

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет



МХІСТ

ВИПУСК 15

Всеукраїнський
медичний
журнал
МОЛОДИХ
ВЧЕНИХ



Чернівці 2013

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених

ХИСТ

2013, випуск 15

Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених
Заснований у 2000 році

Головний редактор

д. мед. н., проф. Т. М. Бойчук

Заступник головного редактора

к. мед. н., доц. О.А. Тюленєва

Відповідальні секретарі:

А.М. Барбе,

І.В. Кривецький,

д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,

д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,

д. мед. н., проф. В.К. Тащук,

д. мед. н., проф. О.І. Федів,

д. мед. н., проф. О.С. Федорук,

д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,

д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,

к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. **E-mail:** snt@bsmu.edu.ua

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://snt.bsmu.edu.ua/>

Чернівці, 2013

Редакційна рада:

Ю.І. Бажора (Одеса)

О.А. Андрієць (Чернівці)

Ю.Т. Ахтемійчук (Чернівці)

О.О. Мойбенко (Київ)

В.Ф. Сагач (Київ)

О.І. Іващук (Чернівці)

В.К. Тащук (Чернівці)

Науковий редактор:

к. мед. н., доц. О.А. Тюленєва

Рецензенти та коректори:

Білоус Т.М.

Ватаманеску Л.І.

Войткевич Н.І.

Гарас М.Н.

Лєньков О.М.

Пасевич С.П.

Присяжнюк В.П.

Сливка Н.О.

Унгурян А.В.

Філіпець О.О.

Чимпой К.А.

Дизайн сторінок та верстка – Барбе А.М.

Дизайн обкладинки - Кривецький І.В.

Матеріали друкуються українською, російською та англійською мовами.

Рукописи рецензуються. Редколегія залишає за собою право редагування.

Передрук можливий за письмової згоди редколегії.

*Видається згідно з постановою Вченої ради
Буковинського державного медичного університету*

Свідоцтво про державну реєстрацію: серія KB №392

© «Хист», **Всеукраїнський медичний журнал студентів і молодих вчених.** - 2013, вип. 15.

© «Хыст», **Всеукраинский медицинский журнал студентов и молодых ученых.** - 2013, вып. 15.

© «Нyst», **The Ukrainian Student Medical Journal.** - 2013, №15.



**Шановні учасники та гості X Ювілейної міжнародної
медико-фармацевтичної конференції студентів і молодих вчених!**

Традиційно вже десятий рік Буковинський державний медичний університет виступає організатором перспективного наукового форуму, який об'єднує молодих науковців – однодумців з України, Росії, Білорусі, Узбекистану, Молдови, Румунії, Польщі, Чехії, Німеччини, Франції.

Наша конференція з 2003 року пройшла довгий шлях від звичайного щорічного форуму студентів та молодих вчених університету, спочатку до всеукраїнської наукової студентської конференції з міжнародною участю, а з 2004 року набула статусу міжнародної. У 2009 році конференція вперше включена до Реєстру наукових з'їздів, конгресів, симпозіумів і науково-практичних конференцій, затвердженого МОЗ і НАМН України.

Щорічно зростає кількість учасників нашої конференції, - це є свідченням того, що молоді, наполегливі, активні науковці об'єднані спільною метою – поділитися своїми науковими і творчими досягненнями, задумами, а також прагнути нових звершень та здобутків у медичній і фармацевтичній галузях медицини для збереження й зростання авторитету лікарів і провізорів у суспільстві.

Перекоаний, що саме від Вас, дорогі студенти, молоді вчені, залежить майбутнє медицини – наразі ваші ідеї щодо розвитку медичної науки є особливо цікавими і важливими. Підтримка та сприяння праці молодих науковців є одним з пріоритетних напрямків роботи нашого Університету, саме тому за останні десять років наш форум став традиційним місцем Вашої зустрічі – унікальної можливості зібратися разом, обмінятися досвідом та апробувати свої теоретичні напрацювання з метою становлення як дослідників медичної і фармацевтичної науки.

Щиро бажаю Вам найкращих вражень від роботи конференції, натхнення до наукових звершень, відкриттів, нових конструктивних рішень. Гордо несіть звання медика-науковця та втілюйте у реальність свої творчі задуми.

Головний редактор, професор Т.М. Бойчук



Уважаемые участники и гости X Юбилейной международной медико-фармацевтической конференции студентов и молодых ученых!

Традиционно уже десятый год Буковинский государственный медицинский университет выступает организатором перспективного научного форума, который объединяет молодых ученых - единомышленников из Украины, России, Беларуси, Узбекистана, Молдовы, Румынии, Польши, Чехии, Германии, Франции.

Наша конференция с 2003 года прошла долгий путь от обычного ежегодного форума студентов и молодых ученых университета, сначала к всеукраинской научной студенческой конференции с международным участием, а с 2004 года получила статус международной. В 2009 году конференция впервые включена в Реестр научных съездов, конгрессов, симпозиумов и научно-практических конференций, утвержденного МОЗ и НАМН Украины.

Ежегодно растет число участников нашей конференции, - это свидетельство того, что молодые, настойчивые, активные ученые объединены общей целью - поделиться своими научными и творческими достижениями, замыслами, а также стремиться к новым свершениям и достижениям в медицинской и фармацевтической отраслях медицины для сохранения и роста авторитета врачей и провизоров в обществе.

Убежден, что именно от вас, дорогие студенты, молодые ученые, зависит будущее медицины - ваши идеи развития медицинской науки особенно интересны и важны. Поддержка и содействие труду молодых ученых является одним из приоритетных направлений работы нашего Университета, именно поэтому за последние десять лет наш форум стал традиционным местом Вашей встречи - уникальной возможности собраться вместе, обменяться опытом и апробировать свои теоретические наработки с целью становления как исследователей медицинской и фармацевтической науки.

Искренне желаю Вам наилучших впечатлений от работы конференции, вдохновения к научным свершениям, открытий, новых конструктивных решений. Гордо несите звание медика-ученого и воплощайте в реальность свои творческие замыслы.

Главный редактор, профессор Т.Н. Бойчук

Dear participants and guests of the X international conference of medical-pharmaceutical students and young scientists!

For the tenth consecutive year Bukovinian State Medical University is the organizer and host of a perspective scientific forum that brings together young, like-minded scientists from Ukraine, Russia, Belarus, Uzbekistan, Moldova, Romania, Poland, Czech Republic, Germany, France. It is an indicative fact that young, persistent, active researchers are united by a common purpose - to share their academic and creative achievements, plans, and seek to new achievements in medical and pharmaceutical fields of medicine to maintain and increase the prestige of physicians and pharmacists in society.

Since 2003, the Conference has transformed from an ordinary annual forum of students and young scientists of the University to All-Ukrainian Scientific Students' Conference with international participation and to International Conference. In 2009 the Conference was first included into the Register of Scientific conferences, congresses, sumposia and scientific-practical conferences, adopted by the Ministry of Public Health of Ukraine and the National Academy of Medical Science.

From year to year the numbers of participants has been growing. It is indicative of that intelligent people, creative potential, accomplishments, and aspirations of young researchers. I am convinced that the future of medicine in general depends on you, dear students, young scientists. Support and promotion of young scientists is one of the main priorities of our University, that is why for the last nine years our forum has become a traditional place of meeting, a unique opportunity to come together, share experiences and to test theoretical results to further development of medical and pharmaceutical science.

I sincerely wish you, a young modern scientific elite, to get the best possible impressions of the Conference and inspiration for new discoveries and scientific achievements. Carry the title of medical scientist with proud and let your dreams and ideas come true.

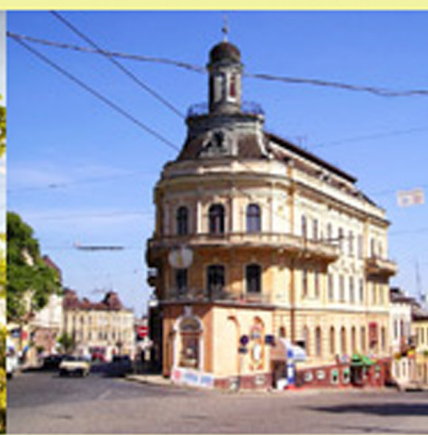
Editor-in-Chief, Professor T.M. Boychuk



**Матеріали
X міжнародної
медико-фармацевтичної конференції
студентів і молодих вчених**

**Материалы
X международной
медико-фармацевтической конференции
студентов и молодых учёных**

**Abstract Book
of 10th International Medical Conference
for Students and Young Scientists**





Акушерство та гінекологія



Bakun O., Aydid N.

PECULIARITIES IN THE COURSE OF POSTNATAL PERIOD IN WOMEN WITH HYPOGALACTIA

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of obstetric and gynecology with the course of junior gynecology

(scientific advisor - PhD Bakun O.)

Introduction. Rational nutrition means, first of all, feeding infants during the first year of their lives with mother's breast milk.

The aim of this work was to study special features of clinical course of postnatal period in women with hypogalactia.

Material and methods of the study. 60 women in childbirth have been examined who were divided into two groups: I main group – 30 women with a decreased lactational function. II – control group – 30 women in childbirth with a preserved lactational function. S.N. Gaidukov's classification has been used to evaluate the degree of insufficiency of lactational function (1999). Anamnesis data, extragenital diseases, complications in the course of pregnancy, labor and postnatal period were taken into account at making a diagnosis of oligogalactia function. Statistical processing of the

data was performed on a personal computer IBM by means of statistical programme EXCEL making use of variational statistical methods. Authenticity of special features was established by means of Student's t-criteria. Differences of indices were regarded authentic at value of $p < 0,05$.

Results of the study and discussion. At the age examination it was determined that the majority of women in childbirth were from 19 till 30: in the main group – 25 (83,3%), in the control – 21 (70%) ($p > 0,05$).

An uncomplicated course of postnatal period was registered significantly more seldom in the main group of lying-in women – in 4 (13,3%) ($p < 0,05$) than in the control group – in 16 (53,3%). A normal course of postnatal period in the main group was observed in 4 women (13,3%) in the control – in 16 (53,3%).

Bakun O., Dixit A.

USAGE PHYTOMEDICATIONS IN WOMEN WITH HYPOGALACTIA

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of obstetric and gynecology with the course of junior gynecology

(scientific advisor - PhD Bakun O.)

Introduction. Rational nutrition means, first of all, feeding infants during the first year of their lives with mother's breast milk. Among numerous problems of breast feeding the most frequent one is mother's complaint of not having sufficient amount of milk.

The aim of this work was to study special features of clinical course of postnatal period and investigate the effect of "Shirafza" phytomedication on lactation in women in childbirth with a decreased lactational function.

Materials and methods. 60 women in childbirth have been examined who were divided into two groups: I main group – 30 women with a decreased lactational function. II – control group – 30 women in childbirth with a preserved lactational function. Lactational function in women was evaluated on the fourth-fifth day of postnatal period on the basis of clinical examinations of the woman in childbirth, day amount of milk that is produced, food supplements of mixtures to the infant's feeding and indices of weight loss and its restoration during first four-five days after birth. Normal lactation was regarded a condition without food supplements, when maximum weight loss

was no more than 6%, restoration of initial weight no less than 95% during early neonatal period.

Results of the study and discussion. The formation of lactation during first 5 days after labor is influenced by the woman's somatic health condition, her obstetrical-gynecologist status, obstetrical complications which were registered more frequently in women from the main group that's why we have suggested recovery of lactational function in this group of patients by means of "Shirafza" phytomedication, stimulates all stages of lactation, prevents problems of overweight in feedings mothers and rise of glucose level in blood. Shirafza effect is conditioned by herbs in its composition. The preparation was taken by women from the main group because they complained mostly of insufficient milk production. The preparation was taken from the 4-th day of postnatal period by 1 capsule three times a day. 25 women-in labor (83,3%) were marked down to increase the volume of milk on the 5-6th day of the intakes as well as to improve milk quality which manifested in itself in the absence of dry "swaddling clothes" syndrome, the baby was actively sucking mother's breast.

Hristiana C.

RISK APPROACH IN EMBRYO-FETAL MALFORMATIONS

State University of Medicine and Pharmacy «N. Testemitanu», Chisinau, Republic of Moldova
Department of Obstetrics and Gynecology
(scientific advisor - PhD Valentin F.)

The purpose of the study was devoted to literature review on embryo-fetal malformations risk assessment.

Material and Methods: The literature was selected from 2010 to 2012 in MEDLINE using the terms: embryo-fetal malformations, combined approach.

Results and discussion: according to the data of Wald NJ et al. (2010) screening in the second quarter of pregnancy (15–20 weeks) based on triple test (β subunit of chorionic gonadotropin, α -fetoprotein, free estriol) detected up to 67% of affected pregnancies with a rate of 5% false positive. K. Spencer and colleagues (2010) evaluated the importance of serum markers in the detection of aneuploidy: pregnancy associated plasma protein A and Ozturk M. et al. – the human free β gonadotrophin fraction.

Advances in ultrasound imaging have made possible the first trimester diagnosis of anomalies like anencephaly, holoprosencephalia, cephalocele, omphalocele, megacystis, embryonic limb reduction malformations according to research that can be detected or suspected. The clinical study on a

representative number of 96 127 women in the United Kingdom by KH Nicolaides and colleagues (2011) revealed that an ultrasound performed between 11,1 and 13,6 weeks, contributing to prenatal diagnosis by measuring the nuchal translucency and detect structural abnormalities, which can be diagnosed in the first quarter.

Longitudinal and multicenter studies have concluded the relevant importance of combined investigation of nuchal translucency estimate and serum markers in the first quarter, which ensures the 87% detection of embryo-fetal malformations. Based on this methodology, the clinical studies of Spencer K. et al.(2012), conducted in association with chromosomal profile showed superiority in the processing of global risk and decrease the number of invasive manipulations.

Conclusions. The current approach to embryo-fetal malformations risk indicates the massive incorporation of the pregnant women in a noninvasive screening. This allows selecting high risk group and cytogenetic prenatal diagnosis recommendation promptly.

Mor V.R.

MODERN ASPECTS OF THE INFERTILITY PROBLEM

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
Department of obstetric and gynecology with the course of junior gynecology
(scientific advisor - PhD Karliychuk E.S.)

Infertility – definition of infertility varies, with demographers tending to define infertility as childlessness in a population of women of reproductive age. It primarily refers to biological inability of a person to contribute to conception after having unsafe regular coitus for 1 year. Primary infertility: couple have never been able to conceive. Secondary infertility: it is difficulty conceiving after already having conceived (either carrying the pregnancy to term or had miscarriage.) Specific female causes: ovulation problems (for e.g. PCOD) (10%); tubal blockage (25–30%); PID(10%); maternal age; fibroid, synechiae, TB (10%); cervical factors (5%); previous tubal ligation; endometriosis. Specific male causes: low semen quantity (normal is 3–5ml); low sperm count (average is 60 to 100 million per ml); immotile sperm i.e. primary ciliary dyskinesia; duct obstruction, surgical trauma; disorder of sperms and vesicular fluid; psychological factors and environmental factors such as smoking.

Treatment depends on the cause of infertility, but may include counselling, fertility treatments, which include in vitro fertilization. At home conception kit: this device allows sperms to be placed directly on the cervical os. This is helpful in cases of low sperm

count. Medical treatment: clomiphene citrate is the most commonly used oral medication by women with ovulation problems. Other medications such as: human menopausal gonadotropin, follicle stimulating hormone analogs, aromatase inhibitor, metformin. Assisted reproductive technology includes a group of procedures that have in common the handling of oocytes and embryos outside of the body. The gametes and embryos are replaced back in the body to establish pregnancy. It refers to any fertility treatment in which the gametes (sperms and eggs) are manipulated. Types of ART procedures in practice: In-vitro fertilization (IVF): fertilization of the oocytes in the laboratory, embryo than cultured for 3–5 days followed by subsequent transfer. Gamete intrafallopian transfer (GIFT):transfer of mixture of unfertilized egg with sperm into F.T. Zygote intrafallopian transfer (ZIFT): day 1 fertilized egg into fallopian tube: intracytoplasmic sperm injection, ovum donation, surrogacy, cryopreservation of ova and sperm is the one big step forward in the field of infertility. It also permits donation of eggs as well as sperms to couples whose husband is azoospermic or wife is incapable of ovulation.



Obro-Adibo N.A.

ILLEGAL ABORTION IN GHANA

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
Department of obstetric and gynecology with the course of junior gynecology
(scientific advisor - PhD Karlychuk E.S.)

Abortion is the termination of pregnancy before viability that's the gestational age at which the fetus is capable of surviving as an independent entity.

The problem of illegal abortion in Ghana remains a public health problem and might remain essentially unchanged as long as our current social attitudes, foremost among which is our refusal to speak let alone educate the general public about it.

The objective of this presentation is to air the problem and its extensive ramification in the belief that bringing it into the open is a prerequisite to solution.

Furthermore to reveal the dangers and consequence of illegal abortion which in most cases result in mortality.

It is apparent that abortion is part of our social morals although society steadfastly refuses to acknowledge this to be so. The taboo that is discernable surrounding illegal abortion is concerned more with talking about it than the actual at itself.

It would appear that there is a rather direct derivation of attitudes concerning abortion from the prevailing attitudes towards sex in general. As an example one might examine the position of

masturbation in our culture and society at large. No one would deny its prevalence neither the powerful silence about it.

Difficult as it is to accumulate statistics on the subject surprising similarity has been noted in various studies made within the past 30 years in Ghana and we are to accept the general trend observed we must consider the possibility that more than one million abortions would be done in Ghana in 1960-1970s and if we use Fisher's mortality estimate more than 5,000 women may die as direct result.

In conclusion laws on abortion should be clarified and strengthened. Education about illegal abortion consequence should be high lightening.

More opportunities should be made available to women and the girl child promoted and encouraged. Preventive measures such as the various family planning methods should be outlined and education about it should be re-emphasized. These methods include: 1) Natural contraception or fertility awareness. 2) Hormonal contraceptive. 3) Barrier contraceptives. 4) Intrauterine contraceptive device (IUCDs). 5) Sterilization method. Depo provera remains the most preferred method in Ghana.

Yuzko V.

POSSIBILITIES OF USAGE OF THE AUXILIARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN WOMEN IN LATE REPRODUCTIVE AGE WITH INFERTILITY

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
Department of Obstetrics and Gynecology
(scientific advisor - PhD Berbets A.)

Introduction. The reproductive potential dramatically reduces in women after age of 38. This period of woman's life is characterized as "late reproductive age" and is accompanied by low capability for fertilization and pregnancy.

Purpose: To evaluate the effectiveness of usage of methods of auxiliary reproductive technologies in the treatment of infertility in women in late reproductive age.

Materials and methods. 39 women with infertility aged from 35 to 45 years underwent clinical and gynecological examination. In order to determine ovarian reserve the following indices were examined: 1) levels of follicle-stimulating hormone, anti-Müllerian hormone, luteinizing hormone, estradiol at the 2nd - 3rd days of the menstrual cycle, 2) ultrasound parameters of ovaries at early days of menstrual cycle: volume of the ovaries and number of antral follicles. The IVF program has been performed in all patients. Induction of superovulation was carried out in 30 patients: 10 patients (1st group) using long protocol with agonists of gonadotropin-releasing hormone, 20 patients (2nd group) - using short protocol with antagonists of gonadotropin-releasing hormone. In 9 patients (3rd group) IVF program was carried

out using donor oocytes obtained from young women under 35 years.

The results of the study. The dependence of the results of treatment from the parameters of ovarian reserve of the patients has been demonstrated. The 1st group of women has been considered as "promising" to give their own oocytes, meanwhile pregnancy occurrence rate was not more than 15%. The 2nd group has been considered as "conditionally promising", as 7 women (35%) showed growth of follicles and oocytes of good quality were obtained; although the pregnancy occurrence rate was only 5%. In 13 patients (65%) ovaries did not give any respond to the induction of ovulation, or derived oocytes were unsuitable for fertilization. Therefore, 33.5% of patients in late reproductive age should be advised to use the donor oocytes, as the pregnancy occurrence rate is 2 times higher than even in "promising" patients with use of their own oocytes (23.3% and 14.7% respectively).

Conclusions. The set of parameters of ovarian reserve determines the reproductive potential of woman and can be considered as a predictor of possible pregnancy occurrence in IVF cycles in patients with use of their own oocytes.

Антонян М.И.

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРИЧИНА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ЭКО

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Кафедра акушерства и гинекологии
(научный руководитель - Антонян М.И.)

Течение беременности, полученной в результате использования экстракорпорального оплодотворения с переносом эмбриона (ЭКО-ПЭ), сопровождается высокой частотой осложнений, на первом месте среди которых находится невынашивание.

Целью работы. Определение роли эндотелиальной дисфункции в развитии невынашивания беременности после ЭКО-ПЭ и поиск новых методов профилактики.

Материал и методы. Обследовано 102 беременных, из них 72 женщины, у которых беременность была получена после использования ЭКО-ПЭ, и 30 женщин со спонтанно наступившей беременностью и не имевших признаков угрозы прерывания беременности (контрольная группа). Беременные после ЭКО были разделены на 2 клинические группы (основную и сравнения). В основную группу вошли 36 женщин, которым для профилактики осложнений беременности дополнительно применялись озонотерапия в сочетании с иммунокоректором полиоксидонием. Группу сравнения составили 36 беременных, получавшие стандартную методику ведения беременности после ЭКО.

Результаты исследования. Выяснено, что через

10-12 дней после переноса эмбриона у женщин, которые в дальнейшем имели признаки угрожающего аборта, отмечалось снижение уровня ХГЧ и эстрадиола ($P < 0,05$). В иммунограмме выявлено изменение общего количества Т-лимфоцитов (СД3+), Т-хелперов (СД4+) и Т-супрессоров (СД8+)($P < 0,05$). При изучении эндотелиинового статуса было выявлено: СЭФР в среднем составил $596,7 \pm 36,3$ пкг/мл, эндотелин-1 - $18,2 \pm 3,5$ нг/мл, нитриты - $0,79 \pm 0,04$ мкмоль/л, нитраты и нитриты - $28,1 \pm 3,6$ мкмоль/л ($P < 0,05$).

После проведенного лечения симптомы угрожающего аборта наблюдались у 9 (25%) беременных основной группы и 30 (83,3%) женщин группы сравнения ($P < 0,05$), о чем свидетельствуют результаты клинического и ультразвукового исследования (отсутствие сегментарных сокращений миометрия, ретрохориальной гематомы, несоответствие срока беременности и др).

Выводы. Применение озонотерапии в комплексе с иммунокоректорами для профилактики невынашивания беременности после ЭКО способствует оптимизации течения гестационного процесса за счет нормализации иммунно-эндотелиальных факторов.

Антофійчук Т.М.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО КАНДИДОМІКОЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Карлійчук Є.С.)

Урогенітальний кандидомікоз (УК) займає одне з провідних місць в структурі акушерсько-гінекологічної захворюваності і зустрічається практично у всіх вікових групах. УК не є інфекцією, що передається статевим шляхом, проте може свідчити про зміни гормонального статусу та зниження імунного захисту під час вагітності. Частота УК за останні 10 років практично подвоїлася та складає 30-45% в структурі інфекційних захворювань вульви та піхви. У жінок з різними порушеннями нейроендокринної регуляції репродуктивної функції УК спостерігається в 64%. Збудниками УК є дріжджеподібні гриби роду *Candida*.

На відміну від інших антимікотичних препаратів, флуконазол вибірково діє на клітину гриба. Не здійснює впливу на метаболізм гормонів, не змінює концентрацію стероїдів в крові жінок. Враховуючи велику кількість препаратів під назвою флуконазолу в аптечній мережі, ми віддаємо перевагу флуконазолу під вітчизняною назвою Дифлюзол добре відомий в практичному колі. Такий вибір аргументований, по-перше, стабільною якістю препарату (субстанція іспанської компанії «Нето Iberica»), по-друге, доведеною біоеквівалентністю Дифлюзолу оригінальному препарату даної групи і, по-

третє, прайсовою політикою, орієнтованою на споживача. На основі клінічних спостережень, мікробіологічних, ендокринних та інших досліджень розроблені найбільш оптимальні схеми використання антимікотичної терапії Дифлюзолом. Гострий процес УК: Дифлюзол 0,15 №1 -1-й день звернення пацієнтки, далі на 5-й день та через 7 днів. Профілактика рецидиву 2-й або 3-й день циклу протягом 2-3 місячних циклів. При рецидивному УК: I етап - прийом Дифлюзолу по 0,15 №1 на 2-3 день, 7-, 14-, 21-й день менструального циклу; II етап - 2-3 день, 7- та 21-й дні; III етап - 2-3 день менструального циклу протягом 6 місяців.

Фактори успішного лікування УК: негайний початок лікування після встановлення етіологічного чинника, використання найбільш ефективних методів лікування, захищені статеві контакти, виявлення, обстеження та лікування статевих партнерів. Вибір дозування Дифлюзолу в кожному конкретному випадку повинен залежати від тяжкості клінічного протікання захворювання, наявності мікст-інфекції та супутніх захворювань. Тільки комплексний підхід до даної проблеми дозволить підвищити ефективність лікування УК, знизити частоту та процент рецидивів даного захворювання.



Bakun O.V., Rajwinder W.R.

THE LEVEL OF ANTIOVARIAN ANTIBODIES AS A INDEX OF INFERTILITY

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of obstetric and gynecology with the course of junior gynecology
(scientific advisor - PhD Bakun O.V.)

Introduction. In the structure of infertile marriage the main place has still been kept by a tubal factor. The frequency of this infertility factor reaches 18–73%.

Target of the study. To determine the level of antiovarian antibodies in the blood of women with tubal infertility.

Materials and methods. A clinical–laboratory examination has been made of 109 women which were divided into 2 groups: 1 group (main) – 58 women with infertility of tubal origin; 2 group (control) – 51 women. The antiovarian antibodies were determined by means of immunoferrmental set made by the firm Bioserv Ovari–Antibodi ELISA for determination in the blood serum of autoantibodies directed against ovarian antigens. **Results.** 30 women have been examined and divided in two groups in our study. The first group included 20 women with infertility of tubal origin. The second group consisted of 10 healthy women with a preserved reproductive function.

The average age of women in the main group didn't differ from the women's age of the control group. Significant majority in the number of women with chronic salpingoophoritis in the main group (6 times more) testified to the possibility of autoimmune salpingoophoritis initiation in the group under study. The level of antiovarian antibodies was determined equal to $7,1 \pm 0,9$ and in the main group – $4,1 \pm 0,5$, which is 1,7 times less than in the control group.

Conclusions. 1. The level of antibodies in the main group of women under study and rise of the level have been determined in patients with a secondary infertility who didn't impregnate for more than 5 years and underwent the following surgery; tubectomy, cystectomy, adnexectomy. 2. On the contrary, the decreased level of antiovarian antibodies has been discovered in patients with a primary infertility who did not impregnate for 5 years as well as in women with uterine pathology and myoma.

Бакун О.В., Барбе А.М.

ІППСШ ТА КАНДИДОМІКОЗ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ НЕВІЯСНЕНОГО ГЕНЕЗУ В ПІДГОТОВЦІ ДО ДРТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - д.мед.н. Андрієць О.А.)

Актуальність. ІППСШ (інфекції, які передаються переважно статевим шляхом) мають вагомий роль у розвитку безпліддя й водночас в успішності проведення лікування за допомогою ДРТ.

Мета роботи. Дослідити стан захворюваності на ІППСШ та кандидомікоз у жінок в підготовці до ДРТ.

Результати досліджень. Середній вік пацієнток основної групи склав $33,4 \pm 0,6$ року, контрольної – $32,1 \pm 0,8$ року ($p > 0,05$). Пацієнтки обох обстежених груп мали в анамнезі дитячі хвороби та гострі респіраторні вірусні захворювання (грип, ангіна та ін.): в основній групі – у 36 випадках ($75,0 \pm 3,4\%$), у контрольній – у 16 ($31,3 \pm 4,3\%$), що статистично відрізнялось. Аналіз анамнестичних даних пацієнток контрольної та основної груп показав наступне: в основній групі достовірно більшою була кількість жінок з порушенням менструального циклу ($51,7 \pm 4,7\%$ проти $31,3 \pm 4,3\%$, $p < 0,05$), що проявлялось альгоменореєю в 11 осіб ($18,9 \pm 3,1\%$), дисменореєю в 5 ($8,6 \pm 4,1\%$), альгодисменореєю в 9 осіб ($15,5 \pm 3,7\%$), опсоменореєю в 3 пацієнток ($5,2 \pm 1,9\%$) та поліменореєю – в 2 ($3,4 \pm 0,3\%$). В контрольній групі альгоменорея була в 5 жінок ($9,8 \pm 4,2\%$), дисменорея в 3 ($5,8 \pm 3,7\%$), альгодисменорея в 6 ($11,7 \pm 4,3\%$), опсоменорея в однієї жінки ($1,96 \pm 0,9\%$), поліменорея в однієї жінки ($1,9 \pm 0,1\%$). Хронічний сальпінгофорит спостерігався в основній групі в 29 осіб, що відповідає $50,0 \pm 4,2\%$, в той час як у контрольній – у 10, що відповідає $19,6 \pm 1,9\%$. Значне пере-

важання кількості жінок, що хворіли хронічним сальпінгофоритом в основній групі, свідчить про можливість виникнення аутоімунного сальпінгофориту в даній групі пацієнток. Дані анамнезу свідчать, що в основній групі вірус простого герпесу спостерігався у 18 пацієнток, що склало $31,0 \pm 1,2\%$, цитомегаловірусу – в 14, що склало $24,2 \pm 2,0\%$, показники позитивних результатів хламідіозу – в 18, що у відсотковому значенні склало $31,0 \pm 2,1\%$, уреоплазмозу – в 7, що склало $12,0 \pm 1,0\%$, мікоплазмозу – в 6, що склало $10,3 \pm 0,9\%$, а токсоплазмозу – в 14, що становило $24,2 \pm 1,9\%$, трихомоніазу – в 4, що склало $6,9 \pm 1,2\%$, гриби роду *Candida* – у 5, що склало $8,6 \pm 2,3\%$. В контрольній групі вірус простого герпесу був виявлений у 3 жінок, що становило $5,8 \pm 0,8\%$ і є значно меншим показником ніж в основній групі. Цитомегаловірус був виявлений у двох жінок контрольної групи, що склало $3,9 \pm 0,7\%$ і в порівнянні з основною групою є значно меншим показником. Хламідія виявлялась у трьох жінок контрольної групи, що склало $5,8 \pm 0,9\%$ – в порівнянні з основною групою є значно меншим показником. Позитивні показники визначення уреоплазми в контрольній групі становили 2 особи, що склало $3,9 \pm 0,7\%$, що є більш ніж втричі меншим показником у порівнянні з основною групою. Мікоплазма виявлялась в однієї жінки контрольної групи, що склало $1,9 \pm 0,5\%$ – в 6 разів менше ніж в основній групі.

Бакун О.В., Олійник М.Г., Небела М.М.

РІВЕНЬ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ ПІД ВПЛИВОМ ПЛАЗМАФЕРЕЗУБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

В результаті використання плазмаферезу у хворих із сальпінгофоритом та безпліддям відбувається певний перерозподіл субпопуляцій лімфоцитів, зокрема кількості CD3+клітин, CD4+ і CD19+. Значну роль в позитивному впливі плазмаферезу на стан Т- і В-лімфоцитарної ланки імунітету, мабуть, відіграє прискорення кровотоку, поліпшення мікроциркуляції. Всі лімфоцити володіють здатністю до міграції та рециркуляції. Мета дослідження. Вивчити вплив плазмаферезу на показники гуморальної ланки системного імунітету.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 48 жінок, яких було розподілено на дві групи: I групу склали 38 жінок із безпліддям трубного походження, яким проводилося лікування за традиційною схемою; II групу – 10 пацієнток, які поряд з традиційною схемою підготовки до запліднення отримували сеанси плазмаферезу. Популяційний і субпопуляційний склад імунокомпетентних клітин крові оцінювали методом непрямой імунофлуоресценції з використанням моноклональних антитіл.

Статистичний аналіз отриманих даних у невеликих групах (n=10) проводили непараметричними методами за Mann-Whitney.

Результати дослідження. Проведення плазма-

ферезу жінкам з безпліддям не призводить до помітних змін у показниках функціонального стану гуморальної ланки системного імунітету. В жінок з безпліддям зміни в гуморальній ланці системного імунітету були мінімальними або ж повністю відповідали контрольним показникам, що виявлені в практично здорових жінок. Виходячи з цього, можна зробити висновок про те, що плазмаферез не порушує функцію В-лімфоцитів і продукування ними імуноглобулінів основних класів (Ig M, Ig G та IgA). Стабільність циркулюючих імунних комплексів засвідчує про адекватність гуморальної імунної відповіді. Показано, що традиційні засоби реабілітації та плазмаферез не мають негативного впливу на показники гуморальної ланки системного імунітету, яка в цих жінок не піддається суттєвим порушенням.

Висновки. Плазмаферез сприяє зменшенню запальних процесів та є ефективним засобом імунореабілітації у цієї категорії пацієнток. Використання традиційних заходів та проведення плазмаферезу жінкам з безпліддям сприяє тенденції до поліпшення функціональної здатності гуморальної ланки системного імунітету

Барбе А.М., Бакун О.В.

РІВЕНЬ АНТИОВАРІАЛЬНИХ АНТИТІЛ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

Акутальність. Вагому роль у розвитку безпліддя відіграють автоімунні процеси, серед яких й утворення аутоантитіл до яєчників.

Мета роботи. Дослідити рівень антиоваріальних антитіл у жінок з безпліддям.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 30 жінок, які ми розділили на 2 групи. Першу групу склали жінки з безпліддям трубного походження в кількості 20 осіб. Другу групу склали здорові жінки зі збереженою репродуктивною функцією в кількості 10 осіб. Середній вік жінок основної групи не відрізнявся від віку пацієнток контрольної групи. Значне переважання (у 6 разів) кількості жінок, які хворіли хронічним сальпінгофоритом в основній групі, свідчило про можливість виникнення автоімунного

сальпінгофориту в даної групи пацієнток.

Результати дослідження. При дослідженні було виявлено, що рівень антиоваріальних антитіл був $7,1 \pm 0,9$, а в основній групі – $4,1 \pm 0,5$, що в 1,7 рази менше, ніж в контрольній групі.

Висновки. Проаналізувавши рівень антиоваріальних антитіл у обстежених пацієнток основної групи, нами було виявлено, що підвищення рівня відмічалось у пацієнток із вторинним безпліддям, які не вагітніли більше 5 років, у яких були проведені наступні операції: тубектомія, кістектомія, аднексектомія. Навпаки, знижений рівень антиоваріальних антитіл спостерігався в пацієнток з первинним безпліддям, у яких вагітність не наступала до 5 років, а також у яких були аномалії розвитку матки та міоми матки.



Барбе А.М., Юзько В.О.

РЕАЛІЇ ПРОФІЛАКТИКИ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ У ВИПАДКУ ВИКОРИСТАННЯ ОКСИТОЦИНУ ТА КАРБЕТОЦИНУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - д.мед.н. Андрієць О.А.)

Післяпологова кровотеча (ППК) при пологах є ускладненням, яке представляє загрозу для життя жінки та є однією з головних причин в структурі материнської смертності та захворюваності. ППК є причинами материнської смертності в більше половини випадків у державах, які розвиваються. Окситоцин – утеротонічний препарат, який найбільш широко застосовується з метою профілактики ППК. Однак, останнім часом практичний інтерес викликають дослідження ефектів карбетоцину (Пабал). Проведено 3 рандомізовані дослідження в Канаді та в Мексиці, в яких оцінювалась ефективність його використання.

Мета дослідження. Вивчення ефективності карбетоцину при профілактиці ППК в реаліях держави, яка розвивається (на базі міського клінічного пологового будинку №1, м.Чернівці).

Матеріал та методи. Проаналізовано 151 історію пологів жінок, яких розроджували шляхом кесаревого розтину (КР) (неускладнені випадки), з них: у 88 – використовували карбетоцин (I група), у 63 – окситоцин (II група). Оцінювали рівень кровотрати, рівень еритроцитів, гемоглобіну та гематокриту до та після КР, тривалість стаціонарного лікування після КР. Групи пацієнток були репрезентативними за віком, паритетом пологів та перебігом вагітності. Варіаційно-статистичну обробку результатів дослідження виконували за допомогою програми Statsoft Statistica 10 з виз-

наченням основних варіаційних показників.

Результати дослідження. Середня кровотрата при використанні карбетоцину склала $728,18 \pm 13,55$, при використанні окситоцину – $741,58 \pm 14,06$, проте достовірної різниці немає ($p=0,118$). Середня кількість еритроцитів до КР в пацієнток I групи – $3,88 \pm 0,03$, в II групі – $3,83 \pm 0,04$; після КР: в I групі – $3,59 \pm 0,25$, в II групі – $3,54 \pm 0,37$, достовірної різниці між даними показниками також немає ($p=0,428$). При порівнянні рівня гемоглобіну отримані наступні результати: до КР – в I групі $114,12 \pm 1,044$, в II групі – $113,25 \pm 1,22$; після КР – в I групі $103,94 \pm 1,05$, в II групі – $103,14 \pm 1,45$; достовірної різниці немає ($p=0,65$). Гематокрит до КР: в I групі – $38,68 \pm 0,46$, в II групі – $37,95 \pm 0,64$; гематокрит після КР: в I групі – $36,25 \pm 0,44$, в II групі – $36,24 \pm 0,64$ ($p=0,99$ – достовірної різниці немає). При порівнянні тривалості стаціонарного лікування після КР, суттєвої різниці між обома групами також нами не встановлено ($5,4 \pm 0,18$ діб та $5,94 \pm 0,16$ діб відповідно).

Висновки. На основі отриманих нами даних виявлено, що ризик виникнення масивної післяпологової кровотечі (та рівень ППК) несуттєво зменшився внаслідок використання карбетоцину порівняно з окситоцином та потребує подальшого вивчення ролі Пабалу в профілактиці маткових кровотеч післяпологового періоду.

Бербець А.М., Кміть Н.В.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРЕ РЕСПІРАТОРНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ В І ТРИМЕСТРІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - д.мед.н. Андрієць О.А.)

З метою вивчення впливу перенесеного гострого респіраторного захворювання в I триместрі на подальший перебіг вагітності і пологів, проведено клініко-статистичний аналіз 80 історій пологів, та індивідуальних карт вагітних, які перенесли гостре респіраторне захворювання в I триместрі, і не мали важкої екстрагенітальної патології. Контрольну групу склали 30 жінок з неускладненим перебігом вагітності. Групи були паритетні за віком, соціальним станом, акушерсько-гінекологічним анамнезом. До уваги брались дані про перебіг пологів у жінок обох груп.

У групі, до якої входили жінки, які перенесли гостре респіраторне захворювання в I триместрі, вірогідно частіше траплялись гестози другої половини вагітності (23 випадки, $28,75 \pm 5,06\%$ проти 3 випадків, $10,00 \pm 5,48\%$, $p < 0,05$), загрози

передчасних пологів (19 випадків, $23,75 \pm 4,76\%$ проти 2 випадків, $6,67 \pm 4,55\%$) та аномалій пологової діяльності (15 випадків, $18,75 \pm 4,36\%$ проти 1 випадку, $18,75 \pm 4,36\%$). Всі згадані ускладнення пологового акту, як вважається, є пов'язаними з дисфункцією плаценти. Крім того, діагноз «дистрес плода» в пологах був виставлений у 19 жінок з основної групи і у 2 жінок з контрольної групи ($23,75 \pm 4,76\%$ проти $6,67 \pm 4,55\%$, $p < 0,05$).

На основі наведеного можна зробити висновок, що у жінок, які в малих термінах гестації перенесли гостре респіраторне захворювання, частіше порівняно зі здоровими вагітними відзначаються клінічні ознаки дисфункції плаценти, які ускладнюють перебіг пологів та негативно відображаються на стані плода і новонародженого.

Березовська Т.І., Ковач О.М., Гошовська А.В.

РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ПОРУШЕНЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

При дослідженні основної (вагітні з проявами плацентарної дисфункції) та контрольної (здорові вагітні без проявів плацентарної дисфункції) груп для діагностики плацентарної дисфункції нами бралися до уваги наступні ультразвукові ознаки: розташування плаценти, розширення міжворсинкового простору (МВП) в плаценті, альтеративні зміни в плаценті – наявність в її структурі інфарктів, ступінь зрілості плаценти, дифузних відкладань фібрину, підвищеної кількості петрифікатів, зміни товщини плаценти, порушення темпів дозрівання плаценти. За допомогою ультразвукової фетометрії та динамічного спостереження за внутрішньоутробним станом плода підтверджувався синдром затримки внутрішньоутробного розвитку плода у жінок основної групи, інколи вказані зміни в плаценті супроводжувались наявністю антенатальної патології, ознаками внутрішньоутробної гіпоксії та гіпотрофії плода.

Нами виявлено, що порушення прикріплення плаценти (низьке) спостерігалось значно частіше у вагітних основної групи, ніж у вагітних контрольної групи відповідно 44,3%±6,0 до 7,5%±4,2 – $p=0,004$ за критерієм кутове фіперетворення Фішера. При цьому крайове та центральне передлежання відмічали у жінок основної групи у спостереженнях 11,4%±3,8

проти 12,5%±2,5 у контрольній групі – $p=0,180$. Прикріплення плаценти до дна матки діагностовано у 20%±4,8 вагітних основної групи проти 32,5%±7,5 у жінок з нормальним перебігом вагітності – $p=0,262$. По передній стінці матки плацента розташовувалася у 18,6%±4,7 випадків в основній групі та відповідно 22,5%±6,7 в контрольній – розбіжності невірогідні. Нами встановлено, що прикріплення плаценти по задній стінці в 1,3 рази частіше зустрічалось у вагітних контрольної групи 37,5%±7,8, ніж у жінок основної групи 17,1%±4,5 – $p=0,037$.

За даними УЗД плацента мала певні зміни ехоструктури у жінок основної групи (петрифікати у паренхімі плаценти, кісти, лакуни) у 81,4%±4,7 проти 7,5%±4,2 у контрольній групі.

Низьке прикріплення плаценти спостерігалось у 44,3%±6,0 основної групи проти 7,5%±4,2 у жінок групи контролю.

Під час оцінки стану фетоплацентарного комплексу та біометричних показників розвитку плода в термін 37–40 тижнів вагітності, встановлено, що у жінок основної групи виявлено гіпотрофію плода у 75,7%±5,2 проти 5%±3,2 у групі контролю, було діагностовано СЗРП I ступеню (симетрична форма) 22,9% а в групі контролю – 0.

Боднарюк О.І., Гелка А.С.

МІКРОЕКОЛОГІЯ СЕЧІ У ДІВЧАТ, ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - д.мед.н. Андрієць О.А.)

Проблема запальних захворювань органів малого тазу (ЗЗОМТ) протягом останніх років не втрачає своєї актуальності. Незважаючи на істотні досягнення у вивченні етіології, патогенезу й терапії ЗЗОМТ, хронічні захворювання жіночої статеві сфери, особливо серед дівчат-підлітків, продовжують займати провідне місце в структурі гінекологічних захворювань і займають 60–65% від усіх гінекологічних хворих.

Нами проведено бактеріологічне обстеження сечі у 116 дівчат із сальпінгоофоритом, який формувався і перебігав на фоні циститу (31 пацієнтка), пієлонефриту (38 осіб), а в 47 дівчат були випадки пієлонефриту або циститу за ретельно зібраним анамнезом.

Для характеристики різноманіття мікробіоценозу сечі, що контамінована умовно-патогенними бактеріями, вираховували індекс видового багатства Маргалефа. Цей індекс є своєрідним «рейтингом» відповідності бактерій біотопу. Він характеризує просторово-поживні ресурси біотопу та умови, що сформовані у біотопі. Найбільше значення індексу Маргалефа встановлено в ешерихій.

Важливе значення для існування мікроорганізмів

в асоціаціях надається коефіцієнту Жаккарда, який є найбільш достовірним показником взаємовідносин між певними видами мікроорганізмів. За цим показником у сечі ешерихії готові до екологічної спільності існування у біотопі як синергісти з іншими мікроорганізмами. Але протеї, клебсієли та ентерококи у сечі у взаємовідносинах з іншими, наприклад, з ешерихіями, зазнають антагоністичний вплив.

Як згадувалося вище, у сечі дівчат, хворих на сальпінгоофорит, що розвинувся на тлі супутньої урологічної патології запального генезу у 59 (85,5%) виявляється монокультура, і тільки у 10 (19,45%) встановлена асоціація, що складається з 2–х мікробних таксонів.

Провідним збудником, що виявляється у монокультурі у сечі, є ешерихії. Ці бактерії також виявляються у всіх випадках при формуванні асоціацій, що складаються з 2–х видів бактерій. Перераховане підтверджує домінуючість, постійність цих бактерій у сечі дівчат, хворих на сальпінгоофорит, ускладнений пієлонефритом або циститом, а також їх провідне значення при урологічній патології запального генезу.



Бойко В.В., Сваричевський М.О.

УСКЛАДНЕННЯ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ В ГІНЕКОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

Маткові кровотечі – поширений симптом, з яким доводиться зустрічатися гінекологу. Менота метрорагії зустрічаються при лейоміомі матки, порушеннях менструального циклу, гіперпластичних процесах ендометрія (гіперплазія, поліпи) тощо. Патогенетичним чинником даної патології вважають підвищену естрогенну стимуляцію та неконтрольовану проліферацію міо- та ендометрія. Така патологія як дисфункціональні маткові кровотечі частіше зустрічаються в період становлення менструальної функції (внаслідок незрілості гіпоталамо-гіпофізарної регуляції) і перед менопаузою (у зв'язку зі зниженням функції яєчників). При тривалих і сильних маткових кровотечах розвиваються ускладнення, зокрема хронічна постгеморрагічна анемія.

З метою вивчення порушень гемостазу у жінок з матковими кровотечами нами проаналізовано 50 історій хвороб жінок гінекологічного відділення міського клінічного пологового бу-

динку №2 м.Чернівці. Усім пацієнткам проводилось вишкрібання стінок порожнини матки з діагностичною та лікувальною метою, оскільки гемостатична та антианемічна терапія була неефективною. Результати аналізу показали, що оперативне втручання всім хворим виконувалось за несприятливих умов, тобто на фоні хронічної постгеморагічної анемії. Так, ознаки анемії I ступеня спостерігалися у 58,0% жінок, анемії II ступеня у 42,0% жінок. Після вишкрібання стінок порожнини матки, яке передбачає певну кровотрату, ситуація змінилась: анемія I ступеня мала місце у 48,0%, анемія II ступеня у 52,0% хворих. Таким чином, профілактика маткових кровотеч-актуальне питання сьогоденної гінекології, оскільки, навіть при розширенні знань в даній галузі медицини до теперішнього часу залишається невирішеною проблема пошуку раціонального консервативного лікування з чіткою оцінкою подальшого прогнозу.

Бойчук Ю.Б., Іщак О.М.

ПОЗИТИВНІ І НЕГАТИВНІ СТОРОНИ КОНСЕРВАТИВНИХ ТА ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДІВ ВЕДЕННЯ ХВОРОЇ З ПОЗАМАТКОВОЮ ВАГІТНІСТЮ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, Тернопіль, Україна

Кафедра акушерства та гінекології ФПО

(науковий керівник - д.мед.н. Франчук А.Ю.)

Позаматкова вагітність – одна з основних причин репродуктивних втрат. Вона складає 3–10% всіх захворювань у гінекологічному стаціонарі. Частіше хворі поступають уже на стадії перерваної вагітності, коли з'являються прояви гострого живота, кровотечі, шоку. Це призводить по потреби негайного оперативного лікування і, нерідко, втрати маткової труби, а в подальшому – безпліддя. Вчасна діагностика та оптимальний вибір методу лікування дозволить не лише врятувати жінку, а й дає їй можливість в подальшому народити здорову дитину, тому ця тема є актуальною і досі.

Мета дослідження. Встановити переваги та недоліки консервативних і оперативних методів ведення хворої з позаматковою вагітністю, уточнити покази для їх застосування.

Матеріал і методи. Ми поділили хворих на 3 групи. I групі було проведено оперативне лікування методом лапаротомії з видаленням маткової труби. II – лапароскопія, консервативне видалення плідного яйця. III групі хворих було запропоновано пройти консервативне лікування метотрексатом в одноразовій дозі 100 мг в/м. Проте 25% хворих довелося змінити тактику ведення і перейти до оперативного лікування у зв'язку з

прогресуванням вагітності.

Стан прохідності маткових труб оцінювався за результати МСГ через 6 місяців після позаматкової вагітності. Згідно з результатами лише у 22% хворих з I групи була прохідна єдина маткова труба. У II групи результати показали прохідність 48% у оперованій трубі. Результати III групи були найкращими – 78% прохідності маткових труб. Проте 25% хворих довелося змінити тактику ведення і перейти до оперативного лікування у зв'язку з прогресуванням вагітності. Висновки. Хворим з прогресуючою позаматковою вагітністю, при точній її діагностиці, повинно бути запропоновано консервативне медикаментозне лікування відповідно до протоколів МОЗ України, що дозволить зберегти репродуктивну функцію жінки у майбутньому. Позитивний результат лікування метотрексату залежить від терміну вагітності, локалізації плідного яйця. Геморагічний шок та діагноз перерваної позаматкової вагітності вимагає негайного хірургічного втручання з механічного зупинкою внутрішньочеревної кровотечі. Вибір оперативного доступу залежить від наявності відповідного обладнання та персоналу, що володіє лапароскопічною технікою втручання.

Бочарова Н.Я.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ НА ФОНІ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Патологія фетоплацентарного комплексу – плацентарна дисфункція (ПД) – є однією з основних причин, що призводять до загрозливих станів плода під час вагітності, дистресу та затримки внутрішньоутробного розвитку плода тощо.

Мета дослідження. Вивчити особливості перебігу гестаційного періоду у жінок з плацентарною дисфункцією, визначити частоту загрози переривання вагітності, гестозів, анемії та патологічних станів плода.

Матеріал і методи. Проводився клініко-статистичний аналіз індивідуальних карт вагітних з діагностованою ПД. Жінки були поділені на 2 групи: I група (n=25) – вагітні з діагностованою ПД, II група (n=30) – практично здорові вагітні.

Результати дослідження. Загроза переривання вагітності в різні терміни виникала у 52,7±6,2% жінок I групи і була достовірно вищою, ніж у здорових вагітних (9,8±1,3%). У них же ранні гестози діагностували з частотою 21,7±4,1%, тоді як у порівнянні з вагітними з II групи це ускладнення спостерігалось лише у 7,4±0,9%. Частота гестозів II половини вагітності складала 18,7±4,1% та 9,7±2,1% (відповідно I та II групи). Значне місце

в структурі ускладнень вагітності у жінок з ПД займали анемії різних ступенів важкості. У I групі вони діагностувались у 31,8±4,6% обстежених. При співставленні з даними практично здорових вагітних даний показник склав 17,3±3,2%, виявлено достовірне зростання частоти анемії. Внутрішньоутробну гіпоксію плода діагностували у 22,7±6,0 % жінок I групи, тоді як в контролі вона визначалась достовірно рідше (8,3±1,9 %, p<0,001). У вагітних з порушеною функцією плаценти затримка внутрішньоутробного розвитку плода мала місце у 5,8±0,9%, тоді як у II групі ця патологія зустрічалась у 1,6±0,1%.

Висновок. Результати проведеного нами аналізу показали, що у вагітних з ПД гестаційний період протікав зі значними ускладненнями: загроза переривання вагітності в різні терміни зустрічалась у 5 разів частіше, ніж у контролі, значно переважало число спостережень ранніх та пізніх гестозів, анемії вагітних. Щодо стану плода, то у I групи частіше спостерігались внутрішньоутробна гіпоксія та затримка внутрішньоутробного розвитку плода.

Бочарова Н.Я.

ОСОБЛИВОСТІ УСКЛАДНЕНЬ, ЯКІ ВИНΙΚАЮТЬ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Неповнолітнє материнство є актуальною проблемою сучасного суспільства. Сьогодні по всій земній кулі народжують більше 16 мільйонів підлітків, а ще 5 мільйонів змушені вдаватися до переривання вагітності. Тому проблема підліткової вагітності і пологів актуальна і потребує уваги як спільноти, так і медичної служби.

Мета дослідження. Вивчення особливостей ускладнень підліткової вагітності та пологів, які їх супроводжують, за матеріалами пологового відділення Чортківської центральної районної лікарні.

Матеріал і методи. Нами проведено клініко-статистичний аналіз індивідуальних карт вагітних та історій пологів у дівчат-підлітків (15–17 років) протягом 2009–2011 років.

Результати дослідження. За отриманими даними за 2009 рік зареєстровано 501 пологів, серед них 14 пологів дівчаток-підлітків, що склало 2,8% від загальної кількості. У 11 дівчаток вагітність перша. Кесарів розтин проведений 1 дівчинці, що склало 7%. У 2010 році зареєстровано 540 пологів, серед них 16 у дівчаток-підлітків, що

склало 2,9 %. У всіх дівчаток вагітність перша. Кесарів розтин проводився двом дівчаткам (12,5%). У 2011 році зареєстровано 555 пологів, серед них – 18 у дівчаток-підлітків, що склало 3,2%. У 16 дівчаток вагітність перша, у 2 повторна. Кесарів розтин проводився 3 дівчаткам, (17%). Особливу увагу привернуло зростання частоти запальних захворювань внутрішніх статевих органів (2009 рік – 16,7%, 2010 рік – 19, 2%, 2011 рік – 20,5% від кількості дівчат-підлітків), а також високі показники анемії юних вагітних (2009 рік – 25,5%, 2010 рік – 28, 6%, 2011 рік – 32,8%) у порівнянні з середніми показниками даних патологій у дорослих вагітних.

Висновки. Таким чином, проведений аналіз дозволив зробити висновок, що показник підліткової вагітності та пологів залишається високим і не має тенденції до зниження. Встановлено, що підлітки потребують особливої уваги та акушерсько-гінекологічної допомоги щодо ведення вагітності та пологів, профілактики ускладнень та мають входити до груп високого ризику для запобігання розладів репродуктивного здоров'я у майбутньому.



Варвус Е.В.

АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З АНОМАЛІЯМИ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О.В.)

Пологи – це кінцевий кульмінаційний етап розвитку вагітності. Аномалії пологової діяльності досить часто ускладнюють родовий акт.

Мета дослідження. Аналіз перебігу пологів у жінок з аномаліями пологової діяльності

Матеріал і методи. Проведено клініко-статистичний аналіз 66 історій пологів роділь, у яких спостерігались аномалії пологової діяльності.

Результати дослідження. Первинна слабкість пологової діяльності діагностована у 48 роділь (72%). Вторинна слабкість спостерігалась у 17 жінок (25,8%). Дискоординована пологова діяльність була констатована у 1 жінки (1,5%)

Первинна слабкість діагностувалась у 39 першородячих жінок (59,1%), та у 9 потторнородячих жінок (13,63%). В більшості випадків лікування аномалії пологової діяльності проводилось сумішшю окситоцину (1 мл окситоцину на 500 мл 0,9% NaCl). З моменту встановлення діагнозу первинної слабкості до повного відкриття шийки матки проходило: до 7 годин у 25 жінок (37,9%), від 7 до 10 годин – 14 жінок (21%), та більше 10 годин – 9 жінок (14%). Тривалість періодів пологів при первинній слабкості пологової діяльності виглядала наступним чином: перший період пологів у 36 (54,5%) першонароджуючих жінок тривав до 18 годин, I-й період у 12 (18,8%)

повторнонароджуючих жінок тривав більше 18 годин. Другий період пологів тривав у першонароджуючих до 2 годин у 16 жінок (24,2%), II-й період у повторнонароджуючих тривав більше 2 години у 20 жінок (30,3%).

Шляхом кесарського розтину було розроджено 12 жінок, що склало (18%).

Вторинна слабкість діагностувалась у першородячих – 11 жінок (16,6%), повторнородячих – 6 жінок (11%). З моменту встановлення діагнозу вторинної слабкості пологової діяльності до народження дитини проходило до 3 годин у 12 жінок (18%), від 4 до 5 годин – 5 жінок (8%). Вакуум застосовувався у 10 випадках (15 %).

Епізіотомія проводилась у 10 випадках (15%), ручна ревізія стінок порожнини матки у 28 випадках (42%). Кровотеча, що перевищувала фізіологічну склала 3%.

При народженні у 24 дітей, що склало 36%, маса була більше 3500г, 40 дітей (60,6%) мали масу від 2500 – 3500г, у 1 (1,5%) дитина маса була менше 1400 г (гестаційний термін 30–31 тиждень). При оцінці за шкалою Апгар 65 дітей було оцінено 7–9 балів (98,5%), 1 дитина оцінена менше 7 балів (1,5%).

Висновки. Аномалії пологової діяльності у 33 % вимагали оперативного розродження.

Візнюк І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Особливості екстрагенітальної патології у жінок з хронічним сальпінгоофоритом

На даний час у структурі гінекологічної патології, запальні захворювання придатків матки займають перше місце. За останні десятиріччя в країнах ЄС і в Україні спостерігається зростання чисельності хворих на хронічний сальпінгоофорит (60–65% від усіх гінекологічних захворювань). Важливість проблеми запальних захворювань визначається частим виникненням на фоні цього процесу різних форм порушень менструальної функції, залученням до патологічних реакцій практично всіх систем організму.

У розвитку запального процесу додатків матки основна роль належить хвороботворним організмам. Провідна роль належить сімейству Enterobacteriaceae. До мікроорганізмів, які являються абсолютними патогенами, відносяться хламідії і гонококи. В останні роки особливого значення набувають асоціації мікроорганізмів.

З метою встановлення особливостей перебігу хронічного сальпінгоофориту проведено клініко-статистичний аналіз 100 медичних карт гінекологічних хворих. Пацієнтки знаходились в стаціонарі з запальними захворюваннями статевої системи. Звертає на себе увагу, що у 56,0% жінок мали місце хронічні захворюван-

ня шлунково-кишкового тракту (гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунка та ДПК, холецистит, панкреатит, коліт). У 25,0% хворих спостерігались нейро-ендокринні порушення, зокрема: ожиріння різних ступенів – у 6 жінок, порушення толерантності до глюкози – у 5 жінок, метаболічний синдром – у 4 жінок. Гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, кардіопатії зустрічались в поодиноких випадках. Майже всі жінки з хронічним сальпінгоофоритом (95,0%) відмічали неодноразові епізоди загострення протягом одного року, які вимагали проведення антибактеріальної терапії. Враховуючи, що застосування комбінованих оральних контрацептивів (КОК) має певний вплив на мікробіоценоз піхви, нами проаналізовані методи контрацепції обстежуваних. Чіткого взаємозв'язку не виявлено, адже тільки 10,0% пацієнток вживали КОК, решта користувались бар'єрними, природними та іншими методами планування сім'ї.

Отже, зважаючи на результати дослідження, необхідний комплексний підхід щодо лікування пацієнток з урахуванням знань патогенезу запального процесу. Це дозволить зменшити частоту рецидивів захворювання і сприятиме покращенню репродуктивного здоров'я жінок.

Воротняк Р.П.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ПІЗНІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Ясніковська С.М.)

Плацентарна дисфункція (ПД) є однією з найважливіших проблем сучасного акушерства й перинатології, займає одне з перших місць серед причин перинатальної захворюваності та смертності. Висока частота патології плода та новонародженого у жінок з ПД вимагає подальшого поглибленого вивчення механізмів її формування та розробки методів її профілактики й лікування.

Вагітним з діагностованою вторинною ПД на пізніх термінах вагітності ми рекомендували застосування препаратів, що сприяють розслабленню мускулатури матки (гініпрал 25 – 50 мкг в/в 3 – 4 рази); антиагреганти (курантіл по 25 мг 3 рази на добу 3–4 тижні); ангіопротектори (флебодія 600 по 1 – 2 таблетки на добу, курс лікування від 2 тижнів до 3 місяців); актовегін – 160–200 мг в/в, крапельно 5–10 інфузій, потім по 200 мг таблетовано 10–20 днів; хофітол – 200 мг 3 рази на день 10–14 днів. У разі порушення кровоплину при динамічному спостереженні в судинах пуповини та сердньомозкової артерії плода (від'ємний кровотік чи реверсний, систоло–діастолічне співвідношення 3 і >) – рекомендували термінове розродження.

При застосуванні запропонованого комплексу заходів у 50 жінок з діагностованою вторинною ПД (основна група (ОГ)) зареєстровано зни-

ження за даними кардіотокографії (КТГ) частоти дистресу плода під час вагітності на 15,0%, тобто оцінку нижче 8 балів отримали 7 плодів контрольної групи (КГ – вагітні, що лікувалися за загальноприйнятими схемами) та 2 плодів ОГ. За даними БПП, компенсаторні можливості плодів у жінок КГ були знижені на 17,5%. Так, оцінку за шкалою Vintzileos нижче за 8 балів отримали 25,0% плодів у вагітних КГ проти 7,5% плодів у жінок ОГ. Частоту СЗРП було знижено на 15,0%. За результатами комплексного дослідження ФПК частоту розвитку компенсованої ПД було знижено на 12,5% (компенсовану ПД було зареєстровано у 7,5% вагітних ОГ та 20,0% КГ). Декомпенсована ПД діагностована тільки у вагітних КГ, що складала 10,0%, і була відсутня у вагітних, що отримували запропонований лікувально–профілактичний комплекс. Отримані дані були підтверджені нами після пологів за результатами стану новонароджених. Так, частота народження дітей у стані асфіксії зменшилася на 17,5%, СЗРП – на 15,0%.

Таким чином, застосування запропонованого лікувально–профілактичного комплексу дозволяє значно покращити стан ФПК і тим самим зменшити частоту розвитку ускладнень в антенатальному та ранньому неонатальному періодах.

Гарига М.М.

АНАЛІЗ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВУ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРИХОМОНІАЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

На тлі високого рівня захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, досить поширеними є запальні процеси сечостатевих органів, спричиняються патогенною мікрофлорою, зокрема, *Trichomonas vaginalis*. За даними різних авторів, розповсюдженість трихомоніазу серед жінок репродуктивного віку становить від 16 до 28%.

Нами проведено клініко–статистичний аналіз історій хвороб 50 гінекологічних хворих, доведено, що серед сприятливих чинників ризику виникнення рецидиву трихомоніазу найбільш значимими є: недостатня чутливість збудників захворювання до ряду антибактеріальних препаратів у 45,2% пацієнток; нераціональність попередньо проведеної терапії у 53,8% хворих; наявність супутніх захворювань статевих органів у 54,3% жінок.

У жінок трихомоніаз сприяє розвитку супутніх гінекологічних патологій. Наприклад, 20% пацієнток одночасно страждають від трихомоніазу та кандидозу, у багатьох розвивається дисбактеріоз піхви (бактеріальний

вагіноз). Захворювання підвищує ризик розвитку раку шийки матки. Безсимптомний перебіг трихомоніазу не знижує вірогідності розвитку ускладнень.

Аналіз результатів проведених досліджень вказує на існування взаємозв'язку між станом мікроекології шлунково–кишкового тракту та сечостатевих органів, а також підтверджує існуючу концепцію стосовно можливості реінфікування ендогенними штамами джгутикових роду *Trichomonas*, що сприяє розвитку рецидивів уrogenітального трихомоніазу. В зв'язку з цим при встановленні діагнозу трихомоніаз у жінок доцільними є комплексне клінічне обстеження, в тому числі дослідження стану шлунково–кишкового тракту, а також мікробіологічне дослідження стану шлунково–кишкового тракту, а також мікробіологічне дослідження мікроекології кишечника. Результати відповідних досліджень є важливими при розробці тактики комплексної терапії хворих на уrogenітальний трихомоніаз, зокрема стосовно раціональності призначення антибактеріальних препаратів системної дії.



Головацька М.В., Дроздовська Л.Я.

ОСНОВНІ КРИТЕРІЇ ДИСБАЛАНСУ ПЛАЦЕНТАРНИХ ГОРМОНІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ В СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

Вагома роль у забезпеченні нормального перебігу вагітності відведена гормональній та синтетичній функціям фетоплацентарного комплексу (ФПК). Останній сприяє синтезу плацентарних гормонів, які регулюють важливі процеси, необхідні для фізіологічної гестації. Зміни гормональної функції плаценти призводять до тяжких ускладнень під час вагітності. Рівень гормонів плаценти оцінювався у сироватці крові за даними імуноферментного аналізу, що є основою патогенезу дисфункції плаценти.

Для оцінки функціонального стану ФПК більш інформативним є визначення декількох гормонів, які відповідають за роботу плаценти. Зміни гормональної функції плацентарної системи переважно визначають за вмістом гормонів естрадіолу, прогестерону, кортизолу, плацентарного лактогену.

Нами проаналізовано визначення рівня гормонів плаценти, а саме: естрадіолу, прогестерону, плацентарного лактогену, кортизолу у сироватці крові вагітних. Результати досліджень показали, що більш низьку концентрацію плацентарних гормонів відмічали у жінок з про-

явами плацентарної дисфункції (основна група) порівняно із здоровими вагітними (контрольна група) за виключенням рівня кортизолу.

Середні значення концентрації рівня естрадіолу в сироватці крові у вагітних основної групи були нижчими за показники контрольної групи. Концентрація рівня естрадіолу у жінок основної групи була нижчою порівняно з групою контролю у середньому на 28,9%,

Встановлено, що у вагітних з проявами плацентарної дисфункції середні значення концентрації прогестерону (Пр) були суттєво нижчими порівняно із здоровими вагітними. Рівень Пр знижувався на 15,6% порівняно із показниками норми.

Низький рівень концентрації плацентарного лактогену (ПЛ) свідчить про порушення функції плаценти, гіпоксії та гіпотрофії плода. Середні значення концентрації ПЛ були суттєво нижчими у вагітних з порушенням плацентарного комплексу порівняно зі здоровими вагітними. Зниження рівня ПЛ спостерігалось у середньому на 9,4% порівняно з групою контролю.

Гоян Т.Б.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ КРОВОТЕЧІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Ясніковська С.М.)

В сучасному акушерстві та перинатології актуальними є питання, пов'язані з гестаційними ускладненнями, в основі яких є порушення фізіологічної взаємодії між материнським, плацентарним і плодовим компонентами фетоплацентарної системи. Розвиток плацентарної дисфункції (ПД) супроводжується дистресом плода, затримкою росту та розвитку плода і є одною із основних причин перинатальної захворюваності та смертності. Частота ПД коливається від 20 до 50%. Не дивлячись на існування різноманітних схем лікування ПД, продовжується пошук більш ефективних методів лікування та профілактики даної патології.

Вагітним, що знаходилися під нашим спостереженням, при загрози переривання вагітності з кровотечею в I триместрі, зумовленою передлежанням хоріону, призначали транексам 200–500 мг в/в 2–3 рази на добу, при наступній тромбофілічних порушень – курантіл 1 табл. 2 – 3 рази на день під контролем агрегації тромбоцитів. Жінкам з кровотечею в I триместрі, зумовленою відшаруванням хоріону до вищезазначених препаратів при організації гематоми додавали вобензим 3 драже 3 рази в день 2 тижні. Контроль УЗД проводили 1 раз на 10 днів. Ефективність запропонованого методу лікування

первинної ПД нами проаналізовано у 24 жінок з кровотечею в I триместрі вагітності (основна група). Контрольну групу склали 26 жінок з невиношуванням в малих термінах, які отримували загальноприйнятну терапію. Групи були статистично однорідними.

Дослідження, проведені після лікування, переконливо показали, що у вагітних основної групи значно раніше спостерігалось покращення стану. Слід відмітити позитивну динаміку у лікуванні загрози переривання вагітності, затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), частота яких знизилась і склала відповідно 18,8% та 3,1% проти 25,7% та 5,2% відповідно у контрольній групі ($p < 0,05$). Подальші спостереження за вагітними показали, що під впливом запропонованої терапії у пацієток основної групи значно менше виявлялися УЗ-ознаки плацентарної дисфункції (9,5% проти 47,8%, $p < 0,05$), покращилися кардіотокографічні показники серцебиття плода, які свідчили про зменшення, а в деяких випадках – зникнення хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода. Частота народження дітей у стані асфіксії була в 2,6 разів меншою порівняно з такою у групі контролю. До того ж протікання періоду адаптації у 97,1% новонароджених було фізіологічним.

Градиль О.Г.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Кафедра акушерства и гинекологии №1
(научный руководитель - д.мед.н. Щербина Н.А.)

Широко известен тот факт, что для успешной реализации ЭКО необходимо достаточное количество качественных яйцеклеток. Это условие выполняется при адекватном ответе на контролируемую овариальную стимуляцию (КОС). У женщин позднего репродуктивного возраста наблюдается недостаточный ответ на стимуляцию (0–4 ооцита). Это обусловлено снижением овариального резерва (ОР). Частота прекращения цикла, где причиной является недостаточный ответ на овариальную стимуляцию, составляет от 11 до 24%, а при повторных циклах потери составляют более 45%. Состояние ОР коррелирует с возрастом пациенток.

Цель исследования. Улучшение эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с бесплодием в позднем репродуктивном возрасте путем разработки прогностических критериев недостаточного ответа яичников на проведение КОС.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 68 женщин позднего репродуктивного возраста (от 31 до 47 лет) с бесплодием различного генеза, нуждающихся в использовании методик ВРТ. В 34 случаях использован длинный протокол КОС с агонистами гонадотропных рилизинг гормонов (ГТРГ) – I группа, 34 пациенткам проведен короткий протокол с антагонистами ГТРГ – II группа. Контрольную группу составили

30 здоровых женщин в возрасте от 31 до 48 лет. Измерялись биохимические и ультразвуковые параметры репродуктивной системы, анализировались клинико-анамнестические данные.

Результаты исследования. У женщин до 35 лет нормальный овариальный резерв (ФСГ \leq 10 МЕ/л, объем яичников \geq 5см³, число антральных фолликулов (ЧАФ) \geq 5), имеет место в 75% случаев, в возрасте от 35–40 лишь в 22%, у всех пациенток старше 40 лет выявлен сниженный (ФСГ 10–15 МЕ/л, объем яичников 3–5см³, ЧАФ 3–5), или крайне низкий ОР (ФСГ \geq 15 МЕ/л, объем яичников \leq 3см³, ЧАФ \leq 3). Прогностическими критериями возникновения недостаточного ответа являются укорочение менструального цикла, эпизоды повышения ФСГ более 15 МЕ/л, объем яичников менее 5 см³, ЧАФ менее 5 в каждом яичнике.

Выводы. Эффективность программ ВРТ у женщин позднего репродуктивного возраста не зависит от схем стимуляции и напрямую зависит состояния овариального резерва. При выборе тактики ведения женщин с бесплодием в позднем репродуктивном возрасте необходимо проводить оценку состояния овариального резерва. При крайне низком овариальном резерве пациенткам предложено рассматривать использование донорских ооцитов.

Дабула Л.К.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

У даний період часу широко обговорюються питання лікування гіперандрогенії (ГА) за допомогою сучасних комбінованих оральних контрацептивів (КОК).

Мета дослідження. Вивчити клінічну ефективність препарату «Джаз» (препарат, що містить комбінацію 3 мг дроспіренону і 20 мкг ЕЕ) та його впливу на секрецію андрогенів і корекцію порушень менструальної функції.

Для реалізації поставленої мети нами обстежена 31 пацієнтка: діагноз ГА підтверджувався клінічно (акне, гірсутизм) та лабораторно-підвищення концентрації тестостерону, дегідроепіандростендіона сульфату (ДГА-С). Пацієнток, які увійшли до дослідження, обстежили до початку застосування КОК і через 3–6 місяців регулярного їх використання.

Гінекологічні захворювання в анамнезі мали 27 (87,1 %) жінок із ГА. Збережений менструальний цикл був у 22 (71%) жінок, але мав ановуляторний характер. У 3 (21,4%) – ановуляторна опсоменорея, у 6 (42,9%) – вторинна аменорея.

Тривалість порушень менструального циклу ко-

ливалась від 7 до 18 років. Середня тривалість безплідності склала $4,8 \pm 0,25$ року. Результати нашого дослідження свідчать про виражені зменшення кількості вугрових висипань і явищ себореї, починаючи вже з третього циклу у 29 (93,5%) жінок. За нашими даними емоційні та фізичні симптоми, пов'язані з менструальним циклом, зникли у 17 (54,8%) пацієнток. Результати нашого дослідження свідчать, про зниження синтезу андрогенів у 21 (67,7%) жінки, нормалізацію менструального циклу у 27 (87,1%) жінок та усунення проліферативного ефекту естрогенів на молочні залози у 25 (81%) жінок після 6 місяців регулярного прийому препарату «Джаз».

На нашу думку, прийом препарату «Джаз» призводить до безперервної антиандрогенної дії та зменшення коливань естрадіолу під час менструального циклу порівняно зі звичайним режимом 21/7, має виражений епідермотропний ефект, забезпечує сприятливий контроль циклу, а також полегшує передменструальний дисфоричний синдром.



Диннік О.О.

ОЦІНКА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІХарківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра акушерства та гінекології №1
(науковий керівник - д.мед.н. Щербина М.О.)

В останнє десятиріччя все більше уваги приділяється питанням надлишкової маси тіла і ожирінню. Питома вага таких хворих з кожним роком збільшується. Увагу дослідників привертають питання, які стосуються порушень менструальної функції при зміні маси тіла. Проте, ми практично не зустрічали робіт стосовно перебігу, метаболічних особливостей пубертатних маткових кровотеч (ПМК) у хворих із різною масою тіла.

Мета дослідження. Визначення частоти і характеру порушень вуглеводного спектру у хворих на ПМК з урахуванням різної маси тіла.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилось 163 хворих на ПМК у віці 11–18 років. У залежності від ІМТ вони були розподілені на три групи. У I гр. увійшли 70 дівчат-підлітків з фізіологічним ІМТ ($19,3 \pm 0,16$). До II гр. було віднесено 58 хворих із надлишковою масою тіла – ІМТ ($26,47 \pm 0,51$) і III гр. склали 35 пацієнток із дефіцитом маси тіла – ІМТ ($16,38 \pm 0,18$).

Стан вуглеводного обміну аналізувався згідно з рівнем глікемії (натще та в динаміці при проведенні СТТГ). Вираженість гіперінсулінемії (ГІ) оцінювали за рівнем імунореактивного інсуліну (ІРІ) в плазмі венозної крові, який визначався радіоімунологічним методом.

Вивчення вуглеводного обміну у дівчат, хворих на ПМК, дозволило встановити, що у 13 (12,1%) пацієнток усіх трьох груп відмічалось ізольоване підвищення глікемії натще, причому найчастіше це відбувалось у хворих II гр. ($16,2\%$, $p < 0,01$). Аналіз показників базальної і стимульованої глікемії дозволив з'ясувати, що частота "плоскої" глікемічної кривої рідше за все відмічалась у хворих з дефіцитом маси тіла ($30,0\%$ проти $42,6\%$ у I гр. і $46,0\%$ у II гр. $p < 0,001$). Тобто змінюється співвідношення між кількістю нормальних і "плоских" (гіперінсулінемічних) кривих у бік останніх у хворих з надлишковою масою тіла (при фізіологічній масі тіла це співвідношення становило 1:1, при дефіциті – 2:1, при надлишковій – 1:1,5).

ГІ найчастіше відмічалась у пацієнток зі збільшеним ІМТ ($44,2\%$ проти $37,5\%$ у I гр. і $26,3\%$ у III гр.; $p < 0,05$). Середні значення індексу НОМА вірогідно не відрізнялися в групах. Проте у частини хворих встановлено підвищення індексу НОМА, причому слід зазначити, що це відбувалось серед хворих як з надлишковою масою тіла, так і нормальною і навіть її дефіцитом. Найчастіше високий індекс НОМА реєструвався у пацієнток з надлишковою масою тіла

Добрянська М.Д.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Ясніковська С.М.)

Найбільш частою гінекологічною патологією у жінок є запальні захворювання внутрішніх статевих органів. Однократно перенесений запальний процес додатків матки за умов недосконалих методик лікування та реабілітації призводить до неплідності у 25–30 % випадків, двічі перенесений – в 45–50 %, тричі – в 70%. Позаматкова вагітність зустрічається у 5 разів частіше, порушення менструального циклу – у 7 разів частіше. У комплексі методів консервативного лікування особлива роль належить курортним факторам (грязі, рапа солених озер та лиманів, сірководневі, радонові та інші лікувальні води).

З метою оцінки ефективності санаторно-курортного лікування нами виділено групу з 47 жінок, які знаходилися на диспансерному обліку з приводу запальних захворювань внутрішніх статевих органів та порушень оваріально-менструального циклу, пов'язаних з перенесеними запальними процесами та отримали санаторно-курортне лікування. Із усіх обстежуваних хворих 96% мали різні форми хронічних запальних процесів внутрішніх геніталій, а 4% – незапальні, гіпофункціональні процеси. Розлади оваріально-менструальної функції мали місце у 93% цих хворих, причому частіш за все (31%) спостерігалися болючі менструації, рідше (12%) – нерегулярні, скудні менструації – дещо частіше (14%), ніж значні (8%); в 5% випадків була амено-

рея; у інших хворих (35%) менструальні розлади виражалися у різних поєднаннях. 45% жінок користувалися тільки грязелікуванням, а 55% – грязелікуванням у поєднанні з іншими методами (масаж, лікувальна фізкультура, органотерапія, ванни і т. п.).

Оцінка віддалених результатів лікування показала, що стійке послаблення болі чи повна їх відсутність було відмічено у 65% хворих, незначне погіршення – у 2%. Позитивний ефект лікування розладів менструальної функції був зареєстрований у 58% хворих. Максимальний успіх дало грязелікування у відношенні нерегулярних менструацій (77%); далі, відмічено знеболюючу дію при болючих менструаціях (у 68% хворих на дисменорею); зменшення значних менструацій спостерігалось частіше (у 64% з гіперменореєю), ніж збільшення скудних (у 40% з гіпоменореєю), особливо якщо у хворих, поряд зі скудними менструаціями, мали місце й інші розлади циклу (16%). Відновлення менструацій відбулося у кожній четвертій жінки з аменореєю. Таким чином, результати наших клінічних спостережень по відношенню до місцевого болювого симптому при хронічних запальних та гіпогенітальних процесах показали, що грязелікування призводить до позитивного ефекту при реабілітації жінок із запальними захворюваннями внутрішніх статевих органів.

Дорош А.І., Формазюк Т.В.

ХРОНІЧНИЙ ЕНДОМЕТРИТ ЯК ПРИЧИНА НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

У структурі запальних захворювань статевих органів, асоційованих з невиношуванням вагітності, важливе місце займає хронічний ендометрит (ХЕ).

Хронічний ендометрит – виникає частіше внаслідок неадекватного лікування гострого ендометриту, чому сприяють неодноразові вишкрібання слизової оболонки матки з приводу кровотеч, залишки шовного матеріалу після кесаревого розтину, внутрішньоматковий контрацептиви.

У 80–90% спостережень ХЕ зустрічається у жінок репродуктивного віку, викликаючи порушення менструального циклу (47%) і репродуктивної функції (67%), безпліддя (60–87%), невдалі спроби екстракорпорального запліднення (37%), невиношування вагітності (60, 5–86,7%).

Метою нашого дослідження було встановити причини виникнення хронічного ендометриту у вагітних.

З ціллю прегравідарної підготовки нами обсте-

жено 30 пацієнток репродуктивного віку (18–38) зі звичним невиношуванням вагітності різного генезу і хронічними вірусними інфекціями.

У всіх пацієнток були лабораторні ознаки носійства цитомегаловірусу (ЦМВ) і вірусу простого герпесу (ВПГ), двічі підтверджені методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) при дослідженні зіскрібка з цервікального каналу на 5–7 дні менструального циклу.

Залежно від результатів обстеження методом ПЛР пацієнтки були розділені на 3 групи: 1 група – ЦМВ–8 (26,7%), 2 група – ВПГ – 14 (46,7%), 3 група – поєднання ВПГ і ЦМВ – 8 (26,6%).

Хронічний ендометрит – це клініко-морфологічний синдром, при якому в результаті персистуючого пошкодження ендометрія інфекційним агентом (ЦМВ, ВПГ, поєднання ВПГ і ЦМВ) виникають множинні вторинні морфофункціональні зміни, що порушують циклічну біотрансформацію та рецептивність слизової оболонки тіла матки.

Дутчак Ю.І., Вовк І.І.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ В РЕПРОДУКТИВНОМУ ТА ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ВІЦІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Юр'єва Л.М.)

Згідно статистичних даних, частота дисфункціональних маткових кровотеч (ДМК) у жінок репродуктивного віку складає близько 30%, і в пременопаузальному віці сягає близько 35%. Своєчасна діагностика й лікування ДМК є однією з актуальних проблем сучасної гінекології та має важливе онкопрофілактичне значення.

Метою дослідження було проаналізувати клініко-морфологічні особливості ДМК у жінок різного віку.

Нами були обстежені 50 жінок віком від 20 до 55 років із ДМК. Першу клінічну групу склали 30 жінок віком від 20 – 49 років, другу – 20 жінок у віці 49 – 55 років.

Результати досліджень показали, що у 40% жінок першої групи і у 70% другої групи менархе зареєстровано у віці 11–13 років. Становлення менструального циклу відбувалось більше, ніж упродовж року у 53,3% жінок другої та тільки у 13,3% пацієнток першої групи. Менорагії діагностовано у 23,3% жінок першої та 50% обстежених другої групи ($p < 0,05$). Якщо частота артифіційних абортів та самовільних викиднів у двох групах була майже однаковою, то викидні, що не відбулися, та позаматкові вагітності мали місце в анамнезі тільки у пацієнток із ДМК репродуктивного віку.

Вивчення структури перенесених гінекологічних захворювань показало, що у пацієнток із ДМК репродуктивного віку найбільшу групу склали

запальні захворювання геніталій 26,6%, тоді як у пацієнток пременопаузального віку на першому місці по частоті були ДМК 45%.

Згідно результатів аналізу саме у обстежених пременопаузального віку визначено достовірно вищий рівень соматичної захворюваності. Серед клінічних проявів переважали ожиріння (55,0%), захворювання ШКТ (45%), захворювання щитоподібної залози (40,0%), цукровий діабет II тип (30,0%).

Морфологічним субстратом ДМК у репродуктивному віці були хронічний ендометрит (23,3%), поліпи ендометрію (20,0%), проста гіперплазія (16,6%). У 55,0% обстежених пременопаузального віку гістологічно діагностовали комплексну гіперплазію ендометрію.

Отже, до факторів ризику ДМК в репродуктивному віці слід віднести хронічні захворювання жіночих статевих органів. У пременопаузальному віці ДМК частіше розвиваються у жінок з тривалим становленням менструального циклу, поліменореями та високим індексом соматичної патології (метаболічними розладами, патологією щитоподібної залози, цукровим діабетом II типу на тлі порушень функції ШКТ).

Морфологічним підґрунтям ДМК у репродуктивному віці є хронічний ендометрит, тоді як в пременопаузальному віці – гіперпластичні процеси ендометрію.



Іванишин І.І.

ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ У ДІВЧАТОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Семеняк А.В.)

Запальні захворювання вульви і (або) піхви, синехії малих статевих губ є найпоширенішими гінекологічними захворюваннями у дівчаток дошкільного і молодшого шкільного віку. Важливість обговорення проблеми обумовлена не тільки високою частотою патології, схильністю до хронізації і рецидивуючого перебігу.

Найчастіше вульвовагініти сприймаються батьками дівчаток як «доросла» хвороба, багато часу й зусиль витрачається на те, щоб знайти її збудника, в той час як головне – це оздоровлення всього організму, санація вогнищ хронічної інфекції, лікування і профілактика типових «дитячих» хвороб: частих ГРВІ, атопічного дерматиту, ентеробіозу, дисбактеріозу та ін.

Частіше це пояснюється незрілістю імунної системи та анатомо-функціональними особливостями статевих органів, а саме: тонка та легко вразлива шкіра зовнішніх геніталій; виражена складчастість слизової оболонки піхви та наявність великої кількості вестибулярних залоз, лужна реакція виділень піхви; мала кількість глікогену; відсутність паличок Дедерляйна, слабка естрогенна насиченість.

Запалення зовнішніх статевих органів посідає перше місце в структурі гінекологічних захворювань дівчаток і дівчат.

Частота вульвовагінітів за даними різних авторів коливається від 12 до 93 %, причому, 60 %

патології має рецидивуючий характер.

Це пов'язано зі зниженням загальної й місцевої реактивності організму, опосередковане цілим рядом факторів: пригніченням імунітету, дисбіозомпологових шляхів у матері, порушенням нормального періоду адаптації немовляти, порушенням становлення мікробіоценозу слизових оболонок дитини, ГРВІ, гіпертрофією елементів лімфоїдного апарату носоглотки.

Під час лікування вульвовагініту в періоді гормонального спокою повинні враховуватись особливості мікроценозу піхви, який характеризується переважанням парабазальних і базальних клітин, наявністю переважно кокової флори. Все це порушує процес самоочищення піхви.

Середня тривалість лікування в амбулаторних умовах 12 ± 3 доби. За даними О.Г. Бугрової (1993), терапевтичний ефект від одного курсу – 40–65%, після двох курсів – 50–87; після трьох – 85–100%.

Висока частота виявлення вульвовагінітів у дівчат, велике соціальне значення наслідків цих захворювань для майбутніх репродуктивних перспектив визначає необхідність диспансерного нагляду за цим контингентом населення, який на думку деяких авторів має тривати до переводу дитини в дорослу поліклініку.

Іванишин І.І.

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НАДМІРНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Гресько М.Д.)

Проблема надмірних маткових кровотеч, як найчастішого ускладнення пременопаузального періоду, актуальна тому, що рак ендометрію займає перше місце у структурі злоякісних новоутворень внутрішніх статевих органів.

Тому метою нашого дослідження було вивчення факторів ризику розвитку надмірних маткових кровотеч у жінок пременопаузального віку. В основу роботи покладено проведений нами ретроспективний клініко-статистичний аналіз. Для комплексного вивчення факторів, які беруть участь в регуляції функціонального стану ендометрія та призводять до його порушення, нами вивчалася репродуктивна функція.

Аналізуючи анамнестичні дані репродуктивної функції, ми не знайшли чіткого взаємозв'язку. Проте, внутрішньоматкові втручання при виконанні абортів, мимовільне переривання вагітностей, без сумніву, можна розглядати як

преморбідні фактори патогенезу гіперплазії, оскільки у 355 (57,63%) хворих з надмірними матковими кровотечами в анамнезі були штучні аборти, у 75 (12,18%) – мимовільні викидні. Народжували 598 (97,07%) жінок, причому у 539 пацієнток (87,5%) мали місце фізіологічні пологи, у 59 (9,57%) – пологи шляхом кесарського розтину.

Більшість пацієнток мали несприятливий преморбідний фон у вигляді поєднання гінекологічної та екстрагенітальної патології. Структура гінекологічних захворювань за даними історій хвороб була представлена запаленням придатків матки – у 111 жінок (18,02%), у 63 пацієнток (10,23%) виконувалась кріо- або діатермокоагуляція шийки матки з приводу ерозії шийки матки, у 229 жінок (37,18%) виявлена міома матки (субсерозне та інтрамуральне розташування вузлів).

Каліманов К.І., Грицик Т.А.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
Кафедра акушерства та гінекології №1
(науковий керівник - к.мед.н. Марічереда В.Г.)

Частота ендометріозу коливається від 7 до 59% у жінок репродуктивного віку. При лапароскопічному дослідженні у хворих, які страждають на безпліддя, ендометріоз виявляється з частотою 20–40%. Сучасний підхід до лікування хворих ендометріозом полягає в комбінації хірургічного методу і гормонотерапії.

Матеріал і методи. У нашому дослідженні брали участь 73 пацієнтки з різними стадіями ендометріозу за 2012 рік на базі клінічної кафедри акушерства та гінекології № 1 міської клінічної лікарні №9. Був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнток у віці від 20 до 42 років, яким була проведена лапароскопія. У всіх пацієнток показанням до лапароскопії слугувало безпліддя.

У 19 (26%) виявлено I ступінь розповсюдження ендометріозу, у 25 (34,25%) – II ступінь, у 14 (19,25%) – III ступінь і у 15 (20,5%) – IV ступінь. Після гістологічного дослідження було проведено лікування гестагенами від 3 до 6 міс. Пацієнткам, яким при лапароскопічному

дослідженні була проведена періонектомія, гормональне лікування не проводилося. Супровідну патологію мали 48 (65,75%) пацієнток: це спайковий процес органів малого тазу – 16%, міома матки, вузлова форма – 7,3%, СПКЯ – 1,5%, позаматкова вагітність – 2,2%, патологічні зміни маткових труб – 8%.

Результати дослідження. Додаткові ендоскопічні маніпуляції при супутній патології проведені у 48 пацієнток. Так, у 22 хворих проведено роз'єднання зрощень у порожнині малого тазу, у 10 – консервативна міомектомія, у 11 – сальпінгонеостомія, у 3 – видалення плідного яйця, у 2 – дрільінг яєчників. Інтра- або післяопераційних ускладнень не спостерігалось. У жінок з наявністю ендометріодних кіст була проведена резекція яєчників (30%). В результаті дослідження відмічалось зниження больового синдрому.

Висновки. Таким чином, безпліддя I – 76%, безпліддя II – 24%. Зниження больового синдрому відмічалось у 70%.

Каліновська К.М., Захарчук Т.В.

МОРФОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТ У ВАГІТНИХ З ПРОЯВАМИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТЛІ НЕВИНОШУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

В 75% плацент від жінок досліджуваної групи спостерігалось незначне зменшення маси посліду (контроль–550,0+35,5 г.; дослідна група–410+12,3). Тканина плаценти темно-червона, борозни неглибокі, дольки нерівномірні за розмірами. Товщина плаценти відповідала гестаційному строку. На материнській поверхні, 65% плацент, зустрічались численні дрібні згортки крові, а в 35% плацент ішемічні інфаркти. Пуповина з варикозним розширенням вен.

Гістологічно в пуповині переважали артерії з щілиноподібним просвітом і гіпертрофією внутрішнього шару гладких м'язів. Гістологічна зрілість ворсинчастого дерева була неоднорідною. Відмічались вогнищеві розлади кровообігу: крововиливи в децидуальні оболонки і міжворсинчастий простір, в структури ворсинок. Капіляри в цих ворсинах нечисленні, розташовані переважно по центру. На материнській поверхні плаценти переважають ворсини з потоншеним епітелієм і ділянки склесених ворсин („афункціональні зони”), які поєднуються між собою синцитіальними містками. Ці особливості структури проміжних диференційованих ворсин призводять до скорочення дифузної поверхні ворсинчастого дерева, обсягу міжворсинчастого простору, що викликає хронічну дисфункцію плаценти.

В 40% спостережень виявлено хаотично

склерозовані ворсини, хаотично розташовані дрібні гіповаскуляризовані ворсини з щільною строюю і поодинокими вузькими капілярами, без плідних еритроцитів. В 30% плацент відмічався варіант незрілості по типу дисоційованого розвитку котиледонів, при якому поряд з нормальними термінальними ворсинами в зрізах зустрічались проміжні диференційовані та незрілі ворсини з переважанням ворсин, які відповідають гестаційному строку.

В 60% плацент зустрічаються дистально розташовані ворсини, які повністю замуровані у фібриноїд з ізольованими клітинами проліферуючого цитотрофобласту. В таких ділянках епітелій ворсин повністю чи частково відсутній, серед фібриноїдних мас знаходяться островці, де зберігаються капіляри, нерідко заповнені еритроцитами. Ці ділянки виключені з між ворсинчастого кровотоку і являють собою патологічну реакцію з серйозним вкладом в хронічну плацентарну недостатність.

Слід відмітити, що в більшості спостережень було виявлено середній рівень вогнищевих компенсаційних процесів за рахунок збільшення кількості синцитіальних вузликів.

Таким чином, в плацентах основної групи відмічалась фетоплацентарна форма хронічної плацентарної недостатності.



Карп'юк Ю.І.

ОРГАНОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

Діагностика ранніх органних перебудов у плаценті є важливим чинником, оскільки плацента спроможна здійснювати низку пристосувальних реакцій саме на органному рівні структурної організації, які можуть призвести до повної або часткової компенсації змін на рівні клітин.

Матеріал і методи. Використовували загальноклінічні, спеціальні акушерські та інструментальні методи, лабораторне оснащення, мікроскоп ЛЮМАМ.

Результати досліджень. Візуально різниця між плацентами у жінок дослідження була малозначимою. Лише у вагітних з проявами плацентарної дисфункції відмічалось зменшення блиску плодових оболонок (всі спостереження) і у чотирьох спостереженнях – жовтуватий відтінок плодових оболонок. Окрім того, у жінок з проявами плацентарної дисфункції, спостерігали менш глибокі борозни між котиледонами, що вказує на недостатню зрілість плаценти, але потребує подальшого вивчення на мікроскопічному рівні. За умови, якщо в плаценті спостерігається зменшення її середньої товщини, але при цьому зберігається її об'єм за рахунок збільшення площі найбільшого перетину – все це, за сучасними дослідженнями, слід вважати ефективною при-

стосувальною (компенсаторною) реакцією плаценти на органному рівні у відповідь на тривалий несприятливий вплив. Тобто, такі зміни слід вважати ознаками компенсованої плацентарної дисфункції.

За умови, що зменшення товщини плаценти супроводжується зменшенням її об'єму при незмінній або навіть зменшеній площі найбільшого перетину органу, такі зміни вважають проявом декомпенсації за умов хронічної плацентарної дисфункції. Найбільш показово вказані перебудови у структурах плаценти характеризує показник «площинно-товщинний індекс», який є кількісною мірою приплюснутого характеру плаценти – із збільшенням показника, частіше трапляється приплюснута форма плаценти.

Висновки. Органометричні показники мають своє підґрунтя. По-перше, об'єм плаценти є найбільш важливим показником першого рівня, оскільки віддзеркалює загальну масу плацентарних структур. По-друге, об'єм плаценти є кращим показником від «маси плаценти» через те, що його безпосередньо можна застосувати для обґрунтування інших просторових параметрів плаценти.

Кирстюк Ю.В., Ількун І.Я., Перебиківська А.М.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ, ЩО НАРОДИЛИ ДІТЕЙ З МАЛОЮ МАСОЮ ПРИ НАРОДЖЕННІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

Недостатність плаценти – це, перш за все, нездатність її підтримувати адекватний обмін речовин між організмами матері і плода.

Проведено аналіз 100 історій пологів у роділь з масою новонароджених до 3000 г (основна група) та 100 історій при масі дітей понад 3000 г (контрольна група) з терміном гестації від 30 до 40 тижнів.

Нами встановлено, що серед вагітних основної групи із затримкою розвитку плода під час гестації у нижньому відділі матки плацента локалізувалась по передній і задній стінках у 74 (74%) вагітних, у середньому відділі – у 14 (14%), у верхньому – у 10 (10%), у дні матки – у 2 (2%). У вагітних контрольної групи у нижньому відділі матки плацента була розміщена у 10 (10%) вагітних, у середньому – у 40 (40%), у верхньому – у 43 (43%), у дні матки – у 7 (7%).

У вагітних основної групи з нижньо-середнім

прикріпленням плаценти діти народжувалися з невеликою масою тіла (до 3000 г) у 92% випадків. Крім цього, у жінок даної групи відмічалась загроза переривання вагітності у 37% випадків проти 12% у жінок контрольної групи, дистрес плода, що не загрожує життю в 47% випадків (у 12% випадків відповідно), токсикоз першої (у 14% та у 3%), другої половини вагітності (у 18% та у 4%), передчасні пологи у 41(41%) вагітної проти 5% випадків в контролі. Крім того у 86 (86%) вагітних основної групи за даними УЗД плацента мала змінену товщину та структуру (петрифікати, лакуни, кальцинати, кісти), що свідчить про наявність плацентарної дисфункції.

Таким чином, групу високого ризику по розвитку плацентарної дисфункції потрібно формувати на ранніх термінах вагітності, звертаючи особливу увагу на низьке розміщенні плаценти в матці.

Кірган А.В., Лебідь Н.П.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РИНИТУ ВАГІТНИХ ТА ГОРМОНАЛЬНИХ ЗМІН В ОРГАНІЗМІ ВАГІТНОЇ

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - д.мед.н. Макаренко Г.І.)

Риніт вагітних (РВ) є досить розповсюдженою патологією у жінок в будь-якому терміні вагітності і зустрічається в 20–42% випадків. Внаслідок порушення носового дихання з'являються симптоми гіпоксії, які негативно впливають на стан жінки і розвиток плода. Але етіологія і патогенез РВ на даний момент є не цілком вивченими.

Мета дослідження. Вивчити гормональний фон вагітних жінок з РВ і встановити зв'язок тяжкості стану, наявних симптомів та порушення гомеостазу статевих гормонів.

Матеріал і методи. При виконанні роботи було обстежено 52 жінки, хворі на РВ, що знаходились на обліку в пологовому будинку №3 та 35 практично здорових жінок в якості контрольної групи. Трьома основними моментами в обстеженні були – анамнез, огляд оториноларинголога та кольпоцитологічне дослідження. В анамнезі враховувались наступні дані: наявність гіперестрогенії до вагітності, пасивне або активне паління, застосування оральних контрацептивів (ОК), надмірна маса тіла. Оториноларингологічний огляд включав передню риноскопію. Гормональний стан оцінювався за звичайною схемою, тобто за характерними змінами клітинного складу вагінального епітелію в залежності від ступеня його дозрівання.

Результати дослідження. Після опрацювання інформації й проведення статистичного аналізу ми отримали: гіперестрогенія до вагітності зустрічалась у 56%, пасивне паління спостерігалось у 33%, активне – у 28%, застосування ОК у 35%, надмірна маса у 37%; проти 6%, 16%, 34%, 8% та 10% випадків відповідно в контрольній групі практично здорових волонтерів. При оториноларингологічному огляді було відмічено, що утруднене носове дихання спостерігалось у 70%, набрякла слизова майже у 100% випадків, а виділення в основному (35%) були незначними. У хворих на РВ при кольпоцитології спостерігалось 84% парабазальних клітин проти 90% в контрольній групі.

Висновки. На основі отриманих даних ми бачимо, що захворюванню на РВ схильні вагітні з порушенням обміну гормонів до вагітності, надмірною масою, пасивні курці та ті, що застосовують ОК. Дані кольпоцитології свідчать про порушення гормональної регуляції в бік гіперестрогенії. До того ж, чим вищою була гіперестрогенія, тим вираженішими були симптоми. З усього випливає, що для запобігання або покращення стану при РВ необхідно корегувати декілька ланок впливу – спосіб життя, рівень естрогенів в організмі.

Ковалёв Е.В., Трубкина Т.Ю.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии
(научный руководитель - к.мед.н. Занько Ю.В.)

Задержка внутриматочного развития плода (ЗВУРП) встречается у 4–17% беременных и не имеет тенденции к снижению. Основным методом диагностики данного состояния является ультразвуковая фетометрия. В то же время показано, что рутинная фетометрия не улучшает перинатальные исходы в группе пациенток низкого риска и имеет ограниченную эффективность в диагностике ЗВУРП.

Материал и методы. Было проведено проспективное исследование на базе клинических родовых г. Витебска. Целью исследования явилось изучение диагностической значимости рутинной фетометрии для диагностики ЗВУРП на амбулаторном и стационарном этапах оказания помощи беременным. Клинически значимым исходом считалось наличие гипотрофии, степень которой оценивалась в соответствии с перцентильными шкалами Kattner et al. (1992). Определялась чувствительность и специфичность диагностики ЗВУРП на каждом этапе, а также прогностическая значимость положительного и отрицательного заключений, позволяющие судить о вероятности наличия, либо отсутствия ЗВУРП. Для цифрового выражения качества диагностики ЗВУРП использовались отношения правдоподобия для положительного заключения (LR+) – и отрицательного заключения (LR–). Чем выше значение LR+, тем сильнее связь между выставленным диагнозом и

наличием заболевания и чем ниже LR–, тем сильнее взаимосвязь между отрицательным заключением и отсутствием заболевания.

Результаты исследования. За время проведения исследования родилось 969 детей, из них 44 (4,5%) имели гипотрофию. На амбулаторном этапе истинноположительное заключение о наличии ЗВУР было выставлено 14 пациенткам (31,8%), в 12 случаях ложноположительно. В стационаре истинно- и ложноположительные заключения отмечались в 17 (38,6%) и 12 случаях соответственно. Ложноотрицательная диагностика имела место у 30 на амбулаторном и 27 женщин на стационарном этапе. Таким образом, чувствительность диагностики ЗВУРП составила 31,8% и 38,6%, специфичность 97,4% и 98,7% для соответствующих этапов. PV+ равнялась 53,8% и 58,6%, а PV– 96,8% и 97,1% соответственно для амбулаторного и стационарного этапов оказания помощи беременным. LR+ составила 24,5 для женской консультации и 29,7 для акушерского стационара, при этом LR– равнялись 0,7 и 0,6 соответственно.

Выводы. Рутинная фетометрия демонстрирует низкую чувствительность, низкую прогностическую ценность положительного заключения, низкое отношение правдоподобия для отрицательного заключения, в виду чего непригодна для диагностики ЗВУРП.



Кожарко І.О., Рак Л.М.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства та гінекології ФПО
(науковий керівник - к.мед.н. Рак Л.М.)

Гіперпластичні процеси ендометрію (ГПЕ) – розповсюджена патологія, частота якої суттєво зростає до періоду вікових гормональних перебудов у жінок. Патогенез ГПЕ прийнято розглядати з позиції порушення гормональних взаємовідносин. Однак, згідно теорії «запального» генезу, кожен атрофічний орган знаходиться під впливом неспецифічних подразників (хламідійної, мікоплазмової, уреоплазмової, цитомегаловірусної і герпетичної інфекції), що можуть викликати формування вогнищевої проліферації або дифузної гіперплазії епітелію і стромі. Тривалі морфологічні та функціональні зміни сприяють патологічній аферентації в структурі центральної нервової системи, яка регулює діяльність гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, внаслідок чого розвивається вторинна гіпофункція яєчників, формується ановуляція та зміни по типу абсолютної чи відносної гіперестрогенемії, а отже, ГПЕ.

Значна кількість дослідників на сьогодні розглядають ГПЕ як регенераторну проліферацію, що виникла внаслідок пошкодження ендометрію запальними процесами, вишкрібання стінок порожнини матки чи інших травмуючих факторів на ґрунті дисгормонемії. Тому вивчення впливу інфекційних агентів на стан морфологічної структури ендометрію є важливим для практичної

гінекології, оскільки відкриває можливості для удосконалення методів етіопатогенетичного лікування.

З метою підвищення ефективності діагностики і лікування гіперпластичних процесів ендометрію у жінок репродуктивного віку проведено вивчення мікробіоценозу гіперплазованого ендометрію шляхом мікробіологічного дослідження гістеробіопатів слизової оболонки матки.

Матеріал та методи. 26 жінок репродуктивного віку з безпліддям та ГПЕ, ультразвукове дослідження, гістероскопія, ІФА, радіоімунний, мікробіологічні методи дослідження – культивувальний, ПЛР.

Результати дослідження виявили залежність між хронічною персистуючою інфекцією в слизовій оболонці порожнини матки та цервікального каналу і виникненням гіперпластичних процесів ендометрію. Патогенна та умовно-патогенна персистуюча мікрофлора мала місце у 21 з 26 обстежених жінок (80,8%).

Висновки. В програму діагностики гіперпластичних процесів ендометрію необхідно включати мікробіологічне дослідження слизової оболонки матки. Урахування різноманітних чинників розвитку ГПЕ, особливо у жінок з хронічними запальними процесами статевих органів.

Коломійчук Н.М., Ткачук П.В., Бендера Т.І.

АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Насьогодні на фоні високого рівня інфекційних захворювань, зокрема тих, що передаються статевим шляхом, досить поширеним є бактеріальний вагіноз, збудником якого є *Gardnerella vaginalis*. За даними різних авторів, розповсюдженість гарднерельозу серед жінок репродуктивного віку становить від 18–32%.

Нами проведено клініко-статистичний аналіз історій хвороб 50 жінок, які отримували лікування в гінекологічному відділенні міського клінічного пологового будинку №2 в 2012 році. Доведено, що серед сприятливих чинників ризику виникнення бактеріального вагінозу найбільш поширеними є: естрогендефіцитні стани (вагітність, пременопаузальний вік), недостатня чутливість збудників захворювання до ряду препаратів у 51,2% пацієнток; нераціональність попередньо

проведеної антибактеріальної терапії у 64,2% жінок, наявність в анамнезі запальних захворювань статевих органів у 48,3% жінок. Чинниками, що сприяють розвитку бактеріального вагінозу, слід вважати захворювання шлунково-кишкового тракту (коліт, ентероколіт, гастродуоденіт) та ендокринопатії (50,0%).

Аналіз результатів проведених досліджень вказує на існування взаємозв'язку між станом біоценозу шлунково-кишкового тракту та статевих органів, тому при встановленні діагнозу бактеріального вагінозу у жінок доцільне комплексне клінічне обстеження, в тому числі дослідження стану шлунково-кишкового тракту, а також мікробіологічне дослідження мікроекології кишечника.

Куричова Н.Ю.

ВІДНОВЛЕНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК З МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ В ПЕРІОД ПЕРИМENOПАУЗИ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра акушерства, гінекології №1
(науковий керівник - д.мед.н. Щербина М.О.)

В перименопаузальному періоді особливостями маткових кровотеч (МК) найчастіше є їх ациклічність, гіперполіменорея, гіпоменорея, виникнення на тлі супутньої гінекологічної та екстрагенітальної патології.

Мета і завдання дослідження. Покращити результати лікування пацієнток з МК на тлі гіперпластичних процесів ендометрію (ГПЕ) в періоді перименопаузи на підставі патогенетично обґрунтованого диференційованого алгоритму лікувально-діагностичних заходів.

Матеріал і методи. Відповідно до мети і завдань даного дослідження нами було обстежено 115 жінок з матковими кровотечами на тлі ГПЕ у перименопаузальному періоді. Серед обстежених у 62 пацієнток була діагностована залозиста і залозисто-кістозна гіперплазія ендометрію (I група), у 25 жінок – атипова гіперплазія ендометрію (II група), у 28 пацієнток – залозисто-фіброзні та

фіброзні поліпи ендометрію (III група).

Результати дослідження. Нами застосовано комплекс сучасних методів морфологічного дослідження проліферативної активності ГПЕ з визначення вмісту генетичного матеріалу в ядрах клітин ендометрію у обстежених жінок з матковими кровотечами в перименопаузі (за реакцією Фельгена).

Висновки. Кожному з клініко-морфологічних варіантів ГПЕ відповідає визначений рівень проліферативної активності, що обумовлено кількістю клітинного генетичного матеріалу.

При АГЕ спостерігаються більш виражені зміни клонального профілю клітин, властиві дисплазії епітеліальних структур (плоїдність від 4,5 до 6,5 с), що є додатковим аргументом на користь прийняття активної хірургічної тактики у пацієнток з даною патологією.

Лавренюк Ю.В., Бочарова Н.Я.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Протягом більшої частини ХХ століття лікарі вважали, що якщо жінка один раз народила за допомогою кесаревого розтину (КР), то при наступній її вагітності також необхідно проводити операцію. У нашій державі за останні роки частота кесаревих розтинів становить близько 15%, і наявна динаміка до зростання. Таким чином, розродження жінок з рубцем на матці є актуальним питанням.

Мета дослідження. Визначити особливості підготовки до розродження вагітних з рубцем на матці та виявити можливі ускладнення у матері та плоду.

Матеріал і методи. Проведено клініко-статистичний аналіз 40 обмінних карт та історій пологів із яких I група – 20 жінок, розродженні шляхом повторного КР в нижньому сегменті, II група – 20 жінок, розродженні шляхом вагінальних пологів.

Результати дослідження. Отримані дані показали, що при підготовці жінок до розродження за даними УЗД товщина рубця на матці у першій групі була наступною, більше 4мм – 20%, 3,6–4,0 – 50%, 3,0–3,5 – 25% випадків та у 15% жінок менше 3мм. У другій групі більше 4мм – у 15%, 3,6–4,0 – 50%, 3,0–3,5 – 20% і менше 3мм у 15% жінок. Серед жінок I групи під час КР висічення

старого рубця було необхідним у 20% жінок, ще у 20% спостерігався виражений злуковий процес, гіпотонічна кровотеча у 5%, варикозне розширення вен малого тазу також у 5% випадків. Об'ємна крововтрата (>500мл) у 15% жінок. Ускладнення під час пологів та в післяпологовому періоді відмічено у 40% випадків II групи жінок, серед них слабкість пологової діяльності 10%, розриви піхви та промежини I ст. у 10%, передчасний розрив плодових оболонок у 15% та обвиття пуповини навколо шиї плоду – у 5%. З оцінкою за шкалою Апгар на 1 хв життя у I групі менше 3 балів народилось 5% дітей, 7 балів – 20%, 8 балів – 60%, 9 балів – 15% дітей, натомість у II групі – 8 балів – 50%, 9 балів – 45%, 10 балів у 5% новонароджених.

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать, що немає чіткої межі за товщиною, при якій буде спостерігатись неспроможність рубця або його розрив в пологах і навіть при товщині менше 3 мм ймовірність природних пологів є, хоча зменшення товщини рубця впливає на рішення лікаря і вагітної та підвищує ймовірність операції. Також необхідно зазначити значно нижчий відсоток ускладнень у II групи відносно прооперованих жінок.



Лашук Ю.М., Майборода М.В., Булик Т.С.

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ У ВАГІТНИХ.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Булик Т.С.)

Ожиріння – одна з найпоширеніших форм порушень жирового обміну серед жінок репродуктивного віку, де число вагітних з цією патологією досягає 15,5–26,9%. Питома вага вагітних, які страждають на ожиріння, в Україні за опублікованими даними різних авторів складає 15–38%. Останнім часом з'явилося багато робіт, присвячених актуальній проблемі ожиріння у вагітних (Чайка В.К. (2011), Маркин Л.Б. (2012), Дубоссарская З.М. (2012) та ін.). Наша робота присвячена огляду літератури по цій тематиці. Частота ожиріння у вікових підгрупах зростає: 30–32% – у віці 21–25 років, 26–28% – у віці 25–30 років і 37–40% – в більш старших вікових групах. Серед першородячих жінки з ожирінням складають 34–35% і серед повторнородящих – 52–64%. Причому, ожиріння 1-го ступеня діагностується у 45–52% жінок, 2-й – у 38–41%, 3-й – у 10–13% і 4-й – у 0,2%. За різними даними ускладнення вагітності при ожирінні зустрічаються в 72–84% випадків, що практично в 2 рази частіше, ніж у жінок з нормальною масою тіла, а необхідність в госпіталізації у зв'язку з відхиленнями гестаційного процесу

складає 49,5%. Ожиріння матері значно підвищує ризик розвитку дистресу плоду (28–32%) і асфіксії новонародженого (8–10%), як наслідку формування плацентарної дисфункції. Ендокринні порушення, характерні для ожиріння, впливають на фетоплацентарний кровообіг, сприяючи розвитку патології плаценти (формування кіст, дрібновогнищевих інфарктів, кальцифікатів і т.д.). При цьому частота порушень адаптації у новонароджених досягає 68%. У вагітних з ожирінням екстрагенітальна патологія, така як захворювання, серцево-судинної (26–48%) та системи дихання (18–25%), обумовлюють розлад матково-плацентарного кровообігу, розвиток плацентарної дисфункції (у субкомпенсованій та декомпенсованій формі), що визначає виснаження фетоплацентарних механізмів регуляції процесів росту і розвитку плоду та призводить до погіршення умов транспорту глюкози і кисню від матері до плоду, розвитку гіпоксії, посилення процесів відкладення глікогену в печінці плоду і затримку становлення глюконеогенезу після народження під впливом утримання гіпоксії у новонародженого.

Левковець І.В., Бакун О.В., Гринчук Г.В.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ДЕЯКИХ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Бакун О.В.)

Цитокіни секретуються, в основному, клітинами крові та імунної системи й мають автокринну та паракринну дію. Одна частина цитокінів має плюрипотентну дію, інша – специфічну дію на певні клітинні лінії. За дією на запальний процес цитокіни поділяються на 2 великі групи: прозапальні та протизапальні. З метою визначення ролі прозапальних та протизапальних цитокінів у жінок з безпліддям, нами вивчена концентрація протизапального цитокіну – ІЛ-4 та прозапального – ФНП- α . ФНП- α (кахексин) продукується різноманітними клітинами, в тому числі Т- і В-лімфоцитами при їх стимуляції, має різнобічну дію в залежності від його концентрації. Він сприяє проліферації Т- і В-лімфоцитів, активації природних кілерів (NK) і макрофагів, підсилює продукцію простагландинів, синтез адгезивних молекул на ендотеліальних клітинах, що дозволяє нейтрофілам прикріплюватися до стінки судин у місцях запалення, активує респіраторний вибух у нейтрофілах та підсилює кінінгову потенцію фагоцитуючих клітин і продукцію ІЛ-1 та ІЛ-6. Протизапаль-

ний цитокін ІЛ-4 продукується активованими CD4+ лімфоцитами 2 типу (Th-2). Головна його функція – сприяння переключенню плазматичних клітин із синтезу імуноглобуліну G1 (Ig G1) на синтез Ig G4 та імуноглобуліну E (Ig E); підсилює проліферацію В-лімфоцитів. ІЛ-4 є антагоністом гама-інтерферону, пригнічує продукцію ІЛ-1, ФНП- α , ІЛ-6,8, інгібує цитолітичну активність CD8+ лімфоцитів і макрофагів. Ураховуючи вказане вище, з метою визначення орієнтовної концентрації прозапальних та протизапальних цитокінів у жінок із безпліддям, нами вибрані саме ці цитокіни. Одержані та наведені результати вивчення концентрації прозапального цитокіну (ФНП- α) та протизапального (ІЛ-4) показали, що в жінок з безпліддям концентрація цих цитокінів не відрізнялася від такого показника у практично здорових жінок, але встановлена тенденція до зростання (на 3,3 %) концентрації протизапального ІЛ-4 та зменшення (на 4,2 %) концентрації прозапального ФНП- α .

Lupashku A.S.

ANTENATAL USE OF MAGNESIUM SULFATE FOR NEUROPROTECTION OF THE FETUS IN WOMEN AT HIGH RISK OF PRETERM BIRTH

Scientific Research Institute, Chisinau, Moldova
 Scientific Laboratory of Obstetrics
 (scientific advisor- PhD Petrov V.N.)

Abstract. Preterm babies remain at high risk of neurological complications. Magnesium sulfate antenatal administration, as a neuroprotective drug in preterm birth is endorsed by various other authorities. Because of the fact that in literature exist different opinions of MgSO₄ administration and we need to prevent neurological complications, we decide to make our proper trial, to study the neurological effect of this drug, to develop specific guidelines in regard to inclusion criteria, treatment regimens, concurrent tocolysis, and maternal-fetal monitoring

Objective: To determine antenatal neuroprotective influence of MgSO₄ on neonatal results.

Methods: In this study were included 140 pregnant women, with monofetal pregnancy in gestational age from 26 till 33 + 6 weeks of gestations, who delivered till term of 34 weeks of gestation, which were divided into 2 groups. In first group in 80 cases had been administrated neuroprotective

therapy with MgSO₄ (sol. MgSO₄ 25% – 20,0ml + sol. NaCl 0,9% – 20,0 ml in bolus time of 15 min (slowly, i/v), with continuing perfusion sol. MgSO₄ 25% – 20,0ml + sol. NaCl 0,9% – 200,0 ml (1g/h). In the second group in 60 cases, after the same scheme we perfused NaCl as placebo.

Results. In morbidity structure of new borns in both groups we received the same prevalence of septic complications, without semnificative statistic difference ($p > 0,05$). In time that received results on central nervous system complications in premature infants, such as intraventricular haemorrhagia, sesures, had been reduced by 3 times in group with MgSO₄ in comparison with placebo group $OR = 3,26$, ($0,86 < OR < 13,29$) $RR = 2,96$; $p < 0,05$.

Conclusions: The antenatal administration of MgSO₄, as a neuroprotective drug reduce the risk for neurologic adverse outcomes in this vulnerable group of infants.

Майборода М.В., Лашук Ю.М., Булик Т.С.

ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ПРОГЕСТЕРОНУ ТА ПЛАЦЕНТАРНОГО ЛАКТОГЕНУ У ВАГІТНИХ З ОЖИРІННЯМ В РАННІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
 (науковий керівник - к.мед.н. Булик Т.С.)

Контроль змін гормонального фону, як пристосувально-адаптивної реакції під час вагітності є, на думку європейських експертів, одним з пріоритетних напрямків наукових досліджень з проблем охорони здоров'я жінок та немовлят.

Встановлено, що людський плацентарний лактоген (ПЛ) протягом всієї вагітності збільшується майже в 30 разів і стимулює вивільнення додаткової кількості інсуліну з підшлункової залози, призводячи до появи компенсованої периферичної інсулінорезистентності, змінює ліпідний метаболізм через адипонектиновий та цитокіновий механізми, а також посилює синтез ПГ, покращуючи інвазію трофобласта в ділянці плацентарного ложа в першому триместрі і зменшує імунологічний конфлікт «мати-плід».

Встановлено зменшення сироваткового прогестерону (ПГ) та ПЛ у вагітних із ожирінням у 2,1–2,6 разу та 3,8–6,9 разу відповідно, ніж у групі контролю ($p < 0,001$).

При цьому, дані показники у осіб з III ступенем ожиріння вірогідно менші за такі у жінок з ожирінням I ст. на 18,9% ($p < 0,05$), для ПГ та на 45,5% ($p = 0,004$) для ПЛ.

Необхідно зауважити, що, незважаючи на вагомій відмінності між групами дослідження, проаналізовані вище показники знаходились у межах нормальних значень, що свідчить про достатню компенсаторну реакцію.

Рівень прогестерону у жінок контрольної групи за наявності D-алеля гена ACE та 5G-алеля гена PAI-1 (ID/4G5G, DD/5G5G) був більшим, ніж у носіїв II/5G5G-гаплотипу, але вірогідно тільки за ID/4G5G-комбінації на 14,7% ($p < 0,05$).

У вагітних із ОЖ при поєднанні DD-генотипу гена ACE та 4G-алеля гена PAI-1 (DD/4G4G, DD/4G5G) концентрація ПГ навпаки була нижчою, ніж у таких із II/5G5G та DD/5G5G гаплотипами у 1,2–2,6 разу ($p < 0,05$). При цьому вірогідно найменший рівень ПГ серед обстежуваних дослідної групи спостерігали у DD/4G4G носіїв.



Мартинюк К.А., Бружа Л.О.

