З ІНВАЗІЄЮ СУДИН.....</b>	<b>181</b>
Китченко С.С., Бабаева А. Р., Бердикова Ю.О., Бережная А. В., Бережной Б.Ю.....	182
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....</b>	<b>182</b>
Козырев С. А.....	183
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕДНЕГО МЕЖТЕЛОВГО СПОНДИЛОДЕЗА ДИНАМИЗИРУЮЩИМИ ГИБРИДНЫМИ УСТРОЙСТВАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....</b>	<b>183</b>
Королькова А.О, Тиханський Д. С.....	184
<b>МЕТОД БЕЗПЕРЕРВНОГО ПАСИВНОГО РУХУ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ КУЛЬШОВИХ ТА КОЛІННИХ СУГЛОБІВ.....</b>	<b>184</b>
Лапшин Д.В. ....	185
<b>ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ШКАЛ ISS, ВПХ-П (МТ), АРАСНЕ-П і ВПХ-СП, ВИКОРИСТОВУВАНИХ ПРИ ЛІКУВАННІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК .....</b>	<b>185</b>
Лень М. В. ....	187
<b>АСПЕКТИ ІМУНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ МІАСТЕНІЇ .....</b>	<b>187</b>
Лепеха І.В.....	188
<b>РОЛЬ АД'ЮВАНТНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ТИМОМ .....</b>	<b>188</b>
Литвищенко А.В., Храмова Т.А., Гончарь Е.Н.....	188
<b>ЧАСТОТА КИСТООБРАЗОВАНИЯ ИРИДОЦИЛИАРНОЙ ЗОНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИНТЕРМЕДИАРНЫХ УВЕИТОВ .....</b>	<b>188</b>
Д.Е.Лопатенко .....	189
<b>ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ШОПНЕВМОТОРАКС .....</b>	<b>189</b>
Матасов А.О., Фадеев П.В.....	190
<b>ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ СЕРДЕЧНОГО КЛАПАНА КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА .....</b>	<b>190</b>
Мещанина Д.Р. ....	191
<b>ВИЗНАЧЕННЯ АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУЗ СОМАТО – НЕВРОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ.....</b>	<b>191</b>
Митрофанюк В. А., Антонова М.С.....	192
<b>АЛОПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНИХ КИЛ.....</b>	<b>192</b>
Мясоедов К.В.....	193
<b>ЗНАЧЕНИЕ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДИСТОГО РУСЛА.....</b>	<b>193</b>
Пажин С.А., Шадрин В.С., Талахан А.А., Татьяна Л.С., Кулакова Е.А., Колотилев А.В., Хасани А., Осокин А.Э.....	193
<b>ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С УЧЕТОМ ФОРМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ .....</b>	<b>193</b>
Прищенко Д.С. ....	194
<b>ОЦЕНКА БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ, ИСПОЛЬЗОВАВШИХ СРЕДСТВА РАЗГРУЗКИ КОНЕЧНОСТИ .....</b>	<b>194</b>
Робак В.І., Курбатов В.О., Бурсак А.Г.....	195
<b>ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ: АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ.....</b>	<b>195</b>
Савченко Е.И.....	196
<b>ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ СИЛИКОН-ГИДРОГЕЛЕВЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ .....</b>	<b>196</b>
Самофалова М.Н., Фрянцева М.В., Арустамова Г.С., Кочергина А.И., Петренко О.В. ....	197

<b>ОСОБЕННОСТИ ИСТОНЧЕНИЯ СЛОЯ ПЕРИПАПИЛЛЯРНЫХ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПРИ ИНТЕРМЕДИАРНЫХ УВЕИТАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ВОСПАЛЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА .....</b>	<b>197</b>
Скляренко Д.А. ....	198
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИАДГЕЗИВНЫХ АГЕНТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....</b>	<b>198</b>
Смородська О.М. ....	199
<b>LORNEHLPER – СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР – ОРГАНІВ. ....</b>	<b>199</b>
Столярова О.К. ....	200
<b>ВПЛИВ ЗМІН БІНОКУЛЯРНОГО ПОЛЯ ЗОРУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА РОЗВИНЕНУ ВІДКРИТОКУТОВУ ГЛАУКОМУ .....</b>	<b>200</b>
Ткачева А.И, Нечай И.В, Начай Ю.В.....	200
<b>ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ .....</b>	<b>200</b>
Трегуб Е.С., Фундовая О.В.....	202
<b>ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ .....</b>	<b>202</b>
Трофимов М.А.....	203
<b>ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ .....</b>	<b>203</b>
Фадеев П.В., Матасов А.О.....	204
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....</b>	<b>204</b>
Фрянцева М.В., Гончарь Е.Н., Самофалова М.Н., Арустамова Г.С., Кочергина А.И., Петренко О.В. ....	205
<b>ИЗМЕНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКТ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ЭТИОЛОГИИ В ДИНАМИКЕ.....</b>	<b>205</b>
Ходак А.С., Шевцов В.Г. ....	206
<b>ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ В УКРАИНЕ.....</b>	<b>206</b>
Євтушенко Д.В., Євтушенко О.В.,Віноградов Б.О.....	207
<b>ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГОХОЛАНГІТУ У ХВОРИХ З ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ. ....</b>	<b>207</b>
Яли А.Н.....	208
<b>РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ .....</b>	<b>208</b>
<b>АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ .....</b>	<b>209</b>
Алайя Ламия .....	209
<b>РОЛЬ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ .....</b>	<b>209</b>
Алиева П.А., Маликова С.Э, Филатова С.С., Иванова Т.А. ....	210
<b>ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ.....</b>	<b>210</b>
Аралова В. О.....	210
<b>ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В МАТОЧНЫХ АРТЕРИЯХ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....</b>	<b>210</b>
Арсентьева А.В.....	211
<b>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....</b>	<b>211</b>
Бабашев А.Г, Куричева Н.Ю.....	212
<b>ПРЕИМУЩЕСТВО НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ .....</b>	<b>212</b>
Басик Т.М., Тиханский Д.С., Майорова М.В. ....	213
<b>ВЛИЯНИЕ ПРОГЕСТИНОВ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ.....</b>	<b>213</b>
Благовещенский Р.Е., Резник М.А., Ракитянский И.Ю., Рубинская А.Н. ....	214



<b>ВЛИЯНИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА СОСТОЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА .....</b>	<b>214</b>