АНАЛІЗ СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ, РОЗРОДЖЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ ВАКУУМ-ЕКСТРАКЦІЇ В II-МУ ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О.В.)

Провідне місце в структурі захворюваності новонароджених належить внутрішньоутробній асфіксії, інфікуванню плода, вродженим вадам розвитку та постгіпоксичним ураженням центральної нервової системи.

Мета дослідження. Вивчити частоту перинатальної захворюваності у новонароджених, розроджених за допомогою вакуум-екстрактора з приводу дистресу плода в II періоді пологів.

Матеріал і методи. Проаналізовано 45 історій новонароджених з дистресом плода в II періоді пологів.

Результати дослідження. Із групи досліджених нами дітей 39 (86, 6%) були народжені від I вагітності та 6 (13, 4%) від повторнонароджуючих жінок.

В залежності від терміну гестації: до 37 тижнів народилась 1 дитина (2,2%), в 37 – 40 тижнів – 32 дитини (71,1%), пізніше 40 тижнів – 12 дітей (26,7%). Всім роділлям був накладений вакуум-екстрактор з приводу дистресу плода II періоді пологів: в площині вузької частини малого тазу – 14 дітям (31%), в площині виходу – 31 дитині (69%). Аналіз маси та довжини немовлят при народженні показав, що основна група дітей 40% були з вагою від 3000 г. до 3500 г; діти 3500–4000 г. склали 37%; до 3000 г. – 13,3% і більше 4000 г. – 8,9%.

Оцінюючи новонароджених за шкалою Аргар на 1 хв. нами виявлено важку асфіксію у однієї дитини, що складає 2,2%. З оцінкою 4–6 балів за Аргар – було 5 дітей (11,1%). Основна кількість новонароджених – 38 (86,7%) народилося в задовільному стані.

Із числа досліджуваних 18 дітям було надано невідкладну респіраторну допомогу при народженні: ШВЛ через інтубаційну трубку проводилось 9 малюкам (19,9%); вентиляційна підтримка за допомогою мішка та маски Penlon була проведена 3 дітям, що складає 6,6%; вільного потоку кисню потребувало 6 дітей (13,3%). Патологію в ранньому неонатальному періоді у досліджуваній групі дітей було виявлено в 15 випадках (33,4%). У даній категорії новонароджених в 42,2% встановлено постгіпоксичну енцефалопатію, у 35,5% було діагностовано кефалогематому, вегето-вісцеральний синдром зустрічався у 4,4%, парез Ерба становив 2,2%.

Втрата ваги після народження була патологічною у 24,4% випадках.

Із досліджуваної групи дітей було переведено на другий етап вихід жування 11 новонароджених (24,4%).

Висновок. Таким чином проведені дослідження свідчать про необхідність своєчасної діагностики дистресу плода в II періоді пологів.

Михайлюк Є.В.

ОСОБЛИВОСТІ СОМАТИЧНОГО ТА АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Ендометріоз – це патологічний доброякісний процес, при якому в міометрії або в інших органах статеві системи та за її межею виникають вогнища, структура яких характеризується наявністю епітеліальних та стромальних елементів, подібних до структури ендометрію.

Для вивчення особливостей соматичного та акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок з ендометріозом нами проаналізовано 70 історій хвороб жінок, які перебували в міському клінічному пологовому будинку №2 м. Чернівці. Відомо, що характер праці має певний вплив на індекс здоров'я населення, зокрема жінок. Враховуючи цей факт, нами вивчено особливості трудової діяльності хворих та виявлено, що до найчисельнішої групи належали службовці (53,0%), на другому місці знаходились робочі промислових та сільськогосподарських об'єктів (26,5%), домогосподарки та пенсіонерки становили 20,5%. Вік хворих коливався від 34 до 50 років, середній вік становив 43 років.

З метою уточнення ролі первинного порушен-

ня гіпоталамо-гіпофізарної регуляції в розвитку ендометріозу у хворих нашого регіону проведено вивчення характеру менструальної функції та встановлено, що вік початку менструацій коливався в межах від 11 до 15,5 років (середній показник – 13,4 року). У 75,5% пацієнток менструації з моменту менархе були неболючими, у 24,5% перебігали з больовим синдромом. Аналіз медичних карт показав, що первинним безпліддям страждали лише 5,5% хворих, у 68,0% в анамнезі були штучні аборти, у 22,7% – самовільні викидні. Пологи (фізіологічні та патологічні) мали місце 87,2% жінок.

Проведений аналіз показав, що у жінок Буковинського регіону розповсюдженість ендометріозу матки не виходить за межі популяційних, проте існує тенденція до зростання частоти захворювання. Збережена репродуктивна функція не попереджає захворювання, а внутрішньоматкові інвазії (аборти, самовільні викидні, патологічні пологи) слід розглядати, як фактори ризику ендометріозу.

Мойсик О.М.

ЛІКУВАННЯ ПІЕЛОНЕФРИТУ У ВАГІТНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Ніцович І.Р.)

Виникненню піелонефриту у вагітних сприяють гормональні зміни, властиві вагітності, здавлення сечоводів збільшеною маткою, наявність вогнищ інфекцій. Збудниками часто є умовно-патогенні мікроорганізми: *E.colli*, *Proteus*, також *Klebsiella*, *Enterococcus*. Піелонефрит несприятливо впливає на перебіг вагітності: пізній гестоз приєднується близько в 40% хворих, невиношування досягає 30%. Традиційна антибактеріальна терапія часто не виявляє достатнього лікувального ефекту внаслідок того, що порушується система гомеостазу і знижується здатність доставки препарату у вогнище запалення.

Метою дослідження. Поліпшити результати лікування вагітних з піелонефритом шляхом застосування направленого транспорту антибіотиків на аутологічній клітинній масі крові. Нами було обстежено 80 вагітних віком від 18 до 35 років і терміном гестації від 22 до 37 тижнів. Хворі скаржились на підвищення температури тіла до 38°C, озноб, біль у попереку, що ірадіює по ходу сечоводів. Симптом Пастернацького був позитивний. Діагноз підтверджено за допомогою УЗД нирок, загального аналізу сечі, засіву сечі. Вагітні були розділені на 2 групи: перша (контрольна) – 40 вагітних, яким проводилося лікування за традиційною методикою (з введенням чутливих до збудника антибіотиків); друга (основна) – 40 вагітних,

яким крім традиційного лікування, проводилась методика спрямованого транспорту антибіотиків (СТА). Методика СТА заключається в тому, що жінкам проводили забір та центрифугування крові за стандартною методикою (близько 200 мл). У відсепаровану клітинну масу (60 мл) вводили разову дозу цефалоспоринов IV покоління (враховуючи чутливість до мікроорганізмів) і АТФ. Для покращення фіксації антибіотика і стимуляції фагоцитарної активності, клітинну масу інкубували при 37°C. Цю клітинну масу вводили хворій внутрішньовенно. Курс лікування – 4 процедури.

Після проведеного лікування у 32 (80%) вагітних основної групи, була відмічена позитивна динаміка клінічного стану на 2–3 добу після 1–2 сеансів СТА. Це виражалося в зменшенні ступеню інтоксикації, нормалізації температури тіла і лабораторних показників. Серед вагітних контрольної групи, позитивна динаміка була відмічена у 28 (70%) хворих, покращення наступало лише на 12–15 день від початку лікування. Таким чином, застосування СТА в лікуванні піелонефриту у вагітних значно покращує ефективність антибіотикотерапії. Це пов'язано зі збільшенням концентрації антибіотика у вогнищі запалення, що значно зменшує ризик невиношування вагітності, виникнення пізніх гестозів, передчасних пологів.

Москалюк Л.В.

АНАЛІЗ АНТЕНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЩОДО ВИНИКНЕННЯ ДИСТРЕСУ ПЛОДА В ПОЛОГАХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О.В.)

Гіпоксія плода – зміни в організмі плода, які виникають під впливом недостатнього постачання киснем тканин і органів. Діагностика внутрішньоутробної гіпоксії плода утруднена у зв'язку з неможливістю взяття крові плода. Тому використовують термін „дистрес плода”, який включає усі порушення функціонального стану плода під час вагітності і пологів (зустрічається в 10,5% випадків від загального числа пологів).

Мета дослідження. Проаналізувати антенатальні фактори ризику щодо виникнення дистресу плода в пологах. Ми опрацювали 69 історій пологів жінок із дистресом плода у II періоді пологів МКПБ № 2 м.Чернівці. Вік обстежених жінок коливався від 16 до 38 р. Середній вік – 30,4 р. У віковій групі до 20 р. – 7 жінок (10,1%), від 20 до 25 р. – 32 жінки (46,4%); від 26 до 30 р. – 14 (20,3%) жінок, старше 30 р. – 16 (23,2%) жінок. Першовагітних було 47 (68%), у решти (22 (32%)) – повторною. Нормальні пологи були у 62 (89,9%) жінок, у 7 (10,1%) вагітних раніше були самовільні викидні і 6 мали штучні аборти.

Найчастіше зустрічалася ерозія шийки матки – у 17 жінок (24,6%). Запальні захворювання жіночої статеві системи – у 13 обстежених (18,8%). Порушення менструальної функції виявлені у 4 жінок (5,7%).

Найпоширенішими патологіями є хронічний піелонефрит (21,7%), НЦД (23,2%), ДНЗ (15,9%)

і пролапс мітрального клапана (17,4%). Під час вагітності майже у половини обстежених (46,4%) була анемія I – II ступеня тяжкості. Майже у однакової кількості жінок були хвороби серцево-судинної системи (11,6%) і гестаційні набряки (13%).

Стан плоду на початку пологів оцінювали за даними КТГ. Базальну частоту серцевих скорочень визначали у 10 (14,5%) плодів – у всіх була у межах норми. Аналізуючи амплітуду базального ритму встановлено, що низькоосциляторних варіантів було 17 (24,6%), високоосциляторних – 7 (10,1%) і середньоосциляторних – 36 (52,1%). Переважали високочастотні ритми – 49 (71%), з меншою частотою зустрічалися низько- і середньочастотні базальні ритми – 2 (2,9%) і 11 (15,9%) жінок відповідно. Ацелерації виявлено у 16 (23,2%) випадках, а децелерації – у 2 (2,9%). Оцінку стану плода за показниками біофізичного профілю проведено у 15 (21,7%) жінок. Задовільний стан плода був у всіх випадках.

Отже, вагітні із запальними захворюваннями жіночої статеві сфери, а також з екстрагенітальною патологією інфекційного генезу, складають групу ризику щодо антенатального ураження плода, зниження його адаптаційних можливостей.



Небоженко Х.М.

ПРОФІЛАКТИКА І КОРЕКЦІЯ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Гресько М.Д.)

У зв'язку зі збільшенням тривалості життя в сучасному суспільстві зростає інтерес до проблем здоров'я жінок старшої вікової групи. Одним з актуальних завдань сучасної медицини є пошук нових підходів до лікування клімактеричних розладів. Особливий інтерес викликають представники класу біофлавоноїдів, які проявляють естрогенні властивості і називаються «фітоестрогенами».

Мета дослідження. Оцінка впливу Лайфеміну на клінічний перебіг менопаузи, а також визначення ефективності, переносимості та побічних ефектів його застосування у жінок з клімактеричним синдромом в менопаузі.

Матеріал і методи. Обстежено 50 жінок в менопаузі. Усі пацієнтки були розподілені на 2 клінічні групи. До I групи увійшло 30 жінок, яким призначався Лайфемін по 2 капсули на добу протягом 3-х міс.; II групу склали 20 пацієнток, які з різних причин не отримували гормональну або немедикаментозну замісну терапію. Вік жінок у обох групах коливався у межах 45-49 років, середній показник - $46,3 \pm 1,8$ і $46,1 \pm 2,1$ років відповідно. Групи пацієнток достовірно не відрізнялися за анамнезом, наявністю екстрагенітальної патології. Онкологічна патологія у пацієнток на момент проведення дослідження була виключена.

Аналіз клінічної ефективності дії Лайфеміну здійснювався на основі динаміки змін показників індекса Купермана через 30, 60, 90 днів прийому препарату. У ці ж терміни досліджувався ліпідний профіль, проводилися визначення індекса маси тіла (ІМТ), контроль АТ, загальноклінічні аналізи крові та сечі.

Результати дослідження. Подальші спостереження показали, що в I групі частота і вираженість симптоматики прогресивно знижувались: індекс Купермана у пацієнток I групи становив $19,1 \pm 0,9$ у 1-й місяць терапії проти $14,4 \pm 1,8$ - через 3 міс. У II групі у пацієнток, які не отримували Лайфемін достовірних змін індекса Купермана не спостерігалось - $24,5 \pm 2,2$ проти $27,3 \pm 1,7$ балів відповідно. У жінок II групи було відмічено зростання ІМТ з $31,3 \pm 4,6$ до $36,8 \pm 3,2$, що свідчило про розвиток або поглиблення метаболічних порушень, пов'язаних із настанням менопаузи. При порівнянні частоти і вираженості вегетосудинних та психоемоційних порушень у жінок обох клінічних груп через 3 місяці було виявлено достовірно позитивну динаміку показників у I клінічній групі.

Таким чином, Лайфемін чинить позитивний вплив на вазомоторні симптоми і ліпідний профіль жінок в менопаузі.

Олейник Н.С., Руденко Д.Ю., Яремчук О.Н.

РОЛЬ ДОППЛЕРОМЕТРИИ СОСУДОВ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, Украина
Кафедра акушерства и гинекологии
(научный руководитель - д.мед.н. Луценко Н.С.)

Цель работы. Оптимизация подбора пациентов с миомой матки для эмболизации маточных артерий.

Материал и методы. Обследовано 25 пациенток репродуктивного и пременопаузального возраста, страдающих миомой матки, которым проведена эмболизация маточных артерий (ЭМА). Исследование проводилось на базе медицинского центра «ЮЛИС» г.Запорожье на ангиографе GEOEM 9800. В качестве эмболизирующего вещества использовали поливинилалкоголь PVA (Cook). Продолжительность наблюдений 6 месяцев. Средний возраст женщин составил 46,6 года (от 36 до 50 лет). Всем женщинам перед ЭМА производилось общеклиническое исследование (согласно стандартам МОЗ для малых операций) и доплерометрического исследования кровотока в сосудах миоматозного узла с получением показателей скоростей: V_{max} , V_{min} и IR. В зависимости от типа васкуляризации миоматозного узла, пациентки были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли (50%) пациенток с гиповаскулярными опухолями. 2-ю группу составили (50%) женщины с опухолями, обладающими гиперваскуляризацией узлов.

Результаты исследования. По данным скоростей кровотока в обеих группах получены следующие

результаты: в узлах с низкой степенью кровоснабжения минимальный IR был 0,32, максимальный - 0,73 ($0,50 \pm 0,06$) и V_{max} в сосудах узла колебалась от 8,7 до 15,5 см/с со средним значением 12,6 см/с. В опухолях с высокой степенью кровотока интервал IR составлял 0,49-0,73 ($0,56 \pm 0,06$) с V_{max} от 37,3 до 90 см/с (среднее значение 51,05 см/с).

По нашим данным через три месяца узлы в 1-й группе уменьшились в среднем на 28,3% (12-39%), через 6 мес. - на 46% (33-52%), во 2-й группе - 45,8% (23-71%) и 57,6% (45-76%) соответственно.

Что касается менструальной функции, получены следующие данные: в 1-й группе через 3 мес. после ЭМА объем кровянистых выделений сократился на 22,5%, через 6 мес. - на 40,9%. Во 2-й группе получены соответственно данные - 36,2% и 52,4%.

Выводы. Использование доплерометрического исследования сосудов миоматозных узлов перед эмболизацией маточных артерий позволяет оптимизировать подбор пациентов, страдающих миомой матки, для данной процедуры и с высокой вероятностью прогнозировать положительные результаты лечения.

Остапчук К.В., Гошовська А.В.

АНАЛІЗ СОМАТИЧНОГО, АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ТА РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ У ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ ПРИ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Гошовська А.В.)

Стан, який характеризується підвищеним рівнем чоловічих статевих гормонів яєчникового, наднирикового та змішаного генезу, що призводить до порушення менструальної, репродуктивної та дітородної функції, називається гіперандрогенією. Найчастішим механізмом загрози переривання та невиношування вагітності при неповноцінній лютеїновій фазі менструального циклу, яка пов'язана з недостатнім рівнем прогестерону, так і зі змінами, які відбуваються в ендометрії при порушенні процесів секреторної трансформації. Недорозвинення залоз, стромы, судин, глікогену створюють несприятливі умови для розвитку трофобласта та живлення зародка, що обумовлюється загрозою переривання вагітності та невиношуванням.

Вивчаючи особливості соматичного, акушерсько-гінекологічного анамнезу у жінок з невиношуванням вагітності при гіперандрогенії було виявлено, що переважна більшість жінок з невиношуванням вагітності та проявами гіперандрогенії (основна група) відносилася до групи «вікової первістки», а саме від 21 до 30 років – 4 особи; 35 – ти років – 7 пацієнток; старших 35 років – 9.

Оцінюючи акушерсько-гінекологічні дані анамнезу слід зазначити, що у жінок з явищами гіперандрогенії відмічалися значні порушення

менструальної функції у порівнянні з жінками групи контролю. У переважній більшості жінок основної групи менархе з'являлося 15–16 років, тоді коли у жінок групи контролю менархе з'являлося у віці 12–13 років. Значні порушення менструальної функції спостерігалися у жінок основної групи, а саме: нерегулярний ановуляторний менструальний цикл – 60%, первинні і вторинні аменореї – 46%, олігоменореї – 40% тоді, коли у жінок контрольної групи відмічався регулярний 28–30 денний менструальний цикл. Основним симптомом у жінок з проявами гіперандрогенії являлась хронічна ановуляція – 11 (73%) та довготривале безпліддя в анамнезі – 8 (53%) на відміну жінок контрольної групи. Проводячи об'єктивні дослідження, слід зазначити, що у жінок основної групи був значно виражений гірсутизм з наявністю стержневого волоссяного покриву на задній поверхні стегон, гомілках, промежини, білій лінії живота, волоссяного покриву над верхньою губою та множинними акне. Значно ускладнився перебіг вагітності у жінок з проявами гіперандрогенії, а саме: загрози переривання вагітності – 12 (80%), загрози передчасних пологів – 6 (40%), часткове відшарування хоріону чи плаценти – 7 (46%).

Петричук М.О., Булик Т.С.

ПЛАЦЕНТАРНА ДИСФУНКЦІЯ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Булик Т.С.)

На сучасному етапі розвитку акушерства та перинатології ключовою проблемою стала плацентарна дисфункція (ПД). Принципово важливим питанням є відношення до ПД як до самостійного клінічного синдрому, який супроводжує основний патологічний стан, оскільки аналіз літератури показує, що часто ПД розглядають окремо від етіологічних факторів – причин та умов її виникнення. При цьому констатується порушення кровообігу в судинах фетоплацентарного комплексу, після чого рекомендуються препарати щодо покращення мікроциркуляції та доставки кисню. При цьому причини, які викликали ПД, залишаються поза кадром, а лікування основного захворювання не завжди пов'язують з профілактикою ПД та лікуванням. Багато досліджень в останні роки були присвячені оцінці ризику ПД на тлі ендокринної патології. На тлі як ізольованої, так і сполученої ендокринної патології вагітність ускладнюється первинною (ранньою) ПД. Вона формується в період імплантації, раннього ембріогенеза та плацентації (до 16 тиж).

В патогенезі ПД вирішальну роль відіграють

молекулярні та клітинні зміни з порушенням регуляції адаптаційних гомеостатичних реакцій клітин плаценти. Клінічно вона проявляється картиною загрози переривання вагітності та самовільного викидня в ранні терміни вагітності. Встановлено, що загроза викидня реєструється у 91% жінок із ПД.

Діагностика та лікування ПД в пізні терміни з об'єктивних причин починаються зі спізненням і тому не завжди ефективні. Особливістю перебігу ПД на ожирінні є ранній початок та кореляція ступеня клінічних проявів і ступеню ожиріння. Опубліковані мета-аналізи свідчать про потребу корекції способу життя – корекцію харчування як до, так і під час вагітності. Ініційовані дослідження з генетичних предиктив ПД, що дозволить сформувати групи ризику в залежності від виявленого поліморфізму генів.

Таким чином, ведення вагітності на тлі ожиріння потребує наукового підходу та подальшого вивчення. Заходи з профілактики материнських та перинатальних ускладнень у таких пацієнток повинні починатися з нормалізації ваги тіла до вагітності.



Попеску А.М., Волошинович Н.С.

ІНТРАНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ДИСТРЕСУ ПЛОДА В ПОЛОГАХ.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О.В.)

Всі порушення функціонального стану плода сьогодні прийнято визначати терміном «дистрес плода».

Особливої актуальності набуває діагностика дистресу плода в пологах.

Діагностика дистресу плода в II періоді пологів базується на наступних критеріях кардіомоніторних даних: брадикардія (90 уд/хв і менше), ранні децелерації амплітудою більше 60 уд/хв, пізні – амплітудою більше 45 уд/хв, варіабельні – амплітудою 60 уд/хв, варіабельність базального ритму (2 та менше ударів за хв).

Метою нашого дослідження було визначити інтранатальні фактори ризику виникнення дистресу плода в пологах.

Нами проведено аналіз 69 історій пологів жінок, які були родорозрішені шляхом вилучення плода за допомогою вакуум-екстрактора з приводу дистресу плода в II періоді пологів.

Проведений аналіз інтранатальних факторів ризику показав: при доношеній вагітності дистрес плода в II періоді пологів зустрічався у 48 жінок, що склало 70% всіх випадків, недоношені вагітності терміном 36 тижнів відмічалися у 3 жінок (3%), перенесені – у 18 жінок (27%).

Оцінюючи тривалість пологів, було встановлено, що I період пологів тривалістю до 6 годин спостерігався у 16 роділь (23,2%), тривалістю до

12 годин – у 37 (53,6%), довше 12 годин – у 16 роділь (23,7%).

Що стосується перебігу II періоду пологів, він виглядав наступним чином: у 46 роділь (66,6%), його тривалість складала до 20хв., у 13 (18,8%) – 21–30 хв., у 6 (9,7%) – 31хв–1 година. Довше 1 години II період перебігав у 4 роділь (5,8%).

Передчасний розрив навколоплідних оболонок було діагностовано у 16 випадках, що дорівнювало 23,1%.

Стимуляція пологової діяльності була проведена 7 жінкам, що становить 18,1%.

Показами до накладання вакуум-екстрактора були: гострий дистрес плода – 69 (94,2%), аномалії пологової діяльності – 9 (13%), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – 2 (1,4%). В II періоді пологів стан плода оцінювали за допомогою кардіомоніторних даних.

Показами до накладання вакуум-екстрактора у обстежених роділь були стійка брадикардія – 58 випадків (84%), патологічні децелерації – 6 (8,8%), патологічна варіабельність базального ритму – 5 (7,3%).

Таким чином, проведене дослідження свідчить про необхідність удосконалення діагностики дистресу плода в II періоді пологів, а також виявлення ранніх ознак страждання плода.

Пушкашу А.В.

ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ГОРМОНІВ У ВОРСИНАХ ХОРІОНУ ПРИ ВИКИДНІ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Карлійчук Є.С.)

Серед акушерських ускладнень, що не мають тенденції до зниження, велику частку займає невиношування (10–26%), а в його структурі – викидень, що не відбувся (8–12%), причини якого часто не встановлюються.

В зв'язку з цим, метою нашої роботи було вивчення морфо-функціональних порушень децидуотрофобластичної системи при викидні, що не відбувся.

Для вирішення поставленої мети ми використовували наступні методи дослідження: клінічні, імуногістохімічні та статистичні.

Нами обстежено 138 вагітних жінок з відмерлою вагітністю в I триместрі, які були госпіталізовані в ургентному та плановому порядку в гінекологічне відділення міського пологового будинку №2 м.Чернівці. Контрольну групу склали 60 жінок, у яких вагітність перебігала фізіологічно і був проведений артифіційний аборт в терміні 5–8 тижнів гестації. Діагноз викидня, що не відбувся, встановлювався при УЗД на 5–8 тижні вагітності на підставі відсутності серцебиття ембріона.

Вагітні обох груп були репрезентативні за віком та зросто-ваговими показниками.

Сукупна частота гінекологічних захворювань була вищою в основній групі. Захворювання жіночої статеві сфери в анамнезі відзначені у 55 жінок із викиднем, що не відбувся в I триместрі і у 12 вагітних контрольної групи (39,85±3,95%

проти 20,00±7,30% відповідно, $p < 0,05$).

Нормальні пологи в анамнезі були у 51 (36,95%) жінки. Патологічні пологи – у 8 (5,80%) жінок. Відмерла вагітність в анамнезі діагностована у 3 (2,17%). Перинатальні втрати в анамнезі відмічалися у 2 (1,45%) жінок.

Екстрагенітальна патологія відмічалась у 62 (44,93%) жінок основної групи порівняно з контролем.

Скарги жінок у групі з викиднем, що не відбувся, розподілялися наступним чином: 36,95% відмічали ниючий біль низом живота, 23,19% спостерігали наявність кров'янистих виділень зі статевих шляхів мажучого характеру, у 39,85% викидень, що не відбувся, перебігав безсимптомно.

Висновки. У тканині ворсинчастого хоріону рівень хоріонічного гонадотропіну знижується на 26% в 5–6 тижнів гестації, на 31% в 7–8 тижнів при викидні, що не відбувся. Зменшується в хоріальних ворсинах і вміст плацентарного лактогену на 34% в 5–6 тижнів гестації та знижується на 23% в 7–8 тижнів гестації при викидні, що не відбувся. В хоріальних ворсинах також достовірно нижчі показники рівня білку SP1 в порівнянні з контролем на 38% в 5–6 тижнів та на 33% в 7–8 тижнів вагітності при викидні, що не відбувся.

Саламашак В.В., Приймак С.Г.

ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА МАТКОВИХ ТРУБАХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

Формування спайкового процесу в післяопераційному періоді є однією з актуальних проблем сучасної гінекології. Післяопераційна інтраперитонеальна адгезія займає провідні позиції серед причин трубно-перитонеального безпліддя. Враховуючи роль запалення в реалізації адгезивного процесу, для профілактики утворення спайок в післяопераційному періоді, поряд з антибактеріальним лікуванням широко застосовуються різні методи фізіотерапії, десенсибілізуючі засоби, ферментні препарати, біо- та імуностимулятори різного походження. Мета дослідження. Вивчення ефективності застосування Лонгідази (препарату з пролонгованою гіалуронідазною активністю) для профілактики спайкового процесу після оперативних втручань на маткових трубах.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз історії хвороб 28 жінок, яким було проведена лапароскопічна операція з приводу трубно-перитонеального безпліддя. Жінки були розділені на дві групи: основна група 15 жінок - в комплекс реабілітаційних заходів в післяопераційному періоді був включений пре-

парат Лонгідаза; група порівняння 13 жінок, яким проводилась реабілітація за традиційною схемою. Динамічна лапароскопія хворим основної підгрупи проводилась за відсутності вагітності через 6 місяців після закінчення лікування. Препарат вводився з першої доби після операції внутрішньом'язово в дозі 3000 МО, кожні 5 днів, на курс 10 ін'єкцій.

Результати дослідження. Отримані результати, що свідчать про клінічну ефективність Лонгідази, знайшли підтвердження при аналізі репродуктивної функції у обстежених хворих. За період спостереження (12-18 міс) у хворих основної групи, яким проводився розширений комплекс реабілітаційних заходів, вагітність наступила в 77% спостережень, а у жінок групи порівняння - в 60,0%.

Висновки. Таким чином, застосування Лонгідази в післяопераційному періоді у хворих, що перенесли втручання на маткових трубах, слід розглядати як обов'язкову складову комплексної терапії, що дозволяє запобігти розвитку спайкового процесу.

Салтовский А.В.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Україна
Кафедра акушерства и гинекологии №1
(научный руководитель - д.мед.н. Щербина Н.А.)

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является одной из причин невынашивания беременности и, как правило, требует своевременной хирургической коррекции.

Целью нашей работы явилась сравнительная оценка применения традиционного хирургического лечения ИЦН с применением шелкового материала, мерсилоновой ленты и применения акушерского разгружающего пессария.

Под нашим наблюдением находилось 17 беременных в сроках беременности от 16 до 24 нед, у которых была диагностирована ИЦН, подтвержденная данными УЗИ. I группу составили 4 беременных, которым для коррекции ИЦН под в/в анестезией был наложен циркулярный шов на шейку матки шелковой нитью, II группу составили 6 беременных, которым под в/в анестезией был наложен циркулярный шов мерсилоновой лентой, III группу составили 7 беременных, которым применен акушерский разгружающий пессарий.

В результате нашего исследования: в I группе все пациентки, учитывая инвазивность предстоящего вмешательства, необходимость в/в анестезии эмоционально напряженно отнеслись к проце-

дуре, у 1 беременной через 5 дней после коррекции произошел самопроизвольный аборт, у 2 беременных наблюдались эндоцервициты, развившиеся в течении 1 недели после операции, что требовало назначения местных антибактериальных средств; во II группе пациентки также эмоционально напряженно отнеслись к процедуре, у 1 беременной через 4 дня после коррекции произошел самопроизвольный аборт; в III группе все беременные доносили беременности до 36 нед, после чего пессарии были удалены, у 1 беременной через 3 месяца применения пессария наблюдался дрожжевой кольпит, что вероятно не следует считать следствием применения пессария, процедура введения пессария переносилась беременными спокойно, при использовании пессария не возникало никакого дискомфорта.

Таким образом, учитывая неинвазивность метода, отсутствие необходимости в применении анестетиков, высокую эффективность, простоту применения акушерские пессарии можно рекомендовать к применению, как более предпочтительные у пациенток данной группы.



Семененко Н.Ю.

ВАДИ РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В СТРУКТУРІ МНОЖИННИХ ВАД РОЗВИТКУ ПЛОДА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Ясніковська С.М.)

Не дивлячись на досягнуті в останні роки успіхи в своєчасній діагностиці, профілактиці та лікуванні, частота втрат плоду залишається стабільною та досить високою. За даними різних авторів, вона складає від 2 до 55%, а в першому триместрі досягає 80% від всіх втрат. Провідне місце серед них належить уродженим вадам розвитку (УВР) та спадковим захворюванням. Медична та соціальна значимість проблеми обумовлена обмеженою можливістю хірургічного лікування УВР. Вирішення її полягає у якісній пренатальній діагностиці.

За останні роки, не зважаючи на певні досягнення пренатальної діагностики, УВР не мають тенденції до зниження і займають 2–3 місце у перинатальних втратах та смерті дітей до 1 року. УВР також стабільно знаходяться у першій трійці причин неонатальної захворюваності. Тому вивчення особливостей структури УВР у популяції новонароджених представляє значну наукову та практичну значущість.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей структури УВР та частки вад шлунко-

во-кишкового тракту у вагітних та серед дітей, що народилися у 2011 році в м.Чернівці та області.

За досліджуваній рік проведено 10023 УЗД-скринінгових обстеження вагітним області, при якому виявлено 78 УВР плоду. Серед них вади шлунково-кишкового тракту мали місце у 18 випадках (23,1 %). Переривання вагітності здійснено 47 жінкам, причому 6 (12,8 %) з них мали множинні вади розвитку. В 2011 році в області відбулося 11199 пологів. Множинні вади розвитку мали 16 новонароджених, з них один випадок (6,3 %) призвів до мертвонародження, а 3 (18,8 %) – до ранньої неонатальної смерті. Серед новонароджених вади шлунково-кишкового тракту мали місце у 5 дітей (31,3 %). Враховуючи те, що УВР шлунково-кишкового тракту потребують хірургічної корекції, а виживаємість після їх проведення досить низька, слід звернути увагу на якість пренатального скринінгу в першій половині вагітності, що дасть можливість вчасно діагностувати пренатальне ураження плоду та елімінувати нежиттєздатний плід.

Скорбач О.І.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра акушерства і гінекології №1
(науковий керівник - д.мед.н. Щербина М.О.)

Постгістеректомічний синдром (ПГС), що сформувався після гістеректомії (ГЕ), може негативно позначитися на здоров'ї жінки, а також знижувати працездатність та якість життя хворої. Характерні прояви ПГС такі, як нейровегетативні, психоемоційні та обмінноендокринні розлади, розвиваються в результаті гіпоестрогенії, що виникає внаслідок редукції кровотоку та іннервації яєчників (яєчника) після виконання ГЕ. Ішемізація яєчників прискорює дегенеративні й атрофічні процеси, які призводять до згасання овуляторної та гормонопродуруючої функції.

Мета дослідження. Оптимізація ведення хворих на постгістеректомічні порушення на підґрунті виявлення ендотеліальної дисфункції та гемодинамічних розладів у жінок після ГЕ із залишком обох яєчників.

Матеріал і методи. Було залучено 60 жінок після ГЕ у віці 40–51 років. I групу (основну) склали 30 жінок, яким проводилася комбінована терапія, окрім традиційного лікування, включала використання імуномодельючої терапії та вазодилататорів. II групу (порівняння) склали 30 жінок, яким проводили традиційне загальноприйняте лікування. Вивчення кровотоку в яєчникових артеріях проводили доплерометричним ме-

тодом за загальноприйнятою методикою на апараті «Medisson Sono Ace 8000 SE» виробництва Корея конвексним трансабдомінальним датчиком із частотою 3–7 МГц, вагінальним датчиком з частотою 4–9 МГц з функцією кольорового доплерівського картування. Оцінювали систолічну та діастолічну швидкість кровотоку, пульсаційний індекс, індекс резистентності та систоло-діастолічне співвідношення. Визначення вмісту ендотеліну-1 (ЕТ-1) в плазмі крові проводили імуноферментним аналізом з використанням набору реактивів Endothelin-1 ELISA System виробництва фірми «Amersham Pharmacia Biotech» (Великобританія).

Результати дослідження. У жінок I групи патологічні ехографічні та доплерометричні ознаки були виявлені при виписуванні зі стаціонару лише у 2 (6,6%) випадках у порівнянні з жінками II групи – у 22 (73,3 %) пацієнток. При визначенні ЕТ-1 вміст його становив I групі – $5,14 \pm 1,18$ нг/л, що достовірно відрізнялося від II групи, де його вміст після лікування практично не змінився та залишався $11,16 \pm 0,94$ нг/л.

Висновок. Результати проведеного дослідження, показали ефективність комбінованого лікування постгістеректомічних порушень.

Стрихар В.А.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Харьковский национальный университет им. В.Н.Каразина, Харьков, Украина

Кафедра акушерства и гинекологии
(научный руководитель - к.мед.н. Ляхно И.В.)

Преэклампсия (ПЭ) развивается под влиянием многих механизмов, среди которых угнетение вагусного барорефлекса и гиперсимпатикотония. Указанные изменения приводят к отсутствию гестационной гиперволемии и играют роль в генерализованном сосудистом спазме.

Целью работы. Изучение влияния препарата метилдопа (допегита) на вариабельность сердечного ритма (ВСР) у пациенток с ПЭ.

Материал и методы. Было обследовано 124 пациентки с ПЭ различной степени тяжести, которым назначали допегит по 250–500 мг 4 раза в сутки. Для контроля использовали 30 практически здоровых беременных с физиологическим течением процесса гестации. ВСР матери изучали с помощью системы "Cardiolab" (Харьков, Украина). У пациенток с ПЭ ВСР исследовали до начала и на фоне приема допегита.

Результаты исследования. У пациенток с ПЭ от-

мечалось угнетение ВСР матери, особенно выраженное на фоне приема допегита. Значение TP у беременных с ПЭ под влиянием метилдопа было $460,8 \pm 67,2$ мс², а в группе контроля – $2864,2 \pm 545,4$ мс². Анализ спектральных составляющих позволил установить, что показатели мощности HF и LF были значительно снижены по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Установлено также увеличение ИН – $652,1 \pm 44,2$, что свидетельствовало о срыве механизмов автономной нервной регуляции.

Выводы. Применение допегита нельзя считать патогенетически обоснованным, так как его гипотензивный эффект связан с угнетением не только симпатической, но и вагоинсулярной активности. Возможно, изучение влияния β-блокаторов на ВСР матери позволит решить эту проблему.

Таравнех Д.Ш.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РАННІХ ПРЕЕМБРІОНІЧНИХ ВТРАТ В ПРОГРАМАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра акушерства и гинекологии № 1
(науковий керівник - д.мед.н. Щербина М.О.)

Все більшого поширення в світі при лікуванні жіночого безпліддя набувають методи допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Найбільш вразливим етапом програм ДРТ на сьогоднішній день є період імплантації та ранні терміни вагітності. Однією з причин порушення імплантації і раннього переривання вагітності можуть бути зміни в системі гемостазу. Вплив тромбофілічних станів та антифосфоліпідних факторів на зміни багатоступінчастого процесу ендотеліально-гемостазіологічних взаємодій, що призводять до клінічно дефектної, або неякісної імплантації, раннім преємбріонічним ускладненням і безпліддю залишається мало вивченим.

У зв'язку з цим метою дослідження було вивчити частоту і структуру тромбофілії та антифосфоліпідного синдрому у безплідних жінок, після невдалих спроб в програмах ДРТ.

Матеріал і методи. Було обстежено 60 безплідних жінок, з невдалими спробами екстракорпорального запліднення в анамнезі. Усім жінкам було проведено загальноклінічне обстеження згідно з протоколами МОЗ України, УЗД органів малого тазу, визначення вмісту гомоцистеїну, фолієвої кислоти, вітаміну В12 (маркери тромбофілії) і

маркерів антифосфоліпідного синдрому (АФС) імуноферментним методом.

Результати дослідження. Стан гіпергомоцистеїнемії виявлено у 23 жінок (38%). При цьому легкий ступінь діагностовано у 12 пацієнток (52%), середній – у 9 (39%) і важка гіпергомоцистеїнемія в 2 випадках (9%). Дефіцит фолієвої кислоти і вітаміну В12 був виявлений у 28 (47%) і 23 (38 %) жінок, відповідно. Маркери АФС були виявлені у 18 (30%) пацієнток, причому у 15 (25%) було виявлено поєднання гіпергомоцистеїнемії з антифосфоліпідним синдромом. Розподіл факторів безпліддя у виявленій групі жінок з гіпергомоцистеїнемією і АФС наступний: 11 жінок (48%) – безпліддя неясного генезу, 8 (35%) – ендокринний фактор, 4 (17%) – імунологічна безплідність.

Висновки. Підвищення ефективності програм ДРТ залишається пріоритетним напрямком в лікуванні безплідних подружніх пар. Отримані нами дані можуть свідчити про негативний вплив тромбоцитопатичних станів у безплідних жінок на процеси імплантації плідного яйця і, як наслідок, на результат програм допоміжних репродуктивних технологій.



Формазиук Т.В.

СТРУКТУРА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - к.мед.н. Приймак С.Г.)

Серед захворювань жіночих статевих органів запальні процеси займають перше місце по частоті і зустрічаються у 60–65% гінекологічних хворих.

Запальні захворювання нерідко знижують репродуктивність хворої, а інколи можуть загрожувати її життю. В результаті перенесеного запального захворювання у хворого можуть з'явитися порушення менструальної функції, безпліддя.

Найбільш частою причиною запальних захворювань є інфекційні збудники, а також термічні, хімічні, механічні і деякі інші фактори. Розвиток запального процесу жіночих статевих органів залежить від стану захисних сил організму і біологічних особливостей збудника.

У Росії запальні захворювання органів малого тазу складають у структурі гінекологічної захворюваності від 28 до 34% і є найбільш частою причиною порушення репродуктивного здоров'я жінок. У США щорічно реєструють близько 1 млн. випадків запальних захворювань органів малого тазу, тобто кожна 10-та жінка протягом ре-

продуктивного віку має запалення органів малого тазу, причому у кожної 4-ї з них виникають ускладнення.

Важливо відзначити, що в сучасних умовах істотно змінився спектр етіологічних факторів, що викликають хронічні запальні захворювання органів малого тазу.

Мета дослідження – встановити структуру запальних захворювань жіночих статевих органів, викликаних інфекційними факторами.

У результаті дослідження проаналізовано анамнез у 30 жінок на базі Обласної клінічної лікарні № 1 м.Чернівці. Так, у пацієток з хронічними запальними захворюваннями органів малого тазу при ПЛР діагностики виділень з цервікального каналу і порожнини матки діагностують: генітальний герпес (31,1%), цитомегаловірус (17,1%), ВПЛ (11,8%), уреоплазмоз (13,9%), хламідіоз (11,8%), мікоплазмоз (9,8%).

Таким чином, явно простежується тенденція до переважання вірусної інфекції (60,3%) у структурі запальних захворювань жіночих статевих органів.

Фочук Н.Ю., Агазаде Ф.Н.

ПРОБЛЕМА ЗВИЧНОГО НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Бирчак І.В.)

Невиношування вагітності відноситься до числа найбільш актуальних проблем сучасного акушерства. Звичний аборт (звичний викидень) визначається як наслідок двох або більше вагітностей, що закінчились самовільним викиднем. Частота самовільних абортів і передчасних пологів в усьому світі залишається стабільною, на рівні 10–25%, при цьому на перший триместр припадає до 78–80% випадків.

З метою встановлення патогенетичних аспектів звичного невиношування вагітності проводився клініко-статистичний аналіз історій хвороб жінок зі звичним невиношуванням вагітності (n=40, I група). Для порівняння проводився аналіз медичних карт практично здорових жінок (n=40, II група).

За віковим складом вагітні I та II груп суттєво відрізнялися між собою. Більшість жінок були віком від 21 до 30 років, проте вік 38,7 % жінок зі звичним невиношуванням вагітності становив більше 30 років. Вік початку менструацій коли-

вався в межах від 9 до 18 років в обох групах, середній показник становив $13,7 \pm 1,3$ років.

Аналізуючи об'єм менструальної крововтрати, виявлено, що у 74,1% хворих та 76,5% практично здорових жінок мали місце помірні менструації, що не мало вірогідної різниці. У 23,5% жінок II групи менструації мали тенденцію до рясних, тоді як у вагітних зі звичним невиношуванням спостерігалась протилежна ситуація (25,9% жінок відмічали з моменту менархе гіпо- та олігоменорею, нерегулярні менструації).

Таким чином, проведений нами аналіз підтверджує концепцію мультифакторності та складності патогенетичних варіантів звичного невиношування вагітності, дозволяє оцінити роль кліматичних, соціальних факторів, медичних аспектів в проявах захворювання. Представлені дані повинні враховуватись практичними лікарями з метою раціоналізації ведення хворих з невиношуванням вагітності та при організації профілактичної служби.

Хащова Н.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПРЕМОРБІДНОГО ФОНУ ТА ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

В сучасних умовах серед факторів, що приводять до перинатальної патології та антенатальної загибелі плода, зростає роль ендокринопатій різного генезу, у тому числі і гіперандрогенії (ГА).

Метою дослідження було вивчити клінічні особливості преморбідного фону, перебігу вагітності у жінок з гіперандрогенією. Для реалізації поставленої мети нами проведено аналіз 31 історії пологів жінок із ГА (I група – 14 вагітних, у яких діагноз ГА був виставлений поза вагітністю; II група – 17 вагітних, рівень андрогенів у крові яких був поза вагітністю в межах верхньої границі норми, а ГА встановлена під час вагітності) та 20 історій пологів жінок із неускладненим перебігом вагітності та пологів. Результати проведених досліджень свідчать, що середній вік обстежених жінок із ГА непухлинного генезу був достовірно вище в основній групі – $28,2 \pm 1,4$ (контрольна група – $25,8 \pm 2,1$ років). Супутня екстрагенітальна патологія була визначена у 28 (90,3%) вагітних. Гінекологічні захворювання в анамнезі мали 27 (87,1 %) жінок із вагітністю на фоні ГА. Збережений менструальний цикл був у 22 (71%) жінок: у 8 (57,1%) жінок I-ої групи та у 14 (82,4%) пацієнток 2-ої групи.

Однак у пацієнток I-ої групи вони мали ановуляторний характер. У 3 (21,4%) – ановуляторна опсоменорея, у 6 (42,9%) – вторинна аменорея. Тривалість порушень менструального циклу на час обстеження коливалась від 7 до 18 років. У жінок контрольної групи у 100% випадків менструальний цикл був регулярним, овуляторним. Найчастішим ускладненням першого триместру вагітності була загроза переривання вагітності – у 30 (96,7%) жінок (у I групі – 13 (41,9%), у другій – 17 (58,1%)). У 25 (77,4%) жінок її ознаки з'являлися в першому триместрі вагітності, у 6 (19,3%) вагітних – у другому триместрі. У 25 (80,6%) жінок загроза переривання вагітності спостерігалася у всіх трьох триместрах вагітності. Частота плацентарної дисфункції у жінок із ГА – 26 (83,8%) випадків, спостерігалася з початку другого триместру вагітності у 22 (84,6%) вагітних (у I підгрупі – 7 (31,9%), у II підгрупі – 15 (68,1%)).

Як показали результати проведених досліджень, жінки з гіперандрогенією складають групу високого ризику по розвитку ускладнень гестації ендокринного генезу, таким жінкам потрібно проводити прекоцепційну підготовку до вагітності.

Цар Л.М.

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ АНОМАЛІЙ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У РОДІЛЬ, ЩО РОЗРОДЖЕНІ ШЛЯХОМ КЕСАРЬСЬКОГО РОЗТИНУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - д.мед.н. Кравченко О.В.)

Порушення скоротливої діяльності матки протягом багатьох десятиліть продовжує залишатись невирішеною проблемою сучасного акушерства. Аномалії пологової діяльності (АПД) часто є причиною маткових кровотеч, оперативних втручань, септичних післяпологових ускладнень. Частота даної патології коливається від 16 до 33%. Метою нашого дослідження було визначити групи ризику вагітних щодо розвитку АПД. Було проведено клініко-статистичний аналіз 35 історій пологів з АПД. За нашими даними, з приводу дискоординованої пологової діяльності прооперовано 16 жінок (45,7%), з приводу слабкості пологової діяльності 19 жінок (54,3%). Термін вагітності у роділь в основному був 40–41 тиждень і лише в 8 випадках (22,8%) становив 39 тижнів. Вік обстежених коливався від 17 до 40 років. Початок менструації був у віці 13–15 років з регулярним циклом у 32 із обстежених, у 3 жінок спостерігалось пізнь менархе з порушеним циклом. За акушерсько-гінекологічним анамнезом першовагітних було 33 жінки (94,3%), 2 жінки (5,7%) в минулому мали фізіологічні строкові пологи. Штучне переривання вагітності, самовільні викидні в малому терміні мали місце в 9 випадках (25,7%).

Під час вивчення гінекологічних захворювань у даній групі жінок стало відомо, що хронічні

неспецифічні захворювання внутрішніх статевих органів були в анамнезі у 5 з досліджуваних жінок (14,2%), диспластичні процеси шийки матки були у 2 жінок (5,7%), кріодиструкцію, конізацію також було зроблено 2 жінкам.

Анемез життя був обтяженим у 13 пацієнток: оперативними втручаннями у 4 пацієнток (11,4%), хронічними захворюваннями нирок у 5 пацієнток (14,2%). Серед екстрагенітальної патології переважали захворювання системи крові, а саме: анемії I і II ступеня у 15 із обстежених (42,75%). Проаналізувавши розвиток ускладнень даної вагітності у пацієнток з АПД було встановлено, що у 8 пацієнток (22,8%) вагітність перебігала на тлі раннього гестозу. Загрозу переривання вагітності було діагностовано у 10 випадках (28,5%).

Таким чином, групу високого ризику щодо розвитку АПД становили: жінки з обтяженим гінекологічним анамнезом, а саме з запальними захворюваннями жіночої статевої сфери і диспластичними процесами шийки матки. Значну роль в некорегованості аномалій пологової діяльності відіграють ускладнення даної вагітності, такі як загроза переривання вагітності, а також обтяжений репродуктивний анамнез-самовільні викидні в I і II половині вагітності.



Цисар Ю.В., Миرونюк Є.В.

ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЮВЕНІЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ДІВЧАТ БУКОВИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
(науковий керівник - д.мед.н. Андрієць О.А.)

Цитокини – низькомолекулярні розчинні протеїни, які беруть участь у всіх аспектах вродженого і набутого імунітету, включаючи активацію росту і диференціацію імункомпетентних клітин, запалення і відновлення функції враженого органу. Цитокини за своєю функцією поділяються на прозапальні та протизапальні.

Мета дослідження. Визначення цитокинового статусу у дівчат-підлітків на тлі пубертатних менорагій при супутній патології щитоподібної залози.

Матеріал і методи. Обстежено 70 дівчат-підлітків з пубертатними менорагіями, які перебували на стаціонарному лікуванні в міському клінічному пологовому будинку №1. В основу імунологічних досліджень взяли вивчення рівня ІЛ-1 β та ФНП- α в сироватці крові методом ІФА.

Результати дослідження. Основними прозапальними цитокинами є ІЛ-1 β , ІЛ-2, ІЛ-6, інтерферони, ФНП- α та інші. Основним фактором запальних реакцій є багатофункціональний ІЛ-1 β . Фактор некрозу пухлин-альфа (ФНП- α)

прозапальний цитокин, є одним із центральних регуляторів факторів і механізмів вродженої резистентності. Він проявляє багато біогенних ефектів, значна частина з яких аналогічна дії ІЛ-1 β .

Одержані результати вивчення цитокинового каскаду показали, що при поступленні на стаціонарне лікування та обстеження у крові дівчаток-підлітків, хворих на пубертатні менорагії, суттєво (на 81,21 %) зростає концентрація ІЛ- β і формується тенденція до зростання (у 4,61 рази) концентрації ФНП- α у периферійній крові обстежених пацієнток. Патологія щитоподібної залози сприяє інгібуванню продукції імункомпетентними клітинами ІЛ-1 β на 32,89 %, ФНП α – у 4,54 рази. Висновки. Таким чином, патологія щитоподібної залози призводить до пониження імунорегуляторної функції через зниження концентрації окремих найважливіших прозапальних цитокинів (ІЛ-1 β та ФНП- α).

Цыганок М.С., Червякова Я.И.

ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА - КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
Кафедра акушерства и гинекологии
(научный руководитель - Гарелик Т.М.)

Эндометриоз – заболевание, характеризующееся разрастанием ткани, морфологически близкой к эндометрию, расположенной за пределами слизистой оболочки матки. Эндометриоз встречается у 5–70% женщин репродуктивного возраста. По данным разных авторов чаще встречается генитальный эндометриоз (86–94%), значительно реже экстрагенитальный эндометриоз (6–14%). Актуальность проблемы определяется значительной распространенностью и тенденцией к увеличению частоты, прогрессирующим течением, нарушением функций полового аппарата и других систем организма.

Одной из редких и малоизученных форм экстрагенитального эндометриоза является поражение послеоперационных рубцов.

Цель исследования. Рассмотреть клинические случаи эндометриоза послеоперационного рубца.

Материал и методы. Анализ историй болезни пациенток за 2011–2012гг., проходивших лечение в гинекологическом отделении УЗ «ГКБ №4 г.Гродно» под наблюдением акушера-гинеколога Гарелик Т.М.

Результаты исследования. За 2011–2012гг. на лечении по поводу эндометриоза послеоперационного рубца находилось 3 пациентки. В анамнезе пациенток имело место кесарево сечение, после которого у больных появились образования в области рубца. Представляем наиболее типичный клинический случай данной патологии.

Пациентка Ч. 37 лет поступила в гинекологическое отделение в плановом порядке с диагнозом: эндометриоз послеоперационного рубца. Жалобы при поступлении: наличие образования в течение 2х лет в области послеоперационного рубца, резко болезненного накануне менструации. Образование в области рубца появилось через год после кесарева сечения. Из анамнеза: кесарево сечение в 2002 и 2007г. Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, по 3–5 дней через 24 дня, регулярные, 2 беременности, 2 родов. Гинекологические заболевания: аденомиоз.

Объективно: состояние удовлетворительное. Лимфоузлы не увеличены. В области послеоперационного рубца пальпируется образование 3*3*3см, ограниченное, болезненное. Общеклинические исследования: без патологии.

Клинический диагноз: эндометриоз послеоперационного рубца. Аденомиоз.

Проведена операция: иссечение очага эндометриоза послеоперационного рубца.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Гистологический диагноз: фиброзная ткань с участками эндометриоидных желёз.

Выводы. Учитывая сложность и неизученность механизма развития, отсутствие четкой клинической картины, трудность в предупреждении развития и своевременной диагностике, каждый случай эндометриоза послеоперационного рубца надлежит исследовать морфологически.

Чернишова Д.М.

РОЛЬ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ В РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології

(науковий керівник - к.мед.н. Маринчина І.М.)

В патогенезі плацентарної дисфункції (ПД) провідну роль відіграє зниження матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровообігу, затримка у формуванні котиледонів. Ми вивчили особливості преморбідного фону, перебіг вагітності у 50 жінок із гіперандрогенією в анамнезі – основна група та аналогічні дані у 50 акушерськи та соматично здорових жінок – контрольна група.

Результати проведених досліджень свідчать, що середня маса тіла жінок перед настанням вагітності складала $68 \pm 1,45$ кг. Гінекологічні захворювання в анамнезі мали 82,0 % жінок з гіперандрогенією: переважали запальні процеси (38,0 %) і патологічні зміни шийки матки (28,0 %). Виходячи з отриманих результатів звертає увагу те, що у пацієнток з гіперандрогенією в анамнезі значна частота олігоменореї, що виникає з менархе (контрольна група – 2,0%; основна – 48,0%); гіпоменструального синдрому (контрольна група – 2,0 %; основна – 16,0 %). В контрольній групі більшість жінок були першовагітні (62,0 %) і усі – першородячі

(100,0 %). Серед пацієнток з гіперандрогенією в анамнезі переважали повторновагітні (62,0 %). У пацієнток з гіперандрогенією в анамнезі був високий рівень мимовільних абортів (9,7 %); вагітності, що не розвивається (6,5 %), звичне невиношування (20,0 %) і передчасних пологів (9,7 %), неплодність (42,0 %).

Основним ускладненням I половини вагітності у жінок з гіперандрогенією є загроза переривання вагітності (40,0 %). Після 20 тижнів вагітності гестаційна анемія в контрольній групі становила 20,0 %, в основній – 52,0 %; ПД – 6,0 % і 44,0 % відповідно; загроза передчасних пологів – 2,0 % і 30,0 % відповідно, преєклампсія – 2,0 % і 28,0 % відповідно. Основними клінічними проявами ПД в основній групі були затримка розвитку плода і його дистрес.

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, жінки з гіперандрогенією складають групу високого ризику по розвитку ускладнень гестації, що розвиваються на фоні дезадаптації в системі мати-плацента-плід ендокринного генезу.

Шкарутяк А.Є., Копельчук А.Ю.

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ЯК ПРИЧИНА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

(науковий керівник - к.мед.н. Семеняк А.В.)

Артеріальна гіпертензія залишається однією з провідних кардіологічних причин ускладнень вагітності, причому останніми роками спостерігається тенденція до збільшення числа таких випадків. Особливістю артеріальної гіпертензії вагітних є приєднання преєклампсії. Мета дослідження. Дослідити особливості перебігу гестаційного періоду у жінок з артеріальною гіпертензією, визначити частоту загрози переривання вагітності, гестозів та патологічних станів плода.

Результати дослідження. Проводився клініко-статистичний аналіз індукованих карт вагітних з діагностованою артеріальною гіпертензією. Жінки були поділені на дві групи: I група (n=21) – вагітні з діагностованою гіпертензією до вагітності, II група (n=28) – вагітні з артеріальною гіпертензією, що виникла під час вагітності.

Загроза переривання вагітності в різні терміни виникала у $11,2 \pm 1,5\%$ жінок I групи і була достовірно вищою, ніж у жінок II групи ($54,2 \pm 6,1\%$). У них же ранні гестози діагностували з

частотою $7,2 \pm 0,8\%$, тоді як порівняно з вагітними II групи це ускладнення спостерігалось лише у $22,7 \pm 4,1\%$. Частота гестозів другої половини вагітності складала $10,3 \pm 5,1\%$ у II групи вагітних і $18,5 \pm 3,8\%$ у I групи вагітних.

Внутрішньоутробну загибель плода діагностували у $14,4 \pm 3,1\%$ жінок I групи, тоді як в II групі становило $21,3 \pm 4,1\%$.

Виникнення асфіксії, гіпотрофії, синдрому дихальних розладів, недоношеність плода мала місце у $3,5 \pm 0,2\%$ в I групі, тоді як у II групі ця патологія зустрічалась у $6,8 \pm 0,9\%$ вагітних.

Висновки. Проведений нами аналіз показав, що проблема «артеріальної гіпертензії і вагітності» є досить гострою і актуальною в усьому світі.

В двох досліджуваних групах було показано, що артеріальна гіпертензія негативно впливає як на жінку так і на плід: викликає у вагітних переривання вагітності, гестози, материнську смертність. У плода виникає внутрішньоутробна загибель, асфіксія, гіпотрофія, синдром дихальних розладів, недоношеність.



Штефурак Т.М.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ УЗ-МОНІТОРИНГУ ВАГІТНИХ ІЗ БАГАТОПЛІДНОЮ ВАГІТНІСТЮБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
(науковий керівник - к.мед.н. Юр'єва Л.М.)

Рання перинатальна діагностика є однією з основних умов зниження перинатальної захворюваності та смертності при багатоплідній вагітності. Сьогодні провідним, доступним і об'єктивним методом виявлення багатопліддя та оцінки функціонального стану плодів є ультразвукове дослідження.

Нами проведено ретроспективний аналіз динамічного ультразвукового спостереження за 46 вагітними з двійнею, з них 23 – мешканки міста та 23 – мешканки села. Дослідження проводили на ультразвуковому сканері фірми PIE MEDICAL (Голандія) 41060 BASIC SCANNER – 250–3Т з використанням пакетів програмного забезпечення.

Результати досліджень показали, що 67,4% обстежених вагітних з двійнею мали ранню явку (до 12 тижнів вагітності).

Із використанням УЗД до 13,6 тижнів вагітності двійню діагностовано у 78,4% обстежених, з них тільки у 77,4% визначено тип плацентажії. Насторожує, що у 8,7% жінок УЗД в I триместрі вагітності не проводилося.

У 30,5% вагітних двійню виявлено за скринінг програмою I триместру вагітності та у 84,7% – за програмою скринінгу в II триместрі гестації.

Загалом під час вагітності тип плацентажії був відомий у 82,6% обстежених.

Після пологів дихоріальний (ДХ) тип плацентажії підтверджено у 61% випадків, монохоріальний

(МХ) – у 39% обстежених, з них у 2,2% двійня була монохоріальною моноамніотичною.

Слід звернути увагу, що тільки у 38,9% обстежених з МХ двійнею здійснювався динамічний УЗ контроль стану фето–плацентарного комплексу. У 4,4% вагітних з двійнею шляхом динамічної цервікометрії діагностовано високий ризик передчасних пологів за ознакою зменшення довжини шийки матки менше, ніж 25 мм. В обох випадках вагітним накладено лікувальний шов на шийку матки.

У 10,7% обстежених діагностовані УЗ маркери внутрішньоутробного інфікування плодів (пієлоектазії нирок, багатоводдя, тяж Сіммонарта тощо).

Своєчасно діагностовані типи хоріальності та амніотичності дали змогу здійснити своєчасне розродження вагітних двійнею.

Шляхом кесарева розтину розроджено 59%, через природні пологові шляхи народило 41% вагітних двійнею. 41,3% новонароджених від багатоплідних вагітностей потребували дообстеження та лікування в обласній клінічній дитячій лікарні.

Отже, результати проведеного нами аналізу свідчать про високу діагностичну цінність УЗД та доцільність його використання при багатоплідній вагітності з метою зменшення перинатальних ускладнень.

Cheredarchuk A.R.

PLACENTAL MORPHOMETRIC INDICIES IN WOMAN WITH PLACENTAL DYSFUNCTION

Bukovinian state medical university

Department of obstetric and gynecology and perinatology

(scientific advisor - PhD. Marynychyna I.M., PhD. Yuryeva L.M.)

Placenta dysfunction (PD) is a key problem of obstetrics, neonatology and pathological anatomy, diseases of ante- and perinatal period.

We conducted morphometric study of placentas from 30 lying-in women, who had the background of placental dysfunction (study group) and 25 lying-in women with physiological pregnancy (control group) in gestation period of 36–40 weeks.

Having assessed the form of placentas, we found out that in women with PD complications the placentas were round in shape in 7 (28%) cases, whereas in women with physiological pregnancy course this morphological parameter is observed in 19 (63,3%). 18 (72%) placentas in the main group were oval; it's twice higher than the same parameter in control group – 11 (36,7%).

Studying the umbilical attachment variations we researched that in women with PD central attachment occurred only in 8 (32%) lying-in women, and in women with physiological pregnancy course it was noted in 18 (60%). Lateral umbilical cord attachment was observed in 13 (52%) pregnant of the main group, but in physiological pregnancy

course only 10 (33,3%) pregnant had this variation of umbilical attachment. The marginal attachment rate is rather high in women with PD in comparison with the control group – 4 (16%) to 2 (6,8%).

The average weight of the placenta in patients with PD was $388,58 \pm 12,4$, in the control group – $492,8 \pm 24,4\%$ ($p < 0.05$). The average area of the placenta in the lying-in women of the main group was $241,21 \pm 5,16$ cm, in the control group – $234,8 \pm 5,2$ cm. The tendency of the placentas to become thinner was also observed – $1,77 \pm 0,2$ cm and $1.9 \pm 0,4$ cm.

Placental-fetal index (PFI) in the main group was $0,138 \pm 0,003$, and in the control group $0,159 \pm 0,009$, that indicates a reduction in the volume of placental tissue per weight unit of a newborn with the placental dysfunction. The analysis of placentas morphometric peculiarities showed that in women with PD placentas differ in shape, more frequent of eccentric umbilical cord attachment; flattening and thinning of the afterbirth occurs.



Анестезіологія та інтенсивна терапія



Fuchs A., Seweryn M., Fuchs P..

ALERT PATHOGENS AND SEPSIS – ETIOLOGY, RISK FACTORS AND CLINICAL OUTCOME IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS PATIENTS OF THE SILESIAN REGION (POLAND)Medical University of Silesia, Sosnowiec, Poland
Pediatric Center, John Paul II Neonatal Intensive Care
(scientific advisor - Dr. Med. Sa Fuchs J.)

Introduction. Sepsis, as a development of the systemic inflammatory response syndrome in the presence of an infection, is a potentially life-threatening complication of an infection. Antibiotic overuse is a contributing factor to the creation of multidrug-resistant bacteria, called alert pathogens. Neonatal sepsis contributes significantly to morbidity and mortality among young infants affecting both developed and developing countries.

The aim of our study was to review the etiology, clinical manifestations, risk factors and to analyze the course of the hospitalization of infants with neonatal sepsis.

Methods. This is a retrospective registry of 481 consecutive patients admitted to the Pediatric Center, Neonatal Intensive Care Unit in the 4–years: 2009–2012.

Results. Culture proven sepsis was noted in 12,9% (62/481) of the study participants. The infant group with neonatal sepsis contained 62 patients with average age: 19 ± 42.81 days, varying from the minimal age: 1 day, maximal: 219 days. 35 men (56,5%) and 27 women (43,5%) participated in the study. Predominant isolates sepsis causing included: Gram-negative bacteria – *Klebsiella* spp 37,1%(23): *Klebsiella pneumoniae*(19), *Klebsiella oxytoca*(4); Gram-positive bacteria: Coagulase-

negative *Staphylococcus* 37,1%(23): *Staphylococcus epidermidis*(5), *Staphylococcus saprophyticus* (4 patients), *Staphylococcus hemolyticus*(5), and other strains(9); *Streptococcus* spp 6,5%; other bacteria 19,3%. Multiresistant strains included: ESBL (Extended-spectrum beta-lactamase) 37,1% (23) and MRCoNS (Methicillin resistant coagulase-negative staphylococci) 16,1%(10). Patients were subjected to treatment with the following antibiotics: aminoglycosides, semi-synthetic penicillin with B-lactamase inhibitors, carbapenemes and glycopeptides. The average time of hospitalization was $30 \pm 17,9$ days. We noted a single case of sepsis caused by carbapeneme resistant *Pseudomonas aeruginosa*, which was only sensitive to colistin administration. The common risk factors for developing sepsis: low birth weight, prematurity, low Apgar score, intrauterine infection, previous hospitalizations, pneumonia and meningitis. Clinical presentation of neonatal sepsis: difficulty in breathing, inability to feed, fever and lethargy were mostly found.

Conclusion. Advances in medicine increase the risk of sepsis. In our study, we found *Klebsiella* spp and Coagulase-negative staphylococcus to be the predominant bacterial isolates, which is in keeping with findings from studies.

Данилюк Х.Л., Ходан В.В., Якимів С.І.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ ЕКЗОГЕННИХ АЛКОГОЛЬНИХ ОТРУЄНЬ У ДІТЕЙІвано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
Кафедра педіатрії

(науковий керівник - д.мед.н. Волосянко А.Б.)

Актуальність. В останні десятиліття в усіх розвинених країнах світу відмічається зростання частоти випадків гострих отруєнь загалом і в дітей зокрема. При цьому зловживання алкоголем серед підлітків перевищує вживання з токсиманічною метою будь якої іншої речовини, складаючи біля 25% від усіх токсикоманій.

Мета роботи. Вивчити клінічні особливості прояву гострих екзогенних отруєнь алкоголем у дітей. Матеріали і методи. проведено ретроспективний аналіз медичної документації 30 дітей, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Івано-Франківській обласній дитячій клінічній лікарні за період 2006 – 2012 рр із діагнозом гостре екзогенне отруєння алкоголем. Результати дослідження. При аналізі медичної документації встановлено, що середня тривалість перебування становила $3,36 \pm 1,29$ днів на стаціонарному лікуванні в Івано-Франківській обласній дитячій клінічній лікарні. Діти поступали у лікарню переважно у важкому стані – 71,4% і стані середньої важкості – 28,6% випадків відповідно. Важкість стану зумовлений неврологічною симптоматикою та вираженим диспепсичним синдромом. Встановлено порушення свідомості у 50%

випадків, у вигляді сонливості – 71,4 %, без свідомості – 14,3%, в стані збудження – 14,3%. В залежності від важкості стану, частина дітей отримували інтенсивне лікування у реанімаційному відділенні і становила 42,9%, інша частина 57,1% отримували лікування у ендокринологічному відділенні на ліжку гастроентерологічного профілю. Диспепсичний синдром проявлявся у 92,9% випадків переважно із проявами нудоти та блювання. Незначна частина дітей 7,1% випадків відмічали скарги на біль у животі. У динаміці лікування залишалися прояви інтоксикаційного синдрому із скаргами на в'ялість 28,6%, слабкість 28,6%, головокружіння 14,3%, головний біль 7,1%, втрату свідомості 28,6%, сонливість 14,3% випадків. Токсичний вплив на центральну нервову систему у зв'язку із високою концентрацією алкоголю в крові проявлявся у вигляді порушення координації рухів у 14,3% випадків, скандованої мови – 35,7%, збудження – 7,1% та гіперемію обличчя – 7,1%.

Висновки. Основними клінічними проявами алкогольного отруєння серед дітей встановлено інтоксикаційний та диспепсичний синдроми.

Дьомін Є.Ю., Стрєпетова О.В.

АСОЦІЙОВАНИЙ З ГІПОНАТРІЄМІЄЮ СУДОМНИЙ НАПАД НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ КАРБАМАЗЕПІНОМ

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна
Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
(науковий керівник - к.мед.н. Кучин Ю.Л.)

Вступ. Карбамазепін є лікарським препаратом, що належить до групи антиконвульсантів, показаний при різних формах епілепсії та невралгії трійчастого нерва. Додатковими ("off-label") показаннями до його призначення є біполярний афективний розлад, шизофренія, синдром алкогольної абстиненції. Із тривалим застосуванням карбамазепіну пов'язаний ряд побічних ефектів, зокрема гіпонатріємія. Більшість літературних джерел зазначають, що гіпонатріємія на тлі прийому карбамазепіну не має клінічного значення, опубліковано лише один випадок поєднання судомного нападу з гіпонатріємією на тлі тривалого прийому карбамазепіну.

Клінічний випадок. пацієнт П., 17 років, був ургентно доставлений до відділення невідкладної допомоги клініки «Борис» після того, як у нього вдома мав місце генералізований напад тоніко-клонічних судом, що виникли вперше. З анамнезу стало відомо, що пацієнт з 5 років страждає на аутизм, спостерігається у психіатра, отримує постійно лікування амісульпіридом (450 мгдобу) і карбамазепіном (400 мгдобу). За 3 дні до події доза карбамазепіну була самовільно знизена батьками пацієнта до 200 мгдобу. В день події пацієнт почував себе недобре, скаржився на запаморочення, біль у животі та кількаразове

блювання, що не мало очевидної причини. На момент огляду: пацієнт скаржить на біль у животі у навколупупкової області. Стан пацієнта середньої важкості, продуктивному контакту недоступний, на питання відповідає односкладно. Гіперстенічної тілобудови, гемодинаміка із схильністю до гіпертензії. Інше обстеження – без особливостей. Проведена МСКТ головного мозку, що не виявила патології. Пацієнт переведений до відділення реанімації та інтенсивної терапії з діагнозом «Судомний напад: епісиндром, що вперше виник», одразу після чого в нього мав місце повторний судомний напад, що був купіруваний введенням тіопентал-натрію. За даними ургентного аналізу крові: гіпонатріємія (125 ммольл), гіпохлоремія, гіпокальціємія. Розпочата корекція водно-електролітного балансу із застосуванням гіпертонічного розчину NaCl. Наступного дня проконсультований психіатром, рекомендація: повернутись до вихідної дози карбамазепіну (400 мгдобу). На третій день спостереження хворий виписаний додому, судомні напади у нього більше не повторювались. Висновки. виникнення у пацієнта судомного нападу вперше, після тривалого лікування карбамазепіном і, особливо, нещодавньої зміни дози, може бути пояснено зсувами водно-електролітної рівноваги.

Зауля Ю.І.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ УСКЛАДНЕНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ХВОРИХ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
(науковий керівник - Нечитайло О.Ю.)

Цукровий діабет є досить актуальною і важливою медико-соціальною проблемою, оскільки дане захворювання та його гострі чи довгострокові ускладнення призводять до підвищеного ризику інвалідизації та летальності осіб, а також погіршує умови надання як хірургічної так і анестезіологічної допомоги та ускладнює перебіг післяопераційного періоду.

Нашою метою було вивчення особливостей клінічного перебігу ускладненого цукрового діабету у оперованих хворих, встановлення факторів ризику.

Для обстеження ми взяли групу пацієнтів, яку склали хворі на цукровий діабет 2 типу, з них 19 чоловіків (65,5%) та 10 жінок (34,5%); Середній вік пацієнтів склав $68,5 \pm 1,7$ років. При госпіталізації у стаціонар у 3 (10,3%) пацієнтів перебіг цукрового діабету визначався як легкий, у 17 (58,6) як середнього ступеня тяжкості та у 9 (31,0%) як тяжкий. Компенсованим діабет вважався у 1 пацієнта, субкомпенсований у 24 (82,8%), декомпенсований у 4 (13,8%).

Проводилося багаторазове дослідження аналізу крові на глюкозу до операції, у день після операції та на наступний день. Також ми намагалися встановити кореляції між рівнем глікемії, підвищеною масою тіла пацієнтів та наявністю у

них шкідливих звичок.

Результати досліджень показали, що в доопераційному періоді переважна кількість пацієнтів 21 (72,4%), мали рівень цукру вищий від верхньої межі норми. Рівень глюкози крові вище 11,0 ммоль/л був встановлений у 9 пацієнтів (31,2%), а у одного – 19,2 ммоль/л, що є критичним показником. В післяопераційному періоді середній рівень глюкози суттєво не змінився: у межах норми був зареєстрований у 10 осіб, а у одного він все ще сягав 16,1 ммоль/л.

При встановленні кореляцій між індексом маси тіла (ІМТ), ми отримали результати, що у пацієнтів із гіперглікемією в крові значення ІМТ склало в середньому $30,0 \pm 1,9$ кг/м², що свідчить про наявність у цих пацієнтів ожиріння I-II ступеня. Тоді як для пацієнтів з нормальним рівнем цукру крові індекс маси тіла наближався до середнього ($24,4 \pm 1,8$ кг/м²), і у жодного з них не встановлено ожиріння.

Таким чином, можна вважати високий ІМТ одним із факторів ризику нестабільного рівня глікемії, і відповідно можливих метаболічних ускладнень. Оптимальним для низького ризику серцево-васкулярних та інших післяопераційних ускладнень є рівень цукру нижче 6,0 ммоль/л.



Пепескул А.П., Афонина Я.И.
**ИНТРАТЕКАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ МОРФИНОМ ПРИ
ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ**

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Украина
Кафедра медицины неотложных состояний и анестезиологии ФПО
(науковий керівник - к.мед.н. Глотов М.А.)

Использование опиоидов вместе с местными анестетиками для спинальной анестезии очень распространено. Такое адьювантное их введение предположительно уменьшает послеоперационную боль, потребность в аналгетиках, ускоряет реабилитацию пациентов. Наиболее часто в качестве адьюванта используется морфин, который, в силу своей гидрофобности, имеет самое продолжительное действие среди опиоидов, но характеризуется повышенным риском побочных эффектов.

Цель работы. оценка аналгетического эффекта интратекально введенного морфина у больных после геморроидэктомии по Миллигану-Моргану и частоты его побочных эффектов после операций на дистальных отделах прямой кишки. В зависимости от дозировки морфина (0.1, 0.2 и 0.3 мг), было сформировано 3 группы пациентов. Аналгетический эффект оценивался по срокам возникновения послеоперационной боли, среднему расходу НПВС (кетанов), максимальной выраженности боли по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ). Оцениваемые побочные эффекты: тошнота, рвота, зуд, задержка мочи, необходимость катетеризации мочевого пузыря. Результаты. Первое введение кетанова было выполнено в среднем через $9.1 \pm 1.27^*$, 10.2 ± 1.08 и 10.7 ± 1.24 ч после спинальной пункции (* -

$p < 0.05$ между 1 и 2 и 1 и 3 группами). Расход кетанова в первые сутки составил $70 \pm 8.4^*$, 61 ± 7.5 и 60 ± 8.97 мг, соответственно. Максимальная выраженность боли по ЦРШ составила $5.8 \pm 0.6^*$, 4.4 ± 0.52 и 4.3 ± 0.57 Ед. При оценке побочных эффектов не выявлено достоверной разницы между случаями возникновения тошноты и задержки мочи, однако частота развития рвоты (10, 13 и 24%) и необходимости катетеризации мочевого пузыря (14, 13 и 24%) были достоверно выше у пациентов 3 группы ($p < 0.05$). В 76,5% случаев задержка мочи наблюдалась у мужчин. Наиболее частым осложнением (64%, 80 и 81%) был зуд, максимально выраженный у пациентов 2 и 3 групп ($2.9 \pm 0.4^*$, 3.7 ± 0.32 , 3.5 ± 0.38 Ед по ЦРШ). В то же время, внутримышечное применение налоксона по требованию пациента в дозе 0,4–0,8 мг позволило уменьшить выраженность зуда с $5,66 \pm 0,36$ до $1,74 \pm 0,24$ по ЦРШ ($p < 0.01$). Выводы. с учетом соотношения «польза/риск», оптимальной для послеоперационной аналгезии представляется дозировка морфина 0.2 мг. Повышение дозы морфина до 0.3 мг не улучшает результатов аналгезии и достоверно сопровождается ростом частоты побочных эффектов. Использование морфина в дозе 0,1 мг реже (но все равно достаточно часто) вызывает зуд и обладает худшим аналгетическим эффектом.

Ткачук М.М., Хмільовська Н.В.

**ВПЛИВ ЕКСТРА- ТА ІНТРАКОРПОРАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДЕТОКСИКАЦІЇ НА
ОСМОРЕГУЛЯЦІЮ ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ З
ПОЛІОРГАННИМ УШКОДЖЕННЯМ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анестезіології та реаніматології
(науковий керівник - к.мед.н. Кокалко М.М.)

Розвиток поліорганного ушкодження виникає в результаті дії несприятливих чинників, які ініціюють розлади мікроциркуляції, неконтрольоване звільнення медіаторів агресії, гіпоксію, реперфузійні ушкодження, і як результат – формування тяжкої ендотоксемії. Корекція цих розладів гомеостазу здійснюється шляхом активації механізмів природної детоксикації та застосування методів інтенсивної терапії. Одним із механізмів, направленим на усунення ендотоксикозу є активація осморегуляторної функції нирок.

Метою дослідження є визначення стану осморегуляторної функції нирок у пацієнтів із поліорганним ушкодженням під впливом плазмаферезу поєднаного з інфузією сорбілакту.

Дослідження відносяться до відкритих, рандомізованих, проспективних та контрольованих. До критеріїв включення увійшли хворі з гнійно-септичними ускладненнями та генералізованими порушеннями гомеостазу (27–20 балів за H.Selye – I.A.Єрюхіним). Кількість сеансів «плазмаферез+сорбілакт» узгоджувалася з критерієм припинення; зазвичай, це 5–7 сеансів. У даних спостереженнях представлені результати дослідження при першому сеансі детоксикації після отримання критерію включення.

Дослідження функціонального стану нирок при поліорганному ушкодженні проводили у 60 хво-

рих. Пацієнти отримували належну хірургічну санацію, традиційну інтенсивну терапію та плазмаферез. В основній групі хворих інфузійний супровід здійснювали розчином сорбілакту з розрахунку 4–5 мл/кг маси пацієнта впродовж 25–30 хв. Потім проводили ексфузію крові та її розподіл. Формені елементи повертали до судинного русла. Далі все вищезазначене повторювали. Загальна кількість видаленої за сеанс плазмаферезу плазми складала 8–10 мл/кг маси тіла пацієнта. У контрольній групі хворих плазмаферез проводили аналогічним чином. У якості інфузійного супроводу замість сорбілакту застосували глюкозо-сольовий розчин.

Концентрація осмотично активних речовин (ОАР) у плазмі крові у хворих трьох груп була приблизно однаковою. У пацієнтів, котрим плазмаферез поєднувався з інфузією глюкозо-сольового розчину, даний показник суттєво не змінювався. Після проведення дискретного плазмаферезу поєднаного з інфузією сорбілакту, концентрація ОАР у плазмі крові зростала на $14 \pm 3,7$ мосм/л. Отже, застосування дискретного плазмаферезу у поєднанні з інфузією сорбілакту в хворих із поліорганним ушкодженням, зумовленим гнійно-септичними ускладненнями, активує осморегуляторну функцію нирок, зокрема, сприяє більш інтенсивному очищенню плазми крові від осмотично активних речовин.

Максимчук Н.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМОСОРБЦІЇ У ПОРІВНЯЛЬНОМУ АСПЕКТІ З ГЕМОСОРБЦІЄЮ ТА ПЛАЗМАФЕРЕЗОМ В КЛІНІЦІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анестезіології та реаніматології

(науковий керівник - к.мед.н. Кифяк В.П.)

В практиці інтенсивної терапії методи екстракорпоральної детоксикації мають вирішальне значення за умов, коли швидкість наростання ендотоксикозу більша за можливості організму проводити детоксикацію.

Метою роботи було вивчити шляхи оптимізації та удосконалення методу плазмосорбції (ПС) при застосуванні різних її способів у хворих з печінковою, нирковою та печінково-нирковою недостатністю.

В процесі дослідження взяли участь 75 хворих, яким проводили ПС та ГС, та 33, яким застосували ПФ. Кожен метод детоксикації застосований в чотирьох групах хворих: а) печінкова недостатність, б) ниркова недостатність, в) печінково-ниркова недостатність, г) контрольна група, без недостатності нирок чи печінки. Методики проведення еферентних методів

відповідали загальноприйнятими правилами. З метою аналізу стану хворого проводили контроль загальноклінічних показників, клінічних та біохімічних аналізів крові, сечі, коагуло та іонограма.

Оптимізація лікування хворих реанімаційного профілю шляхом застосування ПС дозволило знизити летальність у зазначених групах у 1,5-2 рази, та отримати менший відсоток ускладнень - 15% (при ГС - 30%, при ПФ - 27,8%).

Висновки: плазмосорбція, як метод екстракорпоральної детоксикації має значні переваги у порівнянні з іншими методами, основними з яких є збереження клітин крові, уникнення переливання великих доз донорської плазми, збереження загального білку, більший діуретичний ефект, менший відсоток ускладнень.



Біологічна та біоорганічна хімія

Taneja K.T., Kushnir O.Y.

HYPOGLYCEMIC AND ANTIOXIDANT ACTION OF MELATONIN IN ALLOXAN DIABETIC RATS UNDER CONDITIONS OF CONSTANT DARK

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Bioorganic and Biological Chemistry and Clinical Biochemistry
(scientific director - Ph.D. Kushnir O.Y.)

The object was to ascertain the influence of melatonin on the level of basal glycemia (BG), malonic dialdehyde (MDA) and reduced glutathione (G-SH) in blood of alloxan diabetic rats under conditions of constant dark. Material and methods. The experiments were carried out on 60 sexually mature male albino rats with the body mass - 0,18 - 0,20 kg. Alloxan diabetes was evoked via injecting the rats with a 5% solution of alloxan monohydrate intraperitoneally in a dose of 170 mg/kg. The animals were divided into 4 subgroups: 1) rats (the control group) that were under artificial equinox (Light : Darkness = 12 : 12); 2) rats that were under conditions of constant dark (L:D = 0:24); 3) alloxan diabetic rats (L:D = 0:24); 4) alloxan diabetic animals which were introduced the melatonin ("Sigma", USA) preparation intraperitoneally in a dose of 10 mg/kg at 8 a. m. daily during 7 days starting with a 5-th 24 hour period after the injection of alloxan (L:D = 0:24). Blood was taken from the tail vein evaluate the BG level with the use of One Touch

Ultra (LifeScan, USA). Determinations of, levels of MDA and G-SH were by standard methods. Rats were sacrificed at the twelfth day of the experiment accordance with the ethical treatment of animals. Results. The introduction of melatonin during 7 days was conducive to a normalization of the level of BG in the group of animals with overt diabetes. The level of MDA reliably increased in the groups of animals with overt and occult DM by 30% and 15% respectively compared with the indices of control animals. A reliable decrease of the content of G-SH by 25% occurred in the blood of the rats with overt DM, whereas a reliable increase of this particular index by 22% was observed in the animals with occult DM in comparison with the indices of control animals. An increase of the G-SH content in the rats with occult DM is likely to take place at the expense of its intensified regeneration from its oxidative form. The administration of the melatonin preparation induced normalization parameters that we investigated.

Гладиш Л.М., Давидова Н.В.

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА АКТИВНІСТЬ ДЕЯКИХ АНТИОКСИДАНТНИХ ФЕРМЕНТІВ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ЗА УМОВ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії
(науковий керівник - к.біол.н. Григор'єва Н.П.)

Роль окисного стресу в патогенезі захворювань печінки інтенсивно вивчається в останні роки. Утворення активних форм кисню за умов алкогольної інтоксикації значно зростає. Активність вільнорадикального окиснення біомолекул в тканинах значною мірою залежить від активності ферментів антиоксидантного захисту, ключовими серед яких вважають каталазу та супероксиддисмутазу (СОД). Метою даної роботи було встановити можливість використання мелатоніну для корекції порушень активності ферментів антиоксидантного захисту печінки щурів за умов підгострої алкогольної інтоксикації.

Досліди проводили на білих щурах-самцях масою 180-230 г, яких утримували за стандартних умов виварію. Тварин розподілено на групи: 1 група - контроль (інтактні тварини); 2 група - тварини, яким викликали підгостру алкогольну інтоксикацію шляхом внутрішньошлункового введення 40% етанолу в дозі 7 мл/кг маси впродовж 7 діб; 3 група - тварини, яким впродовж моделювання алкогольної інтоксикації внутрішньошлунково вводили препарат «Віта мелатонін» (Київський вітамінний завод) в дозі 5 мг/кг маси. Тварин декапітували під легким ефірним наркозом. У супернатантах 5% гомогенатів печінки щурів визначали активність каталази (Дубинина Е.Е., 2008) та супероксид-

дисмутази (Королюк М.А. та ін., 1988). Встановлено, що підгостра алкогольна інтоксикація супроводжувалась підвищенням активності каталази в печінці щурів на 48% вище рівня контролю. Поряд із цим спостерігалось й незначне підвищення активності супероксиддисмутази печінки - на 17% вище рівня контролю. У разі надходження етилового спирту в організм каталаза виконує не тільки антиоксидантну функцію, але й бере участь в його знешкодженні. Так, в пероксисомах каталаза використовує ендогенний пероксид для окиснення етанолу до ацетальдегіду. Причому, швидкість окиснення значною мірою залежить від швидкості генерації H_2O_2 . Тому виявлене в експерименті зростання рівня їхньої активності на тлі майже незмінної активності СОД може бути пов'язано, головним чином, із стимулюванням каталазного шляху окиснення етилового спирту, а також із незначним активуванням антиоксидантної системи захисту.

Мелатонін - один з найпотужніших ендогенних антиоксидантів, ефективність якого доведена для багатьох вільнорадикальних патологій. Нами встановлено, що введення препарату «Віта-мелатонін» в дозі 5 мг/кг впродовж 7 діб поряд із алкогольною інтоксикацією запобігало вірогідній зміні активності каталази та СОД в печінці щурів.



Горин В.В., Маруняк С.Р., Дибас В.В.

АНАЛІЗ ЗМІН АКТИВНОСТІ АРГІНАЗИ ТА NO-СИНТАЗИ В УТКАНИНІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ВВЕДЕННІ L-АРГІНІНУ ЗА УМОВ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНОЇ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, Львів, Україна

Кафедра біологічної та біоорганічної хімії

(наукові керівники - к.біол.н. Хаврона О.П., к.біол.н. Білецька Л.П.)

Актуальність. Розвиток цукрового діабету супроводжується змінами активності двох ензимів L-аргініну – індукбельної NO-синтази і аргінази. У клітинах обмін L-аргініну відбувається окисним шляхом за участю NO-синтаз і неокисним за допомогою аргінази. Ці ензими конкурують за субстрат й визначають пул L-аргініну. Введення екзогенного L-аргініну змінює вміст і обмін L-аргініну у тканині підшлункової залози за умов експериментального цукрового діабету. Мета дослідження. Вивчення зміни активності NO-синтаз і аргінази у тканині підшлункової залози при введенні екзогенного L-аргініну за умов стрептозотоцин-індукованої гіперглікемії (СІГ).

Матеріали та методи досліджень. Дослідження проводили на щурах-самцях масою 180–240 г згідно правил передбаченими Європейською Комісією по нагляду за проведенням лабораторних дослідів за участю експериментальних тварин. Тварин поділили на 2 групи: перша – 5 тварин з СІГ у дозі 40 мг/кг/день інтраперітонеально протягом 5 днів (концентрація глюкози у крові становила більше 15 ммоль/л) (E. Wielosz-Tokarzewska, 2003), друга – 10 тварин, яким

протягом двох тижнів внутрішньочеревинно вводили L-аргінін (в дозі 300мг/кг) на тлі СІГ.

Активність NO-синтаз оцінювали за методом (В.В. Сумбаєва, 2000), аргінази за методом (J.W. Geyer, D. Dabich, 1971) у тканині підшлункової залози та концентрацію L-аргініну в плазмі крові за методом (Т.Л. Алейникова, Г.В. Рубцева, Н.А. Павлова, 2000). Статистичну обробку результатів проводили, враховуючи критерій Стьюдента, з використанням стандартних комп'ютерних програм.

Результати. При двотижневому введенні L-аргініну на тлі СІГ активність iNOS зменшувалась – на 48% ($p < 0,05$), а аргіназна активність зростала на 33% ($p < 0,05$) у тканині підшлункової залози щурів другої групи у порівнянні з тваринами першої групи; тоді як концентрація L-аргініну в плазмі крові зростала на 39% ($p < 0,05$) порівняно з даними при дії стрептозотоцину.

Висновки. Отже введення L-аргініну, знижує активність iNOS, що призводить до зростання концентрації L-аргініну в плазмі крові, однак при цьому активність аргінази виражено не змінюється.

Гринчишин О.І., Макар Т.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА ІОННИХ ТРАНСПОРТЕРІВ В ЕРИТРОЦИТАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ ТА ЗА ВПЛИВУ БЛОКАТОРА ЦОГ2/ЛОГ5 ДАРБУФЕЛОНУ

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, Львів, Україна

Кафедра біологічної хімії

(науковий керівник - к.біол.н. Гринчишин Н.М.)

Актуальність досліджуваної проблеми пов'язана з пошуком перспективних фармацевтичних препаратів в лікуванні ульцерогенного коліту, які проявляють як протизапальну, так і цитопротекторну дію та володіють мінімальними побічними ефектами.

Мета роботи полягала у з'ясуванні кінетичних особливостей функціонування Na/Li-протитранспорту та Na,K,Cl-котранспорту в еритроцитах щурів за експериментального виразкового коліту та встановлення їх чутливості до впливу блокатора подвійної дії целекоксибу. Матеріали та методи. Дослідження проведені на 30 статевозрілих щурах, які були поділені на 3 групи. Перша група – контрольні тварини. Друга група – щурі з модельованим виразковим колітом, викликаним одноразовим введенням в пряму кишку 4 % розчину ацетатної кислоти. Третю групу склали щурі, яким перорально вводили блокатор циклооксигенази 2/ліпооксигенази 5 – дарбуфелон (2A5DHT) в дозі 10 мг/кг маси тіла двічі – до формування виразкового коліту і через 1 день після розвитку коліту. Швидкість Na/Li-протитранспорту та Na,K,Cl-котранспорту в еритроцитах визначали за методом De La Sierra, 1988. Вимірювання вмісту Na⁺ і K⁺ в плазмі крові та еритроцитах здійснювали методом полум'яної

фотометрії. Статистичну обробку даних проводили з використанням програми Microsoft Excell. Результати дослідження. Встановлено, що за виразкового коліту концентрація Na⁺ в еритроцитах зросла на 32,6% ($p \leq 0,05$) у порівнянні з такою у щурів контрольної групи. Швидкість Na/Li-протитранспорту в еритроцитах щурів збільшилась на 29,8% ($p \leq 0,05$), а швидкість Na,K,Cl-котранспорту не відрізнялась від такої в еритроцитах, виділених з крові щурів, об'єднаних в контрольну групу. Дія дарбуфелону призводила до зниження рівня натрію в еритроцитах у порівнянні з відповідними величинами за виразкового коліту, проте залишалась вищою стосовно контрольної групи на 15,9%, а інтенсивність Na/Li-протитранспорту в еритроцитах наближалась до норми.

Висновки. Швидкість Na/Li-протитранспорту можна розглядати як один із критеріїв мембранних порушень в клітинах. Активність механізмів цього транспортера виявилась недостатньою для запобігання надмірному накопиченню внутрішньоеритроцитарного Na⁺ за умов патології. Введення блокатора подвійної дії дарбуфелону зменшувало інтенсивність процесів ліпопероксидації і призводило до подолання іонних мембранопатій.

Островська А.О., Палагнюк П.Ю., Кушнір О.Ю., Паламар А.О.
**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛІЗУ
 ЕКСТРАКТІВ РОДІОЛИ РОЖЕВОЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії
 (науковий керівник - к.біол.н. Яремій І.М.)

Підземна частина Родіоли рожевої (*Rhodiola rosea* L.) має різноманітний хімічний склад. У кореневищах із коренями цієї рослини містяться органічні кислоти, біофлавоноїди, дубильні речовини, бета-ситостерин, п-оксифеніл- β -етанолу п-тирозин і його глікозид п-оксифеніл- β -(β - α -глюкопіранозиду)-етанолу родіолозид тощо. Екстракти з коренів і кореневищ *Rhodiola rosea* L. широко використовуються як народною, так і офіційною медициною, зокрема як стимулюючі і тонізуючі засоби. Метою даного експериментального дослідження було проведення порівняльного спектрофотометричного дослідження екстрактів із підземної частини родіоли рожевої, що продаються в аптечних мережах: Extractum *Rhodiolae fluidum* (1:1 на 40% етанолі; ТОВ «Фіто-фабрика», м. Пути-ла), Extractum *Rhodiolae fluidum* (1:1 на 40% етанолі; ВАТ «Львівська фармацевтична фабрика», м. Львів), *Rhodiolae extractum fluidum* (1:1 на 40% етанолі; ВАТ «Біолік», м.Ладижин) і Екстракт родіоли рожевої (без цукру та спирту; ТОВ «Медагропром» для МПП «Зелена скарбниця здоров'я», м. Тернопіль; ТУ-У-15.8-02010741-

044:2005). Спектрофотометричне дослідження екстрактів проводили на СФ-46. Спектри поглинання екстрактів визначали в ділянці УФ-світла та у ділянці видимого спектру світла. Перед визначенням досліджуваних спиртові екстракти розводили (1:100) 40% етанолом, а Екстракт родіоли рожевої (без цукру та спирту) в аналогічному співвідношенні бідистильованою водою. Спектрофотометричне дослідження екстрактів встановило наявність у ділянці видимого світла чіткого максимуму поглинання в діапазоні 325–330 нм, що вказує на присутність у екстрактах фенольних сполук, зокрема флавоноїдів і фенолкарбонових кислот. Найбільше виражений і приблизно однаковий вказаний максимум виявили у всіх досліджуваних екстрактах із коренів і кореневищ *Rhodiola rosea* L., виготовлений у співвідношенні 1:1 на 40% етанолі, які продавалися в аптечній мережі м. Чернівці. Менше виражений (майже вдвічі) максимум поглинання при даній довжині хвилі встановлено при СФ-дослідженні Екстракту родіоли рожевої (без спирту).

Панасенко Т.О.

**ЗАЛЕЖНІСТЬ СТРЕС-ІНДУКОВАНИХ УШКОДЖЕНЬ МОЗКУ ВІД
 СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТВАРИН**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна
 Кафедра медичної, біоорганічної та біологічної хімії
 (науковий керівник - д.мед.н. Непорада К.С.)

В умовах сучасного світу актуальними залишаються питання механізмів стрес-індукованих ушкоджень організму, їх роль в патогенезі захворювань та стресостійкості. Метою нашого дослідження було визначити особливості реакції тканин півкуль головного мозку тварину відповідь на гострий стрес та залежність цієї відповіді від стресостійкості організму. Експерименти виконано на 25 щурах-самцях лінії Вістар вагою 320г з дотриманням біоетичних норм. Тварини були розподілені на стресостійких та стресонестійких на основі перемінних нейроетологічного тесту «Відкрите поле» (Майоров О.Ю., 1985). Гострий стрес моделювали за Г. Сельє. Евтаназію здійснювали під тіопенталовим наркозом (50 мг/кг) шляхом кровопускання. В гомогенаті тканин великих півкуль головного мозку визначали загальну активність NO-синтази (NOS) (Hevel I.M., 1991), каталази (Архипова О.Г., 1988), вміст нітрит-аніонів (Hevel I.M., 1991), ТБК-реактивів (Стальная И.Д., 1977), окисно модифікованих білків (ОМБ) (Дубинина Е.Е., 1995). Результати дослідження обробляли методом варіаційної статистики за критерієм Стьюдента. Нами встановлено, що в тканинах півкуль головного моз-

ку щурів за умов гострого стресу: вміст ТБК-реактивів та ОМБ вірогідно підвищувався у стресонестійких тварин, порівняно з відповідним контролем та зі стресонестійкими тваринами; вміст нітрит-аніонів вірогідно збільшувався в тварин обох груп у порівнянні з відповідними контролями; активність каталази вірогідно знизувалась, а загальна активність NOS вірогідно збільшувалась в стресонестійких тварин, порівняно зі стресостійкимим. Нейроетологічні показники тесту «Відкрите поле» корелювали з тяжкістю стрес-синдрому, про що свідчать максимальна інволюція тимусу, гіпертрофія наднирникових залоз та ульceraції слизової оболонки шлунка у стресонестійких тварин, порівняно зі стресостійкими. Стресостійкість головного мозку щурів визначається індивідуально-типологічними особливостями реалізації стрес-синдрому і проявляється в: дисбалансі про- та антиоксидантних систем, про що свідчать підвищення вмісту ОМБ, ТБК-реактивів на тлі зменшення активності каталази та підвищення активності NO-ергічної системи в тканинах півкуль головного мозку тварин стресонестійкого типу, порівняно зі стресостійкими.



Поліщук Ю.О.

ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ НИРОК ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії
(науковий керівник - к.мед.н. Дікал М.В.)

Актуальність. За статистикою, в Україні захворюваннями нирок різного ступеня тяжкості страждають 350 з кожних 10 тисяч людей, а хронічний гломерулонефрит – це одне із найважливіших захворювань нирок, яке призводить до розвитку хронічної ниркової недостатності. Тому дослідження стану антиоксидантної системи нирок та шляхи патогенетичної корекції є актуальними на сьогоднішній день.

Мета роботи. З'ясувати вплив мелатоніну на стан антиоксидантної системи нирок за умов хронічного гломерулонефриту.

Матеріали і методи дослідження. Експерименти проведені на 36 самцях білих-нелінійних щурів масою 0,16–0,20 кг, в яких моделювали хронічний гломерулонефрит шляхом уведення нефротоксичної сироватки у дозі 6 мл/кг маси тіла з інтервалом 24 год. Для корекції використовували мелатонін (Sigma США) із розрахунку 3 мг/кг маси тіла.

Результати досліджень та їх обговорення. Антиоксидантна система характеризувалася зниженням активностей супероксиддисмутази $0,16 \pm 0,007$ ($p < 0,01$) у порівнянні із контролем $0,21 \pm 0,016$ ОД/хв/мг білка,

глутатіонпероксидази $0,52 \pm 0,013$ ($p < 0,05$) у порівнянні із контролем $0,61 \pm 0,050$ мкмоль/хв/мг білка та каталази $8,45 \pm 0,19$ ($p < 0,01$) у порівнянні із контролем $11,32 \pm 0,85$ мкмоль/хв/мг білка в кірковій ділянці нирок, що вказувало на виснаження активностей ферментів антиоксидантного захисту, які є необхідними для знешкодження активних форм кисню, які активують процеси пероксидного окиснення фосфоліпідів мембран клітин. Використання мелатоніну покращувало стан антиоксидантної системи нирок при хронічному гломерулонефриті, на що вказувало зростання активностей супероксиддисмутази $0,22 \pm 0,018$ ОД/хв/мг білка, глутатіонпероксидази $0,72 \pm 0,062$ мкмоль/хв/мг білка та каталази $12,43 \pm 0,95$ мкмоль/хв/мг білка у кірковій речовині нирок.

Висновок. Отже, хронічний гломерулонефрит характеризується виснаженням антиоксидантної системи нирок, а мелатонін проявляє протекторну дію на активність супероксиддисмутази, глутатіонпероксидази та каталази у кірковій речовині нирок.

Соловей М.М., Соловей М.Ю.

ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАН КРОВІ ТА ПЕЧІНКИ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ПЕРИТОНІТОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра загальної хірургії; кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії
(наукові керівники - д.мед.н. Польовий В.П., к.мед.н. Кушнір О.Ю.)

Залежно від показників пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) та окиснювальної модифікації білків (ОМБ), антиоксидантного захисту (АОЗ) при різних формах гострого гнійного перитоніту, у разі необхідності, може вирішуватися питання їх корекції. Мета: з'ясувати зміни показників оксидантно-антиоксидантного стану крові та печінки щурів за умов експериментального перитоніту. Матеріал та методи. Об'єктом досліджень були 47 білих статевозрілих нелінійних щурів масою 0,18–0,20 кг, серед яких виділили дві групи: контрольну і групу тварин з експериментальним перитонітом. Перитоніт у щурів викликали інфікуванням очеревинної порожнини вмістом порожнистих органів травлення двома шляхами: спочатку аутомікрофлорою через створення постійного інтраабдомінального джерела інфекції та через внутрішньоочеревинне введення в різні відділи черевної порожнини суспензії автокалу. Через 1, 2, 3, 6, 12, 24, 48 і 72 год після моделювання перитоніту в еритроцитах, плазмі крові й тканині печінки визначали: активність глутатіонпероксидази (ГП), каталази (КТ), глутатіон-S-трансферази (ГСТ), супероксиддисмутази (СОД), церулоплазміну (ЦП); вміст молекул середньої маси (МСМ), ступінь окиснювальної модифікації білків (ОМБ) та концентрацію малонового альдегіду (МА). Ре-

зультати. Встановлено, що через 3 год у плазмі крові має місце підвищення на 32,2% ОМБ, а через 6 год – активності ЦП на 27,0% порівняно з відповідним контролем. Активність ЦП через 72 год була на 17,7% нижчою ніж контроль. Рівень у плазмі крові МСМ підвищувався через 48 год на 20% ($p < 0,05$) порівняно з контролем. Через 6 год відбувалась активація процесів ПОЛ про що свідчило підвищення рівня МА на 37,0% порівняно з контролем. Активність СОД знижувалася вдвічі, починаючи із 6-ї год порівняно з контролем. Каталазна й ГП активність підвищувались до 6-ї год у середньому в 1,3 рази ($p < 0,05$) й знижувались порівняно з відповідним контролем у подальші стадії розвитку перитоніту. Активність ГСТ знижувалася через 2–3 год в 1,5 рази ($p < 0,05$), потім через 6 год і 24 год зростала та знову спадала на другу і третю добу приблизно в 2 рази ($p < 0,05$) порівняно з відповідним контролем. Висновки. Причинами надлишкового утворення активних форм кисню в процесі розвитку запального процесу в очеревинній порожнині є блокування ключових ферментів антиоксидантного захисту. Активація процесів вільнорадикального окиснення фосфоліпідів і білків клітинних мембран призводить до втрати ними структури і функції, загибелі клітин та прогресування ендотоксикозу.

Хопта Н.С., Гобрей Р.Я.

СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ ВМІСТУ БІОЕЛЕМЕНТІВ У КІСТКОВІЙ ТКАНИНІ ЩУРІВ ЗА УМОВ УРАЖЕННЯ ХЛОРИДОМ КАДМІЮ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
Кафедра біологічної та медичної хімії ім. Г. Бабенка
(науковий керівник - д.біол.н. Ерстенюк Г.М.)

Забруднення довкілля сполуками кадмію (Cd) досягло рівня, що загрожує здоров'ю людини. З літературних джерел відомо, що проживання в інтенсивному промисловому регіоні порівняно з екологічно чистим сприяє накопиченню Cd в тканинах і органах. З віком вміст Cd зростає, особливо у чоловіків і осіб, що палять. Тому важливим є пошук ефективних і безпечних засобів корекції токсичного впливу сполук Cd, зокрема на кісткову тканину. Лікарське застосування артишоку налічує близько 2,5 тис. років. Сучасними дослідженнями було підтверджено, уточнено та розширено властивості екстрактів артишоку, серед яких антиоксидантна, мембраностабілізуюча та детоксикуюча дія. При виготовленні вітчизняного препарату «Артишока екстракт-Здоров'я» (АЕЗ) застосована унікальна технологія, яка забезпечує збереження всього комплексу діючих речовин, що властиві свіжій рослині.

Метою даного дослідження було вивчення впливу хлориду Cd та АЕЗ на вміст кальцію (Ca), магнію (Mg), цинку (Zn) і купруму (Cu) в кістковій тканині. Експеримент проводили на білих щурах-самцях масою 180–220 г. Інтоксикацію здійснювали в дозі 1/10 LD50 CdCl₂ на протязі 10 діб, а потім вводили АЕЗ.

Матеріал (стегнові кістки, кров) забирали на 28–у добу після завершення введення CdCl₂. У золі кісток визначали вміст Ca, Mg, Cu, Zn атомно-абсорбційним методом, а у крові – концентрацію Ca і Mg.

Вміст основних макроелементів кісткової тканини Ca і Mg знижувався на 28–у добу: Ca на 20,1%, а Mg на 25,4%, а за умов застосування АЕЗ наблизився до показників інтактних щурів. Рівень остеотропних мікроелементів Cu і Zn у кістках отруєних тварин знижувався відповідно на 31,1% і 22,5%, а з корекцією лише на 16,7% та 3,7%. Вміст у кістках токсичного Cd перевищував у 10,3 разів рівень контролю, а при введенні АЕЗ тільки у 1,4 рази. У крові концентрація Ca за умов кадміозу зростала у 1,38 разів, а Mg знижувалась у 1,54 рази. При застосуванні АЕЗ ці показники наближались до відповідних значень інтактних тварин.

Одержані результати вказують, що в уражених CdCl₂ тварин відбувається зниження у кістках вмісту Ca, Mg, Zn та Cu на фоні накопичення Cd, а також збільшення концентрації Ca і зменшення Mg у крові. За цих умов ефективним виявилось застосування АЕЗ для корекції цих порушень, що відкриває перспективи подальших досліджень.

Чучман Н.Б., Дацко О.М., Маркусь М.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ В ОРГАНАХ ТРАВНОГО ТРАКТУ У ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ВИРАЗЦІ ШЛУНКА

Львівський державний медичний університет ім. Д. Галицького, Львів, Україна
Кафедра біологічної та біоорганічної хімії
(наукові керівники - к.біол.н. Хаврона О.П., к.біол.н. Білецька Л.П.)

Актуальність. Порушення структури та функції епітеліоцитів знижує резистентність слизової оболонки гастродуоденальної зони і призводить до виникнення патологічних станів, що супроводжуються залученням у патологічний процес інших органів травної системи, зокрема печінки і підшлункової залози. Важливим пусковим механізмом структурно-функціональних змін клітин за умов розвитку патологічного процесу є порушення балансу між процесами ліпопероксидації та антиоксидантним захистом. Мета. Визначити показники вільнорадикального окиснення ліпідів у слизовій оболонці шлунка (СОШ), печінці та підшлунковій залозі щурів з експериментальною виразковою хворобою шлунка (ВХШ).

Матеріал та методи. Дослідження проводили на статевозрілих безпородних білих щурах-самцях масою 180–220 г. Тварин було поділено на дві групи: I група – 15 інтактних щурів, II група – 20 щурів з виразкою шлунка, яку викликали введенням адреналіну 10 мг/кг внутрішньоочередивно. Декапітацію тварин проводили на тлі уретанового знечуження з дотриманням біоетичних норм. Для дослідження використовували гомогенати СОШ, печінки та підшлункової залози, у яких визначали вміст ТБК-активних продуктів за методом Тімірбулатова Р.А., Селезньова Є.І.

(1981) та дієнових кон'югатів (ДК) за методом Камишникова В.С. (2000). Одержані результати статистично опрацьовані за t-критерієм Стьюдента за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel 8.0.

Результати. При ВХШ у всіх досліджуваних тканинах різко підвищується інтенсивність ліпопероксидації, що робить її універсальним механізмом пошкодження клітинних мембран. У СОШ відзначено зростання вмісту ТБК-активних продуктів у 2,4 рази та ДК у 1,6 рази, у печінці – ТБК-активних продуктів у 1,5 рази, ДК у 1,4 рази, у підшлунковій залозі – ТБК-активних продуктів у 2 рази, ДК у 1,5 рази. Всі показники статистично достовірні ($p \leq 0,05$).

Висновки. За умов ВХШ спостерігається окисне пошкодження мембранного апарату клітин СОШ, печінки та підшлункової залози щурів, що проявляється підвищенням вмісту, як проміжних, так і кінцевих продуктів ПОЛ. Найбільше ушкоджуються мембрани епітеліоцитів шлунка, в яких зафіксоване максимальне збільшення продуктів ліпідної пероксидації, а найменші порушення спостерігалися у печінці. Встановлені зсуви прооксидантно-антиоксидантної рівноваги в сторону оксидативного стресу є підґрунтям для розвитку функціональних розладів органів травного тракту.



Янчик М.В., Шкрібляк У.В., Мацьопа І.В.

ПОКАЗНИКИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії

(науковий керівник - к.біол.н. Григор'єва Н.П.)

Відомо, що кількісний та якісний склад слини впливає на структуру і функції зубів і м'яких тканин порожнини рота. У ряді досліджень показано вплив хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту, зокрема, гастриту з секреторною недостатністю, виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки на ураження пародонту. При хронічних захворюваннях в організмі відбувається порушення компенсаторно-протистосовних реакцій у тканинах порожнини рота. Мета даної роботи – провести біохімічну оцінку антиоксидантного стану ротової рідини у хворих на виразкову хворобу. Ротову рідину збирали після попереднього ополіскування порожнини рота кип'яченою водою кімнатної температури. У ротовій рідині визначали вміст молекул середньої маси за інтенсивністю поглинання ароматичних амінокислот при довжині хвилі 280 нм у безбілковому центрифугаті слини та активність каталази за методом Корольюк (Корольюк, 1988). Цифровий матеріал обробляли методом варіаційної статистики за програмою Statistika, 6,0 з визначенням $M \pm m$. Вірогідність різниці між групою порівняння дослідною визна-

чали за t-критерієм Ст'юдента. Показано суттєве виснаження системи антиоксидантного захисту порожнини рота у хворих на виразкову хворобу. Так, каталазна активність ротової рідини у хворих з хронічною патологією шлунково-кишкового тракту була нижчою в 2 рази порівнянно з контрольною групою, у сліні яких активність ферменту становила $287,4 \pm 23,33$ мкмоль/хв/л. Одним з маркерів ендогенної інтоксикації організму є накопичення в біологічних рідинах продуктів модифікованих біомолекул – молекул середньої молекулярної маси, які включають компоненти пептидної природи, олігосахариди, похідні глюкуронових кислот, спирти, поліаміни тощо. Нами встановлено, що вміст метаболітів середньої молекулярної маси в ротовій рідині хворих на виразкову хворобу знизився на 20%. Отримані результати опосередковано свідчать про відсутність запальних процесів у тканинах порожнини рота у хворих на виразкову хворобу. Отже, у ротовій рідині хворих на виразкову хворобу знижується активність системи антиоксидантного захисту.



Біофізика та інформаційні технології



Глинка О.П., Лещук А.В.

АВТОМАТИЗОВАНА КОМП'ЮТЕРНА СИСТЕМА АНАЛІЗУ КРОВІ

Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу; Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
Кафедра комп'ютерних систем і мереж; кафедра біологічної і медичної хімії
(наукові керівники - к.тех.н. Бабчук С.М., Бабчук Л.Р.)

Біохімічний аналіз крові дозволяє встановити клінічний діагноз захворювання, визначити стадію його розвитку, а також призначити лікування.

Проведений аналіз обладнання для аналізу крові показав, що наявні в даний час експрес-аналізатори та гематологічні аналізатори дорогі та непридатні для проведення складних нетипових аналізів. Тому, як правило, такі складні біохімічні аналізи крові здійснюються в лабораторіях, як і раніше, лаборантами вручну. Медичні заклади потребують впровадження в діагностичний процес інформаційних систем, які могли б зменшити суб'єктивний вплив людського фактора на даний процес.

Метою проведених досліджень була розробка недорогої автоматизованої комп'ютерної системи аналізу крові на базі стандартного персонального комп'ютера.

Апаратна частина розробленої комп'ютерної системи аналізу крові включає: комп'ютер, оптичний мікроскоп, цифровий фотоапарат, систему управління рухом предметного столика. Для

коректної роботи системи необхідний комп'ютер з тактовою частотою більшою 1 ГГц, з оперативною пам'яттю не менше 512 Мб, жорсткий диск об'ємом не менше 14 Гб. Обов'язковою вимогою до комп'ютера є наявність LPT – порта та USB портів.

Отримані зображення з мікроскопа зберігаються у одному зі стандартних форматів на комп'ютері: bmp, jpg або jpeg. Розпізнавання та розрахунки проводяться одним натисканням кнопки. Крім того, сформовано базу знань для встановлення розробленою комп'ютерною системою попереднього діагнозу за біохімічним аналізом крові. На кінцевому етапі лікар переглядає результати аналізу і приймає рішення щодо клінічного діагнозу захворювання.

Отже, в результаті проведених досліджень розроблено структуру автоматизованої комп'ютерної системи аналізу крові на базі стандартного персонального комп'ютера та програмне забезпечення для вказаної системи, які дозволять здійснювати в автоматизованому режимі складні нетипові аналізи.



Гастроентерологія



Fishbach M., Slyvka N.

THE ALCOHOLIC LIVER DISEASE AND FUNCTIONAL ACTIVITY OF THE VASCULAR ENDOTHELIUM

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Patients Care
(Scientific adviser - PhD Slyvka N.O.)

Background: Recent studies discovered that the function of vascular endothelium changes on the background of various chronic diseases. However, activity of the endothelium in the pathogenesis of the alcoholic liver disease remains not investigated. **Methods:** 90 patients with chronic alcoholic hepatitis (1 group), 30 patients with alcoholic cirrhosis (2 group) and 20 apparently healthy persons (control group). The functional activity of endothelium was estimated by content of nitric oxide (NO) in patients blood using Grice reagent; and also by the Cellermayer-Sorrensen test (1992) using duplex Doppler ultrasound («En Visor HD» (Philips, USA), sensor 10 MHz).

Results: The multifactorial analysis of variance have shown the inversely proportional correlation between the degree of activity of hepatitis and the functional activity of endothelium ($r = -0,86$) ($p < 0,05$), between the stage of liver fibrosis and the functional activity of endothelium ($r = -0,67$) ($p < 0,05$), and between the duration of disease and the functional activity of endothelium ($r = -0,88$) ($p < 0,05$). Analysis of indicators of endothelium activity demonstrated that the level of NO was elevated to $24,93 \pm 3,34$ mmol/l in

those patients, whose duration of disease was less than 5 years (for comparison – in the control group NO was $15,32 \pm 3,77$ mmol/l) ($p < 0,05$), and the diameter of brachial artery after compression was $25,35 \pm 3,61\%$, and was higher by 2.5 times ($p < 0,05$) compared with control group ($10,5 \pm 3,22\%$). In those patients, whose duration of disease was more than 5 years, NO level was $10,85 \pm 2,06$ mmol/l (less than in control group to $28,39\%$) ($p < 0,05$); the diameter of brachial artery after compression was $7,23 \pm 2,22\%$ (less than in control group to $27,52\%$) ($p < 0,05$). In patients with liver cirrhosis NO level was $8,55 \pm 2,95$ mmol/l (less than in control group to $44,19\%$) ($p < 0,05$); the diameter of brachial artery after compression was $5,34 \pm 1,48\%$ (less than in control group to $49,14\%$) ($p < 0,05$).

Conclusion: Analysis of the data shows the decreasing amount of endothelial NO mediator in the blood and reducing the vasodilating activity of endothelium of examined patients in proportion to the duration of the disease, indicating a progressive depletion of the functional properties of the endothelium on the chronic alcoholic liver disease background.

Grosu S.

THE ENDOCANNABINOID SYSTEM AND THE DIGESTIVE TRACT

State Medical and Pharmaceutical University «Nicolae Testemitanu», Chisinau, R. Moldova
Human Physiology and Biophysics
(Scientific adviser - Dr Med Sci Vovc V.)

In the human digestive tract, as well as in the nervous and adipose tissues, but also in many others, there is evidence for the presence of high levels of endocannabinoids, namely anandamide (AEA) and 2-arachidonoylglycerol (2-AG) and enzymes involved in the synthesis and inactivation of these endogenous ligands. Immunohistochemical studies have shown the presence of CB1 peripheral receptors mostly on myenteric and submucosal nerve plexuses along the alimentary tract.

The brain-gut-adipose axis regulates digestive processes, food ingestion and energy balance and is closely associated with hormonal regulation by the hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis and by the mesolimbic reward system. It is proposed to call these interfacing systems the «alimentary control system». Cannabinoid receptors and ligands' presence in brain, gastrointestinal as well as adipose tissue explains its role in food intake, digestion and the regulation of adipose tissue mass. Moreover, the endocannabinoid system's involvement in stress and emotional processing, makes it eminently suited to be one of the relevant players in the alimentary control system. The endocannabinoid system is present during the early embryonal and postnatal stages

and there have been discovered endocannabinoids (eCBs) in maternal milk. The eCBs seem to be of critical value for newborn milk ingestion and suckling. Ghrelin, an orexigenic gastric hormone, exerts some effects similar to those of endocannabinoids, still the eCBs having additional and supporting value. Physiological studies have shown that activation of CB1 receptors produces especially relaxation of the lower esophageal sphincter and inhibition of gastric motility and acid secretion, as well as on the intestinal segments. In general, CB1-induced inhibition of the motility and secretion in gastrointestinal tract is due to reduced acetylcholine release from enteric nerves. Conversely, endocannabinoids stimulate intestinal primary sensory neurons via the vanilloid VR1 receptor, resulting in enteritis and enhanced motility. The endogenous cannabinoid system has been found to be involved in the physiological control of colonic motility and in some pathological states regulation, i.e. paralytic ileus, intestinal inflammation, cholera toxin-induced diarrhea. Cannabinoids also possess very important antiemetic effects mediated by activation of central and peripheral CB1 receptors.

Parastyvyuk Y., Slyvka N., Shach M., Andrushchak L.

DOPPLEROGRAPHY HELPS EARLY DETECTION OF PORTAL HYPERTENSION IN CIRRHOTIC PATIENTS

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
 Department of Patients Care and Higher Nurses Education
 (Scientific adviser - PhD Slyvka N.)

Introduction. Portal hypertension is one of the most dangerous complication of the alcoholic liver cirrhosis, and there is no effective conservative methods to treat it on the final stage. Early detection of hemodynamic disorders in cirrhotic patients provides more wide opportunities for medical therapy. That is why we decided to research this problem.

Material & methods. 121 patients with alcoholic liver cirrhosis were examined, amongst them - 35 patients without PH (control group), 32 patients with preclinical PH (1st study group), 43 - with 1st stage of PH (2nd study group), 11 - with 11nd stage of PH (3d study group). We used liver biopsy and doppler ultrasound examination of the liver («En Visor HD», Philips, USA). To identify the functional activity of the endothelium (FAE) we used Celermajer-Sorensen test (1992) and nitric oxide assay (NO) by Griess reaction.

Results. We detected hemodynamic disorders by the type of preclinical (hyperkinetic) phase of PH (increasing of the congestive index (CI) more than 0,034, decreasing of maximal velocity (Vmax)

in the portal vein less than 10% and increasing of the portal vein more than 20–25% ($p < 0,05$) in patients of the 1st group. FAE in these patients was decreased up to $7,3 \pm 0,18\%$ (against $12,9 \pm 0,22\%$ in controls) ($p < 0,05$). Amongst 82% patients of the 2nd group FAE was only $5,4 \pm 0,15\%$ ($p < 0,05$). Amongst 18% patients of 2nd group have shown the paradoxical vasoconstrictive reaction, indicating a severe violation of FAE. The analysis of the data determined the reverse correlation between the degree of portal hypertension and the level of NO in blood ($r = 0,87$) and between the degree of portal hypertension and FAE index ($r = 0,54$) with a high degree of probability.

Discussion & conclusions. The results of this research substantiate the expediency of screening the portal hypertension in patients with alcoholic liver cirrhosis using indicators of their endothelial activity. Timely diagnosis of the early stages of portal hypertension opens new prospects for conservative, pathogenetically based and effective medical therapy.

Андрійчишен В.В., Колібаба С.В.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПИЛКУ КВІТКОВОГО В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
 (науковий керівник - к.мед.н. Сенюк Б.П.)

З метою вивчення впливу пилку квіткового (ПК) на клініко-лабораторні та органні функціонально-морфологічні прояви цукрового діабету (ЦД) було обстежено 50 хворих з інсулінозалежним цукровим діабетом (ІНЦД), з них 40% чоловіків, та 60% жінок віком від 44 до 76 років. Тривалість захворювання з моменту діагностування ІНЦД - від 4 до 15 років. У 20% пацієнтів спостерігалась легка форма захворювання, у решти - середньої важкості (за класифікацією ВООЗ від 1985 р.). ПК призначали 30 хворим на фоні базисної терапії в дозі 250 мг/кг маси тіла двічі на день у вигляді водної суспензії в 100 мл теплої кип'яченої води за 20–30 хвилин до прийому їжі. Курс лікування тривав 21–28 днів. Контрольну групу склали репрезентативні за віком, статтю та клінічно 20 хворих на ІНЦД. Пацієнти контрольної групи одержували лише базисну терапію. Після проведеного лікування усі пацієнти основної групи відмітили покращення самопочуття, працездатності, відчуття бадьорості значно раніше й більшою мірою, ніж хворі контрольної групи. Половині хворим внаслідок застосування ПК стало можливим зменшення на 1/3–

2/3 дози цукрознижуючих препаратів без погіршення лабораторних показників глікемії та клінічного перебігу ІНЦД. Однак, крім клінічних результатів, спостерігалися позитивні зміни і у даних лабораторних та інструментальних досліджень. Так, рівень глікемії після застосування ПК знижувався в середньому на 22,3% порівняно з даними до початку лікування, що дозволило ряду хворим знизити дозу манінілу. Рівень холестерину крові у хворих основної групи вірогідно знижувався від 5,77 ммоль/л до 4,94 ммоль/л ($p < 0,05$), тоді як у пацієнтів контрольної групи цей показник залишався практично незмінним. У 50% хворих знижувався рівень тригліцеридів крові. У всіх обстежених основної групи виявлена чітка тенденція до зростання рівня калію крові та гемоглобіну при попередньо знижених їх показниках.

Таким чином, на основі проведеної клінічної апробації можна стверджувати, що ПК є достатньо ефективним і безпечним природнім засобом в лікуванні та профілактиці вторинних проявів ІНЦД, позитивно впливає на окремі важливі ланки патогенезу ЦД (оксидантну, антиоксидантні системи, ліпідний обмін, імунну систему).



Бабенчук І.О., Шишко І.С., Горбатюк І.Б.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ХОЛЕСТЕРОЗ ЖОВЧНОГО МІХУРА ЗАЛЕЖНО ВІД КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ: ІХС. КАРДІОСКЛЕРОЗУ ТА ОЖИРІННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Актуальність. Проблема розвитку та прогресування метаболічних захворювань жовчного міхура: холелітазу та холестерозу (ХЗ ЖМ) у теперішній час є однією із важливих проблем у внутрішній медицині. Одночасно із збільшенням кількості хворих на жовчнокам'яну хворобу спостерігається зростання поширеності холестерозу жовчного міхура - захворювання, яке характеризується локальною або дифузною інфільтрацією стінки ефірами холестеролу та зниженням функції жовчного міхура. Проблема полягає в тому, що за результатами проведених розтинів ХЗ ЖМ зустрічається в 5-10% випадків, при патогістологічному дослідженні у хворих на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) - у 20-30% випадків.

Метою нашого дослідження було визначення морфологічних особливостей ураження жовчного міхура при хронічному холециститі (ХХ) та ХЗ ЖМ у хворих на ІХС. Кардіосклероз та ожиріння. Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 300 протоколів автопсії хворих на ожиріння, що померли від ускладнень ІХС (група А), та 100 протоколів патогістологічного

дослідження жовчного міхура після операції холецистектомії з приводу хронічного холециститу у хворих на ожиріння (група В).

Результати дослідження та висновки. У групі А морфологічними особливостями ураження жовчного міхура у померлих осіб, хворих на ІХС на тлі ожиріння І-ІІ ст. була коморбідність з хронічним холециститом - у 76,7%: із каменевим - у 24,3%, некаменевим - у 50,7% випадків, а у 1,7% хворих спостерігався ксантогранулематозний холецистит (КГХ). При аналізі випадків автопсії зустрічався ХЗ ЖМ сітчастої форми (54,4%), переважала сітчаста дифузна форма (37,6%), змішана (сітчасто-поліпозна) форма становила 33,6%, поліпозна - (12,0%). Аналіз морфологічної структури уражень ЖМ, у осіб хворих на ІХС. Кардіосклероз та ожиріння І-ІІ ступеня встановив ХХ - у 100,0%: каменевий - у 73,0%, некаменевий - у 20,0% випадків, а у 7,0% КГХ. У 57 випадках (57,0%) визначався ХЗ ЖМ: каменевий - 40,0% та некаменевий ХХ - у 17,0% із переважанням сітчастої (64,9%) форми дифузного типу (56,1%), змішаної (сітчасто-поліпозної) (24,6%) та поліпозної форм (10,5%).

Бостан М.Г., Драчук В.М., Ежнед М.А.

ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фармації
(науковий керівник - Драчук В.М.)

На сьогоднішній день в Україні спостерігається чітке зростання захворюваності органів травлення. За даними літературних джерел, в найближчі 15-20 років поширеність даних нозологій збільшиться в світі на 30-50%. Зазначені тенденції характерні й для патології жовчовивідної системи, із захворюваннями якої реєструються 388 людей на 10 тис. населення. Нашу увагу привернула поширеність холециститу, темп приросту поширеності якого складає 56,1%.

Метою роботи стало узагальнення літературних і електронних джерел інформації щодо захворюваності на холецистит.

Згідно статистики МОЗ України захворюваність органів травлення становить 9,60%, серед них найпоширенішими є: виразкова хвороба шлунка та 12-ти палой кишки - 12,83%, гастрити та дуоденіти - 23,83%, хронічні гепатити - 4,3%, жовчнокам'яна хвороба - 3,37%, холецистити, холангіти - 19,55%, хвороби підшлункової залози - 10,92%. Значне місце займає хронічний холецистит (ХХ). Пацієнти з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) серед країн Європи, Північної Америки і Японії складають близько 15%, а з хронічним калькульозним холециститом (ХКХ) - близько 20% населення розви-

нутих країн. В Росії біліарну патологію виявляють в 58,6% випадків, причому 24,0% випадків становить ХНХ.

В Україні 13,3% хворих з ХХ госпіталізуються по два, три і більше разів, причому приблизно 7% - у тому ж році.

Одними із важливих факторів ризику є вікові та гендерні особливості. Співвідношення чоловіків та жінок складає 1:1,6. Найбільш інтенсивне зростання захворюваності спостерігається у віці 41-50 років. Причому, порівняно із попередніми роками, серед чоловіків вона зросла в 3,2, а серед жінок - у 2,6 рази. ХХ, на сьогоднішній день, частіше виявляється у молодому віці - 30-34 роки, а за даними ряду авторів, 42,3% випадків становлять особи віком до 20 років.

Отже, за поширеністю, ускладненнями та наслідками ХХ набув в Україні характеру медико-соціальної проблеми. Уражаючи людей працездатного віку, ХХ має схильність до рецидивів. Крім того, спостерігається тенденція до зростання кількості ускладнень, які проявляються патологічними процесами суміжних органів, а це в свою чергу призводить не лише до значних фінансових витрат, а й до інвалідизації.

Вівсяник В.В., Ілюшина А.А., Павлович Л.Б., Спащук Н.С., Заболотна Т.В.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ З НАЯВНІСТЮ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - д.мед.н. Зуб Л.)

Актуальність. У даній роботі подано сучасний стан проблеми щодо загальних принципів лікування хронічної хвороби нирок з наявністю супутнього ураження гастродуоденальної ділянки.

Мета дослідження. Визначити ефективність застосування ребаменіду в комплексному лікуванні хворих на хронічну хворобу нирок II-III стадії з наявністю уражень гастродуоденальної ділянки. Матеріали та методи. Обстежено 113 хворих на хронічну хворобу нирок з ураженням гастродуоденальної ділянки. (33 чоловіків та 80 жінок). Хворі відповідно до способу лікування були поділені на 2 групи, контрольну (33 хворих) та основну (80 осіб). В комплексне лікування хворим основної групи включали ребаменід «Мукоген» по 1 таблетці 3 рази на день, після їжі, впродовж 6 тижнів.

Результати досліджень. Через 6 тижнів після проведеної терапії у всіх хворих основної групи відмічалась епітелізація ерозивно-виразкових уражень шлунка та дванадцятипалої кишки ($21,13 \pm 1,34$ %) $-r=0,57$; $p < 0,05$. в основній групі ($21,29 \pm 2,38$) пг/мл., в слизовій оболонці шлунка і тим самим підвищує регенераторну властивість слизової оболонки шлунка, забезпечує захист її від пошкоджуючих чинників, чого не спостерігалось в контрольній групі ($7,92 \pm 3,21$) пг/мл.

Висновок. Динаміка змін слизової оболонки шлунка свідчить про позитивний вплив ребаменіду, що проявляється інтенсивною епітелізацією ерозивно-виразкових уражень шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на хронічну хворобу нирок II-III стадії.

Вівсяник В.В., Ілюшина А.А., Спащук Н.С., Гретчин В.М., Бейчук Н.Г.

ДИНАМІКА МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ З ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИМИ УРАЖЕННЯМИ ШЛУНКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - д.мед.н. Зуб Л.О.)

Актуальність. Структурно-функціональний стан еритроцитів забезпечує адекватну гемомікроциркуляцію у найрізноманітніших аспектах зокрема в нирках та шлунку.

Мета роботи. Оцінити вплив препарату ребаменід на мікроциркуляторні порушення у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) II-III стадії у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка (ЕВУШ).

Матеріали та методи. Обстежено 127 хворих з ХХН II-III стадії у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки, (87 жінок, 40 чоловіків). Середній вік хворих - ($57,3 \pm 1,8$) року; індекс маси тіла - ($83,4 \pm 1,31$) кг/м. I групу становили 56 хворих на ХХН II-III ступеня з ЕВУШ, що отримували базисну терапію, протягом 4 тижнів; II групу - 48 хворих

на ХХН II-III стадії з ЕВУШ отримували базисну терапію з призначенням препарату ребаменід по 1 таб. 3 рази на день, за 30 хв. до їжі впродовж 4 тижнів; III група - 23 практично здорових осіб (контрольна група).

Результати досліджень. Аналіз показників виявив достовірно знижений індекс деформабельності еритроцитів (ІДЕ) та підвищення відносної в'язкості еритроцитарної суспензії (ВВЕС) ($p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, включення препарату ребаменіду сприяє нормалізації мікроциркуляторних порушень у хворих з поєднаною патологією супроводжується суттєвою корекцією показників індексу деформабельності еритроцитів та відносної в'язкості еритроцитарної суспензії.



Вівсяник В.В., Заболотна Т.В., Сажин Н.І., Вишнеvsька Л.Т.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ РЕБАМЕПІД ТА КАНЕФРОН У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ У ПОЄДНАННІ З ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИМИ УРАЖЕННЯМИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Зуб Л.О.)

Актуальність. Проблема хронічної хвороби нирок (ХХН) та пов'язаних з ним захворювань і ускладнень перебуває в центрі уваги медичної науки і охорони здоров'я.

Мета роботи – оцінити ефективність застосування ребапепіду та канефрону у хворих на хронічну хворобу нирок II-III стадії у хворих з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка (ЕВУШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК).

Матеріали та методи. Обстежено 122 хворих на ХХН II-III стадії, (80 жінки, 42 чоловіків). Середній вік хворих – (68,5±1,3) років; індекс маси тіла – (25,3±1,39) кг/м. I групу становили 38 хворих з ХХН II-III стадії без уражень шлунка отримували препарат канефрон по 2 драже 3 рази на день, після їжі. Курс лікування складав 4 тижні; II групу – 43 хворих на ХХН з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка, яким призначали комбіновану терапію ребапепід по 1 таб. 3 рази на день, за 30 хв. до їжі впродовж 4 тижнів та канефрон по 2 драже 3 рази на день, після їжі впродовж 4 тижнів; III групу – 41 хворих на ХХН з виразкою ДПК, що приймали ребапепід по 1 таб. 3 рази на день, за 30 хв. до їжі впродовж 4

тижнів.

Результати досліджень. Аналіз показників всіх хворих виявив достовірне зниження мікроальбумінурії на (17,33±1,6) мг/л (P<0,05) та підвищення ШКФ на (10,13±1,7) мл/хв, (P<0,05) найвищими ці показники відповідно були у I та II групі (мікроальбумінурію – 27,74±2,16 (I група) та 26,98±2,11 мг/л (II група) і ШКФ 12,60±2,11 (I група) та 11,89±1,92 мл/хв – були у II групі. В усіх хворих зафіксовано підвищення рівня гемоглобіну з (106,5±2,62) до (118,1±2,06) г/л (P<0,001); зниження рівнів креатиніну з (134,9±2,3) до (112,3±2,8) мкмоль/л (P<0,01) і сечовини – з (6,9±0,13) до (5,89±0,21) ммоль/л (P<0,01).

Висновок. Таким чином, комбінована терапія ребапепіду та канефрону у хворих з поєднаною патологією супроводжується нормалізацією ШКФ та деяких геморенальних показників, що в подальшому може сприяти покращенню перебігу хронічної хвороби нирок II-III стадії у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки.

Вілігорська К.В., Антонів А.А.

ЗМІНИ ПРОЦЕСІВ ПЛАЗМОВОГО ПРОТЕОЛІЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ІЗ СУПРОВІДНОЮ СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Антонів А.А.)

Актуальність. В останні роки спостерігається значне збільшення частоти та поширеності функціональних захворювань серцево-судинної системи, зокрема соматоформної вегетативної дисфункції (СВД). Діагноз СВД також передбачає вегетативну дисфункцію шлунково-кишкового тракту (ШКТ), зокрема розвиток різних типів дисфункції жовчного міхура (ДЖМ) та жовчовивідних шляхів (ДЖВШ), які є надзвичайно поширеними функціональними захворюваннями біліарного тракту – зустрічаються у популяції із частотою від 5 до 20%, і, водночас, є предикторами розвитку хронічного некаменевого холецистити (ХНХ) та жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ).

Мета. Вивчити особливості процесів плазмового протеолізу у хворих на ХНХ із супровідною СВД залежно від форми захворювання. Матеріали та методи. Обстежено 98 хворих на ХНХ у фазі загострення із супровідною СВД. Кров для біохімічного дослідження брали із ліктьової вени вранці натще. Протеолітичну активність плазми крові досліджували використовуючи азоальбумін (інтенсивність лізису азоальбуміну (ІЛАА)), азоказеїн (інтенсивність лізису азоказеїну (ІЛАК)) за допомогою наборів реактивів фірми

„Danush Ltd” (м.Львів).

Результати дослідження. Аналіз результатів дослідження інтенсивності протеолізу свідчить про те, що в усіх хворих на ХНХ було встановлено підвищення інтенсивності лізису низькомолекулярних білків, зокрема ІЛАА у межах 1,4–1,7 раза (p<0,05). Максимальні показники активації системного протеолізу були зареєстровані у хворих на ХНХ із супровідною СВД за гіпотонічним типом, мінімальні – у пацієнтів з ХНХ із супровідною СВД із кардіальним неврозом (КН). Тобто, активація протеолітичної активності плазми внаслідок запального процесу у жовчному міхурі може стати чинником ризику прогресування ендотеліальної дисфункції у пацієнтів з СВД. Поряд із цим, у хворих на ХНХ із супровідною СВД було встановлено більш істотне підвищення інтенсивності необмеженого протеолізу високомолекулярних білків у порівнянні з практично здоровими особами – у 1,8, 2,2 та 1,6 раза відповідно.

Висновок. Таким чином, у пацієнтів з ХНХ та СВД за гіпотонічним типом інтенсивність системного протеолізу зростає максимально, і, ймовірно, справляє ушкоджувальну роль відносно ендотелію судин.

Вірченко О.В., Гаманек Ю.В.

ВПЛИВ МУЛЬТИПРОБІОТИКА «СИМБІТЕР АЦИДОФІЛЬНИЙ КОНЦЕНТРОВАНИЙ» НА СЕКРЕЦІЮ ГІДРОХЛОРИДНОЇ КИСЛОТИ У ШЛУНКУ ЩУРІВ ЗА УМОВ ДІЇ СТРЕСУ

Київський національний університет ім. Тараса Шевченка, Київ, Україна
ННЦ «Інститут біології»

(науковий керівник - д.біол.н. Фалалєєва Т.М., д.біол.н. Берегова Т.В.)

Актуальність. В наших попередніх дослідженнях було показано, що мультипробіотик «Симбітер ацидофільний концентрований» (МС) прискорював загоєння стрес-індукованих уражень слизової оболонки шлунку (СОШ) щурів. Відомо, що однією з ключових ланок у розвитку ерозивно-виразкових уражень за умов дії стресу є посилення секреції гідрохлоридної кислоти в шлунку.

Мета роботи. Дослідити вплив МС на секрецію гідрохлоридної кислоти в шлунку щурів після нанесення стресу.

Матеріали та методи. Дослідження проведені на 48 білих нелінійних щурах масою 180–240 г, які були розділені на 8 груп по 6 тварин в кожній: 1 – інтактний контроль; 2–8 – піддавалися дії 3-годинного водно-імобілізаційного стресу (ВІС) за Такагі та співав. (1964). У тварин усіх груп досліджували секрецію гідрохлоридної кислоти: у групі 2 – одразу після нанесення стресу, в групах 3 і 4 – через 1 добу, 5 і 6 – через 2 доби, 7 і 8 – через 3 доби після нанесення стресу. Щурам 3, 5, 7 груп вводили воду (плацебо) об'ємом 0,25 мл/100 г маси двічі на добу (per os); 4, 6, 8 – водний розчин МС об'ємом 0,25 мл/100 г маси в дозі 140 мг/кг двічі на добу (per os). Базальну та стимульовану гістаміном (3 мг/кг, внутрішньо

очеревинно) секрецію кислоти досліджували методом перфузії ізольованого шлунку за Гхошем і Шільдом (1958), впродовж 240 хв.

Встановлено, що одразу після ВІС рівень базальної секреції гідрохлоридної кислоти зростає порівняно з інтактними щурами на 197% ($p < 0,001$), що узгоджується з даними інших Said та співав. (1998). В наступні 3 доби після нанесення стресу секреція в усіх групах щурів знижувалася порівняно з її рівнем одразу після ВІС. При цьому якщо кисла шлункова секреція у групах щурів, яким вводили плацебо, через 1 та 2 доби залишалася вищою щодо інтактних щурів, то у щурів, яким вводили МС, секреція кислоти знижувалася до рівня контролю. Значущі відмінності між групами, яким вводили плацебо і МС, були виявлені на 2 добу після нанесення стресу. Стимульована гістаміном секреція гідрохлоридної кислоти при введенні МС не відрізнялася від інтактного контролю, тоді як в групі щурів, яким вводили плацебо її рівень був вищим за контрольний через 1 та 2 доби після ВІС на 76% ($p < 0,05$) та 64% ($p < 0,05$) відповідно.

Отже, МС знижував секрецію гідрохлоридної кислоти, яка зростала після нанесення стресу. антивиразкової дії МС є його вплив на кислотний фактор агресії в шлунку.

Гаврилук Н.М.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Тернопільський державний медичний університет, Тернопіль, Україна

Кафедра внутрішньої медицини №1
(науковий керівник - к.мед.н. Гаврилук М.Є.)

Актуальність. Хелікобактерна інфекція (НІ) є однією з найпоширеніших інфекцій людини. Встановлено чіткий зв'язок НІ з розвитком гастриту, ВХДПК, раку шлунка та інших захворювань, тому Маастріхтські рекомендації, щодо ерадикації НІ в даний час не викликають сумніву ні у вчених, ні у лікарів. Сьогодні почастішали випадки безуспішної ерадикації НІ та ускладнення після антибактеріальної терапії (псевдомембранозний коліт), що відмічають багато дослідників та виникнення резистентних штамів НІ до антибактеріальних препаратів.

Мета дослідження. Ретроспективно за даними медичної документації провести аналіз ефективності ерадикації НІ зі допомогою комбінованих препаратів β-клатінолу ($n=17$) та орністату ($n=18$) у пацієнтів із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХДПК).

Матеріали та методи. Верифікація діагнозу ВХДПК проводилася з допомогою ендоскопа

«Olimpus», НІ-інфекції – імуноферментним методом. В обох групах пацієнти були із високим ступенем хелікобактеріозу, яким ерадикацію проводили вперше тривалістю 7 днів та контролем на НІ через 6 місяців.

Результати дослідження. У пацієнтів першої групи рубцювання виразки на 21-й день спостерігалось у 14 (82,35%) осіб, а у другій групі – у 16 (88,89%). Ерадикація НІ відмічалась у 12 (70,58%) пацієнтів першої групи та у 14 (77,78%) хворих другої групи через 6 місяців після лікування.

Висновки. Отже, 7-денний курс лікування недостатній для рубцювання виразки і санації НІ, а кращі результати при застосуванні орністату на нашу думку пов'язані із наявністю резистентних штамів до амоксициліну, який входить до складу β-клатінолу, про що свідчать літературні дані країн Європи.



Гонцарюк Д.О.

ПОКАЗНИКИ АДГЕЗИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗА СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - д.мед.н. Федів О.І.)

Актуальність. Загальновідомо, що запальні захворювання, такі як хронічний панкреатит (ХП) посилюють розвиток ХСН у хворих з ІХС, що, в свою чергу, призводить до прогресування порушення функціонального стану ендотелію.

Мета дослідження. Вивчення адгезивної дисфункції ендотелію (АДЕ) у хворих на ХП за ХСН за супутньої ІХС.

Матеріали та методи. Обстежено 20 хворих на ХП (I група), 20 хворих із ХСН (2 група), 20 хворих на ХП за ХСН (3 група) віком від 56–70 років і давністю ХП 15 років та 10 практично здорових осіб (контрольна група) репрезентативних за віком та статтю. Діагноз встановлювався згідно з протоколами, затвердженими МОЗ України. Як маркер АДЕ вивчали вміст в крові розчинної форми молекули адгезії судинного ендотелію I типу (sVCAM-1).

Результати дослідження. Аналіз результатів показав достовірні відмінності вмісту sVCAM-1 хворих порівняно з показниками контрольної групи ($p < 0,05$). Так, вміст sVCAM-1 в контрольній групі становив $368,3 \pm 20,21$ нг/мл, у хворих на хронічний панкреатит та ХСН – $791,18 \pm 57,68$ і $1195,1 \pm 220,41$ нг/мл відповідно. Наявність ХСН у хворих на ХП сприяло зростанню показника sVCAM-1 в середньому до $1220,83 \pm 271,46$ нг/мл.

Висновки. Таким чином, у хворих з поєднаним перебігом панкреатокардіальної патології спостерігаються виражена адгезивна дисфункція ендотелію та висока активність запального процесу, що потребує подальшого вивчення та медикаментозної корекції.

Деренько Л.В., Закутній Т.О., Присяжнюк В.П.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Присяжнюк В.П.)

Актуальність. Порушення центральної гемодинаміки корелюють зі змінами показників печінкового кровотоку і зустрічаються більш, ніж у 90% хворих на цироз печінки (ЦП).

Мета дослідження. Вивчити вікові особливості структурно-функціональних параметрів серцево-судинної системи у хворих на ЦП невірусного походження.

Матеріали і методи. З метою вивчення зазначених змін, проведено ехокардіографічне дослідження (ЕхоКГ) та визначення вмісту передсердного натрійуретичного пропептиду (proANP) у 57 пацієнтів із ЦП. У I групу увійшло 17 пацієнтів віком від 30 до 44 років, у II групу – 24 хворих у віці від 45 – 59 років, у III групу – 16 пацієнтів віком від 60 до 74 років. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб репрезентативних за віком та статтю до досліджуваних груп, які також були розділені на відповідні вікові групи – по 10 осіб в кожній. ЕхоКГ виконане за допомогою ультразвукової діагностичної системи "En Visor HDC" (Philips Ultrasound System, США) за методикою Asmi M.N., Walsh M.J. Методом імуноферментного аналізу у плазмі крові визначали вміст proANP (Biomedica, Австрія) за допомогою імуноферментного аналізатора «Statfax 303+» (США).

Результати дослідження. Проведене ехокар-

діографічне обстеження хворих на ЦП виявило достовірне збільшення розмірів лівого передсердя у пацієнтів зрілого та літнього віку на 8,4% і 12,2% ($p < 0,05$) та розмірів правого шлуночка – на 16,2% і 14,7% ($p < 0,001$) відповідно, зростання кінцевого систолічного розміру – на 9,0% та 10,2% ($p < 0,05$), а кінцевого систолічного об'єму – на 25,1% та 25,5% ($p < 0,05$) порівняно з хворими молодого віку. Маса міокарда лівого шлуночка була більша у хворих зрілого та літнього віку на 19,3% та 35,0% ($p < 0,05$), індекс маси міокарда – на 20,1 та 36,6% ($p < 0,01$) супроти таких у пацієнтів молодого віку. З віком у хворих на ЦП знижувалась фракція викиду на 8,1% та 7,3% ($p < 0,01$) порівняно з пацієнтами молодого віку. Водночас у крові хворих на ЦП усіх вікових груп концентрація proANP у плазмі крові була достовірною ($p < 0,001$) вища порівняно з такою у практично здорових осіб у 4,9, 5,0 та 6,0 разів відповідно.

Висновки. У хворих на цироз печінки із віком спостерігається більш виражені зміни ехокардіографічних показників серця. Водночас у обстежених хворих зростала концентрація передсердного натрійуретичного пропептиду у плазмі крові, що вказує на розвиток серцево-судинної недостатності.

Дрімач І.В., Сафрук А.О., Горбатюк І.Б.

ВПЛИВ ЗМІН ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ НА СТУПІНЬ ЛІТОГЕННОСТІ ЖОВЧІ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Актуальність проблеми хронічного некаменного холециститу (ХНХ) зумовлена значною захворюваністю і поширеністю патології та зниженням якості життя пацієнтів. За даними численних досліджень хронічний холецистит і дискінезія біліарної системи можуть зумовити порушення функціонування печінки, розвиток внутрішньопечінкового холестазу, який погіршує перебіг і сприяє прогресуванню захворювання. Мета. З'ясування ймовірного взаємозв'язку стану ліпідного спектру крові, рівня глікемії, стану компенсації вуглеводного обміну та ступеня інсулінорезистентності (ІР) на ступінь літогенності жовчі – як фактора ризику розвитку та прогресування хронічного холециститу (ХХ), холестерозу жовчного міхура (ХЖМ) у хворих з ожирінням.

Матеріали та методи. Було обстежено 20 хворих на ХНХ в поєднанні з ожирінням І–ІІ ступеня (основна група) та 10 практично здорових осіб. Вивчали ліпідний спектр крові та показники вуглеводного обміну за допомогою стандартних наборів реактивів фірми „Даниш Ltd” (Львів). Ступінь інсулінорезистентності встановлювали за величиною індексу маси тіла (ІМТ), індексами інсулінорезистентності (ІР). Серед біохімічних

показників жовчі визначали ліпідний комплекс, вміст фосфоліпідів (ФЛ), холієвої кислоти (ХК), білірубину. Обчислювали також коефіцієнти літогенності: холато–холестероловий (ХК/ХС) та фосфоліпідно–холестероловий (ФЛ/ХС).

Результати дослідження. Аналіз біохімічних показників крові у пацієнтів основної групи встановив вірогідне зростання загального ХС у 1,8 раза ($p < 0,05$), ЛПНГ у 1,6 раза ($p < 0,05$) та зниження ЛПВГ, гіперінсулінемію, зростання індексу НОМА ІR в 2,9 раза ($p < 0,05$) у порівнянні з ПЗО. Проведений аналіз результатів дослідження біохімічного аналізу міхурової жовчі (порції В) у хворих І групи показав перевищення показника ХС у 2,9 раза ($p < 0,05$) та зниження рівня холієвої кислоти на 21,5% ($p < 0,05$) у порівнянні з ПЗО, наслідком чого стало зниження індексів літогенності жовчі: ХХК у 3,7 раза та ФХК у 3,9 раза ($p < 0,05$), що є передумовою розвитку холестеролового холелітазу.

Висновки. Аналіз концентрації ліпідних компонентів крові та жовчі за наявності порушення показників вуглеводного обміну у хворих на ХХ із супутнім ожирінням вказує на провідну патогенетичну роль дисліпідемії, гіперліпідемії, гіперінсулінемії, інсулінорезистентності.

Железнякова Н.М.

РОЛЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ В РЕАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТХарківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра внутрішньої медицини №1 та клінічної фармакології
(науковий керівник - д.мед.н. Бабак О.Я.)

Мета. Визначення вмісту церулоплазміну у хворих з коморбідним перебігом ХОЗЛ і хронічного панкреатиту.

Матеріали і методи. Основну групу склали 69 пацієнтів з ХОЗЛ у поєднанні з ХП, групу порівняння – 31 хворий з ізольованим ХОЗЛ, контрольну групу – 20 практично здорових осіб аналогічного віку та статі. Визначення вмісту церулоплазміну в сироватці крові проводили за методом В.С. Камишнікова. Статистична обробка результатів проводилася на персональному комп'ютері за допомогою ліцензійних програм «Microsoft Excel» і «Statistica 6.0».

Результати дослідження. Проведене дослідження показало, що активний період ХОЗЛ супроводжувався збільшенням білків гострої фази, а саме церулоплазміну, по відношенню до показників практично здорових осіб, як у групі з ізольованим перебігом ХОЗЛ, так і при його поєднанні з хронічним панкреатитом. У хворих групи з коморбідним перебігом ХОЗЛ та хронічного панкреатиту було встановлено достовірне підвищення вмісту церулоплазміну у

крові до $415,7 \pm 31,0$ мг/л, що в 1,5 рази перевищувало значення практично здорових осіб $-276,0 \pm 33,0$ мг/л ($p < 0,05$). У той же час показники активності церулоплазміну у пацієнтів з ізольованим перебігом ХОЗЛ мали тенденцію до збільшення ($311,0 \pm 28,0$ мг/л) і перевищували контрольні цифри в 1,1 рази, але ці відмінності не були вірогідні.

Висновки. Таким чином, в результаті проведених досліджень встановлено, що при загостренні ХОЗЛ, як при ізольованому його перебігу, так і при його поєднанні з ХП спостерігається підвищення церулоплазміну, що свідчить про розвиток запальної реакції. Однак показники пацієнтів з коморбідним перебігом ХОЗЛ та хронічного панкреатиту були значно вищими та мали вірогідні відмінності від таких у пацієнтів з ізольованим перебігом ХОЗЛ, що свідчить про посилення запальних реакцій при коморбідній патології, навіть в умовах ремісії супутнього захворювання, або є наслідком його неповноцінної лабораторної ремісії при латентному перебігу.



Журавлєва А.К.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Кафедра внутренней медицины №3
(науковий керівник - д.мед.н. Бобронникова Л.Р.)

Цель исследования. Изучить особенности проявлений метаболического синдрома и их патогенетические взаимосвязи у пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и абдоминальным ожирением (АО).

Материалы и методы исследований. 45 пациентов (17 мужчин и 28 женщин) с НАЖБП. Клиническое обследование включало оценку антропометрических показателей, липидного спектра, С-реактивного протеина (СРП), углеводного обмена, индекса НОМА-IR, концентрации в сыворотке крови адипонектина (АН), фактора некроза опухолей-альфа (ФНО-α). В зависимости от наличия АО пациенты разделены на группы: 1-я группа (n=25) с наличием АО; 2-я (n=20) – без АО.

Результаты исследований. Среди пациентов с АО ожирение 1-й степени диагностировано у 64,0%; 2-й степени – у 31,4% и у 4,6% – ожирение 3-й степени. У 63,0% пациентов 2-й группы диагностирована избыточная масса тела, а у 37,0% выявлены нормальные значения индекса массы тела (ИМТ). Нарушения липидного обмена в 2,4 раза чаще встречались у больных с АО, чем в группе сравнения (p<0,01). При этом у 68,4% больных с АО была выявлена гиперхолестеринемия, у 20,7%

– увеличение ХС ЛПНП, у 33,1% – снижение уровня ХС ЛПВП, а гипертриглицеридемия – у 42,0% (p<0,05). Содержание СРП у пациентов 1-й группы было на 46% выше в сравнении с показателями 2-й группы (p<0,01) и коррелировало с ИМТ (r=0,3; p<0,001), окружностью талии (ОТ) (r=0,3; p<0,001), уровнем триглицеридов (ТГ) (r=0,4; p<0,04), глюкозы (r=0,3; p<0,01), индексом НОМА-IR (r=0,2; p<0,001). Уровни глюкозы плазмы крови натощак, инсулина и индекс НОМА-IR были выше у больных с АО (p<0,01). Индекс НОМА-IR коррелировал с показателем ИМТ (r=0,3; p<0,001), ОТ (r=0,4; p<0,001), соотношением ОТ/ОБ (r=0,2; p<0,001), уровнем ТГ (r=0,3; p<0,001). Уровень АН у пациентов без АО был в 1,4 раза выше, чем в группе сравнения (p<0,05). Уровень ФНО-α у больных с АО был в 2,1 раза выше, чем во 2-й группе (p<0,05), отрицательно коррелировал с уровнем ХСЛПВП (r=-0,3; p<0,05) и АН (r=-0,3; p<0,05), а положительно – с ОТ (r=0,3; p<0,05) и индексом НОМА-IR (r=0,3; p<0,05).

Выводы. Течение НАЖБП у пациентов с АО сопровождается прогрессированием метаболических нарушений, что способствует раннему формированию метаболического синдрома.

Карпенко Ю.Г.

ОСОБЛИВОСТІ ФІТОТЕРАПІЇ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНИТАХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Глубоченко О.В.)

Актуальність. Хронічний гастродуоденіт (ХГД) є одним із розповсюджених гастроентерологічних захворювань, має рецидивуючий перебіг, в певних випадках є предиктором і фоновим станом для виразкової хвороби, раку шлунка. Арсенал лікарських препаратів, які використовуються при ХГД, є досить обширним, розроблені адекватні схеми лікування цього захворювання. Особлива ніша в лікуванні ХГД належить фітотерапії. У фазі загострення ХГД лікарські рослини використовуються як допоміжний засіб на фоні застосування медикаментозних препаратів, а в фазі ремісії можуть бути основним способом лікування. Фітопрепарати мають компоненти, які знижують ризик небажаних побічних ефектів синтетичних ліків, діють багатопланово, м'яко, є ефективним ад'ювантним лікуванням.

Мета. Аналіз ефективності і діапазону лікарських рослин, що застосовуються при ад'ювантній терапії ХГД. Аналіз здійснювався за допомогою пошукових баз системи «Інтернет». Основні види фармакологічних ефектів, які використовують для лікування ХГД наступні: 1) обволікаюча дія (корінь алтея, насіння льону, подорожник, плоди обліпихи); 2) протиза-

пальна дія (алоє, береза, золототисячник, верес, гірчак зміїний, вільха клейка та сіра, тощо); 3) спазмолітична дія (звіробій, меліса, липа, айр, барбарис, коріандр, буркун лікарський); 4) протимікробна дія (чистотіл, шавлія, калган, полин, пижмо звичайне); 5) дубильний (в'яжучий) ефект (кора дуба, кореневища гірчака зміїного, коріння калгану, плоди чорниці і черемхи); 6) секретостимулююча дія – посилення виділення шлункового соку і його перетравлюючої здатності (золототисячник, тирлич, листя кульбаби, календула, журавлина); 7) секретознижуюча дія (ромашка, листя шпинату, залізник бульбистий); 8) стимуляція моторики шлунка (ягоди брусниці, трава материнки, плоди кропу, фенхелю, кмину, ревінь); 9) репаративна дія (обліпиха, календула, каланхое, алоє, деревій, подорожник). У лікуванні ХГД застосовують відвари, настої, настоянки лікарських трав. На фармацевтичному ринку України є готові багатокомпонентні фітопрепарати: «Альтан», «Берогаст», «Гастритол», «Гастрогол», «Гастроліт», «Норк», «Ектіс», «Ренорм».

Коротий О.А.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГІПЕРВІТАМІНОЗУ А У ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Шумко Г.І.)

Актуальність. Самолікування набуло в нашій країні масштабів національного лиха. Досить часто пацієнти самі собі призначають вітаміни зовсім не задумуючись про наслідки. Зокрема часто ми зустрічаємо гіпервітамінози А.

Вітамін А бере участь в окисно-відновних процесах, регуляції синтезу білків, сприяє нормальному обміну речовин, функції клітинних і субклітинних мембран, відіграє важливу роль у формуванні кісток і зубів, необхідний для росту нових клітин, сповільнює процес старіння. Він необхідний для нормального функціонування імунної системи, підвищує бар'єрну функцію слизових оболонок, збільшує фагоцитарну активність лейкоцитів і інших чинників неспецифічного імунітету.

Перенасичення організму вітаміном А можливе, якщо ви недотримуєтеся раціонального харчування, зокрема вживаєте велику кількість яєць, вершкового масла, печінки риб, молюсків та інших морських продуктів, а також водночас вживаєте даний вітамін у вигляді препарату.

Мета дослідження. Визначення особливостей клінічних проявів гіпервітамінозу А у гастроентерологічних хворих на фоні неконтрольованого вживання препаратів даного вітаміну.

Матеріали та методи. Нами вивчено 15 історій хвороб хворих з проявами гіпервітамінозу А, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічних відділеннях лікарень міста в період з 2008 по 2012 рр. З них молодого віку було 3 хворих, середнього - 5 та похилого - 7 хворих.

Результати дослідження. Відмічено відносно пізні строки звернення хворих за медичною допомогою. 76 % пацієнтів досить тривалий час приймали препарати вітаміну А, а інші дотримувались спеціальних дієт. Клініка гіпервітамінозу А у наших пацієнтів проявлялася свербіжем, сухістю та пігментацією шкіри, випадінням волосся, ламкістю нігтів, болем у животі, затримкою менструацій у жінок, збільшенням печінки та селезінки, шлунково-кишковими розладами, суглобовим болем, нудотою, блюванням, тріщинами на губах і в куточках рота.

Висновки. Неконтрольоване вживання препаратів вітаміну А та нераціональне харчування призводить до виникнення ряду клінічних проявів даного гіпервітамінозу з боку органів та систем, що може маскувати багато різних гастроентерологічних та інших захворювань.

Косар Л.Ю., Паліброда Н.М., Чимпой К.А.

ЛІКУВАННЯ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - к.мед.н. Паліброда Н.М.)

Актуальність. Серед причин смертності від хвороб органів травлення (крім пухлин) цироз печінки займає перше місце. Проблема порушень вуглеводного обміну є не менш актуальною в сучасній медицині. Актуальність поєднаної патології обумовлена частою можливістю одночасного перебігу двох і більше взаємно обтяжуючих патологій. Нерідко цироз печінки (ЦП) перебігає на тлі інсулінорезистентності (ІР), що призводить до ураження практично всіх органів і систем організму, в тому числі до розвитку уражень шлунка.

Метою дослідження. Удосконалення методики диференційованого лікування ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ) у хворих на ЦП на тлі ІР.

Матеріали та методи. Було обстежено 20 хворих на ЦП з ЕВУШ на тлі ІР: 1-а група (11 осіб) - отримувала базисну терапію, 2-а група (9 осіб) - додатково Актотегін 200 мг в/в 1 раз на день впродовж 10 днів з подальшим переходом на пероральний прийом 600 мг/добу впродовж 3-4 тижнів.

Результати дослідження. Позитивний вплив Актотегіну на морфо-функціональний стан еритроцитів підтверджується збільшенням деформабельності еритроцитів на 22,4% та зменшенням відносної в'язкості еритроцитарної суспензії на 13,3% в динаміці ($p < 0,05$). У хворих 2-ї групи вказані показники змінилися на 12,3% ($p < 0,05$) та 5,8% ($p > 0,05$) відповідно. Виявлені позитивні морфологічні зміни: покращення мікроциркуляції, зменшення набряку та альтерації. Вивчення ендоскопічної картини слизової оболонки шлунка (СОШ) у пацієнтів основної групи показало, що після проведеного курсу лікування відмічалось загоєння ерозивно-виразкових уражень шлунка впродовж 4 тижнів у 88,9% пацієнтів (за традиційного лікування - у 66,7% пацієнтів).

Висновки. Таким чином, застосування на тлі диференційованої базисної терапії Актотегіну збільшує ефективність лікування ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на цироз печінки на тлі інсулінорезистентності.



Косминя М.О., Чимпой К.А., Ступницька Г.Я., Паліброда Н.М.

ВПЛИВ ТРИОВІТУ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ФІБРИНОЛІЗУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - к.мед.н. Чимпой К.А.)

Актуальність. Розлади місцевого фібринолізу є вагомим фактором розвитку та прогресування хронічних дифузних захворювань печінки (ХДЗП), що може бути зумовлено порушенням печінкового кровообігу та призводить до збільшення викиду в кров тромбoplastину – потужного пускового фактору згортання крові.

Мета дослідження. Вивчити динаміку показників фібринолітичної активності плазми крові у хворих на ХДЗП на тлі застосування селенвмісного препарату «Триовіт».

Матеріали та методи. Обстежено 28 хворих на ХДЗП, які були поділені на дві групи: групу порівняння – 12 хворих на ХДЗП, яким проводилась загальноприйнята терапія (дієтичне харчування (стіл №5), гепатопротектори, лактулоза (за потреби), фуросемід, верошпирон, дезінтоксикаційна терапія) та основна – 16 пацієнтів, які поряд із базисною терапією отримували селеновмісний препарат – триовіт. Діагноз ХДЗП встановлювали на підставі зібраного анамнезу, загальноприйнятого комплексу клінічно-лабораторних та інструментальних методів дослідження.

З метою вивчення фібринолітичних властивостей крові досліджували фібринолітичну сумарну (СФА), ферментативну (ФФА) та неферментативну активність (НФА) плазми крові за лізисом азофібрину (Simko Ltd., Україна).

Отримані результати оброблені за допомогою програми Biostat із використанням t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження. У хворих на ХДЗП встановлено вірогідне зниження показника СФА на 20,2% за рахунок зменшення ФФА на 45,5%. На цьому фоні зростав показник НФА, який на 35,2% перевищував контроль.

Досліджуючи систему фібринолізу у хворих основної групи встановлено вірогідне збільшення показника СФА через 14 днів та 1 місяць лікування на 13,7% та 20,6% від вихідних значень на відміну від даного показника у групі порівняння, де зміни були вірогідними тільки через 1 місяць ($p < 0,01$).

На тлі застосування триовіту зареєстровано суттєве зниження НФА у динаміці лікування відповідно на 10,1% та 21,3% через 2 тижні та 1 місяць лікування, у хворих групи базисної терапії – відповідно на 8,1% та 15,9%.

Наслідком проведеної терапії встановлено зростання ФФА в основній групі через 2 тижні лікування на 42,6% та через 1 місяць – 60,7% проти 36,8% та 54,4% відповідно в групі порівняння. Висновки. Отже, застосування селену в комплексі із базисною терапією сприяє нормалізації активності компонентів фібринолітичної активності крові у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки.

Мойсик О.М., Зінькевич Д.Р.

ГАЛЬМУВАННЯ ПРОЦЕСІВ РОЗВИТКУ СТЕАТОЗУ ТА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА СТЕАТОГЕПАТИТ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕПАДИФОМ ТА ЕЗЕТЕМІБОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, професійних хвороб та клінічної фармакології
(науковий керівник - к.мед.н. Мандрик О.Є.)

Мета дослідження. З'ясувати ймовірного впливу комплексу засобів гепадифу, езетемібу та фозиноприлу на ступінь стеатозу печінки, фіброзування печінкової тканини, стан печінкового кровообігу та формених елементів крові за коморбідності НАСГ, ожиріння I ступеня та ГХ II стадії.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії та ожирінням I ступеня. Для визначення ефективності лікування було сформовано 2 групи пацієнтів. Контрольна група (К) (30 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, есенціалє Н у якості гепатопротекторного препарату (по 1 капсулі 3 рази в день), аторвастатин по 10 мг 1 раз на день – у якості гіполіпідемічного середника та еналаприлу малеат по 10 мг на добу під контролем АТ упродовж 30 днів. Основна група (О) (30 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, гепадиф (Г) в якості гепатопротекторного препарату (по 1 капсулі 3 рази в день), езетеміб (Е) по 10 мг 1 раз на день – у якості гіполіпідемічного середника та фозиноприлу (Ф) по 10 мг на добу для контролю АТ упродовж 30 днів.

Результати дослідження. Вказані дані підтверджувались результатами проведеного

стеатотесту. Зокрема, показник інтенсивності стеатозу гепатоцитів, яка була істотно підвищена до лікування – після лікування істотно знизилася у хворих О групи: на 41,3% ($p < 0,05$), у той час, як у групі контролю – лише мала тенденцію до зниження. Таким чином, застосування Езетемібу у комбінації з Гепадифом у лікуванні хворих на НАСГ із ожирінням та ГХ внаслідок нормалізації ліпідного обміну призвело до вірогідного зменшення ступеня стеатозу печінки. Проведений ФіброТест у обстежених хворих до лікування виявив вірогідний розвиток фіброзування печінкової тканини, середні показники якого вказували на F1. Зміни показників ФіброТесту у динаміці лікування були статистично не вірогідні в обох групах ($p > 0,05$), однак у хворих О групи зниження показника фіброзування зменшилось на 15,2% ($p > 0,05$), що вказує на спроможність запропонованої терапії гальмувати процес фіброзування печінки за умов продовження терапії.

Висновок. Комплексна терапія із включенням препаратів гепадиф, фозиноприлу та езетемібу була ефективніша за традиційну комбінацію: есенціалє Н, еналаприлу та аторвастатину як у відношенні швидкого усунення ступеня стеатозу гепатоцитів.

Неміш І.Л., Павлів О.В.

АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТЕФЛАЗІДУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Бачук-Понич Н.В.)

На сьогоднішній день в Україні в умовах неблагоприємної екологічної ситуації, постійного психоемоційного стресу, нераціонального харчування зростає кількість захворювань, зумовлених вірусними інфекціями, набутих імунodefіцитних станів. На ринку представлені протівірусні препарати вітчизняного та закордонного виробництва. Однак, застосування синтетичних лікарських засобів не завжди дозволяє досягти бажаного результату, часто призводить до пригнічення імунної системи. За таких умов зростає роль фітопрепаратів, зокрема, Протефлазиду (ТОВ НВК «Екофарм», Київ). Протефлазид містить рідкий екстракт (1:1), отриманий із суміші дикорослої трави Щучки дернистої і Війника наземного. Основними діючими речовинами препарату є флавоноїдні глікозиди, хлорофіли, амінокислоти, карбонові кислоти.

Виявлено інгібуючу активність препарату щодо вірусу грипу. Препарат захищає слизові верхні дихальні шляхи, нормалізує показники місцевого імунітету. Крім того, препарат є ефективним у лікуванні вірусних інфекцій, спричинених вірусами герпесу різних типів, зокрема, герпетичної екземи, везикулярного дерматиту, фарингитозиліту, герпетичного захворювання очей, оперізувального герпесу,

цитомегаловірусної інфекції. Доведена терапевтична ефективність досліджуваного препарату при хронічному гепатиті В, С за рахунок зменшення проявів цитолітичного, холестатичного синдромів, зменшення гепато-, спленомегалії. Доведено імунomodulatory дію Протефлазиду за рахунок активації синтезу ендогенних інтерферонів в імунотропних клітинах, що призводить до підвищення резистентності організму до вірусних та бактеріальних інфекцій. У хворих із ВІЛ-інфекцією та СНІДом застосування Протефлазиду призводить до стабілізації імунного статусу, зниження активності супутніх інфекцій. У клінічних та експериментальних дослідженнях виявлені антиоксидантні властивості Протефлазиду (руйнування вільних радикалів, запобігання їх утворенню). Встановлено, що Протефлазид володіє також і апоптоз-модулюючими властивостями, і таким чином, сприяє первинній профілактиці виникнення онкологічних захворювань на фоні латентних вірусних інфекцій.

Отже, Протефлазид є перспективним засобом багатосторонньої, регуляторної, поліорганної дії, який доцільно ширше застосовувати не тільки в комплексному лікуванні захворювань, а й з профілактичною ціллю.

Познякевич Б.Р., Слижук О.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАКТУ ГОРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, У ПОЄДНАННІ ІЗ СЕЧОКИСЛИМ ДІАТЕЗОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Васюк В.Л.)

Метою дослідження було підвищення ефективності лікування хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) у поєднанні із супутньою патологією сечостатевої системи шляхом застосування в комплексному лікуванні фітозасобу «Гортензія TSN». Матеріали та методи. Обстежено 22 хворих на хронічний некаменевий холецистит у поєднанні із сечокислим діатезом (СД), із хронічним пієлонефритом у стадії нестійкої ремісії (ХП), з явищами помірної артеріальної гіпертензії (АГ) віком від 24 до 70 років. Клінічно у всіх хворих переважали прояви помірного загострення хронічного некаменевого холециститу, дещо менше – хронічного пієлонефриту в стадії нестійкої ремісії та вторинної артеріальної гіпертензії, сечокиисло діатезу. Досліджуваним хворим замість жовчогінних препаратів призначалась біологічно активна добавка (БАД) «Гортензія TSN» (Nutri Care Int., США) по 1 капсулі три рази на день під час їжі протягом 1–2 місяців.

Результати дослідження. Згідно з динамікою біохімічних досліджень у пацієнтів встановлено зниження рівня холестерину в крові, а також нормалізацію рівня підвищеної активності ферментів, що характеризують явища холеста-

зу. Ультрасонографічно після лікування у хворих зменшились ознаки запалення стінки жовчного міхура, явища сечо-кисло діатезу. Клінічно зменшився больовий симптом, зникла ірадіація болю під праву лопатку, гіркота в роті та нудота вранці, покращився апетит вже з кінця другого-третього тижня лікування. Сечогінна дія «Гортензії TSN» відмічалася у 100% випадків. Діуретичний ефект проявлявся досить швидко – через 1–2 години після прийому БАД, і тривав до 3-х годин. Лабораторно в сечі невірогідно зменшувався рівень протеїнуриї та вірогідно – кількість лейкоцитів за Нечипоренком. У хворих із вторинною артеріальною гіпертензією вдалося швидше на 7–10 днів досягти цільового рівня артеріального тиску.

Висновки. Біологічно активна добавка «Гортензія TSN» є ефективним жовчо- та сечогінним засобом в комплексному лікуванні хворих на ХНХ, поєднаним з СКД, явищами вторинного пієлонефриту та симптоматичної артеріальної гіпертензії. Підбір дози, як і кількість прийомів на день «Гортензія TSN» та тривалість застосування повинні бути індивідуальними і залежати від віку пацієнта.



Присяжнюк В.П., Андрійчук Ю.В., Острижнюк А.А., Доморадський Я.І.

ОСОБЛИВОСТІ КОНЦЕНТРАЦІЇ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН-АЛЬФА У КРОВІ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ РІЗНОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Присяжнюк В.П.)

Актуальність. Встановлено, що фактор некрозу пухлин- α (TNF- α) є незалежним предиктором фіброгенезу у хворих на неалкогольну хворобу печінки, а синтезований у відповідь на вплив алкоголю може призвести до розвитку стеатогепатозу. У пацієнтів із цирозом печінки (ЦП) виявлена пряма залежність між концентрацією TNF- α у плазмі крові та вираженістю гемодинамічних порушень.

Мета дослідження. Вивчити особливості вмісту TNF- α у крові хворих на ЦП невірусного походження різного віку та його зв'язок із біохімічними маркерами ушкодження печінки.

Матеріали і методи. В основу клінічних досліджень лягли спостереження за 112-ма хворими на ЦП, віком від 30 до 80 ($54,2 \pm 10,0$) років. Групою контролю були 30 практично здорових осіб репрезентативних за статтю та віком до обстежених хворих. Відповідно до вікової класифікації ВООЗ у I групу (вік 30-44 рр.) увійшли 30 хворих, у II групу (45-59 рр.) - 45 пацієнтів, у III групу (60-74 рр.) - 37 осіб із ЦП. У більшості хворих усіх вікових груп встановлено I-II ступінь важкості ЦП (клас А-В за Чайлдом-П'ю). TNF- α визначали у плазмі крові імуноферментним методом із використанням набору реактивів ("Diaclone", Франція). Біохімічні дослідження крові проводились на біохімічному аналізаторі "Accent-200" ("Cormay

S.A.", Польща).

Результати. Уміст TNF- α зростав у крові обстежених пацієнтів усіх вікових груп на тлі подібних ступенів активності та важкості ЦП. Проте достовірним таке збільшення спостерігалось лише у хворих зрілого та літнього віку на 86,3% ($p < 0,001$) та 88,9% ($p < 0,01$) порівняно з відповідними контрольними показниками. У пацієнтів цих груп спостерігалось також достовірне зростання концентрації TNF- α у крові порівняно з таким у хворих молодого віку: на 55,7% ($p < 0,01$) та 57,9% ($p < 0,01$) відповідно. Для пацієнтів молодого віку встановлений прямий кореляційний зв'язок середньої сили між концентрацією TNF- α та активністю аспартатамінотрансферази ($r = 0,61$, $p < 0,05$) і гамаглутамілтранспептидази ($r = 0,67$, $p < 0,05$), сильний прямий кореляційний зв'язок із вмістом загального білка у плазмі крові ($r = 0,76$, $p < 0,05$). В інших вікових групах такі кореляційні зв'язки не були статистично підтверджені.

Висновки. У хворих на цироз печінки невірусного походження з віком зростає вміст фактору некрозу пухлин- α у плазмі крові. Виявлені кореляційні зв'язки між вмістом цитокіну та біохімічними маркерами цитолітичного та інтоксикаційного синдрому.

Савченко М.О.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з дерматовенерологією

(науковий керівник - д.мед.н. Потяженко М.М.)

Актуальність. Проблема вивчення механізму взаємозв'язку функціонального стану печінки та органів кровообігу на сьогодні є актуальною. Хронічні захворювання печінки запальної природи супроводжуються змінами серцево-судинної системи, які впливають на важкість стану хворих, перебіг і прогноз захворювання.

Мета роботи. Вивчити структурно-функціональні показники міокарду лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на хронічні гепатити (ХГ) невірусної етіології. Матеріали та методи. У дослідження було включено 19 пацієнтів на ХГ: 10 (52,6%) чоловіків та 9 (47,4%) жінок. Тривалість захворювання склала $5,6 \pm 2,3$ роки. Діагноз ХГ встановлювали на підставі клініко-лабораторних та інструментальних даних у відповідності до МКХ-Х. Функціональний стан міокарду оцінювали за наявністю патологічних змін на ЕКГ. За показниками ЕхоКГ визначали геометричні показники ЛШ та скоротливу здатність міокарду. Статистичну обробку результатів проводили з використанням t-критерія Стьюдента.

Результати дослідження. При аналізі лабораторних показників в 6 (31,6%) хворих діагностовано мінімальну, в 8 (42,1%) хворих - помірну, в 5 (26,3%) хворих - високу активність ХГ.

При аналізі ЕКГ виявлено патологічні зміни у всіх хворих: у 10 (52,6%) - порушення реполяризації, у 9 (47,4%) - гіпоксичні зміни, у 7 (36,8%) - гіпертрофію ЛШ. Порушення ритму спостерігали у 7 (36,8%) хворих: в 1 (5,3%) - ектопічний передсердний ритм, в 5 (26,3%) - передсердну екстрасистолію, в 6 (31,6%) - шлуночкову екстрасистолію. Порушення внутрішньошлуночкової провідності зареєстровано у 3 (15,8%) хворих, синусову брадикардію - у 2 (10,5%).

Збільшення КДР, КДО, КСР, КСО спостерігалось тільки у пацієнтів з високою та помірною активністю ХГ. З них у 6 (46,2%) виявлено концентричну гіпертрофію ЛШ, у 4 (30,8%) - ексцентричну гіпертрофію ЛШ, у 3 (23,0%) - нормальну геометрію ЛШ.

У 3 (23,0%) пацієнтів встановлена діастолічна дисфункція I типу.

Висновки. У хворих на ХГ спостерігаються структурно-функціональні зміни серцево-судинної системи, які проявляються порушеннями ритму та провідності, зміні геометричних показників ЛШ, діастолічною дисфункцією. Структурні зміни міокарду у хворих на ХГ залежать від його ступеня активності.

Скулінець Т.К.

ВПЛИВ НАСТОЯНКИ АРНІКИ ГІРСЬКОЇ НА МОТОРИКУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Лукашевич І.В.)

Актуальність. Фітотерапевтичні лікарські засоби за останні роки стали займати вагоме місце в комплексній терапії захворювань внутрішніх органів, зокрема при патології біліарної зони. Рослинні лікувально-профілактичні препарати мають м'які саногенетичні властивості, рідко дають ускладнення і тому більш біодоступні людському організму, ніж будь-які синтетичні види ліків.

Мета дослідження. Вивчення впливу настоянки арніки гірської на моторику жовчного міхура за допомогою динамічної ехохолецистографії. Матеріали та методи. Контрольні виміри та об'єму жовчного міхура проводили кожні 10 хв впродовж 90 хв. Об'єм жовчного міхура визначали за формулою G.T.Everson (1980), ефективність моторики жовчного міхура оцінювали за коефіцієнтом скорочення (КС). Дослідження проводились у 28 хворих на хронічну серцеву недостатність атеросклеротичного генезу I-II ст. ФК I-II з супутнім некаменевим холециститом в стадії нестійкої ремісії. Вік хворих коливався від 51 до 65 років. Для оптимального всмоктування препарат розводили в 20 мл теплої (37°C) дистильованої води. Групу порівняння склали 7 пацієнтів, репрезентативних за станом та віком, які отримували 20 мл теплої (37°C) дистильованої води.

Результати дослідження. У 12 пацієнтів, які

приймали настоянку арніки гірської КС жовчного міхура становив $23,8 \pm 0,7\%$. Початок холецистокінетичної реакції у таких хворих спостерігався на 20 хв і мав хвилеподібний характер з другим піком на 40 хвилині, утримувався 15–20 хв. Холецистокінетичну ефективність препарату у даних хворих розцінювали як низьку. У 11 пацієнтів з початково нормальним ($17,4 \pm 1,39$ мл) об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення з КС $43,8 \pm 1,4\%$ відбувалось на 40–50 хв і було більш тривалим у часі (50–55 хв). Холецистокінетичну ефективність препарату у них розцінювалось як середньої сили. У 5 хворих, які приймали дистильовану воду, спостерігався незначний холецистокінетичний ефект. При цьому об'єм жовчного міхура зменшився в середньому на $18,4 \pm 1,5\%$ від початкового з максимумом на 15–20 хв дослідження і утримувався впродовж 20 хвилин.

Висновки. Проведені дослідження демонструють патогенетичну обгрунтованість призначення настоянки арніки гірської в якості ад'ювантною терапії у хворих на хронічну серцеву недостатність із супутнім ураженням біліарної системи. Його ефективність проявляється в достатній ступені корекції порушених функцій біліарної зони, протизапальної та антиспастичної дії.

Ферфецька К.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПОЄДНАНИЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - д.мед.н. Федів О.І.)

Актуальність. Експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я метаболічний синдром (МС) названий пандемією XXI століття. Поширеність МС в популяції складає 30–50% (R. Bethene Ervin, 2009). Основна функціональна діяльність із забезпечення вуглеводного і жирового обміну, що є визначальними у формуванні МС, припадає на печінку і підшлункову залозу – із розвитком неалкогольної жирової хвороби печінки, панкреатичної патології – неалкогольної жирової хвороби підшлункової залози та раку підшлункової залози. Саме печінка та підшлункова залоза відіграють ключову роль у розвитку інсулінорезистентності та дисліпідемії, які вважаються пусковими факторами МС (D.C. Chan, G.F. Watts, 2011).

Мета. З'ясувати особливості ліпідного обміну у пацієнтів з хронічним панкреатитом (ХП) на тлі МС та без нього.

Матеріали і методи. Обстежено 23 хворих на ХП (1 група) та 23 хворих на ХП із супутнім МС (2 група).

Оцінку ліпідного обміну проводили за рівнем загального холестерину (ХС), ліпопротеїнів

високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ) та індексу атерогенності (ІА).

Результати дослідження. Встановлено достовірно вищі показники ХС ($4,96 \pm 0,18$ проти $4,2 \pm 0,16$ ммоль/л, $p < 0,05$), ЛПНЩ ($3,25 \pm 0,16$ проти $2,72 \pm 0,15$ ммоль/л, $p < 0,05$), ТГ ($211,93 \pm 23,74$ проти $83,42 \pm 9,49$ ммоль/л; $p < 0,05$) у хворих II групи порівняно з хворими I групи. Індекс атерогенності у пацієнтів з ХП у поєднанні з МС склав $5,19 \pm 0,45$, що у 1,4 рази більше, ніж у хворих на ХП без МС.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать про те, що у хворих на ХП із МС виявлено порушення ліпідного обміну, що проявляється атерогенною дисліпідемією, яка характеризується підвищенням рівня ХС, гіпертригліцеридемією, підвищенням ЛПНЩ та збільшенням ІА порівняно із хворими на ХП без МС, а визначення даних показників є інформативним для встановлення патогенетичних механізмів захворювання та розробки ефективних методів лікування.



Шах М.Г., Сливка Н.О., Парастивюк Є.М.

ПРЕСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ГЛУТОКСИМУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник - к.мед.н. Сливка Н.О.)

Актуальність. Новітнє уявлення про патогенез неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) виявляє суттєві недоліки у існуючому терапевтичному арсеналі, тому актуальним є пошук нових лікарських форм, які дали б змогу контролювати перебіг даного захворювання та запобігати його ускладненням, що зумовлюють високі показники інвалідності та смертності.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності комплексного лікування хворих на НАСГ із використанням імуномодулятора нового покоління глутоксиму.

Матеріали та методи. Усього було обстежено 90 хворих на НАСГ, що були розподілені на дві дослідні групи (по 45 осіб кожна) залежно від типу отриманого лікування: 1-а група на фоні базисного лікування отримувала глутоксим у дозі 30 мг/добу доведено крапельно упродовж 10-ти днів; 2-га група, контрольна, отримувала тільки базисне лікування. Проводилось визначення показників біохімічного аналізу крові, дослідження вмісту прозапальних та протизапальних цитокінів у сироватці крові (за допомогою стандартних наборів виробництва "Diaclone" (Франція) до та після лікування).

Результати дослідження. Аналіз отриманих даних показав, що виражені імуномодулюючі

властивості глутоксиму призвели до більш суттєвого зниження γ ГТП, ЛФ та тимолової проби у 1-й групі. Порівняльний аналіз вмісту прозапальних цитокінів у сироватці крові хворих у динаміці лікування показав значне їх покращення наприкінці лікування у пацієнтів 1-ї групи. Так, вміст сіалових кислот у них знижувався на 15,97 % ($p < 0,05$) проти 3,87 % ($p < 0,05$) у контрольній групі; інтенсивність лізису азоколу зростала на 77,94 % ($p < 0,05$) (різниця у контрольній групі виявилась не достовірною ($p > 0,05$)); вміст С-реактивного протеїну знижувався на 23,04 % ($p < 0,05$) проти 16,12 % ($p < 0,05$) у контрольній групі; вміст TNF- α достовірно знижувався на 19,53 % ($p < 0,05$) тільки в першій групі; вміст IL-6 знижувався на 21,87 % ($p < 0,05$) (різниця у контрольній групі виявилась не достовірною ($p > 0,05$)); вміст IL-6 ($12,39 \pm 1,077$ пг/мл) підвищувався на 68,57 % ($p < 0,05$) (різниця у контрольній групі виявилась статистично не значимою ($p > 0,05$)).

Висновки. Отже, наведені дані свідчать про підвищення терапевтичної ефективності комплексного лікування хворих на НАСГ із використанням глутоксиму, що обумовлено вираженою імуномодулюючою та протизапальною дією цього препарату.



Гематологія



Drebit Y.

NORMALIZATION OF PLATELET COUNT DURING VIDAZA (AZACITIDINE) TREATMENT - ONE OF THE EARLY INDICATORS OF BONE MARROW REMISSION

Clinique Clementville, Montpellier, France
Department of Hematology

Patients and methods. Our investigation was performed in the time period from January 2009 to December 2012. We observed 50 patients, which received Vidaza (Azacitidine) treatment in the department of hematology of Beziers (France). 36 patients from mentioned quantity underwent analysis after four cycles of Vidaza chemotherapy (myelogram + general blood count) and the remaining 14 were excluded from the study (premature death – 8 patients, no myelogram after four cycles of chemotherapy – 6 patients).

From 36 patients who were selected for analysis: 16 were diagnosed myelodysplastic syndrome (myelodysplasie) according to the international classification type IPSS > 1.5 (indicated Vidaza treatment), and the other 20 had acute myeloid leukemia. The average patients age was 69 ± 7.4 years, the gender ratio: men – 28, women – 8.

Results. Normalization of platelet count during the first four courses of Vidaza treatment was observed in 25 patients, among them in 22 people myelogram confirmed complete remission and in

3 partial remission. In the other 11 patients we did not mark any tendency to normalization of platelet number, but there myelogram confirmed complete remission in 2 patients, partial remission in 4 people and disease progression with increased number of blasts in the bone marrow was studied in 5 patients in comparison with the number of blasts in the myelogram before treatment.

Conclusion. The relationship between normalization of platelets in the general blood count and bone marrow remission (absence or reduction in the number of blasts) is obvious and corresponds to 100% of cases. In accordance to these data, normalization of platelet counts during Vidaza chemotherapy prove partial or complete remission, confirming the fact that there was no need of control sternal puncture (myelogram) after the 4th or after the 6th course of chemotherapy in this group of patients. Exceptions were young patients, who needed control sternal puncture to determine further treatment program (allotransplantation necessity).



Гігієна та екологія



Андрійчук Н.Й., Власик А.Л., Yash H.V.

ANALYSIS OF ASSESSMENT OF SILVER NANOPARTICLES TOXICITY IN MAMMALIAN SPERM CELLS

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
Department of Hygiene and Ecology
(scientific adviser - Ph.D. M.D, Vlasyk L.I.)

The studies on the potential reproductive and developmental toxicity of manufactured silver nanoparticles (AgNPs) confirmed the in vitro studies and indicated that the toxic effect is related to their size, dose, route, duration of exposure. The findings are of significant practical implications, because AgNPs are now able to access human sperm via a variety of commercialized products like contraceptive devices and maternal hygiene items, which may result infertility problems. The application of AgNPs as a powerful disinfection agent in the animal farm has recently been recommended and some studies have shown that AgNPs deposit in the testes and therefore cross the blood testes barrier if accidentally used orally. Motivation. To assess the AgNPs toxicity to mammalian sperm cells according to previously published researches.

Research results. The in vitro results of Terzuoli G. et al., 2011, show a decline in human sperm motility and viability in even at the lowest concentration used and the cytotoxic effect occurs in a dose dependent manner. In each experiment, for each AgNPs concentration, the percentage of sperm viability was always higher than the percentage of sperm motility; i.e. spermatozoa were viable but immotile. The study of Mirshokraei P. et al., 2011,

investigated the concentration/time dependent effects of nanosilver colloid on the motion parameters of the ejaculated ram spermatozoa in vitro. It was found that AgNPs depress sperm functions, which could be evidence of sperm infertility induced by nanosilver cytotoxicity. In the Pothuraju R. et al., 2013, study the AgNPs effect on buffalo sperm functionalities (motility, viability, membrane integrity, capacitation) was assessed. At different concentrations of AgNPs, no change was observed in buffalo sperm motility whereas significant decrease in viability and membrane integrity was observed. Gromadzka-Ostrowska J. et al., 2012, in studies of AgNPs on epididymal sperm in rats, reported that even small amounts AgNPs administered to the bloodstream have a toxic impact on the germ cells, as judged by the decreased number of spermatozoa and significantly higher level of germ cells DNA damage, which can lead to a lower reproductive potential of the organism.

Conclusions. It is particularly important to investigate the potential toxicity of AgNPs related to their size, dose, route and duration of exposure in living organisms, especially in mammals, in order to provide a reliable human risk assessment.

Башинська Ю.І., Заріцька В.В.

СТРЕС. ЙОГО АДАПТАЦІЙНИЙ ТА НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ. КОМПЛЕКСНІ СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ

Інститут медсестринства, Житомир, Україна
Циклова комісія загальнономедичних дисциплін
(науковий керівник - Волощук О.Л.)

За останні тисячоліття спосіб життя людини суттєво змінився, проте основні фізіологічні реакції організму залишилися на рівні первісної людини. Тому такі невід'ємні ознаки сьогодення як неправильний спосіб життя, погана екологія, почуття незадоволеності призводять до виникнення стресів.

Стрес - це сукупність фізіологічних реакцій, що виникають в організмі людини у відповідь на вплив несприятливих факторів. Стрес може підвищити адаптаційні можливості людини в умовах дискомфорту й небезпеки (конструктивний), а може й руйнувати людину, різко знизити якість її життя (деструктивний).

Життя є постійним джерелом стресів, тому повністю від них позбутися можна тільки з приходом смерті. Викорінити стрес неможливо, але в силах кожної людини влаштувати життя так, щоб максимально отримувати «приємні» стреси та позбутися від «неприємних». Г.Сельє писав: «У помірних дозах стрес надає життю смак і аромат».

Як подолати стрес? Існують неефективні шляхи подолання, які впродовж певного часу не призводять до зниження рівня стресу (фіксування на проблемі, відкладання її вирішення «на потім», агресія, тривога). Важливо вилучити чинники, які підсилюють стрес (алкоголь, кофеїн).

Успішні способи подолання стресу можна об'єднати в чотири групи:

- вплив на проблему (зосередженість на роботі з проблемою сприяє підвищенню самоповаги людини, ефективності її дій);

- зміна ставлення до проблеми (переосмислення природи проблеми таким чином, щоб пролити на неї позитивне світло; соціальне порівняння: «Мені краще, ніж іншим»; почуття гумору: Б. Брехт писав: «Той, хто сміється, не чує жахливих новин»);

- приймання проблеми і зменшення фізичного ефекту від стресу (вживання ліків; релаксація; фізична активність - біг, танці, їзда на велосипеді; природні фізичні прояви - сміх, плач);

- комплексні способи (допомога іншим: апостол Павло закликав: «Носить тягарі один одного і таким чином виконаєте Закон Христа»; віра в Бога; допомога професіонала; зміна способу життя, наближення його до здорового і врівноваженого). Варто зазначити, що способи, які прийнятні для однієї людини або для одного типу проблем, можуть не мати успіху в інших умовах.

Те, що з нами трапляється - це наслідок того, як ми живемо. Варто змінити причину, щоб змінився наслідок. Людина повинна вчитися контролювати себе, свої вчинки і своє життя.

Васильчук Н.В., Монул М.Н., Печул А.С., Гарбуз Л.И.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ГЕЛЬМИНТОЗОВ

Приднестровский государственный университет им.Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР
Кафедра биологии и гистоморфологии, кафедра инфекционных болезней
(научный руководитель - к.биол.н. Гарбуз Л.И.)

В 2011 году в Приднестровской Молдавской Республике (ПМР) зарегистрировано 2314 случаев энтеробиоза (2010 г. – 2684 случаев). Ранговое положение по эпидемиологической значимости энтеробиоз занимает 4–е место.

Цель: проанализировать проблемы организации профилактики гельминтозов, дать рекомендации. Методы и материалы: ретроспективный эпидемиологический метод исследования статистических данных ГУ «Республиканского центра гигиены и эпидемиологии» (ГУ РЦГ и Э), результатов лабораторного обследования.

В ПМР за 2011 г. из всех гельминтозов на первом месте находится заболеваемость энтеробиозом – 448,7 случаев на 100 тыс. населения; на втором – аскаридозом: 57,2 случая на 100 тыс. населения. Заболеваемость аскаридозом в отчетном году снизилась на 6%, что связано с активизацией профилактических мероприятий среди больных и контактных по аскаридозу. Заболеваемость трихоцефалезом снизилась на 43%, это связано с метеорологическими условиями.

Рассматривая заболеваемость энтеробиозом наиболее высокий уровень в Слободзейском рай-

оне (893,6), а наименьший в г. Тирасполе (115,3 на 100 тыс населения), что связано с большей доступностью медицинской помощи в городской местности, чем в сельской. Работа по профилактике энтеробиоза проводилась на основании требований совместно изданного приказа Министерства здравоохранения и Министерства просвещения ПМР. Сотрудниками медицинского факультета проводились лекции и семинары по профилактике гельминтозов среди студентов. Сотрудниками ГУ РЦГиЭ проведены семинары с лечебной сетью, преподавателями и сотрудниками детских учебных учреждений. Составлены графики обследования детских коллективов на энтеробиоз. Установлено диспансерное наблюдение за инвазированными.

Выводы: Исходя из сложившейся гельминтологической ситуации в республике для сохранения эпидблагополучия и достижения положительных конечных результатов в оздоровлении населения от гельминтозов, необходимо дальнейшее усовершенствование профилактических мероприятий.

Гавриньова О.О., Фундюк Ю.В., Боданюк О.А., Лукіянова І.М.

СТРУКТУРА СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З ВАДАМИ СЛУХУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра гігієни та екології
(науковий керівник - Іфтода О.М.)

Своєчасне виявлення супутньої патології у дітей з вродженими та набутими вадами слуху надає змогу забезпечити корекцію відхилень, попередити розвиток клінічно виражених форм захворювань.

Мета дослідження: вивчення нозологічної структури супутньої патології у дітей з вадами слуху, які відвідують навчально-реабілітаційний центр №1 м.Чернівці. Обстежено 79 дітей віком від 3–х до 14–ти років.

При огляді отоларингологом встановлено нейросенсорну приглухуватість у всіх дітей. Супутню патологію виявлено у 32 осіб (40,5%), зокрема: гострий риніт – 10,1%, сірчані пробки – 10,1%, гіпертрофія мигдаликів – 6,3%, аденоїди – 6,3%, викривлення перегородки носа – 5,1%, гнійний отит – 3,8%, тонзиліт – 1,3%.

Патологію зору виявлено у 36 дітей (45,6%): короткозорість – 20,3%, далекозорість – 7,6%, косоокість – 10,1%, астигматизм – 2,5%, горизонтальний ністагм – 2,5%, атрофія зорового нерва – 1,3%, птоз – 1,3%.

Психоневрологічну симптоматику виявлено у близько 50% дітей. Основними проявами були: емоційні порушення (тривога, страх, гнів), порушення поведінки (негативізм, агресивність), розлади моторні (нервовий тик, гіперактивність) та вестибулярні (хитка хода, запаморочення),

порушення мови (невизначеність або скандування мови), шкідливі звички (кусання нігтів, смоктання пальця). У 10,1% дітей виявлено хворобу Дауна, у 8,9% – дитячий церебральний параліч.

Ортопедичну патологію виявлено у 33–х дітей (41,8%). У структурі захворюваності основне місце посіли порушення постави (26,6%) та плоскостопість (12,7%). Зміни у стані опорно-рухового апарату у дітей з вадами слуху можна пояснити наступним чином: порушення діяльності дихальних м'язів, що беруть участь у голосоутворенні, призводить до суттєвого відставання у розвитку м'язів шиї, верхнього плечового поясу та спини, що у подальшому негативно впливає на формування постави. Крім того, у дітей з вадами слуху мають місце порушення у нейросенсорній та руховій сферах (неврівноваженість процесів збудження та гальмування у корі головного мозку, недостатній рівень орієнтування у просторі, невпевненість у руках та їх недостатня координація, труднощі у збереженні статичної та динамічної рівноваги), які перешкоджають активним заняттям фізкультурою і формуванню правильної постави.

Таким чином, виявлення супутньої патології у дітей з вадами слуху надаватиме змогу провести своєчасне лікування захворювань з метою покращання адаптації дітей до навчального процесу.



Деренько Л.В., Войтко М.З., Патрабой В.В., Якимчук П.М.

ГІГІЄНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВМІСТУ ОМЕГА - 3 ТА ОМЕГА - 6 ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У СКЛАДІ ХАРЧОВИХ РАЦІОНІВ ДНЗ М.ЧЕРНІВЦІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Фундюр Н.М.)

Біологічна цінність жирів визначається, насамперед, вмістом поліенасичених жирних кислот (ПНЖК) родин омега-3 (ліноленова, ейкозапентаєнова, докозапентаєнова, докозагексаєнова), омега -6 (лінолева, арахідонова) та їх співвідношенням. Недостатній вміст ПНЖК у харчових раціонах (ХР) дітей створює передумови для дефіциту жиророзчинних вітамінів, зниження опірності організму до несприятливих чинників навколишнього середовища, затримки росту і розвитку дитячого організму.

Тому метою нашого дослідження була гігієнічна оцінка збалансованості жирової частини ХР дітей дошкільного віку м. Чернівці за вмістом ПНЖК.

Вивчення стану організованого харчування дітей, що відвідували 9 дитячих навчальних закладів м. Чернівці, проводили розрахунковим методом шляхом вивчення даних за 10 днів з меню-розкладом посезонно. Вивчення вмісту омега-3 та омега-6 ПНЖК проводили за допомогою електронної таблиць І.М. Скурихіна з наступною оцінкою їх відповідності «Нормам фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах та енергії» (1999) та «Нормам физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Рос-

сийской Федерации (РФ)» (2008).

Аналіз отриманих результатів показав, що вміст жирних продуктів та олії у раціонах харчування дітей менше рекомендованого (на 24,4 та 22,2 % відповідно). Загальний вміст ПНЖК відповідав вітчизняним нормам (5-10 г/добу) у 5-ти ДНЗ (66,7%). Вміст омега-3 ПНЖК у жодному ДНЗ не забезпечував необхідних 0,8-1% енергетичної цінності раціону, а усереднене співвідношення омега-3 до ω-6 становило 32:1, що не відповідало рекомендованому РФ (4:1-10:1). Аналіз сезонної динаміки вмісту ПНЖК показав, що у ХР всіх ДНЗ він найменший улітку. Найвищі показники вмісту омега-6 ПНЖК у раціонах спостерігалися взимку (8,84±0,4г), а омега -3 - восени (0,34±0,03г).

Таким чином, вивчення середньодобового набору харчових продуктів виявило якісний та кількісний дефіцит споживання продуктів, що є джерелами ПНЖК. Вміст ПНЖК родини ω-3 в усіх дошкільних закладах нижче рекомендованих величин, а співвідношення омега-3 до омега-6 не відповідають рекомендованим. З метою корекції ХР рекомендується збільшити споживання дітьми рослинних олій (лляної, гарбузової, кукурудзяної), горіхів, морської риби.

Кватернюк Є.А., Дубінська де Атункар О.А.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ВМІСТУ АСКОРБІНОВОЇ КИСЛОТИ В ПРОДУКТАХ ХАРЧУВАННЯ ВІД УМОВ І СТРОКУ ЗБЕРІГАННЯ

Вінницький медичний коледж ім. акад. Д.К. Заболотного, Вінниця, Україна

Циклова комісія спец-лабораторних дисциплін

(науковий керівник - к.мед.н. Андрієвський І.Ю.)

У зв'язку з поширенням вітамінодефіцитних станів та їх негативного впливу на здоров'я населення, останнім часом приділяється особлива увага забезпеченню організму людини вітамінами. За літературними даними у 70-90% населення України спостерігається дефіцит вітаміну С. Недостатнє надходження до організму людини останнього зумовлює розвиток патологічних станів, а саме, розладів імунних реакцій, адаптаційних можливостей організму та психо-емоційного стану не тільки взимку і навесні, але й у літньо-осінній період.

Мета дослідження: визначення вмісту вітаміну С в продуктах харчування і вивчення впливу умов та строку зберігання на його кількість.

Матеріали та методи дослідження: анкетування, скринінгове дослідження вмісту вітаміну С в сечі, кількісне визначення аскорбінової кислоти (АК) у рослинному біоматеріалі методом Тільманса.

Результати дослідження: в харчовому раціоні опитуваних студентів медичного коледжу було виявлено недостатню кількість аскорбіновмісних продуктів. Методом простої випадкової вибірки обстежено 65 осіб (вікова категорія 16-18 років). Вміст вітаміну С в сечі

у 83% обстежених був знижений. Кількість АК була найбільшою в перці жовтому солодкому (214,7 мг), смородині чорній (205,31 мг), ківі (110,57 мг), найменшою - в яблуках (2,5-4,4 мг) та картоплі (1,76-12,9 мг). При заморожуванні продуктів харчування вміст АК знижується на 28%, при термічній обробці з закладанням в холодну воду втрачається 67,8%, в гарячу - 32,7%. При зберіганні цитрусових та ківі впродовж одного місяця при температурі +2 ...+8°C кількість вітаміну С зменшується на 17-25%.

Висновки. Результати проведених досліджень вказують на наявність С-гіповітамінозних станів у значній кількості обстежених, що пов'язано з недостатнім вживанням аскорбіновмісних продуктів, а також з низьким вмістом вітаміну С в рослинному біоматеріалі в сучасних умовах. Небезпека С-гіповітамінозних станів, як соціально-гігієнічних чинників посилюється їх значною поширеністю та відсутністю чітко вираженої симптоматики (тривалий латентний період), а також недостатньою поінформованістю населення стосовно кількості АК в продуктах харчування, умов зберігання та технології приготування їжі.

Костишин Л.В., Островська І.В., Герасимчук І.Г.
КОСМЕТИЧНІ ЗАСОБИ - КРАСА ЧИ НЕБЕЗПЕКА?
 Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра гігієни та екології
 (науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О.В.)

Мабуть, не існує дівчини чи жінки, яка зовсім не користується косметикою. На перший погляд косметична промисловість сьогодні виробляє засоби для будь-якого віку і практично для усіх частин тіла. Але чи звертаємо ми увагу на те, які інгредієнти входять до складу косметичного засобу, адже деякі з них, зокрема, парабени, етаноламіни, фталати, пропіленгліколь, лаурил-сульфат натрію, визнані фахівцями як потенційно небезпечні для здоров'я.

Метою роботи було проаналізувати якою косметикою користуються дівчата, на що звертають увагу під час її придбання, їх інформованість про можливий негативний вплив на організм деяких інгредієнтів.

За даними анонімного анкетування, у якому прийняли участь 103 студентки I-III курсів БДМУ, 81,5% опитаних купують засоби по догляду за шкірою та волоссям у магазинах, 14,7% – у аптеках і лише 3,8% – на ринку. Декоративну косметику (туш, помаду, пудру, лак для нігтів тощо) переважно купують у магазині (91,2%), рідше – на ринку (3,9%) та в аптеках (1,9%) і лише 3% дівчат взагалі не користуються нею.

Попри те, що 63,1% опитаних витрачають на догляд за своєю зовнішністю від 30 хвилин до 2 годин на день, більшість із них натуральну косметику у догляді за шкірою та волоссям (відвари з трав, маски з овочів і фруктів тощо) використовує

рідко (57,3%) або не користується нею взагалі (10,6%).

Усі респонденти знають про те, що косметичні засоби можуть містити шкідливі для здоров'я речовини, однак 92,5% не змогли конкретизувати, що це за речовини і яку небезпеку для здоров'я вони становлять. При покупці косметичних засобів 55,3% опитаних основну увагу звертають на фірму-виробника, 40,8% – цікавляться складом продукції і лише 3,88% – терміном придатності.

Отже, проведене анкетування показало, що більшість дівчат приділяє багато уваги догляду за своєю зовнішністю, однак вони віддають перевагу синтетичним косметичним засобам по догляду за шкірою та волоссям. Найбільшу увагу при покупці звертають на фірму-виробника, що не завжди гарантує якість продукту і безпечність його використання. Варто більше цікавитися можливими побічними ефектами окремих інгредієнтів (комедогенність, купероз, алергічні та фототоксичні реакції тощо) та терміном придатності косметичних засобів, адже, володіючи такою інформацією ми можемо уникнути їх негативного впливу на організм. Тож, вибір за нами, але слід пам'ятати, що зловживання косметикою може також призвести до небажаних наслідків. Тому бережімо себе та будьмо красивими!

Куш О.І.

ЕКОЛОГО-ЕТИЧНІ ПИТАННЯ В МЕДИЧНІЙ ЕКОЛОГІЇ

Сумський медичний коледж, Суми, Україна
 Циклова комісія науково-природничих дисциплін
 (науковий керівник - Пономаренко Т.О.)

Актуальність. З моменту, як людина почала мислити, вона тисячоліттями накопичувала етичні правила, можливо, це допомогло їй вжити в жорстокій боротьбі за існування. Щоб сформулювати людину, яка коректно ставиться до природи, такої, що екологічно мислить, знадобилися сотні мільйонів років спрямованої еволюції в сприятливих для цього умовах. На залежність виникнення та перебігу хвороб від навколишнього середовища вказував ще Гіппократ. З того часу медична екологія розвинулася в складну і розгалужену медико-біологічну область знань. Але найважливіше місце в ній, особливо в наш час, займають етичні аспекти. Проблеми еколого-етичних відносин у сучасному суспільстві на даний момент досліджені не достатньо. Актуальність теми дослідження зумовлена необхідністю подолання суперечностей, що склалися в біоетичній галузі і в екологічному вихованні. Описаний вище стан проблеми та неоднозначність її вивчення зумовили вибір теми роботи «Еколого-етичні проблеми в медичній екології».

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні вивчення еколого-етичних питань студентами медколеджу.

Відповідно до мети були сформульовані завдання: проаналізувати і узагальнити психолого-

педагогічні літературні джерела з даної теми дослідження та встановити понятійно-термінологічний апарат проблеми; дослідити еколого-етичні питання сучасності; визначити необхідність вивчення студентами медичного коледжу еколого-етичних питань у рамках вивчення природничих дисциплін.

Для досягнення визначених нами мети і вирішення поставлених завдань використовувалися методи дослідження: теоретичні (аналіз психолого-педагогічної літератури з проблеми дослідження), емпіричні (спостереження, опитування, анкетування, аналіз).

Висновки. Досягнення медицини при дотриманні канонів сучасної біомедичної етики ведуть до того, що в людській популяції стає менше генетично здорових людей, що веде до виродження. Можна вважати, що революційні суспільно-політичні рішення щодо охорони здоров'я і державної політики у медичній сфері неминучі. На сучасному етапі прірву, що виникає між природничими, технічними і гуманітарними науками в наслідок їх подальшої диференціації долає, сучасна екологія, в якій ці науки інтегровано; користуючись принципами етики, вона може сприяти формуванню не тільки грамотного, але й екологічно та етично освіченої людини.



Липка В.Т., Коротун О.П., Любеля Ю.В.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА КОМБІНОВАНОГО ВПЛИВУ ІМІДАКЛОПРИДУ ТА НІТРАТУ НАТРІЮ НА ПОВЕДІНКОВІ РЕАКЦІЇ ЩУРІВ З РІЗНОЮ ШВИДКІСТЮ АЦЕТИЛЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра гігієни та екології
(науковий керівник - д.мед.н. Власик Л.І.)

Нітрати та пестициди є одними з пріоритетних забруднювачів довкілля в Україні, а отже існує потенційна небезпека їх одночасної дії на організм. Враховуючи це, а також встановлену нами у попередніх дослідженнях більшу схильність тварин із «швидким» типом ацетилювання до дії нітрату натрію, темою дослідження було вивчення комбінованого шкідливого впливу імідаклоприду та нітрату натрію на поведінкові реакції щурів з різною швидкістю ацетилювання. Експеримент проводили на статевозрілих щурах-самцях. Токсиканти вводили внутрішньошлунково щоденно у порогових дозах упродовж 4-х тижнів. У «швидких» ацетиляторів інтегральна поведінкова активність (ІПА) була пригніченою вже після першого тижня введення (на 42% стосовно контролю) і залишалась такою до кінця експерименту (на 56% після другого, на 58% після третього тижня введення та на 48% наприкінці експерименту). Найбільш пригніченими виявились показники вертикальної рухової активності (ВРА) (на 71% на 7-й, на 82% на 14-й, на 67% на 21-й та на 59% на 28-й день експерименту) та горизонтальної рухової

активності (ГРА) (на 39% після першого, 55% після другого, на 58% після третього та на 42% після четвертого тижня введення), а в подальшому – норкового рефлексу (НР) (на 46% після трьох тижнів введення та на 53% наприкінці експерименту). У «повільних» ацетиляторів спостерігали вірогідне пригнічення ІПА після першого (на 19%), третього та четвертого тижнів експерименту (на 35%). При цьому показник ГРА виявився вірогідно нижче контролю на третій (на 42%) та четвертий (на 44%) тиждень введення. ВРА на 21-й день введення була на 36% нижче контролю, на 28-й день – на 22% ($p < 0,05$). НР також виявився зниженим на двох останніх тижнях експерименту (на 27% та 29% відповідно). Комбінований вплив імідаклоприду та нітрату натрію на поведінкові реакції як «швидких» так і «повільних» ацетиляторів перебігав по типу менш, ніж адитивної дії (антагонізм). Таким чином, зміни поведінкових реакцій можуть виступати додатковим біомаркером ефекту комбінованого впливу нітрату натрію та імідаклоприду. «Швидкий» тип ацетилювання є біомаркером схильності до цієї інтоксикації.

Лиско О.М.

СОЦІАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра гігієни та екології
(науковий керівник - Візнюк І.Д.)

Основними рисами сучасної людини є компетентність у питаннях безпеки життєдіяльності, вихованість щодо культури здоров'я.

Доведено, що стан здоров'я людини на 50% визначається способом життя, на 20% – генетичними та біологічними показниками, на 20% – станом екології, і тільки на 10% – медичним обслуговуванням.

Одним із найважливіших факторів формування здорового способу життя є освіта, тобто система гігієнічних знань, умінь, навичок, спрямованих на зміцнення і збереження здоров'я.

Ще у давні часи для здоров'я було таке визна-

чення: якщо у людини відсутні хвороби – вона здорова. Однак життя не стоїть на місці. Часи змінюються, змінюємося і ми, змінюються наші погляди і поняття.

Сучасну людину вже не влаштовує тільки відсутність хвороби. Визначення трансформувалося у широке уявлення про людину як істоту більш соціальну, ніж біологічну. Воно збагатилося ще такими поняттями як «благополуччя», «безпека», «культура здоров'я», «здоровий спосіб життя».

Отже, в сучасному світі недостатньо не мати хвороби, а бажано бути благополучним у всіх сферах життя.

Наниева А.Р., Худалова Ф.К.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия
Кафедра общей гигиены и физической культуры
(научный руководитель - д.мед.н. Кусова А.Р.)

Информационные перегрузки и эмоциональное напряжение в процессе учебной деятельности, гиподинамия, нарушение режима питания, жизнь в милитаризованной, экологически неблагоприятной среде обитания способствуют развитию у школьников психического стресса, дезадаптации и хронического патологического десинхроноза.

Обследованы школьники 10 и 11-классов в возрасте 16-17 лет с целью выявления доклинических нарушений здоровья при комплексном изучении патогенетических механизмов нарушений ритмической организации физиологических систем и психофизиологических функций, способствующих развитию дизрегуляции и психической дезадаптации.

На основе индивидуального и группового изучения биоритмов 9 параметров физиологических функций у 58,3% обследованных школьников выявлен патологический десинхроноз. Максимальная доля лиц наблюдается у девушек 10 классов и юношей 11 классов (35%), минимальная у девушек 11 класса и юношей 10 классов (15%), что свидетельствует о состоянии большей гармоничности и устойчивости временной организации биосистем. Качество жизни по опроснику SF-67 (социальное функционирование) указывающие на их физическую и социальную

активность. Низкие показатели ВР (интенсивности боли) свидетельствуют о том, что высок болевой порог у школьников.

Анализ показателей вегетативных функций выявил: у юношей обоих классов САД (систолическое артериальное давление) выше нормы, повышение ЧСС (число сердечных сокращений) у юношей 11 классов; у девушек САД, ДАД (диастолическое артериальное давление) и ЧСС в пределах возрастной нормы.

При анализе тревожности выявлено увеличение лиц с высокой тревожностью среди девушек обоих классов, но более выраженную ситуационную тревожность у юношей 10 класса и у девушек 11 классов. Высокая личностная тревожность наблюдается у девушек обоих классов и коррелирует с проявлениями хронического стресса.

Преобладание нарушений здоровья у школьников является причиной выполнения учебной деятельности с большим напряжением и расходом функциональных резервов, хроническим утомлением, снижением емкости адаптации, состоянием патологического десинхроноза. Выявленные особенности необходимо учитывать при организации учебного процесса в общеобразовательных учреждениях и разработке комплексных профилактических программ.

Нечитайло Л.Я., Кицмен І.В.

ВМІСТ ДЕЯКИХ ХІМІЧНИХ ЕЛЕМЕНТІВ У ВОДОЙМАХ РІВНИННОЇ ТА ГІРСЬКОЇ ЗОН ІВАНО-ФРАНКІВЩИНИ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії
(науковий керівник - д.біол.н. Ерстенюк А.М.)

Актуальність. Вода – один з найважливіших факторів здоров'я людини. Хімічний склад питної води має важливе значення для перебігу біохімічних процесів в організмі людини, порушення яких призводить до розвитку патологічних станів. За останні роки в Івано-Франківській області відбулися зміни у промисловому та сільськогосподарському виробництві, що внесло істотні корективи в екологічну ситуацію на Прикарпатті. У зв'язку з цим особлива увага належить моніторингу за рівнем хімічних елементів, які впливають на якість і тривалість життя людини.

Мета роботи полягала в проведенні порівняльної характеристики вмісту заліза, міді, кадмію та нітратів у водоймах рівнинної та гірської зон Прикарпаття.

Матеріали та методи. Об'єктом досліджень слугували джерела водопостачання рівнинної та гірської зон. Забір проб води і дослідження її складу здійснювали згідно нормативних документів. У відібраних збірках води потенціометричним методом з використанням йонселективних електродів визначали концентрацію іонів: заліза і нітратів. Рівень міді та кадмію визначали у сухих залишках вод методом атомно – абсорбційної спектроскопометрії.

Результати проведених досліджень дозво-

лили встановити суттєві відмінності у різних географічних зонах. Зокрема, у питній воді джерел рівнинної зони спостерігався підвищений вміст міді – в 1,6 разів, ніж у воді джерел гірської зони. Відносно концентрації заліза, то слід відмітити, що цей показник у 1,5 рази вищий у воді джерел гірської зони порівняно з рівнинною. Рівень важкого металу – кадмію значно вищий у воді джерел рівнинної зони з перевищенням гранично допустимої концентрації – в 2,6 раз, порівняно з водою джерел гірської зони. Паралельно з визначенням катіонного складу у досліджуваних збірках питної води, проводились дослідження вмісту нітратів. Слід зазначити, що рівень нітратів зростає у воді джерел рівнинної зони з перевищенням гранично допустимої концентрації – в 1,6 раз, порівняно з водою джерел гірської зони.

Висновки. Таким чином, проведений аналіз води дозволив виявити, що населення Прикарпаття, яке проживає на теренах рівнинної зони споживає питну воду з дефіцитним вмістом таких життєво важливих мікроелементів, як мідь та залізо, і водночас з високим вмістом нітратів і токсичного елемента кадмію. Населення гірської зони споживає питну воду із низьким вмістом заліза та міді й гранично допустимим вмістом нітратних сполук.



Перегінчук О.Д., Ярошик Т.В.

МОЄ ЖИТЛО – «МОЯ ФОРТЕЦЯ» ЧИ ЗАГРОЗА ДЛЯ ЗДОРОВ'Я?

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О.В.)

Експерти ВООЗ прийшли до висновку, що якість повітря внутрішнього середовища будівель є важливішою для здоров'я людини, ніж якість атмосферного повітря.

За статистикою, понад 2/3 життя людина проводить у житлових, громадських та виробничих приміщеннях і лише біля 1–2 годин на добу – на свіжому повітрі. За оцінками токсикологів, повітря приміщень є у 4–6 разів забрудненішим та у 8–10 разів токсичнішим за атмосферне. Сучасними методами досліджень (хромато–маспектрометрія, газова хроматографія та колориметрія) у житлових кімнатах ідентифіковано понад 45 хімічних сполук, на кухнях – понад 70. До них належать антропоксини (леткі продукти метаболізму людини), сполуки, що мігрують з будівельних матеріалів (формальдегід, стирол), тютюновий дим, препарати побутової хімії тощо. Під час дослідження повітряного середовища кухонь у різних містах встановлено, що концентрації чадного газу в 370–550 разів перевищують гранично допустимі для житлових приміщень (1 мг/м³). Середньо–статистичний житель технічно розвинутого міста протягом дня вдихає 15 кг кисню і 2 столові ложки пилу. Поглинання відбувається, в основному, в стінах рідних квартир і офісів. Але, якщо уявити, що у наших легенях міцно

осідають отруйні «коктейлі» у вигляді ангідридів і оксидів, які активно виділяються сучасними будівельними конструкціями та матеріалами, то життя в елітній новобудові перестає бути методом захоплення.

Поняття «синдром хворого будинку» (sick building syndrome) сформульовано на початку 80-х років минулого століття як медико–екологічна проблема, пов'язана з впливом внутрішнього середовища приміщень різного призначення на здоров'я людини. Увагу вчених привернуло масове зростання захворюваності з неспецифічною симптоматикою, пов'язане з тривалим перебуванням людей у певних житлових чи офісних приміщеннях. Їх мешканці швидко втомлюються, відчують загальну слабкість, скаржаться на погане самопочуття, схильність до ураження верхніх дихальних шляхів, подразнення слизових оболонок, болі у суглобах, часті алергічні реакції.

«Синдром хворого будинку» – поняття досить нове, тому донині немає чітких критеріїв для його визначення в конкретній ситуації. Поява нових будівельних матеріалів і технологій, дослідження їх впливу на організм, вносять корективи в уже сформовані погляди на цю проблему.

Петренко П.П.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, Львів, Україна

Кафедра мікробіології та вірусології

(науковий керівник - к.мед.н. Іваненко І.І.)

До захворювань органів дихання, які мають місце при порушенні гігієнічних умов середовища, відносяться запалення гортані (ларингіт), запалення бронхів (бронхіт), запалення паренхіми легень (пневмонія) та ін. Дуже небезпечними є інфекційні захворювання, які призводять до ускладнення органів дихання туберкульоз, пташиний грип, атипічна пневмонія та інші.

Основними причинами захворювань органів дихання є: переохолодження організму при низькій температурі зовнішнього середовища, різка зміна температури середовища, запиленість повітря, недостатнє харчування, особливо не-

стача в їжі білків, жирів та вітамінів, тяжка праця та недостатній відпочинок, недотримання правил особистої гігієни, низька загартованість організму людини тощо.

Основним профілактичним заходом захворювань органів дихання є формування високого рівня адаптативних можливостей організму людини. Це досягається шляхом поєднання фізичних вправ і природних факторів, які загартовують організм і роблять його стійким до дії шкідливих факторів середовища.

Худалова Ф.К., Наниева А.Р.

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВАЯ СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Кафедра общей гигиены и физической культуры

(научный руководитель - д.мед.н. Кусова А.Р.)

До недавних пор фактор пола оставался недооцененным, однако для мужской популяции отмечаются определенные отличия в кардиоваскулярных рисках по сравнению с женщинами. Все больше данных о том, что одни и те же болезни имеют гендерные особенности.

Цель. Изучить распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) по данным вызовов скорой медицинской помощи (СМП). Выявить гендерные и возрастные особенности заболеваемости ИБС. Материалы и методы. Проанализированы показатели обращаемости населения за СМП по поводу ИБС в г. Владикавказе республики Северная Осетия-Алания с 2008 г. по 2010 г.

В результате проведенного анализа данных выкопировки медицинской документации СМП в г. Владикавказе за период 2008–2010 гг. выявлено, что самое большое число обращений приходится на кардиоваскулярную патологию (42,5%), второе и третье место составляют болезни органов дыхания и нервной системы (17,1% и 13% соответственно). На долю ИБС и стенокардии по вызовам СМП приходится 27,7%, что составляет 1/3 часть от всех вызовов по поводу кардиоваскулярной патологии.

Выявлены особенности обращаемости за СМП в зависимости от пола больных. Так, у женщин острые состояния кардиоваскулярной патологии, в частности ИБС в 1,2 раза чаще, чем у мужчин, а абсолютное число обращений по этой же причине в 2 раза больше. Женщины с кардиоваскулярной патологией вызывают скорую помощь

в 2,5 раза чаще, чем мужчины.

Обращаемость за СМП в зависимости от возраста имеет ряд особенностей. Пик обращаемости населения пожилого и старческого возраста за СМП по поводу ИБС приходится на возрастную группу 80 и более лет без гендерных различий, а острого коронарного синдрома – в возрастных группах 50–69 лет.

Установлены расхождения и в обращаемости населения города с ИБС за СМП по месяцам в течение года. Максимальное их количество за период 2008–2010 гг. приходится на май и ноябрь, минимальное – в период с июля по сентябрь, одинаково как среди женской, так и мужской популяции.

Выводы.

1. Самое большое число обращений за СМП в г. Владикавказе приходится на кардиоваскулярную патологию – 42,5%, среди которой ИБС составляет 27,7%.

2. Выявлены неравномерности показателей обращаемости при острой кардиоваскулярной патологии за СМП по возрастным и гендерным группам. Пик обращений в течение года приходится на май и ноябрь.

3. Полученные результаты исследования позволяют обосновать дифференцированный подход к оценке обращаемости населения Владикавказа за СМП по поводу острых состояний при кардиоваскулярной патологии с учётом пола и возраста.

Царенко Д.С., Кірдей І.Ю.

ГМО - КОРИСТЬ ЧИ ШКОДА?

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра гігієни та екології

(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір О.В.)

«Ми їмо, щоб жити, а не живемо, щоб їсти» – говорили стародавні римляни. Як відомо, їжа разом з водою і повітрям є необхідним компонентом повноцінної життєдіяльності організму. Тому для вирішення проблеми дефіциту харчових ресурсів створені генетично модифіковані організми (ГМО).

ГМО, або трансгенний організм містить нову, не передбачену природою, комбінацію генетичного матеріалу, що досягається завдяки генній інженерії. У 1987 році відбулися перші польові випробування ГМ рослин, а у 1995 році американська компанія-гігант Monsanto запустила на ринок ГМ сою. Мета отримання ГМО – поліпшення корисних характеристик вихідного організму-донора, зниження собівартості продуктів, створення їжі з новими властивостями (кава без кофеїну, рис із підвищеним вмістом заліза). За останні 10 років площа, засіяна ГМО, збільшилась у 40 разів. Створені різні сорти картоплі, кукурудзи, сої, томатів, стійкі до впливу гербіцидів, вірусів, комах-шкідників, несприятливого клімату, псування при зберіганні тощо. На жаль, спроби людства перемогти природу крім очікуваних позитивних наслідків мають і непередбачувані наслідки, які часто нівелюють значення перших. Експериментальні дослідження

свідчать, що у лабораторних тварин, які вживали ГМ картоплю та томати знижувався імунітет, мали місце патологічні зміни в печінці, селезінці, шлунково-кишковому тракті. Маніпуляції з генами здатні збільшувати вміст природних токсинів у харчових продуктах у сотні разів. Вбудовані гени мають здатність комбінуватися з генами інших вірусів, що веде до появи більш небезпечних вірусів, зростає резистентність до антибіотикотерапії, збільшується імовірність мутацій чужорідних генетичних вставок та ризик онкопатології. Внаслідок передавання ГМ рослинами своїх властивостей близьким видам, виникають стійкі до гербіцидів бур'яни.

У світі по різному ставляться до проблеми ГМО. Є країни, де зараз активно культивують і використовують ГМ культури, зокрема у Китаї, Індії, Японії, країнах Латинської Америки і особливо – у США. Разом з тим, від ГМ продукції відмовились понад 130 країн світу.

Таким чином, сьогодні основні зусилля слід спрямувати на удосконалення існуючих і розробку нових методів виявлення ГМО у натуральних харчових продуктах з метою обмеження несанкціонованого поширення та використання в Україні трансгенної харчової продукції.



Дерматовенерологія

Антофійчук Т.М., Перепічка В.В., Чернописький Ю.М.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА УРОГЕНІТАЛЬНИЙ ХЛАМІДІОЗ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІМУНОМОДУЛЮЮЧОГО ЗАСОБУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дерматовенерології

(науковий керівник - к.мед.н. Перепічка М.П.)

Актуальність теми. Серед захворювань урогенітального тракту однією з найбільш поширених інфекцій є урогенітальний хламідіоз, збудником якого є *Chlamidia trachomatis*. Захворювання характеризується хронічним перебігом, розвитком резистентності до засобів етіотропного лікування.

Мета роботи – підвищити ефективність комплексної терапії хворих на урогенітальний хламідіоз шляхом застосування імуномодулюючого препарату «лікопід».

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 27 хворих на урогенітальний хламідіоз. Усі пацієнти були особами чоловічої статі віком від 18 до 52 років. Діагноз хламідіозу в обстежених хворих виставлявся на підставі бактеріологічних та серологічних методів дослідження. У всіх обстежених пацієнтів урогенітальний хламідіоз мав тривалий персистуючий перебіг, торпідний до раніше застосованого лікування. З метою уточнення патогенетичних чинників захворювання та оптимізації комплексного лікування урогенітального хламідіозу пацієнтам проведено імунологічне дослідження крові.

Результати дослідження. У більшості (23–85,2%) обстежених хворих на урогенітальний хламідіоз

із тривалим торпідним перебігом встановлено зміни показників системного імунітету з проявами вторинного імунодефіциту за Т-ланкою, які характеризували I–II ступінь імунних порушень. З метою оптимізації лікування урогенітального хламідіозу в комплексній терапії 12 хворих (основна група) на тлі специфічної антибактеріальної терапії призначали імуномодулюючий препарат «лікопід» (по 1 мг двічі на добу протягом 10 днів). Інші 15 хворих (порівняльна група) отримали лише засоби антибактеріальної терапії. За даними контрольних клініко-лабораторних досліджень після проведеного лікування, у групі порівняння хламідії виявлені повторно в 5 (33,3%) осіб, в той час як серед осіб основної групи, які додатково до антибактеріальної терапії отримали імуномодулюючий препарат «лікопід», контрольне дослідження виявило лише один (8,3%) випадок персистенції хламідійної інфекції. Висновок. Застосування у комплексному лікуванні урогенітального хламідіозу імуномодулюючого препарату «лікопід» підвищує ефективність специфічної антибактеріальної терапії, збільшує відсоток клінічного та лабораторного одужання таких пацієнтів.

Berehova A.A., Kruchka A.V.

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF LIFE'S QUALITY OF PATIENTS WITH PSORIASIS

Kharkiv national university, Kharkiv, Ukraine

Department of dermatology, venerology and medical cosmetology

(scientific advisor - PhD, MD Bilovol A.M.)

Subjects urgency. Psoriasis is the most widespread chronic recurrent dermatosis which up to date demands further studying, in connection with insufficiently studying of etiology and pathogenesis, and especially imperfect methods of treatment. In recent years the attention to problems of psychological wellbeing and psychosocial adaptation of the patients having psoriasis essentially increased.

Aim. To study lifes quality of patients with psoriasis depending on clinical implications and the clinical course.

Materials and methods. Under observation there were 57 patients with psoriasis, from them 30 (52,6 %) were women and 27 (47,4 %) were men. Patients who entered into the explored sample were at the age from 18 till 65 years (middle age was $38,6 \pm 2,21$ years).

For an assessment of severity and prevalence of psoriatic process were used PASI index. At 13 (22,8 %) patients were noted psoriatic breaking-out with an exudative component and at 6 (10,5 %) patients palmar-plantar form. At 19 (33,3 %)

patients psoriasis was accompanied by subjective symptoms (burning, an itch of different degree of intensity). At 19 (33,3%) patients had psoriatic breaking-out without subjective symptoms. The most expressed itch observed at patients with an exudative form of psoriasis.

Results. According to the received data, influence of psoriasis on lifes quality of patients is connected with such factors, as:

X clinical implications of psoriasis (character of a current, frequency of exacerbation, prescription of disease, area of burst, subjective manifestations an itch, burning etc.) – somatic factors

X treatment of a skin disease (material inputs, difficulties with stay on a workplace, stay in a hospital)

X social and communicative difficulties (relationship with partners, people around, colleagues).

Conclusions. Lifes quality of the patients suffering from psoriasis is caused by clinical manifestations of a dermatosis (severity and prevalence of skin process, localization of breaking-out, subjective symptoms).



Гулей Л.О.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ПІОДЕРМІЙ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОГО ТА ПОЛІЕНЗИМНОГО ЗАСОБІВ

Буковинський медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дерматовенерології

(науковий керівник - д.мед.н. Денисенко О.І.)

Актуальність піодермій визначає їх поширеність (піодермії у структурі патології шкіри займають третє місце), оскільки нерідко вони мають хронічний рецидивуючий перебіг з формуванням у хворих резистентності до засобів базової терапії.

Мета роботи. Підвищити ефективність лікування хворих на гнійничкові інфекції шкіри шляхом розробки патогенетично обґрунтованого методу комплексної терапії із застосуванням антибактеріального та поліензимного засобів.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 45 хворих на піодермії віком від 18 до 65 років, з них у 33 діагностовано первинні форми піодермій (вугрова хвороба, вульгарний сикоз, хронічні фолікуліти волосної ділянки голови, фурункульоз, хронічна виразкова піодермія) і у 12 осіб – вторинні піодермії як ускладнення корости, алергічних дерматозів, мікозів ступнів тощо.

Результати дослідження. З метою оптимізації лікування піодермій у комплексному лікуванні 25 пацієнтів (основна група) призначали «Зіоміцин» (1 табл. містить 250 мг азитроміцину дигідрату) по 1 табл. двічі на день 1-й день, з 2 по 5-й день – по 1 таб., а також «Вобензим» по 3 табл. 3 рази на добу впродовж 15 днів. Зиоміцин

відносять до групи макролідів, перевагами призначення якого є широкий спектр антимікробної дії, добре проникнення у тканини, низькі дози і мала кратність введення, хороша клінічна та біологічна переносимість. До складу вобензиму входять високоактивні ферменти тваринного (панкреатин, хімотрипсин, трипсин, амілаза) та рослинного (папаїн, бромелаїн, рутин) походження з протизапальною, протинабряковою, знеболюючою та імуномодулюючою діями. Групу порівняння склали 20 хворих на піодермії такого ж віку, які у комплексному лікуванні отримали інший антибактеріальний засіб. За даними клінічних спостережень, у пацієнтів основної групи, які отримали Зиоміцин та Вобензим, на 3–4 дні раніше регресували гноячкові елементи висипки, на 4–5 днів раніше (порівняно з групою порівняння) регресували прояви гіперемії й інфільтрації, що дало можливість скоротити терміни лікування таких пацієнтів у середньому на 4–6 днів.

Висновок. Застосування у комплексному лікуванні інфекцій шкіри та м'яких тканин препаратів Зиоміцин та Вобензим сприяє швидшому регресу клінічних проявів на шкірі зі скороченням періоду клінічного одужання пацієнтів.

Карвацька Ю.П.

СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ВУГРИ ЗВИЧАЙНІ - МЕШКАНЦІВ ЙОДОДЕФІЦИТНОГО РЕГІОНУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дерматовенерології

(науковий керівник - д.мед.н. Денисенко О.І.)

Актуальність теми. Вугри звичайні (*Acne vulgaris*) – поширене захворювання шкіри, яке в Україні реєструють у 80–90% підлітків та в 37–42% осіб, старших 25 років. Вугрова висипка, яка локалізується на шкірі обличчя й тулуба, має негативний вплив на якість життя та соціальну активність пацієнтів, що визначає важливе медико-соціальне значення даного дерматозу. Згідно сучасних даних, причиною запального процесу у хворих на акне є активація мікроорганізмів (*P. acne*, *St. Epidermidis* та ін.) на тлі нейроендокринних, імунних, обмінних порушень тощо.

Мета роботи – визначити стан щитоподібної залози у хворих на вугри звичайні за умов проживання в регіоні з природним йододефіцитом. Матеріали та методи. Обстежено 43 хворих на вугри звичайні – мешканців Чернівецької області, яка є біогеохімічним регіоном із природною недостатністю йоду. Серед обстежених – 28 (65,1%) осіб чоловічої та 15 (34,9%) – жіночої статі віком від 19 до 27 років. Стан щитоподібної залози визначали шляхом її сонографічного дослідження за допомогою ультразвукового апарату SSD-630 фірми "Aloka".

Результати дослідження. При обстеженні у 21 (48,8%) пацієнта діагностовано вугри звичайні

середньої тяжкості, у 15 (34,9%) – легкого ступеня й у 7 (16,3%) осіб – тяжку форму дерматозу. При сонографічному обстеженні встановлено, що у 19 (44,2%) хворих на вугри звичайні ехоструктура щитоподібної залози відповідала нормі, а більш ніж у половини (у 24 – 55,8%) обстежених осіб виявлено зміни її ехоструктури. Найчастіше у таких хворих реєстрували ознаки дифузного зоба I та II ступеня (у 14–32,6%), з них у 2 (4,7%) осіб – з вузлуотворенням та у 1 (2,3%) – з проявами тиреоїдиту; у 5 (11,6%) – ознаки гіпоплазії залози; у 3 (6,9%) – прояви тиреоїдиту; у 2 (4,6%) осіб – вузловий зоб. Слід відзначити, що зміни ехоструктури щитоподібної залози частіше виявляли у хворих на вугри звичайні із середньотяжким та тяжким перебігом.

Висновок. Більше ніж у половини (55,8%) хворих на вугри звичайні із біогеохімічного регіону з природною недостатністю йоду виявлено зміни ехоструктури щитоподібної залози, що обґрунтовує визначення у цих пацієнтів вмісту в сироватці крові тиреоїдних гормонів з метою оцінки у них стану функціональної активності гіпофізарно-тиреоїдної системи та її ролі в патогенезі вугрової хвороби за умов природного йододефіциту.

Крайс О.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЗОВНІШНЬОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНИХ АЛЕРГІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ ІЗ СИНДРОМОМ СУХОЇ ШКІРИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дерматовенерології
(науковий керівник - д.мед.н. Денисенко О.В.)

Актуальність теми. Алергічні дерматози (екзема, дерматит контактний алергічний, atopічний дерматит та ін.) – це поширена група хронічно-рецидивуючих захворювань шкіри, клінічним проявом яких є синдром сухої шкіри або ксероз. Ознаками ксерозу є лущення, свербіж, відчуття стягнення шкіри. Водночас сухість шкіри – це порушення цілісності рогового шару епідермісу, зниження його бар'єрних функцій, що сприяє проникненню в шкіру екзоалергенів, інфекційних збудників (піококи, дерматофіти тощо), тому корекція ксерозу є необхідною умовою успішного лікування та профілактики загострень та ускладнень алергічних дерматозів.

Мета роботи – покращити ефективність лікування хворих на алергічні дерматози із синдромом сухої шкіри шляхом застосування зволожуючого засобу «Фізіогель інтенсив крем».

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 42 хворих на алергічні дерматози із синдромом сухої шкіри, з них на хронічну екзему – 25, atopічний дерматит – 11 та хронічний алергічний дерматит – 6 осіб. На тлі базової терапії 21 хворого (основна група) для корекції синдрому сухої шкіри застосовували зволожуючий засіб «Фізіогель інтенсив крем», який містить

41% ліпідів, що інтенсивно живлять суху шкіру, та масло Каріте, яке сприяє регенерації шкіри. У решти 21 пацієнта (порівняльна група) на тлі базової терапії використовували інший зволожуючий засіб.

Результати дослідження. За даними клінічних спостережень, у 16 (76,2%) з 21 хворого на хронічні алергодерматози з основної групи, яким призначали «Фізіогель інтенсив крем», наприкінці лікування відзначено стан клінічного одужання зі значним зменшенням проявів ксерозу, у 3 (14,3%) хворих стан на шкірі значно покращився, у 2 (9,5%) – покращився; у групі порівняння відповідно: клінічне одужання – у 12 (57,1%) хворих, значне покращання – у 5 (23,8%), покращання – у 4 (19,1%). У пацієнтів основної групи також відзначено подовження тривалості стану клінічної ремісії алергодерматозів у середньому на 4–6 місяців, у осіб порівняльної групи – лише на 2–3 місяці.

Висновок. Застосування на тлі базової терапії алергічних дерматозів зволожуючого засобу «Фізіогель інтенсив крем» призводить до клінічного одужання більшості пацієнтів зі зменшенням у них проявів ксерозу.

Степан Н.А.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЕКЗЕМИ НА БУКОВИНІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дерматовенерології
(науковий керівник - д.мед.н. Денисенко О.І.)

Актуальність теми. Екзема – поширене алергічне захворювання шкіри з мультифакторним патогенезом із тенденцією до тривалого часто рецидивуючого перебігу. За даними клінічних спостережень, екзема на сучасному етапі характеризується збільшенням частки поширених та ускладнених форм, з формуванням у хворих резистентності до засобів базової терапії з тривалою їх недієздатністю, зниженням якості життя й соціальної активності, що і визначає важливу медичну та соціальну значимість даного дерматозу.

Мета роботи – визначити особливості клінічного перебігу екзема на Буковині.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 234 карт стаціонарних хворих на різні клінічні форми екзема (віком від 18 до 82 років), які отримали лікування в Чернівецькому обласному шкірно-венерологічному диспансері у 2011–2012 рр. Всі пацієнти є мешканцями Чернівецької області (Північної Буковини).

Результати дослідження. Серед 234 хворих на екзему, які отримали стаціонарне лікування в Чернівецькому ОШВД впродовж останніх двох років, більшість (148 – 63,2%) – особи чоловічої статі, а 86 (36,8%) – жіночої статі; 136 (58,1%)

пацієнтів – мешканці міст, а 98 (41,9%) – сільських населених пунктів Буковини. У 52 (22,2%) хворих діагностовано істинну екзему, в 176 (75,2%) – мікробну (з них у 56 осіб – 31,8% – варикозну), у 6 (2,6%) – себорейну форму дерматозу. У 173 (73,9%) осіб процес на шкірі мав обмежений характер, проте з локалізацією дерматозу на нижніх кінцівках у 89 (38,0%) і на верхніх – у 70 (29,9%) осіб, що порушувало дієздатність цих хворих; у 61 (26,1%) пацієнта дерматоз мав поширений характер. У 202 (86,3%) осіб захворювання шкіри має хронічний перебіг (від 1 до 32 років), у 32 (13,7%) – діагностовано вперше. У 71 (30,3%) хворого виявлено ускладнення екзема вторинною піодермією, поширеними алергідами, проявами васкуліту тощо.