<b>Бородай І. С., Рускова К. В. ....</b>	<b>215</b>
<b>Можливості негормональної терапії у комплексному лікуванні больового синдрому у пацієнток з генітальним ендометріозом.....</b>	<b>215</b>
<b>Бородай І.С., Червань І.В., Попова Т.О., Пугачева Н.А. ....</b>	<b>216</b>
<b>ПОСЛЕДСТВИЯ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА .....</b>	<b>216</b>
<b>Гнатенко О.В., Прокопенко А.М. ....</b>	<b>217</b>
<b>ГОСТРИЙ ЖИВІТ У МОЛОДИХ ЖІНОК ТА ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ .....</b>	<b>217</b>
<b>Голуб К.І., Парашук В.Ю., Луцький А.С.....</b>	<b>218</b>
<b>РЕЗУЛЬТАТИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ПІДТРИМКИ ЛЮТЕЇНОВОЇ ФАЗИ .....</b>	<b>218</b>
<b>Гасан А. А.....</b>	<b>220</b>
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ (ОСО) ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВТОРИЧНОГО ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ.....</b>	<b>220</b>
<b>Дынник А.А.Сендецкый С.С.....</b>	<b>220</b>
<b>ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОКСИПРОЛИНА, КАК МАРКЕРА КОЛЛАГЕНОПАТИИ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ .....</b>	<b>220</b>
<b>Красивская Д.И., Горун Ю.А. ....</b>	<b>221</b>
<b>ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕВЫНАШИВАНИЕМ.....</b>	<b>221</b>
<b>Куричева Н.Ю., Бабашев А.Г.....</b>	<b>222</b>
<b>РОЛЬ КЛЕТОЧНЫХ МИКРОВЕЗИКУЛ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПРИ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....</b>	<b>222</b>
<b>Литвинова А.В. ....</b>	<b>223</b>
<b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО - ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ .....</b>	<b>223</b>
<b>Му'авия Салем Насер Альмарадат.....</b>	<b>225</b>
<b>МЕТОД МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НАЛИЧИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ЭТАПЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ .....</b>	<b>225</b>
<b>Нагиева А.А. ....</b>	<b>226</b>
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО БЕСПЛОДИЯ.....</b>	<b>226</b>
<b>Нестерук А.В.....</b>	<b>226</b>
<b>РОЛЬ ПРОВосПалительных цитокинов как предикторов реализации ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ.....</b>	<b>226</b>
<b>Новикова А.А. ....</b>	<b>227</b>
<b>КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ .....</b>	<b>227</b>
<b>Окоро Бонавентуре Уче .....</b>	<b>228</b>
<b>СОСТОЯНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ .....</b>	<b>228</b>
<b>Осовский И.К., Гнатенко О.В., Дафеамекпор В.К., Корпань Т.В. ....</b>	<b>230</b>
<b>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ГИНЕКОЛОГИИ.....</b>	<b>230</b>
<b>Прященко М.О., Парашук В.Ю., Луцький А.С.....</b>	<b>230</b>
<b>СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ. ....</b>	<b>230</b>
<b>Свидченко Ю.А.....</b>	<b>232</b>
<b>ПРИМЕНЕНИЕ СХЕМ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА .....</b>	<b>232</b>
<b>Скорбач О.І., Кучер А.В. ....</b>	<b>232</b>
<b>ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКАМЕТОЗНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ НА ПІЗНІХ ТЕРМІНАХ ЗАЛЕЖНО ВІД ПАРИТЕТУ .....</b>	<b>232</b>
<b>Соляник В.Ю., Чумак А.М. ....</b>	<b>233</b>
<b>ПОЛИП ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА.....</b>	<b>233</b>

Сорокина В.А., Григорьева В.В., Дусматова А.К. ....	234
<b>ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</b> .....	234
Столбова Н.А. ....	236
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОНУТРИЕНТОВ ПРИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ</b> .....	236
Талалаенко А. К. ....	237
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ НА ФОНЕ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ.</b> .....	237
Таравнех Д.Ш. ....	238
<b>ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С ТРОМБОФИЛИЯМИ К ПРОГРАММАМ ВРТ.</b> .....	238
Фадеева А.О. ....	239
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ</b> .....	239
Чернякова А. Е. ....	240
<b>ЗНАЧЕНИЕ ЦЕРВИКАЛЬНОГО СКРИНИНГА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ.</b> .....	240
Явдак А.А. ....	242
<b>РОДОВАЯ ТРАВМА: АКУШЕРСКИЕ АСПЕКТЫ</b> .....	242
Ягмурова Ш.П., Нагута Л.О. ....	243
<b>ВПЛИВ ФІТОЕСТРОГЕНІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АНАМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ</b> .....	243
<b>ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА</b> .....	244
Апикова А.Е., Яновская Е.А. ....	244
<b>ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АВТОМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА АНАЛИЗА АКУСТИЧЕСКИХ ШУМОВ ПРИ БРОНХОЛЁГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ</b> .....	244
Безручко О.С. ....	245
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ</b> .....	245
Васильченко Ю.В. ....	246
<b>СОСУДИСТАЯ МОЛЕКУЛА АДГЕЗИИ ЭНДОТЕЛИЯ -1 КАК РАННИЙ МАРКЕР ДИАГНОСТИКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ</b> .....	246
Головачева В.А., Одинец П.И., Колесник А.Н., Яремко И.Я. ....	247
<b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАХИТОПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ</b> .....	247
Гречанина Ю.Б., Майборода Т.А., Елькова О.А., Гревцова А.Е. ....	248
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФРОНТОНАЗАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ У МАТЕРИ И ПЛОДА.</b> 248	
Золотарёва Т. Ю., Левашова А.И., Гревцова А.Е. ....	250
<b>СЛУЧАЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ НА ФОНЕ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОЙ МЕЗОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ</b> .....	250
Кафедра медицинской генетики.....	250
Глюха С.Е. ....	251
<b>ЛЕЙКОЗОПОДІБНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ДІТЕЙ - ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА</b> .....	251