Висновок. Серед мешканців Буковини екзема частіше виникає у осіб чоловічої статі та жителів міст, серед клінічних форм переважають мікробні форми екзема з локалізацією процесу на верхніх і нижніх кінцівках з тривалим хронічним перебігом дерматозу, у кожного третього хворого розвиваються ускладнення екзема, що слід враховувати при плануванні діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.



Дитяча хірургія

Алілуйко М.М., Баль О.Ю.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ КАТЕТЕРИЗУВАННЯ A.TESTICULARIS

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

Кафедра дитячої хірургії
(науковий керівник - к.мед.н. Якименко О.Г.)

Актуальність. Проблема гострої хірургічної патології калитки у дітей, зокрема пере-крути та травми яєчка, являється однією з найактуальніших в дитячій хірургії і складає до 20% від всієї ургентної патології в дитячому віці. Загальноприйнятним є оперативне лікування даної патології, яке в подальшому доповнюється медикаментозним. Проте ефективність консервативної терапії залежить від ступеню гемодинамічних порушень в органах мошонки. Тому вирішенням цієї проблеми міг би бути метод постачання лікарських засобів безпосередньо до тканин яєчка та його придатку. Найефективніший шлях підведення ліків до враженого органу – це введення їх у живлячу артерію. Мета. Розробити експериментальну модель катетеризації a.testicularis з ціллю введення в неї медикаментозних засобів.

Матеріали та методи. З дозволу локального Комітету з біоетики, в експерименті було задіяно 5 безпородних собак чоловічої статі віком від 1 до 2 років, з масою тіла 7–9 кг. Першим етапом втручання було розкриття пахвинного каналу з мобілізацією на гумові турнікети сім'яного каналу. Потім тупо виділялась та мобілізувалась

a. testicularis і проводилась її катетеризація. Для катетеризації застосовували одноразовий катетер для внутрішньо-судинних інфузій VENFLON №26, який для мобілізації в судині фіксували двома лігатурами. Для перевірки прохідності катетера в його просвіт вводили 0,02 мл 0,9% розчину NaCl з тугіною. Рану пошарово зашивали, а канюлю катетера виводили та фіксували на шкірі. Тривалість катетеризації 5 діб.

Результати. Налаштований внутрішньо-артеріальний катетер двічі на добу промивали 0,02 мл 0,9% розчину NaCl з тугіною, що забезпечувало його прохідність, відсутність формування згустків та тромбів в його просвіті та між стінками судини. Знаходження катетера в яєчкової артерії протягом 5 діб, не виявило клінічних ознак порушень локальної гемодинаміки у вигляді набряку чи зміни консистенції яєчка на стороні введення. Висновок. Запропонована модель катетеризації яєчкової артерії може бути налаштована під час проведення оперативних втручань по усуненню причин синдрому гострої калитки і використана для введення лікарських засобів в артеріальне русло безпосередньо до ушкодженого яєчка.

Андрейко М.Р., Мудрик Н.Я.

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АНОМАЛІЙ ФІКСАЦІЇ ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - Ватаманеску Л.І.)

Актуальність. Хронічний запор – стійке або інтермітуюче зменшення вікового ритму акту дефекації, що продовжується більше 6 місяців, частота зустрічаємості цієї патології у дітей 10–25 %.

Мета роботи. Покращити методи оперативного лікування хронічних запорів при доліхосигмі у дітей.

Матеріал і методи дослідження. За період з 2003 по 2012 роки на базі клініки дитячої хірургії (МДКЛ, м. Чернівці) з хронічними запорами обстежено 344 дітей, віком від 6 місяців до 17 років.

З доліхосигмою було 180 дітей (дівчаток – 43, хлопчиків – 137). Оперовано 29 дітей (16,11 %) від 6 до 17 років. В 14 пацієнтів, оперованих з приводу хронічного колостазу, доліхосигми рентгенологічно було виявлено високе положення лівого вигину ободової кишки.

Результати та їх обговорення. При оцінці рентгенологічних досліджень та клінічної симптоматики виділяли дві групи хворих: 1 – ізольована доліхосигма (15 дітей); 2 – доліхосигма у поєднанні з високим положенням лівого вигину ободової кишки (ВПЛВОК) (14 дітей). Провідною клінічною ознакою в обох групах дітей були запори, які тривали від 3 до 9 діб. У випадку ізольованої доліхосигми

біль в животі спостерігався в 40 % пацієнтів, а в поєднанні з ВПЛВОК у 64,28 % дітей. В 46,67 % при ізольованій доліхосигмі та 28,57 % у випадку доліхосигми в поєднанні з ВПЛВОК відмічали каломазання.

Діти були розділені на дві групи: 1–резекція сигмовидної ободової кишки при доліхосигмі традиційним способом; 2–проведення резекції сигмовидної ободової кишки з формуванням верхньої сигмовидної зв'язки за власною методикою.

Після проведення резекції традиційним способом періодичні запори після операції спостерігалися в 18,75 %, біль у животі в 37,5 %, каломазання в 60 %. При доповненні операції формуванням верхньої сигмовидної зв'язки запорів не було; біль у животі зберігався в 14,29 %, каломазання в 16,67 %, порівняно з доопераційними клінічними проявами.

Висновки. У 48,28 % дітей, оперованих з приводу доліхосигми спостерігалось високе положення лівого вигину ободової кишки, що потребувало додаткового розсічення лівої діафрагмально-ободової зв'язки. Резекція сигмоподібної ободової кишки з формуванням верхньої сигмовидної зв'язки може бути способом вибору хірургічного лікування хронічних запорів при доліхосигмі у дітей.



Бегларян С.А., Дрімак С.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНОВАНОГО ФІЗІОЛОГІЧНОГО РОЗЧИНУ NaCl 0,9% ПРИ ПЕРИТОНІТАХ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник - Унгурян А.М.)

Актуальними в наш час залишаються питання лікування апендикулярного перитоніту у дитячому віці. За даними літератури рівень ускладнень при перитоніті складає 12–19%.

Мета. Вивчити вплив озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% на мікрофлору черевної порожнини та стан системи гемостазу при перитонітах.

Матеріал і методи. Всього обстежено 91 дитина, які оперовані з приводу різних форм перитоніту апендикулярного генезу. Серед них 44 – місцевий перитоніт, 25 – дифузний перитоніт, 22 – розлитий перитоніт. 30 хворих становили групу порівняння (лікування традиційними методами), 61 – основну групу, яким проводилось традиційне лікування в поєднанні із застосуванням озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9%.

Результати дослідження. В результаті використання методу санації протягом 3–5 хв. настає стерилізуючий ефект при контамінації очеревинної порожнини *S.pyogenus* і *S.albicans*. Суттєво знижується популяційний рівень ентеробактера на 23,7% , стафілокока на 34,6% , вульгарного протей на 50% та псевдомонад на 60%. Показники фібринолітичної системи крові після перенесених гнійно-запальних захворювань органів черевної порожнини в післяопераційному періоді різко знижуються, порушується фібринолітичний потенціал в бік

гіперкоагуляції.

Застосування озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% для промивання черевної порожнини та внутрішньовенного введення покращило результати коагуляційного потенціалу та фібринолітичної ланки гемостазу: зниження концентрації фібриногену, зниження активності XIII фактору та зниження активності антитромбіну III.

Використання озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% для промивання черевної порожнини при перитоніті призводить до стрімкого підвищення фібринолітичного та колагенолітичного потенціалу крові, що є критеріями підвищення внутрішньо-черевної фібринолітичної та колагенолітичної активності. Висновки. У дітей, що перенесли операції з приводу перитоніту відмічається зниження коагуляційної та фібринолітичної ланки гемостазу за рахунок гіперкоагуляції, що спричинює високий ризик утворення інтраабдомінальних зросень.

Комбіноване застосування озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% в інтра- та післяопераційному періоді корегує показники фібринолітичної та колагенолітичної ланки системи гемостазу, що призводить до покращення післяопераційного періоду та може бути використане з лікувальною та профілактичною метою.

Бурак І.А., Горбаченко Л.А.

СТРУКТУРА ПРООПЕРОВАНИХ УРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ В ДИТЯЧІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник - к.мед.н. Сокольник С.О.)

В останні роки відмічається зростання уроджених вад розвитку (УВР), особливо важких не сумісних з життям. Частота УВР складає 0,1–1,9 на 1000 новонароджених.

УВР в дітей становлять найбільш складну складову в структурі дитячої захворюваності, інвалідності і причин смертності. Тяжкі вади розвитку, а також вади із летальністю виходять на перше місце серед причин малюкової смертності в розвинених країнах, обмежують можливість лікування і реабілітації хворої дитини, що зумовлює великі витрати суспільства на надання медичної допомоги.

Мета роботи. Провести порівняльний аналіз структури прооперованих вад розвитку серед дітей, які народилися в Чернівецькій області.

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 218 дітей, які народилися з УВР та знаходилися на лікуванні в хірургічному відділенні МДКЛ м. Чернівці протягом 2008–2012 рр. За цей період з них прооперовано 177 дітей. Встановлено, що кількість дітей з УВР щороку невинно зростає (48 у 2012 р. проти 41 у 2008 р.). У структурі УВР провідне місце займають вади

розвитку травного тракту – 61 дитина. Серед них найбільша кількість припадає на аномалії тонкого кишечника – 18 випадків, також звертає увагу зростання кількості дітей з атрезією стравоходу (5 дітей у 2012 р. проти 1 у 2008 р.). Дещо зросла кількість дітей з вадами черевної стінки – протягом останніх п'яти років прооперовано 20 дітей. Діти з вадами ЦНС склали 11 випадків. Особливої уваги заслуговують діти з некротичним ентероколітом новонароджених, які поступають у хірургічне відділення на пізніх стадіях. Їх кількість значно зросла та сягнула 13. Кількість дітей із гнійно-септичними захворюваннями в останні роки знизилася (8 у 2012 р. проти 14 у 2008).

Таким чином, зростання кількості дітей із УВР призвело до зростання оперативної активності серед новонароджених дітей. Це ставить перед суспільством необхідність створення в структурі центру дитячої хірургії відділення неонатальної хірургії із наданням висококваліфікованої стаціонарної лікувально-діагностичної допомоги новонародженим та їх матерям.

Вакар Т.В., Семенюк М.В.

СПОСІБ ЕТАПНОЇ КОРЕКЦІЇ КРИПТОРХІЗМУ З ВИКОРИСТАННЯМ СИЛІКОНОВИХ ІМПЛАНТІВВінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Вінниця, Україна
Кафедра дитячої хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Погорілий В.В.)

Актуальність. Крипторхізм зустрічається в 1 випадку на 100 хлопчиків. Різноманітність способів оперативних втручань, пов'язаних з подовженням елементів сім'яного канатика, удосконалення методів орхіофіксації, не зменшує кількості незадовільних результатів які складають 8–10% від оперованих хворих.

Мета роботи. Розробка етапного способу хірургічного лікування крипторхізму у дітей з застосуванням силіконових імплантів.

Матеріали і методи. На основі позитивних результатів експериментальних та гістологічних досліджень по вживленню силіконового імпланту в м'які тканини самцям-щуром, був розроблений спосіб етапного хірургічного втручання крипторхізму. Перший етап втручання включав вживлення яєчкового імпланту в крипторховану мошонку. Використовували пахвинний доступ. Післяопераційний період вівся за звичайною схемою, без призначення антибіотиків. Шви знімали на 7 добу, хворий виписувався до дому, з призначенням контрольного огляду через місяць. Виходячи з експериментальних даних,

оптимальним строком для проведення другого етапу оперативного втручання є період від 2 до 3 місяців з моменту імплантації. За цей період утворюється повноцінна сполучнотканинна капсула навколо імпланту. Під час другого етапу оперативного втручання використовувався той ж доступ, видалявся імплант, яєчко низводилось та фіксувалось у створене сполучнотканинне ложе. Перший етап оперативного втручання виконано у 32 хворих. Другий етап – 19 хворим. 13-ти хворим планується виконання другого етапу. Висновок. Вживлення силіконового імпланту сприяє збільшенню об'єму крипторхованої мошонки та формуванню додаткової сполучнотканинної оболонки, яка сприяє більш надійній фіксації яєчка під час орхіопексії без порушень локальної гемодинаміки шарів мошонки. Запропонований спосіб оперативного втручання з приводу крипторхізму є перспективним у пацієнтів з гіпоплазією шарів мошонки оскільки дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді рецидивів захворювання.

Дегтярук О.В., Овчарук Т.В.

SPINA BIFIDA У КОНТЕКСТІ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ТОВСТОКИШКОВОГО ТРАНЗИТУ У ДІТЕЙВінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Вінниця, Україна
Кафедра дитячої хірургії
(науковий керівник - к.мед.н. Коноплицький В.С.)

Актуальність. У дітей зі spina bifida мають місце порушення з боку тазових органів, які проявляються порушенням евакуаторної функції товстої кишки у вигляді хронічних закрепів або енкопрезів. На сьогоднішній день відсутні ефективні методи корекції цієї важкої вродженої вади розвитку хребта, що висуває дану проблему до актуальних питань сучасної дитячої хірургії.

Мета. Визначення та запровадження в практику ефективного методу лікування порушень товстокишкового транзиту у дітей зі spina bifida.

Матеріали та методи. Під нашим наглядом в клініці дитячої хірургії у період з 2007 по 2012 рр. перебувало 14 дітей з діагнозом «Spina bifida, хронічні закрепи». Серед них 8 хлопчиків, 6 дівчаток у віці від 2 до 16 років. Період від початку проявів закрепів до звернення за медичною допомогою складав 1–5 років. Всі діти обстежувались комплексно з застосуванням за-

гально клінічних та лабораторних методів, серед яких важливим було проведення ірігографії з чітким виведенням зображення поперекової ділянки хребта. Індивідуальна комплексна терапія, що мала метою запобігання операції, включала ЛФК, масаж, діету – стіл №3, медикаментозну корекцію порушень обміну та еубіозу кишечника, електрофорез з прозеринном на ділянку проекції S1–S4 №10. Термін лікування становив не менше 1 року з періодичністю курсів кожних 4 місяці. У всіх дітей відмічався позитивний результат консервативної терапії у вигляді відсутності закрепів та каломазаня в між курсами лікування.

Висновки. Комплексне лікування дітей зі spina bifida та хронічними закрепами є високоефективним за умов дотримання термінів та календаря курсів терапії, дозволяє запобігти оперативному втручанням.



Дэнилэ А.И.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЛЕГОЧНЫХ СОСУДОВ

Университет медицины и фармаций им. Н. Тестемицану, Кишинёв, Молдова

Кафедра детской хирургии

(научный руководитель - д.мед.н. Гудумак Е.М.)

Введение. В последние десятилетия усовершенствованы и внедрены новые технологии в диагностике и лечении врожденных пороков бронхо-лёгочной системы у детей. Структурно-функциональные повреждения клеток бронхо-лёгочной системы служат основой для развития воспалительного процесса. В связи с этим поиск новых информативных средств ранней диагностики самого врождённого порока, для уменьшения воспалительного процесса и восстановления легких является актуальным. Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечение детей с врожденными пороками развития бронхо-лёгочной системы и в частности лёгочных сосудов. Материал и методы. Анализированы результаты диагностики и лечения 2276 историй болезни, детей до 18 лет с хронической бронхо-лёгочной патологией за 2002–2012 г. В 542 случаев или у 151 детей в последствии было диагностировано пороки развития легкого. Выявлены следующие пороки развития легких: у 65 детей гипоплазия легкого, у 28 поликистоз легкого, у 24 врожденная эмфизема, у 23 бронхектатическая болезнь,

у 15 другие пороки развития легкого (агенезия, доля непарной вены и др.). В качестве диагностики оценивали анамнестические данные, жалобы пациента, сведения пациента у родственников, параметры физического развития, результаты клинических и биохимических анализов, УЗИ, КТ и др., а также микрофлора зева, мокроты, бронхиального секрета. Выявлены сочетанные аномалии сосудов легкого: у 4 больных агенезия легочной артерий, у 14 – гипоплазия легочной артерий, у 9 гипоплазия легочных вен, у 6 случаев агенезия легочных вен и у одного больного – артерио-венозный шунт. У 18 пациентов легкое имело дополнительно системное кровоснабжение от аорты, у 24 детей пороки легочных сосудов были комбинированы между ними. Результаты наших исследований показывают, что комплексные диагностические методы с включением КТ, ЯМР, аортография помогают определить наличие и характер порока развития сосудов, форма заболевания, характер осложненной и правильного выбора хирургического метода лечения.

Джума К.А.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІМУННОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ПІСЛЯ РІЗНИХ ТИПІВ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТУВАННЯ

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

Кафедра дитячої хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Притула В.П.)

Мета. Встановити характер і ступінь порушень з боку імунної системи після різних типів портокавального шунтування у дітей хворих на ДПГ і визначити найбільш сприятливий тип з імунологічної точки зору.

Матеріали і методи. У дослідження включено 17 хворих з допечінковою формою портальної гіпертензії віком 3–16 років. Імунологічний статус вивчали до оперативного лікування та через 6 місяців після портосистемного шунтування. Всі діти були поділені на дві групи: I група – діти після мезокавального шунтування (n=8), II група – діти після спленоренального шунтування (n=9). Імунологічні показники оцінювали у порівнянні із загальноприйнятими віковими стандартами. Для оцінки стану імунної системи досліджували лейкоцитарну формулу, субпопуляційний склад імунокомпетентних клітин периферійної крові, імуноглобуліни (Ig) та циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), функціональну активність імунокомпетентних клітин та факторів неспецифічного захисту.

Результати. Аналіз кількості лімфоцитів до операцій показав, що у переважній більшості пацієнтів 12 (67%) мала місце лімфопенія (відносна та абсолютна) на тлі гіперспленізму та знижена абсолютна ($1,18 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$) та відсоткова кількість Т-клітин ($49,7 \pm 4,7\%$) у

порівняно із стандартними віковими показниками. Після обох типів операцій абсолютний рівень Т-лімфоцитів збільшується до $1,7 \pm 0,8 \times 10^9/\text{л}$ після мезентерикокавального шунтування та $1,5 \pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$ після спленоренального шунтування, лімфопенія зберігається, але видно і підвищення кількості Т-лімфоцитів. До операції рівень CD16+клітини був вірогідно підвищений $22,58 \pm 3,34\%$ порівняно із здоровими дітьми ($12 \pm 2\%$). Можливо активація цитокінів (ІЛ-2 та ІЛ-12) внаслідок антигенемії із кишківника активувала продукцію цих клітин. Проведені імунологічні обстеження в динаміці після двох типів операцій показали наступні позитивні зміни: підвищення абсолютного та відносного числа Т-лімфоцитів, нормальний рівень імунорегуляторного індексу (співвідношення CD4+ до CD8+ лімфоцитів) та фагоцитозу. Це свідчить про зменшення лабораторних ознак вторинного клітинного імунодефіциту. Зберігається дисімуноглобулінемія із підвищеним рівнем Ig M та Ig A та підвищена активність НСТ-тесту. Рівень лімфоцитів не досягає рівня здорових дітей. Висновки. Статистично достовірно, імунологічні показники хворих після сплено(супра)реального шунтування покращилися у порівнянні із показниками у хворих після мезентерикокавального шунтування.

Дідух І.М.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ПЕРФОРАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК У ПІДЛІТКІВ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна

Кафедра дитячої хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Переяслов А.А.)

Перфоративні виразки гастродуоденальної ділянки одне з найпоширеніших захворювань (близько 15%) органів черевної порожнини у дорослих, тоді як у підлітків перфорації зустрічаються рідше (0,5–1%). У МДКЛ м. Львова протягом 2002–2012 рр. прооперовано 7 підлітків (хлопців), хворих на перфоративні гастродуоденальні виразки, віком 13–17 років. Всі вони поступали в ургентному порядку через 2–5 год. від моменту захворювання, при направленні в яких звучав попередній діагноз «Гострий живіт». Виразковий анамнез був в 1 пацієнта (хворів протягом року), у 1 спадковий анамнез (батько хворів на виразку 12-палої кишки). При збиранні анамнезу захворювання всі хворі скаржились на різкі болі в животі, які виникли раптово, більше в епігастральній ділянці, що змушувало займати вимушене положення «напівсидячи». При об'єктивному обстеженні у 2 хворих був різко виражений так званий «дошкоподібний живіт», в інших були позитивні симптоми подразнення очеревини, і локальна болючість в епігастральній ділянці. З діагностичною метою всім хворим було проведено оглядову рентгенографію у вертикаль-

ному положенні, при якій тільки в 2 (28%) було рентгенологічно знайдено вільний газ в черевній порожнині, у решти виключені зміни які б свідчили на користь перфорації. Двом було проведено УЗД ОЧП під час якого також змін про ознаки перфорації виключено. Одному проводилась діагностична лапароскопія, при якій виявлено ознаки перфорації (мутний випіт в черевній порожнині і знайдено перфоративний отвір по передній стінці 12-палої кишки). Було також проведено ФГДС одному хворому, яка вказала на непрямі ознаки перфорації. Звертає також той факт що у 5 хворих A(II) група крові резус позитивна. Всі хворі поступали в ургентному порядку, клінічно важкому стані за рахунок больового синдрому, що було показом до оперативного втручання. Всім хворим проведено верхньо-серединну лапаротомію при якій у 2 було виявлено перфорацію 12-палої кишки, у 5-ти пілоричного відділу шлунка, які були від 0,5–1,5 см. Таким чином, діагноз перфоративної виразки у дітей повинен ґрунтуватися на даних клінічного обстеження з урахуванням можливостей додаткових інструментальних методів обстеження.

Іринчина К.А.

ЛІКУВАННЯ СТОВБУРОВОЇ ФОРМИ ГІПОСПАДІЇ ЗА МЕТОДОМ SNOGRASS З ВИКОРИСТАННЯМ ПОВЕРХНЕВОЇ ФАСЦІЇ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - д.мед.н. Боднар О.Б.)

Актуальність. Оперативне лікування гіпоспадії залишається актуальною проблемою пластичної урології. Складність корекції даної вади та збільшення потреб в оцінці функційних і косметичних результатів потребують пошуку нових методів одномоментних операцій.

Мета дослідження. Оцінити ефективність корекції стовбурової гіпоспадії за методом Snodgrass з використанням поверхневої фасції статевого члена порівняно із способами Mathieu та Duplay.

Матеріал і методи. Оперовано 95 дітей. Операції проводили за допомогою мікрохірургічного інструментарію та оптичного збільшення. Використали уретеропластики за методиками: Mathieu – 17, Duplay – 43 та Snodgrass у власній модифікації – 35 пацієнтам. Результати досліджень. Найбільш часто, ускладненнями після операцій корекції стовбурової гіпоспадії у дітей були: виражений набряк та гематоми (при операції за Mathieu – 5,88 %, за Duplay – 6,98 %, за Snodgrass у власній модифікації – 2,86 %); некроз шкіряних клаптів та розходження післяопераційної рани (при операції за Mathieu – 11,76 %, за Duplay – 9,30

%, за Snodgrass у власній модифікації – 2,86 %); ротаційне викривлення penis (при операції за Mathieu – 5,88 %, за Duplay – 6,98 %, за Snodgrass у власній модифікації – не було); стеноз дистального відділу сформованої уретри (при операції за Mathieu – 11,76 %, за Duplay – 6,98 %, за Snodgrass у власній модифікації – не було) та нориці (при операції за Mathieu – 23,53 %, за Duplay – 20,93 %, за Snodgrass у власній модифікації – 5,71 %). Таким чином, зміна тактики в обранні способу оперативного втручання дозволила нам знизити кількість післяопераційних ускладнень при лікуванні стовбурових форм гіпоспадії у дітей. Висновки. Основними причинами розвитку післяопераційних ускладнень корекції гіпоспадії є дефіцит шкіряних ресурсів, натяг та гіпоксія тканин, неадекватність обраного способу уретеро- та фалопластики. Операція Snodgrass з використанням клаптя поверхневої фасції статевого члена у дітей може бути рекомендована для більш широкого використання в дитячих урологічних відділеннях при лікуванні стовбурових форм гіпоспадії.



Клименко Д.О., Новак Т.С.

ВИКОРИСТАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ТРЕНАЖЕРУ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ КАФЕДРИ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМ. М.І.ПИРОГОВА

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

Кафедра дитячої хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Якименко О.Г.)

Актуальність. В Україні за останній час розвиток ендохірургічних методик отримав великий поштовх, однак, за обмеженістю навчання рівень знань і навиків з лапароскопії у студентів не високий. Для вирішення цієї проблеми необхідно було розробити тренажер (разом з тренувальною програмою для нього), який би був не складним у виготовленні та застосуванні, але дозволив би максимально наближено відтворити елементарні основи лапароскопічної техніки

Мета. Виготовлення лапароскопічного тренажеру та розробка тренувальних методик для нього з подальшим використанням у навчальному процесі.

Матеріали та методи дослідження. Таким вирішенням проблеми став лапароскопічний тренажер, розроблений на нашій кафедрі. Тренажер складається з дерев'яного корпусу, у вигляді прямого паралелепіпеда розмірами 60×32×43см. Верхня частина має отвори, які виконують імітацію точок доступів в черевну порожнину. Внутрішня частина конструкції обладнана чотирма світлоточками, які рухаються і мають різний кут нахилу, що попереджує виникнення тіні і забезпечити адекватне освітлення. Відеоогляд здійснюється web-камерою, яка має кут огляду 54°, сприймає 30 кадрів за сек. і виводить інформацію на монітор в режимі реального часу.

Результати. Створений тренажер відповідає всім вимогам що до виконання основних ендохірургічних маніпуляцій. Розроблена тренувальна програма містить завдання різного рівню складності. Перше завдання – орієнтування в лапароскопії. Принцип: навчитися навикам орієнтування. Друге завдання – перекладання кілець. Після виконання простих завдань можна перейти до складних. Формування інтракорпоральних вузлів: за допомогою двох затискачів нитка проводиться під структурою і над структурою формується інструментальний обвивний вузол. Імітація прошивання судинного комплексу: інтракорпоральне прошивання атравматичною голкою відповідно забарвлених ділянок паролону, з формуванням інтракорпорального шва і т.д.

Висновок. Тренувальна ефективність даного тренажера не поступається аналогічним дорогим симуляторам так як: розроблений тренажер дозволяє ознайомитись з ендохірургією, первинно оволодіти навичками маніпулятивної хірургічної техніки з перспективою подальшого розвитку навиків (тренувальна програма «від простого до складного») паралельно будучи дешевим у виготовленні та легкодоступним для всіх. Все це відповідає вимогам сучасного навчального процесу і допомагає студенту оволодіти основами лапароскопічно

Красюк М.І., Сидорук Б.Б.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН КАЛИТКИ ПРИ КРИПТОРХІЗМІ

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

Кафедра дитячої хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Погорілий В.В.)

Актуальність. Крипторхізм належить до патології, яка часто зустрічається. Не зважаючи на різноманітність способів оперативних втручань, пов'язаних з удосконаленням способів орхіофіксації, кількість незадовільних результатів, а саме зворотної міграції яєчка, за останні роки не змінилась і сягає близько 8 - 10% від оперованих хворих.

Мета роботи. Вивчити морфологічні особливості здорової та гіпоплазованої калитки, яка формується при крипторхізмі.

Матеріали і методи. В першу групу обстежуваних були включені хлопчики від 1 місяця до 3-х років, смерть яких настала від соматичної патології, калитка у яких була добре сформована і яєчка знаходились в її порожнині. Було проведено обстеження та забір матеріалу у 7 трупів. Для вивчення будови мошонки при крипторхізмі у пацієнтів другої дослідної групи, під час оперативних втручань, що виконувались за загально прийнятою методикою, проводилась біопсія шарів калитки для гістологічного дослідження. Всього було виконано 19 біопсій.

Результати. При гістологічному дослідженні було виявлено цілий ряд відмінностей у будові шарів мошонки. Виявлено витончення дерми

у порівнянні з нормально сформованою, товщина зменшилась у $1,8 \pm 0,005$ рази і склала $410,29 \pm 9,16$ мкм. При цьому має місце ущільнення колагенових волокон до $37,76 \pm 0,15\%$, а еластичних до $11,72 \pm 0,1\%$ в сітчастому та сосочковому шарах. Зазнають змін і колагенові волокна м'якшої оболонки, утворюючи широкопетльову сітку анастомозів, в той час, як за умов норми мають форму пучків. В усіх біоптатах калитки дітей з крипторхізмом визначається наявність жирової тканини в м'якшій оболонці та дермі із значним переважанням останньої над тканиною м'якшої оболонки, що не має місця в нормально сформованій калитці.

Висновок. В результаті проведеного дослідження, нами було визначено, що крипторхізм супроводжується вродженими вадами розвитку калитки. Їх виразність залежить від форми захворювання. У дітей до року з пахвинним крипторхізмом ці вади носять характер дисплазії дерми, натомість у дітей старшого віку, диспластичні процеси поширюються на м'якшу оболонку, мають морфологічні ознаки дистрофічних змін тканин, що супроводжується заміщенням м'якшої оболонки жировою тканиною.

Ларін О.О., Деркач Є.В.

МОДЕЛЬ ХИБНОЇ ДІАФРАГМАЛЬНОЇ КИЛИ

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

Кафедра дитячої хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Якименко О.Г.)

Актуальність. Не зважаючи на значні досягнення дитячої хірургії, проблема діагностики та лікування дітей з вродженими діафрагмальними грижами залишається актуальною. Це одна з найважливіших за клінічним перебігом та глибиною морфологічних змін вада розвитку, при якій летальність складає 18–33,4% (В.З. Москаленко, Г.А. Сапов, С.В. Сапов и др., 2001г.). Основними причинами смертності при даній патології є гіпоплазія легень, легенева гіпертензія, які призводять до шунтування крові «справа на ліво» з наростанням фатальної гіпоксії. Розірвати це замкнуте коло можливо лише шляхом хірургічної корекції. Проте, до сьогодні немає одностайної думки щодо способу хірургічної корекції даної патології. Тому, для розробки нових способів хірургічного лікування необхідним є створення адекватної моделі хибної діафрагмальної грижі. Мета. Створити експериментальну модель хибної діафрагмальної кили.

Матеріали та методи. В експерименті було задіяно 11 безпородних собак віком 2–3 тижні, на що отримано дозвіл комітету з біоетики. Перед створенням моделі тваринам проводили рентгенографія грудної та черевної порожнини в двох проекціях. Під комбінованим знеболенням проводили інтубацію трахеї. Дихання підтримували за допомогою ручного дихально-

го апарата типу мішка Амбу. Враховуючи дані попередньо вивчених анатомічних особливостей будови грудної клітки та діафрагми у цуценят проводили лівобічну підреберну лапаротомію. По розкритті черевної порожнини виконували блокаду гілок п. рhrenicus, в ділянці лівого куполу діафрагми шляхом висічення формували дефект трикутної форми, з широкою пристінково-реберною основою, через який в плевральну порожнину вводили петлі тонкої кишки і фіксували серозно-м'язовими швами на рівні грижових воріт. Плевральну порожнину дрениували за Бюлау. Операційну рану зашивали, тварину дезінтубували.

Результати дослідження. Вже на першу добу після експерименту результати об'єктивного огляду вказували на розвиток синдрому внутрішньогрудної напруги: часте поверхневе дихання, тахікардію, асиметрію, деформацію та відставання в акті дихання грудної клітки на стороні змодельованої грижі. Перкуторно в лівих нижніх відділах відмічався тимпаніт, аускультативно різко ослаблене дихання, поодинокі перистальтичні хвилі. Через 2 години після оперативного втручання всім тваринам проводили контрольну оглядову рентгенографію в двох проекціях на якій визначались зони кільцевидного просвітлення.

Леончікова Л.Я., Лащук Ю.М.

ОБГРУНТУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ІЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ЗАМИКАЛЬНОГО АПАРАТА У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - д.мед.н. Боднар О.Б.)

Актуальність. Хвороби ілеоцекального відділу кишечника (ІВК) часто проходять під маскуванням простого апендициту, хоча однією з причин абдомінального синдрому у дітей є цекоілеальний рефлюкс, зумовлений первинною недостатністю ілеоцекального замикального апарату (ПНЦЗА). В такому разі після апендектомії зберігаються скарги та виявлені раніше клінічні зміни.

Мета дослідження. Розробити оптимальні підходи до лікування ПНЦЗА у дітей.

Матеріал та методи. Проведені хірургічні втручання 54 дітям з ПНЦЗА.

ПНЦЗА у дітей основної групи була корегована шляхом проведення закритої баугінеопластики з формуванням ілеоцекуса за власною методикою (32 дітей). Вона полягала в тому, що виконували накладання серозно-м'язових швів між білябрижжовою ділянкою КК та медіальним відділом сліпої кишки (СК), формуючи штучний ілеоцекус. На передню стінку СК та протибрижжовий край КК накладали серозно-м'язові шви з підхватом власне ілеоцекального переходу. В дитячій групі порівняння проводили операцію Вітебського Я.Д. (22 дітей). Підтвердження наявності ПНЦЗА проводили

шляхом інтраопераційної манометрії.

Результати дослідження та їх обговорення. При визначенні варіантів впадіння КК в СК при ПНЦЗА було встановлено, що: висхідне впадіння КК в медіальну стінку СК було в 14,81 %, висхідне впадіння КК в задню стінку СК – в 11,11 %, горизонтальне впадіння КК в медіальну стінку СК – в 57,41 %, низхідне впадіння КК в медіальну стінку СК – в 16,67 %. Отже, ПНЦЗА була пов'язана з варіантами впадіння КК в СК. Під час операції з приводу ПНЦЗА виявляли уроджені аномалії ІВК в 44,44 % випадків.

При оцінці якості життя пацієнтів основної та порівняльної груп через 2–5 років після проведення оперативного втручання було встановлено, що після операції закритої баугінеопластики з формуванням ілеоцекуса виникнення рецидиву захворювання в основній групі не було.

В групі порівняння виникнення рецидиву ПНЦЗА, що підтверджено рентгенологічно відбувалося в 27,27 % (6 дітей).

Висновок. Операція закритої баугінеопластики з формуванням ілеоцекуса може бути рекомендованою з метою проведення оперативної корекції ПНЦЗА у дітей.



Молдован Т.Є.

ІНКАРНАЦІЯ НІГТЯ В ДІТЕЙ : ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ТРАДИЦІЙНОЇ ТА КОМБІНОВАНОЇ МАТРИКСЕКТОМІЇБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
(науковий керівник - к.мед.н. Сокольник С.О.)

Останнім часом все частіше в літературі з'являються повідомлення про ефективне використання хімічної матриксектомії при врослому нігті. Метою нашого дослідження було визначення віддалених результатів та порівняння ефективності лікування врослого нігтя в дітей за допомогою традиційних методик та з використанням концентрованого розчину перекису водню. Нами проведено обстеження 63 пацієнтів, яких було поділено на 2 групи. До першої групи ввійшли 28 дітей, яких доковано з використанням кюретажу бічної поверхні матриксу інкарнованої частини нігтя. Другій групі хворих було проведено поєднане лікування із використанням бічного кюретажу матриксу, який доповнювали припіканням концентрованим розчином перекису водню (10%). Післяопераційний біль, дренажування рани та пошкодження тканин оцінювали на 3 добу, через тиждень, 1 місяць та 6 місяців після проведеного оперативного втручання. Повторне вrostання відмічалось

у 2 дітей першої групи (7%). В інших дітей, на початку, післяопераційний біль та ушкодження тканини були відсутніми, ознаки повторного вrostання з'явилися через 2,5 місяці після проведеного оперативного лікування. У дітей другої групи рецидивів не спостерігалось. У 12 дітей (34%) на 3 добу (перше перев'язування) та на протязі 3–5 днів після цього були наявні сукровичні виділення з-під бічного валика де проводився кюретаж. Надалі рани загоювалися первинним натягом та їх заживлення не відрізнялося від дітей першої групи. Віддалене спостереження за цими пацієнтами показало відсутність рецидивів у 100% випадків. Таким чином, застосування концентрованого розчину перекису водню, в поєднанні з механічною матриксектомією при врослому нігті, не лише не ускладнює післяопераційний перебіг, а й зменшує ймовірність розвитку рецидивів, що може ефективно використовуватися в повсякденній практиці хірурга.

Рабчук В.В.

БРАХІОЦЕФАЛЬНИЙ КОМПРЕСІЙНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ. ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯНаціональний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ, Україна
Кафедра дитячої хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Кривченя Д.Ю.)

Стиснення трахеї аномальним плечоголовним стовбуром (ПГС) вважається найчастішим серед судинних компресій трахеї у дітей. Супроводжується такими клінічними проявами, як стридор, обструктивний синдром, дихальні розлади, рецидиви бронхіту та пневмонії. Мета. Вивчення механізмів розвитку респіраторних порушень, оптимізація діагностики та вдосконалення методів хірургічної корекції вади. Матеріали та методи. в клініці обстежено та прооперовано 14 пацієнтів віком від 2 місяців до 13 років з брахіоцефальним компресійним синдромом. Переважали діти раннього віку (12; 85,7%), дітей грудного віку було 9 (64,3%). Більшість пацієнтів було чоловічої статі (11; 78,6%). Дев'ять (64,3%) пацієнтів мали аномальне відгалуження ПГС від дуги аорти, 5 (35,7%) – аномалію розгалуження (трифуркацію) ПГС. Діагностика включала оглядову рентгенографію органів грудної клітки в прямій та боковій проекціях, езофагографію, трахеобронхоскопію, цифрову субтракційну ангіографію, комп'ютерну томографію з контрастним підсиленням, за по-

казаннями – бронхографію.

Для хірургічного лікування компресії трахеї аномальним ПГС застосовували передню аортопексію. В більшості випадків (9; 64,3%) операцію виконували за розробленою в клініці методикою передньої лігаментної аортопексії. У інших випадках застосовували лігатурну аортопексію за адвентицію аорти згідно зі стандартною методикою (1; 7,1%) та за перехідну складку перикарду (4; 28,6%). Операцію закінчували дренажуванням плевральної порожнини та пошаровим зашиванням рани.

Результати. Добрий результат хірургічного лікування отримано в усіх 14 (100%) оперованих пацієнтів.

Аномалії відгалуження та розгалуження ПГС призводять до компресії трахеї, супроводжуються дихальними розладами та тяжкими бронхолегневими ускладненнями. Використання методики лігаментної аортопексії дозволяє запобігти рецидивам обструкції трахеї, а також травмуванню аорти, що забезпечує ефективну контрольовану декомпресію трахеї.

Шавлюк Р.В., Зінов`єв Л.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН КАЛИТКИ ПРИ КРИПТОРХІЗМІПОКАЗНИКИ ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ЗАКРЕПУ

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

Кафедра дитячої хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Коноплицький В.С.)

Актуальність. Останнім часом відзначається тенденція до зростання числа дітей з синдромом хронічного закрепку. Ця проблема має вплив не тільки на травний тракт, але і на весь організм в цілому. Тому, важливим є визначення саме характеру цього впливу і ступеню змін гомеостазу під впливом останнього.

Мета. Вивчення змін системи гомеостазу при синдромі хронічного закрепку в дітей.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 268 дітей з різними порушеннями товстокишкового транзиту, які супроводжувались синдромом хронічного закрепку. Вік дітей складав від 1 до 17 років. Всі діти перебували на стаціонарному лікуванні в клініці дитячої хірургії у період з 2006 по 2011рр. У дослідженні визначалися показники УЗД дистальних відділів товстої кишки у дітей, функції зовнішнього дихання, електроенцефалографії і проводився моніторинг синдрому ендогенної інтоксикації.

Результати дослідження. Порушення товстої кишки при закрепах ніколи не бувають ізольованими і односпрямованими. Цьому сприяє анатомічна

близькість грудної порожнини, іннервація та активна участь у процесах метаболізму. Наявність даних про порушення в системі гомеостазу організму, визначених на основі вищенаведених обстежень дозволяє без шкоди для організму дитини контролювати якість лікування, а також правильно підібрати і коректувати консервативне лікування. На основі отриманих даних дослідження виявлено тенденцію до патологічних змін показників електроенцефалограми, спірограми за рестриктивним типом та зниження даних соматометричних показників на тлі збільшення показників ендогенної інтоксикації і значних зміни при УЗД.

Висновок. Синдром хронічного закрепку у дітей є досить серйозною патологією, що значним чином впливає не тільки на якість життя дитини, але і на систему гомеостазу, що призводить до виникнення порушень як з боку травного тракту, так і з боку інших органів і систем, що в свою чергу потребує комплексної діагностики та оцінки системи гомеостазу.

Яременко О.О.

СТОРОННІ ТІЛА ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра дитячої хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Гриценко Є.М.)

Від потрапляння чужорідних тіл у дихальні шляхи щорічно гине велика кількість як дітей, так і дорослих, що робить цю проблему надзвичайно актуальною. Найбільшому ризику піддаються діти до 3 років. Потрапляти у дихальні шляхи можуть іграшки, частинки твердої їжі, шпильки, голки, цвяхи. Сторонні тіла дихальних шляхів можуть перебувати де завгодно – в носових ходах, гортані, трахеї, бронхах, у плевральній порожнині. За локалізацією найнебезпечніше місце – гортань і трахея. Молодий лікар має володіти системою організаційних заходів, що дозволяє на ранніх етапах виявити аспірацію стороннього тіла в дихальні шляхи та своєчасно ліквідувати розвиток гострих і хронічних бронхолегеневих ускладнень. Проаналізувавши статистичні данні нашого регіону ми отримали наступні результати. В хірургічному та пульмонологічному відділеннях Полтавської міської клінічної лікарні в період з 1997 по 2012 р. знаходилось на лікуванні 398 хворих зі сторонніми тілами дихальних шляхів. У віці до 1-го року було 161 (40,45%) дітей, від 1-го року до 3-х років 119 (29,89%) дітей, з 3-х до 5 років 94 (23,62%) дітей, старше 5 років 24 (6,04%) дітей. Найчастіше у 198 (49,75%) дітей сторонні тіла локалізувались в бронхіальному дереві справа, 116 (29,15%) – зліва, у 48 (12,06%) відмічено двобічна локалізація. Сторонні тіла

гортані і трахеї виявлені у 36 (9,04%) хворих. Неорганічна природа аспірованих тіл виявлена у 64 (16,08%) дітей, органічна природа – у 334 (83,92%). З чіткими вказівками на аспірацію сторонніх тіл дихальних шляхів госпіталізовано 240 (60,3%), останні 158 (39,7%) були направлені до відділення з різними діагнозами: – 59 (37,34%) з трахеобронхітом; – 50 (31,65%) з гострою пневмонією вогнищевої або зливного характеру; – 29 (18,35%) з хронічною пневмонією. – 20 (12,66%) з ателектазом сегмента легені невиявленої етіології. Аналіз випадків пізньої госпіталізації хворих дозволив виявити чотири найбільш типові причини діагностичних помилок, які зустрічались в даному клінічному випадку: • Незнання лікарями загального профілю і педіатрами клінічних симптомів, характерних для аспірації в дихальні шляхи стороннього тіла; • Відсутність цілеспрямоаного збору анамнезу, при якому можна було знайти вказівку на можливість аспірацію; • Відмова від рентгенологічного дослідження в ранні терміни захворювання; • Неправильна інтерпретація клінічних і рентгенологічних даних. Щоб уникнути даних помилок, молодий фахівець, незалежно від роду своєї майбутньої клінічної діяльності мусить володіти знаннями клініки, діагностики і принципами лікування даної дуже небезпечної патології.



Максимчук Н.О., Басиста А.С.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАПОРІВ ПРИ ДОЛІХОСИГМИ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

(науковий керівник - д.мед.н. Боднар О.Б.)

Актуальність. На теперішньому етапі розвитку абдомінальної дитячої хірургії абсолютні показання до хірургічного втручання при доліхосигмі не розроблені. Результати хірургічного лікування хронічного колостазу при доліхосигмі невтішні. Незадовільні наслідки та рецидиви захворювання становлять від 27,3 % до 45,9 %.

Мета роботи – покращити методи оперативного лікування хронічних запорів при доліхосигмі у дітей.

Матеріал та методи дослідження. З доліхосигмою було 180 дітей. Оперовано 29 дітей (16,11 %) від 6 до 17 років. Показаннями до хірургічного лікування були: наявність доліхосигми у дітей після 5 років, прогресування захворювання (збільшення терміну тривалості запорів), відсутність ефекту від консервативної терапії на протязі 1 року.

Результати та їх обговорення. При виконанні оперативних втручань діти були розділені на дві групи: 1 –резекція сигмовидної ободової кишки (СОК) при доліхосигмі традиційним способом (16 дітей); 2 – проведення резекції СОК з формуванням верхньої сигмовидної зв'язки за власною методикою (13 дітей).

Методика оперативного втручання була наступною. Виконували лівобічну трансректаль-

ну лапаротомію. Проводили мобілізацію СОК з розсіченням фіксуєчої її задньо-бокової очеревинної складки. СОК пересікали на рівні дистальної частини, вище мису на 3–4 см, а проксимальну частину кишки реzeкували в на-тягнутому положенні так, щоб її вистачило для анастомозу з уже пересіченою кишкою.

Накладали анастомоз кінець в кінець вузловими інвертованими та серозно-м'язовими швами. Формували верхню сигмовидну зв'язку шляхом підшивання ділянки товстої кишки вище анасто-мозу до парієтальної очеревини вузловими шва-ми.

Після проведення резекції СОК традиційним способом періодичні запори після операції спостерігалися в 18,75 %, біль у животі в 37,5 %, каломазання в 60 %. При доповненні операції формуванням верхньої сигмовидної зв'язки запорів не було; біль у животі зберігався в 14,29 %, каломазання в 16,67 %, порівняно з доопераційними клінічними проявами.

Висновок. Резекція сигмоподібної ободової кишки з формуванням верхньої сигмовидної зв'язки може бути способом вибору хірургічного лікування хронічних запорів при доліхосигмі у дітей.



Ендокринологія



Sarkisov Y.V., Nechipay Z.A.

DIGESTIVE DISORDERS IN DIABETES MELLITUS TYPE 1 AND 2 PATIENTS, DIFFERENTIAL TREATMENT

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of internal medicine, clinical pharmacology and professional diseases

(scientific advisor - Nechipay Z.A.)

Introduction. The investigation include a complex study of main risk factors of diabetic gastropathy (DGP) development – metabolic (hyperlipidemia, hyperglycemia, insulin resistance), endothelium dysfunction, endoscopic features, gastric motor activity.

Research purpose. The research purpose is to estimate endoscopic features and motor function activity of the stomach in patients with DGP, to prove the influence of lipoflavon (550mg of lecithin and 15mg kvercetin), korargin (L-arginine), rebamipid (mucogen).

Methods. 120 patients with DGP, developed on background of type 1 (45 persons) and 2 (55 persons) diabetes mellitus (DM) in the dynamics of the treatment by lipoflavon, korargin and rebamipid were examined. A control group was made by 20 patients with DM type 1 and 2 without symptoms of DGP and 30 practically healthy persons. The investigation includes a complex study of the endoscopic, histological features of DGP, gastric motor activity. The patients of the first group (control) (20 persons) got hypoglycemic medicine and vitamins of B group. Patients of the second

group (basic) (100 persons) got hypoglycemic medicine, lipoflavon and korargin during a month in case of atrophic gastritis DM type 2 or lipoflavon combined with rebamipid and anti-Helicobacter Pylori therapy in case of erosive gastritis DM type 1.

Results. 68% patients of the basic group DM type 1 had superficial gastritis including 33% with erosive gastritis. 59% of patients of basic group DM type 2 had atrophic gastritis. 65% of the patients of basic group DM type 2 had delayed gastric emptying, 87% of basic group DM type 1 had accelerated motor function.

Application of lipoflavon and korargin reduced the features of the atrophy on 78%, improved motor function on 87%. Application of lipoflavon and rebamipid decreased stomach disorders on 81%, reduced the erosive features of gastritis in 93% of patients.

Conclusion. As a result of the differentiated application of lipoflavon, rebamipid and korargin the removal of stomach disorders, strengthening of gastric emptying, decreasing of diabetic microangiopathy was attained.

Yusuf A.

DIFFERENTIAL PECULIARITIES OF BRAIN NEUROIMAGING IN PATIENTS WITH DIABETIC ENCEPHALOPATHY IN DEPENDENCE ON THE TYPE OF BASIC DISEASE

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology

(Scientific adviser - Dr Med Sci Pashkovska N., PhD Olenovych O.)

Being not diabetes-specific, structural brain abnormalities are indicative of detection of diabetic angiopathy and prognostication of developing cerebral blood circulation impairment. Due to the difference in pathogenesis of diabetic encephalopathy (DE) in various types of diabetes mellitus (DM), further additional investigation is necessary concerning diffuse and focal brain abnormalities depending on diabetes type.

Objective of the research was to reveal differential peculiarities of diffuse and focal brain abnormalities in DE patients.

Material and methods. 42 cases of DE were analyzed. 12 healthy individuals served as control group. Examination of macrostructural brain abnormalities were performed using magnetic resonance imager (MRI) and computer tomographic (CT) scanner.

Results. Linear parameters of the brain lateral ventricles were found to undergo the most substantial changes in both type 1 and type 2 diabetic patients with DE. The width of their frontal horns was increased dramatically by 35,9 and 64,1% in type 1 and 2 DM respectively ($P < 0,001$). The most marked extension (by 12,3%, $P < 0,05$) was observed in type 1 diabetes with DE. Significant enlargement of these right-sided parameters was

also demonstrated in DM of both types (by 43,5 and 66,1% respectively, $p < 0,001$). The index of the frontal horns of lateral ventricles in type 1 diabetics with DE was 12,3% higher as compared with that in controls ($p < 0,05$). Its increase in type 2 DM was more considerable than in the group of type 1 diabetics (by 13,8%, $p < 0,05$).

Absolute transversal sizes of the central regions of lateral ventricles increased in case of DM type 1 (by 45,4% on the left and by 48,6% – on the right, $p < 0,001$) as well as in DM type 2 (by 66,7 and 64,4 % respectively, $p < 0,001$). This widening was more significant ($p < 0,05$) in DM type 2 than in type 1. The occipital horns of lateral ventricles in type 1 diabetics with DE were enlarged on the left (by 29,4%, $p < 0,01$) as well as on the right (by 48,4%, $p < 0,01$). In type 2 DM the expansion of these structures was more noticeable (by 48,0 and 46,9% respectively, $p < 0,001$), exceeding the corresponding right-sided index in the group of type 1 diabetics by 15,2% ($p < 0,05$).

Conclusion. Imaging data of focal brain abnormalities in patients with DE depend on the type of basic disease, indicating to different pathogenical mechanisms of this pathological condition, and require differential diagnostic and therapeutic approach.

Абрамова Н.О., Агазаде Ф.Н., Ілюшина А.А., Морозюк Я.В.
ЗАЛЕЖНІСТЬ ТИРЕОЇДНОЇ ФУНКЦІЇ ВІД РІВНЯ ЛЕПТИНЕМІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
 (науковий керівник - д.мед.н. Пашковська Н.В.)

Вступ. Гіперлептинемія, що супроводжує ожиріння, є причиною порушеного метаболізму тиреоїдних гормонів (ТГ). Лептин стимулює вироблення цитокінів із розвитком асептичного запалення. Найголовнішою причиною порушення тиреоїдного гомеостазу є зниження активності дейодинази (D) в периферичних органах під впливом зростання експресії цитокінів, адже відомо, що 80% ТГ утворюються на периферії за допомогою цих ензимів. Саме на тлі зниження активності D1 та зростання D2 та D3, розвивається синдром нетиреоїдної патології (СНТП), який характеризується зниженням утворення трийодтироніну (Т3), зростанням інактивації ТГ та локальною гіперпродукцією Т3 в гіпоталамусі, що призводить до неадекватного синтезу ТТГ у відповідь на зниження Т3 в усьому організмі. Проте досі невивченим залишається питання розвитку СНТП на тлі метаболічного синдрому (МС).

Мета. З'ясувати особливості тиреоїдного гомеостазу у пацієнтів на тлі МС в залежності від рівня лептинемії.

Матеріал і методи. Обстежено 46 хворих на МС. Залежно від рівня лептинемії пацієнтів поділено таким чином: група I – рівень Л менше 10 (28

осіб), група II – рівень Л у межах 10–25 (20 осіб), група III – рівень Л більше 25 (24 особи). Для оцінки тиреоїдного гомеостазу визначалися рівні ТТГ, вільного тироксину (вТ4) та вільного трийодтироніну (вТ3). Периферичну активність тиреоїдних гормонів оцінювали за допомогою сумарного тиреоїдного індексу (СТІ).

Результати. Нами виявлено вірогідне зниження рівня вТ3 у пацієнтів із групи III порівняно із групою I ($p < 0,05$). Водночас концентрація ТТГ у пацієнтів була вірогідно нижчою у хворих із групи III порівняно із групами I та II відповідно ($p < 0,05$). Статистично значиме зниження СТІ виявлено в групі III порівняно із групою I ($p < 0,05$). Висновки. У пацієнтів із метаболічним синдромом відбувається порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів в органах-мішенях, що може бути розцінене як синдром нетиреоїдної патології.

Із зростанням лептинемії відбувається зниження рівня тиреотропного гормону в сироватці крові, тому він не може бути надійним індикатором порушень тиреоїдного гомеостазу у хворих з надлишковою масою тіла.

Бицко Ю.В.

**СТАН ГОРМОНІВ ГІПОФІЗАРНО – ГОНАДНОЇ СИСТЕМИ
 У ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці
 Кафедра соціальної медицини та ООЗ
 (наукові керівники - Ревенко Ж.А., к.мед.н. Грицюк М.І.)

Актуальність. Вивчення демодекозу в осіб молодого віку, як і раніше залишається в центрі уваги дерматологів, що зумовлено його великою соціально-психологічною значимістю захворювання. Поширеність демодекозу в осіб молодого віку становить близько 90% у хлопчиків і близько 80% у дівчат у віці до 21 року.

Мета. Дослідити зміни гормональної регуляції дефінітивного хазяїна, що розвиваються у відповідь на паразитарну інвазію.

Матеріали та методи. Для оцінки функціонального стану гіпофізарно-гонадної системи у хворих демодекозом було проведено одночасне дослідження рівня гонадотропних гормонів гіпофіза (ФСГ, ЛГ, пролактину) і статевих стероїдних гормонів (естрадіолу, тестостерону, прогестерону) в плазмі крові, їх співвідношень і взаємозв'язків в залежності від статі. Базальний рівень гонадотропних гормонів гіпофіза – ЛГ і ФСГ досліджений у 152 (92 чоловіків та 60 жінок) хворих демодекозом в стадії загострення. Для порівняння і контролю обстежено 25 чоловіків і 20 жінок – практично здорових осіб репрезентативних за віком.

Результати дослідження. Вміст ЛГ при різній тривалості захворювання показали, що в перший рік хвороби у чоловіків без РГ рівень ЛГ у два рази перевищував прийнятну норму. У жінок без РГ рівень ЛГ знаходився в межах норми, а з РГ

– більш помітно знижувався. Дослідження вмісту ФСГ показало, що у чоловіків при тривалості інвазії до одного року в обох групах в 1,5 рази перевищував норму. У жінок при тривалості інвазії не більше року рівень ФСГ був майже в два рази нижче норми в обох групах.

Проведене визначення вмісту статевих стероїдних гормонів показало, що у чоловіків з тривалістю демодекозу до одного року середній рівень естрадіолу підвищувався в 1,5–3 рази, а прогестерону більш, ніж в 10 разів. При цьому вміст тестостерону знижувався більш ніж в 4 рази. У жінок з тривалістю демодекозу до 1 року знижувався рівень естрадіолу у хворих без гепатиту і з РГ, підвищувався вміст тестостерону і прогестерону при незначному вмісті гонадотропних гормонів.

Висновки. У результаті проведених нами досліджень встановлено відмінності у вмісті досліджуваних гормонів крові і їх співвідношень, що свідчать про зміну функції гіпофізарно-гонадної системи та порушення характерних для здорової людини гормональних взаємовідносин, які відбуваються по-різному в залежності від статі і стану печінки. У чоловіків відбувається підвищення концентрації естрадіолу і прогестерону і зниження тестостерону на тлі помірного підвищення гонадотропних гормонів.



Білаш Н.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПО СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Сумський медичний коледж, Суми, Україна
Циклова комісія клінічних дисциплін
(науковий керівник - Бабіна С.М.)

Актуальність. Цукровий діабет є однією з важливих медико-соціальних проблем сучасного суспільства, що зумовлюється високою і постійно зростаючою захворюваністю населення, а також розвитком хронічних ускладнень. Все це призводить до зменшення тривалості та погіршення якості життя хворого. Цукровий діабет входить до трійки захворювань, які найчастіше спричиняють інвалідизацію населення та смерть.

Мета. Розкрити стан захворюваності на цукровий діабет в Сумській області за 2011–2012 роки.

Результати дослідження. Під час вивчення даної проблеми нами були опрацьовані статистичні дані захворюваності на цукровий діабет по Сумській області за 2011–2012 рр. У Охтирському районі захворюваність на 100 тисяч населення в 2011 році складала – 170,69 випадки, а в 2012 році – 94,9; Тростянецькому в 2011 р. – 175,21, в 2012 р. – 120,65; Великописарівському 2011р. – 256,31, 2012 р. – 183,50; Ямпільському в 2011р. – 234,81, в 2012 р. – 175,67; Кроле-

вецькому в 2011 р. – 221,70, в 2012 р. – 186,65; Недригайлівському в 2011 р. – 247,00, в 2012 р. – 207,52; Білопільському в 2011 р. – 149,48, в 2012 р. – 135,80; м. Суми в 2011 р. – 273,92, в 2012 р. – 249,13; Шосткінському в 2011 р. – 205,63, в 2012 р. – 245,20; Краснопільському в 2011 р. – 129,67, в 2012 р. – 187,53; Сумському в 2011 р. – 175,84, в 2012 р. – 217,0; Лебединському в 2011 р. – 120,60, в 2012 р. – 148,62. У інших районах ситуація щодо захворюваності на цукровий діабет залишилась майже без змін. Висновки. У результаті проведеного дослідження чітко просліджується зростання захворюваності на цукровий діабет у порівнянні з 2011 роком у наступних районах: Буринський, Краснопільський, Лебединський, Путивльський, Середино-Будський, Сумський, Шосткінський, що свідчить про недостатню ефективність заходів, спрямованих на своєчасне виявлення хворих на цукровий діабет.

Величко А.О., Гресько М.І., Лазарук Т.Ю., Оліник О.Ю., Телекі Я.М.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини
(наукові керівники - д.мед.н. Федів О.І., к.мед.н. Оліник О.Ю.)

Актуальність. Упродовж останніх років захворюваність на ревматоїдний артрит (РА) в Україні складає 22 випадки, а поширеність – 330 на 100 тис. населення. За даними Кисельова А.Г. (2008 р.), розповсюдженість метаболічного синдрому (МС) серед хворих на РА складає 37,2%, що майже відповідає розповсюдженості МС серед хворих на ішемічну хворобу серця – 41% та зустрічається з більшою частотою, ніж в популяції, що за даними різних авторів складає 10–30%.

Метою нашого дослідження стало дослідження деяких ознак МС (на основі критеріїв, рекомендованих Міжнародною федерацією цукрового діабету (IDF), 2005 р.) у хворих на РА.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 30 хворих на РА, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Чернівці. Діагноз РА встановлювали на основі критеріїв АРА, 1987. Контрольна група становила 20 практично здорових осіб (ПЗО). Клінічне обстеження кожного хворого складалося із загальноклінічних та спеціальних ревматологічних досліджень. Для вивчення вуглеводного обміну проводили лабораторне дослідження крові з визначенням показників глюкози крові та інсуліну крові. Рівень інсулінорезистентності (ІР) розрахову-

вали за формулою HOMA-IR. Окружність талії вимірювали за допомогою сантиметрової стрічки на рівні пупка. Статистична обробка отриманих результатів дослідження проводилась на персональному комп'ютері за допомогою програми Statistica 6,0.

Результати. Збільшення обхвату талії (центрального типу ожиріння) у жінок >80 см, у чоловіків >94 см спостерігалось у 40% жінок та у 36,7% чоловіків хворих на РА. В групі контролю – у 25 та 20 % відповідно (p<0,05). ІР спостерігається у 20% хворих на РА, ЦД 2-го типу – у 3,3%, підвищення рівня глюкози крові натще >5,6 ммоль/л – у 23,3% хворих на РА, в групі контролю ІР у 5% та підвищення рівня глюкози крові натще у 10% (p<0,05). Підвищення артеріального тиску (>130/85 мм.рт.ст.) і/або застосування гіпотензивної терапії виявлено у 46,7% хворих на РА та 10% в групі контролю (p<0,05).

Висновки. Ознаки метаболічного синдрому у хворих на ревматоїдний артрит зустрічаються достовірно частіше, ніж серед осіб контрольної групи. Поєднаний перебіг захворювань потребує уваги клініцистів у розробку диференційованого підходу до профілактики метаболічного синдрому серед хворих на ревматоїдний артрит та нових методів лікування поєданого перебігу.

Воронюк К.О., Марчук Ю.Ф., Абрамова Н.О., Морозюк Я.В.
**УЛЬТРАЗВУКОВА ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ
 НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
 (науковий керівник - к.мед.н. Ляшук Р.П.)

Актуальність. Останніми роками у комплексній терапії хворих на цукровий діабет (ЦД) для підвищення ефективності цукрознижувальних препаратів усе більше розповсюдження знаходить ультразвук. Лікувальна дія ультразвуку складається з механічного мікромасажу клітин і тканин, енергетичного впливу ультразвукових хвиль на тканини організму, фізико-хімічної дії. Біологічний його вплив полягає у підвищенні активності адаптивних і захисних механізмів організму. Терапевтичний ефект виражається у протизапальному, спазмолітичному, десенсибілізуючому впливі, стимуляції регенераторних процесів.

Під нашим спостереженням знаходилося 64 хворих на ЦД, з-поміж них 18 – на вперше виявлений ЦД типу 1 і 46 хворих на ЦД типу 1 і типу 2 із різними ускладненнями: дистальна поліангіоневропатія (20 чол.), гепатопатія (16 чол.) та еректильна дисфункція (10 чол.).

Ультразвук терапія проводилася за методиками, апробованими П.М.Ляшуком і співат.: на ділянку проекції підшлункової залози хворих на вперше виявлений ЦД типу 1 (рацпропозиція № 78, 1982 р.); паравертебрально у попере-

ково-крижовому відділі хребта (фонофорез компламіну) при дистальній поліангіоневропатії (рацпропозиція № 16, 1984р.); на ділянку проекції печінки при гепатопатії (рацпропозиція № 17, 1984 р.); паравертебрально у нижньо-грудному і поперековому відділі хребта при еректильній дисфункції (рацпропозиція № 43, 1984 р.).

Результати дослідження. Максимальний лікувальний ефект ультразвукового впливу спостерігався після 9-12 сеансів лікування. Позитивна динаміка комплексного лікування полягала у поліпшенні загального самопочуття пацієнтів, досягненні більш швидкої компенсації вуглеводного обміну, ослабленні больового синдрому в ногах, зменшенні розмірів печінки, покращанні еректильної функції. Відносно кращий ефект спостерігався у хворих з діабетичною гепатопатією.

Висновки. Очевидно, що під впливом ультразвуку гальмується підвищена продукція глюкози цим органом і зростає ефективність дії інсуліну, що може свідчити про можливість зниження інсулінорезистентності у хворих на ЦД.

Жиряда Н.Я., Іринчина К.А., Васильєва Л.Я.
**ОЦІНКА СТАНУ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЗА АДАПТАЦІЇ ДО
 РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ФОТОПЕРІОДУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра фізіології ім. Я.Д. Кіршенבלата
 (науковий керівник - к.мед.н. Ясінська О.В.)

Актуальність. Типовим проявом реагування на зміни режиму освітлення є опосередкована через вплив мелатоніну структурно-функціональна перебудова надниркових залоз як виконавчого органа гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що проявляється змінами біологічних реакцій у тканинах наднирників: фібринолізу, протеолізу, процесів пероксидації ліпідів, білків, антиоксидантного захисту. Однак, доступні нам дані літератури не дають можливості скласти цілісне уявлення про співвідношення ефектів змін тривалості фотоперіоду на показники цих процесів та їх взаємодію у процесі структурно-функціональної перебудови надниркових залоз. Метою даного дослідження є вивчення неспецифічних показників стану надниркових залоз (пероксидного окиснення ліпідів, окиснювальної модифікації білків, активності антиоксидантних ферментів, фібринолізу та протеолізу) за різної тривалості фотоперіоду.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на 26 статевонезрілих білих лабораторних щурах-самцях. Застосовували три режими освітлення: природне освітлення, постійне цілодобове освітлення та стала цілодобова темрява. У тканинах наднирників визначали стан сумарного, ферментативного і неферментативного фібринолізу за лізісом азофібрину, протеолітичної активності за лізісом азоальбуміну, азоказеїну та азоко-

лу, показників пероксидного окиснення ліпідів та активності антиоксидантних ферментів, продуктів окислювальної модифікації білків. Експерименти проведені з дотриманням Європейської конвенції по захисту хребетних тварин, яких використовують в експериментальних та інших наукових цілях.

Застосована модель різної тривалості фотоперіоду викликає вірогідні зміни фібринолізу та протеолізу у тканинах надниркових залоз щурів, що відбуваються на тлі значної пребудови прооксидантних та антиоксидантних процесів. За постійного освітлення значно зросла протеолітична та фібринолітична активність на тлі посилення прооксидантних процесів та дисбалансу у системі ферментативного антиоксидантного захисту. За постійної темряви зміни про- та антиоксидантної систем були менш виражені, інтенсивність фібринолізу та колагенолізу значно знизилась на тлі інтенсивного протеолізу низько- та високомолекулярних білків.

Висновки. Такі зміни можуть свідчити про високу реактивність наднирників та їх значну структурно-функціональну перебудову у процесі реагування на різнонаправлені зміни фотоперіоду, що може призводити до запуску не лише органних, а й системних порушень.



Кміть Н.В., Рибарчук А.В.

ГІПОЛІПІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 У ПОЄДНАННІ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - к.мед.н. Ілюшина А.А.)

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) – одне з найпоширеніших захворювань. Загальну кількість пацієнтів з ЦД у всьому світі оцінюють у 150 млн; припускають, що у 2025 р. ці цифри зростуть удвічі. Інфаркт міокарда та інсульт – часті причини захворюваності у пацієнтів з ЦД, смертність яких переважно зумовлена серцево-судинними причинами. У хворих з ЦД II типу спостерігають тенденцію до підвищення рівня тригліцеридів і холестерину (ХС) та зниження кількості ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), що збільшує ризик розвитку ішемічної хвороби серця на 57% (Turner R.C., Millns Neil H.A. et al., 2001). Основними напрямками лікування хворих з ЦД є контроль рівня глюкози в крові, артеріального тиску та нормалізація ліпідного спектру крові за допомогою гіполіпідемічних засобів. Застосування статинів знизило коронарну смертність на 20%, інфаркту міокарда на 37% (Colhoun H., Betteridge D., Durrington P., 2004). Серед препаратів групи цієї групи заслуговує уваги – Амвастан. Він випускається в дозах 10, 20, 40,80 мг., діюча речовина аторвастатин кальцію. Він зменшує рівень холестерину та ліпопротеїнів у плазмі шляхом пригнічення ГМГ-КоА редуктази, синтезу холестерину в печінці та збільшення кількості рецепторів ЛНЩ на поверхні гепатоцитів, що супроводжується по-

силенням захоплення і катаболізму ЛНЩ. Метою роботи було вивчення ефективності амвастану для нормалізації ліпідного спектру крові у хворих на цукровий діабет типу 2. Матеріали та методи. Нами було обстежено 54 хворих на ЦД типу 2, серед яких 20 чоловіків та 34 жінки, віком від 46 до 62 років. Амвастан у дозі 10 мг призначали хворим 1 р/добу щоденно. Рівень загального холестерину до лікування склав $7,8 \pm 1,2$ ммоль/л, тригліцеридів – $2,8 \pm 0,8$ ммоль/л, ЛПВЩ – $5,2 \pm 1,1$ ммоль/л, ЛПНЩ – $0,6 \pm 0,12$ ммоль/л. Через 8 тижнів терапії нормалізацію показників ліпідного спектру спостерігали у 36 хворих (66,7%). 18 хворим (33,36%), у яких показники ліпідного спектру не нормалізувалися, дозу збільшили до 20 мг. Через 12 тижнів терапії у 14 хворих відмічалася нормалізація показників. Висновки. Таким чином, хворим на ЦД типу 2 рекомендовано визначати повний спектр ліпідів крові. У комплексне лікування таких пацієнтів рекомендовано включати Амвастан. Початкова доза – 10 мг. Якщо через 2–3 місяці лікування не спостерігається нормалізація гіперхолестеринемії, його дозу необхідно збільшити до 20 мг. Саме такий підхід до лікування хворих на ЦД типу 2 зменшить ризик розвитку в них ускладнень.

Левковець І.В., Білоус І.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ГЕПАДИФ» У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - к.мед.н. Павлович Л.Б.)

Актуальність. Широке розповсюдження метаболічного синдрому і висока смертність від його наслідків вимагають поліпшення діагностування і лікування осіб з метаболічним синдромом. Метаболічний синдром – це симптомокомплекс поєднаних між собою патологічних станів: інсулінорезистентність, ожиріння, порушення вуглеводного і ліпідного обміну, артеріальна гіпертензія. Мета. Вивчити ефективність препарату «Гепадиф» для лікування хворих на метаболічний синдром. Матеріали та методи. Нами було обстежено 11 хворих на метаболічний синдром (6 чоловіків і 5 жінок), вік яких складав від 46 до 59 років, а індекс маси тіла від 27,3 до 33,5 кг/м². Хворим призначався «Гепадиф» по 1 капсулі 3 рази на день впродовж 4 тижнів. До початку лікування хворим проводили загальноклінічні й біохімічні дослідження з визначенням основних показників ліпідного, мінерального, вуглеводного і білкового обмінів. Було виконано УЗД підшлункової залози, печінки та жовчного міхура. Результати дослідження. Перед початком лікування відчуття тяжкості в правому підреб'ї

відмічали 6 пацієнтів (54,5%), гіркоту у роті вранці – 7 пацієнтів (63,6%), погіршення стану і настрою – 7 пацієнтів (63,6%). Під час об'єктивного обстеження у 2-х хворих (18,2%) відмічалась субіктеричність склер. Під час пальпації живота відмічалась чутливість у правому підреб'ї у 9 пацієнтів (81,8%). У 2-х пацієнтів (18,2%) печінка була біля краю реберної дуги, у 9 (81,8%) – на 1–2 см нижче реберної дуги. Динаміку клінічних проявів оцінювали через 2 і 4 тижні від початку лікування. Через 2 тижні у 9 пацієнтів (81,8%) зменшився больовий синдром, і у 10 (90,9%) – диспепсичний. Через 4 тижні – зник астеноневротичний синдром, нормалізувався рівень АЛТ, АСТ, білірубину, зменшились прояви цитолітичного синдрому. При УЗД дослідженні спостерігалися рівномірне підвищення ехогенності, незначне збільшення розмірів печінки. Після курсу лікування препаратом «Гепадиф» розміри печінки зменшились у 8-и з 9-и хворих. Висновки. Одноразовий курс лікування препаратом «Гепадиф» у пацієнтів з метаболічним синдромом призвів до зменшення цитолітичного синдрому, усунення диспепсичного та астеноневротичного синдромів.

Ліпісівська О.Л., Білоус І.І.

ВМІСТ ВІДНОВЛЕНОГО ГЛУТАТІОНУ В ЕРИТРОЦИТАХ КРОВІ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - к.мед.н. Павлович Л.Б.)

Актуальність. Ураження периферичних нервів (нейропатія) входить в триаду основних пізніх ускладнень цукрового діабету (ЦД), до якої відносять також ретинопатію та нефропатію. Клінічні форми нейропатії різноманітні та проявляються як генералізованим, так і локальним (мононейропатії, мультифокальні нейропатії) ураженням периферичних нервів.

Мета. Встановити вміст глутатіону в еритроцитах крові хворих з діабетичною полінейропатією.

Матеріали та методи. Обстежено 16 жінок та 20 чоловіків віком від 35 до 65 років. ЦД середнього ступеню тяжкості спостерігався у 32 хворих, у 4 хворих – важкий. 8 хворих знаходились в стані компенсації захворювання, 28 – в стані субкомпенсації. У всіх хворих було діагностовано діабетичну полінейропатію (ДПН). Пацієнти були розподілені на 3 групи: I гр. – хворі на ЦД терміном до 1 року (12 осіб); II гр. – хворі на ЦД терміном до 10 років (10 осіб); III гр. – хворі на ЦД терміном понад 10 років (14 осіб). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Використовувались біохімічні методи дослідження. Одержані результати оброб-

ляли статистично, з використанням t-критерію достовірності Ст`юдента. Визначали в еритроцитах крові хворих з ДПН вміст відновленого глутатіону, як основного компоненту захисної глутатіонової системи.

Результати дослідження. Під час дослідження глутатіон-глутатіонредуктазної системи згідно наших досліджень у хворих з ДПН відмічалось вірогідне зниження рівня відновленого глутатіону, як основного компоненту захисної глутатіонової системи, в I групі на 46,5%, в II – на 56,4%, в III – на 64,8% порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$), тобто рівень відновленого глутатіону залежив від тривалості ЦД з ДПН. Сульфгідрильні групи глутатіону вступають в реакцію з продуктами ПОЛ, захищаючи цим гемоглобін та інші біологічні структури еритроцита від пошкодження. Зменшення вмісту відновленого глутатіону може зумовлюватись посиленням його використання у відновних процесах, спрямованих на підтримання високого ступеня відновленості металів та білків, зниженням активності γ -глутамілцистеїнсинтази та змінами активності ферментів його обміну.

Марченко О.О., Демиденко Н.О., Мартиненко А.В., Бочарова Е.А., Морозова Т.А.

АФФЕКТИВНІ НАРУШЕННЯ У БОЛЬНИХ СД 2 С ПОМОЦЬЮ МНОГОФАКТОРНОГО ОПРОСНИКА ММРІ

Запорізька медична академія післядипломної освіти, Запоріжжя, Україна
Кафедра сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії
(наукові керівники - д.мед.н. Кошля В.І., к.мед.н. Кліцунова Ю.О.)

Актуальність. Кількість больних сахарним діабетом в мирі перевищило 100 млн человек, и только в Украине их свыше 1 млн. Тревожно-депрессивные расстройства и сопутствующая психическая патология, отмечаемые у больных СД, снижает их социальную адаптацию, качество жизни и приводит к нерегулярному и некачественному контролю пациентами собственного состояния.

Цель. Выявить аффективные нарушения у больных СД 2, выявить наиболее распространенные ситуативные или застойные личностные расстройства у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2)

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов с СД2. Средний возраст составил $(67 \pm 6,6)$ лет, из них – 45% мужчины, 55% – женщины. Больные были компенсированы по СД (средний HbA1c – 8,3), сопоставимы по возрасту, индексу массы тела. Всем больным проводилось тестирование по миннесотскому многофакторному личностному опроснику ММРІ.

Результаты. В процессе тестирования выявлены 3 основные группы отклонения профиля от средненормативных данных по основным шкалам.

1. Наибольшее отклонение выявлено по шкале гипомании, оптимистичности (Ma) – в 40% показатель по этой графе был >75 баллов, что является свидетельством акцентуации по гипертимному или экзальтированному типу и выявляет

отсутствие особой разборчивости в контактах, бесцеремонность поведения, снисходительное отношение к своим промахам и недостаткам – словом, характеристики совершенно естественные для юношеского возраста, но звучащие как известный инфантилизм для взрослого человека.

2. Также выявлены значительные (более 73 баллов) изменения по шкале пессимистичности, депрессии (D). Подъем профиля по 2-й шкале выше 70 T выявляет у обследуемого пониженное настроение в связи с негативными переживаниями, склонность к острому переживанию неудач, к волнениям, к повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, с неуверенностью в себе. Люди этого типа отличаются наибольшей ранимостью по отношению к жизненным невзгодам. В сочетании с пиком по 9 шкале (имеет место у всех пациентов) отражает склонность к перепадам настроения, циклотимный вариант личности или циклотимию.

3. Последнее значимое отклонение (30% случаев показатель выше 74 баллов) – по шкале эмоциональной лабильности, истерии (Hu), что выявляет эмоциональную лабильность, социальную и эмоциональную незрелость личности, вплоть до истерических. У людей этого типа выражены признаки истероидных черт характера, склонность к эгоцентризму и самосожалению.



Марчук Ю.Ф.

ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОДЕЦИСТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 2: БІОФІЗИЧНІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини; Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(наукові керівники - д.мед.н. Федів О.І., д.мед.н. Пашковська Н.В.)

Актуальність. Багатогранність та складність патогенезу хронічного некалькульозного холецистити (ХНХ) на тлі цукрового діабету типу 2 (ЦД) спонукають до пошуку нових оптимальних методів діагностики та лікування даної поєднаної патології.

Метою дослідження було удосконалити ранню діагностику змін гомеостазу жовчі при ХНХ у хворих на ЦД шляхом використання багатовимірної поляризаційно-кореляційної мікроскопії та підвищити ефективність лікування.

Матеріали та методи. Проведено проспективне дослідження у 120 осіб, що склали основну групу, з них 60 хворих на ХНХ та ЦД, які склали 1 групу, у 60 хворих на ізольований ХНХ, які склали 2 групу та у 20 практично здорових осіб, що склали групу порівняння. Були використані такі методи дослідження: клінічний, біохімічний, інструментальний, мікро- та макроскопічний, лазерної мікроскопії та статистичний.

В результаті проведення багатомоментного дуоденального зондування встановлено гіпотонічно-гіпокінетичну дискінезію жовчного міхура у хворих обох груп.

В осіб 1 групи були вірогідно підвищеним рівень холестеролу та зниженими рівні жовчних шляхів та фосфоліпідів щодо інших підгруп в жовчі.

При аналізі гістограм розподілу у практично здорових осіб встановлено симетричний дзвоноподібний розподіл значень випадко-

вих фазових зсувів, в той час як у хворих обох підгруп спостерігається збільшення асиметрії та дисперсії.

При ЦД типу 2 доцільно проводити повне гастроентерологічне обстеження хворого із використанням лазерної мікроскопії жовчі із визначенням коефіцієнту кристалізації. При його підвищенні понад 0,020 потрібно проводити лікування холелітазу із наступною його профілактикою в катамнезі.

Залежно від способу лікування хворі 1 групи були розділені на 2 підгрупи. В першу увійшли тридцять хворих із поєднаною патологією, що отримували протокольне лікування, а в другу - 30 хворих осіб, які додатково отримували діаліпон і рафахолін Ц.

В результаті лікування спостерігалася нормалізація показників багатомоментного дуоденального зондування, особливо в осіб 2 підгрупи. Біохімічні показники жовчі у хворих 2 підгрупи в результаті комплексного лікування були вірогідно збалансованішими, а індекс кристалізації після лікування знизився в 190 раз. Висновки. Таким чином, визначення основних показників оцінки ефективності лікування ХНХ на тлі ЦД 2 із застосуванням діаліпону та рафахоліну Ц показав, що інтегральний показник патології знизився з 8,60 до 0,83 балів, ступінь покращання клінічної картини підвищився до 9,4.

Морозюк Я.В., Гунчак О.В.

РІВЕНЬ ГЛІКОЗИЛЬОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ, ЯК ТЕСТ ДІАГНОСТИКИ ГЕСТАЦІЙНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Маслянко В.А.)

Поширеність цукрового діабету у різних країнах складає від 3 до 6%. Поширеність цукрового діабету в Україні становить майже 1700 осіб на 100 тис. населення і має тенденцію до зростання. Незважаючи на успіхи акушерської та ендокринологічної допомоги, перинатальна захворюваність і смертність у вагітних з цукровим діабетом залишається втричі більшою у порівнянні з вагітностями без діабету.

Гестаційний цукровий діабет визначається як будь-яке порушення толерантності до глюкози під час вагітності. За різними даними від 1 до 5% вагітностей ускладнюється гестаційним цукровим діабетом.

І на сьогодні дискутуються оптимальні тести діагностики гестаційного цукрового діабету. Традиційно для діагностики гестаційного цукрового діабету використовується тригодинний пероральний глюкозо толерантний тест, який проводять жінкам з обтяженою спадковістю по цукровому діабету. Проте цей тест дозволяє діагностувати приблизно 50% усіх випадків

гестаційного цукрового діабету.

В останні роки для діагностики цукрового діабету використовують визначення рівня глікозильованого гемоглобіну.

Нами проаналізовано рівень глікозильованого гемоглобіну у 24 вагітних жінок з ожирінням, у яких при скринінговому обстеженні було виявлено порушення толерантності до глюкози. Контрольну групу склали 20 вагітних з нормальним тестом толерантності до глюкози та індексом маси тіла.

Результати досліджень показали, що рівень глікозильованого гемоглобіну у вагітних жінок з надлишковою масою тіла та порушенням толерантності до глюкози перевищував верхню межу норми і дорівнював 6,2% у той час, як у жінок контрольної групи дорівнював 5,4%. Це дає підставу вважати, що визначення рівня глікозильованого гемоглобіну у вагітних жінок поряд зі стандартним тригодинним глюкозо-толерантним тестом може бути корисним для діагностики гестаційного цукрового діабету.

Пастернак Н.І., Шваб А.М.

НЕВРОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Ілляшина А.А.)

Синдром гіпотиреозу є найбільш поширеною ендокринною патологією після цукрового діабету (ЦД) типу 2. Загальна поширеність його сягає до 2 %. Як відомо гіпотиреоз — це захворювання, що виникає внаслідок часткової або повної втрати функції щитоподібної залози (ЩЗ) та дії тиреоїдних гормонів на організм (Roberts, 2004). Для гіпотиреозу найбільш характерні такі симптоми, як втома, сонливість, закрепи, непереносимість холоду, менорагія, зниження апетиту, збільшення ваги, суха шкіра, тонкі і рідке волосся на голові і бровах. Проте, неврологічна симптоматика завуальована і неврологічні симптоми часто залишаються поза увагою лікарів. Гіпотиреоїдна енцефалопатія характеризується порушенням пам'яті, уваги, сповільненістю мислення, загальмованістю, головним болем. При вродженому гіпотиреозі розвивається затримка психомоторного розвитку (кретинізм) (Calloni, 2005). У людей похилого віку при важкій мікседемі розвивається деменція підкіркового типу. Енцефалопатія при тиреоїдиті Хашимото проявляється сплутаністю і пригніченням свідомості, деменцією, парціальними і генералізованими епілептичними нападами, міоклонією, тремором, очними неврологічними симптомами (Dennis, 2005). Приблизно у 75% хворих відзначається оборотна нейросенсорна

приглухуватість, а у 60% – птоз, пов'язаний зі зниженням симпатичного тону. Порушення смаку та нюху типові для хворих гіпотиреозом. У частини хворих відзначається невротія зорового нерва та лицевого нерва з парезом мімічної мускулатури.

Епілептичні напади майже завжди генералізовані, зустрічаються у 20% хворих.

У 10% хворих виникає мозочкова дегенерація (Bhanja, 2010).

У 18% хворих розвивається легка або помірна дистальна сенсорна або сенсомоторна полінейропатія. Хворі часто скаржаться на парестезії в кінцівках, легкі порушення вібраційного і м'язово-суглобового почуття. У 10% хворих виявляється синдром зап'ястного каналу. Збільшена щитовидна залоза може здавлювати діафрагмальний нерв, викликаючи парез діафрагми, симпатичний стовбур (синдром Горнера), поворотний нерв (дисфонія) (Martin, 1983).

При гіпотиреозі у 5 – 10% пацієнтів розвиваються ураження м'язів у вигляді міопатії, супроводжується дифузною міалгією, сповільненістю рухів, напруженістю м'язів, яка суб'єктивно сприймається як скутість. Сухожильні рефлекси викликаються зі значною затримкою. Таким чином значення неврологічних симптомів є важливим для діагностики гіпотиреозу.

Фочук М.Ю., Білоус І.І.

КОКАРНІТ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Павлович Л.Б.)

Актуальність. Число дорослих хворих на цукровий діабет із 135 млн. у 2002 р. збільшилося до 300 млн. у 2025 р. Одним з найчастіших ускладнень цукрового діабету є діабетична полінейропатія. Значна розповсюдженість діабетичної полінейропатії зумовлює важливість цієї патології з практичної й теоретичної точок зору.

Мета. Вивчити вплив препарату «Кокарніт» в комплексному лікуванні діабетичної нейропатії. Матеріали та методи. Нами обстежено 26 хворих на цукровий діабет II типу, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері. Серед хворих було 16 жінок та 10 чоловіків, вік хворих становив від 36 до 65 років. Цукровий діабет (ЦД) середнього ступеня тяжкості спостерігався у 12 хворих, у 4 хворих – важкий. 2 хворих знаходилися в стані компенсації захворювання, 24 – в стані субкомпенсації. Пацієнти були розподілені на 2 групи: I група – пацієнти, які отримували базисну терапію (12 хворих); II група – хворі, які на фоні базисного лікування отримували кокарніт (по 1 ампулі внутрішньом'язово 1 раз на добу впродовж двох тижнів) (14 хворих). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Дослідження функціонального стану периферичних нервів проводили методом стимуляційної електронейроміографії (ЕНМГ) на апараті НейроМПВ-4 (Нейрософт, Росія). Визначали амплітуду М-відповіді периферичних нервів верхніх кінцівок (серединного та ліктьового) шляхом проведення стимуляційної ЕНМГ.

Результати дослідження. У хворих відмічалось зниження амплітуди М-відповіді n. medianus на 32% порівняно з контролем ($p < 0,05$), що свідчить про аксональне ураження периферичних нервів. Амплітуда М-відповіді n. medianus після базисного лікування майже не змінилась (на 0,82%); після додаткового призначення кокарніту відмічалась тенденція до збільшення на 17,1% ($p > 0,05$). У хворих відмічалось зниження амплітуди М-відповіді n. ulnaris на 26,3% порівняно з контролем ($p > 0,05$). При проведенні ЕНМГ дослідження в динаміці виявлено, що у хворих I групи відмічалось незначне збільшення амплітуди М-відповіді після базисного лікування на 6,8%; після додаткового призначення кокарніту на 23,5% ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, після додаткового призначення кокарніту відмічалось вірогідне збільшення амплітуди М-відповіді у хворих на діабет, ускладнений полінейропатією.



Загальна та медична психологія та педагогіка

Данюк М.М.

БІОЕТИЧНЕ ВИХОВАННЯ МАЙБУТНІХ МОЛОДШИХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВЧортківський державний медичний коледж, Чортків, Україна
(науковий керівник - к.біол.н. Данюк М.М.)

Біологічна етика, як наука про етичне ставлення до всього живого, вивчає проблеми взаємовідносин людей, використання новітніх біотехнологій, допустимість маніпулювання людським матеріалом, а також проблеми взаємовідносин людини і тварин. Виховання гуманного ставлення до людей та тварин формує у майбутніх молодших медичних працівників такі професійно важливі якості, як доброта, милосердя, співчуття, співпереживання, любов. Це обумовлює актуальність дослідження, завданням якого є визначення ефективних шляхів біоетичного виховання студентів медичного коледжу.

Важливість проблем біологічної етики стимулює перегляд програми біологічної освіти та відображення в її змісті принципів біоетики. Чим краще студенти зрозуміють ці принципи, тим швидше вони усвідомлять ідею, що зберегти життя на Землі – це найвище моральне завдання і воно випадає на їх долю.

Для майбутніх молодших медичних працівників не так важливо отримати загальну інформацію про певний вид тварин, для них важливішим є внутрішнє сприйняття положень про те, що тварини мають самостійну цінність, що кожен

вид має право на існування, і не тому, що приносить людині користь. Права тварин або рослин можна визначити як блага, без яких вони не можуть існувати як самостійні істоти. Слід усвідомлювати, що все живе уже несе в собі право на життя, а визнання цього права є одночасно визнанням нашого обов'язку поважати це право. Усвідомлення своїх правомірних дій щодо живої природи має стати нормою для кожного. Саме біоцентричний підхід до потреб інших організмів сприяє вихованню етичного ставлення до них.

Проведене дослідження (аналіз літератури, констатувальний експеримент) дозволяє зробити висновок, що формування ціннісного ставлення до живої природи доцільно здійснювати двома шляхами: 1) включення біоетичних знань до змісту навчальних предметів біологічного циклу; 2) вивчення навчального предмету "Біоетика". Перший шлях – передбачає впровадження елементів біоетики до окремих тем навчальних предметів. Проте більш ефективним є другий шлях – введення факультативу чи окремого навчального предмету, як це зроблено у багатьох зарубіжних країнах.

Кулікова І.І.

ПЕДАГОГІКА У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУХарківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра української мови, основ психології та педагогіки
(науковий керівник - к.філ.н. Фоміна Л.В.)

Постановка проблеми. Багатопредметний об'єкт пізнання педагогіки є методом вдосконалення викладання матеріалу викладачем та розуміння його студентом. Навчальна частина процесу підготовки майбутніх лікарів полягає у створенні найсприятливіших умов для засвоєння студентами певних знань, умінь та навичок, які необхідні для ефективного опанування обраної спеціальності лікаря.

Метою даного дослідження є спроба проаналізувати педагогічне викладання матеріалу студенту-медику у сфері новітніх інформаційних технологій.

Аналіз останніх досліджень з порушеної проблеми. Теоретико-аналітичний формат запропонованої розвідки змістовно ґрунтується на концепціях О. Асмолова, І. Беха, С. Чашко, А. Шмельової, Б. Грушинського.

Виклад основного матеріалу. На сучасному етапі в Україні відбувається перехід на нові організації навчання, істотно змінилися навчальні плани, форми проведення лекційних та практичних

занять, критерії оцінювання знань, розробляються та втілюються нові педагогічні технології та стандарти освіти. Отже, навчання стає більш складним і за формою і за змістом. Це у свою чергу змінює й педагогічні підходи викладача вищого медичного університету. Навчальні плани, за якими в Україні здійснюється підготовка лікарів, відповідають запитам медицини завтрашнього дня, а дисципліни, які сьогодні вивчають майбутні лікарі – стандартам підготовки кваліфікованого, різнобічно освіченого фахівця. Слід констатувати, що сучасні засоби навчання дають можливість студентам-медикам виконувати певні завдання не завжди біля ліжка хворого, а за допомогою окремих програм прогнозувати різні хвороби та одночасно їх лікувати.

Отже, педагогіка вищої медичної школи спрямована на всебічний розвиток майбутнього лікаря фахівця з обов'язковим формуванням у нього високих морально-етичних властивостей та особистісних рис (відповідальність, толерантність, креативність).



Марчук І.В.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ ДО НАВЧАННЯ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - к.псих.н Тимофієва М.П.)

Теоретичний аналіз явища психологічної адаптації передбачає збереження результатів науково-дослідницьких напрацювань, сентенцій провідних науковців галузі в чітко сформульованій структурній системі понятійно-категоріальних дефініцій, типологізацію цих напрацювань на базі верифікованого знання. Саме тому важливим є метод теоретико-структурного аналізу. Відповідно до цього методологічного принципу процес психоадаптації визначається, власне як і сам феномен, за істотними рисами поліваріантного структурно-видового поділу. Б.М. Коган виділяє: внутрішню адаптацію (повне внутрішнє пристосування індивіда до норм, звичаїв, поведінки суспільства) та зовнішню адаптацію. На базі такого структурного поділу дослідник виокремлює дійсну адаптацію, яка, в свою чергу, на його думку, може бути активною – в результаті самостійної та свідомої праці та пасивною – в результаті зміни відносин за рахунок ззовні позитивних факторів.

Здійснюючи ґрунтовний аналіз хоча б такого структурного поділу, в деяких аспектах можна накреслити концептуальні виміри самої категорії «адаптація», істотні риси позначуваного нею явища, а від так і детерміністське підґрунтя дезадаптивних явищ. Стосовно змісту дефініції до діфідента «адаптація», в даному контексті,

цікавими є думки Г.О. Балла, який визначає адаптацію, як загальнонаукову та полігалузеву категорію, змістом якої є вивчення діяльнісних та поведінкових факторів в їх багатоплановій перспективі. Істотним для адаптації є те, що її рівень у контроверзі «студент – навчання», її мотиви та спрямованість бувають різними за тривалістю та цілеспрямованістю. Одні з них досить успішно адаптуються впродовж першого семестру, інші – до кінця другого семестру, треті – впродовж третього й четвертого семестрів і т. д. А декому це взагалі не вдається. Детермінічно це зумовлюється характером орієнтації й установок на навчання у ВНЗ; профілем вибраної спеціальності; умовами життя; психолого-суб'єктивними даними складу студентів; організацією навчально-виховного процесу внутрішньо-колективних відносин студентів між собою й викладачів; інших об'єктивних і суб'єктивних факторів.

Отже, завдяки теоретичному аналізу психологічної адаптації окреслено зміст та характерні риси цих процесів у середовищі студентів-першокурсників ВНЗ, з'ясовано причини дезадаптації, що допоможе вирішенню проблем подолання дезадаптаційних явищ через пошук нових шляхів у створенні позитивно-дієвих освітньо-педагогічних умов.

Мельник Л.А.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Житомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна

(науковий керівник - к.пед.н Горай О.В.)

Актуальність дослідження. Процеси соціально – економічних трансформацій, що відбуваються в нашій країні, сприяють змінам, які відображаються в усіх сферах життя, в тому числі і на ринку праці. Стає необхідним поглиблене вивчення феномену синдрому вигорання у медичних сестер та профілактичних заходів щодо запобігання його виникнення.

Мета даного дослідження – дослідити психологічні особливості особистісно-професійної деформації в медсестер та розробити профілактичні заходи, що дозволять уникнути або зменшити прояви емоційного вигорання.

Методи дослідження: аналіз і узагальнення бібліографічних джерел; медикосоціологічне дослідження (анкетування: опитувальник на «вигорання» МВІ К.Маслач, С.Джексон, в адаптації Н.Є.Водоп'янової; методика на виявлення емоційного вигорання по В.В.Бойко); констатуючий та формуючий експерименти по вивченню обізнаності медичних сестер з проблеми. Усього було опитано 80 медичних сестер, 40 – працюють в психіатричній лікарні, 12 з них чоловічої статі та 40 медичних сестер поліклінічного відділення жіночої статі. Вік досліджуваних коливається від 20 років і до 56.

Результати дослідження. Перша гіпотеза, що стосувалась високих показників вигорання у ме-

дичних сестер підтвердилась не повністю. Було встановлено тенденцію до підвищеного рівня вигорання і поширеність середнього рівня вигорання серед медичних сестер.

Другу гіпотезу можна умовно поділити на дві частини – щодо зв'язку вигорання і стажу і зв'язку вигорання і умов місця роботи. Гіпотеза щодо взаємозв'язку стажу і рівня вигорання до кінця не підтверджується, можна стверджувати про тенденцію до зниження рівня вигорання із збільшенням стажу за умов формування вірних, конструктивних енергозберігаючих механізмів. Третя гіпотеза, щодо взаємозв'язку рівня комунікативної толерантності і рівня вигорання підтвердилась однією з методик. Формування комунікативної толерантності, її зріст (який, як виявилось мінімально пов'язаний зі стажем) сприяє зниженню рівня вигорання і його структурних компонентів.

Також під час дослідження було виявлено високий рівень редукції професійної мотивації в досліджуваних медичних сестер і вищий рівень деперсоналізації в медичних сестер поліклінічного відділення.

Висновки.

Головною причиною синдрому вигорання вважається психологічна, душевна перевтома. Професія медичної сестри – одна з найважчих.

Поліщук В.О.

ЗВ'ЯЗОК ГРИ В ШАХИ З РОЗВИТКОМ МЕТАПАМ'ЯТЄВИХ ЗДІБНОСТЕЙ

Національний університет «Острозька академія», Острог, Україна

Кафедра психолого-педагогічних дисциплін

(науковий керівник - Волошина В.О.)

У сучасній літературі розглядаються чотири аспекти метапам'яті, які відіграють значну роль в запам'ятовуванні і навчанні незалежно від віку. Перший аспект полягає у фактичних знаннях про те, як працює пам'ять, другий аспект – моніторинг пам'яті, тобто знання про те, як особа використовує власну пам'ять і відповідно про її стан. По-третє, це самоефективність пам'яті, або як людина розцінює використання пам'яті в стресових або складних ситуаціях. Останній аспект, пов'язаний з пам'яттю – афект.

Метакогнітивні здібності визначаються як здатність обмірковувати власні судження, знання і точність своєї пам'яті. В нашому дослідженні ми вивчали саме метапам'яттєві здібності, тобто здатність індивіда оцінювати можливість власної пам'яті – ретроспективно оцінювати виконання поставлених завдань і переносити отримані знання на наступну задачу, а також шукати знання при необхідності в них. В дослідженні взяли участь 30 студентів, поділених на дві групи – з досвідом гри в шахи та без такого досвіду.

Існує гіпотеза, що шахи сприяють розвитку метапам'яттєвих здібностей. Ключову роль в шахах відіграють три елементи: пошук, оцінка

та знання. Робоча пам'ять використовується в кількох напрямках в теорії: 1) зберігати кроки, які були вивчені, 2) пам'ятати оцінки лінії, або залишити сліди попередніх ігор, які можуть бути корисні в якості керівних принципів.

Шахісти проспективно та ретроспективно оцінюють виконання поставлених завдань перед собою. Це зумовлено тим, що їм доводиться прораховувати свої ходи, утримувати в голові інформацію про ті варіанти, що вже розраховані і їх результати, і ті варіанти, що ще вимагають розрахунку та обдумування.

Заняття шахами сприяє розвитку оперативної пам'яті, тобто пам'ять містить ті відомості, які використовуються в даний момент часу, і шахи надають гарну можливість для її тренування. Також шахи допомагають розвивати короткочасну і довготривалу пам'ять. Вже володіючи невеликим досвідом гри, шахіст в практичній партії використовує попередній досвід. Якщо він пам'ятає, що в схожій позиції супротивник одного разу вже зміг отримати вигравш, значить, він зробить захисний хід.

Отже, досвід гри в шахи сприяє розвитку метапам'яттєвих здібностей.

Пужанська А.С.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ВИКИДНЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - д.псих.н. Борисюк А.С.)

Загроза переривання вагітності, не зважаючи на низку існуючих досліджень, залишається актуальною проблемою сучасного акушерства та перинатальної психології. Відповідно до статистичних даних, від 10 % до 25 % зареєстрованих вагітностей перериваються мимовільно. Серед етіологічних факторів ускладнень протікання вагітності виділяють інфекційні, метаболічні, ендокринні, імунологічні тощо. Проте не менш важливими детермінантами виникнення загрози викидня є соціальні та психоемоційні фактори.

Мета роботи полягала у дослідженні впливу загрози переривання вагітності на психоемоційний стан вагітних. У процесі дослідження було використано такі методики: „Тест ставлень вагітної” (І. В. Добряков), УНП (тест визначення рівня невротизації та психопатизації), САН (тест диференційної діагностики самопочуття, активності, настрою). У дослідженні взяли участь 22 жінки віком від 17 до 34 років. Термін вагітності – від 7 до 26 тижнів, діагноз: загроза викидня. Контрольну групу склали 18 вагітних жінок без патологій.

Відповідно до результатів дослідження, у вагітних

із загрозою викидня домінують ейфоричний (35%) і тривожний (26%) типи психологічного компоненту гестаційної домінантності. У досліджуваних контрольної групи – оптимальний тип (62%). Високий рівень невротизації був виявлений у 50% досліджуваних експериментальної групи, середній – у 41%, низький – у 9%; у той же час серед вагітних жінок без патологій – 11%, 61% та 28% відповідно. Згідно з результатами, отриманими за допомогою методики САН, у вагітних жінок із загрозою викидня показники самопочуття ($3,36 \pm 0,47$), активності ($3,47 \pm 0,29$), настрою ($4,31 \pm 0,35$) суттєво знижені. У контрольній групі показники знаходяться в межах норми (самопочуття $5,56 \pm 0,33$; активність $5,24 \pm 0,32$; настрої $5,96 \pm 0,35$).

Отже, у пацієнок із загрозою переривання вагітності спостерігається високий рівень тривожності у ставленні до вагітності, підвищена претензійність, емоційна нестійкість, схильність до перебільшення ймовірних труднощів, високий рівень невротизації, зниження показників функціональної активності.



Скоропляс С.В.

ЗНАЧЕННЯ РЕФЛЕКСІЇ У ФОРМУВАННІ МОВНОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - к.псих.н Тимофієва М.П.)

У проблемі комунікативної взаємодії студента-медика підкреслюють провідну роль самопізнання особистості, наголошуючи, що саме активна рефлексія дає змогу зробити професійну самореалізацію активним, творчим і особистісно значущим процесом. Водночас рефлексивний аспект цього процесу вивчено недостатньо.

Тому метою даної роботи є вивчення особливостей комунікативної взаємодії та формування рефлексивних процесів у студентів-медиків під час навчання у вищому навчальному закладі.

Для розв'язання поставлених завдань у роботі були застосовані методи теоретичного та емпіричного дослідження. Для оцінки загального рівня рефлексії застосовували методику А.В. Карпова; для визначення рівня розвитку комунікативних схильностей студентів-медиків ми використали методику «Оцінка комунікативних і організаторських схильностей особистостей» (КОС).

На основі отриманих результатів оцінки загального рівня рефлексії в абітурієнтів Буковинського державного медичного університету нами було визначено три групи майбутніх студентів: з високим рівнем рефлексії (13,04%), середнім (67,39%) та низьким (19,57%).

Студентам-медикам пропонувалось скласти портрети «ідеального лікаря» та «ідеального

пацієнта». Одержані дані дозволили визначити які особистісні та професійні якості медпрацівника вважають найбільш важливими, відповідно, – на що вони орієнтуються у процесі власної фахової підготовки. У «Портретах» відобразились ті настановлення і очікування, які складаються у майбутніх медиків під час навчання у ВУЗі і можуть ставати перепорою у налагоджуванні позитивних взаємин з реальними людьми.

Аналіз досліджень дає підставу розглядати рефлексію як форму активного особистісного переосмислення людиною того чи іншого змісту своєї індивідуальної свідомості, необхідних для успішного здійснення діяльності.

Отже, процес підготовки спеціалістів медичного профілю, з функціонуванням в системі «людина-людина» повинен включати психологічні рефлексивні методи, які дозволяють підвищити ефективність навчальної діяльності, рівень комунікативної компетентності, освоїти професію.

Одним із показників сформованої навчальної діяльності студентів є високий рівень її свідомої регуляції. Адже їм необхідно вміти самостійно організовувати свою навчальну діяльність і, отже, не тільки практично володіти навчальними діями, але й рефлексивно, усвідомлюючи сутність і підґрунтя виконуваних дій, оцінюючи їх відповідність цілям та умовам діяльності.



Імунологія



Бакуліна А.В.

ВПЛИВ БЕНЗОЛУ НА МОРФОЛОГІЧНУ СТРУКТУРУ ТИМУСУ ТА ПРОЦЕС ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ ТИМОЦИТІВ В УМОВАХ БЕНЗОЛОВОЇ МОДЕЛІ ІМУНОДЕФІЦИТУ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - д.мед.н. Гончарук С.Ф.)

Актуальність. Бензол є однією з найбільш розповсюджених речовин промислового забруднення, що суттєво впливає на формування вторинних імунодефіцитних станів. Однак, механізм негативного впливу бензолу на імунну систему вивчено недостатньо.

Мета дослідження: в умовах бензолової моделі імунодефіциту вивчити особливості впливу бензолу на морфологічну структуру тимусу і процеси диференціювання тимоцитів.

Матеріал та методи. Модель відтворювалася у 68 білих щурів лінії Вістар – 10 ін'єкцій бензолу підшкірно (0,05 мл на 100 г маси тварини) щодня. Вивчали морфо-функціональні зміни, вміст популяцій тимоцитів різного ступеня зрілості – тотальних розеткоутворюючих (тЕ-РУК), високоафінних безосадних розеткоутворюючих (бЕ-РУК) і середньоафінних ранніх (рЕ-РУК), а також активність ферментів аденозінного обміну – екто-5-нуклеотідази (5-НК) і аденозиндезамінази (АДА).

Результати. Вже після 5-ін'єкцій бензолу структура тимусу характеризується ущільненням і потовщенням фібробластів і розростанням волоконної структури, з різким збільшенням повнокрів'я судин, істотним зниженням щільності клітинних елементів в кірковому шарі тимусу. В ньому з'являються ділянки волоконної

сполучної тканини з розвитком явищ фіброзу і округлі крупні клітини з еозинофільною цитоплазмою та округлими світлими ядрами, що містять окремі гранули хроматину. Після 10 ін'єкцій бензолу з'являються вогнища розрядки, в яких знаходяться тимоцити з двоядерцевими ядрами, збіднені на хроматин. Мозковий шар набуває модулярної будови, виявляються ділянки ніжноволокнистої сполучної тканини, що містить значне число фібробластів. Утворення грубоволоконної сполучної тканини наростає особливо в міжчасточкових проміжках (активація процесів склерозування). Після закінчення ін'єкцій бензолу в 1,5 раза знижується вміст тЕ-РУК тимоцитів, в 1,3 рази рЕ-РУК і бЕ-РУК тимоцитів. Активність 5-НК в тимусі знижується в 2,1 раза, а АДА зростає на 80%.

Висновки: 1. В умовах бензолової моделі імунодефіциту спостерігається розростання сполучної тканини тимусу, розвиток явищ фіброзу, зміни в кірковому і мозковому шарі. 2. Морфологічні зміни тимусу супроводжуються порушенням його функціональної активності: порушення процесів дозрівання та диференціювання тимоцитів, що можливо пов'язано з дисбалансом активності ферментів аденозінного метаболізму.

Бурак І.А., Кавуля Г.Г.

РІВНІ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН- α ТА ІНТЕРФЕРОНУ- α У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ, АСОЦІЙОВАНИМ З БЕЗПЛІДДЯМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - к.мед.н. Коваль Г.Д.)

Ендометріоз – це патологічний процес, що характеризується доброякісним розростанням ендометрію до функційми до нормального ендометрію, за межами матки. Ендометріоз належить до найпоширеніших гінекологічних захворювань вражаючи, за різними даними, 2–15% жінок репродуктивного віку та посідає друге місце серед причин безпліддя.

На сьогодні, стосовно патогенетичних аспектів розвитку ендометріозу висловлюються різноманітні думки і відомо більш ніж 10 теорій його походження, однак ні одна з них цілком не пояснює можливість розвитку та перебігу цього захворювання, тому в останні роки велику цікавість викликають імунологічні аспекти розвитку ендометріозу, на що вказують дані літератури. Оскільки, ендометріюїдні гетеротопії можна розглядати як автотрансплантат, який повинен елімінуватися імунною системою, що в нормі здійснює імунобіологічний нагляд, то це вказує на роль порушень імунологічної регуляції при цьому захворюванні. Серед факторів імунологічної регуляції важливе значення мають

про- та прозапальні цитокіни, як важливі імунні медіатори перебігу багатьох захворювань.

З метою визначення ролі імунних медіаторів в розвитку ендометріозу, асоційованого з безпліддям, досліджували рівень прозапальних цитокінів ФНП- α та ІНФ- γ в сироватці крові 30 жінок з зовнішнім генітальним ендометріозом та безпліддям. Контрольну групу склали 10 практично здорових жінок.

Дослідження цитокінів проводили імуноферментним методом на наборах фірми «Вектор Бест» виробництва Росія на приладі «STAT FAX 303 PLUS». Всі отримані числові дані обробляли за допомогою комп'ютерної програми «Past» з використанням критерію Стьюдента. Встановлено, що у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом та безпліддям спостерігалось значне підвищення рівня ФНП- α і практично не змінювався рівень та ІНФ- γ в порівнянні з контрольною групою. Таким чином, отримані результати вказують на роль переважну роль ФНП- α у формуванні ендометріозу асоційованого з безпліддям.

Віщак Н.В.

ДО ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Каспрук Н.М.)

Епідеміологічні дослідження в різних регіонах світу зареєстрували стрімке зростання захворюваності на астму. Більшість авторів відзначають, що захворювання значно погіршало, а прямі та непрямі соціальні витрати на лікування збільшуються з кожним роком. За нашими попередніми даними до 25% хворих на бронхіальну астму (БА) відмічають симптоми алергічного риніту (АР). А серед хворих на БА з сенсibilізацією до пилоквих та побутових алергенів таке поєднання зустрічається в 81% випадків.

Метою пропонованого дослідження була оцінка ефективності протиалергічного лікарського препарату Ксізал у хворих на atopічну БА. На базі пульмоно-алергологічного відділення обласної клінічної лікарні м. Чернівці проводили дослідження з метою вивчення ефективності блокатора гістамінових H₁-рецепторів III покоління

левоцетиризину гідрохлориду у 30 хворих на персистуючу БА легкого перебігу віком від 16 до 56 років. У 9% хворих захворювання супроводжувалось явищами кон'юнктивіту, у 10% – atopічного дерматиту, 20% – алергічного риніту. Пацієнтам призначали до стандартної терапії додатково антигістамінний препарат левоцетирин (Ксізал компанії "ЮСБ фарма ГмБХ"), який призначали у дозі 5мг 1 раз на добу протягом 10 днів двома курсами з інтервалом 1 місяць. Препарат впливає на гістамінозалежну стадію алергічних реакцій, а також зменшує міграцію еозинофілів, проникливість судин, обмежує визволення медіаторів запалення (цитокінів). У результаті досліджень препарату Ксізал можна зробити висновок про його високу ефективність при лікуванні хворих на atopічну БА в поєднанні з ринокон'юнктивальним синдромом та atopічним дерматитом.

Дрімач І.В., Корконішко О.І.

СПЕЦИФІЧНА ІМУНОТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

(науковий керівник - к.мед.н. Каспрук Н.М.)

За нашими даними до 25% хворих на бронхіальну астму (БА) відмічають симптоми алергічного риніту (АР). А серед хворих на БА з сенсibilізацією до пилоквих алергенів – 80% випадків. Єдиним можливим методом патогенетичної терапії цих захворювань на сьогодні є специфічна імунотерапія (СІТ), метою якої є зниження клінічних проявів алергічного захворювання.

На базі пульмоно-алергологічного відділення обласної клінічної лікарні м. Чернівці проводили дослідження, метою якого стало вивчення ефективності та безпечності СІТ у хворих на АР у поєднанні з atopічною БА інтермітуючого та легкого персистуючого перебігу.

У дослідження були включені 27 хворих зі встановленим діагнозом інтермітуючого або легкого персистуючого перебігу АР у поєднанні з БА інтермітуючого або легкого персистуючого перебігу та тривалістю алергічного захворювання два і більше років.

Для проведення роботи був створений бланк самоконтролю пацієнтів, за яким оцінювали

клінічну ефективність за основними симптомами бронхіальної астми та алергічного риніту (частота нападів ядухи, епізоди утрудненого дихання, закладеність носа, чхання, свербіння в носі) та бальною шкалою.

Оцінку рівня загального IgE у сироватці проводили за результатами аналізу крові, що проводилося імуноферментним методом. Ефективність СІТ пилковими алергенами оцінювались нами в середньому через 12-15 місяців за об'єктивними і суб'єктивними даними. Встановлено відмінний та добрий ефект після курсу СІТ пилковими алергенами у 25 із 27 хворих, що склало 93,5% від загальної кількості хворих. СІТ є ефективним та безпечним методом лікування хворих на АР та БА що обумовлені пилковою сенсibilізацією. У жодного з пацієнтів не було встановлено загрозливих життю побічних реакцій. У всіх хворих, які отримували курс САВ, спостерігається значне підвищення якості життя та високий рівень комплаєнсу — понад 90%, що свідчить про добру прихильність до лікування.



Коваль Г.Д., Сирота Б.В., Смольницька А.О., Басюк К.А.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОБІОТИКІВ НА ІМУНОЛОГІЧНУ РЕАКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ З ПОРУШЕННЯМ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - (к.мед.н. Коваль Г.Д.)

Метою дослідження було встановити вплив комплексного лікування з використанням пробіотиків на імунологічну реактивність у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) з порушенням мікробіоценозу кишечника. Матеріали і методи: хворі на ХОЗЛ були розділені на чотири групи: всі пацієнти з дисбактеріозом III–IV ступенів, в яких враховувались показники обстеження до лікування, склали першу групу (група порівняння, 60 хворих); хворі на дисбактеріоз III–IV ступенів, які отримували стандартне лікування, увійшли в другу групу (23 пацієнти); до складу третьої групи було віднесено 17 осіб з порушенням мікробіоценозу кишечника III–IV ступенів, яким у комплексі лікувальних засобів призначали біфі-форм; четверту групу склали 20 хворих на ХОЗЛ з дисбактеріозом III–IV ступенів, які в комплексному лікуванні отримували біоспорин. Результати: Стандартне лікування не впливало на фагоцитарну активність нейтрофілів, яка не відрізнялася від контрольних показників. Застосування в комплексному лікуванні біфі-форму сприяло підвищенню фагоцитарної активності нейтрофілів. Включення до лікувального комплексу біоспорину збільшувало фагоцитар-

ну активність нейтрофілів як у порівнянні з вихідними даними, так і відносно такої у хворих, що отримували стандартне лікування (на 14,2 і 12,2%, відповідно), тобто підвищувало цей показник до контрольних величин, вміст у плазмі крові фібрoneктину зростав відносно даних у пацієнтів першої групи на 25,2%, а в порівнянні з показниками хворих, які отримували стандартне лікування, підвищувався в 1,4 рази і не відрізнявся від контролю. Водночас спостерігалось збільшення концентрації в плазмі крові В2-мікроглобуліну, яка перевищувала контроль на 25,3% та була більшою, ніж у хворих на ХОЗЛ першої і другої груп, на 26,6 і 24,5% відповідно. Висновки: Включення до терапії біоспорину призводить до нормалізації параметрів функціональної активності нейтрофілів та концентрацій у плазмі крові фібрoneктину і лейкотрієну В4, на тлі підвищення НСТ-тесту і плазмового рівня а2-мікроглобуліну. Таким чином, нами рекомендовано використання біоспорину у комплексній терапії у хворих на хронічний обструктивний бронхіт з порушенням мікробіоценозу кишечника.

Сароз Ю.М.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЇ БЛАСТНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЛІМФОЦИТІВ КРОВІ ЛЮДИНИ ПРИ АНТИГЕННІЙ СТИМУЛЯЦІЇЗапорізький національний університет, Запоріжжя, Україна
Біологічний факультет, кафедра імунології та біохімії
(науковий керівник - д.мед.н. Фролов О.К.)

Актуальність: наукові дані останнього десятиріччя розвитку імунології свідчать про необхідність нового трактування механізму розпізнавання антигенів - шляхом впізнавання паттернів, спільних для всієї живої матерії. Проте в арсеналі сучасної імунології є лише обмежене коло відповідних методів дослідження (Roitt, 2011). Одним з таких методів стає постановка реакції стимульованої бластної трансформації лімфоцитів, РБТЛ.

Мета роботи: дослідити особливості реакції бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ), стимульованої антигенами (АГ) *Hirudo medicinalis*, для встановлення рівня сенсibilізованих лімфоцитів та виявлення гетерофільних паттернів.

Матеріали та методи. Для дослідження було взято стабілізовану гепарином венозну кров 25 донорів віком 21–45 років, з якої було виділено лімфоцити шляхом диференційного центрифугування у градієнті фікол-верографіну з щільністю 1,077 г/мл. Виділені лімфоцити розводили в 1 мл культуральної суміші (середовище 199, 20% ЕТС, 0,1 мг/мл L-глутаміну, 0,02 мг/мл

L-аспарагіну, 100 од/мл канаміцину). Культуру клітин ділили на 4 проби: 1 - контроль; в 2, 3 та 4 додавали відповідно АГ аптечної, української та східної екоформ НМ у дозі 120 мкг/мл. Зразки культивували в термостаті при +37°C протягом 24 годин.

Результати. Рівень спонтанної РБТЛ в контролі становив $5,40 \pm 0,81\%$ при нормі до 10%. Під впливом АГ аптечної екоформи НМ рівень РБТЛ достовірно збільшився у 2,2 рази - з $5,40 \pm 0,81\%$ до $11,96 \pm 1,45\%$; під впливом АГ української екоформи НМ - у 2,4 рази, з $5,40 \pm 0,81\%$ до $13,21 \pm 1,72\%$. Найбільше зросли показники РБТЛ під впливом АГ східної екоформи НМ - з $5,40 \pm 0,81\%$ до $17,84 \pm 2,76\%$, тобто в 3,3 рази.

Висновки. 1. Рівень РБТЛ під впливом АГ НМ достовірно вказує на кількість сенсibilізованих лімфоцитів. 2. Рівень РБТЛ достовірно збільшився під впливом АГ усіх 3-х екоформ НМ. 3. Зростання рівня РБТЛ під впливом АГ НМ у всіх донорів свідчить про наявність загальних паттернів у білково-рецепторній організації людини та МП, оскільки гірудотерапії жоден з донорів не підлягав.

Семененко Н.Ю.

АЛЕРГІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ЛІКАРСЬКІ ПРЕПАРАТИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - к.мед.н. Каспрук Н.М.)

За даними ВООЗ, медикаментозна алергія (МА) спостерігається в 10–15% населення світу. У 20% практично здорових осіб підвищена чутливість до ліків має прихований характер. В осіб, які лікуються амбулаторно, число ускладнень від терапії становить до 7%, а в стаціонарних хворих загальнотерапевтичного профілю – до 35%. Побічні ефекти препаратів не завжди мають імунологічні механізми розвитку реакцій, тому Європейська асоціація алергології та клінічної імунології рекомендує називати їх медикаментозною гіперчутливістю, яка становить біля 25% серед усіх побічних ефектів медикаментозної терапії.

У роботі вивчена частота, етіологічна структура медикаментозної алергії у хворих на бронхіальну астму. Проаналізовано 120 випадків небажаних реакцій на лікарські препарати в пульмонологічному відділенні обласної клінічної лікарні та інших лікувальних закладах міста, з січня 2011 року по грудень 2012 року.

За даними аналізу комплексу клінічно-анамнестичних, фізикальних, лабораторних, специфічних алергологічних методів дослідження, небажані реакції на лікарські пре-

парати серед хворих на різні форми БА становили 29%. Це на 1,7 разів більше, ніж у хворих з іншими терапевтичними нозологіями. Серед небажаних реакцій, ті, які ми класифікували як медикаментозна алергія (гіперчутливість), становили 24%. Решта реакцій можна класифікувати як псевдоалергії.

За нашими спостереженнями, найчастіше справжні алергічні реакції виникали на антибіотики: пеніцилінового ряду – 40% та фторхінолони – 17% (серед них левофлоксацин 72%). Структура клінічних проявів виглядала наступним чином: шкірні прояви – 47%, вісцеральні враження – 14% та респіраторні прояви – 32%, зафіксовані гематологічні прояви – 5%. Небажані реакції на нестероїдні протизапальні засоби спостерігались у 18% хворих.

Переважну більшість небажаних реакцій на лікарські засоби можливо було передбачити та уникнути їх за умови більш ретельного обстеження хворих перед проведенням фармакотерапії, дотримання етапності у виявленні медикаментозної алергії. Медичним працівникам необхідно утримуватись від поліпрагмазії.

Соколов Б.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-ОСОБИСТІСНИХ РЕАКЦІЙ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - д.мед.н. Пашковська Н.В.)

Вступ. Синдром діабетичної стопи (СДС) є основною причиною ампутації нижніх кінцівок, які виконують пацієнтам з цукровим діабетом (ЦД) у 17–45 разів частіше (И.И.Дедов, 2011).

Мета роботи полягала у встановленні особливостей емоційно-особистісних реакцій у хворих на синдром діабетичної стопи залежно від його форми. Матеріал і методи. Обстежено 49 хворих на ЦД, що знаходилися на лікуванні в Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі, відділенні хірургії судин Чернівецької обласної клінічної лікарні. Серед обстежених у 27 хворих діагностовано СДС (у 16 – нейропатичну, у 11 – нейроішемічну форму). Для оцінки особистісної та реактивної тривожності використовували шкалу Спілберга–Ханіна, депресії – шкалу Бека. Статистичний аналіз результатів дослідження здійснювався із застосуванням рангового критерію Манна–Уїтні.

Результати дослідження. У хворих на нейроішемічну та нейропатичну СДС виявлялися високі рівні особистісної тривожності, які перевищували відповідні показники у пацієнтів із ЦД без СДС на

13,2% та 16,5% ($p < 0,05$) відповідно, водночас без статистично значущих відмінностей при міжгруповому порівнянні. У хворих на ЦД за наявності СДС зростали показники реактивної тривожності (при нейроішемічній формі на 36,5%, при нейропатичній – на 16,1% ($p < 0,05$) порівняно з хворими на ЦД без СДС). Варто зазначити, що ситуаційна тривожність була на 14,9% вищою ($p < 0,05$) при нейроішемічній формі СДС порівняно з пацієнтами з нейропатичною формою. Показник депресії при нейропатичній формі СДС вірогідно перевищував відповідний у пацієнтів без СДС (на 61,0%, $p < 0,01$) та у хворих з нейропатичною формою СДС (на 17,2%, $p < 0,05$). Більш помітні тривожнісні та депресивні розлади у хворих на нейроішемічну форму СДС ймовірно пов'язані із більшим ступенем прояву больового синдрому.

Висновки. Пацієнтам із СДС притаманні зміни з боку емоційно-особистісної сфери із переважно високим рівнем особистісної, помірним ступенем реактивної тривожності та депресії, що мають більший ступінь прояву при нейроішемічній формі СДС.



Суворов Д.В., Раздобреева А.Н.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ЦИКЛОФОСФАНА НА ЛЕЙКОЦИТЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ОРГАНЫ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

ГБОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия
Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии, иммунологии
(научные руководители - д.мед.н. Лебединская О.В., к.мед.н. Годовалов А.П.)

Циклофосфан (ЦФ) – широко применяемый в клинической практике цитостатический препарат, оказывает иммунодепрессивное действие, которое проявляется в подавлении пролиферации лимфоцитарных клонов, участвующих в иммунном ответе. Цель исследования – изучить воздействие ЦФ на органы иммунной системы, а также на лейкоциты периферической крови экспериментальных животных.

Исследования проведены на 20 крысах-самцах весом 284 ± 20 г. ЦФ вводили внутривенно в концентрации 100 мг/кг массы тела 4-кратно с интервалом 24 часа. Перед каждой инъекцией ЦФ у животных получали пробы крови из хвостовой вены для определения общего количества лейкоцитов. В мазках периферической крови подсчитывали лейкоцитарную формулу. Животных выводили из опыта через 48 часов после последней инъекции ЦФ под эфирным наркозом. Исследовали патоморфологические изменения костного мозга, тимуса, селезенки и лимфатических узлов.

В ходе проведения экспериментов было выявлено снижение числа лейкоцитов в периферической крови крыс через 24 часа после первой инъекции ЦФ, на второй день количество лей-

коцитов снизилось на 50%, а за последующие 2 дня – на 99%. После последней инъекции ЦФ за 48 часов не наблюдалось восстановления исходного количества лейкоцитов в периферической крови. После первой инъекции ЦФ отмечено статистически значимое повышение числа сегментоядерных нейтрофилов, которое резко снижалось после второй инъекции цитостатика и в дальнейшем не восстанавливалось. Число моноцитов и лимфоцитов уменьшалось через 24 часа после первой инъекции циклофосфана и в дальнейшем продолжало снижаться. Обнаружено изменение функциональной активности фагоцитирующих клеток периферической крови. Было выявлено статистически значимое уменьшение массы тимуса, селезенки, лимфатических узлов, а также дистрофические изменения в них. Установлено статистически значимое снижение числа ядросодержащих клеток костного мозга у экспериментальных крыс.

Таким образом, в результате исследований у крыс выявлено развитие индуцированной иммуносупрессии со снижением количества лейкоцитов крови и изменением их состава и функциональной активности, развитием дистрофических изменений в органах иммунной системы.

Тройнич Я.Н., Малыкина А.Е.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ВВЕДЕНИИ ЦИТОСТАТИКА

ГБОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия
Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии, кафедра иммунологии
(научные руководители - д.мед.н. Лебединская О.В., к.мед.н. Годовалов А.П.)

Цель исследования – изучить показатели фагоцитарной активности лейкоцитов периферической крови здоровых доноров при введении циклофосфана (ЦФ) *in vitro*.

Материалы и методы. Исследования выполнены на пробах периферической крови, полученной от 14 здоровых доноров. Перед проведением фагоцитарного теста кровь в течение 1 часа инкубировали с ЦФ (100; 10; 1; 0,10 и 0,01 мг/мл). Затем добавляли формализованные эритроциты барана и через 20 и 60 минут инкубации при 37°C подсчитывали в мазках показатели фагоцитарной активности нейтрофилов и моноцитов: фагоцитарное число, фагоцитарный индекс, относительное и абсолютное число фагоцитирующих клеток, а также активность фагоцитоза. В качестве контроля использовали кровь тех же доноров, пробы которой инкубировали с физиологическим раствором. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием парного *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. Выявлено, что низкие концентрации ЦФ (0,01; 0,10 мг/мл) увеличивают относительное количество фагоцитирующих нейтрофилов по сравнению с контрольными показателями и данными при высоких дозах (100; 10;

1 мг/мл) независимо от времени инкубации с эритроцитами. При концентрации ЦФ 100 мг/мл фагоцитирующие нейтрофилы составляли $40,00 \pm 3,69\%$, а при концентрации ЦФ 0,01 мг/мл – $59,88 \pm 3,72\%$ ($p < 0,05$). Такая же закономерность наблюдается при исследовании фагоцитарной способности моноцитов. При низкой дозе ЦФ увеличивается относительное количество фагоцитирующих моноцитов, а при высокой дозе отмечается снижение фагоцитарного числа по сравнению с контролем. Абсолютное число фагоцитирующих нейтрофилов остается неизменным при разных концентрациях ЦФ. При концентрации ЦФ 100 и 10 мг/мл абсолютное число фагоцитирующих моноцитов статистически значимо меньше, чем в контрольных пробах. Индекс завершенности фагоцитоза был менее 1 как у нейтрофилов, так и у моноцитов при всех вышеуказанных концентрациях ЦФ.

Заключение. Таким образом, широко применяемый в клинической практике цитостатик циклофосфан значительно изменяет фагоцитарную активность лейкоцитов. Высокие дозы ЦФ (10 и 100 мг/мл) *in vitro* снижают все изученные показатели фагоцитарной способности моноцитов и нейтрофилов периферической крови человека.



Іноземна мова



Boyko T., Govornian S.

LA D'ÉCOUVERTE DE PRINCIPES CLÉS POUR L'ACTIVATION DU SYSTEME IMMUNITAIRE

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of foreign languages
(science advisor - Candidate of philological Sciences Rak O.M.)

Les scientifiques ont longtemps cherché les clés de la réponse immunitaire par laquelle l'homme et les animaux se défendent contre les attaques bactériennes ou virales. Le Français Jules Hoffmann a partagé le prix Nobel de médecine avec les Américains Bruce Beutler et Ralph Steinman. Ils ont tous trois travaillé sur les mécanismes de défense des animaux contre les infections microbiennes. Bruce Beutler et Jules Hoffmann ont découvert des protéines réceptrices qui peuvent reconnaître ces microorganismes et activer l'immunité innée, la première étape de la réponse immunitaire. Ralph Steinman a découvert les cellules dendritiques du système immunitaire et démontré leur capacité unique d'activer et de réguler l'immunité adaptative, la seconde étape de la réponse immunitaire.

Les microorganismes pathogènes nous menacent en permanence, mais nous sommes équipés de puissants mécanismes de défense. La première ligne de défense, l'immunité innée, peut détruire l'invasion des microorganismes et déclencher l'inflammation et contribuer au blocage de leur

agression. Si des microorganismes franchissent cette ligne de défense, l'immunité adaptative est alors appelée à l'action. Avec les cellules T et B, notre système immunitaire produit des anticorps et des cellules tueuses qui détruisent les cellules infectées.

Les composants du système immunitaire ont donc été identifiés, étape par étape au cours du 20e siècle mais grâce à ces nouvelles recherches nobélisées, les scientifiques ont compris comment les anticorps sont construits, comment les cellules T reconnaissent les organismes étrangers et surtout, les mécanismes de déclenchement de l'activation des immunités innée et adaptatives. Jules Hoffmann a fait sa découverte pionnière en 1996 sur des mouches en découvrant comment certaines ne parvenaient pas à développer une défense efficace. Bruce Beutler a mené ses recherches sur le lipopolysaccharide (LPS), qui peut causer un choc septique, une condition mortelle qui implique une stimulation excessive du système immunitaire.

Kanyuk N.S., Gryniova V.V.

COLORECTAL CANCER: NEW TREATMENTS, IMPROVED PROGNOSIS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of foreign languages
(science advisor - Vakhotskyi M.M.)

While colorectal cancer remains one of the most deadly cancers in the U.S., researchers are making steady progress against this disease. New drugs allow people with even the most advanced metastatic disease to live longer. Admittedly, there's no cure, and the improvements – which can add several months to a patient's life – may seem modest.

But for people living with advanced colorectal cancer – and their loved ones – small improvements make a huge difference. And experts are confident that treatment will keep getting better.

For decades, medications for colorectal cancer were limited to two drugs, 5-fluorouracil and leucovorin. But in 1996 things began to change.

In 2002 the use of Eloxatin (oxaliplatin) in combination with 5-Fluorouracil and Leucovorin was approved.

The new drugs improved survival to an extent. For example, one study published in the New England Journal of Medicine in 2004 found that adding Eloxatin to standard chemotherapy boosted survival among patients with advanced disease by 11%.

Next, in 2004 came targeted therapies. Avastin (bevacizumab) and Erbitux (cetuximab) are

monoclonal antibodies, a new generation of cancer drugs that can specifically target cancer tumors.

Traditionally, chemotherapy and radiation have been used after surgery. This approach is called adjuvant therapy. The goal is to kill any cancer cells that might have survived the operation.

But doctors are also using an approach called neoadjuvant therapy – treatment before surgery.

The advantage is that the treatment can make the tumor smaller and easier to remove surgically.

While these advances in treatment are cause for enthusiasm, none of them are the magic bullet that researchers hoped to discover.

The average life expectancy for someone with metastatic colon cancer in 1995 was about 11 months. Now in 2006 using the best treatments, it's about two years.

Experts agree that while the steps may be frustratingly small, we are still moving forward. They may not be flashy, but some of the most important advances may come in the details – tinkering with different dosages, treatment regimens, and combinations of drugs. Hopefully, with time and research, all of these smaller steps may add up to something big.

Savchuk A.Y.

ACHIEVEMENTS IN UKRAINIAN CARDIOLOGY

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of foreign languages

(science advisor - Shalaeva G.V.)

Cardiology is a medical speciality dealing with disorders of the heart, such as congenital heart defects, coronary artery disease, heart failure, valvular heart disease and electrophysiology. The most famous Ukrainian cardiologists and cardiac surgeons are Mykola Mykhailovych Amosov, Leonid Lukich Sitar, Anatoliy Viktorovych Rudenko, Ilya Mykolayovych Yemets, Borys Mykhailovych Todurov.

Mykola Amosov was the first Ukrainian heart surgeon who designed and produced first domestic machine of artificial blood circulation, which is also known as "artificial heart" and first domestic artificial cardiac valve. To honour the talented heart surgeon the National Institute of Heart and Vessel Surgery of the Academy of Medical Science of Ukraine was named after the academician Mykola Mykhailovich Amosov. Mykola Amosov left a number of talented students who now continuing his great work.

Leonid Sitar is a student of Mykola Amosov and a talented cardiac surgeon. He is the first one who in 1979 conducted an operation on replacing aortic arch with aneurysm. He takes 6th place in the world among all cardiac surgeons in respect to quantity and quality of reducing the aneurysm of

the thoracic aorta.

Anatoliy Rudenko is another student of Mykola Amosov and a specialist in the field of coronary artery bypass surgery. He is the first cardiac surgeon in Ukraine who started to operate coronary arteries on the "turned on" heart.

Ilya Yemets is a pride of our country and another talented student of Mykola Amosov. He is the first Ukrainian cardiac surgeon who operated a newly born child with one of the hardest heart defects – transposition of great vessels. Ilya Mykolayovych is the first cardiac surgeon in the world who started to use the cord blood of newly born babies while operating them. The western doctors have already admitted the uniqueness of this innovation.

Borys Todurov is the cardiac surgeon who conducted the first successful heart transplantation in Ukraine. His patient has been living with donor organ for 7 years now and feels healthy.

These talented cardiac surgeons have introduced new technologies which allowed to conduct more complicated operations and gave a second chance to those patients, whose condition was defined as "hopeless". They are people with great hearts who are working every single day for the benefit of their country and their people.

Bronskih S.V.

QUELQUES PARTICULARITES LEXICAUX ET PHONETIQUES DANS LE FRANCAIS DES COLONIES AFRICAINES

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of foreign languages

(science advisor - Candidate of philological Sciences Rak O.M.)

Le français est la seule des langues officielles dans les anciennes colonies françaises en Afrique, ou il acquiert des particularités phonétiques et lexicales locales: au Bénin, en Côte d'Ivoire, à Burkina, au Gabon, en Guinée, en les deux Congo, au Mali, à Niger, à Sénégal, à Togo, à Tchad, à Burundi, en Rwanda, en Centrafrique, à Madagascar, à Cameroun, à Djibouti, aux Seychelles et aux Comores ainsi qu'à Vanuatu (l'Océanie). 90 millions de personnes considèrent le français comme leur langue maternelle.

La langue française dans des colonies Africaines a beaucoup changé.

Ces changements ont pénétré dans tous les domaines de la langue.

Dans le système consonantique il n'y a pas deux mais un phonème. Ce son diffère de ceux de Suisse, Belgique et Canada, il se prononce moyen et de même façon peu importe de sa position.

Le français d'Afrique a des combinaisons des mots,

ce qui n'est point normal pour le français.

Dans le français de Congo (le dialecte le lari), l'accent tombe sur la première syllabe en temps qu'en français il tombe sur la dernière syllabe.

L'orthographe des mots n'est pas stable (on peut en avoir quelques variantes) bejaie et bedjaya.

Ainsi on peut constater que le système phonétique a subi beaucoup de changements.

En ce qui concerne le système lexical, il a aussi changé sa forme.

Le lexique afro-français forme quelques couches. Son noyau consiste dans le fond de la langue française, et les zones périphériques forment les mots français, qui ont changé leur forme, et des mots nouveaux empruntés aux autres langues (20 pour cents des mots anglais et portugais).

En Afrique existe des mots français archaïsmes – dot [dɔt], qui s'emploient dans la littérature et la presse.



Guziy O.V.

SELMAN WAKSMAN

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of foreign languages
(science advisor - *Pendeshchuk A.Ya.*)

Selman Abraham Waksman was a Ukrainian-American biochemist and microbiologist. This prominent scientist is well-known for his invention of streptomycin, the first antibiotic remedy for tuberculosis.

He was born in the small town of Novaya-Priluka in Ukraine on July 22, 1888. After graduating from the gymnasium in Odessa, Waksman immediately immigrated to the United States. In the autumn of 1911 he entered Rutgers College, having won a State Scholarship the previous spring. A naturalized USA citizen, Waksman spent most of his career at Rutgers University, New Brunswick, New Jersey, where he served as professor of soil microbiology, professor of microbiology and chairman of the department, and director of the Rutgers Institute of Microbiology.

In 1931, Waksman developed a laboratory for the study of marine microbiology at the Oceanographic Institute, in Woods Hole, Massachusetts, where he and some of his students worked each summer over the next twelve years. Here he milked cows, fed chickens, weeded vegetable gardens, and learned the English language from the children. It may seem that this has little to do with studying to be a microbiologist, but all of these things were necessary and he accepted them.

In 1939 Waksman and his colleagues undertook a systematic effort to identify soil organisms producing soluble substances that might be useful in the control of infectious diseases, what are now known as antibiotics.

Waksman and his collaborators grew a batch of a soil microorganism called *Actinomyces griseus* and isolated their first antibiotic from the brew in 1940. They called it actinomycin, after the species of microorganism from which it was isolated. In 1942 they isolated streptothricin. In 1952, Waksman received the Nobel Prize in medicine and physiology.

Waksman was awarded the Nobel Prize in 1952 «for his discovery of streptomycin, the first antibiotic effective against tuberculosis. In the award speech, Waksman was called «one of the greatest benefactors to mankind,» as the result of the discovery of streptomycin.

His work in the field of microbiology has been recognized by numerous scientific and other societies in the USA, Denmark, The Netherlands, Canada, Sweden, Japan, Israel, Italy, Spain, and Turkey. In 1950 he was made Commander of the French Légion d'Honneur, and in 1952 he was voted as one of «the most outstanding 100 people in the world today».

Druchuk O.G.

A NEW APPROACH TO THE TREATMENT OF ANAPLASTIC THYROID CANCER

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of foreign languages,
(science advisor - *Candidate of philological Sciences Soloviova N.M.*)

My paper presents the review of literature data pertaining to the influence of different drugs combination on slowing anaplastic thyroid cancer (ATC).

Many scientists (John Copland, 2010; Wennerberg, 2005; Robert Smallridge, 2010; Ladensonp, 2007; Richard Gutter, 2011) studied this problem, but the results of investigation by lead researcher Keith Bible, M.D., Ph. D., a Mayo Clinic have shown more significant effect in slowing anaplastic cancer (published in the journal *Science Translational Medicine*). It has been proved that ATC is a rare.

Anaplastic thyroid is a rare but devastating form of thyroid cancer that typically strikes men and women in their 60th and 70th. It is very aggressive, with a median survival of only about 5 month from time of diagnosis. Only 20 percent of patients survive a year beyond diagnosis, and it has historically been found to be resistant to most therapies.

Pazopanib, a kinase-inhibitor that interferes with the grows of cancer cells, is already approved by the Food and Drug Administration (FDA) to treat renal cancer tumors. Paclitaxel is an FDA-approved chemotherapy drug that disrupts the machinery involved in cell division.

Keith Bible has used a combination of the drugs

pazopanib and paclitaxel, that revealed promise in slowing ATC, because the two drugs together caused in greater anti-cancer activity in ATC than either drug alone. In previous studies, pazopanib alone was found not effective in the treatment of anaplastic thyroid cancer. Paclitaxel was added to address the aggressivness of anaplastic thyroid cancer tumors and bolster anti-cancer effects. The team investigated how two drugs might complement each other.

Researchers studied anaplastic thyroid cancer cells and tumors in cell culture and in animal models. Human ATC cells were readily killed, and ATC tumors implanted into mice were 50 percent smaller when treated with the combination in comparison to the response to treatment with either drug alone. Pilot therapy of one patient with metastatic anaplastic thyroid cancer using the combination also resulted in marked tumor shrinkage lasting over six month. "This was a highly unexpected finding for this type of aggressive tumor, which often can double in size in a matter of days," Dr. Bible says.

The important next step of clinical trial is designed to determine whether the combination of drugs will improve ATC patient survival compared to paclitaxel alone.

Zadorozhna M.A.

THE ACHIEVEMENTS IN THE SPHERE OF STEM CELLS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of foreign languages

(science advisor - Zabolotnyi K.F.)

Stem cells are a class of undifferentiated cells that are able to differentiate into specialized cell types. Commonly, stem cells come from two main sources: embryos formed during the blastocyst phase of embryological development (embryonic stem cells) and adult tissue (adult stem cells).

Both types are able to differentiate into different cell types (such as skin, muscle, bone, etc.). Nowadays lots of researches take place in the sphere of stem cells. They are really important in the development of modern medicine.

Scientists had previously cloned embryos of other species, but they had never been able to clone a primate. Now researchers at the Oregon Health and Science University have succeeded. They created embryos that were genetically identical to an adult monkey, extracted stem cells from them and grew the stem cells into heart cells and nerve cells that could, theoretically, be used to replace damaged cells.

The most immediate application will be to study diseases in monkeys that closely mimic human diseases, analyze how they develop in the laboratory conditions and find ways to treat them. This research is likely to be welcomed by both

sides of the battles over stem cells.

Using this technique to make human stem cells will still face lots of technical obstacles. The researchers used more than 300 monkey eggs to produce just one normal stem cell line. The success rate is bound to improve, but it may be difficult to find enough human egg donors to allow the research to move forward rapidly.

The Nobel committee awarded the prize in physiology and medicine British to John Herdon and Japanese Xin Yamanaka for research in the field of obtaining stem cells from ordinary cells, specifically – for the discovery of their ability to transform.

Nowadays a threat of banning a research of stem cells exists. French Judge Yves Bot called immoral granting patents for inventions related to the use of stem cells obtained from human embryos, and demanded from the European Court to consider his request and make a decision on this case. 13 judges of the Grand Chamber of the European Court in the next few weeks should consider Both's demand and within six months to make a final decision on whether to impose a ban on the past and future of patenting in this area.

Ivanchuk O.V.

MODERNE MEDIZINISCHE FORSCHUNGEN: WAS BRINGT DIE MEDIZIN IN DIE ZUKUNFT?

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of foreign languages

(science advisor - Orobchuk D.B.)

Verfeinerte Diagnosen, raffinierte Medikamente, clevere Testverfahren und schonende Operationen: um unsere Gesundheit steht es in Zukunft gut. Ohne Forschung wäre die moderne Medizin nicht denkbar. Ende des XX – Beginn des XXI Jahrhunderts ist das Zeitalter der bedeutendsten Entdeckungen in der Medizin.

Der Nobelpreis für Medizin 2010 geht an den Pionier der künstlichen Fortpflanzung, den britischen Forscher Robert Geoffrey Edwards. Er erhält die Auszeichnung für die Entwicklung der künstlichen Befruchtung. Seine Forschungen seien ein «Meilenstein in der Entwicklung der modernen Medizin», teilte das Nobel-Komitee des Karolinska-Instituts in Stockholm mit.

Prof. Volker Schumpelick, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, sagte in seinem Interview, dass die größten Fortschritte vor allem in der Krebstherapie derzeit zu beobachten sind. Durch eine spezielle Vorbehandlung etwa mit einer Chemotherapie und einer Bestrahlung während des Eingriffs kann Organerhaltender operiert werden.

„Ein neuer Wirkstoff blockiert die Signalwege der Zellteilung“, sagt Dr. Klaus Mross von der Klinik

für Tumorbiologie in Freiburg. Auch eine wirksame Ergänzung zur Darmspiegelung liefert ein Bio-Chip, der an der Uni Lübeck entwickelt wird. Er misst zwölf Tumormarker im Blut. Es ist wichtig, weil der Krebs trotz aller Vorsorgemaßnahmen bei 70 Prozent der Patienten erst im fortgeschrittenen Stadium entdeckt wird.

Eine neue Diagnosenmethode erkennt bereits Frühstadien des Gebärmutterhalskrebses. Sie misst im Abstrich die unterschiedliche Wasserverteilung in gesunden und erkrankten Zellen. „Operationen am Gebärmutterhals und in der Gebärmutter werden dadurch künftig schonender sein“, sagt Prof. Nandita de Souza vom Royal Marsden Hospital in London.

Je später sich die Paare für Nachwuchs entscheiden, desto wichtiger ist die „biologische Uhr“. Forscher der Uni Michigan haben zwei Hormone entdeckt, die das Ende der Fruchtbarkeit bereits fünf Jahre vorher anzeigen. Fazit: Leichtere Familienplanung. Zur Zeit sind klare Ergebnisse in der Feststellung der Erbkrankheiten nach Chromosomen bereits ab der sechsten Schwangerschaftswoche statt wie bisher ab der zehnten zu bekommen.



Kaminskyi V.O.

EYE SURGERY

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of foreign languages
(science advisor - Motriuk N.G.)

Laser eye surgery is still a relatively modern innovation and is constantly progressing with better and more efficient techniques being used. Some of the newest laser eye surgery trends are going to bring a marked improvement in the effectiveness of treatment for patients seeking vision improvement through laser eye surgery. New techniques are constantly being developed based on revolutionary new technologies and better and more effective knowledge and practices. Improved laser and computer targeting technology will make the new systems more efficient and reliable. One of the latest innovations in laser eye surgery trends is a new 60 kHz laser that will enable the surgeon to create the flap in the eye quicker than what was previously thought possible. This will improve both ease-of-use for the surgeon and comfort for the patient. It is necessary to create the flap so that the laser that is used to alter the shape of the eye and correct the eyesight can be applied and the surgeon can use the targeted laser to reshape the eye and improve the vision. The flap that has been cut in the

eye is simply lowered back into position and allowed to heal. Patients with astigmatism may benefit greatly from one of the more recent innovations in laser eye surgery trends. Astigmatism can now be treated successfully using wavefront guided laser treatment. This technology can also be used to treat near and far sightedness with a great degree of accuracy. Wavefront technology can eliminate many of the problems that have occurred before when some patients had problems with night vision and starbursts. With research continuing this system looks as though it could bring great benefits in the future, both to the patients and also to the surgeons who use it. Previously the eyes were reshaped to the surgeon's opinion of what would improve the eyesight of the patient, now however, it is a much more scientific process utilizing computerized measurement and analysis to ensure that the patient's eyes are reshaped to a precise formula so that they get the best vision improvement possible from their treatment.

Kostetska I.V., Orobchuk D.B.

THE PROBLEM OF CLASSIFICATION OF THE PUBLIC SPEECH OPENING

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of foreign languages
(science advisor - Candidate of philological Sciences Semysiuk A.M.)

Public speech is a representation of one of the sub-styles of publicistic style. The general aim of publicistic style is to influence the public opinion, to convince the reader or the listener that the interpretation of the writer or speaker is the only correct one and to cause him to accept the expressed point of view.

Oratory makes use of a great variety of expressive means to arouse and keep the public's interest: direct address, repetition, gradation, antithesis, rhetorical questions, emotive words, elements of colloquial speech.

Its emotional appeal is achieved by the use of words with the emotive meaning. The stylistic devices employed in the oratorical style are determined by the conditions of communication.

The sphere of application of oratory is confined to appeal to an audience. Direct contact with the listeners permits the combination of the syntactical, lexical and phonetic peculiarities.

Public speeches are a part of and/or the result of politics, they are historically and culturally determined. They fulfil different functions due to different political activities. Their topics are primarily related to politics, i.e. political activities, political ideas, political relations, etc.

Opening is a part of public speech, that has the following functions: establishing the contact with the listener, prospective (creation of the first impression of the further parts of public speech).

First and the most important task of the beginning is to attract listener's attention. The very first phrases decide whether the speaker will be listened to or not. A good opening must not be complicated. It has to be simple and clear.

As public speech is in itself a live communication between speaker and listener, it is also important to know the auditory in order to adjust the opening lines to it.

As a result of the research carried out on the material of public speeches of different politicians (Nelson Mandela, Hillary Clinton, George W. Bush, Barack Obama, Arnold Schwarzenegger and Al Gore) we can differentiate between four main forms of persuasive beginning of public speech: narrational form, greetings, direct address, expression of gratitude.

We can see that the forms of the beginnings in public speech have common features with those of short story, such as expository, biographical, autobiographical forms and monologue.

Kotorazhuk M.I.

LIVER TRANSPLANTATION

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of foreign languages

(science advisor - Demianchuk O.S.)

Much attention in the work of endocrinologists is paid to the problem of thyroid pathology that is caused by iodine deficiency. For a long time this problem is known not only in Ukraine, but all over the world. Nowadays it is believed that the elimination of diseases, connected with the lack of iodine, is one of the most urgent problems in medicine. This is due to the great prevalence and polymorphism of somatic and mental disorders, on the one hand, and the simplicity of dealing with them through the use of iodized salt, on the other. Iodine deficiency results in a number of pathological changes, including mental retardation.

National Ukrainian researches of 2002–2003 have shown, that despite of gradual improvement of iodine supply the majority of the population suffers from iodine deficiency. Studies showed the urgency of the problem for the whole territory of Ukraine. More than 1.5 million people in Ukraine suffer from the diseases related to iodine deficiency; nearly 500

000 children suffer from physical and intellectual retardation due to pathology of pregnancy, caused by iodine deficiency. It also leads to anaemia of pregnancy and newborns, toxicosis, premature birth, high mortality of newborns.

One way to solve the problem of iodine deficiency is the development of an appropriate legislative and regulatory framework, the establishment of the effective mechanisms for its implementation. The Academy of Medical Science provides justification for the adoption of the Law 'Prevention of Conditions and Diseases Caused by Iodine Deficiency'. The main articles of the Law provides constant monitoring of iodine provision, diseases among the population and the introduction of mass iodine prevention through the use of iodized salt. The Law is introduced into the Parliament.

The problem of iodine deficiency can be solved only in mutual cooperation of medical workers and the state.

Kudla H.G., Nesterak L.A.

THE MODERN ACHIEVEMENTS IN THE FIELD OF NEUROLOGY

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of foreign languages

(science advisor - Semenko I.V.)

Neurology is a medical speciality, treating of disorders of the nervous system. It deals with the diagnosis and treatment of all categories of diseases, involving the central, peripheral, and autonomic nervous systems, including their coverings, blood vessels, and muscles.

One of the oldest methods of evaluating the brain function is electroencephalography (EEG). It is the technique of recording the electrical brain activity over the Scalp. Nowadays it is used for the registration of epileptic seizures or the absence of the brain activity ("brain death") and as an electrical stimulation for making changes in the brain activity. The best example is an intervention in Parkinson's disease by means of a deep brain stimulation. In this case a specific part of the brain is affected by electric current. These measures help to interrupt the interaction of the affected part of the brain with others.

Alzheimer's disease (AD) is the most common form of dementia. It is an unavoidable disease, caused by irreversible changes in the structure of the brain which leads to death. In 2003, the U.S. Food and

Drug Administration approved five drugs to treat the symptoms of Alzheimer's disease. Four of them are cholinesterase inhibitors. They help to improve cognitive functions by raising the level of neurotransmitters.

Among the other most impressive achievements are stimulating brain cells with light (it helps to treat such diseases as epilepsy or Parkinson's disease), using methods of optogenetics to transform cells derived from the human skin into neurons and trying to increase a dopamine release from these transplanted cells. Another great accomplishment is therapeutic hypothermia. It is a medical treatment that lowers a patient's body temperature in order to help reducing the risk of the ischemic injury to a tissue following a period of insufficient blood flow. This method is used to reduce the damage from a stroke, coma and apparent death.

Problems of neurology are very vital because the nervous system is the main "manager" of our organism and every problem in its activities lead to changes in other systems.



Maksimishin V.B.

MAINTENANCE OF CHROMOSOMES BY TELOMERES AND THE ENZYME TELOMERASE

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of foreign languages

(science advisor - Zapotochna L.I.)

Annually, The Nobel Prize is given to the most significant discoveries in different spheres of our lives. No doubt, health of the whole population is one of the most important problems that care people, so that's no wonder that many scientists devote their lives to find the key to that or those issue.

In 2009, Nobel Prize in Physiology or Medicine was awarded to three scientists (Drs. Elizabeth H Blackburn, Jack W Szostak and Carol W Greider) who have solved a major problem in biology: how the chromosomes can be copied in a complete way during cell divisions and how they are protected against degradation. The Nobel Laureates have shown that the solution is to be found in the ends of the chromosomes – the telomeres – and in an enzyme that forms them – telomerase.

The scientists began their researches independently. Elizabeth Blackburn studied chromosomes of Tetrahymena, a unicellular ciliate organism, and found out some DNA sequences, which repeat at the end of each chromosome. At the same time, Jack Szostak had made the observation about a linear DNA molecule. Being interested in Blackburn's studies, Szostak decided to perform

an experiment that would cross the boundaries between very distant species. In 1982 they got first results. They were striking – the telomere DNA sequence protected the minichromosomes from degradation.

Then it was proved, that these DNA sequence is presented in all organisms, from amoeba to man. Two years later, Carol Greider, supervised by Blackburn, discovered signs of enzymatic activity in a cell extract. The enzyme, found out in this experiment was called telomerase and it was shown its protein nature.

The discovery of such mechanism gave a new touch to the development of different sciences, because it is believed that it could be a key to such problems as cancer, ageing and stem cells. However there is much speculation. But no one can argue that this discovery gave a major impact to the scientific society. It was proposed that cancer might be treated by eradicating telomerase. Some inherited diseases are now better known, as they are believed to be connected with telomerase pathology, for example some skin and lungs inherited diseases are caused by telomerase defects.

Malinevska O.V.

NOBEL PRIZE WINNERS 2012

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of foreign languages

(science advisor - Lapa G.M.)

The Nobel Prizes are awarded annually by the Royal Swedish Academy of Sciences, the Swedish Academy, the Karolinska Institute, and the Norwegian Nobel Committee to individuals and organizations that make outstanding contributions in the fields of chemistry, physics, literature, peace, and physiology or medicine.

This year the Nobel Prize recognizes two scientists – John Gurdon and Shinya Yamanaka – who discovered that mature, specialized cells can be reprogrammed to become immature cells capable of developing into all tissues of the body.

Sir John B. Gurdon was born in 1933 in UK. In 1962 John B. Gurdon discovered that the specialization of cells is reversible. In a classic experiment, he replaced the immature cell nucleus in an egg cell of a frog with the nucleus from a mature intestinal cell. This modified egg cell developed into a normal tadpole. The DNA of the mature cell still had all the information needed to develop all cells in the frog.

Shinya Yamanaka was born in Osaka, Japan in 1962. Shinya Yamanaka discovered how intact mature cells in mice could be reprogrammed to become immature stem cells. Surprisingly, by introducing only few genes, he could reprogram mature cells to become pluripotent stem cells, immature cells that are able to develop into types of cells in the body.

The discoveries of Gurdon and Yamanaka have shown that specialized cells can turn back the developmental clock under certain circumstances. Although their genome undergoes modifications during development, these modifications are not irreversible. We have obtained a new view of the development of cells and organisms. Research during recent years has shown that iPS cells can give rise to all the different cells types of the body. These discoveries have also provided new tools for scientists around the world and led to remarkable progress in many areas of medicine. iPS cells can also be prepared from human cells. For instance, skin cells can be obtained from patients with various diseases, reprogrammed and examined in the laboratory to determine how they differ from cells of healthy individuals. Such cells constitute invaluable tools for understanding disease mechanisms and so provide new opportunities to develop medical therapies.

These groundbreaking discoveries have completely changed our view of the development and cellular specialization. By reprogramming human cells, scientists have created new opportunities to study diseases and develop methods for diagnosis and therapy.

Markina E.V.

THE NOBEL PRIZE IN PHYSIOLOGY 2000

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
 Department of foreign languages
 (science advisor - Zapotochna L.I.)

The Nobel Prize in Physiology 2000 was awarded to the group of scientists: Arvid Carlsson, Paul Greengard and Eric R. Kandel for their discoveries concerning signal transduction in the nervous system.

Arvid Carlsson, Department of Pharmacology, Göteborg University is rewarded for his discovery that dopamine is a transmitter in the brain having great importance for our ability to control movements. His research has led to the realization that Parkinson's disease is caused by a lack of dopamine in certain parts of the brain and that an efficient remedy (L-dopa) for this disease could be developed. Arvid Carlsson has made a number of subsequent discoveries, which have further clarified the role of dopamine in the brain. He has thus demonstrated the mode of action of drugs used for the treatment of schizophrenia.

Paul Greengard, Laboratory of Molecular and Cellular Science, Rockefeller University, New York, is rewarded for his discovery of how dopamine and a number of other transmitters exert their action in the nervous system. The transmitter first acts on a receptor on the cell surface. This will trigger

a cascade of reactions that will affect certain «key proteins» that in turn regulate a variety of functions in the nerve cell. The proteins become modified as phosphate groups are added (phosphorylation) or removed (dephosphorylation), which causes a change in the shape and function of the protein. Through this mechanism the transmitters can carry their message from one nerve cell to another.

Eric Kandel, Center for Neurobiology and Behavior, Columbia University, New York, is rewarded for his discoveries of how the efficiency of synapses can be modified, and which molecular mechanisms take part. With the nervous system of a sea slug as experimental model he has demonstrated how changes of synaptic function are central for learning and memory.

The three Nobel Laureates in Physiology or Medicine have made pioneering discoveries concerning one type of signal transduction between nerve cells, referred to as slow synaptic transmission. These discoveries have been crucial for understanding the normal function of the brain and disturbances in this signal transduction. These findings have resulted in the development of new drugs.

Melnik D.S.

MEDICAL ABORTION

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
 Department of foreign languages, АНАТОМІЇ

(science advisor - Candidate of medical Sciences Navarchuk N.M., Semenکو I.V.)

The Nobel Prize in Physiology 2000 was awarded to the group of scientists: Arvid Carlsson, Paul Greengard and Eric R. Kandel for their discoveries concerning signal transduction in the nervous system.

Arvid Carlsson, Department of Pharmacology, Göteborg University is rewarded for his discovery that dopamine is a transmitter in the brain having great importance for our ability to control movements. His research has led to the realization that Parkinson's disease is caused by a lack of dopamine in certain parts of the brain and that an efficient remedy (L-dopa) for this disease could be developed. Arvid Carlsson has made a number of subsequent discoveries, which have further clarified the role of dopamine in the brain. He has thus demonstrated the mode of action of drugs used for the treatment of schizophrenia.

Paul Greengard, Laboratory of Molecular and Cellular Science, Rockefeller University, New York, is rewarded for his discovery of how dopamine and a number of other transmitters exert their action in the nervous system. The transmitter first acts on a receptor on the cell surface. This will trigger

a cascade of reactions that will affect certain «key proteins» that in turn regulate a variety of functions in the nerve cell. The proteins become modified as phosphate groups are added (phosphorylation) or removed (dephosphorylation), which causes a change in the shape and function of the protein. Through this mechanism the transmitters can carry their message from one nerve cell to another.

Eric Kandel, Center for Neurobiology and Behavior, Columbia University, New York, is rewarded for his discoveries of how the efficiency of synapses can be modified, and which molecular mechanisms take part. With the nervous system of a sea slug as experimental model he has demonstrated how changes of synaptic function are central for learning and memory.

The three Nobel Laureates in Physiology or Medicine have made pioneering discoveries concerning one type of signal transduction between nerve cells, referred to as slow synaptic transmission. These discoveries have been crucial for understanding the normal function of the brain and disturbances in this signal transduction. These findings have resulted in the development of new drugs.



Motriuk N.G.

ACQUIRING COMMUNICATIVE COMPETENCE IN ENGLISH BY MEDICAL STUDENTS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of foreign languages

(science advisor - Candidate of philological Sciences Soloviova N.M.,)

Communicative approach to language learning intends to develop student's general and professionally-oriented communicative competence.

Pre-21st century language teaching methodology had two types of approaches: one type of trend was focused on using a language (i.e., speaking and understanding), the other type was focused on analyzing a language (i.e., learning the grammar rules).

It has become apparent in the recent years that there have been marked changes in the goals of the language education program. Today, language students are considered successful if they can communicate effectively in the foreign language.

Thus, the teaching of oral skills has become increasingly important. At this point in the academic curriculum for the first-year students a communicative model incorporates grammatical competence, discourse competence, and sociolinguistic competence. It is assumed that the content of a language course will include semantic notions and social functions, not just linguistic structures.

A 100 - hour English course obtained for the

first-year student comprises such content areas as: Emergency Medical Service, At the Doctor's, At the Chemist's, At the Polyclinic, Anatomy as a Science, Structure of Human Body, Cell, Tissue, Skeleton, Muscular System, Stomach, Liver, Blood, etc. and is built on a variety of activities (comprehension check, discussion points, active listening, comments, willingness to ask questions, interactive exercises etc.). It's aimed at the developing language proficiency level of learners' pertaining to communicative competence.

Speaking can be easily integrated into reading and writing assignments: discuss reading comprehension questions, assist each other in guessing vocabulary items in the context of reading passage, pool information on readings in order to write summaries.

To sum up, we can state, that the conception of language as communication has influenced on language teaching methodology and curriculum design; in acquiring full communicative competence, students must learn to speak not only grammatically, but also appropriately - to study speech in natural settings.

Okunevych N.V

ONCOLOGY: HISTORY OF DEVELOPMENT, FUTURE PERSPECTIVES

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of foreign languages

(science advisor - Makovska O.O.)

The first records of tumors are found in the papyri of Ancient Egypt, Indian and Chinese manuscripts dated long before our era.

In the second half of the 19th century O.I. Polunin (I.M. Sechenov, S.P. Botkin teacher) introduced a new tendency into the explorations in the fields of pathological physiology and anatomy. He insisted on applying the histological study method for the differential diagnostics of malignant and benign tumors.

The theory of oncogenesis, the author of which was Rudolf Virchow - a famous German pathologist, became a significant achievement of oncology in the 19th cent. Within the framework of cellular pathology conception (1853) he considered the body as the «cell state» and any disease - as a complex of changes of the «cell theory». According to the Virchow's theory malignant tumor regardless of its histological structure develops under the influence of an irritant. His theory laid the foundation of autogeny (tumor self-development). The establishment of oncology occurred in close connection with scientific and technical progress, development of certain scientific disciplines, such as roentgenology and radiology. In early 1918,

public organization «Roentgendopomoha» was founded in Kyiv; on its basis in 1920 Kiev X-ray Institute was established.

Today the oncologists of Ukraine deepen their investigations of the organism and tumor process interaction mechanisms at all levels of structural and functional organization of protective systems and on this basis they work out and develop methods and means of strengthening the body's resistance to the emergence and development of malignant tumors, as well as rehabilitation of all body systems in case of cancer therapy.

According to the topic and range of the research in the field of molecular oncology in the world Ukrainian scientists focus their efforts on further investigation of tumor cell biology, its microenvironment, identification of molecular and cellular markers of initiation, promotion and progression, including malignant stem cells in order to develop early detection methods, to provide adjustment of «tumor/body» relations and to maintain an individual approach in selecting the optimal therapeutic schemes and regimes for the patients with malignant tumors.

Polishchuk O.P.

IODINE DEFICIENCY

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
 Department of foreign languages
(science advisor - Demianchuk O.S.)

Much attention in the work of endocrinologists is paid to the problem of thyroid pathology that is caused by iodine deficiency. For a long time this problem is known not only in Ukraine, but all over the world. Nowadays it is believed that the elimination of diseases, connected with the lack of iodine, is one of the most urgent problems in medicine. This is due to the great prevalence and polymorphism of somatic and mental disorders, on the one hand, and the simplicity of dealing with them through the use of iodized salt, on the other. Iodine deficiency results in a number of pathological changes, including mental retardation. National Ukrainian researches of 2002–2003 have shown, that despite of gradual improvement of iodine supply the majority of the population suffers from iodine deficiency. Studies showed the urgency of the problem for the whole territory of Ukraine. More than 1.5 million people in Ukraine suffer from the diseases related to iodine deficiency; nearly 500

000 children suffer from physical and intellectual retardation due to pathology of pregnancy, caused by iodine deficiency. It also leads to anaemia of pregnancy and newborns, toxicosis, premature birth, high mortality of newborns.

One way to solve the problem of iodine deficiency is the development of an appropriate legislative and regulatory framework, the establishment of the effective mechanisms for its implementation. The Academy of Medical Science provides justification for the adoption of the Law 'Prevention of Conditions and Diseases Caused by Iodine Deficiency'. The main articles of the Law provides constant monitoring of iodine provision, diseases among the population and the introduction of mass iodine prevention through the use of iodized salt. The Law is introduced into the Parliament. The problem of iodine deficiency can be solved only in mutual cooperation of medical workers and the state.

Rybak O.Y.

PROGRESS IN MODERN SURGERY

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
 Department of foreign languages
(science advisor - Pochinok L.I.)

Nowadays surgery is one of the most progressive branches of medicine. Its development definitely determines whether the patient will survive or die. The development of coronary artery bypass grafting greatly aided the treatment of coronary heart disease. A heart transplantation is a surgical transplant procedure performed on patients with end-stage heart failure or severe coronary artery disease. The most common procedure is to take a working heart from a recently deceased donor and implant it into the recipient. The patient's own heart is either removed or left in place to support the donor's heart.

Another common heart surgery is the transplantation of the valves. It consists in the replacing of the diseased valve. The main types of new valves are:

- Mechanical – made of man-made materials, such as metal (stainless steel or titanium) or ceramic. Such valves last longest, but the patient will need to take a blood-thinning medicine, such as warfarin (Coumadin) or aspirin, for the rest of his life.
- Biological – made of a human or animal tissue. These valves last 12 – 15 years, and the patient may not need taking blood-thinners.

The progressive branch of surgery is neurosurgery,

which uses minimally invasive endoscopic methods of investigation and treatment. The techniques such as endoscopic endonasal surgery is used for the treatment of pituitary tumors, craniopharyngiomas, chordomas and the repair of cerebrospinal fluid leaks. Ventricular endoscopy is used in colloid cysts and neurocysticercosis. Endoscopic techniques can be also successful in the evacuation of hematomas. Neurosurgery also deals with the repair of craniofacial disorders and disturbance of cerebrospinal fluid circulation, as well as with the maxillofacial defects in plastic surgery. Neurosurgeons are involved in Stereotactic Radiosurgery along with Radiation Oncologists for tumor and Arteriovenous malformation treatment. Radiosurgical methods such as Gamma knife, Cyberknife and Novalis Shaped Beam Surgery are the latest achievements in the field.

To sum everything up we may underline that minimally invasive and non-invasive methods of investigation and treatment are the latest techniques of neurosurgery, used throughout the world and backed by international programmes within the WHO and International Agency for Research.



Skoroplyas S.V.

CLONING FOR MEDICAL PURPOSES

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of foreign languages
(science advisor - Voytkевич N.I.)

Cloning is the creation of an organism that is an exact genetic copy of another. This means that every single bit of DNA is the same between the two! Cloning is being advanced upon very quickly by the pharmaceutical industry as well as a lot of university labs. Cloning could mean hope for so many different diseases.

The main task of our research is the use of cloning for medical purposes. To achieve our objectives we used historical-chronic, descriptive-analytical and statistical methods of investigation.

Reprogram somatic cells are able to be programmed to differentiate into the cell type of choice. This type of cloning technique is surely welcomed by many scientists. With this technique, stem cells are not derived from what can be considered a potential human, but rather a human that already exists and one whom will not be killed nor harmed in the collecting of stem cells. The cells will be manipulated back into being a stem cell.

The medical application of this achievement is the therapeutic use of cloning. It has already been shown that stem cells can be used to generate tissues and cells for specific areas of the human body. This can potentially allow for customized transplantation therapies and the repairing of

damaged or diseased tissues in the body by replacing them with suitable cloned cells. The idea is that cells taken from a sick human can be turned back into cells with a stem-cell like state and be encouraged to grow into cells to replace the damaged body part. The possibility of full organ transplantation has also been tossed around. In this case, the cells will grow to become a complete organ which can then be transplanted. The tissues or organ would be a perfect match to the patient rather than having to find the most compatible outsider donor. The body's immune system would recognize the DNA and tissue or organ as its own, instead of rejecting it. Other diseases that could possibly benefit from this included degenerative diseases such as Alzheimer's, Parkinson's, diabetes, heart disease, etc.

Yet another reason to value cloning technology is to give an infertile man or woman the chance to conceive children of their own. By combining genetic engineering with cloning, the breakthroughs could allow scientist some insight on how to perfect the treatment of fatal diseases.

Our small research is the first attempt to study and describe the role of the cloning in medicine.

Tymchuk J.Y.

THE DA VINCI SURGICAL SYSTEM

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of foreign languages
(science advisor - Lapa G.M.)

Until very recently your options included traditional surgery with a large open incision or laparoscopy, which uses small incisions but is typically limited to very simple procedures.

Thanks to a breakthrough in surgical technology, there is a new category of surgery for which you may be a candidate. It is an effective, minimally invasive alternative to both open surgery and laparoscopy. The Da Vinci Surgical System is a robotic surgical system. The system is controlled by a surgeon from a console. It is commonly used for prostatectomies and increasingly for cardiac valve repair and gynecologic surgical procedures.

The da Vinci System has been designed to improve upon conventional laparoscopy, in which the surgeon operates while standing, using hand-held, long-shafted instruments, which have no wrists. The da Vinci System consists of a surgeon's console that is typically in the same room as the patient and a patient-side cart with four interactive robotic arms controlled from the console. Three of the arms are for tools that hold objects, act as a scalpel, scissors, bovie, or unipolar or bipolar electrocautery instruments. The fourth arm is for an endoscopic camera with two lenses that gives the surgeon a full stereoscopic vision from

the console. The surgeon sits at the console and looks through two eye holes at a 3-D image of the procedure, meanwhile maneuvering the arms with two hand controllers. Right sided foot controls operate the energy supplied to the instruments to cauterize, coagulate, or cut the tissue. Left sided foot controls help to move the endoscopic camera in or out and therefore bring the surgical image closer or further away. The da Vinci System scales, filters and translates the surgeon's hand movements into more precise micro-movements of the instruments, which operate through small incisions in the body.

By providing surgeons with superior visualization, enhanced dexterity, greater precision and ergonomic comfort, the da Vinci Surgical System makes it possible for more surgeons to perform minimally invasive procedures involving complex dissection or reconstruction. For the patient, a da Vinci procedure can offer all the potential benefits of a minimally invasive procedure, including less pain, less blood loss and less need for blood transfusions. Moreover, the da Vinci System can enable a shorter hospital stay, a quicker recovery and faster return to normal daily activities.

Shkriblyak U.V.

RECENT ADVANCES OF REPRODUCTIVE MEDICINE IN THE TREATMENT OF INFERTILITY.

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of foreign languages
(science advisor - Zapotochna L.I.)

The problem of diagnosis and treatment of disorders of the human reproductive system remains relevant despite significant advances in this field of medicine. Complex demographic situation in Ukraine demands finding new technologies and improvement of the existing ones on diagnosis and treatment of infertility.

In recent years, reproduction has become promising in studies of the treatment of infertility. The most common and effective in this field is the use of assisted reproductive technologies that today are becoming increasingly popular among patients.

Assisted reproductive technology (ART) is a method of infertility treatment, in which the manipulation of gametes, some or all of the stages of preparation of reproductive cells, the processes of fertilization and development of embryos to transfer them to the uterus recipient carried out under conditions in vitro, outside the body.

International harmonization of legislation on assisted reproduction is undesirable because of serious ethical, religious and political tensions.

Currently ART methods are quite diverse, and the diagnosis and treatment of disorders of the

reproductive system to use a particular method takes into account the individual characteristics of the patient, the survey data.

The methods of ART include IVF – In Vitro Fertilization, IVM – In Vitro Maturation, ICSI – Intracytoplasmic Sperm Injection, IMCI – Intracytoplasmic Magnificent Sperm Injection, CSO – Controlled Super Ovulation, ET – Embryo Transfer, GIFT – Gamete Intrafallopian Transfer, ZIFT – Zygote Intrafallopian Transfer, EIFT – Embryo Intrafallopian Transfer, IUI – Intrauterine Insemination (H-IUI – Hasbend Intrauterine Insemination or D-IUI – Donor Intrauterine Insemination), AH – Assisted Hatching (Zona Cutting; Zona Drilling; Partial Zona Dissection), PGD – Preimplantation Genetic Diagnosis. The following methods for sperm suggested: MESA – Microsurgical epididymal Sperm Aspiration, PESA – Percutaneous Sperm Aspiration, TESA – Testicular Sperm Aspiration, TESE – Testicular Sperm Extraction.

ART includes donation of gametes and embryos: DO – donation of oocytes, DS – sperm donation, DE – donation of embryos, cryopreservation of sperm, biological material, oocytes.



Інфекційні хвороби

Ali M., Tetteh B.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF VZV-INFECTION AMONG FOREIGN STUDENTS IN BUKOVINA

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of infectious diseases and epidemiology
(scientific advisers - Sydorchuk A.S., Ph.D., Sorokhan V.D., Ph.D.)

Varicella zoster virus (VZV) – is one of eight herpetic viruses known to infect humans and vertebrates. It commonly causes chickenpox in children, adults and herpes zoster in adults and rarely in children. Seasonal prevalence is strictly cold winter–spring period. Current abstracts present clinical and epidemiological data of the past outbreak from the point of view of higher incidence rate among foreigners.

The study is purposed to analyze the clinical peculiarities and epidemiological monitoring of VZV–infection clinical cases among foreign medical students in Bukovina.

By retrospective epidemiologic method 37 young persons medical cards have been analyzed. All underwent multimodality treatment during the cold season (December 2011 – February 2012) at the Department of droplet infections of the Chernivtsi Regional Clinical Hospital.

The illness started usually 14–16 days after exposure with incubation period 10–21 days. Prodromal symptoms included: low–grade fever prior to skin manifestations (polymorphic rash), mild abdominal discomfort, cough and runny nose, headache. Manifestation started with red, itchy rash, what appears firstly on the scalp, face, and trunk and quickly turns into clear fluid–filled

vesicles. Initial lesions were crusting, new crops form on trunk and then the extremities.

Immunohistochemical staining of skin lesion scrapings could be used to confirm VZV–infection, as well as PCR. A Tzanck smear also revealed multinucleated giant cells, is useful in high–risk patients required rapid confirmation. All patients with suspected chickenpox were hospitalized by epidemiological indications, and were treated with the following medications: “Herpevir”, “Amizon”, “Ascorutin”, and topical application of antiseptic solution. Complications (secondary pneumonia) were developed in 7 patients (18,91%), clinical symptoms of Herpes Zoster, clinical symptoms of Herpes Zoster were expressed in 3 (8,1%).

Factors had impact to the higher incidence of VZV–infection among foreign students were stresses in medical school, environmental influence, lack of psychological harmony from being far from home, and due to high contagion risk of virus (easily transmitted by air–borne, droplet, contact routes) that had created favorable conditions for outbreak in hostels.

Practical recommendations for prevention of VZV–infection (chickenpox) include subcutaneously administration of “Varilrix”.

Lincon L., Verma A., Sydorchuk A., Sydorchuk L.

CONTEMPORARY REVIEW OF LYME DISEASE AT CHERNIVTSI REGION: COULD IN-TIMELY DIAGNOSTICS PREVENT COMPLICATIONS?

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of infectious diseases and epidemiology
(scientific adviser - Dr.Med.Sci. Moskaliuk V.D.)

Lyme borreliosis is endemic disease caused by *Borrelia burgdorferi*, transmitted to humans by the bite of infected Ixodes ticks. The disease varies widely in its presentation, which may include a rash and flu–like symptoms in its initial stage, followed by the possibility of musculoskeletal, arthritic, cardiac manifestations and Lyme neuroborreliosis (LNB).

This research had aimed to analyze the contemporary clinical and epidemiological data of Lyme disease cases with review of modern diagnostics and alternative treatment ways.

We have analyzed 37 borreliosis cases, were occurred in Chernivtsi region (2011–2012). At the Department of infectious diseases of Regional Clinical Hospital the multimodality treatment underwent 10 patients aged 33–59 years as rural (4) and the urban population (6). Data have processed by retrospective epidemiological and descriptive analytical methods.

The first manifestation was intoxication. After 1–7 days on the site of the bite was appeared red spot, well known like “bull’s eye”, accompanied with severe pruritus. Localization of spots varied: thigh in 6 patients, leg, abdomen and right side of trunk. Patients were admitted the Department during first two weeks after the onset presented

oval, bright zone hyperemia with diameter of 10–20 cm. Later hospitalized patients (several months after bitten) have second stage neurological and cardiac problems (therefore was hospitalized in the non–profile clinics).

Diagnosis based on epidemiological, clinical data, results of ELISA (positive high IgM to *B.burgdorferi*). The new tests for diagnosis accurately confirm infection: Lyme C6 peptide ELISA, Lyme PCR, CXCL13 (chemokine 13, also known as B lymphocyte chemo attractant, is a protein that in humans is encoded by the CXCL13 gene). The mainstay of treatment is antibiotics: doxycycline, ceftriaxone, minocycline (for LNB). Alternative scheme includes Lyme nosodes, LD nosode formulas, which had proven efficacy in the development of PTLDS (post treatment Lyme disease syndrome).

Chernivtsi region characterized with natural occurrence of *B.burgdorferi* infection. In–timely clinical identification and up–to–dated laboratory diagnostics with high sensitivity and specificity contemporary tests may confirm suspected diagnosis, especially for acute LNB. Treatment in conventional ways is better but with side effects as PTLDS and risk of antibiotic resistance. So with traditional multimodality therapy we could always adopt some alternative schemes.



Mor V.R.

NEW APPROACH TO TREATMENT OF PATIENTS WITH INFLUENZA A

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
Department of the infectious diseases and epidemiology
(scientific advisers - Sydorchuk A.S., Ph.D., Sorokhan V.D., Ph.D.)

Introduction: The treatment of patients with influenza A makes considerable difficulties. Particular attention is paid on the nonspecific prophylaxis associated with increased activity of natural mechanisms of protection using antiviral and immunotropic drugs.

Purpose of the study: To study the effect of standard treatment and aerosol interferon in combination with proteflazidum on the dynamics of clinical symptoms in patients with influenza A.

Material and methods. 30 patients with influenza A were examined and treated. All patients were from 18 to 21 years old military men. With the purpose of study efficiency of the proposed treatment, the patients were divided on 2 subgroups: the patients of I subgroup received standard treatment, which included nonsteroidal anti-inflammatory drugs, mucolytic agent, antihistamines, vitamins; the patients of II subgroup received inhalations of aerosol interferon (laferon) in a dose of 500000 UN once a day for the first three days of illness with proteflazidum in a dose 10 drops PO 3 times a day for an hour after meals for 10 days. The administration of aerosol interferon was done by compressor nebulizer.

Study results: The treatment of patients with influenza A by aerosol interferon in combination with proteflazidum caused the considerable improvement of general condition of patients within 3 days of illness compared with patients who received only standard treatment. The fever, weakness, runny nose, cough were disappeared to the greatest extent in more than 60% of patients. The symptoms such as hyperemia of the mucous membrane of oropharynx, swollen lymph nodes, conjunctivitis were disappeared the slowest in 13,3–26,6% of patients. Nevertheless, at the 4–6th day of illness, these symptoms disappeared in most patients, while in patients who received standard treatment lymphadenopathy continued to remain in 100% of patients. Total frequency of symptoms disappearance within 1–3 days of illness on the background of standard treatment was (13,0±4,7)%, proposed treatment – (46,6±6,8)%.

Conclusion: Treatment of patients with influenza A by laferon in a dose of 500000 UN in combination with proteflazidum caused the considerable improvement of general condition of patients within 3 days of illness compared with patients who received only standard treatment.

Білик І.С.

НАНОТЕХНОЛОГІЇ У ПОДОЛАННІ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - Голяр О.І.)

Антибіотикорезистентність основних збудників інфекційних захворювань є однією з найбільших проблем сучасної медицини. Швидкість, з якою формується і розповсюджується стійкість мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, вражає. Препарати, які ще декілька років тому були ефективними, сьогодні втрачають свої позиції і їх використання вимушено обмежується. На теренах України щорічно зростає показник антибіотокорезистентності приблизно на 3–5%. Для вирішення цієї проблеми є необхідність у використанні нанотехнологій.

Метою дослідження було вивчити особливості використання нанотехнологій у системі доставки антибактеріальних лікарських засобів у вогнище ураження та проаналізувати їх ефективність.

Галузь нанотехнологій – одна з найбільш досліджуваних у світі. За допомогою наночастинок можна оптимізувати ефективність лікування, звести до мінімуму побічні ефекти. Ті антибактеріальні засоби, до яких розвинулась резистентність мікрофлори, і ті, які є надто токсичними для організму людини, наразі можуть

отримати шанс на друге життя, завдяки шляхом включення у систему доставки ліків. Окрім, цього, покращується біодоступність і стає можливим контрольоване вивільнення ліків. Станом на 2008 рік вже більше 30–и компаній займаються розробкою та виробництвом наночастинок для системи доставки лікарських речовин. Серед можливих шляхів введення систем доставки ліків на основі наноносіїв є інгаляційний.

Оскільки легені мають велику поверхню для всмоктування, це зумовлює не тільки активний місцевий, а й системний вплив. У доставці лікарських речовин реалізуються дві основні стратегії: пасивного націлення (коли лікарська речовина може накопичуватись як у здоровій тканині, так і у вогнищі ураження) і активного націлення (коли лікарська речовина накопичується тільки у зоні ураження).

Отже, нанотехнології є новітнім та перспективним напрямком у вирішенні проблеми антибіотикорезистентності в сучасних умовах лікування інфекційних хворих порівняно із синтезом нових антибактеріальних препаратів.

Вілігорська К.В.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - к.мед.н. Меленко С.Р.)

Найвищий відсоток усіх нових випадків зараження ВІЛ-інфекцією спостерігається в Україні та Росії. Оскільки наразі питання поширення ВІЛ-інфекції в Україні, зокрема на Буковині, є актуальним, метою роботи було з'ясувати особливості поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення Чернівецької області.

Матеріали та методи. Проведено порівняльний аналіз даних статистичної документації щодо захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Чернівецькій області за 2010–2012 роки. Для обробки та аналізу статистичних даних використовували Microsoft Excel.

Результати дослідження. За вказаний період було виявлено наступне: в Чернівецькій області 545 випадків захворюваності на ВІЛ-інфекцію станом на 2010, 594 – за 2011 та 681 – за 2012 роки. У порівнянні в цілому в Україні: 108 434 випадків за 2010 рік, 117 660 випадків за 2011 рік та 126 851 випадків за 2012 рік.

Показники поширеності ВІЛ-інфекції у м. Чернівці є досить високими, (146,1 на 100 тис. населення), при виконанні дотестового консультавання та тестування на ВІЛ-інфекцію в 2012 році виявлено 110 осіб з позитивним результатом. З них 51 особа взята на диспансерний облік, що становить 71,8%. В 2012 році в м.Чернівці зареєстровано 25 пацієнтів, в Сокирянському районі – 11, Сторожинецькому – 11, Глибоцькому – 8 пацієнтів з ВІЛ-інфекцією.

Високими є показники поширеності ВІЛ-інфекції у м.Чернівці (137,2 на 100 тис.), Герцаївському (154,7 на 100 тис.), Сторожинецькому (61,6 на 100 тис.), Глибоцькому (47,0 на 100 тис.), Сокирянському (44,2 на 100 тис.населення), Вижицькому (43,5 на 100 тис.) районах.

Таким чином, найвищі показники поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровані в м.Чернівці та Герцаївському районі.

Гарбузняк А.А., Щербинина І.А., Несвященко І.І.

ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЕКЗАНТЕМ И ЭНАНТЕМ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР
Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии,
(научные руководители - к.мед.н. Писларюк Л.Д., Белогуб Я.Ф.)

Показатель поражённости ВИЧ-инфекцией в ПМР – 504,4 случая на 100 тыс. населения. Цель: выявить особенности клинического проявления экзантем и энантем при ВИЧ-инфекции, помогающих в дифференциальной диагностике. Материалы и методы: анализированы статистические данные ГУ «Центр профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями» ПМР, обследованы больные ГУ «Республиканской клинической больницы» (РКБ), г. Тирасполя. Результаты. Дерматозы на фоне ВИЧ-инфекции приобретают несвойственные им клинические характеристики. Природа их многообразна, чаще инфекционно-паразитарная. Наибольшее практическое значение имеют микотические поражения, вирусные заболевания, пиодермиты, сосудистые изменения, себорейный дерматит и др. Из микотических поражений чаще встречаются кандидоз, руброфития, эпидермофития и разноцветный лишай. У пациентов РКБ нередко встречался ангулярный хейлит и гиперпластический кандидоз. Дерматит себорейный при ВИЧ инфекции отмечается более чем у полови-

ны пациентов уже в раннем периоде, что важно для ранней диагностики. По мере углубления иммунного дефицита процесс приобретает разнообразную клиническую картину: от ограниченных до генерализованных форм. Каждый процесс начинается с легкой гиперемии кожи и волосистой части головы с умеренным шелушением, затем могут образовываться корки. Эти симптомы нарастают, распространяясь по всему кожному покрову. У пациентов, впервые попавших в инфекционное отделение с папулезной сыпью, рассматривается вероятность ВИЧ – инфекции когда элементы отличаются небольшими размерами, полушаровидной формой, плотной консистенцией без тенденции к слиянию с локализацией на голове, шее, туловище, конечностях. Количество папул типично от нескольких единиц до нескольких сотен. Элементы сыпи могут быть проявлением сопутствующего сифилиса, что требует также дифференциальной диагностики с использованием лабораторных методов.



Геглюк О.М.

ЗАСТОСУВАННЯ РЕАМБЕРИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЛЕПТОСПІРОЗ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(науковий керівник - к.мед.н. Мироник О.В.)

Обстежено 28 хворих з жовтяничними формами лептоспірозу віком від 30–54 років, зокрема, осіб чоловічої статі 19, жіночої – 9. Окрім комплексу базисної терапії всі хворі отримували інфузійно-дезінтоксикаційну терапію. Залежно від застосованого препарату пацієнти були розподілені на дві групи: основна – налічувала 15 пацієнтів (отримували реамберин по 400 мл внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу впродовж 5–7 днів), контрольна – 13 осіб (отримували 5% розчин глюкози внутрішньовенно крапельно по 400 мл 1 раз на добу впродовж 5–7 днів). Обидві групи були рандомізовані за статеві-віковим складом і тяжкістю перебігу захворювання. Ефективність лікування оцінювали шляхом порівняльного аналізу динаміки основних проявів захворювання у пацієнтів основної та контрольної груп. Під впливом комплексного лікування хворих на лептоспіроз в обох групах стан покращувався. Так, на 6-у добу лікування у більшості хворих зменшилася загальна слабкість. В основній групі вона зберігалась у 15,3% в контрольній – у 16,1%, однак відмінності між групами не вірогідні ($p > 0,05$). Покращення апетиту спостерігалось у 79,8% хворих, що отримували інфузії реамберину, та у 62,4% пацієнтів контрольної групи. По закінченню курсу інфузійної терапії реамберину диспепсичний синдром зберігався у 7,4%

пацієнтів, а інтоксикаційний – у 10,2% хворих, у групі контролю – 9,7% та 14,6% відповідно. Використання інфузійного препарату реамберин в комплексному лікуванні лептоспірозу сприяло швидшому зменшенню симптомів інтоксикації (нормалізації температури тіла на $7 \pm 0,65$ день, зникненню міалгій на $8 \pm 0,79$ день, нудоти на $4 \pm 0,43$ день, спраги на $5 \pm 0,57$ день та суттєве зменшення відчуття загальної слабкості на $6 \pm 0,74$ день). У хворих контрольної групи рівень лейкоцитів у периферійній крові після 5–7 днів лікування так і не досяг нормальних показників і становив $8,2 \pm 0,07$ Г/л, в той час як у пацієнтів основної групи показник практично нормалізувався. При поступленні у хворих обох груп ЛІІ дорівнював $4,29 \pm 0,4$. Під впливом комплексного лікування цей показник знижувався у всіх пацієнтів, однак, у хворих основної групи він був на 13% нижчим, ніж у контрольній групі. Призначення реамберину також сприяло зниженню вмісту загального білірубину в сироватці крові, зменшенню інтенсивності жовтяниці. Так, у пацієнтів основної групи по закінченню курсу введення інфузійного розчину, спостерігалось зниження рівня загального білірубину в сироватці крові в 2,3 рази; ферментемії в 2 рази; креатиніну в 1,3 рази, сечовини в 1,2 рази.

Джавадова Н.А., Авсюкевич О.С.

МОРФОЛОГІЧНІ ТА ЕТІОПАТЕГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ХВОРОБИ ЛАЙМА

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна

Кафедра медичної біології

(науковий керівник - д.мед.н. Федонюк Л.Я.)

Кліщові бореліози (хвороба Лайма) – інфекційне трансмісивне природно-вогнищеве захворювання, збудниками якого є спірохети комплексу *Borrelia burgdorferi*, а переносниками – іксодові кліщі. В Україні основним переносником збудників іксодових кліщових бореліозів (ІКБ) є європейський лісовий кліщ *Ixodes ricinus*, який характеризується широким колом прокормлювачів, агресивністю по відношенню до людини, тривалим циклом розвитку. В даний час під терміном «Хвороба Лайма» (Лайм-бореліоз) прийнято мати на увазі цілу групу етіологічно самостійних ІКБ.

Спірохета *Borrelia burgdorferi* формою нагадує штопороподібну звиту спіраль, що складається з осьової нитки, навколо якої розташована цитоплазма, її довжина від 11 до 25 мкм і ширина 0,18–0,25 мкм; розміри змінюються в різних господарях і при культивуванні. Завитки нерівномірні, при вітальному спостереженні виконують повільні обертальні рухи (розрізняють як право-, так і лівообертаючі форми). Морфологічно ці спірохети максимально схожі з трепонемами, проте більші за них розмірів.

Вони мають групи поверхневих антигенів, які визначають відмінність окремих штамів. Як і інші борелії, культивуються в модифікованому середовищі Kelly (селективне середовище BSK-K5). У даний час виділено більше 10 геномних груп, що належать до комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato*.

Джерелом і резервуаром збудника ІКБ є близько 130 видів ссавців, серед яких провідна роль належить гризунам, а також майже 100 видам птахів. В Україні спонтанна інфікованість бореліями встановлена у рудої, звичайної та підземної полівки, домашньої, жовтогорлої та польової мишей, звичайної та малої бурозубок. Життєвий цикл борелій тісно пов'язаний з життєвими циклами іксодових кліщів. Завдяки наявності трансоваріальної і трансфазної передачі борелій, іксодові кліщі одночасно виконують також роль їх резервуару.

Отже, ідентифікація безлічі геновидів збудника, його джерел і резервуарів, зумовлює подальше вивчення клініко-епідеміологічної ситуації Лайм-бореліозу, його клінічних проявів, методів діагностики та лікування.

Дідик Л.В.

ГЕНІТАЛЬНИЙ ГЕРПЕС: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(науковий керівник - к.мед.н. Меленко С.Р.)

Генітальний герпес – вірусне захворювання, що характеризується різноманітними клінічними симптомами. За сучасними даними кількість нових випадків захворювання щорічно зростає на 10 %. Хвороба може бути спричинена вірусом простого герпесу I (ВПГ-1) чи II (ВПГ-2) типу.

Питома вага хворих ВПГ-1 значно збільшилася за останні 10 років, що, певне, пов'язано із широким поширенням у суспільстві орально-генітальних контактів. Іноді причиною генітального герпесу можуть служити відразу обоє типів вірусів (ВПГ-1 і ВПГ-2). Встановлено, що 20–50% дорослих, які звертаються у клініку, мають антитіла до вірусу простого герпесу. У європейських країнах серед інфекцій, що передаються статевим шляхом, герпес посідає друге місце після трихомоніазу. Небезпека герпетичної інфекції полягає в її прямій онкогенній дії, а також непрямому канцерогенному ефекті, який проявляється в порушенні функції клітинних протоонкогенів, що призводить до виникнення злоякісних новоутворень шийки матки і піхви у жінок, а також передміхурової залози у чоловіків. Безсимптомне носійство вірусу у жінок є чинником ризику звичних викиднів і вродженої герпетичної інфекції у дітей.

Основний шлях передачі генітального герпе-

су – статевий. Вірус герпесу передається як при звичайних генітальних контактах (зазвичай ВПГ-2), так і при оральному (ВПГ-1) і анальному сексу (ВПГ-2). Зараження можливе при відсутності у статевого партнера будь-яких проявів захворювання більше, ніж у 50% випадків. Побутовий шлях зараження (наприклад, через предмети особистої гігієни) при генітальному герпесі зустрічається рідко. Вірогідність зараження вища, якщо є прояви герпесу або пошкодження шкіри та слизової оболонки (ранки, тріщини). Загальна вірогідність заразитися від інфікованого партнера-чоловіка для жінки – близько 17%. Використання презерватива знижує цю ймовірність майже у 2 рази.

Отже, поширеність генітального герпесу з кожним днем зростає. Тому проблема поширеності даної інфекції вимагає вивчення шляхом скринінгового обстеження рівня інфікованості вірусом простого герпесу першого та другого типів серед різних груп населення, зокрема серед хворих різними запальними процесами сечостатевого тракту під час їхнього звернення до спеціалістів, а також серед широкого загалу осіб (студенти, призівники, водії) під час профілактичних оглядів та медичних комісій.

Дрімак І.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНТЕРОСГЕЛЮ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(науковий керівник - Баланюк І.В.)

Головним напрямом лікувальних заходів при гострих кишкових інфекціях (ГКІ) має бути не тільки боротьба зі збудником, але і заходи, спрямовані на попередження розвитку важкого ендотоксикозу. Вирішальне значення відіграє застосування методу ентеросорбції, тобто раннє призначення у складі комплексної терапії ентеросорбентів.

Мета роботи: визначення ефективності препарату Ентеросгель у комплексному лікуванні хворих на ГКІ.

Матеріали і методи: аналіз клінічних та лабораторних даних з медичних карт хворих інфекційного відділення обласної клінічної лікарні м.Чернівці.

У дослідженні проведена оцінка клінічної ефективності Ентеросгелю в комплексній терапії середньотяжкої форми ГКІ осмотичного типу вірусної етіології та інвазивно-осмотичного типу вірусно-бактеріальної етіології у 23 хворих.

Результати. На підставі клінічних даних і результатів лабораторних досліджень осмотичний тип діареї встановлений у 12 хворих, з них у 4 пацієнтів встановлена ротавірусна етіологія, підтверджена реакцією латекс-аглютинації – РЛА. У групі хворих з ГКІ з інвазивно-осмотичним типом діареї (11 чоловік, 47,8%) у 2 осіб (18,2%) етіологічним чинником були ротавіруси та у 9 (81,8%) – представники умовно-патогенної

флори.

Встановлено, що включення Ентеросгелю в терапії ГКІ вірусної етіології сприяє вкороченню середньої тривалості симптомів інтоксикації і функціональних порушень з боку ШКТ. Видужання з нормалізацією стільця на 3-й день спостерігалось у 67% пацієнтів, а на 4-й день лікування – у всіх (100%) хворих, у той час як при проведенні базисної терапії – лише в 15 і 45% випадків відповідно. Крім того, Ентеросгель сприяв швидшому зменшенню симптомів інтоксикації, ексикозу і функціональних порушень з боку ШКТ у групі хворих з ГКІ вірусно-бактеріальної етіології. На 3-й день лікування сорбентом майже в половині випадків (46,7%), а на 5-й день – у всіх пацієнтів нормалізувалися частота, характер стільця і наступило клінічне одужання. При бактеріологічному дослідженні випорожнень було встановлено, що кількість хворих зі знизженими показниками біфідобактерій зменшилося з 84,7 (до лікування) до 64,7% після терапії, лактобактерій – з 69,3 до 24,7% відповідно.

Висновок. Таким чином, після закінчення 5-денного курсу лікування, елімінація з кишечника ротавірусу настала більш ніж у половині випадків (у 52,9%), а на 7-й день – у 88,2% хворих.



Дрімач С.М.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ЦИПРОФЛОКСАЦИНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ, СПРИЧИНЕНІ УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ БАКТЕРІЯМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - Голяр О.І.)

Поняття «харчові токсикоінфекції» (ХТІ) об'єднує подібні за клінічними проявами стани, викликані різними збудниками, до яких належать: сальмонели, ешерихії, протей, ієрсинії, клебсієли, ентерококи, клостридії, деякі бацили, парагемолітичні вібріони, лістерії та інші мікроорганізми. Останнім часом в етіотропному лікуванні хворих на ХТІ привертають увагу препарати групи фторхінолонів. Ципрофлоксацин є одним із найбільш активних монофторованих препаратів.

Метою дослідження було визначення терапевтичної ефективності ципрофлоксацину в комплексному лікуванні хворих на ХТІ, спричинених умовно-патогенними бактеріями (УПБ). Матеріали та методи. Проаналізовано 26 історій хвороб пацієнтів, які перебували на лікуванні в інфекційному відділенні обласної клінічної лікарні м.Чернівці з діагнозом: ХТІ, спричинена УПБ. Серед них було 12 чоловіків і 14 жінок, віком від 19 до 59 років. Залежно від етіотропного лікування хворі були розподілені на дві групи (по 13 в кожній) і рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю захворювання. Пацієнти основної групи отримували ципрофлоксацин, хворі контрольної групи — фуразолідон (9 хворих), ніфураксозид (5 хворих). Ефективність етіотропних препаратів у групах порівняння визначали за терміном регресії основних клінічних симптомів захворю-

вання: нормалізації температури тіла, характеру випорожнень, зникнення симптомів інтоксикації, болю в животі, а також ерадикації збудників.

Результати. У більшості пацієнтів обох груп спостерігався середньотяжкий перебіг захворювання, рідше захворювання перебігало в легкій і тяжкій формі. В клінічній картині переважали симптоми інтоксикації та ентероколіту. Інтоксикаційний синдром проявлявся загальним нездужанням, адинамією, підвищенням температури тіла (у 67,56% хворих основної групи і у 62,16% представників контрольної групи) до фебрильних цифр (38–40°C), головним болем. Нудоту і блювання відзначали відповідно у 32,43% і 27,02% пацієнтів. Лікування хворих з використанням ципрофлоксацину дозволило досягти позитивних результатів в 97,3% пацієнтів основної групи у порівнянні з контрольною групою (78,4%). За даними бактеріологічних досліджень, після проведеного лікування у 94,6% хворих основної і у 72,9% пацієнтів контрольної групи вдалось досягти ерадикації УПБ. Під час спостереження в жодного хворого, який отримував ципрофлоксацин, не виявлено побічної дії препарату.

Висновки. За даними аналізу динаміки результатів клінічних та бактеріологічних досліджень використання ципрофлоксацину в лікуванні ХТІ, спричинена УПБ, є обґрунтованим.

Дрозд В.Ю.

МАЛЯРІЯ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФІЛАКТИКИ.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - Голяр О.І.)

Вступ. Велика кількість українських туристів їдуть відпочивати в такі ендемічні відносно малярії країни як Єгипет, Туреччина, Індія та ін. Дана проблема актуальна і для великого числа робітників, моряків, льотчиків, які відбувають в ендемічні зони. Більшість з них хіміопротекцію не проводять, і, на жаль, досить часто реєструється пізніше звернення хворих і пізня діагностика малярії. На малярію у світі хворіє до 500 млн чоловік щороку, і вона залишається найпоширенішою інфекцією після грипу. В ході еволюції паразити виробили антигенну мімікрію і численні механізми вислизання від дії ефекторів імунної системи. До того ж, імунітет проти однієї стадії розвитку паразита не завжди поширюється на наступні стадії. Малярійний плазмодій висилає назустріч циркулюючим імуноглобулінам свій розчинний інактивуючий S-антиген. Це призводить до вираженого імунокомплексного процесу. Паразити варіюють структуру своїх антигенів, імітують епітопи господаря або формують «конверт» з його адсорбованих антигенів, уникаючи імунного нагляду. На даний час ведеться розробка різних протималярійних вакцин, зокрема

відома фармацевтична компанія GlaxoSmithKline повідомила про успішне завершення двох крупномасштабних клінічних досліджень у Кенії та Танзанії. У процесі цих експериментів на двох великих групах дітей була досліджена нова вакцина проти малярії. Ця вакцина повинна блокувати рецептор протеїну RH5. Даний протеїн власне і дозволяє малярійному плазмодію проникнути в еритроцит і почати там розмножуватися. У групах вакцинованих дітей було відмічено зниження захворюваності малярією в межах 53–65%. Наразі плануються продовжувати роботи в напрямку допрацювання вакцини і збільшення ефекту дії вакцинації до 3–4 років. У наступному році вакцину чекає останнє, найбільш масштабне, клінічне дослідження: 16 тисяч дітей із одинадцяти районів Африки. У випадку його успішності вакцина через три–чотири роки вийде в етап масового виробництва.

Висновок. Отже, з нетерпінням чекаємо впровадження цієї вакцини в медичну практику як у світі, так і в Україні. Сподіваємось, що вона буде достатньо ефективною та дієвою.

Іванишин І.І.

ХВОРОБА ЛАЙМА: ПРИЧИНИ ТА СИМПТОМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(науковий керівник - Голяр О.І.)

Хвороба Лайма (іксодовий кліщовий бореліоз, Лайм-бореліоз, системний кліщовий бореліоз, Lyme disease [англ.]) – природно-вогнище-ве інфекційне захворювання з трансмісивним механізмом передачі збудника, що характеризується переважним ураженням шкіри, нервової та опорно-рухової систем і схильністю до хронічного перебігу.

Різноманітні клінічні форми хвороби Лайма відомі давно й описані як самостійні захворювання чи синдроми нез'ясованої етіології: хронічна мігруюча еритема, еритема Афцеліуса, кліщова кільцевидна еритема, акродерматит, хронічний атрофічний дерматит, лімфоденоз шкіри, серозний менінгіт, радикулоневрит, лімфоденарний менінгоградикулоневрит Банварта (синдром Банварта), хронічний артрит та ін.

Географічний спектр розповсюдження цієї інфекції досить широкий. Захворювання зустрічається на всіх континентах.

Збудник хвороби – грамнегативна спірохета комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato* родини *Borrelie*. Відомо понад десять геномних груп борелій, серед яких патогенними для людини є *Borrelia burgdorferi sensu stricto*,

Borrelia garinii, *Borrelia afzelii*. Поділ збудника на геномні групи має клінічне значення. Так, *B. burgdorferi sensu stricto* переважно асоціюють із ураженням суглобів, *B. garinii* – з розвитком менінгоенцефаліту, *B. afzelii* – з ураженнями шкіри.

Резервуар збудника в природі – мишовидні гризуни, дикі та домашні тварини, а також птахи. Передача борелій до людини здійснюється через укуси іксодових кліщів: *I. ricinus* та *I. persulcatus* – в Європі та Азії, а *Ixodes scapulari* і *Ixodes pacificus* – у Північній Америці. Зараженість кліщів зазвичай висока і становить 30–60%. Кліщі здатні вражати людину на всіх стадіях життєвого циклу: личинка-німфа-імаго.

Доведена можливість трансваріальної та трансфазової передачі збудника кліщами. Весняно-літня сезонність хвороби зумовлена періодом їхньої активності (травень-вересень). Деякі автори описують так звану «молочну гарячку» – аліментарне зараження при вживанні інфікованого молока домашніх тварин. Сприйнятливість людей до інфекції практично 100%. Випадки захворювання реєструються у всіх вікових групах.

Кірсанова Т.О., Сімонова О.В.

ЕТІОЛОГІЧНА ТА ВІКОВА СТРУКТУРА МІКСТ-ГЕРПЕСВІРУСНИХ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТІВ У ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Кузнєцов С.В.)

Герпесвіруси широко розповсюджені серед людей, вони пантропні, можуть уражати майже всі органи та системи людини.

Мета: визначити етіологічні та вікові особливості мікст-герпесвірусних менінгоенцефалітів у дітей.

Під спостереженням перебували 55 хворих віком 1 міс.–15 років, патологічний процес у яких був обумовлений поєднанням вірусів сімейства герпес. Верифікація діагнозу здійснювалася шляхом виявлення специфічних антитіл до вірусів методом імуноферментного аналізу, ДНК вірусів у сироватці крові та лікворі методом полімеразної ланцюгової реакції, мікроскопічним методом.

У 15 дітей (27,3%) патологічний процес був обумовлений поєднанням вірусу простого герпесу (ВПГ) та цитомегаловірусу (ЦМВ), 13 (23,5%) – цитомегаловірусу та вірусу Епштейна-Барр (ВЕБ), 21 (38,2%) – вірусом простого герпесу, цитомегаловірусом і вірусом Епштейна-Барр.

Серед дітей з ураженням центральної нервової системи (ЦНС), що обумовлене поєднанням ВПГ та ЦМВ, 2 хворих (13,3%) – діти першого року життя, 3 (20,0%) – 1–3 років, 4 (26,7%) – 4–6 років, 2 (13,3%) – 7–11 років, 4 (26,7%) – 12–15 років. За ступенем тяжкості хворі розподілилися наступним чином: 13 (86,7%) – з середньотяжкою формою захворювання, 2 (13,3%) – з тяжкою. 2 хво-

рих (13,3%) – діти першого року життя, 3 (20,0%) – 1–3 років, 4 (26,7%) – 4–6, 2 (13,3%) – 7–11, 4 (26,7%) – 12–15.

В групі дітей, де в якості етіологічного чинника захворювання виступали ЦМВ і ВЕБ, у 9 хворих (69,2%) зареєстрована середньотяжка форма хвороби, у 4 (70,4%) – тяжка. Серед хворих дітей першого року життя не було виявлено, дітей 1–3 років було 4 (30,7%), 4–6 – 3 (23,1%), 7–11 – 1 (7,7%), 12–15 років – 5 (38,4%).

Серед дітей з ураженням ЦНС, що викликане поєднанням ВПГ, ЦМВ та ВЕБ, у 8 дітей (38,1%) захворювання перебігало в середньотяжкій формі, 13 (61,9%) – тяжкій. З них діти першого року життя – 2 (9,5%), 1–3 років – 9 (42,9%), дітей 4–6 – не зареєстровано, 7–11 – 6 (28,6%), 12–15 років – 4 (19,0%).

Таким чином, у дітей частіше зустрічається ураження ЦНС, що обумовлене поєднанням трьох герпесвірусів (ВПГ, ЦМВ, та ВЕБ), і в цьому випадку захворювання найчастіше реєструється у віці 1–3 років та перебігало у вигляді тяжкої форми менінгоенцефаліту. Ураження ЦНС двома герпесвірусами (ВПГ та ЦМВ; ЦМВ та ВЕБ) зустрічалося приблизно з однаковою частотою та частіше перебігало у середньотяжкій формі, але за віком вони мають деякі відмінності.



Коротий О.А.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КРАСНУХИ У ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - Голяр О.І.)

Краснуха – гостре вірусне захворювання, яке характеризується помірною інтоксикацією, короткочасним підвищенням температури, катаральним запаленням слизових оболонок носа, очей, крапчастим або плямистим висипом, гіперплазією потиличних та задньошийних лімфатичних вузлів.

Кількість вагітних, хворих на краснуху, з кожним роком збільшується. Однією із причин є масова відмова від вакцинації та, відповідно, зростання кількості захворювань даною інфекцією. Зараження краснухою вперше під час вагітності дуже часто призводить до викиднів, хронічного інфікування та мертворожденості плоду. Але така небезпека дуже велика, якщо зараження відбулося в першому триместрі вагітності. Ризик зменшується, якщо зараження відбулося вже на перших тижнях другого триместру вагітності, зокрема, ризик краснушного синдрому в цьому випадку становить приблизно 1%.

Близько 25% новонароджених, матері яких інфікувалися краснухою протягом першого триместру вагітності, народжуються з одним або більше дефектами розвитку: дефекти зору, втрата слуху, вади серця, розумова відсталість і

церебральні паралічі.

Метою нашого дослідження є вивчення наслідків впливу на плід вірусу краснухи, що належить до роду Rubivirus, родини Togaviridae, якщо зараження відбулося у I триместрі вагітності та повернути увагу майбутніх лікарів до цієї проблеми.

Матеріали та методи. Нами вивчено 15 історій хвороб хворих краснухою вагітних жінок у I триместрі вагітності, що було госпіталізовано в клініку ОКЛ в 2007–2012 роках. З них у віці 20–25 років було 10 пацієнток, 26–30 років – 4 особи, старше 30 років – 1 хвора.

Відмічено відносно пізні строки звернення хворих за медичною допомогою: 1/3 жінок звернулись до лікаря після 3 дня хвороби, а 1 жінка – після 10 доби. В результаті опитування було виявлено, що жодній хворій у дитинстві не проводилось щеплення проти краснухи, і вони не хворіли впродовж життя.

Висновки. Таким чином, враховуючи дані вакцинального анамнезу захворілих жінок, вважаємо за необхідне проведення щеплень згідно віку та регламентувальних документів.

Мойсик О.М.

МЕТОДИКА НАПРАВЛЕННОГО ТРАНСПОРТУ АНТИБІОТИКІВ У ЛІКУВАННІ ПНЕВМОНІЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - Голяр О.І.)

Щороку пневмонія, як ускладнення інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів, виникає у 1млн. людей в Україні. Дане захворювання займає одне з перших місць серед причин смертності від інфекційних захворювань, загальна летальність при пневмонії становить 2 – 3%. Традиційна антибактеріальна терапія часто є недостатньо ефективною внаслідок того, що порушується система гомеостазу і знижується здатність доставки препарату у вогнище запалення.

Метою роботи було визначення ефективності методики направленного транспорту антибіотиків у лікуванні даного захворювання.

Було проаналізовано 20 історій хвороб пацієнтів віком від 18 до 35 років, у яких пневмонія виникла після перенесених інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів. Хворі скаржилися на високу температуру тіла 38–39С, кашель з виділенням невеликої кількості мокротиння слизово-гнійного характеру, біль у відповідній ділянці грудної клітки, остуду, загальну слабкість, зниження апетиту. Діагноз підтверджено за допомогою фізикальних (перкусія, пальпація грудної клітки, аускультация легень); інструментальних (рентгенографії органів грудної клітки у 2-х проекціях) та лабораторних (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, мікроскопічне та культуральне

дослідження мокротиння) методів дослідження. Хворих розділено на 2 групи: перша (контрольна) – 10 хворих, яким проводилося традиційне лікування (антибактеріальна, детоксикаційна, імуномодуюча, десенсибілізуюча та загальноозміцнююча терапія); друга група (основна) – 10 хворих, яким, крім традиційного лікування, проводилася методика направленного транспорту антибіотиків (НТА). Методика НТА полягала в тому, що від хворих проводився забір крові та її центрифугування, у відсепаровану клітинну масу вводили разову дозу антибіотиків, враховуючи чутливість мікроорганізмів і вводили її внутрішньовенно хворим. Курс лікування складав 5 процедур.

У 9 (90%) хворих основної групи позитивний ефект клінічного стану (зменшення інтоксикації, кашлю, нормалізація температури тіла та лабораторних показників) відмічався на 2–3 добу, тобто після 1–2 сеансів НТА. У контрольній групі позитивний ефект спостерігався у 7 (70%) хворих на 10–12 день від початку лікування.

Таким чином, методика НТА при пневмонії, що розвинулася як ускладнення інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів, дозволяє швидше і ефективніше досягнути позитивного результату, знижує тривалість курсу антибіотикотерапії

Позиняк І.А., Гранат А.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - к.мед.н. Меленко С.Р.)

Основним фактором, який ускладнює епідеміологічну ситуацію з ВІЛ-інфекції та хронічного гепатиту С (ХГС) в Україні, є залучення в епідемічний процес підлітків і людей молодого віку. За даними ВООЗ, на сьогодні в світі спостерігається біля 170 млн носіїв ХГС і біля 35 млн інфіковано ВІЛ.

Мета дослідження: проаналізувати клінічний перебіг хронічного гепатиту С у хворих на ВІЛ-інфекцію.

Матеріали дослідження. Обстежено 34 хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які перебували на амбулаторному спостереженні протягом 2011–2012 рр. в обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом м. Чернівці. Серед зазначених пацієнтів було 14 чоловіків і 10 жінок віком від 19 до 44 років. Для визначення серологічних маркерів ХГС використовували набори «ІФА-НСV-стрип», розраховані для первинного аналізу сироватки та плазми крові на наявність антитіл до вірусу гепатиту С методом ІФА.

Результати дослідження. Маркери вірусних гепатитів було виявлено в 19 з 34 пацієнтів (55,9 %), а ІgG до НCV виявлялись у 11 хворих (32,3 %). Слід зазначити, що в більшості випадків у зразках сироватки анти-НСV-позитивних пацієнтів

виявлявся повний набір спектру антитіл до антигенів НCV (антитіла класу ІgG до Core-, NS3-, NS4-, NS5-антигенів). Це, як правило, корелювало з активною реплікацією збудника гепатиту С. Аналіз частоти виявлення серологічних маркерів ко-інфекцій вірусного генезу залежно від шляху інфікування ВІЛ показав, що маркери гепатиту С виявляли в осіб, які інфікувалися ВІЛ, ймовірно, через парентеральне введення наркотиків. Встановлено, що в зразках плазми 9 (87,8 %) із 11 пацієнтів наявна РНК НCV.

Клінічно в I та II клінічній стадії (6 пацієнтів (54,5 %)) недуга перебігала зазвичай безсимптомно. У III клінічній стадії супутній ХГС зазвичай також перебігав без особливих клінічних проявів. Щоправда пальпаторно в цих осіб як правило відзначали збільшення розмірів печінки і селезінки до 1–2 см, а у 3 (27,2 %) пацієнтів і їх ущільнення, яке, поряд з ознаками портальної гіпертензії, свідчило про формування цирозу печінки. У всіх хворих зі СНІДом спостерігались збільшення печінки до 2 см та ущільнення її країв. Висновки. Розвиток ВІЛ-інфекції сприяє активній реплікації НCV. Перебіг поєднаної інфекції ВІЛ і ВГС залежить від тяжкості імунодефіциту, обумовленого ВІЛ-інфекцією.

Позиняк І.А., Гранат А.В.

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - к.мед.н. Меленко С.В.)

Інфекція, викликана вірусом гепатиту С (ВГС), в осіб, інфікованих вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), вийшла на перший план серед причин захворюваності і смертності. Поєднання ВІЛ-інфекції з гепатитом С зустрічається часто, що пояснюється спільними шляхами передачі інфекції. За даними різних авторів, поширеність ВГС серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів коливається в межах від 33 до 59 %, а серед споживачів ін'єкційних наркотиків може перевищувати 80 %. Мета дослідження: проаналізувати особливості перебігу поєднаної інфекції ВІЛ і ВГС на сучасному етапі.

Результати дослідження. Перебіг поєднаної інфекції ВІЛ і ВГС залежить від тяжкості імунодефіциту, обумовленого ВІЛ-інфекцією. Посилення імунодефіциту прискорює прогресування гепатиту С. За оцінками, тривалість латентного періоду перебігу гепатиту С до появи ознак печінкової недостатності або печінково-клітинного раку у пацієнтів з поєднаною інфекцією становить 10–20 років, у той час як у пацієнтів, інфікованих тільки вірусом гепатиту С, він складає 30–40 років.

Розрізняють кілька варіантів клінічного перебігу ВГС. У більшості випадків гостра ВГС-інфекція перебігає безсимптомно, і такі пацієнти не підозрюють, що вони інфіковані. У гострій фазі

симптоми можуть проявлятися незначною втомою, поганим самопочуттям, болем у животі й жовтяницею. Ці симптоми виникають через 6–7 тижнів після зараження. У 15 % хворих може настати видужання, але у решти розвивається ХВГС. Поява більш ефективних препаратів для лікування ВІЛ-інфекції призвело до збільшення тривалості життя ВІЛ-інфікованих, які стали доживати до появи симптомів печінкової недостатності, обумовленої гепатитом С. Зараз у деяких лікувальних установах печінкова недостатність служить найчастішою причиною смерті ВІЛ-інфікованих.

Мета лікування гепатиту С у ВІЛ-інфікованих – домогтися повного зникнення з крові РНК вірусу гепатиту С або «стійкої вірусологічної відповіді» (СВВ). СВВ визначається як відсутність РНК ВГС у крові через шість місяців після завершення лікування. Лікування гепатиту С у ВІЛ-інфікованих і не інфікованих ВІЛ проводиться однаково: пегільований інтерферон і рибавірин. Висновки. Вірус гепатиту С не чинить істотного впливу на перебіг ВІЛ-інфекції. Антиретровірусна терапія може сприяти поліпшенню перебігу гепатиту С і віддалити появу симптомів печінкової недостатності. Тому пацієнтам, інфікованим ВІЛ і ВГС, рекомендується починати АРТ (при кількості CD4 <500 мкл-1).



Рудяк Я.П.

ДИНАМІКА ПОШИРЕНOSTІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ СКАЗУ НА ТЕРИТОРІЇ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Чернівецький медичний коледж БДМУ, Чернівці, Україна
Предметно-циклова комісія вузьких дисциплін
(наукові керівники - Денисенко О.В., Дригубко Ж.Д.)

Актуальність сказу визначає зростання його поширеності в більшості країн світу, в тому числі й Україні. За даними ВООЗ, щорічно від сказу помирає біля 55 тисяч осіб та майже 10 мільйонів отримують антирабійну допомогу.

Сказ – гостра інфекційна хвороба (збудник – РНК-вірус із родини Rhabdoviridae), яка передається людині від хворих тварин шляхом укусу, викликає ураження центральної нервової системи і завершується летально.

Мета роботи. З'ясувати динаміку поширеності та особливості епідеміології сказу на території Чернівецької області за останні 5 років.

Матеріали та методи. З метою визначення сучасних особливостей епідеміології сказу на території Чернівецької області проведено аналіз статистичних звітів відділу особливо небезпечних інфекцій обласної СЕС щодо поширеності сказу в Чернівецькій області в 2007–2012 рр.

Результати дослідження. Встановлено, що впродовж 2007–2012 рр. в Чернівецькій області зареєстровано 69 випадків сказу серед тварин. Аналіз їх динаміки засвідчив, що захворюваність на сказ серед тварин на території Буковини носить хвилеподібний характер зі зниженням в 2008–2009 рр. (5 та 7 випадків відповідно) і зро-

станням в 2011 р. (18 випадків). Важливим є той факт, що за останні роки в Чернівецькій області відбуваються зміни серед тварин-резервуарів сказу: збільшення частки свійських тварин (55,1%) порівняно з дикими (44,9%). Також виявлено, що якщо у 2007–2008 рр. основним джерелом сказу серед диких тварин в області були лисиці, то починаючи з 2009 р. все частіше (40,0%–100,0%) джерелом сказу є куниця, а серед свійських тварин – коти (в 1,9 рази частіше, аніж собаки). Важливо також відзначити, що кількість мешканців Чернівецької області, які звернулися за антирабійною допомогою у 2012 р. збільшилася порівняно із 2007 р. на 45 %, а кількість випадків, які потребували призначення антирабійних щеплень – на 60,1%.

Висновки. В Чернівецькій області епідеміологія сказу серед тварин має динамічний характер, основним джерелом сказу в останні роки є свійські тварини, зокрема коти, а серед диких тварин все частіше джерелом сказу є куниця. Частота звернень за антирабійною допомогою серед населення Чернівецької області за останні 5 років збільшилася на 45%, що вказує на зростання актуальності проблеми сказу на території Чернівецької області.

Саніна К.С.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВЕБ-ІНФЕКЦІЇ

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, Харків, Україна
Кафедра загальної та клінічної імунології та алергології
(науковий керівник - д.мед.н. Попов М.М.)

Родина Herpesviridae – це найбільш розповсюджена родина вірусів на планеті, що обусловлює необхідність інформованості лікарів про цих патогенів, а також про сучасні методи діагностики подібних уражень.

Інфекція, викликана вірусом герпесу людини 4 типу (HHV-4), або вірусом Епштейн-Бар (англ. Epstein-Barr virus, EBV), займає важливе місце в структурі інфекційних уражень вірусної етіології. Вірус Епштейн-Бар (ВЕБ) характеризується онкогенними властивостями. Вірус широко поширений серед дитячого населення, але також може інфікувати і дорослих.

Критеріями діагностики наявності ВЕБ-інфекції є підвищення титрів антитіл (АТ) до антигенів (АГ) вірусу (свідчать про наявність інфекційного процесу в даний час або про контакт з інфекцією в минулому).

При гострій ВЕБ-інфекції, в залежності від стадії хвороби, в крові визначаються різні класи АТ до АГ вірусу, відбувається зміна «ранніх» АТ «пізні». Специфічні IgM-АТ з'являються в гострій фазі захворювання або в період загострення і через 4–6 тижнів, як правило, зникають. IgG-АТ до EA (ранні) також з'являються у гострій фазі, є маркерами активної реплікації вірусу і при одужанні знижуються через 3–6 місяців. IgG-АТ до VCA (ранні) визначаються в гострому періоді

з максимумом до 2–4 тижні, потім їх кількість знижується, і пороговий рівень зберігається три-чотири місяці після гострої фази, і їх вироблення зберігається протягом всього життя.

При хронічній активній ВЕБ-інфекції більш, ніж у половини хворих в крові визначаються «ранні» IgG-АТ, у той час як специфічні IgM-АТ визначаються значно рідше, при цьому зміст пізніх IgG-АТ до EBNA коливається залежно від стадії загострення і стану імунітету. Надмірно високі титри АТ до капсидного і раннього антигенів при відсутності АТ до нуклеарного антигену відображають неспроможність імунологічного контролю розмноження вірусу.

За допомогою методу ПЛР проводять визначення ДНК ВЕБ у різних біологічних матеріалах: слині, сироватці крові, лейкоцитах і лімфоцитах периферичної крові. При необхідності проводять дослідження в біоптатах печінки, лімфовузлів, слизової оболонки кишечника і т.д. Чутливість ПЛР при інфекційному мононуклеозі нижче, ніж при інших герпесвірусних інфекцій. Паст-інфекція характеризується появою IgG до нуклеарного антигену, а також наявністю IgG до вірусного капсидного антигену. При реактивації інфекції відбувається збільшення титрів IgG.

Святозільська Т.П.

ЧИ ПОТРІБНА ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ?

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
(науковий керівник - Голяр О.І.)

На протязі століть лікарі, вчені та філософи висловлювали думку про необхідність не стільки лікувати, скільки запобігати захворюванню. Проте, людство, навіть, не могло й уявити ті успіхи, які забезпечить цей напрямок науки, а саме вакцинація, завдяки якій в світі врятовані мільйони людських життів. І в той же час, знаходяться люди з дипломами лікарів, що виступають проти проведення вакцинації, яка, з їхньої точки зору, шкідлива для людей.

Мета дослідження: з'ясувати, чи потрібна сьогодні вакцинація і що вона дала людству.

Матеріали та методи: нами було проведено огляд наукової літератури з ціллю відповісти на запитання: яка ситуація сьогодні з деякими інфекційними захворюваннями, проти яких проводиться імунізація?

Результати. Найбільш переконливо на питання можна відповісти на прикладі окремих загальновідомих інфекційних хвороб, які найбільш частіше зустрічаються і призводять до важких ускладнень, і навіть смерті. Значний вплив справила імунізація на захворюваність такою небезпечною інфекційною хворобою, як правець. Перебіг хвороби надзвичайно важкий і в кожного другого правець закінчувався смертю. Лише щеплення дозволили зберегти щорічно життя більш, ніж 0,5 млн. людей. Так само і ве-

дення вакцинації проти кору в Україні сприяло зменшенню захворюваності більш ніж у 100 разів. Якщо до вакцинації на початку 60-х років в Україні на кір хворіло в середньому близько 300 тис. осіб і показник захворюваності коливався в межах від 500 до 800 на 100 тис. населення, то в 2000 році цей показник становив 1,7 на 100 тис., тобто був у сотні разів нижчий. Відповідно оптимальним заходом боротьби з кашлюком також визнано вакцинацію. Завдяки імунопрофілактиці щорічно в світі вдається запобігти 5 млн. випадків кашлюку та попередити 760 тис. летальних закінчень хвороби. Проте і сьогодні кашлюк залишається світовою проблемою. З 1960 року в Україні почали проводитись профілактичні щеплення проти кашлюку. Проте лише після того, як імунізація набула масового характеру захворюваність на кашлюк почала зменшуватись.

Висновок. Наука лише у вигляді щеплень надала практичній медицині надійний метод попередження інфекційних захворювань. І тому, тільки некомпетентні люди можуть заперечувати необхідність вакцинації. Вакцинація – це благо цивілізації, свідчення науково-технічного прогресу, відмовлятися від неї безглуздо і небезпечно.

Сорокіна О.О.

РОЗПОДІЛ ГРУП КРОВІ (AB0) У ДОНОРІВ-НОСІЇВ HBs-Ag ТА АНТИ-HCV

Медичний інститут Сумського державного університету, Суми, Україна
Кафедра гігієни та екології з курсом мікробіології, вірусології та імунології
(науковий керівник - д.мед.н. Каплін М.М.)

Вступ. Розповсюдження вірусних гепатитів В і С є актуальною проблемою сьогодні. Це зумовлено тим, що ці захворювання часто супроводжуються такими ускладненнями як хронізація, цироз та рак печінки. З літератури відомо, що люди з різними групами крові мають різну схильність до багатьох захворювань. Дані відносно гепатитів В і С з цього питання в літературі висвітлені недостатньо.

Мета роботи. Виявлення можливого зв'язку захворюваності на вірусні парентеральні гепатити В і С з групою крові людини (AB0).

Матеріали і методи дослідження. Робота виконана на базі вірусологічної лабораторії Сумського обласного центру служби крові (головний лікар – Любчак В.П.). Донорська кров досліджувалась на наявність HBsAg та анти-HCV методом імуноферментного аналізу.

Висновки. Зроблений аналіз розповсюдження парентеральних гепатитів серед донорів за одинадцять років з 2000 по 2010 роки. При обстеженні 178725 донорів на наявність HBsAg і анти-HCV зафіксовані коливання інфікованості серед них. Показники мають хвилеподібний характер, а саме: то стрімко зростають (з 2000р.), то стрімко спадають (з 2006 р.). З проведених нами досліджень випливає, що донори з АВ (IV) групою крові були більш чутливі і більш схильні до зараження вірусом гепатиту С – 55% (t=18) та зараження вірусом гепатиту В – 34% (t=8). Тобто особи з АВ(IV) групою крові є найбільш чутливіми до вірусів гепатиту В та С. Щодо інших груп крові то середню чутливість має А(II) та В(III) групи крові щодо гепатиту В, та А(II) і О(I) щодо гепатиту С. Низьку чутливість має О(I) група щодо ГВ та В(III) група крові щодо гепатиту С.



Туманова О.А., Чобан Г.П.

ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ НА ТЕРНОПІЛЬЩИНІ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, Тернопіль, Україна

Кафедра медичної біології

(науковий керівник - д.мед.н. Федонюк Л.Я.)

В останні роки значення Лайм-бореліозу (ЛБ) в світі постійно зростає у зв'язку з розширенням розповсюдженості та зростанням чисельності переносників у результаті екологічних змін, заносом птахами заражених кліщів (Кл) на нові території, а також процесів масивної міграції людей. Західний регіон України визнано ендемічним осередком іксодового кліщового бореліозу (ІКБ). Захворюваність населення зростає майже в 33 рази: з 0,17 до 5,6 випадків на 100 тис. нас. при 3,49 по Україні в 2011 році.

Метою роботи було проаналізувати клініко-епідеміологічну ситуацію щодо ЛБ на території Тернопільської області.

Основним переносником ІКБ на території Тернопільської області є лісовий європейський кліщ *I. ricinus*. Згідно ентомологічного моніторингу, епідеміологічна ситуація по ЛБ в Тернопільській області (То) з року в рік загострюється. Якщо в 2001 році зареєстровано лише 2 випадки, то в 2011 - 60. Відзначається збільшення тривалості

сезону активності Кл: якщо в 2005 році він тривав із червня по жовтень, то у 2012 - поява перших Кл на території То відзначалась вже в III-й декаді лютого. За даними обласної СЕС у 2011 році на території То укусам Кл люди найчастіше (75,4%) піддавались у сільській місцевості. Напади Кл відмічались при відвідуванні лісопаркових осередків міста (33%), в лісі (27,7%), при перебуванні на дачі (10,8%) та при роботі на присадибних ділянках (16,7%). При аналізі даних історій хвороб пацієнтів, які лікувались в інфекційних стаціонарах То з приводу ЛБ встановлено, що найчастіше хворіють люди віком 30-49 і 50-59 років, за соціально-професійним складом - це пенсіонери та непрацюючі особи (40,4%).

Отже, територія Тернопільщини є ендемічною щодо іксодового кліщового бореліозу - хвороби Лайма, і це потребує своєчасного проведення активної інформаційно-освітньої роботи серед населення області.

Чопорова А.И.

РИСК ВОЗНИКНОВЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ГЕПАТИТА: ОПЫТ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПРЕВЕНТИВНЫХ МЕР ВО ФТИЗИАТРИИ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

(научный руководитель - д.мед.н. Шевченко О.С.)

Лечебная тактика медикаментозного поражения печени (МПП) у больных туберкулезом остается ограниченной гепатопротекторами, которые широко применяются в общей лечебной сети, не всегда учитывает характер патологии печени, которая варьирует от субклинических признаков функциональной адаптации до гепатоцеллюлярного поражения с нарушением печеночного кровотока. Совместимым и способным обеспечить повышение биодоступности гепатопротектора аргинина глутамата (АГ) следует считать магнитолазеротерапию (МЛТ), однако остается малоизвестными преимущества их использования во фтизиатрической практике.

Целью исследования была разработка режимов применения АГ и МЛТ на основании оценки клинико-лабораторных показателей функции печени и тонуса сосудов микроциркуляции печени (СМП).

Под нашим наблюдением было 154 больных впервые диагностированным туберкулезом легких (ВДТЛ). Стандартная антимикобактериальная фармакотерапия (САФ) 46 больных (1 группа) дополнена курсом АГ, у 27 больных (3 группа) - курсом МЛТ, у 38 больных (2 группа) - ком-

плексным их применением по разработанной схеме. 43 пациента группы контроля получали САФ+силимарин-содержащие гепатопротекторы.

Опытным путем установлена целесообразность применения АГ при токсико-аллергических реакциях с повышением уровня трансаминаз крови до 5 раз (относительно верхней границы нормы) с клиническими симптомами или без них, которые сопровождаются спазмом СМП, а также при токсических реакциях с признаками мезенхимального воспаления (повышение уровня гаптоглобина крови) и гипотонии СМП. Выявлена эффективность применения курса МЛТ при токсических реакциях с холестазом (повышение уровней гаммаглутамилтранспептидазы, общего билирубина и его прямой фракции) и гипотонией СМП. Спазм СМП достигнут применением курса АГ у (82,3±9,2)% больных, курсом МЛТ у 60,81±6,2%, комплексным их применением - у 78,7±7,1%, в контрольной группе - у 30,7±12,8% (p<0,05); гипотония СМП - курсом МЛТ у 66,6±27,2% больных или курсом АГ - у 57,1±18,7% больных, в контрольной группе - у 33,3±19,2% больных.

Шкарутяк А.Є., Копельчук А.Ю.

ІНТЕГРАТИВНІ ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(наукові керівники - к.мед.н. Венгловська Я.В., к.мед.н. Богачик Н.А.)

Проблема гострих кишкових інфекцій (ГКІ) продовжує залишатися актуальною. Спостерігається чітка тенденція зростання захворюваності на ГКІ та значне збільшення спектру їх збудників, особливо належних до умовно-патогенної мікрофлори.

Метою нашого дослідження було вивчення рівня ендогенної інтоксикації у хворих на харчові токсикоінфекції викликані умовно-патогенними збудниками.

Проведено клінічні і лабораторні дослідження (загальноклінічні і бактеріологічні) у 14 хворих на харчові токсикоінфекції, що були спричинені умовно-патогенною флорою (цитробактер, клебсієлла, патогенний стафілокок). Перебіг хвороби у всіх обстежених – середньої тяжкості, гастроентеритний варіант (гострий початок хвороби, короткий інкубаційний період, короткочасне підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, нудота, блювання, біль переважно в епігастрії та навколо пупка, рідкі випорожнення без патологічних домішок).

Усі хворі отримували базисну терапію: дезінтоксикаційно-регідратаційну з введенням сольових розчинів парентерально та орально, ентеросорбенти (ентеросгель), ферментні препарати, спазмолітики, антибактеріальні препарати (ніфуроксазид, норфлоксацин).

Розраховували інтегративні показники ендогенної інтоксикації – ЛІІ (лейкоцитарний індекс інтоксикації), ІЗЛК (індекс зсуву лейкоцитів крові), ГПІ (гематологічний показник інтоксикації), Ілімф (лімфоцитарний індекс).

$LII = (4M + 3Y + 2P + C) \times (Pl + 1) : (L + Mo) \times (E + 1)$, де М – мієлоцити; Ю – юні; П – паличкоядерні; Пл – плазмоцити; С – сегментоядерні нейтрофіли; Л – лімфоцити; Мо – моноцити; Е – еозинофіли.

Індекс зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК): $I3LK = (E + B + H) / (Mo + L)$, де Е, В, Н, Мо і Л – відповідно процентний вміст еозинофілів, базофілів, нейтрофілів, моноцитів, лімфоцитів у лейкоцитарній формулі.

Висновки: застосування інтегративних показників ендогенної інтоксикації є доцільним у хворих на харчові токсикоінфекції.

Юзько В.О.

ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології

(науковий керівник - Голяр О.І.)

Щоденно у світі народжується понад 1.5тис. ВІЛ-інфікованих дітей. Дітям, що живуть з ВІЛ-інфекцією, часто доводиться зустрічатися з соціально-психологічними проблемами. ВІЛ є основною причиною порушення їх прав – права на турботу, захист і любов.

Для вивчення соціальних проблем ВІЛ-інфікованих дітей проведено соціологічне дослідження у формі письмового анкетування населення. В опитуванні взяли участь 180 респондентів трьох категорій: медики 33,3%, пересічні громадяни 33,3%, освітяни 33,3%. За результатами дослідження: 86% опитаних вважають, що потрібно привертати увагу до проблем ВІЛ-інфікованих дітей, 67% респондентів вважають, що можливості соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих дітей є низькими, 52% опита-

них вважають, що ВІЛ-інфіковані діти не повинні перебувати в контакт з здоровими дітьми, 70% населення вважають соціальну рекламу, присвячену проблемам ВІЛ-інфікованих дітей, непрофесійною. Об'єктивно рівень знань населення виявився низьким.

Висновки. Населення усвідомлює проблеми соціального стану ВІЛ-інфікованих дітей, у респондентів наявні бар'єри у спілкуванні з ВІЛ-інфікованими дітьми, що можна пов'язати з низьким рівнем знань населення. Для вирішення проблем соціального стану ВІЛ-інфікованих дітей, ми пропонуємо проводити санітарно-освітню роботу, удосконалення соціальної реклами, спеціальні тренінги для медиків і освітян, проведення роботи з ВІЛ-інфікованими дітьми.



Кардіологія та ревматологія

Buriak V.V., Sandomov A.S., Poliakova G.V., Shkolovoy V.V., Vyshniakova V.S.
CLINICAL ASPECTS OF COMPLEX ARTERIAL HYPERTENSION TREATMENT

Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Department of internal diseases №2

(scientific advisers - M.D., Ph.D. Vizir V.A., M.D., Ph.D. Prichodjko I.B.)

Arterial hypertension (AH) is one of the most spread noninfectious pandemics, which one presented as basic reason of morbidity and mortality in adult population. That's why, question about effective strategy of complex treatment of AH is actual today, including etiology, pathology and symptomatic approaches. The aim of the study was to establish the clinical characteristics of vinpocetine application in cerebral perfusion correction in patients with AH. Methods and materials: there were involved 85 hypertensive patients aged 42–73 years. They have been administered of amlodipine besylate 10 mg daily for 26 weeks along. Control group were presented by 40 persons with vinpocetine 30 mg daily additionally application. Twice, during the treatment period, for all subjects was carried out the ultrasound scanning of brachiocephal arteries with the total cerebral blood flow volume (ΣFV) estimation. Results: the initial arterial blood pressure (BP) and ΣFV levels in hypertensive patients with or without following vinpocetine

administration were comparable ($P > 0,05$) – $165,0 \pm 1,41 / 98,8 \pm 1,01$ mmHg, $662,69 \pm 2,46$ ml/min and $161,04 \pm 1,63 / 97,48 \pm 0,91$ mmHg and $669,24 \pm 2,33$ ml/min accordingly. As a treatment result, basic and control group patients had significantly ($P < 0,01$) reduction of systolic BP – 14,7% and 19,99%, diastolic BP – 7,84% and 11,05% accordingly. Arterial BP reduction was accompanied with significantly ($P < 0,05$) ΣFV increased – 11,94%, exclusively in patients with additional vinpocetine administration. Conclusions: 1. Complex AH therapy with amlodipine besylate and vinpocetine using has an adequate hypotensive and additive cerebral blood flow volume correction effects. 2. Cerebral perfusion correction effect due to vinpocetine application in hypertensive patients could be as a result of its pharmacodynamic properties, which can lead to increasing of cerebral fraction of cardiac output and selective decreasing of peripheral resistance in brain vessels.

Bakhsh O.M., Ojo O.O., Ogunde D.Y., Irynychyna K.A.

SEVERAL NEURO-HUMORAL PECULIARITIES OF ACUTE NON-Q-WAVE MYOCARDIAL INFARCTION FORMATION DEPENDING ON SEX

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Internal medicine, physical rehabilitation and sport medicine

(scientific adviser - PhD Grechko S.I.)

43 patients (32.2% male and 67.7% female, mean age 56.6 ± 2.3 years) with non-Q-wave myocardial infarction were observed in order to study neuro-humoral factors of the ischemic cardiac disease (ICD) destabilization.