Казарян Л.В., Петренко Є.К., Муратова К.Г.* .....	252
<b>ЕХОГРАФІЧНІ ЗМІНИ СЕРЦЯ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ВАРІАНТАМИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК</b> .....	252
Кебашвили С.В., Плюшко Д.Г. ....	253
<b>ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ РЕБЕНКА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ</b> .....	253
Колесник В.А., Брачкова Д.С, Омельченко-Селюкова А.В., Коваль В.А. ....	254
<b>СЛУЧАЙ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДНИГА-ГОФФМАНА</b> .....	254
Колесник А.Н. ....	255
<b>ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ</b> .....	255
Криворотько Д. М., Меренцева К. Р., Медик Е.И. ....	257
<b>КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ КАРТАГЕНЕРА</b> .....	257

Криворотько Д. М., Меренцева К. Р., Медик Е.И. ....	258
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</b> .....	258
Кудин И.Д., Козак В.В., Онищенко Д.А., Калюжный Е.П. ....	259
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ВРОЖДЕННОЙ ГИПОГАММАГЛОБУЛИНЕМИИ</b> .....	259
Левашова А.И., Золотарёва Т. Ю. ....	259
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ БЕККЕРА, ВТОРИЧНОЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И РЕАКТИВНОГО ГЕПАТИТА</b> .....	259
Мелашич Е.А., Урываев А.В., Хомовская А.А., Шахзадян Л.Г. ....	261
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПОДКОРКОВО - МОЗЖЕЧКОВОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННОГО НАРУШЕНИЯ В-ОКИСЛЕНИЯ ЖИРНЫХ КИСЛОТ, ОСЛОЖНЕННОЙ РЕЙЕ – ПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ</b> .....	261
Мещанина Д. Р., Медік Є.І., Забашта І.В. ....	262
<b>ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКА СЕРЕДНЬОГО ВМІСТУ ГЕМОГЛОБІНУ В ЕРИТРОЦИТІ У ДІТЕЙ З ПІСЛОНЕФРИТОМ</b> .....	262
Паніч Р.В., Шубіна М.В. ....	262
<b>РІВЕНЬ КОМПЛАСІТНОСТІ ДО ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА В СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ</b> ...	262
Плюшко Д.Г., Кебашвили С.В. ....	263
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КЛЕНОВОГО СИРОПА</b> .....	263
Подгалая Е.В. ....	264
<b>СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА</b> .....	264
Подгалая Е.В., Зозуля О.В., Овчаренко А.А., Тесленко Т.А. ....	265
<b>ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ФЕТОПАТИЯ: МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ</b> .....	265
Поликов Г.О., Карпушенко Ю.В. ....	266
<b>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА ПО СТАНДАРТАМ ПРОГРАММЫ ИСААК</b> .....	266
Попова Т.О.....	267
<b>ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМУ БРОНХІТІ</b> . ....	267
Потихенская К. ....	268
<b>ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ</b> .....	268
Пугачова К.А. ....	269
<b>АНАЛІЗ ТРИГЕРНИХ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ РЕАКТИВНИХ АРТРИТІВ У ДІТЕЙ</b> .....	269
Рудь В. П.....	270
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b> .....	270
Семенюк М.А.....	271
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МСР-1 И ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ</b> .....	271
Кафедра педиатрии №2 .....	271
Серветник А.В., Конарева В.И.....	272
<b>СТРУКТУРА ПИЛКОВОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ</b> .....	272
Синельникова М.А., Карпушенко Ю.В.....	273
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ</b> .....	273
Стрелкова М.І., Сілічова А.Є, Овчаренко А.О.....	274
<b>ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ</b> .....	274
Тесленко Т.А., Тесленко В.А. ....	275

<b>АМПЛИТУДНО-ИНТЕГРИРОВАННАЯ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЁННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЁЛУЮ АСФИКСИЮ В РОДАХ.....</b>	<b>275</b>
Хасанов А.А., Кибриев Б.А., Халикова Ш.А., Алмарданов Г. ....	276
<b>ИММУННЫЙ ОТВЕТ У ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНОЙ ЛИМФАДЕНОПАТИЕЙ .....</b>	<b>276</b>
Цимбал В.М. ....	277
<b>ОЦІНКА РІВНЮ ВІТАМІНУ D КРОВІ У ДІТЕЙ З ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ .....</b>	<b>277</b>
Чумак Т.А.....	278
<b>ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА, РЕЗИСТЕНТНОГО К СТАНДАРТНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ .....</b>	<b>278</b>
Яворович М.В.....	279
<b>ОЦЕНКА СВЯЗЕЙ МСР-1 И МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ.....</b>	<b>279</b>
Яновская Е.А, Москаленко В.А, Терещенко С.С. ....	280
<b>МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ .....</b>	<b>280</b>
<b>ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ.....</b>	<b>282</b>
Adeem Farkad Yousif Alani, Bondarenko Andriy .....	282
<b>ACTUAL PROBLEMS OF RABIES IN KHARKIV REGION .....</b>	<b>282</b>
Анцыферова Н.В., Соломенник А.О., Кузнецова А.А., Пеньков Д.Б. ....	283
<b>ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-<math>\beta</math> 1 В РАЗВИТИИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С .....</b>	<b>283</b>
Бутов Д. А., Орловская Э.Б., Марченко Т. Н .....	284
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ .....</b>	<b>284</b>
Гвоздецька М.Г., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Молокова С.І., Павлов В.В. ....	284
<b>ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РІВНЮ ЛАКТАТУ СПИНОМОЗКОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА СЕРОЗНІ МЕНІНГІТИ .....</b>	<b>284</b>
Денисенко І.В., Петренко Т.О., Могиленець О.І. ....	285
<b>ПРОЯВИ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВИШУ ..</b>	<b>285</b>
Зоц Я.В., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Андрущенко И.Н., Гойденко А.А. ....	286
<b>КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ МЕНИНГИТАМИ .....</b>	<b>286</b>
Колесник В.А., Брачкова Д.С., Винокурова О.Н.....	287