Materials and Methods. Blood lipids level was studied at Paragon electrophoresis Manual devise (Sweden). Thyroid hormones level – thyroxine (T3), triiodothyronine (T4), thyrotrophin (TTH), and cortifan, estradiol, progesterone and testosterone levels were researched using radioimmune analyzer “GAMMA-5” (Ukraine-Hungary) with “Ria” set (Belorussia).

Results. Total serum cholesterol level (TSC) was 6.51 ± 0.21 mmol/l, triglycerides (TG) – 2.17 ± 0.18 mmol/l, very low-density lipoproteins (VLDLP) – $40.7 \pm 1.2\%$, low-density lipoproteins (LDLP) – $26.5 \pm 1.5\%$ and chylomicrones – $0.68 \pm 0.11\%$. Lipids haemostasis disorders were more expressive in male patients accordingly to TSC: 6.71 ± 0.5 mmol/l and 6.47 ± 0.29 mmol/l ($p > 0.5$), TG: $2.85 \pm 0.25\%$

and 1.81 ± 0.2 mmol/l ($p > 0.2$), VLDLP; $38.1 \pm 2.9\%$ and $29.4 \pm 2.2\%$ ($p < 0.02$), respectively, whereas LDLP level was reliably lower in male patients: $22.1 \pm 1.9\%$ and $26.8 \pm 1.4\%$ ($p < 0.05$).

In general patients with non-Q-wave MI head mean secretion levels as follows; T3 – 1.31 ± 0.10 mmol/l and T4 – 120.1 ± 18.7 mmol/l with more expensive tendency to decrease in men, respectively to levels: T3 – 1.53 ± 0.21 mmol/l and 1.72 ± 0.4 mmol/l ($p > 0.5$); T4 75.3 ± 40.2 mmol/l and 131.4 ± 20.4 mmol/l ($p < 0.005$), raising level of TTH to 104.3 ± 23.5 IU/l

Cortifan`s mean level was 404.3 ± 54.1 mmol/l Estradiol`s secretion was 0.05 ± 0.04 mmol/l, progesteron`s level was 1.52 ± 1.47 , testosterone`s one was 2.84 ± 2.11 mmol/l.

Conclusions. Changes in blood lipids spectrum in non-Q-wave patients is closely connected with hormonal disorders and participate in ICD destabilization.



Belal S.A.

HEART RATE VARIABILITY: NEW DIAGNOSTIC OPPORTUNITIES IN THE LOOP OF BIOFEEDBACK WITH PACED BREATHING

V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine
Department of Internal Medicine
(scientific adviser - Ph.D. Kulik A.L., Ph.D, M.D. Yabluchansky N.I.)

Health and illness are largely determined by the quality of the regulatory systems of the body, one of the non-invasive and objective methods for its evaluation is heart rate variability (HRV).

Perhaps new prospects for using HRV will associated with the development of diagnostic and therapeutic systems based on biofeedback, especially in the loop of paced breathing, which has been developed only in recent years.

On 104 volunteers (39 men and 65 women) the efficiency and reproducibility of the biofeedback algorithms in the loop of paced breathing and heart rate variability parameters were examined. All volunteers were divided into 2 groups: 1) healthy volunteers and 2) patients with arterial hypertension.

The study was performed on a computer diagnostic complex «CardioLab 2009» with a specially created module «Biofeedback», including related audio-visual breathing metronome and algorithm for determine the parameters of HRV. ECG recording was carried out in the first standard lead with a sampling rate of 1000 Hz. The calculations are made in real time in the 7th minute session. As parameters of HRV were used calculated power,

of low, medium and high frequency (V, L and H, respectively) and the ratio of L/H and V/(L+H).

Degree of influence of this loop on the state regulation systems were evaluated by the integral indicator BQI.

Statistical analysis was performed in the program «Microsoft Excel 2003», MathCAD, significance of differences in the various sub-groups of similar sessions, between the previous and followed session and between the first and the current session in a group was determined by a Wilcoxon test for each volunteers.

In biofeedback sessions the state of regulatory systems was improved in healthy volunteers as well as patients with arterial hypertension. The technology can be used in the diagnostically, rehabilitative and medical practices.

BQI stability dynamics in healthy volunteers and in patients with hypertension in the biofeedback will allows to find for each person such parameters of paced breathing, which they can use in the future without special equipment. Simplicity and accessibility of methods offer great opportunities for its introduction into clinical practice.

Rudenko T.M., Demikhova N.V., Shramchenko F.V.

ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH OBESITY

Sumy State university, Sumy, Ukraine
Department of family medicine
(scientific adviser - M.D., Ph.D. Popov S.V.)

Endothelium is the basic body and a formation target of endothelial dysfunctions in patients with arterial hypertension (AH). Endothelial system has active metabolic and endocrine function. Endothelial cells produce endothelin-1, angiotensin-II and inactivate vasoactive substances (serotonin, bradikinin); these cells produce vasoactive substances – prostacycline and NO.

Aim: to study levels of endothelial factors and correlation with lipid indexes in patients with AH and obesity, with dyslipidemia (DL).

Results. At DL IIA type, characterized high maintenance LPLD and holesterol, had been noted increase of level of tromboxane B2 on 18,2 % (p<0,05) and endothelin-1 on 51,2 % (p<0,05).

At DL IIB type, characterized high maintenance LPLD, holesterol and triglycerides, it was increased in tromboxane B2 on 22,3 % (p<0,05) and endothelin-1 on 38,8 % (p<0,05). Increase of tromboxane B2 was more expressed, than at DL IIA.

The greatest increase of tromboxane B2 on 30,8% has been noted at patients with DL IV type, characterized by increase of triglycerides (p<0,05), change of other indicators had character of a tendency without statistically authentic difference.

At correlation analysis between lipid indicators vasotonics negative correlation dependence between 6-ketoPGF1a and holesterol (r = -0,28 / r = -0,31, p<0,05), and LPLD (r = -0,29 / r = -0,32, p<0,05) has been revealed. Given results testify to negative influence of DL on level of vasodilators and antiagregants. It can be connected with oppression prostatsiklin-sinhetase activity and changes of accumulation and sensitivity of cells to NO.

Correlation dependence between tromboxane B2 and triglyceride level has been especially expressed in group of patients with DL IV type (r=0,43, p<0,01). Level of another vasoconstrictor – endothelin-1 correlated with concentration of holesterol and LPLD (r=0,36 / r=0,38, p<0,05).

Conclusion: Negative correlation dependence between 6-ketoPGF1a and holesterol (r = -0,28 / r = -0,31, p<0,05), and LPLD (r = -0,29 / r = -0,32, p<0,05) has been revealed. Correlation dependence between tromboxane B2 and triglyceride level has been especially expressed in group of patients with dyslipidemia IV type (r=0,43, p<0,01). Level of endothelin-1 correlated with concentration of holesterol and LPLD

Maria B., Alexandra Cristina D., Alexandra Mariela D.

SMOKING AND RESPONSE TO THROMBOLYTIC THERAPY IN PATIENTS WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Emergency hospital Floreasca, Bucharest, Romania

(scientific adviser - M.D., Ph.D. Tatu Chitoiu G.)

Background. Smoking is one of the major coronary risk factors having effect on mortality and morbidity.

Objective. Patients who smoke have a better response to thrombolytic therapy unlike non-smokers patients. Patients (pts) were divided into 2 groups: smokers and non-smokers and analyzed in terms of reperfusion and subsequent evolution, especially the development of heart failure and ejection fraction (EF). This study was performed on 1350 pts admitted to the cardiology clinic (Floreasca Hospital, Bucharest), in the period 2011–2012, with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) acute (<12 h). Serial ECGs were performed, biologically and 5 days after PCI was performed to confirm

patency of the vessel.

Results. Smokers patients showed a decrease >50% ST elevation and Q wave development early (67.8 min±0.7) vs. non smokers (90.4 min±1.8) (p=0.03). EF >45% was recorded at 78% of the smokers pts vs 63% of the non-smokers pts. Mortality was recorded at 9% in the group with smokers patients and 7.3% non smokers (p=0.078). 4% smokers pts. and 6.8% non smokers, developed early heart failure.

Conclusion. It was recorded a favorable trend for smokers patients with thrombolytic therapy in terms of reperfusion and the development of heart failure phenomena, during hospitalization, but no effect on early mortality (30 days).

Rusnak I.T., Rani E.K., Kulachek V.T., Kulachek Y.V., Tkach N.I.

HEALTH AND ITS FACTORS

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Internal medicine, physical rehabilitation and sport medicine

(scientific adviser - PhD Rusnak I.T.)

Health – it is one of the most important aspects of human life, which requires daily care and protection and in violation – immediate maximum possible recovery.

Human health depends on many factors, one of which vitamins and minerals are involved in many biochemical processes of the body and ensure its healthy functioning.

Potassium – an essential intracellular element electrolyte and activator functions of several enzymes. It is particularly necessary to power the cells of muscles, including the myocardium, maintaining water and salt balance of the neuro-endocrine system.

Magnesium, along with potassium, is the main intracellular components (95% of this element is inside the cells). Magnesium is included in the composition or effect the activity of over 300 enzymes, mainly regulatory processes in the body, as well as the cardiovascular system and the level of fats in the blood.

Magnesium activates enzymes that regulate carbohydrate metabolism, stimulates the formation of proteins regulates the storage and release of energy in ATP, reduces excitation in nerve cells, heart muscle relaxes. Magnesium deficiency causes a predisposition to the development of diseases

of the cardiovascular system, hypertension, convulsions in children increases the risk of cancer. Fatigue, irritability, sleep disturbances, interruptions at work of the heart and constipation – common consequences of a lack of magnesium in the body.

It is necessary to correct the amount of vitamins and minerals including prevention of their pathological changes.

With therapeutic purposes also apply certain foods. Thus, the lipid-lowering effects of red yeast rice can help in solving problems related to intolerance or lack of efficacy of statin. Effect of red yeast rice on the risk of cardiovascular events was investigated in a large double-blind randomized prospective study involving five thousand patients with myocardial infarction who were randomized to red yeast rice and were observed for an average of 4.5 years. In the group receiving red yeast rice, were marked in 13% decrease the total cholesterol, 20% decrease the low-density lipoprotein cholesterol, and against the background of these changes – a significant 45% decrease the frequency of major coronary events, 62% decrease the risk of nonfatal myocardial infarction and 32% decrease fatal coronary events.



Sadovici V.T., Cebanu M.C., Salaru V.A., Loghin-Oprea N.V.
РОЛЬ РЕВМАТОЛОГА В АМБУЛАТОРНОЇ ПРАКТИКЕ

ГМФУ ім. Н. Тестемицану, Кишинев, Республіка Молдова
Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - д.мед.н. Mazur-Nicorici L.M.)

Актуальність. Заболевання опорно-двигального апарату представляють собою одну з значительних причин посещения семейного врача (по мнению некоторых авторов около 30%). Также, ревматологические проблемы являются второй по значимости причиной инвалидности. Цель работы. Изучение роли ревматолога в амбулаторной практике.

Материалы и методы. Исследование включает обзор пациентов, которые обратились для обследований к ревматологу в Университетскую Клинику Первичной Медицинской Помощи «Н. Тестемицану», в период 2009–2011 г. Все пациенты были обследованы по определённому протоколу.

Результаты исследований. Были осмотрены 272 пациентов в возрасте от 14 до 81 лет, средний возраст – 52,4 лет. Соотношение мужчин и женщин 1: 3. В 91% случаев, пациенты были направлены к ревматологу семейным врачом, в 5,2% – другими специалистами и только в 1,5% случаев обратились самостоятельно в остром состоянии.

По типу консультации, пациенты разделились на две группы: с первичной консультацией – 80,2% , повторной консультацией – 19,8%. Установлено, что 52% посещений были в связи с остеоар-

трозом (ОА). Возраст пациентов с ОА соответствовал 38 и 81 лет. Длительность заболевания составляет примерно 6,5 лет, с вариационным интервалом от 0,5 до 12 лет. Спондилоартриты были обнаружены у 16,9%, ревматоидный артрит – 7,7%, системические болезни (СКВ, васкулит, СС, с.Шегрена, ИМ) – 7%, микрокристаллический артрит – 5%, другие болезни (не ревматологические) – у 11,4% пациентов. Выявлено, что 5,9% ревматологических пациентов обратились по поводу нетрудоспособности. Группа пациентов, которой требовалось повторные консультации, чаще были с ревматоидным артритом, микрокристаллическим артритом и системными заболеваниями. Было определено, что 24,6% ревматологических пациентов нуждались в внутри-и/или перисуставных пункциях, тогда как 4,4% были направлены к травматологу для артроскопии, внутрисуставного промывания или хирургического вмешательства.

После установления клинического диагноза ревматологом, 78.8% пациентов наблюдались у семейного врача.

Выводы. В амбулаторной практике наблюдалась полиморфная структура ревматических заболеваний.

Андрощук К.В., Бобак М.Б., Иванчук Т.С., Яльницький Р.А.

МЕТОД ПОТОЧНОЇ ЦИТОМЕТРІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Каушанська О.В.)

Поточна цитометрія – це сучасна технологія швидкого вимірювання антигенних параметрів клітини та клітинних елементів. Сутність цього методу полягає у визначенні параметрів розсіювання лазерного променя при проходженні через клітини, які в свою чергу знаходяться в потоці рідини. Зразком для поточної цитометрії може бути широке коло біологічних речовин (кров, рідини із плевральної порожнини та навколосуглобових тканин, кістковий мозок). Метою даного дослідження було визначити відмінності цитологічної картини периферичної крові хворих на ревматоїдний артрит та здорових пацієнтів.

В дослідження було включено 20 пацієнтів, середній вік яких склав 50 ± 10 років, більшість з них жінки – 14. Це були пацієнти з ревматоїдним артритом у 2 і 3 стадії захворювання. Більшість пацієнтів, які брали участь у дослідженні, отримували глюкокортикостероїди (46,67%). Частина пацієнтів отримували метотрексат (20%), суль-

фасалазин (26,67%). Контрольна група – 10 здорових добровольців. В обох групах дослідження було проведено методом поточної цитометрії з використанням моноклональних антитіл, спрямованих проти антигенів Т-лімфоцитів (CD 3), Т-хелперів (CD 3, CD 4), цитотоксичних Т-лімфоцитів (CD 3, CD 8), В-клітин (CD 19), NK-клітин (CD 16). Пацієнти на ревматоїдний артрит мали значно більшу кількість клітин, ніж контрольна група, в результаті значно вищої абсолютної кількості Т-лімфоцитів (CD 3), в порівнянні з контрольною групою.

У групі пацієнтів хворих на ревматоїдний артрит значно більша кількість Т-клітин пов'язана із змінами в субпопуляції домінантних Т-лімфоцитів (CD 3, CD 4).

Отримані результати вказують на значне збільшення кількості домінантних Т-лімфоцитів в периферичній крові пацієнтів на ревматоїдний артрит, що підтверджує важливу роль змін лімфоцитів у патогенезі ревматоїдного артриту.

Антофійчук Т.М., Вилигорська К.В., Антофійчук Ю.М., Костенко Ф.О.

ЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ІЗ ПСИХОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ОСОБИСТОСТІ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання, Кафедра психології та соціології

(наукові керівники - к.мед.н. Поліщук О.Ю., к.мед.н. Пендерецька О.М.)

Актуальність. Ішемічна хвороба серця (ІХС) та інфаркт міокарда (ІМ) є одним із найпоширеніших захворювань серцево-судинної системи і, незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці та лікуванні, дотепер залишається основною причиною інвалідизації та смертності населення. Традиційні фактори ризику (артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, паління, надлишкова маса тіла, гіподинамія) не можуть пояснити всіх випадків виникнення ІМ у популяції. Тому в теперішній час ряд вітчизняних і зарубіжних дослідників прийшли до необхідності виділення особистісних, психологічних, поведінкових та соціальних факторів ризику розвитку ІХС та ІМ. Проте на сьогоднішній день існують лише поодинокі праці, присвячені вивченню особливостей взаємозалежності психічного статусу та якості життя хворих.

Мета. Виявити зв'язок ІХС з психологічними особливостями особистості та оцінити їхній вплив на якість життя.

Матеріали і методи. Обстежено 32 пацієнти з діагнозом ІХС. Стабільна стенокардія напруги II-III ФК, післяінфарктний кардіосклероз (22

чоловіки та 17 жінок). Усім хворим визначався рівень особистісної та ситуативної тривожності за допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна та якості життя згідно опитувальнику SF-36.

Висновки. Встановлено, що серед осіб, які перенесли інфаркт міокарда більшість пацієнтів мали високий рівень особистісної тривожності (ОТ): 82,35% жінок та 27,27 % чоловіків. У решті обстежених визначено середній рівень ОТ, низький рівень ОТ серед хворих не представлений взагалі. Співставлення рівня ОТ та показників якості життя свідчить про значне достовірне зниження складових якості життя у осіб з високим рівнем тривожності. Найбільші зміни стосувались фізичного функціонування, що визначає толерантність до фізичних навантажень та вплив фізичного стану на щоденну рольову діяльність (показники PF, RP та VT).

Отже, визначено що якість життя залежить не лише від важкості перебігу соматичного захворювання, але й від рівня особистісної тривожності.

Богдан Н.М.

ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ХОНДРОЇТИН СУЛЬФАТУ І ГЛЮКОЗАМІН СУЛЬФАТУ У ЖІНОК З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ, СТРАЖДАЮЧИХ ДЕФОРМУЮЧИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ З ПЕРЕВАЖНИМ УРАЖЕННЯМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії

(науковий керівник - д.мед.н. Якименко О.О.)

Деформуючий остеоартроз (ДОА) – найбільш часте захворювання суглобів, яким страждають більше 20% населення земної кулі. Надмірна вага сприяє прогресуванню цього захворювання.

Отже, метою дослідження є: виявити вплив комбінованого застосування хондроїтин сульфату і глюкозамін сульфату на перебіг деформуючого остеоартрозу у жінок з надмірною вагою. Матеріали та методи. Жінки віком 45–65 років (30 осіб) з надмірною вагою та індексом маси тіла понад 25,0 (кг/м²), та клінічними проявами ДОА. Групу порівняння склали 30 жінок, хворих на ДОА, яким проводилась терапія НПЗП та міорелаксанти. Всім жінкам проведені дослідження – рентгенографія колінних суглобів, рентгенологічна остеоденситометрія (на апараті DXA), оцінка больового синдрому за шкалою ВАШ

та рухливості суглобів за допомогою кутоміра. Всім жінкам основної групи проводилась терапія сполученням хондроїтину та глюкозаміну сульфату у вигляді препарату «Артрон-комплекс» (фірми Vitrum) одна таблетка на добу протягом 3 місяців у сполучі з НПЗП (моваліс, німесил та інші).

Отримані результати. В групі дослідження після курсу лікування комбінацією хондроїтин сульфату та глюкозамін сульфату спостерігалась позитивна динаміка у вигляді поліпшення рухливості суглобів та зниження больового синдрому (за шкалою ВАШ).

Таким чином, препарат «Артрон –комплекс» може бути включеним у схему лікування деформуючого остеоартрозу.



Бойко А.В., Кацитадзе І.Ю.

ОЦІНКА ЕФЕКТІВ ІВАБРАДИНУ У ПОЄДНАННІ З БІСОПРОЛОЛОМ У ПОРІВНЯННІ З ДОТИТРУВАННЯМ БІСОПРОЛОЛУ МЕТОДОМ АПЛАНАЦІОННОЇ ТОНОМЕТРІЇ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

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

Кафедра внутрішньої медицини № 2,

(наукові керівники - д.мед.н. Амосова К.М., к.мед.н. Прудкий І.В.)

Мета. порівняння впливу на ЧСС комбінації івабрадину (Ів) та бісопрололу (Бс) і монотерапії Бс на показники центральної гемодинаміки та плазмового NT proBNP у хворих на хронічну ішемічну хворобу серця (ІХС) з помірним зниженням фракції викиду (ФВ).

Матеріали та методи. У сліпе дослідження з паралельними групами включені 28 пацієнтів у віці <60 років ($55 \pm 2,5$), з синусовим ритмом > 70 уд./хв з хронічною стабільною стенокардією, «м'якою» гіпертензією, перенесеним гострим інфарктом міокарду > 3 місяців. Всі пацієнти були рандомізовані на 2 групи. У групі 1 (n = 13) до Бс у дозі 5 мг/д був доданий Ів (5–7,5 мг 2 р/д), у групі 2 (n = 15) Бс був доданий до 10 мг/д. На початку дослідження (M0) і через 2 місяці (M2) вимірювали центральний аорталь-

ний тиск (ЦАТ), індекс аугментації (АІ), швидкість поширення пульсової хвилі (ШППВ), плазмові NT proBNP – за методикою ELISA.

Результати. У групах 1 і 2 у M0 ЧСС, ЦАТ, АІ, ШППВ, ФВ, NT proBNP достовірно не відрізнялись. У M2 зниження ЧСС спокою, ЦАТ було однакове в обох групах ($p < 0,05$), в той час як зниження АІ і ШППВ було більш вираженим у групі 1, ніж у групі 2 ($p < 0,05$). ФВ та плазмові NT proBNP знизились в групі 1, але не змінилися в групі 2.

Висновки. У хворих з ІХС додавання до Бс Ів був пов'язаний з більш вираженим, ніж при до титруванню Бс, зниженням аортально АІ і ШППВ, а також зниження ФВ та плазмові NT proBNP, незважаючи на схожі зменшення рівнів ЧСС, ПАТ і ААТ.

Вацеба М.О.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ПОДАГРИ ТА ОЖИРІННЯ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна

Кафедра внутрішньої медицини №2

(науковий керівник - д.мед.н. Середюк Н.М.)

Актуальність теми. Основною медико-соціальною проблемою в Україні залишається ріст захворюваності серцево-судинних захворювань (ССЗ)-артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця (ІХС). Перспективним є кардіоваскулярний чинник-синдром раннього судинного старіння. P. Nilson та співавтори сформулювали так званий Early Vascular Aging. Мета. Підвищення ефективності лікування хворих на АГ в поєднанні з ІХС, подагрою та ожирінням, шляхом корекції EVA-синдрому – застосування базової терапії (БТ) в поєднанні з блокаторм рецепторів 1-го типу ангіотензину II (лозартан) (Л) та мельдонієм дигідратом (метамакс) (М).

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 40 хворих (всі чоловіки) на АГ II ступеня із супутньою ІХС, подагрою та ожирінням, середній вік – $61,2 \pm 1,8$ року. В дослідження включено 15 здорових осіб для контролю норми показників. Хворі рандомізовані в три групи: I – 13 хворих, отримували (БТ)-нітрати, β -адреноблокатори, інгібітори АПФ, ацетилсаліцилову кислоту та статини, II-13 хворих, крім БТ отримували Л в дозі 50 – 100 мг на добу; III-14 хворих, крім базової терапії отримували М по 5 мл 10 % розчину в 20 мл 0,9% розчину натрію хлориду внутрішньовенно струминно протягом 10

днів з подальшим переходом на пероральну форму (250 мг 2 рази день) протягом 1 місяця. Аналізували пульсовий артеріальний тиск (ПАТ), індекс жорсткості аорти (ІЖА), товщину інтимо-медійного комплексу (ТІМК), пульсову систолічну швидкість кро-воплину (ПСШК) та ендотелій-залежну вазодилатацію (ЕЗВД), досліджували рівень ендотеліну-1 (ЕТ-1).

Результати дослідження та їх обговорення. Після лікування БТ ІЖА зменшився на 11,2 % ($p < 0,01$), ПАТ на 12,2% ($p < 0,01$), ТІМК та ПСШК на 3,1% ($p < 0,05$) та 7,6% ($p < 0,05$), ПСШК після компресії на 3,7% ($p < 0,05$). У II та III групі достовірно знизився ІЖА та ПАТ ($p < 0,001$). ТІМК, знизилась на 5,6 % ($p < 0,001$) в II групі та на 4,7% ($p < 0,001$) у III групі. ПСШК зменшилась на 8,0 % ($p < 0,01$) у II групі, і на 8,9% ($p < 0,01$) у III групі. ПСШК після компресії зменшилась на 15,8% ($p < 0,05$) у II групі, та на 17,8 % ($p < 0,01$) у III групі. Рівень ЕТ-1 після проведенного лікування БТ та Л знизився на 44,3 % ($p < 0,01$), а в III групі на 55,8 % ($p < 0,001$). ЕЗВД збільшилась на 55 % ($p < 0,05$) у II групі, та на 70,7% ($p < 0,01$) БТ та М. Висновки: Ознаки раннього судинного старіння піддаються кращій корекції у відповідь на використання з базової терапії з лозартаном та базової терапії з метамаксом.

Вищак Н.В., Семененко Н.Ю., Горбатюк І.Б.

КОРЕКЦІЯ ДИСЛІПІДЕМІЇ ТА ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ЯК ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

В останні роки введено термін «ліпідний дистрес-синдром» як системний метаболічний процес або системна патологічна реакція на основі порушень ліпідного обміну (гіпер- і дисліпідемія). Зміни ліпідного метаболізму асоціюються з так званою ліпідною тріадою: підвищення рівня ліпопротеїнів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) або тригліцеролів (ТГ), атерогенних ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) та зниження ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ). Мета дослідження. З'ясування впливу комплексу засобів розувастатину та урсодезоксихолієвої кислоти на ліпідний спектр крові та ступінь літогенності жовчі – як факторів ризику розвитку та прогресування хронічного холециститу (ХХ) у хворих на ІХС, кардіосклероз та ожиріння. Проведені дослідження в динаміці лікування у 60 хворих на ІХС, кардіосклероз, ожиріння I-II ступеня та ХХ у фазі загострення. Згідно з лікуванням хворі були поділені на 2 групи: 30 пацієнтів (I група – контрольна) отримували традиційну терапію загострення ХХ та ІХС, кардіосклерозу із ожирінням: гіпокалорійну дієту з урахуванням обмежень дієти №10, антибіотики (доксіциклін по 0,1г 2 рази на добу 7 днів), прокінетики (домперидон 10 мг 3 рази в день), з приводу супровідної ІХС

призначали ацетилсаліцилову кислоту (0,325г 1 р. в день), аторвастатин (10 мг 1 рази у день) упродовж 1 місяця. 2 групу склали пацієнти (30 осіб), які, окрім аналогічних дієтичних рекомендацій щодо корекції маси тіла, протизапальної та жовчогінної терапії ХХ, аспіріну вживали розувастатин (крестор) (по 10 мг 1 раз на день), урсодезоксихолієву кислоту (УДХК) (0,5 на ніч) упродовж 1 місяця. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб відповідного віку. В результаті проведених досліджень вміст загальних ліпідів крові під впливом традиційного лікування знизився на 20,9% ($p < 0,05$), у основній групі – на 31,4% ($p < 0,05$). Вміст загального холестеролу (ХС) крові у 2-й групі знизився на 35,5% ($p < 0,05$), що на 11,5% вище ($p < 0,05$) від показника після лікування у 1-й групі. Найвищим відсотком зниження розувастатин відзначився у відношенні вмісту в крові ЛПНГ та ТГ: відповідно на 40,3% та 37,9% ($p < 0,05$) у порівнянні з аторвастатином (на 16,0% та 15,7% відповідно ($p < 0,05$)). Комплексна терапія з включенням розувастатину сприяла підвищенню ЛПВГ (на 35,2% ($p < 0,05$)) у сироватці крові із фактичною нормалізацією показника. Унаслідок проведеної терапії розувастатин посів перше місце, підтвердженням чого є істотне зниження індексу атерогенності.

Вовчок М.О.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА НА ЗМІНИ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник - к.мед.н. Турубарова-Леунова Н.А.)

Чимало досліджень встановили незалежний внесок такого чинника ризику, як надмірна маса тіла у розвиток серцево-судинних захворювань. З метою визначення особливостей співвідношення індексу маси тіла (ІМТ) та змін коронарного і функціонального резервів у хворих на хронічну ішемічну хворобу серця (ІХС) обстежено 67 хворих на стабільну стенокардію (СС) напруження II та III ФК. За показником індексу маси тіла (ІМТ) хворі були розподілені на групи: I – 35 пацієнти з надмірною вагою та ІМТ більше 27,3 кг/м² при середньому показнику 32,41±0,42 кг/м² II – 32 пацієнтів з нормальною вагою та ІМТ менше 27,3 кг/м² (при середньому значенні 24,16±0,70 кг/м²).

Для оцінки структурно-функціонального стану міокарда використовувалася ехокардіографія (ЕхоКГ) з визначенням розміру лівого передсердя (ЛП), товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШд), товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШПд), кінцевого систолічного розміру (КСР) ЛШ, кінцевого діастолічного розміру (КДР) ЛШ, фракції викиду (ФВ) ЛШ та маси міокарда (ММ) ЛШ.

Середній вік пацієнтів усіх груп був практично однаковим і становив у I групі 49,75±0,80 років, у II – 50,81±1,07 років ($p > 0,5$). У I групі частота ви-

явлення II ФК стенокардії становила 19,28±4,33% випадків, а у II групі цей діагноз встановлено в 22,22±6,93% випадків ($p > 0,5$). У хворих I групи вихідний АТ становив 172,11±2,92 мм рт.ст., на відміну від пацієнтів II групи, в яких він був значно нижчим – 149,44±3,98 мм рт.ст. ($p < 0,001$).

За даними ЕхоКГ-показників відмічено, що у пацієнтів із нормальною масою тіла при порівнянні із тими, хто мав надмірну масу, спостерігається більш сприятлива стосовно ризику розвитку СН ситуація, що підтверджено вірогідно меншими розмірами порожнини ЛП ($p < 0,001$), КДР ЛШ ($p < 0,01$), КСР ЛШ ($p < 0,01$), ТМШПд ($p < 0,001$), ТЗСЛШд ($p < 0,001$), ММ ЛШ ($p < 0,001$) та відповідає клінічній ситуації).

I тільки показник ФВ ЛШ суттєво не відрізнявся в залежності від ІМТ, що свідчить про розвиток у хворих з надмірною масою тіла діастолічного варіанту СН. Так, у II групі показник ФВ ЛШ становив 62,00±0,61% проти 61,37±0,59% у I групі ($p > 0,5$).

Таким чином, надмірна маса тіла порівняно з нормальною вірогідно асоціюється з вищим АТ в стані спокою, розвитком більш вираженої діастолічної СН у вигляді значнішого збільшення об'ємів та маси міокарда ЛШ, а також товщин стінок ЛШ.



Волошинська К.О.

ЗМІНИ ЛІПІДОГРАМИ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИМЕНОПАУЗІБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Ілащук Т.О.)

Метаболічний синдром стоїть в ряду самих серйозних і невідкладних проблем охорони здоров'я, з якою в теперішній час стикнулися розвинені країни. Ожиріння визнано ВООЗ новою хронічною неінфекційною «епідемією».

Збільшена маса тіла є компонентом метаболічного синдрому Х, який поряд зі зниженням толерантності до глюкози, дисліпідемією та гіпертензією відіграє ведучу роль у виникненні захворювань коронарних судин серця, потенціюючи атерогенез.

Жінки страждають ожирінням частіше ніж чоловіки. Важливим життєвим етапом, що збільшує ризик розвитку ожиріння, є перименопауза. При фізіологічному старінні відмічається кількісне зростання вісцерального жиру, який може впливати на метаболічні процеси незалежно від ступеня вираженості підшкірної жирової клітковини.

Метою дослідження було визначення змін основних показників ліпідограми, як одних з критеріїв наявності метаболічного синдрому.

Під спостереженням знаходилось 34 пацієнтки

з метаболічним синдромом віком від 46 до 67 років (основна група) з індексом маси тіла (ІМТ), що перевищував 25 кг/м² та окружністю талії (ОТ), що становила в середньому 90,8 см і 10 пацієнток репродуктивного віку (27–39 років) без ознак абдомінального ожиріння: ІМТ=17–20,5, ОТ 62–80 см (група контролю). Проаналізувавши основні показники ліпідограми у пацієнток обох груп, було встановлено підвищення вмісту загального холестерину до 5,9 ммоль/л, ліпопротеїнів низької щільності до 3 ммоль/л, тригліцеридів до 1,7 ммоль/л у жінок основної групи та нормальні показники вищезазначених маркерів у пацієнток контрольної групи.

Висновки. У жінок з ожирінням і порушенням ліпідного спектру крові в перименопаузі спостерігається найбільш виражене абдомінальне ожиріння. Збільшення ваги, індексу маси тіла та окружності талії у жінок в перименопаузі призводить до наростання дисліпідемії. В діагностику метаболічного синдрому у жінок в перименопаузі необхідно включати дослідження основних показників ліпідного обміну.

Гайдич Л.І.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЗМІН ПОРОГУ СМАКОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ ДО КУХОННОЇ СОЛІ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ ВІД РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ЙОГО ХРОНОБІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник - д.мед.н. Плеш І.А.)

Актуальність. Виникнення та перебіг есенціальної гіпертензії (ЕГ) тісно пов'язані із наявністю багатьох факторів: психоемоційне навантаження, паління, незбалансоване харчування (в тому числі надмірне вживання кухонної солі), зайва маса тіла і малорухомий спосіб життя тощо. Моніторинг профілю серцево-судинного ризику в популяції України впродовж останніх років свідчить про несприятливу ситуацію щодо серцево-судинних захворювань. Суттєве місце в програмі корекції немедикаментозної терапії АГ відводиться так званому «сольовому чиннику». Надмірне споживання натрію хлориду пацієнтами на АГ за даними багатьох досліджень реєструють у більшості випадків. Останнє свідчить про те, що поширеність «сольового чинника» не зменшувалася. Вважають, що обмеження у споживанні кухонної солі у хворих на ЕГ II ст знижує АТ не лише безпосередньо, а й через підвищення ефективності антигіпертензивних препаратів.

Мета. Вивчення взаємозалежності порогу смакової чутливості до кухонної солі (ПСЧКС) у хворих на ЕГ II ст. за основних варіантів циркадіанного ритму АТ.

Матеріали та методи. Обстежено 70 хворих на

ЕГ II ст. згідно класифікації ВООЗ, 2010. Усім обстеженим проведено добове моніторування АТ з використанням апарату АВРЕ-02 "Solvaig" та за коливаннями добового індексу (ДІ) встановлювали належність їх до однієї з груп: "dipper" – з нормальним добовим індексом – «D», відповідно ДІ > 10–22%; "non dipper" – з низьким добовим індексом – «ND», відповідно ДІ = 10–0%; "night picker" – з від'ємним добовим індексом – «NP», відповідно ДІ = 0–(-10%). ПСЧКС визначали в день моніторування АТ за методикою Henkin (1962 р.).

Результати. За результатами проведених досліджень встановлено зростання ПСЧКС у загальному по групах D, ND і NP відповідно 0,51±0,12% і 0,47±0,11% і 0,41±0,08% розчину хімічно чистої кухонної солі (в N 0,16±0,05% р-ну NaCl). Виявлено, що саме у значній частині хворих з циркадіанною структурою АТ– D, ND та NP присутній так званий «об'ємзалежний» варіант АГ. Отже, у цих хворих з високим ПСЧКС наявний солечутливий варіант АГ. Доведено, що солечутлива ЕГ порівняно із солерезистентною має гірший прогноз, оскільки солечутливість утричі підвищує вірогідність розвитку серцево-судинних катастроф.

Галай О.О.

ХРОНОРИТМИ ІШЕМІЇ МІОКАРДА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник - д.мед.н. Полянська О.С.)

З метою вивчення ролі вегетативних розладів в виникненні та прогресуванні міокардіальної ішемії нами проаналізовано хронобіологічну мотивацію показників вегетативного статусу за даними кардіоінтервалографії у 50 хворих на ІХС (стабільна стенокардія напруги II-III ФК) з епізодами больової (БІМ) та безбольової ішемії міокарда (ББІМ). Серед обстежених було 25 чоловіків та 25 жінок, середній вік склав 53,4р. Виразували моду (М), амплітуду моди (АМ), варіаційний розмах (Dx), вегетативний показник ритму (ВПР), індекс напруги (ІН). Встановлено, що показник М у хворих з епізодами БІМ та ББІМ був найвищим в періоді 0-6 год, що вказує на високий рівень функціонування синусового вузла в цей період доби при вірогідній перевазі для ББІМ. Найвищий показник АМ виявлено в періоді 6-12 год в групі хворих з епізодами ББІМ, а для епізодів БІМ- в періоді 12-18 год. Показник Dx найвищий у хворих з епізодами ББІМ та БІМ в період 0-6 год при вірогідній перевазі для ББІМ, що свідчить про вираженість парасимпатичного впливу в цей період доби на серцевий ритм.

Величина ВПР вдвічі менша у хворих з епізодами ББІМ, що підтверджує роль вегетативного тону в реалізації ББІМ. ІН, як показник ступіню централізації управління серцевим ритмом, найвищий для групи з епізодами ББІМ в періоді 12-18 год, а при наявності епізодів БІМ - в періоді 18-24 год. Звертає на себе увагу той факт, що у хворих з епізодами ББІМ в період 6-12 год зростає як АМ, так і Dx порівняно з попереднім періодом доби, що свідчить про перенапруження регуляторних механізмів у вигляді одночасного підвищення тону симпатичного та парасимпатичного відділів ВНС. У хворих з епізодами БІМ відмічається збільшення АМ моди та зменшення Dx в проміжку 12-18 годин, що вказує про напруження механізмів адаптації в цей період в вигляді активації центрального контуру управління та зменшення впливу автономного контуру регуляції. Отримані дані вказують на необхідність індивідуалізованого призначення антиангінальних препаратів на стабільну стенокардію в певні періоди доби.

Гриб О.В., Мартинюк К.С.

ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник - к.мед.н. Амеліна Т.М.)

За даними офіційної статистики в Україні налічується понад 9 млн хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), найбільш поширеною клінічною формою якої є стабільна стенокардія. Рівень щорічної смертності у осіб з цим діагнозом становить близько 2-3%. За відсутності відповідного лікування ймовірність перенести інфаркт міокарда або коронарну смерть у наступні п'ять років після виникнення перших проявів стенокардії сягає 50% [Коваленко В.М., 2012]. Мікроциркуляторні розлади, порушення кисневого гомеостазу, утворення активних форм кисню при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) негативно впливають на гемодинаміку серцево-судинної системи, поглиблюючи функціональні зрушення діяльності міокарда.

З метою оцінки функціонального стану міокарда обстежено 35 хворих на стабільну стенокардію (СС) II-III ФК, які утворили дві групи: до першої увійшли 17 пацієнтів на СС із ХОЗЛ, до другої - 18 хворих без супутньої патології. Контрольну групу склали 17 практично здорових осіб. ЕхоКГ-дослідження виконувалося з урахуванням рекомендацій Європейської та Американської асоціацій кардіологів із використанням ультразвукового діагностичного апарату "INTERSPEC XL" (США).

Нами виявлено у хворих I групи достовірне збільшення кінцевого діастолічного (КДР) і кінцевого систолічного розмірів (КСР) лівого шлуночка (ЛШ) на 17,1% ($p < 0,01$) та 20,1% ($p < 0,01$) відповідно, розміру правого шлуночка (ПШ) на 11,8% ($p < 0,0001$), лівого передсердя (ЛП) на 19,1% ($p < 0,0001$), товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШП) на 23,6% ($p < 0,0001$) і задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) на 24,5% ($p < 0,0001$), зниження фракції викиду (ФВ) на 8,1% ($p < 0,0001$) порівняно з групою контролю. У пацієнтів II групи - достовірне збільшення КДР ЛШ на 11,9% ($p < 0,01$), КСР ЛШ на 20,4% ($p < 0,01$), розміру ПШ на 2,8%, ЛП на 20% ($p < 0,0001$), ТМШП на 18,6% ($p < 0,0001$), ТЗСЛШ на 17,6% ($p < 0,0001$), ФВ менша на 7,2% ($p < 0,0001$). Встановлено достовірне ($p < 0,05$) збільшення розміру ПШ у хворих на СС із ХОЗЛ порівняно з хворими без супутньої патології. Аналізуючи отримані результати доведено, що наявність бронхообструктивних змін у хворих на стабільну стенокардію негативно впливає на функціональний стан міокарда, викликаючи збільшення розміру правого шлуночка. Лише за умови ранньої діагностики розладів вентиляції та адекватної терапії поєднаної патології можна уникнути прогресування гемодинамічних зрушень, формування коронарних катастроф.



Глуха М.О., Глуха В.О.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ІІ СТАДІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Мандрик О.Є.)

Робочою гіпотезою нашого дослідження було припущення про те, що активний НАСГ із 2–3 стадією фіброзу печінки у хворих на ГХ ІІ стадії на тлі гальмування ендотеліальної NOS супроводжується активацією індукцибельної NOS, що створює передумови розвитку портальної гіпертензії на доциротичній стадії гепатиту. Мета дослідження. Вивчити функціональний стан ендотелію у хворих на неалкогольний стеатогепатит та гіпертонічну хворобу ІІ стадії та його залежність від ступеня активності цитолітичного синдрому та ступеня портальної гіпертензії. Матеріал та методи. Обстежено 30 хворих на НАСГ (на тлі ожиріння І ст.). Серед обстежених хворих 15 пацієнтів (перша група) були із ознаками ПГ (діаметр $v. portae > 13$ мм, $v. lienalis > 9$ мм, спленомегалія, варикозне розширення вен стравоходу, гемороїдальних вен), 15 хворих (друга група) без ПГ. Наявність ендотеліальної дисфункції (ЕД) оцінювали за вмістом у крові стабільних метаболітів NO – нітритів та нітратів (з реактивом Гріса). Також вивчали антикоагулянтну та фібринолітичну активність ендотелію, потенційну активність плазміногену (ПАП), вміст антитромбіну ІІІ (АТІІІ), сумарну (СФА), неферментативну (НФА) та ферментативну фібринолітичну активність (ФФА).
Результати дослідження. У хворих на НАСГ

встановлено вірогідне зростання вмісту NO у сироватці крові ($p < 0,05$), який перебував у прямій кореляційній залежності із активністю аланінамінотрансферази ($r = 0,45$, $p < 0,05$) та аспартатамінотрансферази ($r = 0,58$, $p < 0,05$), тобто із ступенем активності цитолітичного синдрому. В пацієнтів з ПГ спостерігалось істотніше зростання вмісту NO у крові (на 72%), ніж у пацієнтів без ПГ (на 42%) ($p < 0,05$). Активація нітрозитивного стресу, разом із встановленим дисбалансом системи факторів коагуляційного гемостазу (зниження протизгортальної активності ендотелію – вірогідне зниження вмісту у крові АТ ІІІ: у хворих 2-ї групи на 20,3% у порівнянні з ПЗО ($p < 0,05$), 1-ї групи – 32,6% ($p < 0,05$)); зниження фібринолітичної активності ендотелію (СФА – на 18% та 29% відповідно ($p < 0,05$) та ФФА – на 30 та 45%, $p < 0,05$) є важливими ланками потенціювання розвитку ПГ при НАСГ на ГХ ІІ стадії.
Висновок. Проведені дослідження вказують на взаємообумовленість порушення функціонального стану ендотелію та прогресування портальної гіпертензії у хворих на неалкогольний стеатогепатит із супровідними гіпертонічною хворобою та ожирінням.

Гречко О, Березін О, Микитюк О.

ОЦІНКА НАДІЙНОСТІ ЗАПОВНЕННЯ ОПИТНИКІВ ПАЦІЄНТАМИ ІЗ ОСТЕОАРТРОЗОМ ЗА РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ЛІКУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Микитюк О.П.)

Біль – суб'єктивний прояв захворювань, оцінити який може лише пацієнт. Якісна та кількісна оцінка болю лікарем ґрунтується на результатах заповнення пацієнтом стандартизованих опитників. На підставі них приймають рішення щодо ефективності лікування. Більше того, опитники виступають суттєвим аргументом, на підставі якого вирішується доля нових медикаментів за клінічних досліджень чи порівняльної оцінки дії існуючих.
Численні дискусії з якості опитників, точності визначають їх як надійний, простий у користуванні інструмент, що полегшує співпрацю лікаря і пацієнта.
Обстежено 60 хворих на остеоартроз. Вік – 38–82 років, жінки:чоловіки – 4:1. Пацієнти отримували НПЗП; дозування підбирали індивідуально, до ефекту, який оцінювали як «задовільно» чи «добре». Хворих запрошували до клініки повторно на через 2 тижні, 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12 місяців після початку лікування. Проводили клінічне обстеження і детальний збір анамнезу (спектр фізичної активності, звички, режим прийому ліків, вербальна оцінка стану здоров'я); заповнювали стандартний набір опитників (WOMAC, EuroQoL, візуальні аналогові шкали оцінки болю та стану здоров'я).
Пацієнти із остеоартрозом мали високу мотивацію на початку лікування: строго дотримувалися ре-

жиму прийому ліків, візитів до клініки; уникали фізичного перевантаження суглобів. Динаміка стану у перші місяці лікування згідно анкет WOMAC, EuroQoL відповідала вербальній оцінці (покращення; без змін тощо). Після 6 місяців з початку лікування, за стабільного покращення, понад 60% пацієнтів систематично порушували призначення: на візити приходили із запізненням у декілька днів і після нагадувань; витрачали на заповнення опитників значно менше часу (30 хв. на початку лікування; 4–8 хв. на віддалених візитах). Це пояснювали високою (порівняно з вихідною) активністю. У 40% випадків опитники вказували на погіршення, яке не корелювало із результатами клінічного обстеження; пацієнти списували таку оцінку на проблеми, які не мали стосунку до основного захворювання. Найточнішими, співставними із даними анамнезу та об'єктивного обстеження, були результати оцінки візуальних аналогових шкал.
Віддаленість спогадів про завершення остеоартрозу може мати негативний вплив на точність заповнення опитників пацієнтами за тривалого спостереження. Це може бути причиною хибної оцінки лікування як «недостатньо ефективного». Детальне інструктування лікарем хворого є необхідним на кожному відвідуванні до клініки незалежно від попереднього досвіду та вмінь роботи з анкетами.

Грібенюк О.В., Романова В.О.

РОЛЬ ДОМАШНЬОГО ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРТОНІЇ «БІЛОГО ХАЛАТА» ТА «ЧОРНОГО ЯЩИКА»

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна
Кафедра внутрішньої медицини №1
(науковий керівник - д.мед.н. Серкова В.К.)

Вимірювання АТ поза клінікою стає важливою частиною діагностики АГ та оцінки ефективності антигіпертензивної терапії. В Європейських Рекомендаціях з лікування і профілактики АГ (2009) підкреслюється, що показники АТ, отримані при самостійному вимірюванні пацієнтами в домашніх умовах, є важливим доповненням до діагностики АГ та контролю ефективності і безпеки лікування.

Мета дослідження: оцінити роль домашнього вимірювання АТ у виявленні ГХ, «гіпертонії білого халата» і маскованої АГ – «гіпертонії чорного ящика».

Протягом 7 днів проведений зріз пацієнтів, які звернулися в поліклініку Вінницької обласної лікарні ім. М.І.Пирогова з приводу будь-якого захворювання, окрім діагностованої раніше АГ. Відібрано 124 пацієнта у віці 41–65 років, з яких на повторний візит – через 7–8 днів від початку дослідження з'явилися 111 пацієнтів (67 чоловіків і 44 жінки). При первинному офісному вимірюванні нормальний АТ мав місце у 48 з 111 пацієнтів (43,24%), високий нормальний АТ – у 39 (35,13%) і у 24 пацієнтів (21,62%) була виявлена, по цифрам офісного тиску, АГ 1 ступеня.

При підрахунку середніх показників АТ, представлених у щоденниках пацієнтів при повторному візиті, підвищення артеріального тиску від 135/85 до 155/89 мм рт ст, що відповідало 1 ступеню АГ, було відзначено у 21 пацієнта (18,92%), які раніше ніколи не зверталися до лікаря з приводу АГ, високий нормальний АТ – у 34 (30,63%) і нормальний АТ – у 56 (50,45%). Серед пацієнтів з АГ за показниками домашнього вимірювання тільки 11 були з групи з початковим підвищенням артеріального тиску, що дає підставу вважати, що у решти 13 пацієнтів була гіпертонія білого халата. У той же час за результатами домашнього вимірювання АТ АГ була відзначена у 10 пацієнтів, що не мають АГ при офісному вимірюванні, що може свідчити про наявність маскованої артеріальної гіпертонії – гіпертонії «чорного ящика» у цієї категорії пацієнтів. Таким чином, визначення домашнього АД дозволяє провести діагностику гіпертонії білого халата і маскованої АГ – гіпертонії «чорного ящика». Гіпертонія білого халата достовірно частіше зустрічалася у жінок, у той час як маскована АГ частіше була відмічена серед чоловіків.

Гуйванюк І.І.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник - к.мед.н. Турубарова-Леунова Н.А.)

Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає чільне місце серед серцево-судинних захворювань. Поглиблене вивчення чинників ризику та їх ролі у визначенні прогнозу захворювання дозволяє суттєво впливати на тривалість та якість життя кардіологічних хворих.

Метою роботи було визначення особливостей розподілу чинників розвитку ІХС у віковому розподілі для дорослих (19–44 рр.) і пацієнтів середнього віку (45–64 рр.).

Обстежено 56 хворих на стабільну стенокардію (СС) II та III ФК. За віковою характеристикою було виділено дві групи: 1-а – до 44 років, 2-а – 45 років і старше. Використовувалися такі методи: клінічний з детальним опитуванням та об'єктивним обстеженням, інструментальне дослідження (електрокардіографія (ЕКГ), ехокардіографія (ЕхоКГ)) при надходженні та на фоні лікування.

Згідно отриманим даним встановлено вікову залежність клінічно-функціонального розподілу діагнозів хворих. Так, частота виявлення СС II ФК у хворих до 44 років була вищою порівняно з пацієнтами старше 45 років (відповідно $45,45 \pm 10,62$ проти $14,29 \pm 3,35\%$, $p < 0,05$). У 2-й віковій групі вірогідно переважав відсоток хворих із III ФК стенокардії ($85,71 \pm 3,53$ проти $54,54 \pm 10,61\%$, $p < 0,05$).

Прояви серцевої недостатності (СН) I ст мали місце в $59,09 \pm 10,48\%$ випадках у пацієнтів молодшої вікової групи. У старшій віковій групі цей показник знижувався ($22,45 \pm 4,21\%$, $p < 0,05$). Частота випадків СН II А ст становила відповідно $40,91 \pm 10,48\%$ та $77,55 \pm 4,21\%$ ($p < 0,001$).

Аналіз показників вихідної ЕКГ засвідчив, що сумарна амплітуда зміщення сегменту ST (ΣST) була вірогідно більш вираженою у пацієнтів старшої вікової групи – $3,81 \pm 0,70$ проти $1,88 \pm 0,43$ мм у молодших пацієнтів ($p < 0,05$).

Оцінка змін гемодинаміки за даними ЕхоКГ свідчить про вірогідне збільшення в старшій віковій групі розмірів лівого передсердя ($4,18 \pm 0,07$ проти $3,65 \pm 0,12$ см у молодшій віковій групі, $p < 0,05$), кінцевого діастолічного розміру лівого шлуночка (ЛШ) ($4,78 \pm 0,07$ і $4,43 \pm 0,08$ см відповідно, $p < 0,05$), кінцевого систолічного розміру ЛШ ($3,22 \pm 0,06$ і $2,92 \pm 0,06$ см відповідно, $p < 0,05$), товщини міжшлункової перетинки в діастолу ($1,07 \pm 0,03$ і $1,18 \pm 0,02$ см відповідно, $p < 0,05$), товщини задньої стінки ЛШ в діастолу ($1,08 \pm 0,03$ і $1,16 \pm 0,01$ см відповідно, $p < 0,05$). Показник фракції викиду ЛШ також реєструвався вірогідно вищим у хворих молодших за 44 роки ($63,31 \pm 0,70$ проти $61,21 \pm 0,52\%$ після 45 років).



Гулага О.І.

ВИКОРИСТАННЯ ЕПЛЕРЕНОНУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник - д.мед.н. Ташук В.К.)

Серцева недостатність (СН) залишається важливою соціально-економічною проблемою. Про серйозність прогнозу клінічно маніфестної СН свідчить те, що приблизно половина таких пацієнтів помирає протягом 4 років. Важливим аспектом досліджень залишається вплив на прогресування СН шляхом підбору адекватної патогенетично підібраної медикаментозної терапії. З метою виявлення маркерів прогресування СН обстежений 121 хворий на гострий інфаркт міокарда (ІМ), середній вік яких склав $51,5 \pm 3,94$ років. Всі пацієнти приймали нітрати, β -адреноблокатори, інгібітори АПФ, антикоагулянти, антиагреганти. Пацієнти були розділені на 2 групи: 1 група-отримали базисну терапію з додаванням спіронолактону в дозі 25 мг протягом 28 діб, 2 група - з додаванням еплеренону в дозі 25 мг протягом 28 днів. Контрольну групу склали 15 здорових осіб такого ж статі і віку. Досліджували стан нейрогуморальної регуляції за допомогою визначення рівня альдостерону і стану протеолітичної активності за оцінкою азоколагену (лізису високомолекулярних білків). Нами виявлено, що до лікування рівень аль-

достерону був в 1,6 разів вище, ніж у контролі ($240,58 \pm 27,12$ проти $149,36 \pm 19,24$ пмоль/л; $p < 0,01$), а протеолітична активність за азоколагеном до лікування була майже в 3,5 разу нижче, ніж в контролі ($0,010 \pm 0,002$ проти $0,035 \pm 0,001$ Е440/мл/год; $p < 0,01$). Після проведеного лікування рівень альдостерону істотно зменшувався в обох групах з більшою тенденцією у другій групі, протеоліз за азоколагеном в обох досліджуваних групах істотно збільшувався, однак більш виражено в групі пацієнтів, які приймали антагоніст альдостерону еплеренон. Таким чином, використання еплеренону у хворих з ІМ призводить до зменшення стимуляції фібробластів міокарда, зниженню формування колагену в серцевому м'язі, поліпшенню скорочувальної функції міокарда. Включення еплеренону в комплексне лікування хворих з ІМ та СН сприяє нормалізації процесів протеолітичної активності плазми крові та призводить до формування адекватного ремоделювання постінфарктного міокарда, що і визначає в подальшому перебіг клінічних проявів СН.

Доголіч О.І.

УРОНЕФРОН - НОВИЙ ПЕРСПЕКТИВНИЙ ПОЛІКОМПОНЕНТНИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - д.мед.н. Волошин О.І.)

Актуальність теми. У світі й Україні за останні десятиріччя захворюваність на подагру зростає з 0,1% до 1,5-2%. Вже на початковому періоді цієї недуги спостерігаються явища сечо-кислого діатезу, згодом - сечокам'яної хвороби, вторинного піелонефриту, що диктує необхідність додаткового застосування засобів урикозуричної, антибактеріальної, протизапальної, літолітичної, спазмолітичної дії. Найбільш чітко відповідають цим вимогам ліки рослинного походження. Нещодавно на фармацевтичному ринку України з'явився вітчизняний полікомпонентний фітопрепарат «Уронефрон» (ВАТ «Фармак», Київ). До складу цього засобу входять екстракти: трави золотарника, гірчака пташиного, коріння пирію, петрушки, любистку, листя берези, насіння пажитника, лушпиння цибулі. Залежно від стану та супутніх уражень системи травлення він випускається в 3 формах: краплі, сироп, гель. Складові частини засобу проявляють дії: діуретичну (всі), літолітичну (золотарник, хвощ польовий, петрушка, пирій), антибактеріальну (пажитник, золотарник), протизапальну (всі окрім пирію та гірчака), спазмолітичну (любисток, листя берези), загальнозміцнюючу (листя

берези, насіння пажитника, петрушка). Спектр застосування уронефрону доволі широкий: сечо-кам'яна хвороба, хронічні піелонефрит, цистит, уретрит, сечо-кислий діатез, стан після уролітотрипсії. Власні дослідження Нами застосовано уронефрон у семи хворих на хронічний подагричний артрит з явищами сечо-кам'яної хвороби та вторинного піелонефриту із супутніми гастроуденітом, хронічним некалькульозним холециститом. Більш зручною та з меншими побічними ефектами з боку системи травлення виявилася форма уронефрону у вигляді гелю (1 чайна ложка 5,0 г на 100мл. теплої кип'яченої води 3-4 рази на день після їжі). Застосування засобу впродовж одного місяця зумовило зменшення клінічних проявів подагричної нефропатії та покращення аналізів сечі. Відмічено також певний позитивний вплив на симптоматику з боку біліарної системи. Перспективами подальших досліджень вбачаємо вивчення урикозуричних ефектів уронефрона, впливу на стан про- і антиоксидантних систем крові, рівні сечової кислоти, холестерину та тригліцеридів в крові.

Доголіч О.І., Волошина Л.О.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ХВОРОБИ ТА ЇЇ ДАВНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Волошин О.І.)

Актуальність теми. Поширеність подагри за останні десятиріччя невпинно зростає. Недостатньо вивченими є патогенетичні взаємини між подагрю та віковими захворюваннями, що іноді зумовлює обмеження лікування основного захворювання, підвищує рівень кардіоваскулярного ризику за наявності коморбідності.

Мета дослідження. Вивчити часові особливості формування коморбідності у хворих на подагру у віковому аспекті.

Матеріал і методи. Клініко-інструментальне і лабораторно-біохімічне обстеження проведено у 35 хворих на подагру у віці 37-72 роки, серед яких чоловіків було 30, давність захворювання коливалася в межах 3-20 років.

Результати дослідження. Встановлено наступне: для раннього періоду подагри властиві такі коморбідні недуги і патологічні стани: м'яка артеріальна гіпертензія, надмірна маса тіла або ожиріння I ст., латентний стеатогепатоз, рідко інсулінорезистентність, частота і вираженість їх зростає згідно вираженості і темпів прогресування подагри. В період виражених подагричних уражень опорно-рухового апарату та давності 5-10 років: артеріальна гіпертензія II ступеня, 2 ст., ожиріння II-III ст., субклінічний та маніфестний стеатогепатит, ІХС, ЦД II

типу, сечо-кам'яна хвороба, рідше вторинний піелонефрит. Кардіоваскулярний ризик зростає в 2-2,5 рази. Спостерігаються епізоди загострення подагри медикаментозно-індукованими засобами від лікування коморбідних захворювань. Для пізнього періоду подагри та давності більше 10 років спостерігаються більш виражені прояви метаболічного синдрому, особливо ІХС, ЦД, артеріальної гіпертензії з ознаками гіпертензивного серця, серцево-судинні події, виражених проявів сечо-кам'яної хвороби та вторинного піелонефриту, частіше спостерігалися випадки медикаментозно-індукованих подагричних приступів. Кардіоваскулярний ризик зростає у 2-3 рази.

Висновки. Із зростанням давності подагри та її вираженості зростає частота і вираженість коморбідних захворювань, ступінь кардіоваскулярного і гастроінтестинального ризиків, загроза медикаментозно-індукованого загострення подагричного артрити. В комплексному лікуванні хворих на подагру у зв'язку з закономірним зростанням коморбідності доцільний пошук лікарських засобів багаточільової поліорганної дії з акцентом на зменшення проявів подагри, кардіоваскулярного та гастроінтестинального ризиків.

Кишко К.М.

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедри внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник - д.мед.н. Ташук В.К.)

Із численних методів функціонального дослідження стану серцево-судинної системи електрокардіографія не тільки не втратила свого значення, але й знаходить все ширше впровадження. Натомість, незважаючи на 75-річний досвід аналізу ЕКГ, методика вимірювання її параметрів недостатньо уніфікована і електрофізіологічно обґрунтована.

Метою роботи є визначення можливості дослідження кількісної частини електрокардіограми (ЕКГ), математичний аналіз першої похідної ЕКГ (метод диференціювання за власне створеною математичною моделлю на засадах Е.Ш.Халфена, 1986) з визначенням відношення максимальної швидкості (ВМШ) змін різниці потенціалів при гіпертрофії лівого шлуночка.

Так у власних результатах досліджень доведено вплив діастолічного артеріального тиску (АТ) на показник ВМШ, що є достовірним з приростом ознак гіпертрофії лівого шлуночка для бокової стінки лівого шлуночка та зменшенням для перегородкової ділянки лівого шлуночка, а

отже систолічний АТ, і ще більше діастолічний АТ, обумовлюють ремоделювання лівого шлуночка. Порівняння у групах пацієнтів з та без гіпертрофічних змін у міокарді свідчить, що за її наявності показники диференційованої ЕКГ є достовірно більшими згідно аналізу змін ВМШ: ВМШІ ($p < 0,01$), ВМШІІ ($p < 0,01$), ВМШІІІ ($p < 0,01$), ВМШІІІІ ($p < 0,01$), що відображає передню/задню та перетинково/бокову стінки лівого шлуночка. Застосування диференційованої ЕКГ дозволяє оптимізувати діагностичну цінність проведення електрокардіографічного дослідження пацієнтів із патологією серцево-судинної системи, а визначення показника ВМШ є результирующим відносно впливу наявної гіпертрофії лівого шлуночка.

Отже, комп'ютерна модель автоматичного аналізу ДЕКА є ефективним методом кількісного аналізу, характеризується зростанням ВМШ для гіпертрофії ЛШ або окремих його стінок, що важливо у випадках диференційованого аналізу негативних зубців Т та при визначенні функціональних змін різних ділянок міокарда.



Ковальчук Л.Ю., Литвинюк А.В.

ПОКАЗНИКИ ОКИСНОГО ГОМЕОСТАЗУ ТА ВМІСТУ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра сімейної медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Білецький С.В.)

Мета дослідження. Оцінити показники окисного гомеостазу та оксиду азоту у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих на АГ II-III стадій в поєднанні з ІХС, в якості контролю обрано 24 практично здорові особи, репрезентативні за віком і статтю. Визначали рівні показників малонового альдегіду еритроцитів (МА ер.), малонового альдегіду плазми (МА пл.), глутатіону відновленого (ГВ), глутатіонпероксидази (ГП), каталази (КТ), кінцевих метаболітів оксиду азоту (NO), окисної модифікації білків (ОМБ), а саме алдегідокетонди нітрофенілгідрозонів основного (АКДНФГ (Е430)) та нейтрального характеру (АКДНФГ (Е370)) за загальноприйнятими методиками. Оцінку різниці сукупностей вибірки проводили, використовуючи t-критерій Стьюдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Аналіз вмісту МА ер. виявив, що у контрольній групі він становить $6,58 \pm 0,38$ мкмоль/л, а в групі хворих на АГ

II-III ступенів з ІХС $-11,38 \pm 1,48$ мкмоль/л, що на 20,97% більше від показників у групі контролю ($p < 0,05$). Показник вмісту МА пл. склав $5,75 \pm 1,20$ мкмоль/л, що на 139,58% більше від показників групи контролю. У хворих на АГ II-III стадій з ІХС спостерігається вірогідне зниження рівня ГВ на 14,29 % порівняно з контролем. Щодо рівня ГП та КТ, то відзначається вірогідне збільшення даних показників на 25,50% та 24,49% відповідно. Оцінюючі показники ОМБ, відмічено вірогідне підвищення рівнів АКДНФГ (Е430) та (АКДНФГ (Е370) на 44,31% та 39,09% порівняно з показниками в групі контролю. Аналізуючи рівень кінцевих метаболітів NO у хворих на АГ II-III стадій з ІХС, виявлено вірогідне зростання показників на 7,44% щодо показників групи контролю.

Висновок. Зростання рівнів МА ер. та МА пл., зниження рівня ГВ, зростання рівнів ГП та КТ, підвищення вмісту ОМБ у хворих на АГ II-III стадій в поєднанні з ІХС супроводжується підвищенням рівня кінцевих метаболітів NO, що в свою чергу можна вважати компенсаторною реакцією на оксидативний стрес та ішемічне ураження.

Костенко О.В.

ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання

(науковий керівник - д.мед.н. Ташук В.К.)

Оскільки одним з апробованих і важливих діагностичних методів серцевих подій є ЕКГ, то вдосконалення можливостей підвищення її діагностичної значущості є важливим та актуальним питанням. Запропоновані методи (диференційована ЕКГ, інтегральна ЕКГ, додатково підсилена ЕКГ) суттєво моделюють дозвілну здатність цього методу.

Метою роботи було визначення можливості дослідження кількісної частини електрокардіограми (ЕКГ), математичний аналіз першої похідної ЕКГ (метод диференціювання за власне створеною математичною моделлю на засадах Е.Ш.Халфена, 1986) з визначенням відношення максимальної швидкості (ВМШ) змін різниці потенціалів.

Швидкісні показники зубця Т можуть визначатися за допомогою диференціатора, розробленого за принциповою схемою, який зібраний з вико-

ристанням інтегральних мікросхем, що дозволяє підсилювати звичайну ЕКГ до 10 разів й одночасно отримувати похідну кожного відведення або спеціально створених комп'ютерних програм з оцифруванням та диференціацією зубців Т на ЕКГ.

У 29 хворих, серед яких була третина пацієнтів з нейроциркуляторною дистонією, третина - з великовогнищевим інфарктом задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) і третина - з гіпертонічною хворобою II ст. визначено, що показник ВМШ дорівнював в 1-й групі $1,31 \pm 0,04$; в 2-й - $0,80 \pm 0,02$ ($p < 0,001$ для відведень задньої стінки ЛШ) і $1,42 \pm 0,06$ ($p > 0,1$ для відведень передньої стінки ЛШ); в 3-й - $1,71 \pm 0,13$ ($p < 0,01$).

Метод кількісної оцінки ЕКГ з впровадженням диференціації зубця Т ЕКГ в умовах аналізу її першої похідної є високоінформативним неінвазивним тестом.

Лазарева К.П., Безродний А.Б., Кацитадзе І.Ю.

ВПЛИВ ВІКУ, СТАТІ І ЧАСТОТИ СЕРЦЕВИХ СКОРОЧЕНЬ НА ПОКАЗНИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ, ЗА ДАНИМИ АППЛАНАЦІЙНОЇ ТОНОМЕТРІЇ У ХВОРИХ З НЕУСКЛАДНЕНОЮ ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна

Кафедра внутрішньої медицини №2

(наукові керівники - д.мед.н. Амосова К.М., к.мед.н. Руденко Ю.В.)

Актуальність. В останні часи для оцінки загального серцево-судинного ризику у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), особлива увага направлена на раннє виявлення ознак субклінічного ураження органів - мішеней, зокрема при визначенні швидкості розповсюдження пульсової хвилі (ШРПХ) і показників центрального аортального тиску (ЦАТ), за допомогою технічно нових неінвазивних автоматизованих обладнань.

Мета роботи. Визначити можливий зв'язок показників ЦАТ і ШРПХ з віком, статтю і ЧСС у хворих з неускладненою есенціальною АГ I-II ступеню за методикою аппланаційної тонометрії (прилад Sphygmocor, Австралія).

Матеріали та методи. У дослідження були включені 66 пацієнтів (32 чоловіки і 34 жінки) з неускладненою есенціальною АГ I-II ступеню. Середній вік склав $57,5 \pm 3,52$ років, стаж захворювання $8,4 \pm 3,2$ роки, ІМТ склав у чоловіків $30,0 \pm 1,7$ кг/м², у жінок $31,5 \pm 1,5$ кг/м².

Результати дослідження. Всі хворі були

розподілені на 6 груп: за віком, статтю, ЧСС і були співставимі за клініко-демографічними характеристиками, а також за рівнями показників центральної і периферичної гемодинаміки.

При проведенні кореляційного аналізу були виявлені достовірно вищий тиск аугментації у хворих старше 60 років ($13 \pm 0,52 - 11,6 \pm 0,46$; $p < 0,05$), а також у жінок ($15,3 \pm 0,61 - 9 \pm 0,36$; $p < 0,05$). У підгрупі хворих з ЧСС менше 70 уд. за хв. центральний систолічний (цСАТ), пульсовий артеріальний тиск (цПАТ) і тиск аугментації (Рауг) були достовірно вище, тоді як ШРПХ була достовірно нижче.

Висновки. Хворі з неускладненою есенціальною АГ I-II ступеню з віком (>60 років) мають більш високий Рауг (на 11%). У хворих з АГ жінок, в порівнянні з чоловіками, відмічається підвищення Рауг і ІА (на 41,8% і 23% відповідно). Хворі з ЧСС менше 70 за хвилину в порівнянні з більш високою, асоціюються з меншою ШРПХ (на 16%) що поєднується, однак, з підвищенням ЦАТ, цПАТ (на 4% і 9,7% відповідно), а також Рауг (на 21,4%).

Лашкул Д.А.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра внутрішніх хвороб №1

(науковий керівник - д.мед.н. Сиволап В.Д.)

Розповсюдженість хронічної серцевої недостатності (ХСН) продовжує зростати, у різних країнах від неї страждають від 0,4% до 2% населення. Незважаючи на успіхи, що досягнуті у профілактиці та лікуванні, ХСН асоціюється з високими показниками захворюваності та смертності. В останній час велику увагу приділяють її взаємозв'язку з ураженням нирок в рамках так званого кардіоренального континуму. Мета дослідження. Проаналізувати особливості клінічного перебігу ХСН в залежності від наявності та ступеня ниркової дисфункції.

Матеріали та методи. В дослідження включено 277 пацієнтів з ХСН, середній вік 58,8 років. Перенесений інфаркт у анамнезі у 199 пацієнтів. ХСН I функціонального класу (ФК) у 8 (2,9%) хворих, II ФК - у 82 (29,6%), III ФК у 169 (61%), IV ФК у 18 (6,5%) пацієнтів. Цукровий діабет мали 50 (18,1%) хворих. Швидкість клубочкової фільтрації визначали за формулою MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), хронічну хворобу нирок (ХХН) діагностували згідно критеріїв NKF K/DOQI (2002).

Результати. ХХН зі зниженням ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м² виявлено у 59 (21,3%) пацієнтів.

Хворі на ХСН, асоційовану з ХХН були старше за віком (65 і 57 відповідно, $p < 0,001$), та мали більш виражену ступінь ХСН за ФК (2,92 проти 2,65 відповідно, $p = 0,004$). Частота виявлення ЦД і анемії у хворих ХСН при наявності ХХН, та без такої, вірогідно не розрізнялась. Пацієнти ХСН зі зниженою функцією нирок мали більший індекс маси тіла ($32,3$ кг/м² проти $29,6$ кг/м², $p = 0,009$), тенденцію до більш низьких показників артеріального тиску незалежно від віку (114 мм рт.ст. проти 119 мм рт.ст., $p = 0,32$), у них частіше виявлялась фібриляція передсердь (37,3% проти 15,6%, $p = 0,007$), мітральна регургітація 2-3 ступенів (41,3% проти 33,4%, $p = 0,03$) та зниження фракції викиду (46,2% проти 50,6%, $p = 0,04$).

Висновки. Зниження ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м² виявлене у 21,3% пацієнтів. Хронічна серцева недостатність ішемічного генезу в асоціації з хронічною хворобою нирок спостерігається в більш дорослому віці, характеризується більш тяжким ступенем перебігу, більшим індексом маси тіла, частіше супроводжується фібриляцією передсердь, мітральною регургітацією та зниженням фракції викиду лівого шлуночка.



Лупір А.В., Шорікова Д.В., Чечул І.Ю.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СОННИХ АРТЕРІЙ НА ТЛІ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Шорікова Д.В.)

Підвищений рівень артеріального тиску є одним з провідних факторів ризику розвитку інсульту, всіх форм ішемічної хвороби серця (ІХС), хронічної серцевої недостатності та обумовлює підвищений ризик серцево-судинної смертності. Основним параметром, за допомогою якого оцінюють ранні атеросклеротичні зміни в сонних артеріях (СА) є товщина комплексу інтима-медіа (KIM) – параметр, який дозволяє оцінити вираженість ремоделювання магістральних судин. Зв'язок між товщиною KIM та ймовірністю серцево-судинних подій є безперервним, але порогове значення вище 0,9 мм можна використовувати для консервативної оцінки важкого ураження.

Матеріал та методи. Обстежено 82 хворих на гіпертонічну хворобу II стадії. Величина внутрішньопросвітнього діаметру та товщина KIM загальних, зовнішніх та внутрішніх сонних артерій (ЗСА, ВСА, Зов.СА) досліджувались системою "EnVisor HD" (Philips, USA) обласного діагностичного центру м. Чернівці за методикою Лелюк. Підбір антигіпертензивної терапії проводився залежно від рівня артеріального тиску. Лерканідипін (31 пацієнт) призначався 1 р.д. в початковій дозі 5 мг з підвищенням до 10–20 мг. Титрування бісопрололу (51 хворий) почи-

нали з 2,5 мг зі збільшенням дози до 2,5–5–10 мг, з врахуванням індивідуальної чутливості та переносимості.

Результати дослідження та їх обговорення. Застосування бісопрололу впродовж 24 тижнів у хворих на гіпертонічну хворобу сприяло зменшенню величини KIM в загальних СА (в правій на 7,8%, $p > 0,05$, в лівій на 22,4%, $p < 0,05$), зовнішніх СА (права – 10,4%, $p < 0,05$, ліва – 3,6%, $p > 0,05$), з вірогідним впливом в обох внутрішніх СА (права – 13,8%, $p < 0,05$, ліва – 10,84%, $p < 0,05$) СА. В динаміці лікування лерканідипіном у хворих на гіпертонічну хворобу в ЗСА KIM зменшувалася справа на 6,9% ($p < 0,05$), зліва – на 24,0% ($p < 0,05$), у ВСА результати отримані на рівні 18,2% ($p < 0,05$) справа та 4,93% ($p > 0,05$) зліва, щодо зовнішньої СА – позитивну динаміку виявлено в лівій Зов.СА з результатом 10,2% ($p < 0,05$). Висновки. При тривалому застосуванні бісопрололу та лерканідипіну у хворих на артеріальну гіпертензію зі стабільною стенокардією виявляється додатковий ангіопротекторний ефект. Лерканідипін має більш виражений абсолютний терапевтичний ефект на структурні зміни сонних артерій в порівнянні з бісопрололом.

Лучко О.Р.

СПОСОБИ КОРЕКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ЖОРСТКОСТІ (РИГІДНОСТІ) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
Кафедра внутрішньої медицини №2
(науковий керівник - д.мед.н. Середюк Н.М.)

Результатами останніх досліджень встановлено, що підвищення артеріальної жорсткості (ригідності) є основним фактором кардіо-васкулярних та нефрологічних подій. Тому особливої ваги є питання своєчасної корекції ураження судин на доклінічній стадії.

Метою даної роботи було вивчення медикаментозної корекції артеріальної жорсткості у хворих на хронічний пієлонефрит (ХПН) з артеріальною гіпертензією (АГ).

Обстежено 68 хворих на ХПН та АГ. Серед обстежених було 37 чоловіків і 31 жінок, середній вік яких склав $55,16 \pm 4,02$ роки. Контролем служили 20 здорових донорів репрезентативні за віком і статтю. Жорсткість артеріальних судин оцінювали за вмістом ендотеліну-1 (ЕТ-1) в сироватці крові, значенням швидкості поширення пульсової хвилі (ШППХ), плече-гомілкового судинного індексу (CAVI, cardio-ankle vascular index), індексу жорсткості аорти (ІЖА), товщини інтимо-медіального комплексу (ТІМК) до і через 1 місяць лікування. Було сформовано чотири групи хворих в залежності від застосованих схем лікування. Перша група отримували базову терапію (БТ) ХПН і АГ ($n=17$), друга – БТ ХПН і АГ та нефропротектор канефрон Н ($n=17$), третя – БТ ХПН і АГ та ангіопротектор – мельдоній дигідрат ($n=17$) та четверта – БТ ХПН і АГ, ка-

нефрон Н та мельдоній дигідрат ($n=17$). В якості БТ ХПН були фторхінолони і протизапальні засоби, а АГ – інгібітор АПФ, блокатор Са-каналів, тiazидний діуретик і статини.

Проведено аналіз показників артеріальної жорсткості у хворих на ХПН з АГ до лікування, які були достовірно збільшеними у 89,01% випадках. Так, після проведеного комплексного лікування відзначалася позитивна динаміка. Спостерігалася зниження вмісту ЕТ-1 у хворих всіх груп, проте найбільш виражено в 2,8 рази ($p < 0,001$) у хворих, які отримували канефрон Н та мельдоній дигідрат на тлі БТ ХПН з АГ. При цьому змінилися у цих же хворих ШППХ та CAVI – знизилися на 55,42% ($p < 0,01$) та 54,13% ($p < 0,05$) відповідно. Також зменшився й ІЖА на 33,94% ($p < 0,05$) та 36,17% ($p < 0,01$) та ТІМК – на 8,9% ($p < 0,05$) і 11,78% ($p < 0,05$) в обстежених, які отримували мельдоній дигідрат та його поєднання з канефроном Н на тлі БТ у порівнянні із хворими інших груп. В хворих, які отримували тільки БТ ХПН з АГ або в комбінації з канефроном Н спостерігалася подібна тенденція, але виражена в меншій мірі.

Таким чином, поєднання мельдонію дигідрату та канефрону Н на тлі комплексного лікування коморбідної патології сприяє покращенню еластичних властивостей артеріальних судин.

Маркевич В.В., Бойко Б.В.

ВАЗАВІТАЛ ЯК ПОЛІКОМПОНЕНТНИЙ ПРЕПАРАТ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ВИРАЖЕНИМИ АНТИОКСИДАНТНИМИ ТА АНТИГІПОКСИЧНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Волошин О.І.)

При нормальному балансі оксидантний шлях утилізації кисню та оксигеназний – урівноважені. В умовах ішемії спостерігається активація пероксидного окислення ліпідів (ПОЛ), що сприяє порушенню ферментативного обміну і виходу в кров протеолітичних ферментів та реактогенних речовин, серед яких особливе місце займають вільні радикали кисню (ВРК). У випадку, коли патологічне навантаження перевищує способи захисту, виникає порушення механізмів антиоксидантного захисту з розвитком пошкодження кардіоміоцитів та ендотелію судин, що призводить до розвитку «окислювального стресу». В кардіоміоцитах утворюються активні форми кисню та потенційні ендогенні прооксиданти, які ініціюють ПОЛ, в результаті чого прогресує гіпоксія. Накопичення ВРК та активація процесів ПОЛ призводять до порушення структури та функції біомембран, погіршення васкулярного проникнення, пошкодження білків, поглиблюючи цим самим ішемію.

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікувальних хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), шляхом включення у терапевтичний комплекс вазавіталу.

Матеріали та методи. Спостереження проведені у 23 хворих на ІХС у віці 46 – 72 років. Крім

клінічних методів дослідження були використані ЕКГ, лабораторні дослідження крові. Усі хворі пройшли курс терапії згідно стандартів лікування ІХС. 14 пацієнтам (основна група) додатково до зазначеного комплексу призначали вазавітал. Результати. Встановлено, що впродовж лікування у хворих основної групи на 2–3 дні раніше почали зменшуватися клінічні прояви, значніше знизились параметри артеріального тиску, порівняно з контрольною групою, покращились параметри ЕКГ (зменшилися ознаки ішемії). Покращились показники крові (показово осмотична резистентність еритроцитів – інтегральний тест ПОЛ).

Висновки. Зменшення основних клінічних та лабораторних проявів спостерігалась в основній групі, що пов'язано з патогенетичним впливом складових препаратів на антиоксидантний статус. Вазавітал позитивно впливає на перебіг захворювання, покращує антиоксидантні показники. Ефективність пов'язана з синергічним впливом гінкго білоби та вітамінного комплексу (ендогенні з'єднання, флавоноїди). Антигіпоксична дія обумовлена забезпеченням достатнього енергетичного потенціалу, активацією окислювального декарбоксилювання.

Романова В.О.

РІВЕНЬ РОЗЧИННИХ СУДИННИХ МОЛЕКУЛ АДГЕЗІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Вінниця, Україна
Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - д.мед.н. Серкова В.К.)

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – найпоширеніше захворювання серцево-судинної системи з високим ризиком серцево-судинних подій і смерті. Дисфункція ендотелію відноситься до ранніх маркерів судинних порушень і є істотним чинником розвитку атеротромбозу та на його основі ІХС.

Мета дослідження. Оцінити діагностичну і прогностичну роль порушень адгезивної функції ендотелію в розвитку та прогресуванні ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ).

Обстежено 75 хворих на ГХ, в тому числі ГХ II стадії без ІХС – 19, хворих на ГХ II стадії в поєднанні з ІХС, стабільною стенокардією II функціонального класу (ФК) – 20, ГХ III стадії в поєднанні зі стабільною стенокардією III ФК – 18 і хворих на ГХ III стадії в поєднанні з нестабільною (прогресуючою) стенокардією – 18. Контрольну групу склали 25 здорових осіб. Для верифікації ІХС використовували велоергометрію, добове моніторування ЕКГ, ехокардіографію. У дослідження не включали хворих з вираженою серцевою недостатністю (ФК III–IV), тяжкими захворюваннями печінки, нирок, легенів, крові, ендокринних органів. Адгезивну функцію ендотелію оцінювали за концентрацією розчинних судинних молекул адгезії (sVCAM), які досліджували імуноферментним методом із за-

стосуванням тест-систем Bender Medsystems (Австрія). Статистичну обробку даних здійснювали з використанням програм Microsoft Excel 7.0 і Statistica for Windows 6.0.

Аналіз показників вмісту sVCAM в різних групах обстежених показав, що у хворих на ГХ без ознак ІХС мало місце підвищення їх рівня на 39,8% ($875,4 \pm 41,3$ проти $626,0 \pm 34,0$ нг/мл у осіб контрольної групи, $p < 0,05$). При поєднанні ГХ з ІХС рівень sVCAM підвищувався в більшій мірі – на 89,6% (до $1187,1 \pm 104,3$, $p < 0,001$), причому ступінь підвищення рівня sVCAM достовірно наростала в міру збільшення тяжкості захворювання. Так, якщо у хворих ГХ в поєднанні зі стенокардією II ФК рівень sVCAM склав $1175,5 \pm 94,7$ нг/мл і був підвищений на 83,0% в порівнянні з контрольною групою, то у хворих на ГХ у поєднанні з III ФК стенокардії він збільшувався до $1247,4 \pm 105,5$ нг/мл (на 99,3% у порівнянні з контролем, $p < 0,001$). Найбільша ступінь порушення адгезивної функції ендотелію мала місце у хворих з прогресуючою стенокардією, де рівень sVCAM був вище величин контрольної групи на 166,4% і дорівнював $1655,4$ нг/мл ($p < 0,001$).

Висновок. Таким чином, важкий перебіг стенокардії у хворих на ІХС асоціюється з активацією адгезивної функції ендотелію.



Руденко Т.А.

ДИССИНХРОНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ КАК ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Харковська медичинська академія последипломної освіти, Харків, Україна

Кафедра терапії і нефрології

(науковий керівник - д.мед.н. Власенко М.А.)

Актуальність. Не так давно всеобщее внимание привлек тот факт, что у больных с сахарным диабетом (СД) происходит нарушение атрио-вентрикулярной и внутрисердечной проводимости. Такая разбалансированность в работе различных отделов миокарда в свою очередь ведет к прогрессированию хронической сердечной недостаточности (ХСН), которая является одной из основных причин летальных исходов среди людей трудоспособного возраста, что для государства в целом имеет социально-экономическое значение.

Цели и задачи. Изучить показатели, которые указывают на наличие диссинхронии миокарда (ДМ). Прогнозировать прогрессирование ХСН. Материалы и методы. Группа наблюдения составляла 25 больных в возрасте от 26 до 76 лет страдающих СД 2 типа и ишемической болезнью сердца (ИБС). В зависимости от наличия СД больные были разделены на две группы. Контрольная группа – 20 практически здоровых лиц. Среди обследованных было 11 мужчин и 14 женщин. Для верификации ХСН использова-

ли комплекс лабораторных и инструментальных методов обследования. Состояние углеводного обмена учитывали с помощью глюкозы натощак, уровнем гликозилированного гемоглобина. Для выявления ДМ всем пациентам проводилась электрокардиографическое исследование, трехмерная эхокардиография (3D - ЭхоКГ) с изучением показателей внутрисердечного и межсердечного проведения.

Результаты. Длительность комплекса QRS >120 мс лишь в ряде случаев служит маркером механической диссинхронии. С возрастом наблюдалось увеличение данных ЭхоКГ исследования, критериями для которого определены: задержка предизгнания из аорты >140 мс (54%); межжелудочковая механическая задержка >40 мс (86,5%); задержка активации заднебоковой стенки левого желудочка (86,5%), пресистолическая митральная регургитация (58,8%). В группе у пациентов с сочетанной патологией СД и ИБС проявления ДМ и ХСН были сравнительно больше, чем в группе с ИБС.

Руснак І.Т., Макевич В.І., Кулачек В.Т., Кулачек Я.В.

СУЧАСНІ МЕТОДИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ В КАРДІОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна; Лабораторія мікроелементного аналізу Biomol-Med, Лодзь, Польща

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини, Лабораторія мікроелементного аналізу Biomol-Med

(наукові керівники - к.мед.н. Руснак І.Т., д.мед.н. Пучковський С.С.)

Рання тачасна діагностика захворювань, особливо якщо розпізнати хворобу на стадії передхвороби, – запорука збереження здоров'я нації. Із 92 хімічних елементів, що зустрічаються в природі, людський організм містить 81. І навіть мікроелементи, які присутні в мінімальних кількостях, відіграють величезну роль у регулюванні життєвих процесів. Надлишок або дефіцит будь-якого елемента позначається на здоров'ї. Знайти причину захворювань не так складно, варто лише пожертвувати невеликий пасмом волосся. Волосся свідчить про рівень необхідних хімічних елементів, допомагають діагностувати наявні хвороби і прогнозувати можливу появу нових.

Волосся, як ніякий інший біологічний субстрат, відображає процеси, які роками протікають у нашому організмі. Статистика показує, що вміст мікроелементів у волоссі відображає мікроелементний статус організму в цілому, і проби волосся є інтегральним показником мінерального обміну.

Визначення вмісту елементів у сироватці або в крові може не відображати актуальну концентрацію цих елементів в організмі, оскільки діють механізми гомеостазу, що вирівнюють рівень елементів у крові за рахунок резервів у тканинах, і таким чином, незважаючи на хібно нормальну концентрацію в сироватці вміст елементів в організмі може бути недостатнім.

Безпосередній вплив на концентрацію елементів у крові здійснює, наприклад, дієта, що застосовується на даний момент.

Дуже важливим аспектом є те, що саме волосся допомагає діагностувати хронічні захворювання, коли вони себе ще нічим не проявляють. Перевагою цього неінвазивного методу є те, що взяття проби відбувається без травмування пацієнта і людина не ризикує отримати яку-небудь інфекцію.

Із метою визначення особливостей рівнів вмісту елементів організму пацієнтів у лабораторії мікроелементного аналізу Biomol-Med (Польща) проведена діагностика по волоссю.

Обстежено 12054 особи (жіночої статі – 7691, чоловічої – 4363), які відзначили графу анкети про підтвердження діагнозу серцево-судинної системи. Згідно віку кількість пацієнтів виявилась наступною: 0,5–10 років=308 осіб (6 дітей до 1 року), 11–20 років=420, 21–30=971, 31–40=1595, 41–50=2524, 51–60=3340, 61–70=1949, 71–80=785, 81–90=153, 91–95 років=9 осіб.

Виявлене несприятливе зниження рівня вмісту магнію (на 21 %), цинку (на 34 %), заліза (на 55 %), хрому (на 17,5 %) та міді (на 17 %).

Правильна персональна програма суплементції для пацієнта дозволить значно підвищити ефективність профілактики або лікування, відновити здоров'я і продовжити життя.

Сарафінчан М.Ф.

АДАПТАЦІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник - к.мед.н. Амеліна Т.М.)

Діяльність серцево-судинної системи багато в чому визначає стан здоров'я та рівень працездатності людини, разом з цим особливості її функціонування у спокої та при різних навантаженнях є індикатором стану регуляторних механізмів організму в цілому [Баєвський Р.М., 2002]. Виражене превалювання функції парасимпатичної нервової системи, посилення тону блукаючого нерва в умовах занять спортом призводить до формування різних електрокардіографічних феноменів, які можуть як маскувати серйозні зрушення, так і бути причиною надмірно пильної уваги лікаря до спортсмена і необґрунтованого відсторонення його від занять спортом. З метою виявлення особливостей функціонального стану серцево-судинної системи під впливом фізичного навантаження нами проаналізовано 200 електрокардіограм (ЕКГ) спортсменів. На основі проведеного аналізу 167 (83,5%) ЕКГ не мали відхилень від норми. На 33 (16,5%) виявлені певні зміни, серед яких переважали синусові порушення ритму – синусова брадикардія (21,21%), синусова аритмія (9,10%), синусова тахікардія (6,06%). У 21,21% випадків виявлений синдром ранньої реполяризації шлуночків, у 18,18% встановлено синдром надшлуночкового гребінця. Щодо порушень

провідності, зафіксовано випадки неповної блокади правої ніжки пучка Гіса (6,06%). У 12,12% присутні відхилення, що вказують на метаболічні зміни в міокарді. Описані вище фізіологічні механізми формують особливості електричної активності міокарда у спортсмена, які носять назву «електрофізіологічне ремоделювання». Ці зміни є частиною фізіологічного спортивного серця і, як правило, не мають відношення до патологічного ремоделювання, властивого деяким захворюванням, що вражають міокард. Лише у 6,06% від встановлених зрушень виявлено ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, яка може бути як фізіологічною, так і вказувати на наявність захворювання. Дослідження останніх років довели, що гіпертрофія міокарда, насамперед, є фізіологічною пристосувальною реакцією на гіперфункцію, однак виникнення її – це перший крок до розвитку патологічних станів. Аналізуючи отримані результати зазначимо, що серед виявлених змін переважають синусова брадикардія та синдром ранньої реполяризації шлуночків. Встановлення відхилень на електрокардіограмі потребує детального обстеження спортсмена з урахуванням інструментальних та лабораторних даних, що дозволить трактувати їх як фізіологічні або ті, що мають патологічний характер.

Снозик І.Д., Рябой І.В., Чобан Є.В.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДУ І ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ ВІД АСОЦІЙОВАНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник - к.мед.н. Гречко С.І.)

Об'єктивізація лікування та профілактики стенокардії напруги у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), боротьба з раннім розвитком проявів серцевої недостатності (СН) на фоні поширення даного ускладнення серед пацієнтів з ураженням серцево-судинної системи потребує першочергового виявлення ранньої дисфункції міокарда та діагностики коронарної недостатності. Обстежено 54 пацієнти хворих, які були госпіталізовані у відділення гіпертонічної хвороби Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру. Отримано результати, які цілком відповідають клінічній картині перебігу СС. Велоергометрична проба проводилась усім 54 хворим. Реєстрація ЕхоКГ показників проводилась на секторальній ехокардіографі «Toshiba SAL 38 AS» (Японія) та «Interspec XL» фірми «BBC Medical Electronic AB» (США). Процес сканування серця виконувався в парастернальній позиції. Аналізуючи динаміку об'ємних показників пацієнти на СС розділені на дві групи: I – з проявами СН та II – без таких. Більш суттєво явища СН асоціювалися маси міокарду (ММ) лівого шлуночка (ЛШ). Зниження рівня фракції викиду (ФВ) ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у групі з супутньою АГ – на 48,4% ($p < 0,05$) та хворих з СН – на 40,3% ($p < 0,05$). Аналіз функціональної здатності

міокарду показав достовірне збільшення ММ ЛШ у пацієнтів з АГ – I група, в порівнянні з групою контролю – II група при надходженні у стаціонар ($p < 0,05$) та при проведенні діагностичного навантажувального тесту ($p < 0,05$). Визначення порівняльної характеристики індексу ММ ЛШ характеризується тенденцією до переваги даного показника у пацієнтів з АГ. Максимальним також було збільшення і кінцевого систолічного розміру (КСР) ЛШ у даній категорії хворих на 18,8% ($p < 0,05$) у зіставленні з контрольною групою (II). Показники кінцевого діастолічного (КДР) були більшими у всіх групах в порівнянні з контролем і практично не відрізнялись між собою. Аналогічні зміни реєструвались при визначенні КСР. Слід відзначити достовірне зниження ФВ у пацієнтів з АГ, в порівнянні з контрольною групою на усіх етапах проведення ЕхоКГ дослідження. Зниження рівня ФВ в порівнянні з контролем було найвищим у групі з супутньою АГ – на 48,4% ($p < 0,05$) та хворих з СН – на 40,3% ($p < 0,05$). Відзначалось збільшення КДР з максимальним приростом на 12,0% ($p < 0,05$) у пацієнтів з СС II ФК та супутньою АГ. Стан скоротливості ЛШ залежить від рівня ушкодження ЛШ, більш значний вплив на його функцію відіграє ішемізації стінки ЛШ.



Ткачук М.М., Косминя М.О.

ТРОМБОЛІЗИС НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ НА БУКОВИНІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник - д.мед.н. Полянська Т.С.)

За оцінками ВООЗ, щороку понад 17,2 млн осіб помирає від гострого інфаркту міокарда (ГІМ) чи інсульту. Серцево-судинні захворювання – найпоширеніша причина смертності і в Україні і в світі, тому використання сучасних методів лікування, зокрема, тромболітичної терапії на догоспітальному етапі, є надзвичайно актуальним.

З метою вивчення ефективності застосування тромболітичної терапії на догоспітальному етапі у хворих на гострий коронарний синдром (ГКС) нами було проаналізовано 12 карт виїзду машин швидкої медичної допомоги до хворих на ГКС. Серед 12 хворих, яким проводилась тромболітична терапія було 11 чоловіків (91,6%) та 1 жінка (8,4%). Тромболітична терапія проводилась згідно затвердженого «Протоколу надання медичної допомоги хворим із гострим коронарним синдромом з елевацією ST» при наявності клінічних діагностичних критеріїв: затяжного (більше 20 хв) ангінозного нападу у спокої і типових змін на електрокардіограмі (елевація ST з характерною динамікою, поява патологічного зубця Q). На догоспітальному етапі всім хворим

було проведено тромболітичну терапію за допомогою препарату тенектеплаза в дозі 30–50 мг залежно від маси тіла при відсутності протипоказань. В жодному випадку не відмічалось ускладнень при проведенні тромболітичної терапії. Всі хворі були госпіталізовані до обласного клінічного кардіологічного диспансеру в відділення реанімації для подальшого лікування. Спостереження за хворими показали, що серед досліджуваної групи пацієнтів, яким проводилась тромболітична терапія на догоспітальному етапі, були відсутні факти 30–ти денної летальності та відсутність тяжких ускладнень.

Переваги раннього тромболітизму безсумнівні, оскільки він сприяє зниженню смертності, а в 40 % випадків припиняє процес розвитку ГІМ (так званий абортивний ГІМ). Ранній тромболітизм перешкоджає незворотному ушкодженню, розвитку дисфункції міокарда, яка спричиняє найбільшу кількість ускладнень, і раптової смерті, особливо в перші години від початку коронарної дестабілізації, які є «терапевтичним вікном» для проведення тромболітизму.

Хромюк В.В., Пукас Я.Г.

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
Кафедра психології та соціології

(наукові керівники - к.мед.н. Поліщук О.Ю., Пендерецька О.М.)

Актуальність теми. Дана наукова робота вивчає зв'язок розвитку та перебігу інфаркту міокарда з депресивними розладами, а саме психосоматичному співвідношенні в гендерному та віковому аспекті.

Мета роботи. Дослідити вікові та статеві особливості депресивного розладу у хворих на інфаркт міокарда, а також роль додаткових факторів ризику ІХС та ІМ.

Матеріали та методи. Дана робота сформульована на обстеженні 120 хворих (64 жінки та 54 чоловіки) обстежуваним з діагност «гострий ІМ» або «післяінфарктний кардіосклероз» на етапі реабілітації. Депресивна симптоматика визначалась за шкалою Гамільтона (HDRS) 0–7 – відсутність депресії; 8–13 – депресивний розлад легкого ступеню; 14–18 – депресивний розлад середнього ступеню; 19–2 – важкого ступеню; понад 23 – вкрай важкого ступеню.

Результати дослідження. Встановлено відсутність депресивного розладу лише у 18,3% пацієнтів. Депресивний розлад легкого ступеня наявний у 14,2% досліджуваних. Середній та важкий ступінь у 25,8% та 18,3% відповідно. У 23,4% у досліджуваних наявний депресивний розлад вкрай важкого ступеня.

13,6% жінок та 14,8% чоловіків мали легкий ступінь, 28,8% жінок та 22,2% чоловіків середній

ступінь, 18,2% жінок та 18,6% чоловіків важкий. Вкрай важкий ступінь мали 24,2% жінок та 22,2% чоловіків. Відсутність депресії за шкалою Гамільтона у 15,2% жінок та 22,2% чоловіків. Абсолютне значення за шкалою Гамільтона у жінок $17,34 \pm 2,2$, у чоловіків $15,81 \pm 2,4$.

У віковому розподілі досліджувались: пацієнти до, та після 55 років. У групі до 55 років 24,4% без депресивного розладу від легкого до вкрай важкого депресивного розладу від 17,1% до 19,5%. Особи після 55 років: відсутність депресії 15,2%, легкий – 12,7%, середній – 29,1%, важкий – 17,7%, вкрай важкий 25,3%.

Статеві особливості хворих молодшої вікової групи: відсутність депресії, важкий та вкрай важкий розлад – 24,0%, легкий та середній 12,0% та 16,0% у чоловіків. У жінок відсутність депресії, легкий та середній ступінь зафіксовані у 25,0%, важкий та вкрай важкий розлад у 12,5%.

Особи старшої вікової групи, що перенесли ІМ 27,6% (чоловіки) та 30% (жінки) мали середній. Легкий ступінь депресивного розладу 20,7% та 14,2 у чоловіків та 12,0% та 10,0% у жінок. Важкі та вкрай важкі депресивні розлади у жінок старшої вікової групи 20,0% та 28,0%, та у чоловіків старшої вікової групи зустрічались у 13,8% та 20,7%.

Худякова М.О., Бондарєва О.О., Ріджок В.В., Петренко І.А.

РОЛЬ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ КРОВИ И СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк, Украина

Кафедра внутренней медицины

(научный руководитель - д.мед.н. Гнилорыбов А.М.)

Актуальность. Установлено, что нейротрансмиттеры центральной и периферической нервных систем (ПНС) влияют на сосудистый тонус, некоторые из них участвуют в воспалении. Эфферентные и афферентные отделы нервной системы способны модулировать аутоиммунное воспаление путем сенсбилизации и стимуляции на ранних стадиях артрита, а на поздних – тормозить его активность в результате истощения и структурной деструкции. Синовиальные клетки также способны продуцировать нейропептиды и экспрессировать нейропептидазы. Однако, клиническое значение нейропептидов пока не ясно. Цель. Изучить взаимосвязь между наличием в крови, синовиальной жидкости (СЖ) нейропептидов и клинико-лабораторными показателями ревматоидного артрита (РА). Материалы и методы. Было обследовано 47 пациентов с РА в возрасте от 19 до 74 лет ($50,4 \pm 15,1$). Продолжительность болезни составила $6,5 \pm 7,9$ года. Исследование нейропептида Y (NPY) проводили методом ИФА (Peninsula Laboratories, Belmont, California); исследование субстанции P (SP) и фактора некроза опухоли- α (ФНП- α) – с помощью конкурентного ИФА (Cayman Chemical Co., Ann Arbor, MI, и DRG, Германия). Результаты. Уровень SP в крови

составил $1,03 \pm 4,62$ пг/мл, в СЖ – существенно ниже ($0,01 \pm 0,01$ пг/мл.). Уровень NPY крови ($6,13 \pm 17,14$ пг/мл) достоверно превышал его количество в СЖ ($1,16 \pm 1,15$ пг/мл). Противоположная тенденция отмечена для ФНП- α (в крови $1,42 \pm 2,12$ пг/мл, в СЖ $10,19 \pm 16,88$ пг/мл, $p=0,001$). Складывается впечатление о синовиальном «происхождении» ФНП- α в крови пациентов. Патогенетическая роль нейропептидов в развитии РА изучена недостаточно, интерес вызывает исследование связи NPY и SP в крови/СЖ с клинико-лабораторными показателями РА и его рентгенологическими проявлениями. ФНП- α крови коррелировал с уровнем ревматоидного фактора ($r=+0,37$), а SP – с количеством антител к циклическому цитруллинированному пептиду ($r=+0,45$, $p=0,03$). Выявлена корреляция нейропептидов с функциональными нарушениями ($r=+0,35$, $p=0,03$). Значимой корреляции нейропептидов с возрастом пациентов и продолжительностью болезни нами не установлено. Выводы. Наши данные говорят о возможном участии нейротрансмиттеров в ревматоидном воспалении и о синовиальном происхождении ФНП- α . Таким образом, симпатический отдел ПНС влияет на выраженность синовиита при РА.

Цюпа І.В.

МОЖЛИВОСТІ ФІТОТЕРАПІЇ ПРИ ПОДАГРІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Глубоченко О.В.)

Подагра є однією з розповсюджених недуг серед групи ревматологічних захворювань. Частота подагри в ряді регіонів України становить біля 400 випадків на 100 тис населення. Ця хвороба призводить до зниження працездатності і навіть до інвалідації пацієнтів. При застосуванні в лікуванні подагри певних груп препаратів (нестероїдні протизапальні препарати, гормони, тощо) існує проблема побічних ефектів. У ряді випадків виникають ускладнення зі сторони шлунково-кишкового тракту – індуковані гастропатії, серцево-судинної системи – артеріальні гіпертензії, печінки – медикаментозна гепатопатія. В останні роки достатньо велика увага надається альтернативним методам лікування ревматичних захворювань, у тому числі і фітотерапії. Застосування фітопрепаратів дозволяє покращити загальні результати лікування, зменшити вираженість і частоту побічних дій базисних лікувальних засобів. Нашою метою став аналіз ефективності і діапазону лікарських рослин, що застосовуються при ад»ювантній терапії подагри. Аналіз здійснювався за допомогою пошукових баз системи «Інтернет». Основними напрямками дії фітотерапії при лікуванні подагри є: 1) оптимізація пуринового обміну; 2) протизапальний і анальгезуючий ефекти; 3) загальнозміцнююча дія.

Етіопатогенетичний принцип фітотерапії подагри направлений на першопричину захворювання. Враховуючи патогенетичні механізми розвитку цього захворювання, в лікуванні перевагу слід надавати рослинам, які здатні збільшувати ниркову фільтрацію, виводячи при цьому з організму надлишок сечової кислоти. Це хвощ польовий, бруньки берези, спориш звичайний, брусниця, коріння лопуха, верес, біота східна, багульник, тощо. В період подагричної атаки дуже ефективним є колхіцин – алкалоїд пізноосіннього. Симптоматичний принцип базується на застосуванні трав, які мають протизапальний та анальгезуючий ефекти. Сюди входять рослини, в складі яких є фітостерини, дітритерпеноїди, що мають стероїдну структуру і відповідно ефект близький до дії глюкокортикоїдних гормонів (солодець голий, смородиновий лист, тирлич жовтий, рододендрон); рослини з місцевим протизапальним ефектом, які містять таніни, галову, елагову кислоти (бадан, кора дуба, перстач прямостоячий, вільха). Застосовуються фітопрепарати як всередину, так і назовні у вигляді компресів на суглоби. На фармацевтичному ринку України є готові комбіновані фітопрепарати, що використовують при лікуванні подагри: «Фітоліт», «Хомвіоревман», «Канефрон», «Ревмосан»,



Чернишова Д.М., Кирстюк Ю.В., Дабула Л.К.

ВИКОРИСТАННЯ ГЕНЕРИЧНОГО ПРЕПАРАТУ ПЕРІНАС (ПЕРИНДОПРИЛ) У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Каушанська О.В.)

Вивчено ефективність використання генеричного препарату перінас, який є інгібітором ангіотензинперетворюючого ферменту у хворих на артеріальну гіпертензію із супутньою ішемічною хворобою серця. Перінас є зручний у використанні, тому що при одноразовому прийомі забезпечує контроль артеріального тиску протягом доби. Метою нашого дослідження була оцінка клінічної ефективності перінасу. В дослідження були включені дві групи хворих: перша – 34 пацієнта, що отримували тільки базисну терапію, друга група – 26 хворих, які приймали додатково перінас у дозі 4 мг один раз на добу зранку. Базисна терапія включала органічні нітрати, антикоагулянти, кардіоселективні бета-адреноблокатори та інгібітор АПФ (еналаприл). В результаті лікування в другій групі спостерігалась тенденція до

більш вираженого покращення показників внутрішньосерцевої та системної гемодинаміки: зниження систолічного артеріального тиску (САТ), діастолічного артеріального тиску (ДАТ), кінцевого діастолічного об'єму лівого шлуночка (КДО) та кінцевого систолічного об'єму лівого шлуночка (КСО) У порівнянні з прешою групою. Однак, слід зазначити, що нами спостерігалось незначне зниження ДАТ у хворих, які приймали перінас. В свою чергу зміни скорочувальної здатності міокарда лівого шлуночка в обох групах, а саме фракція викиду лівого шлуночка збільшилася достовірно тільки на тлі прийому перінасу, тобто в другій групі. Необхідно і надалі вивчати вплив генеричного препарату перінас на інші показники системної та внутрішньосерцевої гемодинаміки.

Нечитайло О.Ю.

ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анестезіології та реаніматології
(науковий керівник - д.мед.н. Коновчук В.М.)

Сьогодні в світі цукровий діабет (ЦД) розглядається як хвороба індустріально розвинутих країн. В Україні нині проживає 1 млн 300 тис. людей, яким встановлено діагноз діабету і приблизно 2,5 млн людей, які ще не знають про своє захворювання або перебувають у групі ризику. У більшості хворих (90–95%) діагностують ЦД 2 типу, основою розвитку якого є генетична зумовленість, ожиріння, малорухливий спосіб життя. Ураження серцево-судинної системи є причиною 65–75% усіх випадків смерті серед пацієнтів цієї групи. Очевидно, що часте поєднання ЦД та серцево-судинних захворювань пояснюється не тільки метаболічними порушеннями, а й спільністю патогенезу як ЦД, так і атеросклеротичних уражень судин. З метою аналізу функціонального стану серцево-судинної системи у хворих на ЦД 2 типу, нами було обстежено 29 пацієнтів, які перебували у післяопераційному періоді у ВАЗЛІТ (відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії). Середній вік обстежених пацієнтів був 68,5 років, переважали чоловіки (65,4%). Тривалість цукрового діабету була переважно більше 10 років (57,7% хворих). Підвищений рівень цукру крові був зареєстрований при госпіталізації у 57,7% пацієнтів, в середньому він склав 8,56 ммоль/л

(максимально 19,7 ммоль/л).

Усім пацієнтам багатократно проводили вимірювали артеріального тиску, визначали частоту серцевих скорочень та реєстрували ЕКГ. При госпіталізації систолічний тиск у однієї пацієнтки був зниженим, а у 21 пацієнта (72,4%) – підвищеним. В середньому систолічний артеріальний тиск у пацієнтів при госпіталізації склав $131,1 \pm 14,7$ мм рт. ст. При госпіталізації ДАТ був підвищений у 13 осіб (44,8%). Розрахунковим методом ми визначали пульсовий артеріальний тиск (ПАТ) нашим пацієнтам і отримали середнє значення $47,24 \pm 8,82$ мм рт. ст. За формулою Хікема ми розраховували середній артеріальний тиск (САТ), використовуючи для цього значення АТ, які ми зафіксували у день госпіталізації. Середнє показники САТ склали $99,54 \pm 11,11$ мм рт. ст., мінімальне значення САТ становило 70 мм рт. ст., а максимальне – 120 мм рт. ст.

Таким чином у обстежених пацієнтів у більшості випадків ЦД поєднується з артеріальною гіпертензією, що складало труднощі при наданні анестезіологічного забезпечення під час операції, та стану у ранньому післяопераційному періоді.



Клінічна фармакологія



Буторов С.И.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИДРОНАТА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Государственный университет медицины и фармации им. Н.Тестимицану, Кишинев, Республика Молдова
Кафедра клинической фармакологии и фармации
(научный руководитель - д.мед.н. Гончар В.И.)

Актуальность. Хроническое легочное сердце (ХЛС) занимает первое место среди осложненный хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Около 50% летальности при ХОБЛ приходится на ХЛС, поэтому поиск новых средств, позволяющих увеличить продолжительность жизни при ХОБЛ, весьма актуален.

Цель исследования - оценить клиническую эффективность лечения больных ХОБЛ, осложненной ХЛС с использованием кардиоцитопротектора Милдроната ("Grindex", Латвия).

Материал и методы. В исследование были включены 42 больных ХОБЛ (40 мужчин, 2 женщины), средний возраст $58,4 \pm 3,1$ лет, поступивших в стационар с симптомами хронической сердечной недостаточности (ХСН) II - III ФК по классификации NYHA, у которых причиной ХСН была ХОБЛ. Включенные в исследование пациенты были рандомизированы на 2 группы по возрасту, полу, тяжести заболевания. Больным 1-й группы ($n=19$) в течение 14 дней был назначен Милдронат в дозе 1000 мг/сут как дополнение к базисной терапии (бронхолитики, ингаляционные глюкокортикостероиды, антибактериальная терапия, муколитики, диуретики). 2-я группа больных ($n=23$) получала только базисную терапию. Эффективность проводимой терапии оце-

нивалась по динамике клинических проявлений ХСН, динамике ЭКГ, холтеровского мониторинга ЭКГ (ХМЭКГ), результатам теста 6 - минутной ходьбы (ТШХ).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «Statistica 6.0». Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. У всех больных 1-й группы уже к 3-му дню лечения отмечалось уменьшение среднего числа баллов по шкале одышки с $3,7 \pm 0,1$ до $3,2 \pm 0,1$, $p < 0,05$; улучшение переносимости физической нагрузки на 28% ($p < 0,05$), отмечено увеличение пройденной дистанции с $263,8 \pm 6,8$ м до $327,1 \pm 7,9$ м ($p < 0,01$). По результатам ХМЭКГ у пациентов обеих групп при поступлении были выявлены нарушения ритма по типу наджелудочковых (НЖЭ) и желудочковых экстрасистол (ЖЭ), эпизодов наджелудочковой тахикардии (НЖТ). На фоне лечения у пациентов 1-й группы наблюдалось достоверное уменьшение количества НЖЭ с $1796,3 \pm 102,4$ до $468,8 \pm 96,7$ ($p < 0,001$), количество ЖЭ с $670,1 \pm 29,3$ до $25,4 \pm 20,2$ ($p < 0,001$), количество эпизодов НЖТ уменьшилось, но не достоверно с $34,8 \pm 12,9$ до $18,3 \pm 9,2$. Во 2-й группе явления ХСН уменьшилось к 11 дню, а количество НЖЭ и ЖЭ уменьшилось недостоверно.

Вишук К.Г.

ДОКАЗОВА ФАРМАКОТЕРАПІЯ РОФЛУМІЛАСТУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед. Ткач Є.П.)

За результатами епідеміологічних досліджень смертність у перший рік після госпіталізації з приводу загострення хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) сягає близько 23%, упродовж 2-х років - 32%, трьох - 39%. Препарати, які використовуються для базисної терапії ХОЗЛ, дозволяють знизити частоту загострень, але не повністю попереджують їх виникнення. Метою нашого дослідження стало вивчення доказової бази ефективності та безпеки блокатора фосфодіестерази-4 (ФДЕ4) рофлуміласту у хворих на ХОЗЛ.

У дослідженні використано методи системного підходу, бібліосемантичний, аналітичний та клініко-фармацевтичний.

Результати дослідження. Нами було проаналізовано дослідження ефективності і безпеки рофлуміласта у пацієнтів з важким і дуже важким ХОЗЛ та загостреннями в анамнезі за даними багатоцентрових плацебо-контрольованих клінічних досліджень: post hoc аналіз результатів двох 12-місячних досліджень M2-111 ($N = 1173$) і M2-112 ($N = 1513$), об'єднаного аналізу двох 12-місячних досліджень M2-124 ($N = 1523$) і M2-125 ($N = 1568$), двох 6-місячних досліджень M2-127 ($N = 933$) і M2-128 ($N = 743$), ряду досліджень II і III фази за участю понад 12 тис. пацієнтів.

Які показали, що рофлуміласт достовірно знижує

частоту загострень і покращує функцію легень ($p = 0,0003$). Додавання рофлуміласту до β_2 -агоністів тривалої дії забезпечує додаткове зниження частоти помірних і тяжких загострень на 21% ($p = 0,0011$), забезпечує суттєве і статистично достовірне поліпшення показників функції легень у хворих на ХОЗЛ, що вже одержують базисну терапію бронхолітиками тривалої дії. Так, додавання рофлуміласту до салметеролу призвело до додаткового підвищення показника ОФВ1 на 49 мл порівняно з монотерапією, додавання до тіотропію - на 80 мл ($p < 0,0001$ для обох). Додаткове зниження частоти середньо- і важких загострень склало 37% ($p = 0,0315$) і 23,2% ($p = 0,1957$) відповідно. Встановлено небажані явища при його застосуванні, які відзначалися частіше, ніж у групах плацебо (діарея, нудота, головний біль, біль у животі та зниження маси тіла), але в більшості вони були слабко або помірно вираженими, не вимагали відміни терапії. Частота серйозних небажаних явищ і смертність при застосуванні рофлуміласту були співставимими плацебо. Терапія рофлуміластом не підвищувала ризик розвитку пневмонії, серцево-судинної патології і онкозахворювань.

Отже, використання блокатора ФДЕ4 рофлуміласту для підтримуючої терапії ХОЗЛ тяжкого перебігу є виправданим, а ефективність і безпечність цього засобу не викликає сумніву.

Молочек А.Ю.

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ НІМЕСУЛІДОМ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна

Кафедра загальної фармакології і клінічної фармакології

(науковий керівник - к.мед.н. Бабак В.В.)

Біль являється найбільш тяжким проявом захворювань людини, який визначає основні страждання та призводить до зниження якості життя. Фармакотерапія хронічних больових синдромів різного генезу є серйозним фінансовим тягарем для суспільства і держави. Найважливішим класом ліків, які використовуються для патогенетичної терапії больового синдрому є нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ). Особливе значення мають препарати для лікування ревматичних захворювань з симптомами ураження суглобів та хребта. Тільки для НПЗЗ характерно поєднання анальгетичного, протизапального і жарознижуючого ефектів. Ефективність, доступність та зручність у застосуванні зробили НПЗЗ найбільш популярним класом лікарських препаратів. Одним з таких препаратів є німесулід. На відміну від інших НПЗЗ молекула медикаменту має лужні властивості, що ускладнює її проникнення в слизову верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, істотно знижуючи ймовірність контактного подразнення. З іншого боку, завдяки своїм хімічним властивостям цей препарат легко проникає і накопичується в ушкоджених суглобах більшою мірою, ніж у плазмі крові. Для німесуліду характерна висока біодоступність: через 30 хв. після прийому всередину його концентрація в крові становить 60–80%, а максимальна знеболююча дія проявляється через

1 годину. Особливістю препарату є наявність помірної селективної блокади циклооксигенази (ЦОГ-2) і слабого впливу на ЦОГ-1 слизової оболонки шлунка. Проте у вогнищі запалення медикамент проявляє виражений вплив на ЦОГ-1. Необхідно відзначити, що німесулід має ряд фармакологічних ефектів, незалежних від специфічного впливу на активність ЦОГ. Препарат здатний блокувати синтез основних протизапальних цитокінів (інтерлейкіну-6, фактору некрозу пухлини- α), пригнічувати активність металопротеаз, відповідальних за руйнування глікопротеїнового комплексу хрящової тканини, проявляє антигістамінну дію, знижує активність клітин запальної агресії. В останні роки обговорюється питання про гепатоксичність ряду препаратів із групи НПЗЗ. Така побічна дія обмежує прийом НПЗЗ, особливо у пацієнтів з хронічними захворюваннями печінки. При багаточисельних дослідженнях встановлено, що німесулід не змінює біохімічні показники функції печінки. Не відмічено у препараті і кардіоваскулярних ускладнень. Висновки. Німесулід – препарат зі сприятливим поєднанням потужної анальгетичної, протизапальної дії та доброю переносимістю. Тому медикамент є препаратом вибору для лікування хронічних запальних процесів.

Москалюк Л.В., Москалюк Н.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТІВОРТІНУ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Каньовська Л.В.)

Серед поєднаних захворювань внутрішніх органів у дорослого населення за даними статистики біля 52% складає поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та виразкової хвороби (ВХ). Ряд дослідників, вважає, що виразки у хворих з ІХС пов'язані з порушенням трофіки слизових оболонок, кровотоку в них, реологічних властивостей крові та ішемії. В наш час у більшості хворих, які звертаються за медичною допомогою, виявляють декілька захворювань, певною мірою патогенетично пов'язаних між собою. Лікування таких пацієнтів часто вимагає застосування значної кількості медикаментів, що значно збільшує можливість їх несприятливого впливу на організм пацієнта, а також небажаної взаємодії між собою. Значно раціональніше проводити моно- або оліготерапію. При цьому надається перевага препаратам, компоненти яких діють на різні ланки патогенезу хвороб.

Метою нашого дослідження було визначення ефективності застосування тівортину у хворих із поєднанням ІХС та ВХ.

Експериментальними дослідженнями було встановлено, що тівортин не виявляє токсичної дії. У препараті відсутні кумулятивні властивості, він не спричиняє алергізуючого, канцерогенного та тератогенного ефектів. Він володіє антигіпоксичною, мембраностабілізуючою, цитопротекторною, антиоксидантною,

дезінтоксикаційною активністю.

Тому застосування лікарських засобів, які б покращували реологічні властивості крові та мікроциркуляцію, є патогенетично виправданим. З цією метою нами був призначений препарат тівортин. Однак у доступній літературі немає відомостей про ефективність застосування препарату тівортин при виразковій хворобі шлунка та ДПК з супутньою ІХС.

У хворих, які отримували тівортин швидше зникали прояви астено-вегетативного синдрому, спостерігався кращий ефект від прийому гіпотензивних засобів, швидко наступала нормалізація основних клініко-лабораторних показників. Використання тівортину дозволяє зменшити хворим вживання нітропрепаратів, окрім цього досягається кращий контроль за рівнем глікемії. Слід зазначити, що препарат добре переноситься хворими і не виявляє побічних ефектів. Пацієнти відмічають покращення загального самопочуття вже на 3–4-ту добу застосування тівортину. Курс лікування хворих триває 5–7 днів, режим дозування 100 мл в/в 1 р/д.

Таким чином, розроблений та запроваджений до серійного випуску вітчизняний препарат тівортин здатний завдяки оригінальному механізму дії нівелювати у хворих прояви ендотеліальної дисфункції.



Рябой І.В., Снозик І.Д., Юзько В.О., Горбатюк І.Б.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ ПРИ ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ РОЗУВАСТАТИНОМ ТА МОСАПРИДОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Хухліна О.С.)