<b>ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ <math>\alpha</math>-ИНТЕРФЕРОНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С.....</b>	<b>287</b>
Кузнецова А.А., Анцыферова Н.В., Калужний В.А. ....	288
<b>СТАН КЛІТИННИХ МЕХАНІЗМІВ ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ.....</b>	<b>288</b>
Лавров Ф.Д., Ткаченко В.Г.....	289
<b>ПОВТОРНЫЙ СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ БОТУЛИЗМОМ .....</b>	<b>289</b>
Ложко Н.В., Христенко Н.Е., Соломенник А.О., Бондарь А.Е., ....	290
Могиленец Е.И., Юрко Е.В., Дудник А.Ю., Винокурова О.Н.....	290
<b>ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ И ЛИПОПРОТЕИДОВ ОЧЕНЬ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С.....</b>	<b>290</b>
Шевченко А. С., Цыганок Ю.С. ....	291
<b>КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ГРИППЕ А (H1N1) .....</b>	<b>291</b>
Букий С.Н., Митрофанов Ю.М.....	292
<b>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА - БАРР.....</b>	<b>292</b>
Гузь Е. В., Мещанина Д.Р.....	294
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ У ДЕТЕЙ .....</b>	<b>294</b>
Курлан Н.Ю.....	295

<b>ПОКАЗНИКИ ПАРАКЛІНІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ ПРИ ШИГЕЛЬОЗІ НА ФОНІ ХЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ .....</b>	<b>295</b>
<b>Кучеренко О.О., Олефир А.С., Казарян Л.В. ....</b>	<b>296</b>
<b>ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ "ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ-АНТИОКСИДАНТЫ" И ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ .....</b>	<b>296</b>
<b>Ольховський Є.С. ....</b>	<b>297</b>
<b>ПЕРЕБІГ ЕШЕРИХІОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙН-БАРРА .....</b>	<b>297</b>
<b>Яковенко А.Ю., Жаркова Т.С. ....</b>	<b>298</b>
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНКЛЕОЗА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.....</b>	<b>298</b>
<b>Колганова Н.Л., Лисицкая Н.А.....</b>	<b>299</b>
<b>АКНЕ АССОЦИИРОВАННЫЕ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....</b>	<b>299</b>
<b>Вовк Т.В.....</b>	<b>301</b>
<b>КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ З УРАХУВАННЯМ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ .....</b>	<b>301</b>
<b>Бережна А. В. ....</b>	<b>302</b>
<b>ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА ГЕПАТИТІВ З ПАРЕНТЕРАЛЬНИМ ШЛЯХОМ ПЕРЕДАЧІ У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ: ПРОБЛЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ЗАМІСНОЮ ПІДТРИМУВАЛЬНОЮ ТЕРАПІЄЮ .....</b>	<b>302</b>
<b>Eugenia Mawutor Edjameh.....</b>	<b>303</b>
<b>PROSPECTS FOR THE ELIMINATION OF CHOLERA OUTBREAKS IN GHANA.....</b>	<b>303</b>
<b>Velma Duncan.....</b>	<b>304</b>
<b>EFFECTIVE WAYS OF MEASLES PREVENTION IN GREATER ACCRA REGION OF GHANA .....</b>	<b>304</b>
<b>Машталір О. В., Пенцко Х. В. ....</b>	<b>305</b>
<b>СУЧАСНА ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА МЕНІНГОКОКОВУ ІНФЕКЦІЮ .....</b>	<b>305</b>
<b>Талалаєнко А.К., Романенко А.Р.....</b>	<b>306</b>
<b>АКТУАЛЬНОСТЬ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.....</b>	<b>306</b>
<b>Отчик А.Е.....</b>	<b>307</b>
<b>УРОВЕНЬ ЗАГРЯЗНЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ВОДОИСТОЧНИКОВ ООЦИСТАМИ КРИПТОСПОРИДИЙ .....</b>	<b>307</b>
<b>Сиротенко А.А., Стеценко А.В.....</b>	<b>308</b>
<b>ОСОБЕННОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА В УКРАИНЕ .....</b>	<b>308</b>
<b>Arogundade Folawemimo.....</b>	<b>309</b>
<b>THE SOCIAL BURDEN OF MALARIA IN NIGERIA AND INDIA, COMPARATIVE ANALYSIS .....</b>	<b>309</b>
<b>Ibe Ogechi Precious.....</b>	<b>311</b>
<b>COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF DIPHERIA IN UKRAINE AND NIGERIA .....</b>	<b>311</b>
<b>Joan Itua.....</b>	<b>312</b>
<b>EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV INFECTION IN NIGERIA .....</b>	<b>312</b>
<b>Nebe Ebubechukwu Blessing.....</b>	<b>313</b>
<b>MODERN PROBLEMS ON PREVENTION OF TUBERCULOSIS IN NIGERIA. ....</b>	<b>313</b>
<b>Чопорова О.І., Стоянова Ю.Д., Титаренко В.В. ....</b>	<b>314</b>
<b>РЕЗУЛЬТИТИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ «ЗУПИНИТИ ТУБЕРКУЛЬОЗ» 2011-2015 У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ: ДОСЯГНЕННЯ ТА ВИКЛИКИ .....</b>	<b>314</b>
<b>Сытник Н.А. ....</b>	<b>315</b>
<b>ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ .....</b>	<b>315</b>
<b>Малько А.А.....</b>	<b>316</b>
<b>ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА .....</b>	<b>316</b>
<b>Зубко А.С., Натальченко М.Л. ....</b>	<b>317</b>
<b>ТУБЕРКУЛЕЗ В РАБОТЕ СУДЕБНОГО МЕДИКА .....</b>	<b>317</b>
<b>Старов К.П.....</b>	<b>318</b>

<b>ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....</b>	<b>318</b>
Лаевский Б.Ю. ....	318
<b>ИНФИЦИРОВАННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ЗА ГОДЫ ОБУЧЕНИЯ.....</b>	<b>318</b>
Погорелова О.А., Краюшкина И.Л. ....	319
<b>НЕТУБЕРКУЛЁЗНЫЕ МИКОБАКТЕРИОЗЫ .....</b>	<b>319</b>
Бутов Д.О., Півень В.І.....	320
<b>ЗАСТОСУВАННЯ АЛЕРГЕНУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО РЕКОМБІНАНТНОГО ..... ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ.....</b>	<b>320</b>
Некрасова Ю.В.....	321
<b>РЕЖИМЫ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ..... НЕЙРОНАУКИ.....</b>	<b>323</b>
Арутюнян А.Т.....	323
<b>ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА В ТЕРАПИИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ .....</b>	<b>323</b>
Архипенко А.С. ....	324
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА .....</b>	<b>324</b>
Багтиярова А.....	324
<b>КЛИНИКО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ.....</b>	<b>324</b>
Безуглова И.О.....	326
<b>СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С КОГНИТИВНЫМ СНИЖЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....</b>	<b>326</b>
Билаш М.О.....	327
<b>ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА .....</b>	<b>327</b>
Боброва Д.О. ....	327
<b>ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ВИДЕ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫХ ПАРОКСИЗМОВ .....</b>	<b>327</b>
Богатырь С.Н., Белозёр Д.В.....	328
<b>БОЛЕЗНЬ МОЯ-МОЯ.....</b>	<b>328</b>
Бойцова А.В. ....	329
<b>ПОНЯТИЕ ПРИВЫЧКИ И ВРЕМЯ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ.....</b>	<b>329</b>
Воробель Е. Ю.....	331
<b>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ .....</b>	<b>331</b>
Ворона Е.Н. ....	332
<b>РОЛЬ АТОРВАСТАТИНА В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....</b>	<b>332</b>
Гниденко А.С., Морозова А.Н., Овчинка Р.А. ....	333
<b>ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ .....</b>	<b>333</b>
Голованова А.Ю. ....	334
<b>ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ С ПОМОЩЬЮ ТЕСТОВ MMSE, FAB, РИСОВАНИЯ ЧАСОВ И ИНДЕКСА БАРТЕЛА.....</b>	<b>334</b>
Гуйван И.В.....	335
<b>КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ МАЧАДО-ДЖОЗЕФА НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ .....</b>	<b>335</b>
Дрожжин И., Жучкова Ю. ....	336
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТОВ МИДОКАЛМ И БАКЛОФЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОВЫШЕННОГО МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ.....</b>	<b>336</b>
Жила И.И. ....	337
<b>СТАТИНЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Кафедра неврологии №1 .....</b>	<b>337</b>
Журба Е.П. ....	338

<b>ПРОБЛЕМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ .....</b>	<b>338</b>
Зеенко Е.Е. ....	338
<b>ПРИМЕНЕНИЕ РОТАЦИОННЫХ ПРОБ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗДГ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ГИПОЦИРКУЛЯЦИИ В ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЯХ.....</b>	<b>338</b>
Зеленская Е.А. ....	339
<b>СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ .....</b>	<b>339</b>
Иванова О.А., Салега Э.В. ....	341
<b>ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС НА ТЕЧЕНИЕ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ.....</b>	<b>341</b>
Казырод В.В. ....	342
<b>КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНИ ГАЛЛЕРВОРДЕНА-ШПАТЦА .</b>	<b>342</b>
Калюжка В.Ю., Маркевич Н.А. ....	343
<b>ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....</b>	<b>343</b>
Касьянова А. В. ....	344
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ШКАЛЕ SF-36 .....</b>	<b>344</b>
Копитько М.С, Тихонова О.О. ....	345
<b>УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ.....</b>	<b>345</b>
Коровина Л.Д., Шульга А. ....	346
<b>ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ ПРИ ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМИ АНТИПСИХОТИКАМИ .....</b>	<b>346</b>
Кошман С.К. ....	347
<b>ОТДАЛЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АВАРИИ НА ЧАЭС .....</b>	<b>347</b>
Кравченко В.В. ....	348
<b>АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ МИАСТЕНИИ GRAVIS .....</b>	<b>348</b>
Крайниченко В.В. ....	349
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ НА ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ.....</b>	<b>349</b>
Красковская Т.Ю. ....	350
<b>ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ.....</b>	<b>350</b>
Куфгерина Н.С., Турбар Д.С., Хомуленко Е.В. ....	351
<b>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОФАСЦИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ IV КУРСА.....</b>	<b>351</b>
Кучмий Ю.Ю. ....	353
<b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИОРЕЛАКСАНТОВ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ .....</b>	<b>353</b>
Лаевский Б. Ю. ....	354
<b>ЛАМОТРИДЖИН – ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТЫХ АБСАНСОВ У ДЕТЕЙ .</b>	<b>354</b>
Максименко Л.Д. ....	354
<b>ПРИМЕНЕНИЕ ГЛИАЛЬНОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ.....</b>	<b>354</b>
Малько А.А. ....	356
<b>КОРРЕКЦИЯ МНЕСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ .....</b>	<b>356</b>
Марковская Е.В. ....	356
<b>СОДЕРЖАНИЕ АСПАРТАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ И АЛАНИНАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯНОГО СКЛЕРОЗА .....</b>	<b>356</b>
Меламуд К.С. ....	357
<b>ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ .....</b>	<b>357</b>
Молчанюк Д.А., Платинюк О.Б. ....	359
<b>ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПТСР.....</b>	<b>359</b>
<sup>1</sup> Некрасова Н.О., <sup>2</sup> Товажняньська О.І. ....	360

<b>ВПЛИВ КОЛИВАНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ НА ВЕГЕТАТИВНУ РЕАКТИВНІСТЬ У ПІДЛІТКІВ .....</b>	<b>360</b>
<b>Некрасова Н.А., Бортновская В.С.....</b>	<b>361</b>
<b>ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СО СПОНДИЛОГЕННОЙ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ .....</b>	<b>361</b>
<b>Олефир А.С.....</b>	<b>362</b>
<b>КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ КАК ПРОВОЦИРУЮЩИЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ.....</b>	<b>362</b>
<b>Петрук Б.Ю.....</b>	<b>363</b>
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КАК ОСНОВА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ.....</b>	<b>363</b>
<b>Писаренко Г.Н.....</b>	<b>364</b>
<b>СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦЕЙМЕРА.....</b>	<b>364</b>
<b>Плехова О.А., Калюжка В.Ю. ....</b>	<b>365</b>
<b>СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЫХ.....</b>	<b>365</b>
<b>Поликов Г.О. ....</b>	<b>366</b>
<b>ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ....</b>	<b>366</b>
<b>Поляков О.В. ....</b>	<b>368</b>
<b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА ІНСУЛЬТ .....</b>	<b>368</b>
<b>Постолаки М.А.....</b>	<b>369</b>
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ШКАЛАМ EQ-5D .....</b>	<b>369</b>