Негативний вплив ожиріння реалізується через ліпідний дистрес-синдром, який викликає жорсткість інфільтрацію стінки жовчного міхура (ЖМ) і виникнення порушень скорочувальної функції органа, тому перебіг хронічного холециститу (ХХ) на тлі ожиріння обтяжується поєднанням цих патологічних станів та призводить до тривалих частих загострень, кінцевим наслідком чого є релаксація гладких м'язів ЖМ та прогресування дискінезії жовчовивідних шляхів.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу розувастатину та мосаприду на перебіг ХХ та холестерозу жовчного міхура (ХЗ ЖМ) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та ожиріння.

Для вивчення фармакотерапії були проведені дослідження в динаміці лікування у 60 хворих на ожиріння I-II ступеня із ХХ у фазі загострення (30 осіб) поєднане з ІХС. 1 група (контр.) отримувала урсодезоксихолієву кислоту (0,5 г на ніч), гіполіпідемічний препарат аторвастатин (10 мг 1 раз на день) та прокінетик домперидон (10 мг 3 рази на день). 2 група (осн.) в якості порівняння отримувала розувастатин (Р) (крестор) (по 10 мг 1 раз на день) та мосаприд (по 5 мг 3 рази на день) упродовж 1 місяця.

У результаті було встановлено, що підвищений

до лікування вміст монооксиду нітрогену у хворих 1-ї групи знизився в 1,2 раза ($p < 0,05$), а у 2-ї групі – у 2,2 раза ($p < 0,05$) та істотним було зниження активності індукбельної NO-синтази у хворих обох груп: відповідно у 1,4 та 3,1 раза ($p < 0,05$). Наслідком оптимізації функціонального стану ендотелію було зменшення вмісту у крові вазоінтестинального пептиду, який у хворих 1-ї групи зменшився вірогідно у 1,2 раза ($p < 0,05$), а у 2-ї групі – у 1,6 раза ($p < 0,05$), що також ми відносимо на користь впливу Р.

Р, який є потужним гіполіпідемічним засобом завдяки гальмуванню активності фермента 3-гідрокси-3-метил-глутарил-КоА-редуктази, яка каталізує біосинтез ХС у печінці, а також сприяє експресії рецепторів ЛПНГ на гепатоцитах, які зв'язуються із ЛПНГ крові і, шляхом ендоецитозу, поглинаються гепатоцитами, тим самим знижуючи вміст проатерогенних ЛПНГ у сироватці крові, у комбінації з прокінетичним засобом мосапридом, який є селективним агоністом 5HT₄-рецепторів та антагоністом 5HT₃-рецепторів і сприяє прискоренню пасажу їжі по ШКТ, таким чином зменшує час всмоктування насичених жирних кислот.

Тофан Н.В.

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ СУПУТНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
Кафедра внутрішньої медицини № 2
(науковий керівник - к.мед.н. Штанько В.А.)

Актуальність. Як відомо, в структурі захворювань терапевтичного профілю лідирують захворювання кардіо-васкулярної системи. Серед них найбільш розповсюдженими є ішемічна хвороба серця (ІХС) та первинна артеріальна гіпертензія (ПАГ). Причому переважає поєднання ІХС та ПАГ у пацієнтів літнього віку. В цій категорії хворих через наявність різноманітної супутньої патології виникають труднощі у виборі та оптимізації фармакотерапії (ФТ).

Мета дослідження. Встановити спектр коморбідності при ІХС у поєднанні з ПАГ та виявити особливості застосованої ФТ у пацієнтів літнього віку.

Матеріал і методи. 145 пацієнтів знаходились під клінічним наглядом, проходили обстеження та лікування (згідно протоколом медичної допомоги №№ 324 та 816 МОЗ України) в Університетській клініці м. Одеси. Пацієнти були розподілені на 3 групи: першу групу склали хворі на ІХС+ПАГ II стадії – 53 пацієнти, (середній вік – $71,25 \pm 0,87$), другу групу – хворі на ІХС+ПАГ III – 65 чоловік, (середній вік – $72,5 \pm 1,08$), до третьої групи включені хворі на ІХС без АГ – 28 чоловік, (середній вік – $74,25 \pm 1,17$). У пацієнтів всіх трьох груп був розрахований індекс коморбідності (ІК) Чарльсона.

Результати дослідження: спектри коморбідності (СК) у першій, другій та третій групах біли наступними: серцева недостатність (СН) – 100% в усіх групах, ожиріння (Ож) – 90,38% vs 81,53% vs 78,57% відповідно; фібриляція передсердь (ФП) – 26,92% vs 41,53% vs 71,42%; цукровий діабет (ЦД) – 21,15% vs 33,8% vs 21,42%; захворювання шлунково-кишкового тракту – 50% vs 40% vs 50%; захворювання уrogenітальної системи – 42,3% vs 36,92% vs 14,28%; захворювання дихальної системи – 13,46% vs 11,23% vs 14,28%. ІК становив в досліджуваних групах: 4.63 ± 1.8 vs 5.76 ± 2.5 vs 7.07 ± 3.6 . СК переважала СН ІІА стадії в 1-й групі в 73.07% випадків, в 2-й групі зростав внесок СН ІІБ стадії за рахунок зменшення СН ІІА стадії: 57% vs 33,84%. В 3-й групі СН ІІБ стадії становила вже 44.4%. В 2-й групі більш часто застосовувались інгібітори АПФ та б-блокатори, ніж у двох інших. В 3-й групі переважали діуретики та нітрати.

Висновки: Ожиріння найбільш часто асоційована коморбідність і лідируючий фактор кардіо-васкулярних ускладнень у досліджуваних групах. Внесок ФП в СК зростає в залежності від прогресування ступеня важкості СН. Переважання СН ІІБ стадії виявлено в групі з ІХС без АГ. Ожиріння та СН впливають на виникнення ФП.

Яковенчук Т.М.

ЗМІНИ ПРОЦЕСІВ ПЛАЗМОВОГО ПРОТЕОЛІЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Антонів А.А.)

В останні роки спостерігається значне збільшення частоти та поширеності функціональних захворювань серцево-судинної системи, зокрема соматоформної вегетативної дисфункції (СВД). Діагноз СВД також передбачає вегетативну дисфункцію шлунково-кишкового тракту (ШКТ), зокрема розвиток різних типів дисфункції жовчного міхура (ДЖМ) та жовчовивідних шляхів (ДЖВШ), які є надзвичайно поширеними функціональними захворюваннями біліарного тракту – зустрічаються у популяції із частотою від 5 до 20%, і, водночас, є предикторами розвитку хронічного некаменевого холециститу (ХНХ) та жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ).

Мета. Вивчити особливості процесів плазмового протеолізу у хворих на ХНХ із супровідною СВД залежно від форми захворювання.

Матеріал і методи. Обстежено 98 хворих на ХНХ у фазі загострення із супровідною СВД. Кров для біохімічного дослідження брали із ліктьової вени вранці натще. Протеолітичну активність плазми

крові досліджували використовуючи азоальбумін (інтенсивність лізису азоальбуміну (ІЛАА)), азоказеїн (інтенсивність лізису азоказеїну (ІЛАК)) за допомогою наборів реактивів фірми „Danush Ltd” (м.Львів).

Результати дослідження. Аналіз результатів дослідження інтенсивності протеолізу свідчить про те, що в усіх хворих на ХНХ було встановлено підвищення інтенсивності лізису низькомолекулярних білків, зокрема ІЛАА у межах 1,4–1,7 раза ($p < 0,05$). Максимальні показники активації системного протеолізу були зареєстровані у хворих на ХНХ із супровідною СВД за гіпотонічним типом (ГіпоТТ), мінімальні – у пацієнтів з ХНХ із супровідною СВД з кардіальним неврозом (КН).

Висновки. Активація протеолітичної активності плазми внаслідок запального процесу у жовчному міхурі (ЖМ) може стати чинником ризику прогресування ендотеліальної дисфункції (ЕД) у пацієнтів з СВД.



Клінічне медсестринство

Антонюк Л.О., Колотушкіна К.В.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ВИЯВЛЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник - к.мед.н. Борейко Л.Д.)

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – найбільш часта причина передчасної смерті та інвалідності в усіх індустріально розвинених країнах світу. Захворюваність населення на ІХС викликає не тільки зниження рівня здоров'я, але і тимчасову непрацездатність, зменшення середньої тривалості життя і в цілому – погіршення добробуту народу. За даними епідеміологічних досліджень поширеність ІХС пов'язана з рівнем факторів ризику (ФР) серед різних груп населення.

Мета дослідження. Виявлення ФР розвитку ІХС. Дослідження провели у 30 пацієнтів шляхом анкетування. Виявлено, що достатньо знань про своє захворювання у 60% опитаних, а у 29% – недостатньо і 11% – не цікавляться, що дозволяє думати про пасивне і невідповідальне ставлення до свого здоров'я.

Найбільш частими відповідями пацієнтів про фактори ризику ІХС були: підвищений артеріальний тиск, надмірна маса тіла, негативні емоції, спадковість, тютюнокуріння, малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування з надмірним вживанням легкозасвоюваних вуглеводів і солі, порушення режиму сну і активності, пізній відхід до сну.

Розуміння пацієнтом всіх факторів, що впливають на розвиток захворювання, зміна ставлення до власного здоров'я є метою сестринського втручання в профілактиці ІХС.

Тому профілактичні заходи щодо ІХС, які здійснює медична сестра, були спрямовані на модифікацію виявлених ФР: зменшення маси тіла при її надлишку; обмеження вживання алкогольних напоїв, зменшення вживання їжі насиченої жирами, солодоців, відмову від куріння, підвищення фізичної активності в години дозвілля, психоемоційне розвантаження та релаксацію, обмеження вживання солі в їжі. Все це сприяло покращанню інформованості хворих про своє захворювання, підвищенню відповідальності за своє здоров'я.

Однією із функцій сестринського персоналу є навчання пацієнтів щодо профілактики захворювання. Саме тому навчали пацієнтів на ІХС правил вимірювання артеріального тиску, підрахунку пульсу та їх контролю, прийому лікарських препаратів та основ раціонального харчування, фізичного навантаження з дотриманням режиму праці та відпочинку.

Успіх навчання визначається формуванням мотивації пацієнтів, чим займається медсестра під керівництвом лікаря. Тому важливим є професіоналізм медичного персоналу, постійне професійне зростання, самовдосконалення.

Таким чином, виявлення ФР, навчання пацієнтів щодо їх усунення є важливою складовою частиною щоденної роботи медсестри, що головним чином сприятиме покращанню якості життя і профілактиці та стабілізації ІХС.

Загарюк С.В., Олентир А.В.

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ВИРАЗЦІ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

Білоцерківський медичний коледж, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та медичної генетики
(науковий керівник - д.мед.н. Сорочман Т.В.)

Актуальність. Виразкова хвороба у дітей на сучасному етапі характеризується несприятливим перебігом із формуванням множинних і хронічних виразок, які не піддаються консервативній терапії і вимагають хірургічного втручання. Окрім того, часто перебіг захворювання супроводжується вираженим больовим синдромом, що потребує надання хворому медичної допомоги.

Мета дослідження. Оцінити больовий синдром у дітей, хворих на ускладнену виразку ДПК із вираженим больовим синдромом.

Матеріал і методи. З метою вивчення клінічної характеристики виразкової хвороби (больового синдрому) обстежено та проанкетовано 67 хворих дітей. В усіх пацієнтів захворювання верифіковано за параграфом К: ICD-10 Розділ XI: Хвороби травної системи та до початку лікування були клінічні, функціональні, ендоскопічні та лабораторні ознаки загострення захворювання.

Результати. Оцінка відчуття болю, його виразність залежить від особливостей особистості й психічної налаштованості хворо-

го. Виявлений анамнестично больовий синдром підтверджується даними пальпації – локальна болючість в епігастрії (позитивний симптом Менделя). Біль може іррадіювати в праве під掖ер'я, за груднину, в спину.

Наші дослідження виявили наступне. При виразці ДПК та воротаря біль був пізній, «голодний» і нічний (82% випадків), виразці пілоричного відділу шлунка – інтенсивний різкий постійний біль, зумовлений залученням у процес нервово-м'язового апарату воротаря з тривалим його спазмом і підвищенням внутрішньо шлункового тиску (4,2% випадків), позацибулінній виразці – біль частіше виникав наприкінці дня, не завжди зберігалася періодичність, зв'язок із прийомом їжі, інколи стихав після прийому їжі, у деяких хворих біль здобував нападаподібний характер, дуже сильний та не знімався звичайними лікарськими засобами й теплом (8,9% випадків). У юнацькому віці перебіг хвороби супроводжувався різким больовим синдромом, торпідним до медикаментозних середників.



Колотушкіна К.В., Півень З.Ю., Антонюк Л.О.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра догляду за хворими та ВМО
(науковий керівник - д.мед.н. Плеш І.А.)

Відомо, що хронічна серцева недостатність (ХСН) супроводжує або є наслідком багатьох захворювань, в першу чергу, серця та судин. Від вчасного виявлення, профілактики прогресування, режиму фізичної активності, реабілітації та практичних рекомендацій залежить продовжуваність якісного життя хворих, відтермінування важких форм серцевої недостатності та смерті пацієнтів. Тому метою нашої роботи стала оцінка ролі медичної сестри у заходах вторинної профілактики прогресування ХСН.

Нами проведено опитування та спостереження за 2-ма групами хворих з різними захворюваннями серцево-судинної системи з функціональним діагнозом ХНК0-I ст. та II-A-B ст. Всього опитано 68 хворих 2-х груп на прийомі у 2-х лікарів загальної практики сімейної медицини (ЗПСМ) міської поліклініки №1 м. Чернівці. З функціональним діагнозом ХНК0-I ст. - 29 хворих (I гр.) та 39 хворих (II гр.) з ХНКII-A-B ст. Середній вік обстежених становив - 59,13±3,67 років. У цих хворих проведено аналіз щоденників амбулаторних карт. Дані внесені у відповідні таблиці та статистично опрацьовані. Пацієнти скаржилися на підвищену втомлюваність, особливо у 2-гу половину дня, незначну задишку при навантаженні - ходьба на звичні дистанції (з роботи додому), періодичні серцебиття при звичних фізичних навантаженнях та незначну

задишку при помірних навантаженнях, тривогу, неповноцінний сон, посилення ролі нічного періоду у сечовиділенні, пастозність гомілок після роботи під вечір.

У 18 хворих з ХНК II-A-B ст. визначали ступінь набряковості на гомілках з використанням пристрою для визначення рівня набряковості гомілок запропонованим нами (РП № 871/12 по Буковинському державному медичному університету, 2012 р.).

Встановлено, що основними факторами ризику у прогресуванні ХНК на ранніх етапах - 0-I ст. є недостатньо ефективне лікування за основним діагнозом та наявність супутніх захворювань (ЦД, ХОЗЛ та ін.) У цей період розвитку ХНК недостатня увага надається хворими дотриманню режиму праці та відпочинку, шкідливим звичкам (паління, вживання алкоголю), нормалізації сну, обмеженню стресорних ситуацій на роботі та в побуті, недостатній самоконтроль за питним режимом та кількістю виділеної сечі.

Частина хворих з вищою стадією ХНК - IIA-B ст. звертаються до лікаря невчасно, надаючи перевагу суб'єктивній симптоматиці - значному посиленню задишки, великим розповсюдженням набрякам гомілок з переходом на стегна, не досягають ефективності лікування в амбулаторних умовах.

Осипчук Д.К.

ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник - к.мед.н. Гайдюков В.А.)

ВООЗ визнала, що синдром емоційного вигорання є проблемою, яка потребує медичної уваги. Дослідники вказують на наслідки, які проявляються в психо-соматичних порушеннях, в когнітивних, емоційних, мотиваційно-установних змінах особистості, що має значення для психо-соматичного здоров'я медичної сестри. У Японії та деяких штатах США цей синдром віднесено до захворювань. Об'єктом дослідження ми вибрали синдром вигорання у медичних сестер терапевтичного профілю, а предметом - з'ясування ознак та ступінь цього синдрому. Було проведено дослідження, що включали психодіагностичний метод діагностики емоційного вигорання за В.В. Бойко та індекса вигорання за А.А. Рукавішніковим, методики багатofакторного дослідження особистості за Р.Б. Кеттелем. Вибірка складається з 62 медичних сестер віком від 22 до 64 років. Усі досліджувані жіночої статі, що пояснюється специфікою професії.

Нами відмічено, що професійне вигорання формується, або вже сформоване, в залежності від функціональних обов'язків сестринського фаху. Найменше підлягають вигоранню се-

стри гастроентерологічного відділення - 32%, пульмонологічного - 33%, ревматологічного - 40%. У кардіологічному відділенні цей показник був найвищим - 54% респондентів.

У другій фазі (резистенція) найчастіше відмічали симптоми, які пов'язані з виконанням професійних обов'язків, емоційна відстороненість.

У третій фазі (виснаження) найчастіше спостерігали такі симптоми: психосоматичні та психовегетативні порушення, особистісна та емоційна відчуженість, емоційний дефіцит, зниження інтересу до роботи і до життя взагалі, редукція професійних обов'язків, незадоволення собою та ін.

Щодо індексу вигорання згідно стану роботи відмічено його зростання у медичних сестер після десятирічного стажу.

Досліджуваний показник за освітою вказував, що медсестри з незавершеною вищою освітою (бакалаври) та магістри більш резистентні до психічних випробувань і менш схильні до професійного вигорання, ніж медичні сестри з середньою спеціальною освітою.

Осипчук Д.К.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник - к.мед.н. Гайдуков В.А.)

Синдром професійного (емоційного) вигорання (СПВ) включає в себе емоційне, розумове та фізичне виснаження внаслідок тривалого емоційного напруження у зв'язку з професійною діяльністю у сфері «людина – людина».

До зовнішніх чинників СПВ відносять надмірне навантаження; організаційні труднощі; брак професіоналізму; невизначеність «критеріїв успіху»; робота з «важкими» пацієнтами; невідповідність між виконуваною роботою та винагородою за неї і невисокий престиж професії; слабкий соціальний захист та ін. Внутрішні (особистісні) чинники СПВ: сенситивність, інтровертність, низька фрустраційна толерантність, низька самооцінка, високий рівень тривожності, схильність до депресивних реакцій, трудоголізм, тенденція до ідеалістичних, а не реалістичних очікувань та ін. Зрозуміло, що в попередженні СПВ потрібно виходити з усунення симптомів, що його формують. Є певні труднощі в розпізнанні СПВ, тому без опитувальників тут не обійтися.

Профілактику потрібно почати з усвідомленості проблеми і взяти на себе відповідальність та зобов'язати себе змінитися. Кожному з нас необхідно стати своїм власним висококваліфікованим фахівцем з усунення

стресу, бо цього не зробить хтось інший.

До неуспіхів у нашій професії потрібно відноситись, як до самоосвіти і пізнання нового про себе, джерела мудрості, що буде стимулом для творчого, особистісного та інтелектуального росту.

Для зменшення тиску факторів, що формують СПВ, потрібно урізноманітнити соціальні, особистісні, професійні контакти, удосконалити професійний розвиток і самовдосконалення, підвищувати кваліфікацію, категорії, отримувати суміжне навчання. До особистісних змін потрібно віднести: вихід з кола повсякденних турбот, наприклад, зайнятися аматорською роботою; урізноманітнити зміст і виконання роботи; відновити спілкування з друзями, релаксаційні ігри та ін.

Не потрібно зневажливо ставитися до основних відновних заходів: фізична зарядка, спорт, раціональне харчування, ритм сну та відпочинку. Взавершенні хочемо відмітити, що діагностувати, здійснювати профілактику і лікувати СПВ можна в тих колективах, де адміністрація і колектив медичних сестер розуміють суть цього явища і не розглядають його як моральні відхилення і до таких осіб із СПВ ставляться із співчуттям.

Путря М.В., Друцул–Мельник Н.В., Михайлюк Г.І.

ЕПІГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та медичної генетики
(науковий керівник - д.мед.н. Сорочман Т.В.)

Актуальність. До уроджених вад серця (УВС) відносяться природжені зміни будови клапанного апарату, перегородок або стінок серця та магістральних судин, що відходять від нього, які змінюють умови внутрішньосерцевої гемодинаміки та часто призводять до розвитку недостатності кровообігу.

З генетичної точки зору УВС – гетерогенна група аномалій серця.

Мета дослідження. Оцінити взаємозв'язки між окремими спадковими факторами та уродженими вадами серця у дітей.

Матеріал і методи дослідження. Ретроспективно в роботі використані дані офіційної медичної статистики за 5 років (щорічні статистичні збірники 2009 – 2012 рр.).

Результати. У групі родинних антенатальних факторів вірогідне значення мають вік матері та батька, причому УВС більше залежить від віку матері на момент народження дитини ($r=+0,82$, $p<0,05$), ніж від віку батька ($r=+0,80$, $p<0,05$). Також у генезі УВС вірогідне значення мають стресові ситуації в анамнезі у матері ($r=+0,67$, $p<0,05$), куріння матері під час вагітності

($r=+0,90$, $p<0,05$), вживання матір'ю кави ($r=+0,55$, $p<0,05$), вживання матір'ю спиртних напоїв ($r=+0,62$, $p<0,05$), хронічні захворювання та перенесені матір'ю впродовж вагітності інфекційні захворювання ($r=+0,68$ і $r=+0,68$ відповідно, $p<0,05$), екстрагенітальна патологія у матері ($r=+0,55$, $p<0,05$) та професійні шкідливості в анамнезі у матері ($r=+0,62$, $p<0,05$). У групі факторів, що визначають стан здоров'я батьків та особливості акушерського анамнезу, вірогідними є такі фактори, як кількість попередніх вагітностей та пологів ($r=+0,83$ та $r=+0,86$ відповідно, $p<0,05$), наявність попередніх абортів ($r=+0,76$, $p<0,05$), штучне переривання першої вагітності ($r=+0,81$, $p<0,05$), великий проміжок між вагітностями ($r=+0,55$, $p<0,05$), наявність попередніх викиднів та померлих дітей ($r=+0,72$ та $r=+0,62$ відповідно, $p<0,05$), стресів під час вагітності ($r=+0,89$, $p<0,05$), ХФПН ($r=+0,84$, $p<0,05$).

Висновок. У жодній групі факторів не визначається одного або двох домінуючих факторів, їх більше 4–5, за величиною вони різні. Це свідчить про поліетіологічність уроджених вад серця.



Сторожук Т.В.

РОЛЬ СІМЕЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Житомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна
Медсестринство у внутрішній медицині
(науковий керівник - маг. Ліщук І.І.)

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я – це стан повного соціального, біологічного і психологічного благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад. Це одне з головних джерел повноцінного життя, щастя, радості, успіху. Воно є не лише особистим надбанням людини, але й суспільним багатством, одним із найважливіших показників добробуту народу. Здоров'я залежить від багатьох факторів: кліматичних умов, стану навколишнього середовища, способу життя, харчування, соціально-економічних умов, стану генетичного фонду, схильності до спадкових хвороб.

Медична сестра загальної практики – сімейної медицини, працюючи на дільниці і розглядаючи пацієнта в контексті сім'ї, вивчає фактори, що можуть негативно позначитись на здоров'ї кожного її члена, здійснює профілактичну роботу в родині, бере участь у формуванні здорового способу життя населення.

Реформування системи первинної медико-

санітарної допомоги (ПМСД) за принципом сімейної медицини, як найбільш прогресивної форми надання ПМСД, що доведено на практиці іншими країнами, займає пріоритетне місце в розвитку галузі охорони здоров'я України.

На перспективу необхідно переглянути повноваження та функціональні обов'язки сімейної медичної сестри: можливість патронажних візитів, обстеження і оцінку стану здоров'я пацієнта та побутових умов життя сімей, догляду за хворим членом сім'ї вдома, створення відповідної лікувально-оздоровчої обстановки, фізичну та медичну реабілітацію хворого в сім'ї, а головне – навчання пацієнтів та членів родини методам індивідуальної та сімейної профілактики. Адже формування здорового способу життя – головний засіб профілактики захворювань. Лише особистість фізично розвинена, психічно врівноважена, соціально адаптована, яка має чіткі свідомі позитивні мотивації може проявити свої здібності, мати життєву перспективу, вміти стати корисним суспільству.

Царук О.О.

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ В ПРОФЕСІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Житомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна
Медсестринство у внутрішній медицині
(науковий керівник - маг. Ліщук І.І.)

Значне місце в житті людини належить професійній діяльності. Їй належить особлива роль в соціальному формуванні людини, її способу життя і поведінки. При цьому її роль не лише позитивна, але часом має негативний і навіть руйнівний характер по відношенню до особи виконавця.

Сьогодні, в час постмодерну, зміни людини в соціумі, досить часто підіймається питання гуманізації в роботі людини. В сучасній вітчизняній і зарубіжній спеціальній літературі, для характеристики впливу професійної діяльності на фахівця і її прояв, використовуються вирази – «деформація особистості», «професійна деформація».

Важливе місце серед феноменів деформації особистості в професійній діяльності належить вивченню синдрому емоційного виснаження – стану фізичного, емоційного та психічного «вигорання», що включає розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи та втрату розуміння і співчуття до пацієнтів. Синдром розвивається на фоні хронічного стресу та зумовлює виснаження особистісних емоційних

ресурсів співробітника. Цей феномен виникає як наслідок накопичення негативних емоцій без відповідного «звільнення» від них, є довготривалим процесом, призводить до втрати сенсу подальшої професійної діяльності, особистої перспективи.

Феномен «вигорання» вперше було описано психіатром Х.Фреденбергером (США) у 1974р. Це було не випадково, оскільки серед медиків, освітян, соціальних працівників, рятувальників, працівників правоохоронних органів проявлялися ті чи інші симптоми синдрому емоційного виснаження. Дана проблема є актуальною і сьогодні, особливо в практичній охороні здоров'я, оскільки робота з новонародженими, психіатричними, онкологічними хворими, ВІЛ-інфікованими, людьми похилого віку, важкохворими вимагають постійного ретельного догляду і пов'язані з підвищеним ризиком виснаження. На перспективу маємо детальне дослідження феномену, розробку профілактичних заходів, що дозволять покращити роботу медичного персоналу.



Медична біологія



Васильчук А.В., Печул А.С., Флоря А.С., Монул М.Н., Белогуб Я.Ф.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ГЕЛЬМИНТОЗОВ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР

Кафедра инфекционных болезней

(научный руководитель - к.биол.н. Гарбуз Л.И.)

Актуальность. В 2011 году в Приднестровской Молдавской Республике (ПМР) зарегистрировано 2314 случаев энтеробиоза (2010г.- 2684 случаев). Ранговое положение по эпидемиологической значимости энтеробиоз занимает 4-е место.

Цель исследования. Проанализировать проблемы организации профилактики гельминтозов, дать рекомендации.

Материал и методы. Ретроспективный эпидемиологический метод исследования статистических данных ГУ «Республиканского центра гигиены и эпидемиологии» (ГУ РЦГ и Э), результатов лабораторного обследования.

Результаты. В ПМР за 2011г. из всех гельминтозов на первом месте находится заболеваемость энтеробиоза – 448,7 случаев на 100 тыс. населения, на втором – аскаридоза 57,2 случая на 100 тыс. населения. Заболеваемость аскаридозом в отчетном году снизилась на 6%, что связано с активизацией профилактических мероприятий среди больных и контактных по аскаридозу. Заболеваемость трихоцефалезом снизилась на 43%, это связано с метеорологическими условиями.

Рассматривая заболеваемость энтеробиозом наи-

более высокий уровень в Слободзейском районе (893,6), а наименьший в г. Тирасполе (115,3 на 100 тыс населения), что связано с большей доступностью медицинской помощи в городской местности, чем в сельской. Работа по профилактике энтеробиоза проводилась на основании требований совместно изданного приказа Министерства здравоохранения и Министерства просвещения ПМР. Сотрудниками медицинского факультета проводились лекции и семинары по профилактике гельминтозов среди студентов. Сотрудниками ГУ РЦГиЭ проведены семинары с лечебной сетью, преподавателями и сотрудниками детских учебных учреждений. Составлены графики обследования детских коллективов на энтеробиоз. Установлено диспансерное наблюдение за инвазированными.

Выводы. Исходя из сложившейся гельминтологической ситуации в республике для сохранения эпидблагополучия и достижения положительных конечных результатов в оздоровлении населения от гельминтозов, необходимо дальнейшее усовершенствование профилактических мероприятий.

Глущенко Д.Н., Яковецкая А.А., Вялых Ю.В., Кожемякина С.Ю.

ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНОГО АНАБОЛИКА ИНОЗИНА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ДЕКСАМЕТАЗОНА НА СКЕЛЕТНУЮ МЫШЦУ БЕЛЫХ КРЫС

Донецкий национальный университет, Донецк, Украина

Кафедра физиологии человека и животных

(научный руководитель - к.мед.н. Труш В.В.)

Известно, что некоторые вещества нестероидной природы, обладающие анаболическим действием на периферические ткани организма, способны оказать и определенное влияние на нервно-мышечную систему. Одним из хорошо изученных нестероидных анаболиков в плане влияния на миокард сердца является нуклеозид рибозы – инозин (рибоксин). Учитывая универсальность его анаболического действия на периферические ткани, а также тот факт, что после введения в организм инозин преимущественно накапливается в миокарде, почках, печени и скелетных мышечных волокнах, можно предположить, что он должен определенным образом влиять не только на миокард, но и на функциональное состояние скелетных мышц при хроническом его введении. Целью настоящей работы явилось исследование динамики функциональных изменений в скелетной мышце белых крыс при длительном введении терапевтических доз дексаметазона (0,25 мг/кг, в/б, 1 раз в 2-е суток), применяемых изолированно и сочетаемых с введением терапевтических доз инозина (6 мг/кг, в/б, ежедневно). В экспериментах на 130 молодых белых крысах с помощью методов электромиографии и эргографии в условиях *in situ* определяли ряд параметров, характеризующих функциональное состояние передней большеберцовой мышцы при вызванном ее сокращении.

Нестероидный анаболик инозин сгладил негативный эффект дексаметазона на исходную скорость синаптической передачи и несколько замедлил ухудшение надежности синаптической передачи, вызванное введением дексаметазона. Вместе с тем, после 15–30-ти инъекций дексаметазона, применяемых как изолированно, так и в комплексе с инозином, надежность синаптической передачи оказалась сниженной. Спустя 5–10 инъекций дексаметазона, применяемых в комплексе с инозином, максимально достижимая амплитуда сокращения мышцы повышалась. Спустя 15 инъекций дексаметазона, сочетаемых с инозином, максимально достижимая амплитуда сокращения мышцы и ее масса снижались, тогда как скоростные параметры мышцы не претерпевали значимых изменений, что свидетельствует в пользу некоторого ухудшения силовых характеристик мышцы. Спустя 20–25 инъекций дексаметазона, сочетаемых с инозином, амплитуда сокращения мышцы уменьшалась, тогда как ее масса нормализовалась, но при этом наблюдались признаки сдвига гистохимического профиля мышцы в сторону увеличения удельной доли медленных волокон. После 30 инъекций дексаметазона, применяемых в комплексе с инозином, сохранялись признаки увеличения удельной доли медленных волокон в передней большеберцовой мышце.

Дмитриев Л.С., Завидовський Б.И.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС К ДЕЙСТВИЮ СТРЕССА РАЗНОГО ГЕНЕЗАДонецкий национальный университет, Донецк, Украина
Кафедра физиологии человека и животных
(научный руководитель - к.биол.н. Фролова Г.О.)

Одной из основных причин развития неврогенной или реактивной депрессии является эмоциональный стресс. Однако, в экспериментах на животных неоднократно было показано, что часть животных в стрессированных выборках оказывается резистентной к действию стрессора. Целью представленного фрагмента комплексной работы явилось исследование индивидуальной чувствительности самцов белых крыс к действию эмоционального стресса разного генеза. Эксперимент был проведен на 80 половозрелых крысах-самцах массой 180–210 г. В результате контрольного тестирования с использованием батареи поведенческих тестов у экспериментальных животных установили уровень тревожности (приподнятый крестообразный лабиринт, ПКЛ), поведенческой активности (продырявленное поле, ПП) и депрессивности (вынужденное плавание, ВП) в контрольных условиях. После, исходную группу разделили случайным образом на 2 по 40 особей в каждой для изучения влияния двух моделей эмоционального стресса: социальной изоляции (СИ, помещение каждого животного в отдельные клетки со свободным доступом к воде и пище на 3 суток) и иммобилизации (ИМ, помещение животных в индивидуаль-

ные клетки-пеналы на 2 часа в течение 10 дней). После животные проходили повторное тестирование. Для установления индивидуальной чувствительности, каждую из групп крыс разделили на подгруппы с исходно низким, средним и высоким уровнями устанавливаемых в тестах психомоциональных характеристик. Установлено, что СИ оказалась более жесткой моделью стресса для самцов лабораторных животных, поскольку к ней оказалась чувствительна большая часть животных: возросли показатели депрессивности у исходно низко- и среднедепрессивных крыс ($p < 0,01$) и возросла тревожность у исходно низкотревожных крыс ($p < 0,05$). В то же время, именно эти подгруппы животных к действию ИМ чувствительности не выявили. Однако, иммобилизационный стресс повысил уровень тревожности у крыс с исходно низким значением данного показателя ($p < 0,01$). Обращает на себя внимание значительное сокращение поведенческой активности у исходно высокоактивных животных в результате действия двух используемых моделей стресса. При чем, в большей степени, это снижение наблюдалось после СИ (в 6,3 раза, $p < 0,05$).

Кочерова Е.А., Усиков А.С.

ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ХРОНИЧЕСКИ ВВОДИМОГО ДЕКСАМЕТАЗОНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ БЕЛЫХ КРЫСДонецкий национальный университет, Донецк, Украина
Кафедра физиологии человека и животных
(научный руководитель - к.мед.н. Труш В.В.)

Целью настоящей работы явилось исследование динамики функциональных изменений в передней большеберцовой мышце белых крыс при хроническом введении терапевтических доз дексаметазона (0,25 мг/кг, внутривенно, через день, на протяжении от 10 до 60 дней), применяемых изолированно и сочетаемых с введением тестостерон-пропионата (0,6 мг/кг, подкожно, 1 раз в 2-е суток, на протяжении от 10 до 60 дней). В экспериментах на 130 молодых (3–4-х-месячных) белых крысах в условиях *in situ* исследовали с помощью методов электромиографии и эргографии некоторые параметры функционального состояния передней большеберцовой мышцы при вызванном ее сокращении, которое индуцировали путем раздражения электрическим током малоберцового нерва (напряжение тока – 200 мВ, длительность импульсов – 0,5 мс, частота электрической стимуляции нерва варьировала в диапазоне от 8 до 100 Гц, а внешняя нагрузка составляла 20 г). Комплексное применение дексаметазона и тестостерона предотвратило снижение массы мышцы (имевшее место после 5 инъекций дексаметазона), максимально достижимой амплитуды ее сокращения (наблюдаемое спустя 5–25 инъекций дексаметазона), скорости нервно-мышечной передачи (имевшее место после 15–25 инъекций дексаметазона) и ее надежности (характерное после 10–30 инъекций дексаметазона). Изме-

нение скоростных характеристик передней большеберцовой мышцы по мере увеличения количества инъекций дексаметазона с тестостероном носило фазный характер. Так, на начальных этапах введения гормональной пары (спустя 5–10 инъекций) анаболический стероид обуславливал ускорение одиночного сокращения, увеличение частоты тетанизации мышцы и укорочение периода вработывания, свидетельствующие в пользу возможного увеличения удельной доли быстрых мышечных волокон в мышце. Вместе с тем, при дальнейшем введении тестостерона с дексаметазоном (спустя 15–25 инъекций) наблюдалось укорочение в сравнении с контролем периода вработывания мышцы, уменьшение частоты ее тетанизации и удлинение фаз одиночного сокращения, свидетельствующее в пользу увеличения удельной доли работающих медленных волокон мышцы при вызванном ее сокращении. Спустя 30 инъекций комбинации стероидных гормонов наблюдалась нормализация скоростных характеристик передней мышцы. Между тем, тестостерон не обеспечил сглаживания негативного влияния дексаметазона на энергетическое обеспечение сократительного акта, а, следовательно, на устойчивость мышцы к развитию утомления, которое проявлялось в укорочении периода максимальной устойчивой работоспособности мышцы.



Нестеровська О.А.

**МІКРОСКОПІЧНІ ТА УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ПІНЕАЛОЦИТІВ ЩУРІВ
ЗА МОДИФІКАЦІЇ ФОТОПЕРІОДУ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки
(науковий керівник - д.мед.н. Булик Р.Є.)

Порушення світлового режиму (тривале освітлення, постійна темрява) є визначальним стресором, який призводить до дисбалансу синтезу мелатоніну і розвитку десинхронозу, що може бути причиною пришвидшення старіння і різних патологічних станів. У доступній літературі трапляються суперечливі та неоднозначні дані про вплив різної тривалості фотоперіоду на хромоморфологічний та ультраструктурний стан шишкоподібної залози.

Мета дослідження. Вивчити мікроскопічні та ультраструктурні зміни пінеалоцитів за різної тривалості фотоперіоду.

Матеріал і методи. Експерименти проведені на статевозрілих самцях білих щурів масою 0,20–0,23 кг. Тваринам моделювали різну тривалість фотоперіоду. Структуру шишкоподібної залози досліджували на світлооптичному та електронно-мікроскопічному рівні.

Результати. Дані проведених досліджень структури епіфізи в білих щурів за стандартного режиму освітлення свідчать про вираженість внутрішньоклітинних індоламінсинтезувальних процесів о 02.00 год та їх пригнічення о 14.00 год доби. Світлова депривація підвищує активність пінеалоцитів впродовж доби, свідченням чого є світлооптичні та ультраструктурні зміни в

цитоплазмі та органелах досліджуваних структур. О 14.00 год за умов світлової депривації встановлено наявність світлих пінеалоцитів, у яких спостерігається зростання кількості ядерних пор, розширення цистерн комплексу Гольджі та каналців гранулярного ендоплазматичного ретикулуму, наявність мелатонінових гранул. Тривалий світловий стрес призводить до істотного десинхронозу та пригнічення секреторної активності пінеальних клітин щурів впродовж періоду спостереження. За тривалої світлової експозиції деструктивні зміни компонентів досліджуваних структур більш виражені о 02.00 год. Зокрема, каріолема втрачає чітку контурованість, утворює інвагінації, ядерні пори виражені слабко. У цитоплазмі спостерігаються пошкоджені мітохондрії з просвітленим матриксом і редукованими кристами, гранули гормону поодинокі.

Висновки. Отримані результати дозволяють підсумувати, що у тварин, які перебували за умов цілодобового освітлення гістологічна і субмікроскопічна організація пінеалоцитів відзеркалюється вираженими порушеннями реактивного характеру на тлі пригнічення біосинтетичних внутрішньоклітинних процесів.

Сорочинська Х.І.

**ПРОЛІФЕРАТИВНА АКТИВНІСТЬ ГЕМОПОЕТИЧНИХ КЛІТИН-ПОПЕРЕДНИКІВ З
ОНТОГЕНЕТИЧНО РІЗНИХ ДЖЕРЕЛ ПРИ КУЛЬТИВУВАННІ IN VITRO**Національний університет «Києво-Могилянська Академія», Київ, Україна
Кафедра лабораторної діагностики біологічних систем
(науковий керівник - д.мед.н. Білько Н.М.)

Одним із методів лікування онкогематологічних захворювань є використання кісткового мозку, який здатний відтворити гемопоез. Проте, у 75 випадків із 100 трансплантація пов'язана із серйозною проблемою сумісності донора і реципієнта. У зв'язку з цим виникає потреба в пошуку альтернативних джерел гемопоетичних стовбурових клітин (ГСК), які зможуть забезпечити терапевтичний ефект при трансплантації. При цьому надзвичайно важливою є оцінка функціональної активності клітин, здатних відновлювати кровотворення, з онтогенетично різних джерел. Доцільно було розробити систему оцінки проліферативної активності та біологічної придатності стовбурових клітин до трансплантації. Тому метою даної роботи було визначення оптимального джерела стовбурових клітин для відновлення гемопоезу при трансплантації за умов культивування in vitro. Для виконання роботи використовували зразки кісткового мозку, кордової крові і фетальну печінку 6–8го тижня гестації. Після отримання клітинної суспензії зі зразка її культивували за методом LTC-IC (Long term culture initiating cells). Культивування проводилось протягом 6 тижнів. Отримання результатів при культивуванні за методом LTC-IC проводилася по методу CFU-а за модифікації Pike, Robinson в напіврідкому агаровому середовищі. Підрахунок результатів проводили на 14-й день культивування на 100

тис. експлантованих клітин. За колонію приймали клони, які склались з 10 і більше клітин. Типовим клітинним агрегатом була гранулоцитарно-макрофагальна колонія. При культивуванні клітин методом LTC-IC найбільша проліферативна активність спостерігалася у гемопоетичних клітин-попередників кордової крові і становила 142,4 колоній на 100 тис. експлантованих клітин (різниця статистично достовірна ($p < 0,05$)). Кількість колоній була нижчою при культивуванні кісткового мозку і фетальної печінки, які відповідно мали 112,8 і 84,2. Морфологічний аналіз отриманих нами колоній, проводився як диференційований облік клітин. При цьому було показано і підтверджено, що в кордовій крові серед клітин переважали ранні проліферуючі і дозріваючі гранулоцити, а в кістковому мозку – більш пізні гранулоцити. У результаті досліджень було встановлено, що найбільшу проліферативну активність у культурі in vitro серед досліджуваних джерел має кордова кров при культивуванні методом LTC-IC, тому її можна вважати оптимальним джерелом стовбурових клітин, які в перспективі можуть використовуватись як трансплантат. Також було досліджено стан культури досліджуваних клітин протягом 6 тижнів, що дало змогу спостерігати виражений пік проліферативної активності гемопоетичних клітин.

Yavdoshniak H.V., Aboagye E.S.

DERMATOGLYPHIC PATTERNS IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA- QUALITATIVE STUDY

Bucovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
Department of Medical Biology, Genetics and Pharmaceutical Botanic
(scientific advisor - PhD Lomakyna Y.V.)

Actuality. Bronchial asthma is also influenced by genetic factors. As the dermatoglyphic patterns are also genetically determined, these two may have a correlation which could be of help in predicting the occurrence of bronchial asthma among relatives of children suffering from the disease. However the studies on correlation between dermatoglyphics patterns in bronchial asthma patients is less. So the present work was undertaken in the Regional Children Hospital in Chernivtsi to study the following:

1. To find out a specific dermatoglyphic pattern in the children with bronchial asthma which may have diagnostic value.

2. To find out the dermatoglyphic patterns in the first degree relatives to prove the familiar tendency of the disease.

Material and method. The dermatoglyphic prints from both hands of group 1, group 2 and group 3 (n=30 each) were obtained for present study. The prints were taken using kores duplicating ink on plain white glossy drawing paper. The prints were studied with the help of the hand lens. The following parameters were studied, tabulated and analysed by statistical methods:

1. Whorls
2. Loops

3. Arches

Results:

1. Preponderance of whorls pattern in most digits in group - 1 and group - 2 as compared with group 3.

2. The presence of whorls on both the thumbs was a constant feature in all children of group - 1 which is statistically.

3. No significant difference of the preponderance of the whorls was found in group 2 (relatives) as compared to group 3 (controls).

Dermatoglyphics is determined by polygenic inheritance and is one of such tools frequently used in scientific studies. The studies on the correlation between dermatoglyphics patterns in asthma children are few used dermatoglyphics as a diagnostic aid in medical disease. In the present study, whorls, ulnar loops, radial loops and arches were studied in 30 cases of chronic bronchial asthma, 30 first degree relatives of children of bronchial asthma and 30 controls. The incidence of whorls on both thumbs of childrens of bronchial asthma was significantly higher.

Conclusions. Presence of whorls on both thumbs of children's of bronchial asthma can be used as one of the diagnostic criteria.



Медишна генетика

Abdusa D.

EXPLORATORY ANALYSIS OF MICROARRAY DATA OF GENES POTENTIALLY INVOLVED IN CARDIOVASCULAR PATHOLOGIES

University of the Academy of Science of Moldova, Chisinau, Republic of Moldova
University Center of Molecular Biology
(scientific advisor - DrBiolSci Duca M., DrBiolSci Levitchi A.)

According to the World Health Organization (WHO), over 17 million people died from cardiovascular diseases (CVDs) in 2008. CVDs cause 47% of all deaths in Europe. National Bureau of Statistics of Republic of Moldova reports that more 56% of all deaths were CVDs as the cause in 2010. By 2030, almost 23.6 million people will die from CVDs. The investigation was carried out according to the methodology of extraction and expression data analysis developed in the Laboratory of Bioinformatics, University Center of Molecular Biology, UnASM.

The study material consisted of expression profiles of genes potentially involved in CVDs, from the microarray technology, stored in NCBI-GEO database. Dataset extraction, statistical and exploratory analysis were done under R environment. Gene annotations were extracted by NetAffx and GEOquery package from Bioconductor. For genes without annotation, there were used Probe IDs from the selected

In order to study genes involved in CVDs, were selected chip Affymetrix Human Genome U95 Version 2 Array, containing about 12000 genes, and the Affymetrix Human Genome U133 Plus 2.0

Array, with more than 54000 genes. Their GPLs include most of all expression datasets from GEO: GPL570 includes 2173 GSEs (series), while GPL8300 – 277 GSEs. For this study were selected GSE4172, GSE14975, GSE18608, GSE1145 as referred to the experiments on the CVD investigation, including cardiovascular pathologies. Explorative data analysis focused on the selection of appropriate statistical tools and data filtering strategies in order to facilitate the achievement of initial purpose to identify genes potentially involved in cardiovascular disease. So as to identify differentially expressed genes, it was empirically stated the index of expression $IE \geq 1$, which means that a gene modified it's expression at least twofold.

Based on microarray datasets were determined 6088 genes potentially involved in CVDs manifestations. As a result 90 genes were validated primarily involved and 452 genes as potentially involved in CVDs. Selection of datasets under purpose of the paper and explorative analysis of these data led to the identification of genes with differential expression that can be used for differential molecular diagnosis of coronary heart disease, atrial fibrillation, aortic stenosis, cardiomyopathy.

Обухова О.А., Мазур Т.С., Бороденко А.О.

ВИВЧЕННЯ ЧАСТОТИ АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ FOKI ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВІТАМІНУ D (VDR) У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ АТЕРОТРОМБОТИЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Сумський державний університет, Суми, Україна
Кафедра фізіології і патофізіології
(науковий керівник - д.мед.н. Атаман О.В.)

Актуальність. У механізмах біологічної дії вітаміну D важливу роль відіграє вплив кальцитріолу на геном клітин. Він здійснюється через VDR – пред-ставника суперсімейства ядерних рецепторів. Крім класичних «мішеней» вітаміну D, якими є кишківник і кістки, VDR виявляють у багатьох інших структурах організму, серед яких – гладкі м'язові клітини кровеносних судин. З активацією цих рецепторів пов'язують цілий ряд ефектів, що можуть мати стосунок до здатності вітаміну D викликати дистрофічно-склеротичні зміни в судинній стінці.

Мета дослідження. Провести аналіз асоціації алельного поліморфізму гена VDR, FokI, з розвитком ішемічного атеротромботичного інсульту (ІАТІ).

Матеріал і методи. В роботі представлені результати визначення зв'язку FokI (rs2228570) поліморфізму гена VDR у 170 хворих з ІАТІ і 124 здорових індивідуумів (контрольна група). Ішемічний характер інсульту встановлювався за даними анамнезу і клінічної картини хвороби, даних МРТ-дослідження головного мозку. Патогенетичний варіант інсульту визначали відповідно до критеріїв TOAST, на підставі анамнестичних

даних і особливостей клінічного перебігу хвороби, даних ультразвукової доплерографії магістральних артерій голови, ЕКГ. Визначення FokI поліморфізму гена VDR проводили за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції (PCR) з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів при виявленні їх шляхом електрофорезу в агарозному гелі.

Результати досліджень. Було виявлено частоту різних алельних варіантів даного поліморфізму у пацієнтів, що були об'єктом дослідження. Так, встановлено, що у хворих з ІАТІ співвідношення гомозигот за F-алелем (F/F), гетерозигот (F/f) і гомозигот за f-алелем (f/f) складає 23,5%, 53,5% і 22,9%, а в контрольній групі – відповідно 27,4%, 48,4% і 24,2%. При цьому відмінності частоти зазначених генотипів між групою хворих з ІАТІ та контрольною групою були статистично недостовірними ($\chi^2=0,849$, $P=0,654$).

Висновки. Не існує зв'язку FokI поліморфізму гена VDR з гострими порушеннями мозкового кровообігу у представників української популяції і не виявлено зв'язку досліджуваного генетичного чинника з розвитком ІАТІ.



Рябоконт А.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СПАДКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ

Сумський медичний коледж, Суми, Україна
Циклова комісія науково-природничих дисциплін
(науковий керівник - магі. Боровик О.Г.)

Спадкові хвороби переслідували людство впродовж усієї його історії. Через непередбачуваність та «безпричинність» вони викликали у людей містичний страх. Таємниця походження спадкових хвороб стала зрозумілою лише тоді, коли в процесі розвитку генетики були відкриті механізми спадковості. Сучасній медицині відомо понад шість тисяч спадкових хвороб, кількість яких постійно зростає внаслідок відкриття нових захворювань та генів, що їх зумовлюють.

Згідно з офіційними даними Центру медичної статистики МОЗ України ризик народження дітей зі спадковими хворобами за останнє десятиліття збільшився в 1,3 рази; щороку в Україні народжується до 13 тисяч дітей із спадковою патологією; частота їх становить близько 30 на 1000 живих новонароджених; спадкову патологію має кожна 3-тя мертвонароджена дитина.

Метою нашої роботи стало вивчення спадкової патології в Сумській області за останні 3 роки, визначення найбільш чисельних спадкових хво-

роб нашого регіону, вивчення шляхів запобігання поширення спадкових хвороб.

Під час роботи ми опрацювали статистичні звіти про спадкову патологію у осіб, що знаходяться на диспансерному обліку в обласному медико-генетичному центрі при Обласному клінічному перинатальному центрі за 2009, 2010 та 2011 рр., отримали консультації генетиків та лікарів цього центру, спілкувалися з батьками хворих дітей.

Висновки:

1. Кількість хворих зі спадковою патологією поступово зросла : із 400 до 465 осіб.
2. Кількість виявлених спадкових захворювань збільшилася з 95 до 101.
3. Спостерігається тенденція до зростання кількості хворих із синдактилією та вродженою глухотою.
4. Особливе значення у профілактиці спадкових захворювань та формуванні усвідомленого здорового батьківства є медико-генетична консультація та широка санітарно-просвітницька робота серед дорослого населення та підлітків.



Мікробіологія та вірусологія



Dadwal G.

SURVIVED RABIES PATIENT: MYTH OR REALITY?

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of Microbiology and Virology

(scientific advisor - PhD Sydoruk L.I.)

Rabies is a viral zoonotic disease that affects CNS, caused by Lyssavirus, transmitted by saliva of infected animals, typically via a bite (bats, monkeys, dogs, cats, wolves, foxes). Incidence of rabies in India is 20,000 cases per year. 40% of people who are bitten by suspect rabid animals are children under 15 years of age. Morbidity is extremely high. Virus infects exclusively neurons, and is neuro-invasive. It has trans-synaptic neural spread mediated by the G protein in anterograde & P protein in retrograde transport across synaptic membranes. Death is due to neuronal dysfunction due to drastically inhibited synthesis of protein required in maintaining neuronal function. This makes the disease hard to cure once patient is affected.

This current issue we have aimed to analyze the modern treatment of rabies (primary prophylaxis in post exposure patients and up-to date protocol used in infected patients) and its effectiveness.

Treatment of the disease is rare and difficult and firstly should include: wound cleansing, Rabies Immunoglobulin (RIG) and vaccine (1 ml, intramuscularly on 0 and 3 days). For treatment by the Milwaukee protocol, the vaccine is never administered nor is any immunosuppressant

drugs (e.g. Ribavirin – an antiviral drug, which was used in original protocol, is no longer used, as it suppresses immune system). Researchers used the chemically induced coma (by use of Ketamine 2 mg/kg/h and Midazolam 1–3.5 mg/kg/h to suppress brain activity. Barbiturates are contraindicated until immune response is seen. Antiviral drugs (amantadine by nasogastric tube at a dose of 2.5 mg/kg every 12 hours (100 mg every 12 hours if >40 kg) is administered. Immune response from immune system of the patient, by producing antibodies against virus is waited. Patients can be removed from isolation when saliva is negative by PCR on 3 occasions in the presence of serum neutralizing antibodies > 0.5 IU/ml. Survival rate is meager 1 in 6 patients survive. Sedation should be tapered after the 7th day from first hospitalization. Nimodipine is recommended at half to full dose for prophylaxis against vasospasm. Prophylaxis against hypotension ulcers is also recommended during the sedation.

The mentioned above contemporary protocol need further investigation, but in case of extremely high rabies mortality this scheme is hopeful and realistic.

Бойчук І.П., Підручняк Д.Б.

ВИДОВИЙ СКЛАД ЗБУДНИКІВ КАНДИДОЗНО-БАКТЕРІАЛЬНИХ ВАГІНІТІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра мікробіології та вірусології

(науковий керівник - к.мед.н. Яковичук Н.Д.)

Серед гнійно-запальних захворювань репродуктивних органів у жінок дітородного віку провідне місце належить вагінітам. Мета дослідження: Визначити видовий склад та популяційний рівень патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів, встановити провідних збудників запального процесу та мікроекологію порожнини піхви. Об'єкт дослідження – жінки віком 18–32 роки, хворі на кандидозний та бактеріальний вагініти. Предмет дослідження – видовий склад та популяційний рівень мікрофлори виділень піхви (заднього склепіння), хворих на кандидозний і бактеріальний вагініти. Методи дослідження: бактеріологічний, мікологічний та статистичний. Результати досліджень та їх обговорення. Встановлено, що до складу асоціації входять провідні збудники та їх асоціанти – умовно патогенні найпростіші (вагінальні трихомонади), дріжджоподібні гриби роду *Candida*, аеробні та анаеробні, грамозитивні та грамнегативні бактерії. Провідними збудниками кандидозного вагініту в жінок дітородного віку є *Candida albicans* (85,4 %), *C. glabrata* (3,8 %), *C. inconspicua* (3,3 %), *C. krusei* (2,5 %), *C. tropicalis*, *C. guilliermondii* (по 1,9 % кожна), які в асоціації з аеробними та анаеробними бактеріями, що належать до 17 таксономічних груп, формують

клінічну маніфестацію кандидозного вагініту. Провідними збудниками бактеріального вагініту в жінок є золотистий стафілокок (у 26,9 %), ешерихії (у 11,3 %), гонокок (у 7,5 %), вагінальні трихомонади (у 7,0 %), бактероїди (у 4,1 %), пептокок (у 4,1 %), пептострептококи (у 1,4 %), превотели (у 0,5 %) та епідермальний стафілокок (у 0,2 %). Висновки. 1. Мікробіологічні дослідження патологічного матеріалу (вмісту порожнини (заднього склепіння) піхви) у жінок, хворих на вагініти, повинні бути направлені на встановлення не тільки видового складу збудників, а обов'язково визначати їх популяційний рівень з метою встановлення провідного збудника запального процесу і розробки методу етіотропної терапії проти провідного збудника. 2. Для покращення ефективності лікувальних заходів жінок, хворих на кандидозний або бактеріальний вагініт необхідно проводити заходи для деконтамінації патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів. Практичне значення одержаних результатів. Для раціональної етіотропної терапії бактеріального або кандидозного вагінітів рекомендується визначення чутливості провідного бактеріального збудника до антибіотиків, або провідного кандидозного збудника до фунгіцидних препаратів.

Водяник А.А., Берлінець Б.В.

ВИВЧЕННЯ ДИСТАНТНОГО ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ПРОКАРІОТИЧНИМИ КЛІТИНАМИ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна

Кафедра мікробіології, вірусології та імунології

(науковий керівник - к.мед.н. Бобир В.В.)

В науковій літературі існують дані про можливість зниження чутливості до антибіотиків у різних культур бактерій завдяки, виключно, дистантній міжклітинній комунікації. Вивчення даних зв'язків між мікробними клітинами знаходиться на стадії початкового накопичення емпіричних даних. Отже, метою нашого дослідження було обрано вивчення ролі дистантного зв'язку у формуванні резистентності до антибіотиків у прокаріотичних клітинах.

Для експерименту обрано музейну культуру *E.coli* K12. Визначено чутливість даної культури до хлорамфенікола методом дисків. Культуру бактерії культивували на м'ясо-пептонному бульйоні у двох пробірках (пробірки №1 та №2). До пробірки №1 було додано 100мг хлорамфенікола та проведено інкубацію у термостаті протягом трьох діб, так щоб пробірки №1 та №2 з бактеріями були у безпосередній близькості одна до одної. Дослід повторювали 6 разів, так що загальний час перебування пробірок у термостаті склав 18 діб.

При визначенні чутливості до хлорамфенікола у культури бактерій *E.coli* K12 зона затримки росту (ЗЗР) складала 21 міліметр, що дає підставу вважа-

ти даний штам чутливим до антибіотика. На третю добу експерименту у культури, що не перебувала у безпосередньому контакті з антибіотиком, а лише отримувала сигнали з поряд розташованою пробіркою, ЗЗР складала 16мм. На 18 добу експерименту у бактерій ЗЗР – 11мм, це становить 52% від початкової величини. Культуру з ЗЗР менше 12 мм можна вважати не чутливою до антибіотика. Аналогічний дослід проводився з культурою *E.coli* K12, що була помірно чутливою до антибіотика (ЗЗР – 16мм). Відмічено зменшення зони затримки росту на третю добу на 38%, загальне зменшення ЗЗР на 18 добу складає 50% від початкової затримки і становить 8мм.

Встановлено, що культура *E.coli* K12, яка була раніше чутлива до хлорамфенікола, набуває резистентності до антибіотика впродовж 18 діб, не контактуючи з ним. Причиною набуття резистентності культури до антибіотика можна вважати вплив фізичних факторів міжклітинної комунікації на бактерії.

Гіпотетично, до конкретних факторів фізичної комунікації належать мітогенетичні промені Гурвіча, ультразвук.

Зеленкин С.Е., Суворов Д.В.

ИЗУЧЕНИЕ АНТАГОНИСТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ-ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ

ГБОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава РФ, Пермь, Россия

Кафедра микробиологии и вирусологии, иммунологии

(научные руководители - к.мед.н. Быкова Л.П., к.мед.н. Годовалов А.П.)

В последние годы возрос интерес к изучению микробных сообществ. Было показано, что антагонистическая активность микроорганизмов определяет возможности их существования в бактериальных ассоциациях. Межмикробные взаимодействия внутри подобных ассоциаций могут изменять биологические свойства микробов, что нередко является патогенетической основой формирования инфекционно-воспалительных процессов (Бухарин О.В. и др., 2007, 2012). В давно сформированных сообществах взаимодействия микроорганизмов относительно изучены. Однако, на слизистых оболочках и кожных покровах, очагах поражений может происходить пополнение ассоциаций новыми представителями. Интерес представляет изучение формирующихся ассоциаций из представителей патогенной и условно-патогенной флоры. В связи с этим целью нашего исследования явилось определение антагонистических свойств некоторых представителей патогенной и условно-патогенной флоры.

Для изучения межмикробных взаимодействий использовали клинические штаммы *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*. Бактериологическое исследование проводили

при помощи метода прямого антагонизма микроорганизмов на среде Мюллера-Хинтона. Чистые культуры тест-штаммов засеивались в чашки со средой перпендикулярными друг другу штрихами, расстояние между центрально расположенным штаммом и боковыми составило 3 мм. Посевы инкубировались в термостате при температуре 35С в течение 24–48 часов. Учет результатов проводили по морфологическим, культуральным свойствам, а также путем измерения зон задержки роста в перпендикулярных линиях посева.

В ходе исследования было установлено, что выраженные антагонистические свойства проявляют преимущественно штаммы *St.aureus* (подавление роста *E. coli* на $3,6 \pm 0,4$ мм, *C.albicans* на $2,0 \pm 0,6$ мм). Штаммы золотистого стафилококка активнее тормозят рост *E. coli*, чем *C. albicans* ($p < 0,05$). Менее выраженная антагонистическая активность выявлена у штаммов *E. coli* (подавление роста *St.aureus* на $1,2 \pm 0,7$ мм, *C.albicans* на $2,0 \pm 0,6$ мм). Обнаружено, что грибки рода *Candida* не проявляют антагонистического действия на штаммы кишечной палочки и золотистого стафилококка (подавление роста *E. Coli*).



Куш О.І.

СТУДЕНТИ-МЕДИКИ В ЕПІДПРОЦЕСІ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Сумський медичний коледж, Суми, Україна

Циклова комісія лабораторних та санітарно-гігієнічних дисциплін
(науковий керівник - Нестеренко С.І.)

У світі внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ) виникають не менше, ніж у 5–7% хворих, з них чверть випадків закінчується летально. За даними центрального наукового інституту епідеміології (м. Москва), кількість випадків ВЛІ становить 52–60 тис щорічно, а причиною у 50–80% є інфікування через руки медичного персоналу та мобільні телефони.

Серед збудників, які викликають ВЛІ, провідну роль відіграють стафілококи (до 60%). Найбільшу небезпеку несе «госпітальний штам», який характеризується полірезистентністю до антибіотиків і хіміопрепаратів.

У студентів були взяті змиви з рук з метою виділення кишкової палички (*E.coli*) і змиви з мобільних телефонів на стафілокок (*St.aureus*). Результати дослідження.

Перша група – 19 студентів. У змивах з мобільних телефонів виділена чиста культура *St.aureus* на середовищі жовтково-сольового агару (ЖСА) у трьох осіб, що складає 15%, а в змивах з рук виділена чиста культура *E.coli* на середовищі Кода у трьох осіб, що складає 15%.

Друга група – 17 студентів. У змивах з мобільних телефонів виділена чиста культура *St.aureus* на

середовищі ЖСА у трьох осіб, що складає 17%, а в змивах з рук виділена чиста культура *E.coli* на середовищі Кода у двох осіб, що складає 11%.

Третя група – 25 студентів. У змивах з мобільних телефонів виділена чиста культура *St.aureus* на середовищі ЖСА у трьох осіб (12%), а в змивах з рук виділена чиста культура *E.coli* на середовищі Кода у двох осіб (8%).

Четверта група – 17 студентів. У змивах з мобільних телефонів виділена чиста культура *St.aureus* на середовищі ЖСА у двох осіб (11%), а в змивах з рук не виділена чиста культура *E.coli* на середовищі Кода у жодного студента.

Всього обстежено 78 студентів. У змивах з мобільних телефонів виділена чиста культура *St.aureus* на середовищі ЖСА в 11 осіб (14%), а в змивах з рук виділена чиста культура *E.coli* на середовищі Кода у 7 осіб (9%).

У 14% студентів на мобільних телефонах виділений *St.aureus*, який потрапляє на них аерогенно, під час розмови. Можна зробити попередній висновок, що вони є носіями патогенного стафілокока. У 9% студентів, в змивах з рук виділена *E.coli*, що свідчить про їх фекальне забруднення.

Липка В.Т., Карпенко Ю.Г.

ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ НОВИХ 3-[3-(3-АРИЛ)-1-ФЕНІЛ-1Н-ПІРАЗОЛ-4-ІЛ]-N-(4-АРИЛ)-1,2,4-ТІОДІАЗОЛ-5-АМІНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра мікробіології та вірусології

(науковий керівник - к.мед.н. Ротар Д.В.)

Останнім часом стійкість мікроорганізмів до антибіотиків набуває чи не найвагомішого місця в сучасній медицині. Одним із методів подолання цієї проблеми є пошук нових антимікробних препаратів. Сполуки піразолу та піразолідину знайшли застосування, як лікарські засоби, барвники, анестетики. Значна кількість їх проявляють бактеріостатичні, інсектицидні, фунгіцидні, седативні та протипухлинні властивості. Розвиток хімії піразолу за останні роки викликаний усе більшим використанням і доступністю в синтетичному відношенні його похідних. Водночас, сполуки на основі піразолу та його гідрованих аналогів практично не вивчені. Тому цікаво було дослідити їх біологічну активність, а саме антимікробну дію.

Мета дослідження: пошук нових речовин з антимікробними властивостями.

Матеріали та методи дослідження. Нами отримано 8 речовин, 23М–40М – 3-[3-(3-арил)-1-феніл-1Н-піразол-4-іл]-N-(4-арил)-1,2,4-тіодіазол-5-амінів. Антимікробну активність синтезованих речовин визначали мікрометодом, підготувавши двократні серійні розведення за стандартною методикою.

Результати дослідження. Результати експериментального дослідження антимікробної активності 8 нових похідних піразолу виявились наступними. 3-[3-(3-арил)-1-феніл-1Н-піразол-4-іл]-N-(4-арил)-1,2,4-тіодіазол-5-аміни проявляли мінімальну бактеріостатичну активність щодо *S.aureus* в незначних титрах. Так, наприклад, речовини 27М та 28М проявляють МБСК до *S.aureus* 125мкг/мл, речовини 23М–26М, 29М, 30М – 250мкг/мл. Проте МБЦ до *S.aureus* була >500мкг/мл у всіх досліджуваних речовин.

Щодо *E.coli* МБСК речовини 28М–30М проявили активність в концентрації 500мкг/мл, всі інші – >500мкг/мл. МБЦ до тест-культури *E.coli* була >500мкг/мл у всіх 8-ми нових 3-[3-(3-арил)-1-феніл-1Н-піразол-4-іл]-N-(4-арил)-1,2,4-тіодіазол-5-амінів.

Висновки. Нові похідні піразолу, 3-[3-(3-арил)-1-феніл-1Н-піразол-4-іл]-N-(4-арил)-1,2,4-тіодіазол-5-аміни в нашому експериментальному дослідженні не проявили вагомих антимікробних властивостей ні до *S.aureus*, ні до *E.coli*, тому, на нашу думку, їх варто протестувати на інших об'єктах.

Нестерчук А.П., Черпак О.В.

АНТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ НОВИХ 4-(4,5-ДИФЕНІЛ-1Н-ІМІДАЗОЛ-2-ІЛ)-3-(4-АРИЛ)-1-ФЕНІЛ-1Н-ПІРАЗОЛІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра мікробіології та вірусології
(науковий керівник - к.мед.н. Ротар Д.В.)

Вступ. Відкриття наприкінці минулого століття нових видів біологічної активності 4-функціоналізованих піразолів сприяло значному збільшенню числа публікацій, присвячених синтезу та вивченню властивостей цього класу сполук. В результаті цілеспрямованого пошуку, на даний час відібрана значна кількість біологічно активних речовин, які, окрім традиційної для похідних піразолу анальгетичної та жарознижуючої активності, виявляють також психотропну, протівірусну, протипухлинну та бактерицидну дію. Тому цікаво було дослідити антимікробну дію піразолів.

Мета дослідження: пошук нових речовин з антимікробними властивостями.

Матеріали та методи дослідження. Нами отримано 22 нові 4-(4,5-дифеніл-1Н-імідазол-2-іл)-3-(4-арил)-1-феніл-1Н-піразоли. Антимікробну активність визначали мікрометодом за допомогою двократних серійних розведень за стандартною методикою.

Результати дослідження. Речовини 1Н, 10Н проявляли мінімальну бактериостатичну активність в концентрації 62,5мкг/мл, що є непоганим результатом для *S.aureus*, проте показної бактерицидної активності по відношенню до грампозитивного мікроорганізму у них не виявлено, її показники перевищували 500мкг/мл. У таких речовин як 3Н, 11Н, 20Н, 22Н мінімальна бактериостатична концентрація відповідала

125мкг/мл, проте бактерицидної активності не відмічено. Решта досліджуваних речовин виявились неактивними у відношенні *S.aureus*.

Щодо *E.coli* речовини 2Н-9Н проявили бактериостатичну дію в концентрації 250мкг/мл. Мінімальна бактерицидна концентрація в цих сполук варіювала від 250мкг/мл до 500мкг/мл. Проте тільки в речовини 2Н мінімальна бактериостатична та мінімальна бактерицидна концентрації були однаковими - 250мкг/мл по відношенню до грамнегативного мікроорганізму. Інші досліджувані сполуки виявились зовсім неактивними стосовно *E.coli*.

Висновки:

1. Речовини 1Н, 10Н (4-(4,5-дифеніл-1Н-імідазол-2-іл)-3-(4-арил)-1-феніл-1Н-піразоли) проявляли мінімальну бактериостатичну активність в концентрації 62,5мкг/мл, що є непоганим результатом для *S.aureus*, який варто перевірити на різних штаммах *S.aureus*.

2. У таких речовин як 3Н, 11Н, 20Н, 22Н (4-(4,5-дифеніл-1Н-імідазол-2-іл)-3-(4-арил)-1-феніл-1Н-піразоли) мінімальна бактериостатична концентрація для *S.aureus* відповідала 125мкг/мл.

3. Щодо *E.coli*, то бактерицидний ефект спричинила тільки речовина 2Н (4-(4,5-дифеніл-1Н-імідазол-2-іл)-3-(4-арил)-1-феніл-1Н-піразол).

Патрабой В.В., Герасимюк І.Г.

АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ НОВИХ 4-[3-(4-АРИЛ)-1-ФЕНІЛ-1Н-ПІРАЗОЛ-4-ІЛ]-6-ФЕНІЛ-4Н-1,3-ОКСАЗИН-2-АМІНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра мікробіології та вірусології
(науковий керівник - к.мед.н. Ротар Д.В.)

Актуальність теми. Похідні піразолу мають широкий спектр біологічної дії. Серед них знайдено препарати, які виявляють протизапальну, бактерицидну та протівірусну активність. Дослідження останніх років також показали перспективність піразол-4-оцтових кислот та їх нітрільів у вирішенні важливих медичних проблем, зокрема терапії цукрового діабету та СНІДу. Більш детальне дослідження їх властивостей, без сумніву, розкриє нові можливості використання цих типів піразолів у медицині.

Мета дослідження: пошук нових антимікробних препаратів.

Матеріали та методи дослідження. Нами отримано 10 нових 4-[3-(4-арил)-1-феніл-1Н-піразол-4-іл]-6-феніл-4Н-1,3-оксазин-2-аміни. Антимікробну активність визначали мікрометодом за допомогою двократних серійних розведень за стандартною методикою.

Результати дослідження. Речовини 2П, 4П-7П проявляли мінімальну бактериостатичну активність в концентрації 62,5мкг/мл, що є непоганим результатом для *S.aureus*, проте показної бактерицидної активності по відношенню до грампозитивного мікроорганізму у них не виявлено, її показники перевищували 500мкг/мл.

У таких речовин як 1П, 3П, 8П-10П мінімальна бактериостатична концентрація до *S.aureus* відповідала 125мкг/мл, проте бактерицидної

активності не відмічено. Інші досліджувані речовини цієї групи виявились неактивними у відношенні до *S.aureus*.

Щодо *E.coli* речовини 2П, 9П, 10П проявили бактериостатичну дію в концентрації 250мкг/мл. Мінімальна бактерицидна концентрація в цих сполук варіювала від 250мкг/мл до 500мкг/мл. Проте тільки в речовин 9П, 10П мінімальна бактериостатична та мінімальна бактерицидна концентрації були однаковими (250мкг/мл), що свідчить про бактерицидний ефект по відношенню до грамнегативного мікроорганізму. *E.coli* виявилась нечутливою до інших досліджуваних сполук.

Висновки:

1. Речовини 2П, 4П-7П (4-[3-(4-арил)-1-феніл-1Н-піразол-4-іл]-6-феніл-4Н-1,3-оксазин-2-аміни) проявляли мінімальну бактериостатичну активність в концентрації 62,5мкг/мл, що є непоганим результатом для *S.aureus*, який варто перевірити на різних штаммах *S.aureus*.

2. У таких речовин як 1П, 3П, 8П-10П (4-[3-(4-арил)-1-феніл-1Н-піразол-4-іл]-6-феніл-4Н-1,3-оксазин-2-аміни) мінімальна бактериостатична концентрація для *S.aureus* відповідала 125мкг/мл.

3. Щодо *E.coli* первинний бактерицидний ефект спричинили тільки речовини 9П, 10П (4-[3-(4-арил)-1-феніл-1Н-піразол-4-іл]-6-феніл-4Н-1,3-оксазин-2-аміни).



Морфологія

Herasym L.M., Kozub M.I., Shevchuk I.R.

A METHOD OF INVESTIGATING THE VASCULONERVOUS FASCICLE OF THE NECK IN THE PERINATAL PERIOD

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of anatomy, topographical anatomy and operative surgery
(scientific advisor - M.D., Ph.D. Akhtemiichuk Y.T.)

Acquired and congenital anatomical abnormalities of the carotid arteries and the internal jugular vein occur quite often among the components of the principal vasculonervous fascicle of the neck. V.M Antoniuk – Kysil`etal (2010) submit data, pertaining to carotid artery stenosis (over 75%) in the bifurcation region, pathologic tortuosity and a loop formation of the extracranial portion of the internal carotid artery, internal carotid artery stenosis etc. Novel operative procedures are widely introduced into modern practice of cardiovascular surgery (open endarterectomy from the bifurcation of the carotid artery with a plastic repair of the arteriotomic defect, common carotid artery resection, internal carotid, artery redressment into the common carotid artery), requiring in-depth topographoanatomical studies and substantiations. We have suggested and approved a method of anatomical study of the principal vasculonervous fascicle of the neck of human fetuses which

includes 1) a method of macro–microdissecting by means of which we determine the type and variant anatomy of the principal vasculonervous fascicle of the neck;
2) an analysis of topographoanatomical sections – for the sake of determining the syntopy of the components of the principal vasculonervous fascicle of the neck; 3) the method of injecting blood vessels in order to ascertain the anatomical features and the branching of the neck vessels;
4) the method of a radiographic examination – in order to study the X–ray anatomy of the skeletopy of the neck vessels;
5) the method of morphometry – to establish the dynamics of changes of the organometric parameters of the organs and structures of the neck;
6) the method of statistical data processing including the correlation and the multicentric regression analyses.

Korchynska N.S., Pidruchniak D.B.

MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE UPPER JAW

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of anatomy, topographical anatomy and operative surgery
(scientific advisor - M.D., Ph.D. Akhtemiichuk Y.T.)

According to I.V.Haivoronskyi`s data (2010) the height of the maxilla in adults fluctuates within the range of 49 to 81mm. The width of the jaw measured between its extreme points changes from 41 to 75 mm. The width of the upper jaw makes up 32 mm on the average in newborns and about 51 mm at the age of 12 and older. The length increased from 25mm in newborns to 55 mm in a child aged 12. The length of the palate in adult men changes within the range of 36.8 mm to 55.2 mm, whereas in women – from 35 to 52.5 mm, its width in men fluctuates from 30.9 mm to 48.7 mm and in women – from 29.4 to 46.4 mm. The height of the anterior surface measured in the middle of the distance between the nasal incisors and the middle of the malaralveolar crest changes from 14 to 43mm. The length of the anterior surface, the distance between the nasal incisure and the malar–alveolar crest changes from 26 mm to 47 mm. The height of the infratemporal surface measured from the process inferior border of the alveolar process towards the border of the inferior orbital incisure

was in the range from 14 to 32 mm. In newborns the alveolar process is poorly development. The cells of the deciduous incisors, cuspids and molar teeth and the 1st permanent multicuspid tooth are located in it. The alveolar arch in a newborn has length of 35.0–38.0 mm, in an adult– 58 mm. The area of the alveolar arch, corresponding to the incisors and the cuspid increases from 15.5 mm in newborns up to 21mm in adults. The section of the jaw, where the premolars are located, changes, on the contrary, from 15 mm in a newborn to 12 mm in an adult. The portion, containing the premolares increases from 5 to 25 mm. In accordance with V.V.Stepanenko`s findings (2005) the width of the maxilla in children under 3 years of age makes up 29.6 mm, on the average. The jaw of newborns had a width from 23 to 32 mm, at that. Prior to the age of 12–18 years the width augmented, on the average, up to 49.9 mm. The length of the upper jaw during these particular age periods changed from the 24.1 mm to 49.1mm. More than twice.



Lavriv L.P., Boychuk I.P.

MODERN INFORMATION ABOUT THE DEVELOPMENT OF THE PAROTID GLAND

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of anatomy, topographical anatomy and operative surgery
(scientific advisor - M.D., Ph.D. Akhtemiichuk Y.T.)

The problem of reducing the perinatal morbidity and mortality cannot be solved without a profound study of the periods of embryogenesis and early fetogenesis which largely determine further development of a fetus and a newborn. Invasive methods of perinatal diagnostics enable to detect congenital pathology of a fetus (chromosomal disturbances) in 100% of the cases, noninvasive methods (US screening) – in 67.5%. Our research deals with the prenatal morphogenesis of the parotid gland.

One can single out four stages in the development of the parotid gland. The first stage begins from the thickness of the mesenchyma (embryos, measuring 12.9– 0– 14.8 mm of the parietococcygeal length (PCL)) and terminates by the time of the dichotomic division of the cranial end of the latter (prefetuses of 24 mm PCL). During the second stage there arise the secondary epithelial bands and a lumen is formed along the course of the principal epithelial band– the future principal

excretory duct. In prefetuses of 35.0–44.0 mm PCL the form–building processes of the parotid gland proceed more intensively owing to an increase of the number of vessels. During the third stage (70.0 mm PCL) an intensive proliferation of the epithelium takes place in consequence of which the lumen of the principal excretory duct of the parotid gland is closed by the so–called “epithelial plug”, whose involution begins in fetuses of 82.00 mm PCL. An evident capsule of the parotid gland is observed in fetuses of 120 mm PCL. The number of terminal portions increases, these portions along with the excretory ducts, adjacent connective tissue and vessels form lobules.

A lobule is made up of 8–16 acini delimited by the layers of the connective tissue. The forming of the lumen occurs in fetuses of 235.0–340.0 mm PCL. A definitive outer form of the parotid gland is formed during the fourth stage, the dimensions of the glandular acini increase.

Proniaiev D.V., Martyrosian A.A.

ANATOMY OF THE LIVER IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY AND IN NEWBORNS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of anatomy, topographical anatomy and operative surgery
(scientific advisor - M.D., Ph.D. Akhtemiichuk Y.T.)

The anatomical specific characteristics of the liver 8–10 month old fetuses have been studied on 16 autopsied specimens ranging from 351,0 mm to 500,0 mm of the parieto–calcaneal length and 11 newborns.

The liver in late fetuses (aged 1–10 month) and newborns occupies 2/3–1/2 of the volume of the abdominal cavity, occupying not only the right, but also the left hypochondrium and the epigastric region. The anterior border of the liver is somewhat rounded poorly marked impressions from the adjacent organs are on the visceral surface. The position of the liver is ventropetal in 82% of the subjects, in the rest – dorsopetal. The ligaments are tender elastic. The shape of the liver is different with the predomination of an anteroposterior or

transversal size. Both the left and the right lobes of the liver are of almost identical sizes, just like in the previous age group. The dimensions of the left and right lobes in late fetuses and newborns reliably augment as compared with 7–month old fetuses. The distance from the anterior to the posterior margin of the right lobe makes up 48,8+–0,86 mm in 8–10 month old fetuses, in newborns – 52,9+–0,37 mm from the lateral margin to the portal vein– 31,3+–0,90 mm 34,5+–0,30 mm respectively. The distance from the anterior to the posterior border of the left lobe in 8–10 month old fetuses makes up 45,1+–1,33 mm, in newborns–51,1+–0,45 mm, from the lateral border to the portal vein– 40,3+–1,26 mm, 44,0+–0,70 mm respectively.

Tovkach Y.V., Oshurco A.P., Brychka A.A.

MODERN INFORMATION PERTAINING TO PRENATAL LARYNGEAL MORPHOGENESIS

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of anatomy, topographical anatomy and operative surgery

(scientific advisor - M.D., Ph.D. Akhtemiichuk Y.T.)

It has been noted by the authors unanimously in the bibliographical sources, dealing with a study of prenatal ontogenesis of the larynx, that the formation of it as an organ, starts from the 3d week of the intrauterine development and in a majority of cases it is described from a position of forming of separate structural elements and only some of the researchers describe in detail the stages, the terms of the anlage of cartilages muscles, glands and other elements. The findings related to an early anlage of the ventricles us the larynx, an uneven growth of its separate elements are clearly described. Questions, pertaining to the disappearance of the lumen of the laryngeal cavity at early stages of organogenesis which gets overgrown with the epithelium a second time for a certain period of time due to an intensive growth of the mucous membrane, are debatable, calling in question the patency of the airways during the embryonal period. It is common knowledge that the laryngeal cavity is visualized in all the age groups

and the cavity of the organ in present on frontal histotopograms already at an early stage, making it possible to differentiate the principal portions in it: the vestibule, the fissure of the glottis and the infraglottic cavity. These portions, starting from the 15th week of the development, are identified well. The organs communicating with the outdoor environment by means of natural openings are subject to physiological atresia's. Epithelial plugs in the larynx have a positive biological value, delimiting the inner organs from the amniotic fluid at a certain stage of the development. A difference of pressure created by, the epithelial plug between a closed nasal cavity and an open oral cavity during a reflex opening of the mouth is conducive to the development of the horizontally located palatine process, the latter being an important condition of the form-building of the hard palate. Thus one may arrive at a conclusion that researchers viewpoints, pertaining to the patency of the airways during the embryonal period, differ.

Tovkach Y.V., Proniaiev D.V., Hostiuk I.Y.

FORMING OF THE ESOPHAGOGASTRIC ANTIREFLUX MECHANISM

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine

Department of anatomy, topographical anatomy and operative surgery

(scientific advisor - M.D., Ph.D. Akhtemiichuk Y.T.)

The forming of the esophagogastric sphincter begins in the 5th month, of the intrauterine development. During this period the thickness of the mucous membrane increases sharply, the number of its folds increasing to the maximum amount. At the end of the 5th month the cardiac fold is formed in the region of the cordial part of the stomach – "Hubariev's" fold whose existence is denied by L.L. Kolesnikov in adults. This very period of the development is critical in the formation of the gastroesophageal sphincter complex at this time a teratogenic effect of various endo – and exogenous factors on a gravida's organism is possible and it may cause the development of congenital malformations of the gastroesophageal junction.

The histological studies of the esophagogastric segment carried out by us confirm the presence of Hubariev's fold in newborns, performing the function of a supplemental obturation mechanism of the esophagogastric sphincter.

As bibliographical findings evidence: the first considerable loadings on the region of the esophagogastric junction occur during the neonatal period. Due to an underdevelopment of the gastroesophageal sphincter "Hubariev's" fold, to our way of thinking and that of other researches, is that supplemental component of the gastroesophageal sphincter that functionates in newborns and later on disappears as the gastroesophageal sphincter develops.



Vitenok O.Y., Gayduk Yu.M., Gutsenko M.A.

MODERN INFORMATION ABOUT THE HISTOTOPOGRAPHY OF THE RECTUM

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of anatomy, topographical anatomy and operative surgery
(scientific advisor - M.D., Ph.D. Akhtemiichuk Y.T.)

The wall of the rectum contains well developed muscular and mucous membranes with close rows of crypts. The mucous membrane contains great lymphoid nodes which are turned with their base into the submucous layer and with its apex – into the rectal lumen (H.H.Aminova 2007).

The mucous membrane of the rectum is covered with the single – layer columnar epithelium which transforms in the stratified squamous epithelium in the anal portion. The mucous membrane has longitudinal and transverse folds in the supraampular and ampular portions. Permanent vertical folds in the distal portion of the rectum are 8–10 Morgagni`s globules, 1–3 cm in length. Recesses between the toruli are called anal (Morgagni`s) crypts. The base of the cushions and crypts, as well as semilunar folds form the pectineal line (linea pectinea), a narrow (0.5 –0.7 cm wide) “skin strip” of a white color called the white line

(linea alba), Hilton`s white line or a transitional one.

The submucous layer of the rectum is made up of the loose fibrous nonformed tissue, enabling to detach easily the mucous tunic from the muscular one. Here intramural muscular and nerve plexuses are located. The circular smooth muscle fibers of the rectum thicken at the level of the white line (up to 6 mm) and form the interior muscle sphincter of the anus whose fibers partly intertwine with the fibers of the external sphincter. There are two accumulations of the circular muscle fibers. The third sphincter studied by K.Heppner is situated approximately in the middle one – third of the ampular portion of the rectum, whereas the sphincter of O`Beirne–Phyrohov–Moutier – in the region of the transition of the sigmoid colon into the rectum

Zaharuk H.M., Proniaiev D.V., Zaharchiuk S.V.

THE ANATOMY OF THE RIGHT UTERINE TUBE IN FETUSES

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of anatomy, topographical anatomy and operative surgery
(scientific advisor - M.D., Ph.D. Akhtemiichuk Y.T.)

The research papers of some authors deal with a study of the blood supply, innervation, histopathology of the uterine tubes, since these organs have an exceptional value for the human organism. It is exactly here where fertilization and the movement of the female sex cell into the uterine cavity take place as an analysis of scientific literature evidences these studies were carried out on isolated fetuses and very often bear a descriptive nature.

The right uterine tube in 14 fetuses is located in the abdominal cavity and in 3 – at the boundary of the large and small pelvis. The tube is covered by the peritoneum on all sides. The mesosalpinx is formed by 2 mesenteric leaves in all the cases which pass into the parietal peritoneum of the pelvis major. In 2/3 of the cases the mesosalpinx stretched from the suspensory ligament of the ovary towards its

utero-ovarian ligament and it does not take part in the formation of the broad ligament of the uterus. From 2 to 6 narrowings are counted in fetuses along the right uterine tube, therefore it has the form of a corrugated tube. On the whole the tube is of an S- shaped form and is located in the horizontal plane or obliquely. The fimbriae of the tube are poorly developed in the majority of cases, having the shape of hillocks or laminar processes which adjoin the ovarian tubal extremity or the parietal peritoneum of the lateral wall of the abdomen. The ovary is located parallel over the tube, the greater psoas muscle, the external iliac arteries the genitofemoral nerve, the ureter and the umbilical artery are situated behind it. The anterior surface of the uterine tube is adjoined by the iliac loops.

Бойчук О.М., Процак Т.В., Крикливець Р.М., Ясенчук М.В.
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕШІТЧАСТОГО ЛАБІРИНТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича
 (науковий керівник - д.мед.н. Макар Б.Г.)

Актуальним у наш час є пошук альтернативних методів дослідження приносних пазух, які б задовільняли потреби оториноларингологів і могли застосовуватись не тільки для діагностики, але і в процесі динамічного спостереження за пацієнтом. Швидкий прогрес у розвитку нових технологій, таких як ендоскопія, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія, акустична ринометрія і риноанометрія, дав нову інформацію, яка дозволяє розглядати приносні пазухи як складну високодиференційовану структуру, функціонуючу як єдине ціле.

Недостатньо вивченими, а тому й актуальними проблемами залишаються питання адекватної діагностики захворювань решітчастих комірок. Кількість хворих з даною патологією постійно зростає. Традиційні методи обстеження та лікування не завжди дозволяють об'єктивно оцінити характер патологічних змін з боку решітчастих комірок та межуючих з ними тканин і структур, точно встановити клінічний діагноз, а тому і виконати адекватне хірургічне втручання. Окрім того, загальноприйняті в

оториноларингології методики операцій на решітчастому лабіринті, на думку багатьох авторів, є надто травматичними та не завжди виправданими, супроводжується значним травмуванням м'яких тканин. В комплексі це призводить до тривалого післяопераційного періоду із можливістю виникнення непередбачуваних ускладнень та основне – втрати функції решітчастого лабіринту. Це спонукає до пошуку нових методів діагностики етмоїдитів та удосконалення техніки оперативних втручань.

Останнім часом функціональна ендоскопічна хірургія приносних пазух була розроблена на базі нових та поглиблених уявлень про патофізіологію носа і приносних пазух. Основним досягненням даної техніки є те, що навіть у випадку поширеного процесу радикальних хірургічних методів, як правило, вдається уникнути. Виявлення та вивчення патологічних змін у тканинах, що утворюють решітчастий лабіринт методом ендоскопії дозволяє об'єктивно оцінити його стан для визначення подальшої лікувальної тактики.

Василенко М.С., Яковлева Д.В., Чаленко І.С.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ЛОБОВИХ ПАЗУХ СВИНЕЙ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна
 Кафедра медицини надзвичайних ситуацій з оперативною хірургією та топографічною анатомією
 (наукові керівники - д.мед.н. Проніна О.М., Коптев М.М.)

При проведенні навчальних операцій на черепі виникають труднощі з отриманням трупного матеріалу, пов'язані з новими нормативно-правовими вимогами. Тому для забезпечення навчального процесу з оперативної хірургії було вирішено використовувати ізольовані голови свиней, а це потребує знань видових особливостей будови їх черепа.

Мета дослідження. Вивчення особливостей будови лобових пазух свиней. Робота виконана відповідно до принципів „Європейської конвенції щодо захисту хребетних тварин, які використовуються в експерименті та інших наукових цілях“ та закону України „Про захист тварин від жорстокого поводження“.

Матеріал і методи. Дослідження проведено на 20 головах свиней обох статей породи українська степова біла, віком 10–12 місяців, з прижиттєвою масою 110–140 кг. Після розкриття лобових пазух проводився макроскопічний огляд з морфометрією та забір слизової оболонки для мікроскопії. Шматочки слизової оболонки фіксували у 10% розчині формаліну і після проведення через спирти зростаючої концентрації, поміщали в парафін за звичайною методикою. Забарвлення зрізів проводили гематоксилін-еозином.

Результати дослідження. Було встановлено, що лицевий відділ черепа свиней переважає над мозковим; лобова кістка обмежує порожнину черепа спереду та зверху. У її тілі міститься парна лобова пазуха. Довжина лівої пазухи у середньому складає $5 \pm 0,85$ см, а правої – $4,07 \pm 1,00$ см. Ширина лобових пазух $2,07 \pm 0,39$ та $3,5 \pm 0,98$ см відповідно. Глибина лівої пазухи – $1,24 \pm 0,12$ см, а правої – $0,94 \pm 0,06$ см. Товщина перегородки між пазухами становить $2 \pm 0,3$ мм. Товщина передньої стінки лівої лобової пазухи – $4,14 \pm 0,46$ мм, а правої – $6,14 \pm 1,2$ мм. Задня стінка лівої лобової пазухи у середньому $1,42 \pm 0,2$ мм завтовшки, а правої – $1,57 \pm 0,2$ мм. Мікроскопічно внутрішня поверхня лобової пазухи вистелена слизовою оболонкою, утвореною багаторядним війчастим епітелієм та сполучнотканинною власною пластинкою, яка прилягає до окістя. Серед епітеліоцитів, розміщених на базальній мембрані, зустрічаються війчасті, мікрівійчасті, базальні та келихоподібні клітини. Власна пластинка утворена пухкою волокнистою сполучною тканиною, у якій залягають кінцеві відділи слизових залоз. Слизова оболонка містить значну кількість судин, переважно у поверхневих відділах власної пластики.



Гаджиева А.У.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ УСТЬЕВОГО ОТДЕЛА ПОЛЫХ ВЕН

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии

(научный руководитель - д.мед.н. Блинова С.А.)

Исследование строения полых вен вызвано возрастанием числа оперативных вмешательств в кардиохирургии на устьевые отделы полых вен. В патологии сердечно-сосудистой системы до настоящего времени не придают должного внимания замыкательным образованиям полых вен. Цель исследования: изучить изменения морфометрических показателей устьевого отдела полых вен крысят в раннем постнатальном онтогенезе.

Материал и методы исследования. Нами изучены краниальные и каудальная полые вены 60 крысят следующих возрастов: новорожденные, на 6, 11, 16, 22 сутки после рождения. Гистологические препараты окрашены гематоксилином и эозином, а также по методу Ван-Гизон.

Результаты исследования. Устьевой отдел правой, левой краниальных и каудальной полых вен имеет общий план строения. Их стенка представлена тремя оболочками. Внутренняя оболочка образована эндотелием и подэндотелиальным слоем. Средняя оболочка правой и левой краниальных полых вен состоит из двух слоев мышечных клеток: внутреннего циркулярного и наружного косого. Вокруг средней оболочки располагаются коллагеновые волокна. Коллагеновые волокна проникают также между мышечными клетками, образуя сеть. Наружная оболочка устьевого отдела краниальных полых вен очень тонкая, представлена эпикардом. У каудальной

полой вены средняя оболочка представлена двумя слоями косо и продольно направленных пучков мышечных клеток. У новорожденных крысят толщина стенки правой, левой краниальных и каудальной полых вен в области устья составляет соответственно $16,2 \pm 0,44$ мкм, $17,8 \pm 0,42$ мкм и $17,71 \pm 0,27$ мкм. У 6-дневных крысят в устьевом отделе толщина стенки обеих краниальных полых вен равна $17,5 \pm 0,51$ мкм и $21,6 \pm 0,65$ мкм, а у каудальной вены $23,28 \pm 0,27$ мкм. В 11-дневном возрасте продолжается увеличение толщины стенки устьевого отдела правой и левой краниальных полых вен, она составляет соответственно $19,6 \pm 0,47$ мкм и $26,6 \pm 0,69$ мкм. Толщина стенки этого отдела каудальной полых вен составляет $30,83 \pm 0,29$ мкм. В 16-дневном возрасте толщина стенок этих вен равна $23,7 \pm 0,41$ мкм, $28,8 \pm 0,82$ мкм и $36,08 \pm 0,37$ мкм. В 22-дневном возрасте толщина стенки правой и левой краниальных полых вен на уровне впадения в правое предсердие равна $29,7 \pm 0,63$ мкм и $33,0 \pm 0,67$ мкм, а у каудальной полых вен равна $48,21 \pm 0,45$ мкм. Выводы. Сопоставление толщины стенки полых вен в разные периоды показало, что увеличение показателей происходит неравномерно, однако толщина стенки устьевого отдела каудальной полых вен во всех возрастных группах больше, чем краниальных.

Галичанська О.М.

ВАРІАНТ ТОПОГРАФІЇ ГІЛОК ДУГИ АОРТИ У ПЛОДА 5 МІСЯЦІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича

(науковий керівник - д.мед.н. Хмара Т.В.)

Останнім часом багато уваги приділяється індивідуальній мінливості структур організму людини. Однією з найбільш варіабельних систем є судинна. Дослідження варіантної анатомії гілок дуги аорти і змін у синтопії компонентів правого і лівого судинно-нервових пучків шиї є актуальним і пріоритетним.

У плода 180,0 мм тим'яно-куприкової довжини від опуклого півкола дуги аорти, довжина якої 10,5 мм, беруть початок чотири артерії: плечо-головний стовбур, ліва загальна сонна артерія, ліва хребтова артерія і ліва підключична артерія. Спереду до опуклості дуги аорти і до початкових відділів вищезазначених судин, що відходять від неї, прилягає ліва плечо-головна вена. Плечо-головний стовбур, довжиною 6,5 мм, прямує доверху і дещо праворуч, і своєю задньою поверхнею прилягає до передньобічної поверхні трахеї. На 4,0 мм вище від правого груднинно-ключичного суглоба плечо-головний стовбур роздвоюється на праву загальну сонну артерію і праву підключичну артерію. Збоку від правої загальної сонної артерії проходить права внутрішня яремна вена, а позаду у жолобку між ними - правий блукаючий нерв. На 3,0 мм

вище верхнього краю щитоподібного хряща права загальна сонна артерія роздвоюється на зовнішню та внутрішню сонні артерії. Ліва загальна сонна артерія проходить попереду поперечних відростків шийних хребців. Присередньо від лівої загальної сонної артерії розміщені стравохід і трахея. На рівні верхнього краю щитоподібного хряща ліва загальна сонна артерія розгалужується на зовнішню і внутрішню сонні артерії. Атиповим відгалуженням у даного плода від дуги аорти є відходження між лівою загальною сонною артерією і лівою підключичною артерією лівої хребтової артерії. Шийна частина лівої хребтової артерії щільно прилягає до бічної поверхні лівої загальної сонної артерії. Ліва хребтова артерія заходить у поперечний отвір III шийного хребця, підіймається вверх по однойменних отворах двох верхніх шийних хребців і заходить в порожнину черепа через великий отвір потиличної кістки. Лівий блукаючий нерв у межах верхнього середостіння щільно прилягає до задньобічної поверхні лівої хребтової артерії. Внутрішньогрудна частина лівої підключичної артерії розташована на 5,0 мм нижче від лівої плечо-головної вени.

Галичанська О.М., Андрійчук-Раух А.В., Куфтяк В.В.
СИНТОПІЯ СКЛАДОВИХ ВЕРХНЬОГО СЕРЕДОСТІННЯ У ПЛОДА 5 МІСЯЦІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича
 (науковий керівник - д.мед.н. Хмара Т.В.)

Зростання числа природжених захворювань органів, судин і нервів верхнього середостіння (ВС), визначає підвищену зацікавленість дослідників до подальшого вивчення їх типової і варіантної анатомії.

У плода 185,0 мм тім'яно-куприкової довжини у межах ВС трахея займає серединне положення, в той час як стравохід зміщений дещо вліво від серединної стрілової площини. Довжина трахеї 26,5 мм, діаметр 6,0 мм; довжина грудної частини стравоходу 39,0 мм. У трахео-стравохідній борозні проходить лівий поворотний гортанний нерв. До лівої бічної поверхні стравоходу примикає ліва загальна сонна артерія, а до передньобічної поверхні трахеї - плечо-головний стовбур. Роздвоєння трахеї відбувається на рівні середини тіла II грудного хребця. Легеневий стовбур прямує навскіс доверху, ліворуч і назад попереду висхідної частини аорти. Під дугою аорти на рівні III грудного хребця легеневий стовбур роздвоюється на праву і ліву легеневу артерію. Лівий блукаючий нерв прилягає до бічної поверхні лівої загальної сонної артерії, а правий блукаючий нерв розміщений на 4,5 мм латеральніше бічної поверхні трахеї. При переході у грудну порожнину як правий, так і

лівий блукаючі нерви проходять по передній поверхні відповідної підключичної артерії. Правий поворотний гортанний нерв відгалужується від правого блукаючого нерва на рівні перетинання нерва з правою підключичною артерією. Правий блукаючий нерв проходить позаду кореня правої легені та розташовується у клітковині між правим головним бронхом і непарною веною. До правого головного бронха спереду прилягає права легенева артерія, а медіальніше і дещо вище від неї - верхня порожниста вена. Лівий блукаючий нерв прилягає до задньої поверхні лівої легеневої артерії, лівого головного бронха і не торкаючись нижньої лівої легеневої вени на рівні її верхнього півоводу прямує назад до стравоходу, прилягаючи на межі передньої та бічної поверхні органа. Верхня порожниста вена, завдовжки 9,0 мм, утворюється при злитті правої і лівої плечо-головних вен позаду з'єднання правого II ребрового хряща з грудниною. Ліва плечо-головна вена, довжиною 4,5 мм, формується позаду лівого груднинно-ключичного суглоба, прямує косо вниз до місця злиття з правою плечо-головною веною. Остання має довжину 15,0 мм.

Дзюма О.С., Ходоровська А.А.

**ВИВЧЕННЯ ТКАНИН ЩИТОПОДІБНОЇ ТА НАДНИРКОВОЇ ЗАЛОЗ
 МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ**

Чернівецький національний університет ім. Ю.Федьковича, Чернівці, Україна
 Кафедра кореляційної оптики
 (науковий керівник - к.мед.н. Єрмоленко С.Б.)

За останнє десятиліття зростає актуальність використання методів лазерної поляриметрії для визначення властивостей біологічних тканин, які є оптично-неоднорідними структурами. Поле випромінювання, розсіяного біологічними тканинами стає носієм інформації про їх властивості. Тому метою дослідження було вивчення поляризаційних властивостей тканин щитоподібної та надниркової залоз.

Дослідження проведені на 38 білих статевозрілих щурах-самцях. Для дослідження поляризаційних властивостей щитоподібної та надниркової залоз їх видалляли та фіксували у 10% розчині нейтрального формаліну з триразовою зміною фіксатора, зневоднювали в спиртах зростаючої концентрації, після чого заливали у парафінові блоки. Виготовляли гістологічні зрізи товщиною 5-6 мкм та вивчали у світлооптичному мікроскопі. Для оцінки діагностичних можливостей статистичного аналізу зображень тканин залоз досліджувалися незабарвлені гістологічні зрізи (20 препаратів) фізіологічно нормальних залоз інтактних тварин. Поляризаційні зображення тканини надниркової залози отримували за допомогою мікрооб'єктива, які проектувалися в площину світлочутливої площадки (800x600 пікселів) CCD-камери, яка забезпечувала діапазон вимірювання структурних елементів

біологічних тканин для таких розмірів: 2 мкм - 2000 мкм. Освітлення проводилося паралельним (104мкм) пучком He-Ne лазера (0.6328 мкм, W = 5.0 мВт). Поляризаційний освітлювач складається з четверть хвильових пластинок і поляризатора, що забезпечує формування лазерного пучка з довільним азимутом або еліптичністю поляризації. Поляризаційні зображення оптично-тонких (коефіцієнт ослаблення, геометрична товщина 40) гістологічних зрізів залоз одержані для співосьових (0 - 0) та перехрещених (0 - 90) поляризатора і аналізатора.

Встановлено, що статистичний підхід в аналізі поляризаційних зображень виявив значну діагностичну чутливість моментів вищих порядків розподілів інтенсивності зображення оптично тонких гістологічних зрізів тканини щитоподібної залози та усіх зон кіркової та мозкової речовини надниркової залози.

Отже, результати дослідження корелюють з попередніми даними статистичних досліджень поляризаційних властивостей інших біологічних тканин (дерма шкіри, м'язова тканина). Виконані поляризаційні дослідження у інтактних тварин дозволили встановити параметри норми поляризаційних властивостей тканин щитоподібної та надниркової залоз у щурів.



Жабюк Т.М., Проняєв Д.В.

ПЕРИНАТАЛЬНА ТОПОГРАФІЯ КОМПОНЕНТІВ КЛУБОВО-СЛІПОКИШКОВОГО СЕГМЕНТА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Ахтемійчук Ю.Т.)

Дослідження виконано на 120 плодах та ново-народжених людини.

За нашими даними форма, розміри, будова та взаємовідношення компонентів клубово-сліпокишкового переходу між собою та суміжними органами впродовж плодового періоду динамічно змінюються.

На нашу думку, при дослідженні даної ділянки в плодовому періоді онтогенезу необхідно визначити умовну межу не лише між червоподібним відростком та сліпою кишкою, але й між сліпою кишкою та висхідною ободовою. За деякими даними межа між висхідною ободовою кишкою та сліпою може проходити по нижній стінці клубової кишки, клубовому отворі або по верхній стінці клубової кишки. З нашої точки зору останній варіант є найдоцільніший, адже в плодовому періоді майже у всіх випадках трапляється клубовий отвір різного типу та діаметра, по якому важко провести межу.

За результатами наших досліджень, прокси-

мальний відділ товстої кишки у плодів являє собою видовжений рівномірно звужений конус, що на початку плодового періоду закручений у вигляді завитка, у середині плодового періоду – у вигляді петлі і в кінці – має форму гачка. Сліпа кишка в плодів являє собою купол рівномірно звуженої та зігнутої товстої кишки, що має форму конуса.

Все це, разом із замикальною неспроможністю клубового сосочка, відсутністю межі між червоподібним відростком та сліпою кишкою дає всі підстави стверджувати про відсутність у плодів сліпої кишки як окремо сформованого органа.

Червоподібний відросток плодів є верхівкою конуса, має відносно велику довжину і тому характеризується варіабельністю форми, спрямування та локалізації. На нашу думку, червоподібний відросток та сліпу кишку плодів необхідно розглядати як одне ціле.

Журафовська В.М., Ходоровська А.А.

МОРФОЛОГІЧНА БУДОВА ТА ПОЛЯРИЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАДНИРКОВОЇ ЗАЛОЗИ В НОРМІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра гістології, цитології та ембріології
(науковий керівник - к.мед.н. Ходоровська А.А.)

Впродовж попередніх років і в теперішній час є актуальним використання методів лазерної поляриметрії для визначення поляризаційних властивостей тканин, що є одним з методів, який дозволяє виявити просторово розподілені властивості об'єкта та отримати локальну високочастотну інформацію про залозисті клітини надниркової залози.

Метою дослідження було вивчити морфологічну будову та поляризаційні властивості надниркової залози.

Дослідження проведені на 20-ти білих статевозрілих щурах-самцях. Для вивчення морфологічної будови гістологічні зрізи фарбовували гематоксилін-еозином та вивчали під мікроскопом. Поляризаційні зображення тканини надниркової залози проводили за допомогою мікрооб'єктиву, які проектувалися в площину світлочутливої площадки (800x600 пікселів) CCD-камери, яка забезпечувала діапазон вимірювання структурних елементів біологічних тканин для таких розмірів: 2 мкм – 2000 мкм. Для оцінки статистичного аналізу зображень тканини залози досліджували не фарбовані гістологічні зрізи (20 препаратів).

Морфологічні дослідження надниркової залози виявили, що клітини клубочкової зони невеликі за розмірами в цитоплазмі містять незначну кількість рівномірно розташованих секреторних

гранул. У пучковій зоні є велика кількість світлих клітин цитоплазма яких багата на вакуолі, що свідчить про високий вміст ліпідних включень, ядра світлі, крупні з чітко визначеними ядерцями. Поряд спостерігається незначна кількість темних клітин, багатих на рибосоми. Паренхіма сітчастої зони представлена світлими клітинами, цитоплазма яких менш вакуолізована порівняно з клітинами пучкової зони. Строма представлена пухкою сполучною тканиною.

Поляризаційні зображення оптично-тонких (коєфіцієнт ослаблення $t \leq 0,1$, геометрична товщина 40 μm) гістологічних зрізів залози одержані для співосьових (0 – 0) та перехрещених (0 – 90) поляризатора і аналізатора, свідчать про координатні розподіли інтенсивності $I(0 - 0)$, $I(0 - 90)$ фізіологічно нормальних зразків надниркової залози, які характеризуються фрактальною структурою – нахил відповідних залежностей спектрів потужності незмінний в межах трьох декад розмірів (2мкм – 1000мкм) структурних елементів архітеконики.

Одержані результати встановили: статистичний підхід в аналізі поляризаційних зображень виявив значну діагностичну чутливість моментів вищих порядків розподілів інтенсивності зображення оптично тонких гістологічних зрізів тканин усіх зон кіркової речовини.

Калинчук А.І., Навольський Н.М., Дундюк С.І.

БУДОВА ЖУВАЛЬНОГО М'ЯЗА У ПЛОДІВБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Слободян О.М.)

Особливості топографії жувального м'яза досліджені на 19 препаратах трупів плодів від чотирьох до 10-ти місяців методами макромікропрепарування, рентгенографії, морфометрії.

На початку плодового періоду розвитку (4-5-місячні плоди) жувальний м'яз чотирикутної форми, наприкінці - 6-10-місячні плоди - форми неправильного прямокутника та складається з поверхневої і глибокої частин.

Поверхнева частина жувального м'яза бере початок від бічної поверхні виличної кістки та передніх двох третин нижнього краю виличної дуги, волокна простягаються донизу і назад. Глибока частина - починається від задньої третини нижнього краю виличної дуги та всієї внутрішньої поверхні виличної дуги, волокна прямують донизу і вперед. М'яз прикріплюється до жувальної горбистості та до зовнішнього боку гілки нижньої щелепи. У 8-10 місячних плодів у поверхневій частині жувального м'яза біля виличної дуги визначається сухожилкова пла-

стинка, яка становить 1/5-1/6 її частини. М'язові волокна поверхневої частини простягаються майже паралельно.

Жувальний м'яз міститься у кістково-фіброзному футлярі, який щільно з'єднаний з м'язовими волокнами. У 8-10-місячних плодів від'єднати футляр від м'язових волокон без їх пошкодження не вдається. Внутрішня поверхня м'яза прилягає до гілки нижньої щелепи, зовнішня - покрита жувальною фасцією. У 72% випадків зовнішня поверхня та задній край жувального м'яза стикається з привушною залозою, у решті випадків (38%) залоза примикає тільки до заднього краю м'яза.

Зазвичай, вздовж нижньої третини переднього краю жувального м'яза простягається лицева артерія. Зовнішню поверхню м'яза перетинає привушна протока та огинає його передній край. У 38% спостережень до переднього краю жувального м'яза прилягає жирове тіло. Верхньо-задня частина жувального м'яза покриває скронево-нижньощелепний суглоб.

Кашперук-Карпюк І.С., Тимчук Ю.Я., Бодянчук Т.В.

ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕЧОВОГО МІХУРА ПЛОДІВ 4-6 МІСЯЦІВБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Ахтемійчук Ю.Т.)

У плодів 4-6 місяців (161,0-290,0 мм ТПД) встановлено такі варіанти форми сечового міхура - кубоподібна (34%), кругла (28%), еліпсоподібна (20%), трикутна (18%). Більшості плодам притаманна кубоподібна форма.

Сечовий міхур розташований у передньому відділі тазової порожнини. З боків відмежований від пристінкової тазової клітковини сполучнотканинними тяжами тазової фасції, що простягаються від задньої поверхні лобкового симфізу до тазової поверхні крижової кістки.

У плодів чоловічої статі зверху і ззаду до сечового міхура примикають відмежовані очеревиною та клітковиною петлі тонкої кишки. Спереду від сечового міхура розташований передміхуровий клітковинний простір Ретціуса. Передня стінка прямої кишки, відмежована від сечового міхура прямокишково-міхуровою заглибиною та клітковинним простором.

У плодів жіночої статі очеревина простягається між сечовим міхуром і маткою, утворюючи міхурово-маткову заглибину.

У плодів чоловічої статі попереду сечового

міхура визначається лобковий симфіз, позаду задньої стінки знаходиться пряма кишка, сім'яні міхурці, ампули сім'яносних проток, латерально примикають сечоводи, яєчка. У плодів жіночої статі спереду від сечового міхура визначається лобковий симфіз, до задньої стінки примикає тіло матки, визначаються яєчники, пряма кишка, латерально примикають сечоводи. Верхівка сечового міхура нахилена вперед до передньої черевної стінки, знаходиться над верхнім краєм лобкового симфізу. Від верхівки сечового міхура простягається серединна пупкова складка, від бічних його стінок - дві латеральні пупкові складки. Дно сечового міхура у плодів другого триместру чітко не визначається. Тіло сечового міхура лілкоподібно звужується і переходить безпосередньо в шийку сечового міхура. Шийка сечового міхура переходить в сечівник. Форма сечівника у плодів обох статей циліндрична. Між поздовжньою віссю сечового міхура і шийкою сечового міхура утворюється кут, який становить $155.9 \pm 22.5^\circ$ у плодів другого триместру.



Ключко С.С., Крылов А.В.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО ЖЕЛУДКА КРЫС ПОСЛЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИГЕНА

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина
Кафедра гистологии, цитологии, эмбриологии
(научный руководитель - д.мед.н. Евтушенко В.М.)

Установлено, что кровеносной системе принадлежит особая роль в формировании лимфоидных образований желудочно-кишечного тракта. Изучены особенности микроциркуляции в органах кроветворения и иммуногенеза, различных отделах кишечника, в то время как данные о васкуляризации лимфоидных структур желудка в норме и эксперименте отсутствуют либо упоминаются вскользь, и специального исследования в этой области не проводилось.

Цель исследования - изучение сосудистого русла желудка крыс в норме и после внутриутробного введения антигена.

Материал и методы. Объектом исследования были желудки 102 белых крыс линии Вистар в возрасте от 1-ых до 14-ых суток постнатального периода. Животных разделили на 4 группы: 1 - интактные крысы; 2 (контрольная) - животные после внутриплодного введения физиологического раствора; 3 - крысы, которым внутриплодно вводили антиген; 4 - животные после введения антигена в околоплодные воды. В качестве антигена использовали сплит-вакцину для профилактики гриппа Ваксигрипп инактивированную. Гистологическую обработку материала

проводили стандартным методом. Серийные парафиновые срезы толщиной 4-5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. На условной единице площади подсчитывали количество сосудов микроциркуляторного русла: артериол, венул, капилляров.

Результаты исследования. Результаты обработки методом вариационной статистики и считали достоверными при $p=0,05$. У животных, которым антиген введен внутриплодно, наблюдается увеличение количества сосудов желудка на 7-ые сутки в сравнении с животными интактной группы (артериолы $2,41 \pm 0,9$; венулы $2,17 \pm 1,74$; капилляры $3,25 \pm 0,4$ соответственно против экспериментальной группы: артериолы $2,46 \pm 0,52$; венулы $3,2 \pm 0,84$; капилляры $4,408 \pm 0,656$). У животных, которым антиген введен околоплодно по сравнению с внутриплодным введением антигена на 14-ые сутки наблюдается увеличение количества сосудов (артериолы $3,02 \pm 1,281$, венулы $3,2 \pm 1,029$, капилляры $3,25 \pm 0,855$ соответственно против $1,5 \pm 0, 2 \pm 0, 3 \pm 0$).

Выводы. Внутриутробная антигенная нагрузка плодов приводит к увеличению количества сосудов желудка в раннем постнатальном периоде.

Кондаурова А.Ю.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭКЗОГЕННОГО МЕЛАТОНИНА

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск, Украина
Кафедра медицинской биологии, генетики и фармацевтической ботаники
(научный руководитель - д.биол.н. Федченко С.М.)

Нарушение продукции мелатонина может приводить не только к дезадаптации в результате рассогласования эндогенных биологических ритмов организма, но и к ослаблению антиоксидантных механизмов защиты организма, активности свободно-радикальных процессов, что клинически может реализоваться в образовании хронических эрозий слизистой оболочки желудка (СОЖ).

Цель исследования - изучить влияние экзогенного мелатонина на морфо-функциональное состояние экзокриноцитов слизистой оболочки желудка крыс.

Экспериментальное исследование проведено на 30 беспородных половозрелых крысах самцах ($n=30$). Эксперимент на животных выполняли в соответствии с правилами Европейской конвенции защиты позвоночных животных, использующихся в экспериментальных и других научных целях. Животным внутрибрюшинно вводился препарат „Вита-мелатонин“. Препарат вводился ежедневно 1 раз сутки за 1 час до наступления темноты в дозе 2мг/кг массы тела. По истечении сроков эксперимента (на 30-е сутки) этаназию животных осуществляли путем декапитации под эфирным наркозом. Использовались следующие методы исследования: гистологический, электронно-микроскопический, морфометрический, статистический анализ.

Введение мелатонина способствует увеличению степени и количества дифференцирован-

ных покровных и главных клеток, умеренному дифференцированию париетальных клеток в СОЖ. Ядра дифференцированных главных клеток были округлой или овальной формы, расположены в базальной части. Гранулярная эндоплазматическая сеть в виде узких цистерн была представлена в базальных и латеральных отделах клеток. По всей цитоплазме встречались свободные рибосомы, полисомы. В надъядерной зоне расположен комплекс Гольджи с формирующимися гранулами зимогена. Митохондрии характеризовались овальной или округлой формой, с мелкозернистым матриксом, равномерно распределены по цитоплазме главных клеток, лизосомы единичны. При изучении ультраструктуры париетальных клеток были выявлены следующие особенности. Многие клетки содержали фаголизосомы, миелоноподобные структуры, расширенные канальцы гранулярной цитоплазматической сети. В некоторых из них были расширенны внутрицитоплазматические канальцы, многочисленные митохондрии заполняли всю цитоплазму, тубуловезикулярные структуры отсутствовали. Такие клетки рассматривались нами как молодые клетки. Другие париетальные клетки находились в состоянии повышенной функциональной активности. Их внутриклеточный каналец был заполнен микроворсинками, а в цитоплазме определялись многочисленные тубуловезикулы.

Кондаурова А.Ю., Марчук І.П.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск, Украина
Кафедра медицинской биологии, генетики и фармацевтической ботаники
(научный руководитель - к.мед.н. Кондаурова А.Ю.)

В настоящее время Зомета (золедроновая кислота, золедронат) уже зарегистрирована более чем в 100 странах мира в качестве препарата для снижения риска и/или отсрочки развития осложнений со стороны костной системы при ее опухолем поражении. В связи с этим нарастающий объем данных о возможном наличии у золедроната противоопухолевой активности является весьма многообещающим, но с другой стороны эффект на желудок не исследован.

Цель исследования – изучить влияние золедроновой кислоты (ЗК) и оценить морфологические особенности клеточных популяций слизистой оболочки желудка (СОЖ) крыс. Эксперимент проведен на половозрелых 33 белых беспородных крысах-самцах с исходной массой 130–150г. Животным внутривентриально вводился препарат „Зомета“. Препарат вводился 1 раз в 30 суток в дозе 0,362мг/кг массы тела. По истечении сроков эксперимента (на 30-е и 60-е сутки) эвтаназию животных осуществляли путем декапитации под эфирным наркозом. Эксперимент на животных выполняли в соответствии с правилами Европейской конвенции защиты позвоночных животных, использующихся в экспериментальных и других научных целях (European convention, 1986). Использовались следующие методы исследования: гистологический, электронно-микроскопический, морфометрический, статистический анализ. Свето-микроскопическое

исследование СОЖ фундального и антрального отделов позволило выявить ряд отличительных особенностей при введении ЗК: однотипность изменений во всех отделах желудка, наличие деструктивных и атрофических признаков повреждения покровно-язочного эпителия в виде уменьшения толщины эпителия, снижения высоты и размеров покровных эпителиальных клеток, уменьшения глубины желудочных ямок, некоторое редуцирование покровно-язочного эпителия. Результаты комплексного морфологического исследования позволили определить, что в ответ на введение ЗК развивается сложный комплекс структурных изменений секреторных эпителиоцитов фундальных желез СОЖ, включающих реакции повреждения и компенсации, баланс которых определяет особенности морфологического субстрата. ЗК оказывает различные эффекты на главные и париетальные glanduloциты в зависимости от срока введения: степень выраженности и динамика структурных изменений СОЖ заключается в изменении числа клеток и размерности компартментов. Введение ЗК вызывает морфологические изменения всех структурных компонентов слизистой оболочки желудка. Компенсаторно-приспособительные процессы сочетаются с деструктивными изменениями поверхностных эпителиоцитов и железистых клеток.

Логоша А.І.

ГІСТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА РЕГЕНЕРАТУ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК ЗРІЛОГО ЩУРА ЗА УМОВ ВПЛИВУ ПОЗАКЛІТИННОГО ЗНЕВОДНЕННЯ ОРГАНІЗМУ

Сумський державний університет, Суми, Україна
Кафедра анатомії людини
(науковий керівник - д.біол.н. Бумейстер В.І.)