<b>Samoilova Hanna, Anmalugsi Pius .....</b>	<b>370</b>
<b>CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL INDICATORS IN THE PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS IN THE BACKGROUND OF STRUCTURAL CHANGES IN THE THYMUS.....</b>	<b>370</b>
<b>Ситникова Н. Ю. ....</b>	<b>371</b>
<b>ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ АСТЕНИИ У СТУДЕНТОВ .....</b>	<b>371</b>
<b>Смородская О.Н.....</b>	<b>372</b>
<b>ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПСИХОЭМОЦИОНЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....</b>	<b>372</b>
<b>Соколова Ю.А. ....</b>	<b>372</b>
<b>ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ СТУДЕНТОВ, КОТОРЫХ ПЕРЕВЕЛИ В ХАРЬКОВ .....</b>	<b>372</b>
<b><sup>1</sup>Тверезовская И.И., <sup>2</sup>Тверезовский В.М. ....</b>	<b>374</b>
<b>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФЦИТА ТИРОЗИНГИДРОКСИЛАЗЫ.....</b>	<b>374</b>
<b>Тесленко А.С. ....</b>	<b>375</b>
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ .....</b>	<b>375</b>
<b>Тесленко И.И. ....</b>	<b>376</b>
<b>КОМПЛЕКС СОБСТВЕННОЙ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ .....</b>	<b>376</b>
<b>Тимченко И.И.....</b>	<b>376</b>
<b>КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ кафедра неврологии №1 .....</b>	<b>376</b>
<b>Тригуб Ю.В., Косенко А.М. ....</b>	<b>377</b>
<b>ПЕНТОКСИФИЛЛИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПОЯСНИЧНОЙ РАДИКУЛО-ИШЕМИЕЙ.....</b>	<b>377</b>
<b>Ульванский Д.В .....</b>	<b>378</b>
<b>ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦЕЙМЕРА .....</b>	<b>378</b>
<b>Федорченко С.В. ....</b>	<b>379</b>
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ .....</b>	<b>379</b>
<b>Фельдман Д.А., Михайлов В.Б.....</b>	<b>380</b>
<b>ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ОСІБ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ ЗОНИ АТО .....</b>	<b>380</b>



Хмаин С.....	381
<b>ЗНАЧЕНИЕ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «КАРТИНА В РАМКЕ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ.....</b>	<b>381</b>
Шеремета И.А. ....	381
<b>ВЛИЯНИЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ НА ТЕМПЫ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....</b>	<b>381</b>
Яковенко Ю.И.....	382
<b>ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСОВ УПРАЖНЕНИЙ (КИНЕЗИТЕРАПИЯ) ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ В ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ СЕКМЕНТАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА .....</b>	<b>382</b>
Яремко И. ....	383
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАСТРОЙСТВА БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ .....</b>	<b>383</b>
<b>ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА.....</b>	<b>386</b>
Semenova N., Mayorova M.....	386
<b>REGULARITIES OF INFLUENCE OF A COMPLEX OF FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF PREMATURE INFANTS .....</b>	<b>386</b>
Безручко О. С. ....	387
<b>СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ СЕРЕД ЛІКАРІВ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ М. ХАРКОВА .....</b>	<b>387</b>
Лазаренко К. П. ....	388
<b>ДІАГНОСТИКА ШКІЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПЕРШОКЛАСНИКІВ .....</b>	<b>388</b>
Логвінов Д. І., Лазаренко К. П., Макагонова М. В. ....	389
<b>ПРОФІЛАКТИКА СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМУ.....</b>	<b>389</b>
Семенова Н. В., Повидиш О. С. ....	390
<b>ЗАКОНОМІРНОСТІ ВПЛИВУ КОМПЛЕКСУ ЧИННИКІВ НЕОНАТАЛЬНИХ ВІДДІЛЕНЬ НА РОЗВИТОК НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ .....</b>	<b>390</b>
Літовченко О. Л., Потапов С. Н.....	391
<b>МОРФОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ПОЄДНАНОЇ ДІЇ ФІЗИЧНИХ ЧИННИКІВ НА РЕПРОДУКТИВНУ СИСТЕМУ .....</b>	<b>391</b>
Білера Н. В., Бережна А. В. ....	392
<b>СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ -АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОСТІ.....</b>	<b>392</b>
Кафедра гігієни та екології № 2 .....	392
Саркіс-Іванова В. В., Дзюба В. С. ....	393
<b>ПАТОГЕННІ ВЛАСТИВОСТІ ІСТІВНИХ ГРИБІВ? .....</b>	<b>393</b>
Кателевская Н. Н., Павликова А. А.....	395
<b>АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СТРЕССА У СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ....</b>	<b>395</b>
Амоах Данфул Бріан Ендреу, Резніченко О. Г.....	396
<b>ВПЛИВ УМОВ НАВЧАННЯ НА РОЗУМОВУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВНЗ .....</b>	<b>396</b>
Богачова О. С., Поляков О. В., Писаренко Г. М.....	397
<b>ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ, ЩО ОПАНОВУЮТЬ АГРАРНІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ НА БАЗІ ПРОФЕСІЙНИХ АГРАРНИХ ЛІЦЕЇВ.....</b>	<b>397</b>
Сокольников А. О., Евтушенко В. О.....	398
<b>ЗНАЧЕНИЕ НОЗОКОМИАЛЬНОГО ФАКТОРА В ОЦЕНКЕ ОХРАНИТЕЛЬНО-САНИТАРНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ</b>	<b>398</b>
Красковська Т. Ю., Зінчук А. М., Зінчук О. Г.*, Колісніков Д. А.....	399
<b>ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ ДО ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ РАК ЛЕГЕНІВ.....</b>	<b>399</b>
Мельник К. А., Власенко О. В., Харченко Э. А. ....	400
<b>САНИТАРНОЕ БЛАГОСОСТОЯНИЕ СЛОБОДСКОГО ХАРЬКОВА .....</b>	<b>400</b>
<b>XIX –XXVV.....</b>	<b>400</b>
Экзархова А. А., Подпрядова А. А.....	401
<b>ПАЛІАТИВНА І ХОСПІСНА ПОМОЦЬ В ПРЕДСТАВЛЕННІ СТУДЕНТІВ МЕДИЦИНСКОГО УНІВЕРСИТЕТА .....</b>	<b>401</b>

<b>СТОМАТОЛОГІЯ.....</b>	<b>403</b>
<b>Mikulinska- Rudich Y. N., Mys V.O.,.....</b>	<b>403</b>
<b>THE TREATMENT OF PRIMARY TEETH IN CHILDREN BY SELF- CURE RESTORATION MATERIAL RIVA SELF CURE USE ART- TECHNICS .....</b>	<b>403</b>
<b>Movchan O.....</b>	<b>404</b>
<b>COMPARATIVE ANALYZE QUALITY AND QUALIMETRIC EVALUATION OF ADHESIVES MATERIALS TO IMPROVE FOR THE FIXATION OF THE REMOVABLE DENTURES .....</b>	<b>404</b>
<b>Vakula A., Kishkan A, Steblianko A. ....</b>	<b>405</b>
<b>CONDITION OF PERIODONTIUM TISSUES DEPENDING ON PREVENTIVE ACTIVITIES... 405</b>	<b>405</b>
<b>Volchenko N.V., Garbuz O.....</b>	<b>406</b>
<b>PERIODONTAL TISSUE IN 11-YEAR OLD SCHOOLCHILDREN WITH DIFFERENT EDUCATION LOAD .....</b>	<b>406</b>
<b>Zhdanova N.O., Volkova O.S., Dolya E.I. ....</b>	<b>407</b>
<b>EVALUATION OF EFFECTIVENESS DRUGS FOR TEMPORARY ROOT FILLING IN THE TREATMENT OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS USING PERIAPICAL INDEX....</b>	<b>407</b>
<b>Богаты С.І. ....</b>	<b>408</b>
<b>САНАЦІЯ ПОРОЖНИНИ РОТА ЯК НЕОБХІДНА УМОВА ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ (ДПК), АСОЦІЙОВАНИХ З HELICOBACTER PYLORI (HP).....</b>	<b>408</b>
<b>Вакула А.Ю., Демидова П.И.....</b>	<b>409</b>
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕСЕНСИТАЙЗЕРОВ BIOREPAIR DESENSITIZING ENAMEL REPAIR TREATMENT И GC MI TOOTH MOUSSE У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ГИПЕРЕСТЕЗИЕЙ ...</b>	<b>409</b>
<b>Вишнинецкая А.В.....</b>	<b>410</b>
<b>РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОЛОСТИ РТА ....</b>	<b>410</b>
<b>Волошан А.А.....</b>	<b>411</b>
<b>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОДОНТОГЕННЫМ ДИФФУЗНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....</b>	<b>411</b>
<b>Днестранский В. И.....</b>	<b>412</b>
<b>КАЧЕСТВЕННАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПОСЛЕ ЭНДОФТОРИРОВАНИЯ И УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОБРАБОТКИ.....</b>	<b>412</b>
<b>Дорош Н.С., Палий Е.В.....</b>	<b>413</b>
<b>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА КУРИЛЬЩИКОВ.....</b>	<b>413</b>
<b>Єліссєва О.В.....</b>	<b>414</b>
<b>СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ .....</b>	<b>414</b>
<b>Зубко Е.С., Зиненко А.В.....</b>	<b>415</b>
<b>ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ВИТАЛЬНОГО ОКРАШИВАНИЯ НА ЭТАПЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА У ПАЦИЕНТОВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА .....</b>	<b>415</b>
<b>Кривенко Л.С. ....</b>	<b>416</b>
<b>ГІГІЄНІЧНИЙ ТА ПАРОДОНТАЛЬНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ .....</b>	<b>416</b>
<b>Олейник Н.А.....</b>	<b>417</b>
<b>БОЛЕЗНЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ.....</b>	<b>417</b>
<b>Сідорова О.В., Янішен І.В. ....</b>	<b>418</b>
<b>КЛІНІКО-ТЕХНОЛОГІЧНА ЯКІСТЬ ДОПОМІЖНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО МАТЕРІАЛУ ГПСУ: ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ФІЗИКО-МЕХАНІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ .....</b>	<b>418</b>
<b>Стеблянюк А.А.....</b>	<b>420</b>
<b>ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРИОСТИТА. ....</b>	<b>420</b>
<b>Сухіна І. С. ....</b>	<b>421</b>
<b>ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ МУКОЗИТУ ПОРОЖНИНИ РОТА У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ .....</b>	<b>421</b>
<b>Тищенко А.В., Славич А. В., Кишкань А.А., Лагута В.А. ....</b>	<b>422</b>
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ГЕЛЯ НА РАСТИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ. .</b>	<b>422</b>

Федотова Е. Л. ....	423
<b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИКО-МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ АКРИЛОВЫХ ПЛАСТМАСС ХОЛОДНОЙ ПОЛИМЕРИЗАЦИИ.....</b>	<b>423</b>
Яковлева Д. Ю. ....	424
<b>ПАРАЗИТАРНЫЕ ИНВАЗИИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....</b>	<b>424</b>
<b>СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТРАНІ НАУКИ.....</b>	<b>426</b>
Алехина А.М. ....	426
<b>ЛЕГАЛИЗАЦИЯ ЭВТАНАЗИИ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ.....</b>	<b>426</b>
Альков В. А. ....	426
<b>ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНИХ ДО МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ ХАРКІВСЬКОЇ ГУБЕРНІЇ НА ПОЧАТКУ ПЕРШОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ.....</b>	<b>426</b>
Гаврилова Т. С., Немцева М. О. ....	428
<b>СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕТЕРМИНАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ.....</b>	<b>428</b>
Гайворонська В.О.....	429
<b>АБОРТ ЯК СОЦІАЛЬНО-ФІЛОСОФСЬКА ПРОБЛЕМА.....</b>	<b>429</b>
Грищенко Д. ....	430
<b>ТРАНСПЛАНТАЦИЯ И ЕЕ ПРОБЛЕМЫ ЧЕРЕЗ ТЫСЯЧУ ЛЕТ.....</b>	<b>430</b>
Гудевич Антон.....	431
<b>АБОРТ: ПРЕСТУПЛЕНИЕ ИЛИ МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА?.....</b>	<b>431</b>
<b>ПРОПАГАНДА МЕДИЧНИХ ЗНАНЬ У ХАРКОВІ ТА ОБЛАСТІВ СЕРЕДИНІ 50-Х РР. ХХ СТ. ....</b>	<b>432</b>
Диасамидзе М. Э., Хмызова Д. С. ....	433
<b>МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА – ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ.....</b>	<b>433</b>
Дідова Т.В.....	434
<b>СТАТЕВИЙ ТА ГЕНДЕРНИЙ ПІДХОДИ У МЕДИЦИНІ.....</b>	<b>434</b>
Зварыч К. и Журавлев Е. ....	435
<b>3D-ПРИНТЕР КАК БУДУЩЕЕ МЕДИЦИНЫ.....</b>	<b>435</b>
Чан Линда, Ивлева А.О.....	436
<b>3D ПЕЧАТЬ ОРГАНОВ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВА.....</b>	<b>436</b>
Ільїн В. Г., Гончаренко А. А., Шевякова О. М. ....	437
<b>МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС.....</b>	<b>437</b>
Глебова О. и Слободян А.....	438
<b>СОВРЕМЕННЫЙ БИОТЕХНОЛОГИИ В ЗДОРОВЬЕ: ЗА И ПРОТИВ.....</b>	<b>438</b>
Научный руководитель – канд.социол. наук, доц. Ю.С. Седая.....	438
Кордюмова А. ....	440
<b>ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ АБОРТ ПРЕСТУПЛЕНИЕМ?.....</b>	<b>440</b>
Кромский П. , Умрихина А.....	441
<b>ВЗАИМОСВЯЗЬ ФИЛОСОФИИ И МЕДИЦИНЫ КАК ФЕНОМЕН КУЛЬТУРЫ.....</b>	<b>441</b>
Могрицкая В.М.....	442
<b>АБОРТ КАК МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКАЯ И ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА.....</b>	<b>442</b>
Набок Т.А. ....	443
<b>СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ НАСЛІДКИ ВПЛИВУ МОДИ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ.....</b>	<b>443</b>
Насонова Л. И.....	444
<b>СКАЗКОТЕРАПИЯ В ПОЛЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.....</b>	<b>444</b>
Обыхвост А. А. ....	445
<b>ЭТИКА ВЛАСТИ.....</b>	<b>445</b>
Олех А. ....	446
<b>СОЦИАЛЬНЫЕ И ДУХОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДУШЕВНОГО ЗДОРОВЬЯ.....</b>	<b>446</b>
Пересада Г.....	447
<b>ПРАВО НА СМЕРТЬ: ФІЛОСОФСЬКИЙ ТА БІОЕТИЧНИЙ АСПЕКТИ.....</b>	<b>447</b>
Петросян Т. А. ....	448
<b>НУЖНА ЛИ ПРИНУДИТЕЛЬНАЯ СДАЧА КРОВИ.....</b>	<b>448</b>
<b>ФІЛОСОФСЬКЕ ОСМИСЛЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЕВТАНАЗІЇ.....</b>	<b>449</b>
Подус И. А.....	450

<b>ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЕЙШИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЭВТАНАЗИЯ КАК КРАЙНЯЯ МЕРА</b> .....	450
Научный руководитель – асист. Насонова Л.І. ....	450
Самченко К.В. ....	451
<b>НОВЫЙ АЛГОРИТМ НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ</b> .....	451
<b>ПРАЦЯ М. С. БОКАРИУСА НА СУСПІЛЬНІЙ НИВІ У ПЕРІОД ПЕРШОЇ СВІТОВОЇ ВІЙНИ (1914 – 1918 РР.)</b> .....	452
Татаренко А. В. ....	453
<b>ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕСТИРОВАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВ НА БЕЗНАДЕЖНО БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТАХ</b> .....	453
Теззу Иман , Муссауи Нур Эль Худа .....	454
<b>МЕТОДИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ</b> .....	454
Трегубенко А.Р. ....	454
<b>ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЩЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА КАК ГАРАНТ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</b> .....	454
Третьякова Е. А. ....	455
<b>ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЭГОИЗМ</b> .....	455
Харина М. А. ....	456
<b>ЕВГЕНИКА: СЕЛЕКЦИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РОДА</b> .....	456
Чемадур В.Ю., Каминская В.Ю. ....	457
<b>АНАЛИЗ НОВАТОРСТВ В ОБЛАСТИ РЕГЕНЕРАЦИИ</b> .....	457
Шейко А. О. ....	458
<b>ПРОБЛЕМА ПСИХІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ</b> .....	458
Шелег А. В. ....	460
<b>ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ЕМБРІОНАЛЬНИХ СТОББУРОВИХ КЛІТИН</b> .....	460
<b>МОВА. КУЛЬТУРА. СОЦІУМ</b> .....	461
Grebenyuk J.O. ....	461
<b>DYSBIOTIC EFFECTS AMONG THE CHILDREN IN THE FIRST YEARS OF LIFE</b> .....	461
Kololotov A.V. ....	462
<b>LED EFFECTS ON E.COLI AVILITY TO FORM BIOFILMS AND ON PHAGOCYTIC ACTIVITY OF NEUTROPHILS WITH NETS PRODUCTION IN EXPERIMENTAL LOCALIZED PYOINFLAMMATORY PROCESSES</b> .....	462
Kozka V.S. ....	463
<b>THE IMPLANTS IN CURRENT DENTISTRY</b> .....	463
Kulik E.S. ....	464
<b>EATING AND BODY DYSMORPHIC DISORDERS</b> .....	464
Olkhowska S.V. ....	465
<b>MYOCARDIAL INFARCTION IN THE MODERN WORLD CONDITIONS</b> .....	465
Smirnova V.I. ....	466
<b>TULPA AS A PHENOMENON</b> .....	466
Vaschenko N. V. ....	467
<b>INFLUENCE OF CHARACTER ON DISEASES</b> .....	467
Александрович Э. П. ....	468
<b>МЕТАФОРИ АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ</b> .....	468
Артеменко М.Є. ....	469
<b>МІФОЛОГІЧНА КАРТИНА СВІТУ В БОТАНІЧНІЙ НОМЕНКЛАТУРІ</b> .....	469
Атаханов Расулбек .....	470
<b>ИЗУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ-НОМИНАТИВОВ</b> .....	470
Иванова А. О. ....	471
<b>МЕТАФОРИ НАЗВ ЗНАРЯДЬ ТА СПОРЯДЖЕННЯ ВОЇНІВ В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ</b> .....	471
Каримли Матанат .....	472
<b>ИСКУССТВО В КОНТЕКСТЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ</b> .....	472
Ковалева М.С. ....	473
<b>ЗООНИМЫ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ</b> .....	473

Комаров Д. А. ....	474
ЭТИМОЛОГИЯ НОМИНАЦИИ ЗУБНОГО РЯДА В ЛАТИНСКОМ, АНГЛИЙСКОМ, НЕМЕЦКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ .....	474
Кулікова І.І. ....	475
КУЛЬТУРА МОВИ В УНІВЕРСИТЕТІ.....	475
Лазоренко К. М. ....	476
ИЗ ОПЫТА СРАВНЕНИЯ ЛАТИНСКОЙ И РУССКОЙ БОТАНИЧЕСКИХ НОМЕНКЛАТУР .....	476
Махасва А. В. ....	477
ЕТИМОЛОГІЯ НАЗВ ХІМІЧНИХ ЕЛЕМЕНТІВ.....	477
Мохаммед Исмаил Сйед Али, ЧаудхариБиджай .....	478
ВЕЖЛИВЫЕ ФОРМЫ ОБРАЩЕНИЯ В РАЗНЫХ ЯЗЫКАХ .....	478
Нгуен Хюи.....	479
ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНОГО НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	479
ВЬЕТНАМСКИХ СТУДЕНТОВ ВРАЗНЫХ СФЕРАХ ОБЩЕНИЯ.....	479
Некрасова Л.В. ....	480
МЕТАФОРЫ В ОСТЕОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ .....	480
Нестеренко А. К. ....	481
МОВНІ ОСОБЛИВОСТІ У ПРОФЕСІЙНОМУ СПІЛКУВАННІ МЕДИКІВ .....	481
Обыхвост А. А. ....	482
ЭТИМОЛОГИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ ТЕРМИНОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ.....	482
Приходько Ю.О. ....	483
ЕТИМОЛОГІЯ НАЗВ КІСТОК ЧЕРЕПА. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЛАТИНСЬКИХ ТА УКРАЇНСЬКИХ ТЕРМІНІВ .....	483
Радомиартсон Джосинот .....	484
НРАВСТВЕННЫЕ ЦЕННОСТИ В СКАЗКАХ НАРОДА МАЛЬГАШИ: КРОССКУЛЬТУРНЫЙ АНАЛИЗ.....	484
Сілант'єва Є. Ю. ....	485
ДЕМІНУТИВИ В АНАТОМІЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....	485
Сухарева Л. П. ....	486
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБРАЗОВАНИЯ ТРИВИАЛЬНЫХ НАЗВАНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ. ....	486
Хэдрих Денис .....	488
РУСИЗМЫ В СЛОВАРНОМ ЗАПАСЕ НОСИТЕЛЕЙ НЕМЕЦКОГО ЯЗЫКА .....	488
Чобаноглу Синан .....	489
НАЦИОНАЛЬНО-КУЛЬТУРНАЯ СПЕЦИФИКА ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ.....	489
Шеддани Яссин .....	490
РОЛЬ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОК В ИЗУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ .....	490
Шичкіна А. С.....	491
ЛАНДШАФТНА МЕТАФОРА В ЛАТИНСЬКІЙ МЕДИЧНІЙ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....	491