В останній час зростає інвалідність серед дорослого населення у зв'язку із захворюваннями кістково-м'язової системи, що посідає четверте місце у структурі причин первинної інвалідності. Інвалідність осіб працездатного віку призводить до зниження трудового потенціалу держави, потребує додаткових витрат на пенсійне забезпечення, лікування та реабілітацію інвалідів. Значна увага надається проблемам діафізарних переломів, які становлять 48,5% усіх травматичних випадків.

Метою дослідження було вивчення репаративних процесів великогомілкової кістки щурів зрілого віку за умов позаклітинного зневоднення організму різних ступенів вираженості.

Матеріал і методи. Експеримент проводили на білих щурах-самцях зрілого віку контрольної та експериментальної груп. Щурам наносився дірчастий дефект великогомілкової кістки. Тварин виводили з експерименту шляхом декапітації під наркозом в терміни 3, 15 та 24 доби.

Результати дослідження. При важкому ступені зневоднення гематома у зоні регенерату найбільших розмірів у порівнянні з попередніми стадіями, сполучна тканина бідна на макрофаги та фібробласти (зменшення на 24,13% та 12,79% у порівнянні з контролем відповідно), суттєво

збільшується кількість нейтрофілів (на 51,17%).

Через 15 діб після травми у зоні перелому виявляються залишки гематоми та грануляційної тканини. Кількість грубоволокнистої та пластинчастої кісткової тканин значно зменшується (на 18,83% та 16,38% у порівнянні з контролем).

На 24 добу регенерат містить грубоволокнисту кісткову тканину у більшій на 10,31% у порівнянні з контролем кількості, між якою є залишки фіброретикулярної тканини. Кількість пластинчастої кісткової тканини у регенераті значно зменшена у порівнянні з контролем (на 33,27%).

Таким чином, при важкому ступені позаклітинного зневоднення спостерігаємо ознаки сповільнення регенерації (зменшення кількості фібробластів та макрофагів при збільшенні кількості нейтрофілів на третю добу, зменшену кількість кісткових тканин у регенераті на 15 і 24 добу). Поряд з цим відмічаються ознаки дисрегенерації – наявність грануляційної тканини у регенераті на 15 добу та фіброретикулярної тканини на 24 добу спостереження. Все вищевказане говорить про негативний вплив позаклітинного зневоднення на репаративні процеси у кістковій тканині, що залежить від ступеня зневоднення.



Лопушняк Л.Я.

БУДОВА І СИНТОПІЯ ДІЛЯНКИ ШИЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича

(науковий керівник - д.мед.н. Макар Б.Г.)

Методами гістологічного дослідження, препарування, ін'єкції судин та морфометрії ділянки шиї 12 новонароджених визначено, що шия досить коротка і широка. Це пов'язано з відносно високим розташуванням кісткового остова (ключиця, перше ребро, груднина, шийна частина хребтового стовпа). Окрім цього, добре виражена жирова клітковина. Тому підшкірні вени не просвічуються на поверхню шкіри. Просвіт вен невеликий.

Фасції і м'язи ще недостатньо розвинуті. Жирова клітковина між фасціями слабо виражена. М'язові трикутники розташовані високо. Під'язикова кістка товста, ще не повністю скостеніла. Проекційно вона відповідає нижньому краю тіла другого шийного хребця. При згинанні голови кістка прилягає до щитоподібного хряща.

Діаметр артерій і вен шиї майже однаковий, їх довжина менша у порівнянні з наступною віковою групою. Поділ загальної сонної артерії на внутрішню і зовнішню відбувається вище щитоподібного хряща. Підключична артерія розташована значно нижче ключиці. У новона-

роджених нервові сплетення та їх гілки уже добре вираженні.

Будова і синтопія гортані у новонароджених не відрізняється від плодів 9-го місяця. Верхня її межа знаходиться на рівні 2-го шийного хребця, а нижня – на рівні 3 – 4 шийних хребців. Надгортанний хрящ майже торкається заднього краю язичка м'якого піднебіння. Спереду гортань прикрита ще недостатньо розвинутими груднинощитоподібним, груднино-під'язиковим і щитопід'язиковим м'язами. Внаслідок високого розташування щитоподібна залоза досягає рівня верхнього краю щитоподібного хряща і обмежує гортань з боків, капсула залози тонка. Гортань має лійкоподібну форму. Вхід до гортані розташований під гострим кутом, її порожнина представлена трьома відділами. Поперечний розмір глотки великий.

Таким чином, становлення органів і структур ділянки шиї не закінчується у новонароджених, а продовжується в наступні вікові періоди розвитку людини.

Мазніченко Є.О., Кіро Л.С., Силецька Є.К., Нескоромна Н.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ СПРИЯЄ ПРИЖИВЛЕННЮ ЖИРОВОГО ТРАНСПЛАНТАТУ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Кафедра анатомії людини

(науковий керівник - д.мед.н. Холодкова О.Л.)

Підвищення вимог до реконструктивної хірургії, зокрема до приживлення жирового трансплантату призвело до пошуку нових методів, здатних покращувати васкуляризацію тканини.

Збагачена тромбоцитами плазма (ЗТП) з успіхом використовується для посилення репаративних процесів організму.

Тому метою дослідження стало вивчення впливу ЗТП на приживлення жирового трансплантату.

Матеріал і методи: експеримент проводили на щурах Wistar віком 5 – 6 місяців. ЗТП отримували за допомогою апарату Smart Prep (Harvester Corp.). Тварини були поділені на групи: I – тварини з підшкірним введенням 2 мл людського жиру уздовж хребта; II – тварини, яким підшкірно вводили суміш з 1,8 мл людського жиру та 0,2 мл щурячої ЗТП. Тварин виводили з експерименту

на 14, 28, 42 та 90 день після введення трансплантату.

Результати дослідження. При морфологічному дослідженні на 14 день експерименту у тварин I групи виявилася слабка організація трансплантата, проростання поодиноких судин; у тварин II групи – осередки сполучної тканини, кількість новостворених судин у 3 рази більша порівняно з I групою. На 28, 42, 90 день експерименту у тварин II групи відмічалася прогресивна динаміка у формуванні розгалуженої судинної сітки, а у I групи тварин цей процес протікав дуже повільно. Висновки. Використання збагаченої тромбоцитами плазми сприяє швидкій васкуляризації жирового трансплантату, що поліпшує його приживлення.

Маркевич О.В.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН КІСТОК СКЕЛЕТУ ЗА УМОВ ДІЇ МАЛИХ ДОЗ ОПРОМІНЕННЯ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Сумський державний університет, Суми, Україна

Кафедра анатомії людини

(науковий керівник - д.мед.н. Сікора В.З.)

Актуальною проблемою є дослідження захворювань кісткової системи через підвищення радіаційного фону в Україні, яке сталося внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС та в Японії на Фукусімі-1 як один з можливих факторів розвитку захворювань.

Мета роботи – вивчити морфологічні особливості росту, формоутворення кісток скелета під впливом малих доз іонізуючого випромінювання.

Методи дослідження: остеометрія, морфометрія, гістологічне дослідження, які проводилися на 3-х групах щурів, що були опромінені у дозі 0,1 Гр, 0,2 Гр, 0,3 Гр.

За даними остеометрії відмічається зменшення усіх лінійних розмірів у молодих щурів при опроміненні дозою 0,1 Гр: довжина тіла хребця на 6,8% ($p < 0,05$), дорзальна довжина тіла хребця на 5,71% ($p < 0,05$). Максимальна довжина кісток: різниця з контролем для плечової кістки у молодих щурів складає при опроміненні в дозі 0,1 Гр – 1,42%, в дозі 0,2 Гр – 1,63%, 0,3 Гр – 2,73%, у зрілих в дозі 0,1 Гр – 3,18%, 0,2 Гр – 3,98%, 0,3 Гр – 4,34%, у старечих в дозі 0,1 Гр – 10,8%, 0,2 Гр – 15,73%, 0,3 Гр – 18,59%, для тазової кістки у молодих щурів складає 0,1 Гр – 1,14%, 0,2 Гр – 1,54%, 0,3 Гр – 1,91%, у зрілих в дозі 0,1 Гр – 0,98%,

0,2 Гр – 1,58%, 0,3 Гр – 2,68%, у старечих щурів в дозі 0,1 Гр – 5,18%, 0,2 Гр – 9,42%, 0,3 Гр – 13,25% ($p < 0,05$). У зрілих щурів при опроміненні в 0,3 Гр вентральна довжина тіла хребця зменшилась на 10,7% ($p < 0,05$), дорзальна довжина тіла – на 10,07% ($p < 0,05$), товщина кісток навпаки зросла на 11,09% ($p < 0,05$). Бачимо витончення трабекул, зменшення кількості остеобластів, особливо по периферії, наявність багатоядерних остеобластів, повна дезорганізація хрящових пластинок. Остеобласти периостального шару плечової кістки слабо забарвлюються, фігури мітозу відсутні. На окремих препаратах неможливо розрізнити зони. Значні за розміром порожнини резорбції, що виповнені остеоїдом та сполучною тканиною, інколи займають усі зони кістки. Ендостальний шар часто відсутній.

Таким чином, під впливом опромінення в низьких дозах відбувається затримка росту і формоутворення кісток скелета. Гістологічна структура кісток щурів старечого віку вказує на зниження кісткоутворювальних процесів. Кістки щурів зрілого віку найбільш чутливі до дії низьких доз, а скелет молодих тварин, внаслідок ще не сформованих механізмів адаптації, реагує на опромінення менше.

Морозова О.М., Петизина О.М., Морозов В.М., Радионов С.М., Жернова М.Е.

ОСОБЕННОСТИ ЛИНЕЙНЫХ РАЗМЕРОВ ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШЕК ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС ПОСЛЕ ИММУНОСУПРЕССИИ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск, Украина

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

(научный руководитель - д.мед.н. Кащенко С.А.)

Одной из систем человека и животных, способной сосуществовать с окружающим микромиром, является иммунная система. Частым проявлением нарушения ее работы является развитие иммунодефицитных состояний. Пейеровы бляшки непосредственно контактируют с внешней средой через просвет тонкой кишки и относятся к периферической иммунной системе, ассоциированной со слизистыми оболочками. Исходя из этого представляет немалый интерес изучение их при иммунодефицитных состояниях в эксперименте, с дальнейшим применением результатов в клинической практике. Учитывая вышеизложенное, целью исследования явилось изучение особенностей линейных размеров пейеровых бляшек тонкой кишки после применения циклофосфана. Исследование проводили на 24 белых беспородных крысах-самцах неполовозрелого возраста. Иммунодефицитное состояние достигалось пу-

тем однократного внутримышечного введения циклофосфана в дозе 200 мг/кг. Животных выводили из эксперимента на 1, 15 сутки, контролем служили интактные крысы. Выделяли тонкую кишку. Измеряли линейные размеры (длину и ширину) пейеровых бляшек тонкой кишки при помощи штангенциркуля.

Результаты показали, что на 1 сутки длина пейеровых бляшек уменьшалась на 11,31%, а их ширина – на 8,14% по сравнению с контрольными данными. На 15 сутки наблюдения длина и ширина бляшек снижались на 18,73% и 30,31% соответственно.

Таким образом, введение циклофосфана вызывает уменьшение линейных размеров пейеровых бляшек тонкой кишки, причем иммуносупрессивный эффект наблюдается в течении всего периода проводимого эксперимента (на 1 и 15 сутки).



Надурак В.В., Черкавська А.О., Гримайло Н.А.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ АНАТОМІЇ ПУПКОВОЇ ВЕНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Слободян О.М.)

Серед структурно-функціональних елементів венозної системи плода особливе місце посідає пупкова вена, яка доставляє артеріальну кров, збагачену киснем та поживними речовинами, від плаценти матері до плоду. Крім цього, пупкова вена слугує інформативним маркером стану плоду при його ультразвуковому дослідженні (О.В.Быстрова, 2004). Після народження дитини функція пупкової вени припиняється і з часом облітеруюється, надалі має назву круглої зв'язки печінки. Але дослідженнями Д.Г.Довинера (1958), Г.Е.Островерхова і А.Д.Никольського (1965) доведено, що після народження відбувається лише функціональне закриття пупкової вени, тому її можливо реканалізувати.

Використання пупкової вени у хірургічній практиці дітей та дорослих, як наголошують В.С.Кондрашов (1988), В.П.Санагин (1983), дозволяє в обхід фізіологічних фільтрів підвести до патологічного вогнища необхідні лікарські речовини у високій концентрації з тривалим їх депонуванням у пошкоджених органах та тка-

нинах. Клінічні дослідження підтвердили високу діагностичну інформативність трансумбілікальної портогепатографії (Т.И.Шраер и др., 1990).

За даними А.М.Лисицького і С.В.Чернявського (2006), ефективним джерелом виділення стовбурових клітин слугує кров новонароджених, яка проходить через пупкову вену. Життєздатність стовбурових клітин після виділення досягає 99,9%.

Пупкова вена є відмінним пластичним матеріалом для виготовлення судинних протезів. Методика, яка була ще запатентована в 1975 р. А.Дардик (И.Д.Андреев и др., 1985). У 1988 р. М.В.Намашко і С.В.Полупан застосовували в якості шовного матеріалу аутогрансплантат з пупкової вени, ним зашивали рани після флектомії, що дозволило прискорити їх загоєння первинним натягом та досягнути косметичного ефекту.

Дослідження анатомо-функціональних особливостей пупкової вени у пре- та постнатальному періодах залишається маловивченим і потребує подальшого анатомічного дослідження.

Огієнко М.М.

ЗМІНИ ГІСТОСТРУКТУРИ РЕГЕНЕРАТУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ СТАРЕЧИХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЗАГАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ

Сумський державний університет, Суми, Україна
Кафедра анатомії людини
(науковий керівник - д.биол.н. Бумейстер В.І.)

Рівень репаративної регенерації кісткової тканини визначається ступенем травматизації тканин в області перелому: чим більше пошкоджені джерела кісткоутворення, тим повільніше протікає процес утворення кісткового мозоля. Враховуючи останнє, при лікуванні переломів слід віддати перевагу методам, не пов'язаним з нанесенням додаткової травми в області перелому. Мета роботи. Визначити гістологічні особливості будови великогомілкової кістки старечих щурів за умов важкого ступеня загального зневоднення.

Матеріал і методи. До експерименту залучено щурів старечого віку: тварини контрольної групи та піддослідні тварини, яким моделювалася загальна дегідратація важкого ступеня. По досягненню важкого ступеня зневоднення, під загальним знеболенням наносився дірчастий дефект в середній третині діафізу обох великогомілкових кісток стоматологічним бором діаметром 2-3 мм. Після завершення терміну дослідження забирали матеріал на 3, 15 та 24 добу. Гістологічні препарати вивчалися за допомогою світлового мікроскопа «OLYMPUS».

Результати дослідження. На 3-тю добу після перелому виявляються незначні порушення порівняно з показниками контрольної групи, про

що свідчить зменшення кількості фібробластів на 19,43% та макрофагів на 12,37% та збільшення нейтрофілів на 30,2%. У ділянці дефекту візуалізується гематома та молода сполучна тканина. Гематома розсмоктується повільніше, ніж у тварин контрольної групи. На 15-ту добу дефект заповнений регенератом, складовими якого є грубоволокниста тканина та сполучна тканина. Площа новосформованої грубоволокнистої тканини менша за показники контролю на 19,35%. У центрі дефекту виявляється фіброретикулярна тканина, що перевищує контрольні показники на 11,04%. Визначаються вогнища гематоми та ділянки незрілої грануляційної тканини, яка відсутня в препаратах контрольної групи цього терміну. На 24 добу складовими регенерату є грубоволокниста та пластинчаста тканини. Площа грубоволокнистої тканини перевищує показники контрольної групи на 12,5%, а пластинчастої - зменшена на 32,15%. Помітно залишки фіброретикулярної тканини.

Висновки. Таким чином, репаративна регенерація кісток у тварин за умов важкого ступеня загальної дегідратації сповільнюється відповідно ступеню зневоднення і віку тварин, чим важчий ступінь зневоднення та старіший вік тварини, тим остеогістогенез протікає повільніше.

Пентелейчук Н.П., Малик Ю.Ю.

МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВИХ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра гістології, цитології та ембріології
(науковий керівник - д.мед.н. Федонюк Л.Я.)

До цього часу немає єдиної думки стосовно морфології сухожилкових струн (СС), як одного із компонентів клапанного апарату серця. Зміна будови СС може призвести до порушення функції клапанів серця у цілому. Тому проблема будови клапанного апарату серця, зокрема СС, є актуальною у сучасній медицині.

Мета дослідження. Встановити структурну організацію СС передсердно-шлуночкових клапанів серця новонароджених дітей.

Матеріал і методи. Дослідження проводилося на тристулкових та мітральних клапанах, взятих з 14 сердець померлих новонароджених дітей. При дослідженні використовували макроскопічний, світлооптичний та статистичний методи.

Результати дослідження. За результатами макроскопічного дослідження кількість основних стовбурів СС, які починалися від соскоподібних м'язів (СМ), коливалась від 1 до 7, а діаметр від 0,4 до 1 мм. На своєму шляху до стулок вони галузилися на струни I-го, II-го і III-го порядку розсипним або дихотомічним способом, завдяки чому до стулок підходило від 30 до 70 гілок. Тому до стулок передсердно-шлуночкових клапанів серця дітей кріпиться значно більша кількість СС, ніж відходить від СМ.

Оскільки в лівому шлуночку СМ крупніші, що

вірогідно зумовлено більш високим тиском крові в ньому, тому і кількість СС, які відходили від СМ була більшою (до 50), ніж у правому шлуночку (до 40).

Довжина СС коливалась від 0,3 до 1,2 см і залежала від довжини СМ: при довгих СМ сухожилкові струни були короткі, а при коротких – довгі.

За даними світлової мікроскопії СС новонароджених дітей поділили на фіброзні та фіброзно-м'язові. У складі СС фіброзного типу весь об'єм струни складала щільна оформлена сполучна тканина, а саме паралельні пучки колагенових волокон, вкриті шаром ендокарду. СС фіброзно-м'язового типу складалася зі сполучнотканинних і окремих м'язових елементів. У місцях відходження фіброзно-м'язових струн від СМ пучки колагенових волокон чергувалися із м'язовими і вступали в основу СС дугоподібно орієнтуючись.

Висновки. Враховуючи суперечливі думки про анатомічні і морфологічні особливості будови СС серця у нормі, необхідне їх подальше детальне вивчення, що в подальшому допоможе діагностувати та диференціювати різноманітні патологічні стани та відхилення клапанного апарату серця в цілому.

Пентелейчук Н.П., Малик Ю.Ю., Шкрібляк У.В.

МОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ТРИСТУЛКОВОГО КЛАПАНА СЕРЦЯ ТА ЇХ ПОЛЯРИЗАЦІЙНА СТРУКТУРНИСТЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра гістології, цитології та ембріології
(науковий керівник - д.биол.н. Єрмоленко С.Б.)

Використання лазерів у біомедичній діагностиці зумовило розвиток іншого напрямку досліджень – лазерної поляриметрії, яка спрямована на дослідження структури зображень біологічних тканин. Для дослідження біооб'єкту використовуються чітко визначені математичні показники, що робить дане дослідження незалежним від досвіду медичного персоналу.

Метою дослідження є вивчення гістологічних препаратів за допомогою світлової мікроскопії, а також за допомогою методу лазерної поляриметрії. Дослідження проводилося на сухожилкових струнах (СС) тристулкових клапанів, взятих з 9 дитячих сердець. При дослідженні використовували світлооптичний та метод лазерної поляриметрії. За даними світлової мікроскопії СС поділили на фіброзні та фіброзно-м'язові. У складі СС фіброзного типу весь об'єм струни складала щільна оформлена сполучна тканина. СС фіброзно-м'язового типу складалася із сполучнотканинних і окремих м'язових елементів. У проміжках між колагеновими і еластичними волокнами виділялися ділянки «світлої зони», що представлені серцевими м'язовими клітинами. Поляризаційна структура СС тристулкового клапана представлена, як двокомпонентна аморф-

на і оптично анізотропна матриця (колагенові волокна, м'язові клітини), архітектоніка якої описується матрицею Мюллера. Тканина СС тристулкового клапана складається в основному із щільних пучків колагенових волокон і поодиноких м'язових клітин.

Встановлено, що будову СС тристулкового клапана в нормі можна представити у вигляді щільнокомпактованих, однаково направлених оптично активних структур – колагенових волокон і міозинових філаментів, які утворюють орієнтовану одноосову кристалооптичну структуру, здатну змінювати параметри поляризації первинно плоскополяризованого лазерного пучка.

В результаті проведених досліджень встановлено, що у нормальному фізіологічному стані СС тристулкового клапана серця поляризаційна структура лазерного випромінювання переважно визначається оптичною активністю міозинових філаментів і виглядає як статистичний розподіл тільки азимутів поляризації. Виконані світлооптичні та поляризаційні дослідження СС тристулкового клапана дозволили встановити параметри норми поляризаційних властивостей тканини СС тристулкового клапана.



Проняєв Д.В., Калинчук А.І., Юрійчук Р.В.

СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ПРО РОЗВИТОК ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Слободян О.М.)

Проблема зниження перинатальної захворюваності і смертності не може бути повністю вирішена без поглибленого вивчення періодів ембріогенезу і раннього фетогенезу, які багато в чому визначають подальший розвиток плоду і новонародженого. Інвазивні методи перинатальної діагностики дають змогу виявити природжену патологію плода (хромосомні порушення) в 100% випадків, неінвазивні методи (УЗ скринінг) – у 67,5%. Наше дослідження присвячене пренатальному морфогенезу привушної залози.

У розвитку привушної залози можна виділити чотири стадії. Перша стадія починається з моменту випинання епітеліального тяжа в товщу мезенхіми (зародки 12,9–0–14,8 мм тім'янокуприкової довжини (ТКД)) і закінчується на час дихотомічного поділу краніального кінця останнього (передплоди 24,0 мм ТКД). На другій стадії з'являються вторинні епітеліальні тяжі і формується просвіт по ходу головного епітеліального тяжа – майбутньої головної

вивідної протоки.

У передплодів 35,0–44,0 мм ТКД формоутворювальні процеси привушної залози відбуваються більш інтенсивно завдяки збільшенню кількості судин. На третій стадії (70,0 мм ТКД) відбувається інтенсивна проліферація епітелію, внаслідок чого просвіт головної вивідної протоки привушної залози закривається так званою “епітеліальною пробкою”, зворотний розвиток якої починається у плодів 82,0 мм ТКД. У плодів 120 мм ТКД спостерігається виражена капсула привушної залози, збільшується кількість кінцевих відділів, які разом із вивідними протоками, прилеглою сполучною тканиною і судинами утворюють часточки. Часточка складається з 8–16 ацинусів, розмежованих прошарками сполучної тканини. Утворення просвіту відбувається у плодів 235,0–340,0 мм ТКД. На четвертій стадії формується дефінітивна зовнішня форма привушної залози, зростають розміри залозистих часточок.

Процак Т.В., Бойчук О.М., Сапункова Л.О., Гурник І.В.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ ВПРОДОВЖ 3-ГО ТА 4-ГО МІСЯЦІВ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЕРІОДУ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича
(науковий керівник - д.мед.н. Макар Б.Г.)

Усі органи формуються у внутрішньоутробному періоді життя людини, тому будова організму дитини та дорослої людини може бути зрозумілою, якщо всебічно вивчити його ембріональний розвиток.

Вивчення особливостей розвитку і становлення стінок верхньощелепних пазух проведено на 24 препаратах передплодів та плодів людини методами гістологічного дослідження, препарування, морфометрії, рентгенологічного та комп'ютерно-томографічного дослідження.

Встановлено, що на початку 3-го місяця розвитку (передплоди 31,0–41,0 мм ТКД) внаслідок випинання слизової оболонки середнього носового ходу вище основи нижньої носової раковини у прилеглу мезенхіму утворюється зачаток верхньощелепної пазухи. Зачаток пазухи межує з хрящовою капсулою бічної стінки носа. Форма верхньощелепних пазух наближається до овальної. Її передньо-задній розмір становить $0,3 \pm 0,2$ мм, поперечний – $0,05 \pm 0,02$ мм і вертикальний – $0,06 \pm 0,02$ мм. Форма їх овальна. На рентгенограмах у передній проекції виявляються острівці скостеніння біля нижньобічних країв грушоподібного отвору і в нижній половині носової перегородки.

Зачаток верхньощелепних пазух у плодів 4-го місяця (81,0–135,0 мм ТКД) на фронтальних зрізах має видовжену овальну форму, яка сполучається з порожниною носа через щілиноподібний отвір. Нижня частина верхньощелепних пазух розташована на рівні основи нижньої носової раковини, а верхня завужена частина пазух знаходиться на рівні нижнього краю середньої носової раковини. Нижня стінка пазух знаходиться на 1,0 мм вище дна носової порожнини. Від нижнього носового ходу їх відмежує шар пухкої сполучної тканини товщиною 0,45–0,5 мм, від середнього – 0,5–0,65 мм, а від очної ямки – 0,6–0,74 мм. Рентгенографічно в передній проекції простежуються, крім вище описаних у 3-місячних плодів, додаткові острівці скостеніння в ділянці нижніх відділів присередніх стінок очних ямок.

Таким чином, закладка верхньощелепних пазух виявляється у передплодовому періоді розвитку, проте рентгенографічно чіткі анатомічні ознаки меж верхньощелепних пазух відсутні, а в плодовому періоді верхньощелепні пазухи уже мають чітку овальну форму, рентгенографічно визначається місце формування верхньощелепних пазух.

Равський А.К., Стельмах Г.Я., Бельзецька М.І.

**ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ПІДШКІРНИХ ВЕН ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ
У ПЛОДА 8 МІСЯЦІВ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича
(науковий керівник - д.мед.н. Хмара Т.В.)

Вивчення варіантів топографії підшкірних вен верхньої кінцівки у плодів людини з позицій макроскопічного погляду в сучасній анатомії вважається актуальним і перспективним.

У плода 290,0 мм тім'яно-куприкової довжини виявлений варіант топографії поверхневих вен лівої верхньої кінцівки, які розгалужені у підшкірному прошарку і широко анастомозують між собою та з глибокими венами. Головна вена започатковується від тильної венозної сітки кисті у межах першої тильної п'ясткової вени. Головна вена підіймається вздовж променевого краю передпліччя, відхиляючись поступово до ліктьової ямки. Головна вена латерально від передньої бічної ліктьової борозни розташована у супроводі бічного шкірного нерва передпліччя. Останній є продовженням м'язово-шкірного нерва, у верхній ділянці передпліччя бічний шкірний нерв знаходиться медіальніше головної вени, під фасцією передпліччя, а на рівні ліктьового згину його гілки пронизують фасцію і знаходяться з боків від вени. Довжина головної вени в ділянці кисті становить 18,0 мм, а в ділянці передпліччя її довжина – 35,0 мм. Основна вена

починається від тильної венозної сітки, але з її ліктьового боку. Звідси вона поступово переходить на передню поверхню передпліччя. Довжина основної вени в ділянці передпліччя 55,0 мм. Як варіант, на лівому передпліччі виявлені додаткова головна вена, довжиною 31,0 мм, і додаткова основна вена, довжиною 37,0 мм, які впадають відповідно у головну і основну вени. Серединна вена передпліччя, довжиною 15,0 мм, прямує косо знизу доверху і являє собою анастомоз, у вигляді літери "N", між додатковою головною і додатковою основною венами. Серединна вена передпліччя через пронизну вену з'єднана з глибокими венами. Серединна вена ліктя відсутня. На плечі головна вена лежить у бічній двоголовій борозні, відхиляється присередньо, пронизує дельтоподібну фасцію і займає дельтоподібно-грудну борозну. Довжина головної вени в ділянці плеча 60,0 мм. Головна вена досягає ключично-грудного трикутника і впадає у ліву пахвову вену. Основна вена, довжина якої в ділянці плеча 37,0 мм, проходить у присередній двоголовій борозні, пронизує плечову фасцію і вливається в плечову вену.

Середа С.М., Штик Л.В.

**ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ І ТЮТЮНОКУРІННЯ НА ФУНКЦІЇ ПОКАЗНИКІВ
ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У СТУДЕНТІВ**Чортківський державний медичний коледж, Чортків, Україна;
Кафедра анатомії і фізіології
(наукові керівники - Кузик Н.В., Солоденко Т.А.)

Більшість біологічних процесів організму відбувається із застосуванням енергії, утворення якої потребує такої кількості кисню. Це забезпечується системою дихання. Зовнішнє дихання характеризує дихальний об'єм, резервні об'єми вдиху і видиху, життєва ємність легень. При тютюнокурінні повітря забруднюється токсичними речовинами, які значно погіршують процес дихання.

Метою нашого дослідження було з'ясувати вплив фізичної активності і тютюнокуріння на функції показників зовнішнього дихання.

Матеріал і методи дослідження. Було застосовано анкетний, клінічний, статистичний методи. Опитування здійснювалось в присутності дослідника і мало добровільний характер. Ми визначали ЖЄЛ з допомогою мікропроцесорного портативного спірографа. Студенти виконували 2 цикли спокійного вдиху-видиху. Після цього здійснювали максимальні вдих і видих та знову переходили до спокійного дихання. Тривалість тесту 30 сек.

Результати досліджень. Обстеження проводилось серед студентів 2-х курсів. У дослідженні брали участь 120 студентів віком від 16 до 20 років: 1 група – некурячі 88 (73,3%). 2 група –

курять від 1 до 10 цигарок на день 17 (14,2 %) і 3 група – курять більше 10 цигарок на день – 15 (12,5 %). Стаж куріння від 0,5 до 6 років.

ЖЄЛ була в нормі у студентів 1 та 2 групи. Показник ЖЄЛ у стані спокою у студентів-курців 3 групи становив 93,1%, а після фізичного навантаження – 91,3% проти 98% у контролі. Фізичну активність визначали у 107ст. за відвідуванням спортивних секцій, основної та спецгрупи. З усіх обстежених 22 студенти (21%) зайняті у спортивних секціях, 55 (51%) – в основній групі з фізвиховання, а 30 ст. (28%) – відвідують спецгрупу. Виявилось, що показник ЖЄЛ у студентів, що займаються в секціях, є найвищим і становить 3,4 л.

Висновок. У студентів, які курять, показники зовнішнього дихання нижчі від показників у студентів 1 і 2 груп.

Надмірне куріння може призвести до розвитку бронхіту чи астми. У студентів, що займаються в основній та спецгрупі, суттєвих відхилень ЖЄЛ від норми не виявлено (ЖЄЛ 2,8–3,0 л). У тих студентів, які зайняті в спортивних секціях, спостерігається високий показник ЖЄЛ. Помірна фізична активність має позитивний вплив на показники функцій зовнішнього дихання.



Слісаренко О.В.

ХІМІКО-АНАЛІТИЧНІ АСПЕКТИ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ МОЛОДИХ ЩУРІВ ЗА УМОВ КЛІТИННОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ

Сумський державний університет, Суми, Україна

Кафедра анатомії людини

(науковий керівник - д.биол.н. Бумейстер В.І.)

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, регенерація кісток залишається однією з найголовніших проблем, бо лікування переломів довгих кісток дуже часто призводить до післятравматичних ускладнень та розладу репаративного остеогенезу під впливом різних чинників. Одним з таких чинників є дегідратація організму.

З метою вивчення хімічного складу регенерату довгих кісток скелету тварин молодого віку за умов клітинного зневоднення організму, було проведено дослідження на 96 білих лабораторних щурах-самцях. Відповідно до експериментальної моделі тварини були розподілені на дві групи: контрольну та піддослідну. Щурам останньої моделювалося клітинне зневоднення шляхом вільного пиття 1,2% розчину NaCl протягом 10 днів – легкий, 20 – середній та 30 – важкий ступінь. По досягненню відповідного ступеня зневоднення тваринам обох груп був нанесений дірчастий дефект великогомілкової кістки стоматологічним бором діаметром 1,5 мм на межі проксимальної та центральної третин медіальної поверхні діафіза. Дослідження кісток проводили на 3, 15, 24 добу від моменту нанесення травми відповідно до стадій репаративного остеогенезу за Корж О.О. та Дєдх Н.В. Хімічне дослідження скла-

ду регенерату на 3 добу показало збільшення кількості натрію при легкому ступені на 1,84%, при середньому ступені на 0,13% та зменшення на 39,67% ($p \leq 0,001$) при важкому ступені. Збільшується у порівнянні з контролем і з кожним наступним ступенем рівень магнію відповідно на 1,68%, 1,92%, 2,00% та рівень заліза відповідно на 0,29%, 0,73%, 2,19%. Рівень вмісту всіх інших досліджувальних елементів зменшується у різній мірі при різних ступенях зневоднення.

При дослідженні хімічного складу регенерату на 15 добу спостерігається подальше зменшення у порівнянні з контролем та з кожним послідовним ступенем вмісту кальцію, калію, марганцю, міді, цинку, води та мінеральних речовин. Кількість натрію та заліза по відношенню до попереднього строку значно зменшується, але вища за контрольні показники при легкому та середньому ступені, при важкому ступені рівень натрію падає, а рівень заліза вищий за контрольні показники. Вміст магнію продовжує підвищуватися як з наростанням ступеню, так і відповідно контролю.

На 24 добу хімічний склад регенерату в порівнянні з контролем характеризується зменшенням вмісту всіх досліджувальних елементів, крім магнію та натрію.

Собко О.В.

ПРО АКТУАЛЬНІСТЬ ЛАЗЕРНОГО ПОЛЯРИМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН СТРУКТУР ОЧНОЯМКОВОЇ ДІЛЯНКИ У ПРЕНАТАЛЬНОМУ ОНТОГЕНЕЗІ ЛЮДИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - д.мед.н. Олійник І.Ю.)

Використання сучасних методів дослідження, інформаційних технологій в медицині істотно розширює можливості традиційних підходів при вивченні анатомії живої людини; дозволяє отримувати нову інформацію про об'єкт дослідження. Для визначення морфофункціональних особливостей біологічних тканин сьогодні є цікавими можливості використання методів лазерної поляриметрії. Це один із методів, що дозволяє виявити просторово розподілені властивості об'єкта, визначити наявність розподілу ділянок розсіювання, отримати локальну інформацію про біологічні тканини.

Одержана нова інформація про структуру біологічних тканин (шкіри, кісткової, сполучної, м'язової, тощо) є базисом для нових завдань подальшого розвитку лазерної поляриметрії більш складних біологічних об'єктів. Поєднання унікальних можливостей поляризаційно-чутливої оптичної когерентної томографії в отриманні поляризаційних зображень біологічних тканин

на різних глибинах розсіювання світлових лазерних променів із можливостями їх статистичного аналізу дозволяє досягти суттєвого прогресу в методах лазерної діагностики морфологічної структури біологічних об'єктів.

Вказуючи на перспективи подальших досліджень у цьому напрямку автори (Ушенко О.Г., Ахтемійчук Ю.Т., Антонюк О.П., Баланецька В.О., 2010) стверджують, що лазерну поляризаційно-чутливу діагностику оптико-морфологічних властивостей зображень мап біологічних тканин доцільно використовувати для аналізу анатомічних структур у пренатальному періоді онтогенезу людини в нормі та патології.

Таким чином, згідно проведеного на етапі планування дисертації літературного наукового пошуку встановлено, що лазерне поляриметричне дослідження біологічних тканин пренатального морфогенезу структур очноямкової ділянки по даний час не проводилось і залишається невивченим питанням.

Стельмах Л.Я., Куфтяк В.В., Бельзецька М.І., Равський А.К.
ВАРІАНТИ ФОРМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ПЛОДІВ 5 МІСЯЦІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича
 (науковий керівник - д.мед.н. Хмара Т.В.)

Одним із актуальних завдань перинатальної анатомії є вивчення варіантів форми органів. Різноманітність топографо-анатомічних взаємовідношень органів і структур шії потребують нових даних про їх варіантну анатомію. Макроскопічне дослідження виконане на 5 препаратах плодів 136,0–185,0 мм тім'яно-куприкової довжини (ТКД). Вивчали тільки ті випадки, коли причина смерті не була пов'язана з патологією щитоподібної залози (ЩЗ). В двох випадках (плоди 140,0 мм і 170,0 мм ТКД) виявлена метеликоподібна форма ЩЗ. У плоді 136,0 мм ТКД ЩЗ у вигляді поперечного тяжа з дещо заокругленими правим і лівим кінцями розташована в передній ділянці шії, нижче дуги перснеподібного хряща, попереду шийної частини трахеї. У плоді 152,0 мм ТКД ЩЗ має вигляд широкого півкільця без чіткого диференціювання на праву і ліву частки. Верхній край ЩЗ знаходиться нижче дуги перснеподібного хряща, а нижній край залози розміщений на рівні 4-го трахейного хряща. При дослідженні плоді 185,0 мм ТКД виявлена підковоподібна форма ЩЗ і особливості її синтопії. До нижнього кінця правої частки ЩЗ

прилягає нижня прищитоподібна залоза, високою 3,0 мм, розміщуючись між трахеєю і правою загальною сонною артерією. Задньобічна поверхня правої частки ЩЗ прилягає до початку стравоходу і переднього півкола правої загальної сонної артерії. Ліва частка ЩЗ примикає до бічної поверхні трахеї, перснеподібного хряща та бічної поверхні стравоходу. Перешийок ЩЗ розміщений на рівні 3-го трахейного хряща. Від рівня верхнього краю щитоподібного хряща і донизу внутрішня яремна вена проходить разом із загальною сонною артерією та блукаючим нервом у загальній фасціальній піхві, утворюючи судинно-нервовий пучок. У лівому судинно-нервовому пучку блукаючий нерв розміщений між внутрішньою яремною веною і загальною сонною артерією. У правому судинно-нервовому пучку загальна сонна артерія розташована присередньо, внутрішня яремна вена збоку, блукаючий нерв розміщений між ними позаду. Отже, у плодів 5 місяців щитоподібна залоза характеризується інтенсивністю процесів органогенезу і тісними корелятивними взаємовідношеннями із суміжними органами і структурами шії та верхнього середостіння.

Стрижаковська Л.О.

ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ І СЕЧІВНИКА У ПЛОДА 8 МІСЯЦІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра анатомії людини ім. М.Г.Туркевича
 (науковий керівник - д.мед.н. Хмара Т.В.)

Відомості про ембріотопографічні кореляції чоловічих сечово-статевих органів мають важливе значення при тумаченні синтопічних взаємовідношень передміхурової залози (ПМЗ) у плодovому періоді розвитку людини, у визначенні формо- і нормогенезу, а також з'ясуванні її варіантів будови.

У плоді 300,0 мм тім'яно-куприкової довжини ПМЗ за формою подібна до каштана, розміщена в порожнині малого таза позаду лобкового симфізу. Передня поверхня ПМЗ відділена від лобкового симфізу незначним шаром пухкої клітковини. ПМЗ складається з двох часток: правої і лівої, які з'єднані між собою перешийком, висотою 2,5 мм і шириною 4,0 мм. Висота правої частки ПМЗ 6,0 мм, ширина – 4,0 мм і товщина – 3,5 мм. Розміри лівої частки ПМЗ відповідно дорівнюють: 6,4, 3,5 і 3,3 мм. На задній поверхні ПМЗ бічні частки розмежовані чітко вертикальною борозною. Задні поверхні обох часток примикають до передньої поверхні прямої кишки. Між капсулою ПМЗ і фасціальним покривом прямої

кишки виявлені численні сполучнотканинні утворення різної товщини. Капсула ПМЗ у бічних відділах укріплена лобково-передміхуровими зв'язками, які ззаду від органа переходять у міхурово-крижові зв'язки. До верхньої ділянки задньої поверхні часток ПМЗ прилягають нижні кінці сім'яних пухирців. З боків від ПМЗ розміщений м'яз-підіймач відхідника, вкритий добре помітними верхньою і нижньою фасціями тазової діафрагми. Верхньою поверхнею частки ПМЗ прилягають до дна сечового міхура і відмежовані від нього неглибокою борозною. Сечовий міхур грушоподібної форми, його висота 35,0 мм, ширина на рівні дна органа – 10,5 мм і передньозадній розмір на цьому ж рівні – 7,0 мм. На слизовій оболонці передньої ділянки дна сечового міхура визначається ділянка трикутної форми без складок. Вершина трикутника міхура обернена вниз до внутрішнього вічка сечівника. Позаду останнього слизова оболонка утворює невеликий виступ, який продовжується в сечівниковий гребінь.



Неврологія

Антимис О.І.

НІЦЕРГОЛІН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології

(науковий керівник - к.мед.н. Яремчук О.Б.)

Важливим завданням в лікуванні хворих на хворобу Паркінсона (ХП) є покращення пізнавальних функцій, оскільки їх порушення призводять до суттєвого погіршення соціальної адаптації та ускладнюють догляд за хворими.

З метою вивчення динаміки показників пізнавальних функцій хворих на ХП у комплексній терапії із застосуванням ніцерголіну проведено обстеження 20 хворих на ХП. Середній вік хворих склав $58,3 \pm 13,5$ року, середня тривалість захворювання – $5,6 \pm 3,1$ року. Середня тяжкість рухової симптоматики за частиною III шкали UPDRS склала $25,9 \pm 8,4$ балу, тяжкість за шкалою Хен-Яра – $2,8 \pm 0,6$. Хворих розділили на дві групи. 9 пацієнтів I групи отримували протипаркінсонічне лікування, а 11 хворим II групи до комплексного лікування включали ніцерголін.

Нейропсихологічне дослідження проводили до і після лікування за методикою А.Р. Лурія з вивченням уваги за допомогою методики “Пошук чисел за таблицями Шульте” та з використанням модифікованої таблиці Горбова; розумової працездатності за методикою серійний рахунок “100–7”; пам’яті за методикою “Запам’ятовування десяти слів”, зорової пам’яті за тестом Рея-Остерріхта.

У результаті проведеного лікування у хворих відмічалась позитивна динаміка суб’єктивного стану та об’єктивної неврологічної симптоматики: покращувався настрій, зменшувались вираженість тремору, ригідності. У другій групі відмічалось вірогідне поліпшення показників нейропсихологічного статусу: зменшилась виснажуваність, підвищився темп сенсомоторних реакцій та переключення уваги; вірогідно покращились показники уваги. У групі хворих на ХП, які отримували ніцерголін, спостерігалось вірогідне покращання показників уваги за тестом Крипеліна на 29,0%, за таблицями Шульте – на 26,8%, за таблицею Горбова – на 22,2%. За тестом „Запам’ятовування 10 слів” спостерігалась тенденція до покращання короткочасної та довготривалої пам’яті в обох групах, більше виражена в групі хворих, що отримували ніцерголін.

Таким чином, в процесі комплексного лікування з використанням ніцерголіну виявлено вірогідне покращання показників неврологічного та нейропсихологічного статусу у хворих на хворобу Паркінсона, що свідчить про доцільність його використання у зазначеній категорії хворих.

Дмитришин В.А., Черняк М.М.

СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ І МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

Кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії

(науковий керівник - д.мед.н. Булеца Б.А.)

Актуальність роботи. Синдром обструктивного апное сну – один із чинників ризику виникнення мозкового інсульту.

Мета. Відомо, що в осіб, які вночі хроплять, може наступити синдром обструктивного апное сну (СОАС). У наших обстеженнях ми поставили за мету уточнити, як впливає СОАС на частоту виникнення мозкового інсульту.

Матеріали і методи обстеження. Обстежено 60 хворих з ішемічним інсультом. Обстеження проходили тільки чоловіки працездатного віку. Здійснювалось опитування хворих і їх родичів. А саме: Чи зупиняється дихання під час сну? Чи голосний із зупинками храп? Чи є дихання? Чи спостерігається сонливість? Чи буває артеріальна гіпертензія вранці?

Результати. Встановлено, що із 60 хворих з ішемічним інсультом нічний храп спостерігається у 50 ($83,3 \pm 0,005\%$). Із 50 хворих у 45 ($90 \pm 0,05\%$)

вранці відмічалась артеріальна гіпертензія і нормовані показники кров’яного тиску на протязі дня. У 30 хворих ($60 \pm 0,05\%$) інсульт виник вранці. Із 50 хворих з ішемічним інсультом голосний із зупинками храп спостерігався у 20 ($40 \pm 0,05\%$). Таким чином, можливо, під час зупинки дихання наступає гіпоксія мозку, переважно кірково-гіпоталамічних структур, внаслідок чого може наступити артеріальна гіпертензія, на тлі якої може виникнути ішемічний інсульт.

Висновки. 1. Слід вважати, що нічний храп і апное є фактором ризику виникнення ішемічного інсульту.

2. При нічному храпі артеріальна гіпертензія виникає переважно вранці.

3. У випадку виявлення артеріальної гіпертензії вранці антигіпертензивні препарати слід призначати перед сном.



Зорій І.А.

КЛІНІЧНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАЛЬНОЇ СИМЕТРИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - д.мед.н. Пашковська Н.В.)

Проблема цукрового діабету (ЦД) визначається не тільки невпинним зростанням кількості хворих, а й головним чином ускладненнями, які з часом виникають у переважній більшості хворих та призводять до передчасної смерті й втрати працездатності. Розповсюдженість ураження периферичних нервів при ЦД типу 2 значна і, за даними різних авторів, коливається від 15,5 до 77,6%.

Мета дослідження: удосконалення критеріїв діагностики дистальної симетричної полінейропатії (ДСП) відповідно ступеню тяжкості у хворих на цукровий діабет типу 2.

Матеріал і методи. Обстежено 60 хворих на ЦД типу 2, які знаходились на лікуванні в Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі. Показники вуглеводного обміну визначали за глікемічним та глюкозуричним профілем та рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbA1c). Всім пацієнтам здійснювалося неврологічне обстеження за шкалами Невропатичного Симптоматичного Розрахунку (НСР), Невропатичного Дисфункціонального Розрахунку (НДР). У 12 (20%) пацієнтів діагностовано легкий ступінь ДСП, у 39 (65%) хворих – середній та у 9 (15%) хворих діагностовано тяжкий ступінь ДСП. Проводилось електронейроміографічне (ЕНМГ)

обстеження, при цьому вивчали: амплітуду потенціалів максимальної рухової відповіді, швидкість проведення збудження (ШПЗ). Результати. При ЕНМГ тестуванні функції моторних нервів встановлено: 1) при легкому ступені ДСП переважали зміни сенсорних нервів та незначне зниження амплітуди моторної відповіді при стимуляції в проксимальній точці; 2) при середньому ступені тяжкості відмічалось зниження амплітуди моторної відповіді при тестуванні малогомілкового та великогомілкового нервів на 30,59% ($p < 0,005$) та вірогідне зниження швидкості проведення збудження на 22,3%; 3) при тяжкому ступені ДСП реєстрували вірогідне зниження амплітуди моторної відповіді нервів на 60% та ШПЗ по рухових волоках нервів на 29,7%. Виявлені зміни поглиблювалися із погіршенням компенсації захворювання та позитивно корелювали з показником глікемії натще, постпрандіальної глікемії та рівнем показника HbA1c.

Висновки. 1. У хворих на дистальну сенсорну полінейропатію встановлено зміни електронейроміографічних показників, які поглиблюються прогресивно клінічним стадіям захворювання. 2. Ступінь виявлених змін зростає із погіршенням компенсації цукрового діабету.

Кривецький І.В., Шваб А.М.

ОЦІНКА СПАСТИЧНОСТІ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник - к.мед.н. Кривецька І.І.)

У хворих на розсіяний склероз (РС) переважають рухові порушення за типом центрального парезу або паралічу кінцівок, які зазвичай супроводжуються підвищенням м'язового тону за типом спастичності, яка погіршує рухові функції.

Метою нашого дослідження було вивчити ефективність терапії спастичності у хворих на РС з використанням комбінації тизанідину та баклофену в середніх терапевтичних дозах у порівнянні з монотерапією тизанідином. У дослідження були включені 20 хворих з РС, серед них 12 жінок та 8 чоловіків. Середній вік хворих склав 43 роки. Хворі були розподілені на дві групи гомогенні за віком, статтю та за ступенем спастичності, яку оцінювали за модифікованою шкалою спастичності Ешурта (Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity) – до кожної з груп увійшли по 5 хворих із спастичністю 3 бали та 4 бали – по 30 балів в кожній. Хворі I групи отримували тизанідин в дозі 12 мг/добу в три прийоми, хворі II групи – тизанідин 12 мг/добу в три прийоми та баклофен в дозі 20 мг/добу в три прийоми. Всі пацієнти почали терапію тизанідином в дозі 4 мг/добу, яку за сім днів,

поступово підвищуючи на 2 мг/добу, довели до середньої терапевтичної – 12 мг/добу. З 17 дня пацієнти II групи почали приймати в комбінації з тизанідином баклофен в дозі 2,5 мг/добу, яку за сім днів, поступово підвищуючи на 2,5 мг в день, довели до 20 мг/добу. Пацієнти кожної групи продовжили лікування ще 10 днів. Оцінку спастичності проводили перед призначенням терапії, на 17-й та 34-й дні.

Через 17 днів у I і в II групі хворих спастичність зменшилась на 4 і 3 бали відповідно, тривалість хвороби в яких була не більше п'яти років, через 34 дні – спастичність зменшилась в I групі ще на 2 бали, в II групі – на 7 балів. Таким чином, в результаті терапії в I групі хворих спастичність зменшилась на 6 балів, в II групі – на 10 балів від вихідних 30 балів. Ефект лікування підтвердив припущення, що в розвитку спастичності у хворих на РС задіяні церебральні та спинальні механізми регуляції м'язового тону і тому більш ефективним є комбіноване лікування міорелаксуючими препаратами, дія яких направлена на їх корекцію.

Личко В.С., Архипова К.А.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В-АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сумской государственный университет, Сумы, Украина
Кафедра нейрохирургии и неврологии
(научный руководитель - д.мед.н. Малахов В.О.)

На современном этапе развития ангионеврологии в патогенезе инфаркта головного мозга (ИМ) решающее значение отводится кальциевому механизму гибели клеток, в первую очередь в результате повреждения клеточных мембран и их рецепции.

В связи с этим была поставлена задача исследовать адренергическую активность эритроцитов периферической крови больных в остром периоде ИМ, т. к. ведущую роль в развитии данной патологии занимает адренергическое звено и состояние симпатoadреналовой системы в целом, а использование эритроцитов в качестве модельных систем для изучения β -адренорецепции является широко применяемым из-за наличия функциональных β -адренорецепторов на их мембранах.

В ходе исследования продемонстрирована информативность метода КВЧ диэлектротрии при исследовании адренергической активности эритроцитов, основанная на выявлении индуцированных биологически активными веществами

(адреналин, дофамин) изменений комплексной диэлектрической проницаемости (КДП) в условиях острого периода ИМ.

Установлено, что сниженная чувствительность мембранно-рецепторного комплекса эритроцитов к адренергическим веществам в остром периоде ИМ проявляется в сниженной реактивности эритроцитов, регистрируемой по изменениям КДП. Так, индуцированные адренергическими средствами изменения КДП эритроцитов контрольной группы достигали в среднем 10% от исходных значений и имели отрицательный знак, тогда как в группе больных с ИМ обнаруженные изменения не превышали 1,5%.

Таким образом, КВЧ диэлектротрия позволяет на молекулярно-клеточном уровне мониторировать изменения функционального состояния клеточных мембран под влиянием гипоксии, любых эндо- и экзогенных факторов, индивидуально контролировать эффективность лечения и прогнозировать риск развития острой цереброваскулярной патологии.

Лицевич Н.І.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ТА МЕТОДИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник - к.мед.н. Кричун І.І.)

Актуальність. Вегетативна дистонія (ВД) є найбільш розповсюдженою патологією, яка зустрічається в популяції. За даними різних авторів, у загальній структурі серцево-судинних захворювань ВД складає 32-50%, а у підлітків - 75%. Пацієнти з ВД являють собою групу ризику, так як у них потім частіше розвиваються органічні захворювання серцево-судинної системи. У зв'язку з цим, актуальним є вивчення розповсюдженості цього синдрому серед різних категорій населення та дослідження ефективності його лікування за допомогою різних груп препаратів, зокрема нейротропних. Тому метою дослідження було вивчення розповсюдженості синдрому ВД серед студентів-медиків та оцінка впливу на ступінь вираженості проявів ВД препарату ноофену (γ -аміно- β -фенілмасляна кислота), який, впливаючи на ГАМК-рецептори ЦНС, покращує функціональний стан мозку за рахунок нормалізації метаболізму та впливу на мозковий кровообіг, а також володіє антигіпоксичними, антиамнестичними, транквілізуючими та антиагрегантними властивостями.

Матеріали та методи. Обстежено 88 студентів 4 та 6 курсів медичного факультету Буковинського державного медичного університету. Для виявлення вегетативних порушень були використані

анкети двох варіантів: «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін», яка заповнюється досліджуваним, і «Схема дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень», яка заповнюється дослідником. Статистичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою програми «BioStat» з використанням кутового F -перетворення Фішера.

Результати дослідження. З 88 анкетованих студентів тільки 23 (26,1%) виявились без ознак ВД (по анкеті набрали від 0 до 19 балів, що відповідає відсутності вегетативних порушень), у інших 65 (73,9%) - сума набраних балів склала від 25 до 66, що відповідає наявності ВД. З виявлених 65 студентів з проявами ВД 40 погодились прийняти місячний курс лікування ноофеном.

Після курсу лікування всі студенти відзначали покращання настрою, зниження внутрішньої напруги, стомлюваності, підвищення працездатності, появу душевного спокою. При цьому статистично вірогідно по використанню для дослідження анкетам О.М. Вейна зменшились прояви нападоподібного головного болю (з 87,5 до 30,0%, $p < 0,005$) та нівелювались порушення сну (з 52,5 до 22,5%, $p < 0,01$).

Висновок. Таким чином, синдром ВД є досить розповсюдженим станом серед студентів-медиків.



Рудик Н.В., Дідур О.М., Філіпець О.О.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник - к.мед.н. Філіпець О.О.)

Цукровий діабет (ЦД) вважається чинником розвитку інсульту, що має самостійне значення. Згідно з результатами популяційних досліджень, відносний ризик гострих порушень мозкового кровообігу за наявності ЦД зростає в 1,5–6,0 рази, а ймовірність смерті від інсульту у хворих на діабет збільшується у 5–7 разів, що залежить від типу, тяжкості діабету та тривалості захворювання.

Метою дослідження стало визначення поширеності ЦД 2-го типу серед пацієнтів з МІ, а також впливу чинника на 28-денний прогноз у хворих на гострі порушення мозкового кровообігу.

Поширеність ЦД визначали у ході проспективного когортного дослідження, до якого суцільним методом відбору залучено 1117 хворих на гострий МІ (526 чоловіків і 591 жінку), що перебували на лікуванні у неврологічних стаціонарах м. Чернівці впродовж дворічного періоду. Інсульт діагностували відповідно до критеріїв ВООЗ. Співвідношення ішемічного інсульту до геморагічного складало 5,9:1. Середній вік хворих – 67,5±0,8 року. У процесі спостереження сформовано групи фатального інсульту (випадки, що закінчились летально впродовж 28-денного періоду, n=254) та нефатального інсульту, n = 863.

За результатами дослідження, ЦД 2-го типу

зарєєстровано у 208 пацієнтів, загальна поширеність чинника складала 18,6±1,2%, при цьому показник достовірно вищий у жінок (21,5±1,7%), ніж у чоловіків (15,4±1,6%), p<0,05. Частка осіб із ЦД при ішемічному інсульті становила 19,3±1,3%, при геморагічному – 15,6±2,7%, p>0,05).

Поширеність чинника виявилась істотно вищою у групі фатального МІ, порівняно з хворими, які пережили гострий період – відповідно 24,0±2,7 та 17,0±1,3% (p<0,05). Аналогічні відмінності показано серед хворих на ішемічний інсульт – 27,2±3,6 і 17,6±1,4% (p<0,05); при геморагічному інсульті відмінності неістотні – 18,7±4,1 проти 12,5±3,5% (p>0,05). При подальшому аналізі встановлено, що ЦД підвищує ризик 28-денної летальності при ішемічному інсульті у 1,89 рази (95% ДІ 1,10–2,16), при цьому має значення для осіб жіночої статі – відношення шансів 1,68 (1,09–2,60), та не досягає достовірності у чоловіків – 1,34 (0,78–2,30). У хворих на геморагічний інсульт асоціації ЦД з летальним наслідком інсульту не встановлено – 1,58 (0,70–3,56).

Таким чином, ЦД 2-го типу є прогностичним чинником, який достовірно підвищує ризик 28-денної летальності при ішемічному інсульті в осіб жіночої статі.

Савостьянов І.І.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Сумський медичний коледж, Суми, Україна
Циклова комісія терапевтичних дисциплін
(науковий керівник - Зайцева С.Г.)

Актуальність теми. Частота ДЦП, згідно з опублікованими даними, складає 3–5% (2,5–5,9 випадки на тисячу живонароджених). Голкорексфлексотерапія є ефективним методом лікування цього захворювання. Перевагами цього методу є абсолютно нешкідлива дія на організм, можливість ефективної дії на будь-яке патологічне вогнище, практична відсутність протипоказань.

Метою цього дослідження стала розробка програми реабілітації хворих на ДЦП з ураженням різних рівнів нервової системи на основі оптимізації використання різних лікувальних чинників у поєднаних і комбінованих методах, що забезпечують відновлення порушених функцій і підтримку досягнутого ефекту.

Матеріали і методи. Під нашим наглядом знаходилися 20 пацієнтів із ДЦП у віці від 13 до 18 років. За період дослідження (12 місяців) пацієнти з ДЦП отримали різні комплекси відновного лікування. Усі діти отримували курс лікувальної фізкультури і масажу, 10 дітей досліджуваної групи – з використанням костюмів «Гравістат». Курс голкорексфлексотерапії отримали 11 дітей.

Результати дослідження. В результаті проведе-

ного дослідження клінічно виявлена позитивна динаміка в усіх випадках. Значне поліпшення впродовж 12 місяців спостереження настало у дітей, що отримали комплекс рефлексотерапії і заняття в костюмах «Гравістат». У цих дітей:

- збільшилась кількість різноманітних рухів;
- з'явилася опора на п'яти;
- знизився тонус привідних м'язів стегон;
- збільшився кут розведення стегон в кульшових суглобах;
- збільшився об'єм активних рухів в кінцівках;
- зменшились контрактури в суглобах.

Висновки. Найбільш значні результати у дітей з ДЦП були отримані при застосуванні реабілітаційного комплексу, що включає голкорексфлексотерапію і використання костюма «Гравістат». Застосування голкорексфлексотерапії у будь-якому комплексі реабілітаційних заходів у дітей з ДЦП, призводить до значного поліпшення результатів лікування. При використанні у будь-якому комплексі реабілітаційних заходів голкорексфлексотерапії вдається поліпшити не лише функціональні можливості, але і, певною мірою, ліквідувати морфологічні зміни опорно-рухової системи у дітей із ДЦП.

Селезньова Є.О.

ГЕМОДИНАМІКА В СИСТЕМІ КАРОТИД ПРИ ВЕГЕТО-СУДИННІЙ ДИСТОНІЇ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Кафедра нейрохірургії та неврології

(науковий керівник - к.мед.н. Стоянов О.М.)

Актуальність даної роботи обумовлена надзвичайною розповсюдженістю вегето-судинних дистоній у наш час: за деякими даними, майже кожен третій має ті чи інші прояви вегето-судинної дистонії.

Метою даної праці було дослідження певних особливостей та закономірностей центральної та церебральної гемодинаміки при вегето-судинній дистонії (ВСД) за допомогою УЗД.

Обстежено 28 пацієнтів із церебральною ангиодистонією в системі каротид. За даними РЕГ зареєстровано якісні зміни церебрального кровотоку, при цьому спостерігалися значні індивідуальні відхилення внаслідок дизрегуляції судинної стінки. За даними УЗД найбільш інформативним виявився індекс резистентності Пурцелота (RI). Його середні значення коливались у межах 0,58–0,60, крайні – 0,66–0,42, що вказує на спазм артерій в басейні ВСА (внутрішньої сонної артерії). При симпатичній спрямованості вегетативного тону спостерігається збільшення значень RI та лінійної швидкості (ЛШК), що свідчить про посилення сим-

патичного впливу на судинну стінку. Показники середньої ЛШК знаходилися в діапазоні нормального розподілу ($38,86 \pm 3,18$ см/с праворуч, $39,14 \pm 3,20$ см/с ліворуч), але індивідуальний розбіг швидкості кровотоку по ВСА був значним та коливався від 30 до 45 см/с. Ці дані дозволили встановити виражену реактивність судин у бік вазоконстрикції. Мінімальні середні значення ЛШК зареєстровано при ваготонії, найбільш статистично важливі відхилення ($p < 0,05$) – при вираженій симпатикотонії. Додатковими факторами впливу ВНС на судинну стінку виявились: м'язовий тип стінки у ВСА, виражені двошарові сплетіння, наявність у них адренергічної та холінергічної іннервації. Також додатково вивчався систолічний індекс (CI). Збільшені середні значення систолічного індексу вказували на дезадаптаційні тенденції у вегетативній нервовій та серцево-судинній системах. Зареєстровано значну динаміку CI після курсу лікування при симпатичній спрямованості вегетативного тону. У випадках ваготонії показники були резистентними.

Шавуров В.А., Мурадян А.А., Кильчик И.И.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НЕ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ (курс неврологии)

(научный руководитель - клин. орд. Окушко С.В.)

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – серьезное осложнение заболеваний мочевыделительной системы, в основе которых имеет место наследственная патология, воспалительно-аллергический характер поражения почек.

Цель: исследование нарушений функций нервной системы у больных с ХПН, не находящихся на программном гемодиализе. Особый интерес в исследовании представляет энцефалопатия, при которой так же происходят изменения в вегетативном тоне, в нарушениях когнитивных функций и в изменении фона настроения. Основными причинами развития энцефалопатии у больных с ХПН являются артериальная гипертензия, атеросклероз, уремия, анемия, электролитные нарушения и др. Многие аспекты влияния уремии на нервную систему еще мало изучены и представляют большой интерес у больных с ХПН.

Методы и материалы. Обследовано 30 больных методом анкетирования. Использовались тесты и шкалы по оценке вегетативного статуса, реактивности, а также шкалы Айзенка, Гамильтона и др.

Результаты. В исследование вошли пациенты в возрасте от 16 до 65 лет. Среди них было 9 мужчин и 21 женщина. Длительность заболевания от начала до развития терминальной ХПН составляла от 5 до 15 лет. Причины развития ХПН – гломерулонефрит, пиелонефрит, гломерулосклероз, врожденные аномалии мочевой системы: поликистоз почек. Среди жалоб отмечалась головная боль, головокружение, неустойчивость и пошатывание при ходьбе. У больных отмечалось ухудшение памяти. По мере прогрессирования – снижение критического отношения к своему состоянию, сниженный фон настроения, эмоциональная лабильность. На фоне ухудшения общего самочувствия появлялась повышенная утомляемость, вялость, снижение активности, ближе ко второй половине дня. При неврологическом обследовании выявлялась рассеянная микросимптоматика: вялость зрачковых реакций, легкие парезы зра, слабость конвергенции и др. Имеются ранние, легко выраженные нарушения когнитивных функций.



Онкологія

Білик І.С.

ЗНАЧЕННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра онкології

(науковий керівник - маг. Гушул І.Я.)

Основною проблемою в галузі онкології є своєчасна діагностика пацієнта. Виявити захворювання необхідно на ранній стадії, поки ще є можливість запобігти його розвитку та повернути людину до здорового стану. Найсучасніші та найдостовірніші системи діагностики, такі як рентгенологічні методи дослідження, є досить шкідливими для організму людини і створюють додатковий фактор ризику. Також при всій точності, ці системи не здатні зафіксувати патологію на рівні однієї клітини або груп клітин організму.

Метою дослідження було вивчення можливості використання біоаносенсорів у діагностиці пухлинного процесу будь-якої локалізації в організмі людини.

Галузь нанотехнологій – одна з найактивніше досліджуваних у світі. За допомогою наночастинок можна оптимізувати ефективність діагностики ракових пухлин та усунути шкідливість діагностичного процесу порівняно з рентгенологічними методами. Дана ме-

тодика ґрунтується на введенні в організм біоаносенсорів, які володіють високою селективністю до тканин і здатністю накопичуватись тільки в пухлинних клітинах. Особливістю їх є те, що при потраплянні всередину організму при наявності пухлинного процесу вони будуть накопичуватись в цій ділянці і спричинити світіння яке реєструватимуть спеціальні фотолюмінісцентні датчики. Це дозволяє виявити онкологічний процес на ранніх стадіях, без шкідливості даної процедури для пацієнта, що дає можливість застосовувати її достатньо часто, порівняно зі стандартними рентгенологічними методиками. На сьогоднішній день більше 20-ти компаній займаються розробкою та виробництвом наноматеріалів для діагностики.

Висновок: застосування нанотехнологій в онкології – це перспективний напрямок діагностики та лікування хворих з пухлинним процесом за рахунок виявлення патології на ранній стадії.

Бондаренко В.С.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПІГМЕНТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ

Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, Україна

Кафедра онкології та радіології

(науковий керівник - к.мед.н. Асєєв О.І.)

Пігментні утворення шкіри дуже часто зустрічаються у різних країнах світу. Цьому може сприяти низка різних чинників: надмірна інсоляція, підвищення фонового рівня випромінювань та інші.

Метою нашої роботи було створення алгоритму ранньої діагностики пігментних новоутворень шкіри, який дає більш чітко встановити ранні форми злоякісних утворень шкіри.

Матеріал і методи. Матеріалом нашого дослідження стало ретроспективне дослідження історій хвороб 210 пацієнтів із пігментними утвореннями шкіри, що проходили лікування з 2011 по 2012 рр. на базі 4 міської лікарні м. Дніпропетровська. Для діагностики злоякісних утворень шкіри використовувались наступні види досліджень: фізикальне дослідження пацієнта, дерматоскопія, різні види біопсій.

Результати. При діагностиці пухлин шкіри важливим є фізикальний огляд, використання системи ABCDE – це дозволяє лікарю ефективніше проводити скринінг. Встановлено, що дерматоскопія пігментного утворення шкіри зі збільшенням у 10 разів є найбільш доцільним методом дослідження. Найефективнішим методом біопсії при злоякісних утворень шкіри до 1 см у діаметрі є радіохвильова ексцизійна біопсія, а при більших розмірах хірургічне видалення пухлини.

Висновки. Алгоритм ранньої діагностики пухлин шкіри повинен включати огляд хворого і дерматоскопічне дослідження, а при виникненні підозр – ексцизійну біопсію. Якщо є множинні новоутворення шкіри, найбільш доцільною є фотореєстрація з подальшим динамічним спостереженням.



Винниченко О.І.

ВПЛИВ ПІЛОРОДРЕНУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ НА МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНУ ФУНКЦІЮ КУКСИ ШЛУНКА, ВИКОРИСТАНОГО ДЛЯ ПЛАСТИКИ РЕЗЕЦІЙОВАНОГО СТРАВОХОДУ

Сумський державний університет, Суми, Україна

Медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології
(науковий керівник - д.мед.н. Кононенко М.Г.)

Розвиток функціональних порушень після резекції стравоходу та езофагогастропластики пов'язаний із новими анатомічними та функціональними взаємозв'язками, які виникають у грудній порожнині та верхньому поверсі живота в результаті хірургічного втручання. Одним із неузгоджених питань є доцільність проведення пілородренуючих операцій, які попереджують затримку евакуації вмісту інтраоракально розташованого шлунка, проте викликають дуоденогастральний та гастроезофагеальний рефлюкс жовчі.

Матеріали та методи. 99 пацієнтам із раком стравоходу та кардіоезофагеальним раком, що прооперовані в Сумському онкологічному диспансері, була виконана операція Л'юїса (36) та Осава-Гарлока (63). В групі I (17) проведена пілороміотомія, в групі II (71) - «пальцеве роздавлення пілоруса», в групі III (11) - пілороміотомія не проводилась. Пасаж їжі по верхній частині травного тракту вивчений

рентгенологічно, дані співставлені із частотою недостатності швів анастомозу, частотою рефлюксу за ендоскопічними даними та показниками якості життя за анкетами-опитувальниками EORTC-C30 та модулю до нього QLQ-EOS18.

Результати. У групах I та II не зафіксовано затримки евакуації з інтраоракально розташованого шлунка, в групі III у 3 випадках виникла необхідність у медикаментозній та інструментальній корекції стазу. Частота рефлюксу в I групі та езофагіту були вищими у порівнянні із пацієнтами групи II ($p < 0,05$), ця тенденція зберігалась протягом року після операції.

Висновок. Дренуючі пілорус втручання інтраоракально розміщеного шлунка профілакують затримку евакуації вмісту, «пальцеве роздавлення пілоруса» є профілакуючим щодо розвитку рефлюкс-симптомів у післяопераційному періоді.

Жепко В.П.

РАК ПЕЧІНКИ. РОЛЬ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ

Сумський медичний коледж, Суми, Україна

Циклова комісія хірургічних дисциплін
(науковий керівник - Демянюк П.А.)

Актуальність теми. Рак печінки становить 1-2% серед усіх злоякісних хвороб і характеризується швидко прогресуючим перебігом та високим показником смертності. Саме зараз існує стрімка тенденція до збільшення цих показників, і це пов'язано з багатьма чинниками. Як уже відомо науці, печінка є одним із органів, які найбільш часто уражаються метастазами, що пов'язано з її функцією в організмі й специфічним характером кровопостачання.

Серед хворих переважають особи чоловічої статі; найбільш ураженим є вік від 50 до 65 років. У 90% чоловіків, хворих на пухлини печінки, процес є злоякісним, у жінок цей показник становить лише 40%. У деяких регіонах Південної Африки й Азії гепатоми складають 50% всіх карцином. Перебіг раку печінки бурхливий і через кілька місяців призводить до смерті хворого. Як правило, хворі на рак печінки належать до групи невиліковних і підлягають симптоматичній терапії.

У нашому дослідженні було вивчено і проаналізовано захворюваність на рак печінки

в Сумському регіоні за 2007-2011 рр. Виявлено тенденцію до зростання захворюваності (з 2,3 до 2,8 на 100 тис. населення), високий рівень смертності на дану патологію. В останні роки зменшилась смертність до року, що пов'язане з більш ранньою діагностикою.

Фоновими станами для раку печінки є враження органу при хронічному алкоголізмі, цирозі, вірусному гепатиті В. Саме тому нами вивчено захворюваність на дану патологію в Сумській області за період з 2007 по 2011 р. Виявлено зростання захворюваності на хронічний алкоголізм (з 61,9 до 85,9 на 100 тис. нас.), цироз печінки (з 34,4 до 39,0 на 100 тис. нас.). Динаміка захворюваності на вірусний гепатит В має хвилеподібну криву (57,4 у 2007 р. - 78,5 у 2009 р. - 66,0 у 2011 р.).

Таким чином, останніми роками зростає захворюваність на рак печінки, основою профілактики якого є вчасне виявлення і правильне лікування вірусного гепатиту В, цирозу печінки, боротьба зі шкідливими звичками, пропаганда здорового способу життя.

Жепко В.П.

МАСТОПАТІЯ – ПЕРШИЙ КРОК ДО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИСумський медичний коледж, Суми, Україна
Циклова комісія хірургічних дисциплін
(науковий керівник - Берко І.В.)

Актуальність теми. Предмет обожнювання чоловіків і дітей, символ материнства і об'єкт захоплення поетів – жіночі груди. Однак, якщо про її зовнішній вигляд дбають практично всі жінки, то внутрішнє здоров'я грудей часто залишається без належної уваги. Нажаль, реальна картина в Україні вже давно перейшла червону межу – 12 мільйонів жінок вже зіткнулися з діагнозом «мастопатія». З них 20 тисяч щороку ризикують перейти до категорії хворих на рак.

У свою чергу, захворюваність на рак молочної залози в Україні зростає в середньому на 1–2% за рік, і в даний час у структурі онкопатології жінок рак грудної залози займає одне з перших місць. Мета першої частини нашого дослідження – з'ясувати рівень проінформованості майбутніх медичних сестер про існуючу проблему мастопатії, яка є загрозою переродження в рак молочної залози, а також відсоток наших студенток, які мають схильність до захворювань молочної залози – передракового захворювання мастопатії.

Мета другої частини нашого дослідження – виявлення факторів ризику, які призводять до раку молочної залози, ролі етіологічних факторів, причини пізньої діагностики і визначення

розподілу даного захворювання за стадіями.

Матеріали і методи дослідження. З метою виявлення несприятливих факторів щодо мастопатії у студенток Сумського медичного коледжу ми провели анкетування. Всього нами було опитано 115 осіб віком від 18 до 29 років.

Також ми займалися науково-дослідницькою роботою в Сумському обласному онкологічному диспансері. Було проведено анкетування 44 жінок, хворих на рак молочної залози, і дослідження історій їх хвороб, з метою аналізу ролі етіологічних факторів, причин пізньої діагностики і визначення розподілу даного захворювання за стадіями.

Висновки. Ми з'ясували, що студентки мають проблеми зі здоров'ям, але майже ніхто з них не звертається за медичною допомогою, а профогляди проводяться недосконало. А це, в свою чергу, може призвести в подальшому до передракового стану, а можливо і до самого онкозахворювання.

Також ми довели важливість виявлення раку на ранніх стадіях, своєчасного лікування передракових захворювань, важливості самообстеження жінки, необхідності проведення просвітницької роботи серед населення.

Мартиновець А.І., Можарівська О.В.

ПАЛІАТИВНА ТА ХОСПІСНА ДОПОМОГА ІНКУРАБЕЛЬНИМ ХВОРИМЖитомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна
Циклова комісія хірургічних дисциплін
(науковий керівник - Жовнерчук В.Р.)

Актуальність проблеми пов'язана з низькою якістю життя людей похилого віку, а також із соматичними захворюваннями у термінальній стадії, які потребують медичної, соціальної та духовної допомоги.

Україна входить до першої десятки країн світу з найбільш високою онкозахворюваністю населення. Щорічно виявляється понад 180 тисяч хворих з різними злякисними новоутвореннями, а на обліку знаходяться приблизно 750–800 тисяч пацієнтів. За даними канцер-реєстру Національного інституту раку, понад 50 % онкологічних хворих перебувають у запущеній стадії хвороби і переходять до категорії невиліковних. В ході процесу прогресування хвороби, хворі поступово втрачають здатність до самообслуговування і потребують сторонньої допомоги.

Паліативна допомога – це комплексний підхід, мета якого забезпечити максимальну якість життя пацієнтів із невиліковним захворюванням і членів його родини шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних заходів, а також надання психосоціальної та моральної підтримки.

Хоспіс як мовна форма медико-соціального закладу паліативної медицини трактується так: «Хоспіс є державним закладом для інкурабельних хворих, має на меті забезпечити їм паліативне (симптоматичне) лікування, підібрати необхідну знеболювальну терапію, надати медико-соціальну допомогу, догляд, психологічну підтримку родичів на період хвороби та втрати близького».

Сьогодні в Україні близько 19 хоспісів та подібних установ. Один з таких є і в Житомирській області в м. Коростень. У більшості країн світу з розвинутою системою паліативної допомоги в середньому на 100 тисяч осіб припадає 10 стаціонарних паліативних і амбулаторних паліативних ліжок.

При Житомирському обласному онкологічному диспансері згідно наказу МОЗ №409/36 від 14.05.2010 року було створено кабінет протибольової терапії та сформовано виїзні бригади для надання допомоги онкологічним хворим відповідно до амбулаторних умов, а також для їх лікування вдома.

Висновок. Паліативна та хоспісна допомога повинна бути невід'ємною, інтегрованою складовою медичного обслуговування та соціальної опіки.



Милюкова К.Н.

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР

Кафедра терапии №2

(научный руководитель - к.мед.н. Окушко Р.В.)

Хотя рак легкого (РЛ) не является частью высоко пенетрируемого одногенного ракового синдрома, нормальные генетические вариации у человека вполне вероятно играют существенную роль в восприимчивости к заболеванию. В последнее время выявлено большое число генов, определяющих высокую вероятность развития рака этой локализации. Вместе с тем, в настоящее время остается затруднительным использование микро-генетических исследований в качестве скрининговых мероприятий. Представления о РЛ как о наследственном заболевании обусловили попытку определить выраженность связи между клиническими особенностями течения болезни и семейным анамнезом.

Ретроспективному анализу подвергнуты 324 истории болезни пациентов, находящихся на лечении в стационаре онкологического института г. Кишинёва, среди них мужчин – 247, женщин – 53, в возрасте от 18 до 80 лет (в среднем 45–65 лет). При обработке учитывались возраст пациента, его группа крови и резус-фактор, сторона поражения легкого, пораженная доля, расположение опухоли (центральное, периферическое), прорастание опухоли вглубь ткани, наличие метастазов в лимфатических узлах и в отдаленных

органах, курение (продолжительность курения пациента и количество выкуренных сигарет за сутки), наличие среди кровных родственников больных с онкопатологией и профессиональные вредности.

Все пациенты были разделены на три группы: первая – пациенты у которых нет больных родственников; вторая – у которых есть родственники, больные РЛ; третья – пациенты, у которых родственники только с другой онкопатологией. В первой группе 229 пациентов (82,5% мужчин и 18,5% женщин). Во второй – 15 человек (93,3% мужчин, 6,7% женщин). 3 группа – 55 пациентов (78,2% мужчин и 22% женщин). Пациенты второй группы достоверно отличались по возрасту (56,1 лет в первой, 49,6 во второй и 55,8 в третьей группе). У больных второй группы выявлены более распространенные метастазы. Достоверных различий по отношению к наличию профессиональных вредностей, отношения к курению, поражению лимфатических узлов в группах выявлено не было.

Среди пациентов с раком легкого лишь у незначительной части есть родственники с аналогичным заболеванием.

Мосійчук В.П.

ПОЄДНАННЯ ІМУНОТЕРАПІЇ ТА ІНШИХ КОНСЕРВАТИВНИХ МЕТОДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра онкології та радіології

(науковий керівник - маг. Гушул І.Я.)

Актуальність проблеми раціонального комплексного лікування колоректального раку визначється не лише кількісним ростом даної патології, але і недостатньою диференційною діагностикою загальної резистентності організму.

Суттєва роль у патогенезі даної патології та її ускладнень у вигляді кишкової непрохідності та шлунково-кишкових кровотеч належить індивідуальній дизрегуляції і розвитку імунопатологічних станів, які визначають клінічну форму захворювання і тяжкість його перебігу, а також диктують необхідність розробки нових підходів у лікуванні даної патології з урахуванням імунного статусу в доопераційному періоді. Метою даної роботи було дослідження особливостей перебігу даного захворювання і розвитку ускладнень у хворих з колоректаль-

ним раком: хворих, які отримували комплексну імунокорекцію і у хворих без імунокорекції.

Матеріали і методи. Хворі були поділені на дві групи: перша група – хворі, які за показами отримували комплексну імунокорекцію, включаючи препарати лаферобіон (3 млн МО); друга група – хворі, яким не проводимо імунокорекцію.

Результати дослідження та їх обговорення. Відомо, що пухлини розвиваються на фоні виражених порушень імунорезистентності. У хворих із злоякісними новоутвореннями часто виявляють порушення імунітету, які охоплюють практично всі ланки імунної системи.

Висновок. Таким чином, у групі хворих на колоректальний рак, які отримували направлену імунокорекцію, виявили благоприємний перебіг захворювання, зменшення кількості ускладнень.

Навчук Д.І.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра онкології та радіології
(науковий керівник - к.мед.н. Шульгіна В.В.)

Актуальність. Сьогодні до найбільш поширених онкологічних захворювань належить колоректальний рак (КРР), який складає 9% з усіх онкологічних захворювань та посідає IV місце у світі. За смертністю від злоякісних новоутворень він займає II місце у світі. Тому вивчення його епідеміології є актуальним питанням сучасної онкології.

Мета дослідження. Провести аналіз захворюваності та смертності від КРР у жителів Чернівецької області за останні три роки.

Матеріали та методи. Застосовано медико-статистичний та аналітичний методи. Використано дані Національного інституту раку України та Чернівецького онкодиспансеру.

Результати дослідження. У 2010 році в Чернівецькій області рак ободової кишки було вперше виявлено в 136 хворих, з яких I та II стадії захворювання згідно з TNM було діагностовано у 53 пацієнтів, III – у 52 та IV – у 31 особи. Захворюваність становила 16,5 вип. на 100 тис. населення, а смертність – 10,8 вип. на 100 тис. населення. Рак прямої кишки та ануса діагностовано у 120 хворих, з яких I та II стадії захворювання виявлено у 81 особи, III – у 22 та IV – у 17 пацієнтів. Захворюваність при цьому ста-

новила 14,8 вип. на 100 тис., а смертність – 9,5 вип. на 100 тис. населення.

У 2011 році спостерігаємо тенденцію до зростання відповідних показників, адже рак ободової кишки було вперше виявлено уже в 158 хворих. Захворюваність становила 17,5 вип. на 100 тис., а смертність – 10,0 вип. на 100 тис. населення. I та II стадії хвороби було діагностовано у 68 хворих, III – у 53 та IV – у 37 пацієнтів. Рак прямої кишки та ануса діагностовано у 121 хворого, з них I та II стадії захворювання виявлено у 80 осіб, III – у 20 та IV – у 21 пацієнта. Захворюваність становила 13,4 вип. на 100 тис., а смертність – 9,9 вип. на 100 тис. населення.

У 2012 році рак ободової кишки було вперше виявлено в 104 пацієнтів. Захворюваність становила 11,47 вип. на 100 тис., а смертність – 9,49 вип. на 100 тис. населення. I та II стадії хвороби було діагностовано у 51 хворого, III – у 29 та IV – у 24 пацієнтів. Рак прямої кишки та ануса діагностовано у 89 хворих, з них I та II стадії захворювання виявлено у 40 осіб, III – у 25 та IV – у 24. Захворюваність становила 9,82 вип. на 100 тис., а смертність – 9,2 вип. на 100 тис. населення.

Пащенко А.С.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ Ki-67 В ОПУХОЛЯХ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина
Кафедра онкологии
(научный руководитель - к.мед.н. Щуров Н.Ф.)

Рак молочной железы (РМЖ) – гетерогенное заболевание. Для определения биологических подтипов РМЖ используют иммуногистохимический (ИГХ) метод. При выявлении клеток, находящихся в разных фазах митотического цикла, оценивается содержание белка Ki-67.

Цель работы. Изучить прогностическое значение экспрессии в клетках опухоли больных РМЖ белка Ki-67.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 605 больных РМЖ, получивших лечение в период с 2003 по 2009 г. Содержание белка Ki-67 в опухоли изучали ИГХ методом. Средний возраст пациентов – 55,9±0,9 года (от 25 до 87 лет). При группировке опухолей выявлено: I стадия выявлена в 129 (21,3%) случаях, IIА стадия – у 274 (45,3%), IIВ стадия – 131 (21,7%) и III стадия – 43 (7,1%), IV стадия – 22 (3,6%), 0 стадия – в 6 (0,99%). Все больные были разделены на 5 групп. В первой экспрессия Ki-67 в клетках опухоли не определялась. Во второй – экспрессия Ki-67 наблюдалась до 15% клеток. В третьей – от 16% до 30%, в четвертую группу вошли больные, у которых экспрессия Ki-67 наблюдалась в 31–50% клеток. В 5 группу вошли больные у которых экспрессия Ki-67 была более чем в 50% опухолевых клеток.

Результаты исследования. В первых трех группах 5 лет прожили более 90% больных. В группе больных, в клетках опухоли которых экспрессия Ki-67 была в 15–30% случаев, отмечалось снижение безрецидивной выживаемости (БРВ) до 87,5%. В четвертой группе общая выживаемость (ОВ) достоверно уменьшилась до 52%, а в пятой до 8,9±1,1% (p<0,001). В стадиях T1N0M0 и T1N1M0 при экспрессии Ki-67 более чем в 30% опухолевых клеток ОВ снижалась до 9,7±1,7% и 25,0±2,5% соответственно, а БРВ – 8,3±2,2% и 24,2±2,3%. В стадиях T2N0M0 и T2N1M0 в случаях если экспрессия Ki-67 в опухоли наблюдалась более чем в 30% опухолевых клеток, ОВ снижалась до 7,9±2,1% и 24,2±3,1% соответственно, а БРВ – 6,8±1,2% и 11,4±1,3%. В стадиях T3–4N1M0 среди больных с низкой экспрессией Ki-67 наблюдалась высокая ОВ и БРВ – 90,0±3,7% и 83,2±2,7% соответственно. При высокой экспрессии Ki-67 ОВ и БРВ была значительно ниже и составляла 17,6±2,1% и 15,2±1,7% (p<0,001).

Выводы. Течение патологического процесса и эффективность лечения больных РМЖ связаны с уровнем экспрессии Ki-67 в опухолевых клетках, при выявлении в опухоли более 50% Ki-67 позитивных клеток ОВ и БРВ снижалась.



Суворов Д.В.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия
Кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии, иммунологии
(научный руководитель - д.мед.н. Лебединская О.В., к.мед.н. Годовалов А.П.)

Использование цитостатиков в комплексной терапии больных получает все более широкое распространение при различной патологии. Это, в первую очередь, онкологические заболевания, аутоиммунные процессы, а также состояния после трансплантации органов и тканей.

Цель исследования. Изучение влияния химиотерапии на некоторые показатели периферической крови больных раком молочной железы.

Исследовали пробы крови 123 пациенток с диагнозом рак молочной железы IIIA степени после радикальной резекции и 5-и курсов химиотерапии. Каждый курс включал однократное внутривенное введение доксирубина (80 мг), 5-фторурацила (800 мг) и циклофосфана (1000 мг). Изучали количественный состав лейкоцитов периферической крови, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), концентрацию глюкозы, креатинина, общего билирубина, аспартат аминотрансферазы (АСТ) и аланин аминотрансферазы (АЛТ).

Установлено, что после пятого курса химиотерапии у пациенток наблюдается лейкопения, выражающаяся в снижении абсолютного числа основных лейкоцитарных клеток периферической крови. Число сегментоядерных нейтрофи-

лов уменьшается от $(6,27 \pm 0,23)$ до лечения до $(1,91 \pm 0,08) \times 10^9/\text{л}$ после лечения ($p < 0,05$), моноцитов - от $(1,55 \pm 0,08)$ до $(0,94 \pm 0,06) \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$) и лимфоцитов - от $(0,40 \pm 0,04)$ до $(0,15 \pm 0,01) \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$). После цитостатической терапии у больных повышается СОЭ до $21,49 \pm 1,13$ до $29,89 \pm 1,16$ мм/ч ($p < 0,05$). При биохимическом исследовании крови отмечено снижение концентрации глюкозы (от $5,99 \pm 0,76$ до лечения до $5,30 \pm 0,06$ ммоль/л после лечения), повышение уровня креатинина (от $83,11 \pm 1,15$ до $104,51 \pm 1,16$ мкмоль/л; $p < 0,05$) и общего билирубина ($17,48 \pm 1,04$ до $25,05 \pm 1,18$ мкмоль/л; $p < 0,05$). Увеличивается активность печеночных ферментов (АСТ - с $29,98 \pm 1,31$ до $48,03 \pm 2,76$ ед/л; АЛТ - с $37,30 \pm 1,96$ до $57,10 \pm 2,03$ ед/л; $p < 0,05$).

Таким образом, проведенные курсы химиотерапии оказывают супрессивный эффект на лейкоцитарный состав периферической крови больных: наблюдается выраженная лейкопения со снижением числа сегментоядерных нейтрофилов, моноцитов и лимфоцитов. Изменения биохимических показателей, выявленные в настоящем исследовании, указывают на токсическое действие полихимиотерапии на организм.

Сухарь А.І.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІОФІЛІЗОВАНОГО КСЕНОІМПЛАНТАТА ІЗ ШКІРИ СВИНІ З МЕТОЮ ЗАХИСТУ КРАЇВ РАНИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра онкології та радіології
(науковий керівник - д.мед.н. Іващук О.І.)

Однією із головних причин незадовільних результатів лікування хворих на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини є виникнення внутрішньочеревної гіпертензії з послідовним розвитком синдрому абдомінальної компресії. З метою запобігання розвитку та лікування цих небезпечних ускладнень запропоновано безліч способів тимчасового закриття лапаротомної рани, які спрямовані на зняття внутрішньочеревного тиску в ранньому післяопераційному періоді. Проте, залишається багато невирішених технічних питань. Використання ксеноімплантатів з метою захисту країв лапаротомної рани за наявності відкритої лапаротомії в міжопераційному періоді може дещо вирішити дану проблему.

Тому метою дослідження було морфометрично вивчити та порівняти запальну реакцію з боку країв створеної рани передньої черевної стінки лабораторного щура при закритті її марлевою серветкою, поліетиленовою плівкою та ліофілізованим ксеноімплантатом із шкіри свині. Експеримент виконано на 60 щурах, яким було механічно пошкоджено передню черевну стінку. Залежно від імплантату, яким було накрито вищеперераховані шари передньої черевної стінки, створено три дослідні групи. В першій групі використано марлеву серветку, в другій - поліетиленову плівку, а третій - ліофілізований

ксеноімплантат із шкіри свині.

Забір матеріалу виконували після автопсії тварин на 24-у та 48-у години спостереження. Застосовували морфометричне дослідження м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Отримані результати свідчать, що при застосуванні ліофілізованого ксеноімплантата із шкіри свині, в рані передньої черевної стінки відмічається найменша загальна частка інфільтрату, а також кількість полінуклеарів та моноцитів - макрофагів, але переважає частка лімфоцитів та плазмоцитів. При захисті країв рани марлевою серветкою загальна частка інфільтрату, відсотковий склад полінуклеарів, лімфоцитів та плазмоцитів займає посереднє місце серед інших імплантатів. При використанні поліетиленової плівки спостерігається переважання загальної частки інфільтрату та кількості полінуклеарів, порівняно з іншими матеріалами. Отже, застосування ліофілізованого ксеноімплантата із шкіри свині викликає найменшу реакцію тканин, особливо з переважанням гнійно-деструктивних процесів. Це дозволяє в майбутньому застосовувати її для тимчасового закриття лапаротомної рани в міжопераційному періоді, з метою запобігання розвитку місцевих післяопераційних ускладнень.

Сухарь А.І., Чорний О.В., Воротняк М.В.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ІНВАГІНАЦІЙНОГО КІНЦЕБОКОВОГО ІЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗУБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра онкології та радіології
(науковий керівник - д.мед.н. Івашук О.І.)

Рак ободової кишки займає друге місце в структурі злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту. Приблизно у 40% пацієнтів він локалізується в правій половині ободової кишки. При неускладнених формах раку цієї локалізації операцією вибору є правобічна геміколектомія. Проте видалення такої важливої ділянки шлунково-кишкового тракту, як ілеоцекальний кут, призводить до появи значної кількості ускладнень, пов'язаних з порушенням процесів травлення. Це явища "сліпого мішка", рефлюкс-ентериту, дисбактеріозу тощо.

Існуюча велика кількість ілеотрансверзоанастомозів свідчить про відсутність оптимального рішення цієї проблеми, оскільки в них відмічено ряд недоліків.

Нами запропоновано новий інвагінаційний кінцебоковий ілеотрансверзоанастомоз, який дещо вирішує дану проблему, проте залишається невідомими його функціональні властивості порівняно із своїми аналогами.

Мета нашої роботи – в експерименті дослідити видовий склад та популяційний рівень мікрофлори тонкої та товстої кишок після накладання запропонованого інвагінаційного кінцебокового ілеотрансверзоанастомозу, а також за допомогою гідропресії вивчити його антирефлюксну властивість.

Експеримент виконано на 38-ти лабораторних щурах, яким було видалено ілеоцекальний кут

та накладено ілеотрансверзоанастомоз. Залежно від виду накладеного ілеотрансверзоанастомозу тварини були розподілені на дві групи – контрольну та основну. Основній групі тварин накладено запропонований інвагінаційний кінцебоковий ілеотрансверзоанастомоз, а контрольній – загальноприйнятій анастомоз – "бік у бік". З 7-ми інтактних тварин створено групу порівняння.

Забір біологічного матеріалу проводили впродовж 30-ти діб під загальним в/м знеболенням з дотриманням правил асептики. Виконували мікробіологічне дослідження вмісту тонкої та товстої кишок, проводили гідропресію даного відділу шлунково-кишкового тракту.

Отримані результати мікробіологічного дослідження вмісту тонкої та товстої кишок, на 30-ту добу експерименту, вказують на невірогідну різницю показників у тварин основної групи порівняно з інтактними тваринами. Проведені дослідження стосовно вивчення антирефлюксної функції анастомозу, шляхом його гідропресії, свідчать про вірогідне переважання показників тварин основної групи впродовж всього терміну дослідження.

Проведене експериментальне дослідження доводить, що запропонований інвагінаційний кінцебоковий ілеотрансверзоанастомоз має певні переваги, які дозволяють уникнути багатьох ускладнень.



Оториноларингологія

Catereniuc D., Cobiletchi R.

BIOCHEMICAL VARIATIONS OF NASAL SECRETION IN CHRONIC HYPERTROPHIC RHINITIS

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", Chisinau, Republic of Moldova
 Department of Otorhinolaryngology
 (scientific advisor - Dr Med Sci Maniuc M.)

The main role of nasal passages is to receive, purify, warm and wet the inspired air. This isn't possible if severe functional or morphological modifications in whatever nasal's structures occur. Such changes could evolve in chronic hypertrophic rhinitis (CHR) – a disease characterized especially by the hypertrophy of glands and mucosa of nasal turbinates.

Clinically, these morphological changes cause a harder act of respiration, chronic rhinoreea, sleep disorders and social issues.

Usually, CHR's diagnosis is established on clinical examination and patient's anamnesis. The aim of our study is to prove that biochemical variations of nasal secretion in chronic hypertrophic rhinitis could be used to reveal the affected cellular constituents (channels, ion pumps, transporters, enzymes), and their role in the genesis and evolution of the disease. And maybe in the future, we could use this information to make an earlier diagnosis and to prescribe a more effective, ethio-pathogenetic treatment.

We started with the analysis of 15 patients, suffering

from CHR and aged between 8 and 21 years. In parallel, we selected 5 more participants without any clinical sign or anamnesis of nasal disorders. Nasal secretion's collection was realized through nasal lavage and swabbing and the spectrophotometric method allowed us to specifically dose each of the following 8 components: total protein, albumin, Ca²⁺, Pi, Fe³⁺, Na⁺, Cl⁻ and Mg²⁺.

Therefore, increased levels of the albumin, Ca²⁺, Pi, Na⁺, Mg²⁺ and decreased ones of the total protein, Cl⁻ and Fe³⁺ were found. Biochemical reactions and the spectrophotometric method allowed us to compare and analyze the direct influence of CHR on cellular activity of the affected nasal layers.

Possible reasons of these results were submitted according to the specialized literature and our own assumptions.

Considering the fact that CHR's evolution is slow and progressive, the meticulous study of the cellular levels' modifications in this disease is essential for the improvement of patients' life quality.

Молдован Т.Є.

ВИКОРИСТАННЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ БЕЗПУНКЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНОГО СИНУІТУ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
 (науковий керівник - к.мед.н. Левицька С.А.)

У дітей, хворих на гнійний верхньощелепний синусит, була визначена доцільність та необхідність проведення контрольного рентгенологічного обстеження біляносових пазух у випадках консервативного лікування без застосування пункцій уражених синусів. Було встановлено, що необхідною умовою для свідчення про ефективність лікування гнійного синуситу у дітей у випадку відмови від пункцій пазух має бути контрольна рентгенографія біляносових пазух.

Метою нашого дослідження було визначення доцільності проведення контрольного рентгенологічного дослідження біляносових пазух у випадках безпункційного лікування гнійних синуситів у дітей.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 98 дітей віком від 3 до 10 років, які отримували курс стаціонарного лікування з приводу гнійного запалення біляносових пазух. Всі обстежувані діти були поділені на дві групи в залежності від наявності

у них найбільш типових клінічних показників тяжкості перебігу гнійного синуситу. Першу групу склали 46 дітей із наявними двома і більше показниками тяжкості перебігу. У 52 дітей другої групи показників тяжкості перебігу синуситу не було, або був наявний лише один з них. Всім пацієнтам було проведено курс стаціонарного лікування з приводу гнійного синуситу. Лікувальний процес тривав 7-10 днів. Результати лікування дітей оцінювались при динамічному спостереженні за основними діагностичними критеріями гнійного синуситу. Оцінку критеріїв робили до та після лікування. Аналіз результатів лікування включав також інтерпретацію контрольної рентгенографії біляносових пазух, яка проводилась не раніше ніж через тиждень після закінчення всіх лікувальних процедур.

Висновок. Необхідною умовою для свідчення про ефективність лікування гнійного синуситу у дітей у випадку відмови від пункцій пазух має бути контрольна рентгенографія біляносових пазух.



Пишнюк В.Ф.

ВПЛИВ ГУЧНОГО ЗВУКУ НА ГОСТРОТУ СЛУХУ ТА САМОПОЧУТТЯ СТУДЕНТІВ

Чернівецький медичний коледж, Чернівці, Україна
Кафедра соціально-економічних та загальноосвітніх дисциплін
(науковий керівник - Никитюк С.В.)

Навушники стають незамінним атрибутом повсякденного життя молоді. А насправді, як зручно – маленькі, компактні, завжди при собі. На вулиці, в транспорті, під час занять спортом, на перерві можна побачити більшість молоді в навушниках звідки доноситься гучна музика. Але мало хто з них знає про те, як навушники та гучні звуки впливають на гостроту слуху та самопочуття.

Метою роботи було привернути увагу до проблеми використання навушників для прослуховування музики, а саме шкідливої дії цього процесу на організм студента.

Матеріали та методи. В ході роботи був опитаний 101 студент першокурсник. Результати анкетування показали, що є респонденти, які при прослуховуванні музики виставляють гучність 100% (21 % студентів) та навіть підключають підсилювач (2%), від 5 до 8 годин на день проводять у навушниках (11 респондентів), тому їх можна віднести до групи ризику і лише 2 студенти принципово не користуються навушниками.

Звук – це розповсюдження звукової хвилі в пружному середовищі. У людини у внутрішньому вусі є звукові волоски, які сприймають звуки і перетворюють на «зрозумілу» для нашого мозку

мову, тобто електронні імпульси. З віком ці волоски подовжуються та втрачають еластичність, що призводить до погіршення слуху. Гучний звук призводить до ламання звукових волосків, що теж негативно впливає на наш слух та не залежить від віку.

Для вивчення впливу гучного звуку на гостроту слуху та самопочуття студентів до початку експерименту була виміряна гострота слуху та пульс. Під час експерименту піддослідні були поділені на три групи. Перша група протягом 5 хвилин слухала гучну (виставлена гучність складала 90–100%) музику у навушниках, друга група слухала музику теж у навушниках, де гучність була 50–60% та третя група слухала спокійну тиху музику без навушників. По закінченню експерименту у першої групи студентів гострота слуху зменшилась на 4–5 см, пульс почастишав на 5–10 ударів; у другої групи – відстань зменшилась на 1–2 см, пульс почастишав на 2–5 ударів, у третьої групи суттєвих змін не було.

Дана робота дозволяє констатувати, що гучний звук та використання навушників негативно впливають на гостроту слуху та самопочуття студента. Таким чином, для того, щоб не замінити навушники на слуховий апарат, студенти повинні виставляти рівень гучності не більше 60%.



Офтальмологія



Bytsko J.I.

CYCLOPLEGICS IN PHARMACOTHERAPY OF PATIENTS WITH FOREIGN BODIES OF THE CORNEA

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
Department of Ophthalmology
(scientific advisor- Ph.D. Rydkovska O.D.)

We selected 38 patients with foreign bodies at the Chernovtsy Regional Eye Traumatological Center who sought medical advice on the 3d – 4th day after sustaining trauma and had the signs of posttraumatic keratitis. Foreign bodies of the cornea were removed in all the patients under local anesthesia on a slit lamp.

The patients were subdivided into 2 groups: the 1st group (20 patients)–underwent standard therapy (antibiotics topically, nonsteroid antiinflammatory drops, preparations improving the trophism of the cornea); the 2nd group (18 patients)–the standard

therapy was supplemented with mydriatics.

The groups were comparable according to age, gender, visual acuity. All the patients were men of employable age (the mean age in group 1–32.5+1.6 years, in group 2–34.7+2.8 years. $p>0.05$).

The visual acuity prior to the treatment on injured eyes made up in the 1st group –0.72+0.03; in the 2nd group–0.69+0.02; $p>0.05$. The localization of a foreign body in all the patients is outside the optic zone.

The paired eyes were intact (the acuity of vision–1.0).

Корконішко О.І., Тітова Г.К.

ЦИКЛОПЛЕГІКИ В ЛІКУВАННІ ПЕРЕДНЬОЇ ІШЕМІЧНОЇ НЕЙРООПТИКОПАТІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра офтальмології
(науковий керівник - к.мед.н. Рудковська О.Д.)

Актуальність. Передня ішемічна нейрооптикопатія (ПІН) часто призводить до різкого зниження зору або повної його втрати. Інвалідизація хворих з ПІН складає велику медико–соціальну проблему, оскільки більшість пацієнтів – люди працездатного віку.

Мета. Підвищити ефективність лікування пацієнтів з ПІН.

Матеріал і методи. Під нашим спостереження знаходилось 17 хворих з однією і двома ПІН – 22 ока (основна група). Вік пацієнтів – від 38 до 63 років (середній вік 51,2±3,7 року). Жінок – 8, чоловіків – 9. Хворим було проведено комплексне офтальмологічне обстеження: візопериметрія, біомікро–офтальмоскопія, добова

тонометрія, рефрактометрія, електрофізіологічні методи дослідження сітківки і зорового нерва, КТ мозку (при двобічній ПІН); загальноклінічне обстеження, включаючи огляд кардіолога і невропатолога. Контрольну групу склали 15 хворих (20 очей) з ПІН (одно– і двобічною). Хворим основної групи проводили традиційну терапію (кортикостероїди, судинорозширювальні препарати, антиагреганти, діуретики і т.д.) на тлі двобічної циклоплегії 1% атропіном (по 1 кр. 2 рази на день). Пацієнти контрольної групи одержували ідентичну терапію без відключення акомодатії. Основна і контрольна групи були співставимі за віком, статтю, важкіс

Стебловська І.С.

**КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ
АНТИАНГІОГЕННИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ РЕТИНОПАТІЇ**

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра офтальмології з дитячою хірургією

(науковий керівник - д.мед.н. Безкоровайна І.М.)

Актуальність. Діабетична ретинопатія (ДР), як ускладнення цукрового діабету, є однією з найбільш частих причин значної втрати зору і займає друге місце серед причин сліпоти в світі і в Україні. Сліпота при діабетичній ретинопатії є наслідком розвитку макулярно-го набряку і неоваскулярної мембрани. Одним з провідних патогенетичних чинників розвитку макулодистрофії є фактор росту судинного ендотелію (ФРСЕ), який є секретуючим білком, стимулюючим ангиогенез.

Мета дослідження. Вивчення ефективності застосування олігонуклеотидного препарату пегаптаніб (Pegaptanib) в лікуванні діабетичної ретинопатії.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 18 пацієнтів з проліферативною ДР. Тривалість цукрового діабету у всіх пацієнтів перевищувала 10 років. Препарат вводився по 0,3 мг інтравітреально 1 раз на добу кожні 6 тижнів.

Результати дослідження. Дані проведеного дослідження свідчать, що лікування пегаптанібом слід призначати якомога раніше. При інтравітреальному введенні макугену у хворих з наявністю поодиноких дрібних геморагій на сітківці та за відсутності неова-

скулярних мембран достатньо 1–2 ін'єкцій для стабілізації процесу протягом 1 року спостереження. Також при введенні препарату в одне око спостерігалось достовірне поліпшення (в середньому на $0,06 \pm 0,007$) гостроти зору на парному оці. Результати проведеного лікування показали, що в 83% випадків відмічалось поліпшення зорових функцій вже через 2 тижні після початку лікування, причому у 32% пацієнтів гострота зору підвищилась в середньому на $0,3 \pm 0,02$. У 17% пацієнтів, що залишилися і мали тривалий термін перебігу цукрового діабету та діабетичної ретинопатії, спостерігалась стабілізація патологічного процесу і зорових функцій при спостереженні протягом 1 року.

Висновки. Інтравітреальне введення пегаптаніб у лікуванні проліферативної діабетичної ретинопатії дозволяє: поліпшити зорові функції (внаслідок зменшення макулярного набряку), мінімалізувати кількість ускладнень діабетичної ретинопатії, поліпшити віддалений прогноз захворювання, зменшити потребу в проведенні лазеркоагуляції сітківки, провести передопераційну підготовку (перед вітректомією або антиглаукоматозною операцією) та знизити ризик інтра- та післяопераційних ускладнень.



Патологічна морфологія

Miadzvedzeva A.

VASCULAR CHANGES IN CARDIAC MYXOMAS RESEMBLING THOSE IN MERKEL CELL CARCINOMA

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus
Faculty of General medicine
(scientific adviser - PhD Yudina O.)

Background. Cardiac myxomas are the most well-known cardiac tumours to date, yet the morphology of their vascular component has not been widely depicted in literature. The purpose of this study is to fully characterize the features of vascular changes associated with cardiac myxomas and to determine their frequency and differential diagnostic implications. Through our study we aim to compare the peculiarities of vascular changes in cardiac myxomas with those in Merkel Cell Carcinoma (MCC) to show that the classification of vessel changes in MCC is applicable to myxomas. This aspect can be widely used by the specialist dealing with heart tumours in order to improve the diagnosis. MCC was chosen for its prominent vascular changes, which have not been very well studied until recently.

Methods. The key method of our study was light microscopy. 34 hematoxylin and eosin-stained histologic specimens of cardiac myxomas, diagnosed between 2006 and 2011 were included in the study. Microphotographs were taken with the help of a Leica DFC 425-C Camera and the necessary program equipment; statistical analysis was performed with the help of STATISTICA 6.21.

The clinical information and follow-up data were obtained from the clinical database and referring pathologists of Minsk City Bureau of Pathology and the Republic Scientific and Practical Centre "Cardiology", Minsk, Republic of Belarus.

Results. The peculiarities of vascular changes in myxomas can be compared with those in MCC. Vascular changes in MCC are classified into the following 7 patterns: pericyte hyperplasia, pyogenic granuloma-like, hemangioendothelioma-like, epithelioid hemangioma-like, peliosis-like, follicular dendritic cell tumor-like pattern and Azzopardi phenomenon. The following 3 types are the most characteristic of cardiac myxomas: pericyte hyperplasia, pyogenic granuloma-like pattern and peliosis-like pattern.

Conclusion. In terms of prominent vascular changes, cardiac myxomas can be considered somehow similar to Merkel Cell Carcinoma. The use of the classification of such a phenomenon in MCC can improve and simplify the diagnosis of myxomas. The most characteristic vascular changes in cardiac myxomas include pericyte hyperplasia, pyogenic granuloma-like pattern and peliosis-like pattern.

Андрющенко Ю.А.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна
Кафедра дитячої хірургії
(науковий керівник - к.мед.н. Притула В.П.)

Попри велику кількість наукових праць, присвячених вивченню складних патфізіологічних розладів, етіологію та лікування, властивих портальній гіпертензії (ПГ), ця хвороба й досі є однією з найскладніших в терапії і хірургії. На відміну від клінічної практики, в якій деталізовані дослідження іноді неможливі, дослідження ПГ дозволяється завдяки використанню експериментальних моделей.

Метою роботи було обґрунтувати доцільність експериментального моделювання стану ПГ на щурах з ціллю подальшого впровадження в клінічну практику, навести порівняльну оцінку нині існуючих моделей на основі даних літератури, беручи до уваги макроскопічний та гістологічний аналіз, навести критерії для вибору моделі.

Згідно класифікації ПГ за анатомічним типом та локалізацією порушення кровотоку (G. Treiber), розрізняють три типи портальної гіпертензії: допечінкова, внутрішньопечінкова (поділяється на пресинусоїдальну, синусоїдальну та постсинусоїдальну), та постпечінкова ПГ. Допечінкова форма портальної гіпертензії моделюється шляхом часткової перев'язки

ворітної вени (Н.Н.Бурденко, 1909). Моделювання внутрішньопечінкової пресинусоїдальної ПГ здійснюється шляхом ін'єкції церкарій паразита *Schistosoma mansoni* в черевну стінку. Відтворення в експерименті синусоїдальної ПГ досягається шляхом перев'язки загальної жовчної протоки або ін'єкції речовин гепатотоксичної дії (CCl₄, тіоацетаміду, диметилнітрозаміну). Постсинусоїдальна ПГ виникає внаслідок венооклюзійної хвороби, тому для її моделювання доцільним є введення монокроталіну, що повністю відтворює патогенез та клінічну картину хвороби. Модель постпечінкової ПГ, а саме перев'язка нижньої порожнистої вени, відображає особливості синдрому Бадда-Кіарі. Літературні дані гістологічного та макроскопічного дослідження експериментальних моделей майже повністю відтворюють патогенез та перебіг портальної гіпертензії, цим самим підтверджуючи ефективність вищеприказаних моделей. Їх використання є вкрай важливим, оскільки дозволить деталізувати знання про портальну гіпертензію та розробити ефективні методи профілактики та лікування.



Гарвасюк О.В.

**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕВОЛЮЦІЮ ТРОФОБЛАСТА ХОРІАЛЬНИХ
ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ ЛЮДИНИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.)

В останній час завдяки сучасним молекулярним дослідженням з'явилися нові дані щодо еволюції трофобласта хоріальних ворсинок (ХВ) плаценти людини. Трофобласт сформованих ХВ плаценти людини представлений цитотрофобластом (одно- або, іноді, - двоядерні клітини) та синцитіотрофобластом (багатоядерні симпластичні структури).

Цитотрофобласт бере участь у регенерації ворсинок синцитіотрофобласту. Нещодавно стало відомо, що як тільки в синцитіотрофобласті з'являються перші ознаки деградації (втрата рибосом, дегрануляція гранулярного ендоплазматичного ретикулуму), цитотрофобласт починає проліферувати. Деякі з дочірніх незрілих клітин диференціюються, при цьому збільшується кількість органел. У цей час у цитотрофобласті з'являються деякі ознаки першої стадії апоптозу, зокрема, фосфатидилсерин перевертається на зовнішній стороні мембрани (екстерналізація ліпідів). Ця екстерналізація індукує синцитіальне злиття - вливання клітин цитотрофобласта в синцитіотрофобласт. Після дезінтеграції розділової мембрани новоутворені органе-

ли цитотрофобласту разом з високим вмістом РНК і білків переносяться в синцитій і таким чином відновлюють його. Одночасно в цитотрофобласті підвищується рівень інгібіторів апоптозу (вс1-2, Мс1-1), які також переносяться в синцитіотрофобласт шляхом синцитіального вливання, тимчасово блокуючи розвиток апоптичного каскаду. Варто зазначити, що ядра синцитіотрофобласта, які щойно влилися, можуть бути легко ідентифіковані протягом певного періоду за своїми розмірами і низькою кількістю гетерохроматину. Як тільки органили синцитію деградує черговий раз, цей процес розпочинається знову і знову. У результаті велика кількість трофобластичних ядер збираються у компактні групи в синцитіотрофобласті. Далі ядра групуються у так звані синцитіальні вузли (вузлики), виступаючи як росток-подібні структури, і згодом відбувається екструзія згрупованих апоптичних ядер (випинання або відторгнення у інтервільозні простори).

Наведені дані дозволяють по новому поглянути на морфологію трофобласта ХВ плаценти людини

Глуха М.О., Глуха В.О.

**АКТИВНІСТЬ ТА ВМІСТ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ЛУЖНОЇ ФОСФАТАЗИ У ТРОФОБЛАСТІ
ЗРІЛИХ ХОРІОНАЛЬНИХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ ПРИ ВАГІТНОСТІ З
КЛІНІЧНИМИ ОЗНАКАМИ НЕДОСТАТНОСТІ ПОСЛІДУ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.)

Актуальність. Термінологічна одиниця «лузна фосфатаза» (ЛФ) є груповим поняттям і включає в себе ферментні молекули з різною хімічною будовою, спільною ознакою яких є здатність відщеплювати фосфат від багатьох типів молекул, при цьому ці ферменти проявляють найбільшу активність у лужному середовищі. Плацентарна ЛФ відіграє важливу роль у функціях плаценти. Вміст плацентарної ЛФ можна визначити імуногістохімічним методом, а активність - завдяки особливості, яка полягає в тому, що плацентарна ЛФ є термостабільним ферментом, тобто її ферментні властивості, на від відміну від інших ЛФ, зберігаються навіть після термічної обробки.

Мета. Встановити активність та вміст плацентарної ЛФ у трофобласті зрілих хоріальних ворсинок плаценти при вагітності з клінічними ознаками недостатності посліду.

Матеріал і методи. Досліджено плаценти у термін вагітності 37-40 тижнів: 14 - при недостатності посліду, 15 - при фізіологічній вагітності. Вивчали проміжні зрілі, термінальні, стовбурові «пізні» ворсинки. Активність плацентарної ЛФ визначали

методом азосполучення після термічної обробки в термостаті при 58°C. Вміст плацентарної ЛФ вивчали імуногістохімічним методом. Інтенсивність специфічного забарвлення вимірювали методом комп'ютерної мікроденситометрії. Середні цифри статистично порівнювали за допомогою непараметричного методу - критерію Манн-Whitney.

Результати дослідження. Оптична густина забарвлення при визначенні активності плацентарної ЛФ методом азосполучення у трофобласті при недостатності посліду становила $0,09 \pm 0,004$ од. опт. густини, а при фізіологічній вагітності - $0,11 \pm 0,006$ од. опт. густини ($p=0,001$).

Отже, активність плацентарної ЛФ при недостатності посліду була зниженою у середньому на 22,2%. Оптична густина забарвлення при визначенні вмісту плацентарної ЛФ методом імуногістохімії у трофобласті при недостатності посліду склала $0,21 \pm 0,010$ од. опт. густини, а при фізіологічній вагітності - $0,27 \pm 0,011$ од. опт. густини ($p=0,005$). Тобто, вміст плацентарної ЛФ при недостатності посліду був зниженим у середньому на 28,6%.

Заболотна І.Е.

МІКРОДЕНСИТОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕРХНІ ТА ЦИТОПЛАЗМИ КЛІТИН РІЗНИХ ТИПІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛЮМІНЕСЦЕНТНИХ КОЛОЇДНИХ CdMnS НАНОЧАСТИНОК ПРИ ПЕРИТОНІТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.)

Актуальність. Робота присвячена пошуку шляхів практичного застосування нового люмінесцентного методу на основі нанотехнологій.

Мета. З'ясувати, чи міняється при перитоніті порівняльна здатність поверхонь та цитоплазми клітин різних типів сприймати колоїдні CdMnS наномолекули.

Матеріал і методи. Досліджено матеріал печінки та сальника у 12 померлих від перитоніту. Групою порівняння служили 16 спостережень смерті від гострої серцевої недостатності без патології черевної порожнини. Мікроденситометрію клітинних поверхонь та цитоплазми виконували на цифрових копіях зображень гістологічних препаратів, які обробляли розчином колоїдних CdMnS наночастинок. Досліджені такі клітини: еритроцити, гепатоцити, ендотеліоцити, епітеліоцити жовчних протоків портальних трактів, ліпоцити. Обраховували коефіцієнт S/C (ділили яскравість світіння поверхні клітини на яскравість світіння цитоплазми). Середні цифри статистично порівнювали за допомогою непараметричного методу – критерію Mann-Whitney.

Результати дослідження. Інтенсивність люмінесценції при перитоніті зменшувалась як на поверхні так і в цитоплазмі клітин, але в

неоднаковій мірі. Зокрема, коефіцієнт S/C в еритроцитах при перитоніті у середньому становив $1,02 \pm 0,011$ проти $1,64 \pm 0,014$ у групі порівняння ($p < 0,001$), у гепатоцитах – $1,03 \pm 0,009$ ($1,28 \pm 0,013$, $p < 0,001$), в ендотеліоцитах – $1,01 \pm 0,007$ ($1,22 \pm 0,010$, $p < 0,001$), в епітеліоцитах жовчних протоків портальних трактів – $1,12 \pm 0,011$ ($1,24 \pm 0,016$, $p < 0,001$), у ліпоцитах – $1,89 \pm 0,024$ ($3,04 \pm 0,046$, $p < 0,001$). Вказані цифри означають зменшення різниці інтенсивності люмінесценції між поверхнею та цитоплазмою досліджених клітин. Отримані дані, вказують на те, що токсини, підсилене надходження яких у кров є характерним для перитоніту, найбільше вражають поверхню клітин. Цей факт має практичне значення, бо його можна використати для діагностики й оцінки ступеня тяжкості синдрому інтоксикації. Вказаний факт має також і теоретичне значення, адже ураження клітинної поверхні неодмінно порушить отримання клітиною сигналів від інформаційних молекул. При перитоніті суттєво зменшується різниця у сприйманні колоїдних CdMnS наномолекул поверхнею та цитоплазмою клітин різних типів.

Іліка В.В.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАВОХОДУ БАРЕТТА ПРИ ФАКУЛЬТАТИВНОМУ ПЕРЕДРАКОВОМУ СТАНІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.)

Актуальність. Останніми роками серед гастроентерологічних захворювань особливе місце займає гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), наявністю широкого спектра ускладнень та позастравохідних проявів, розвитком передракового стану – стравоходу Барретта (СБ).

Мета. Дослідити частоту виникнення СБ в залежності від віку та статі у хворих на ГЕРХ та виявити осіб з підвищеним ризиком розвитку аденокарциноми стравоходу.

Матеріал та методи. У роботі проаналізовані дані ендоскопічного та мікроскопічного дослідження 56 хворих. З підозрою на СБ була проведена прицільна біопсія слизової оболонки дистального відділу стравоходу. Для гістологічного дослідження використовували зрізи зафарбовані гематоксином і еозином.

Результати дослідження. Із 56 хворих на ГЕРХ під час ендоскопічного дослідження було виявлено 12 (21%) випадків з підозрою на СБ, серед яких

чоловіків – 9 (75%), жінок – 3 (25%), середній вік обстежуваних становив $59,5 \pm 1,4$ роки. При вивченні гістологічних зрізів оцінювали такі параметри: характер клітин покривного епітелію, типи залоз, ознаки проліферації та дисплазії епітелію. Було встановлено, що неповний тип кишкової метаплазії (КМ) плоского епітелію проксимальніше кардіоезофагального переходу виявлений лише у 23%, в решти – у стравоході виявлені інші типи епітелію: повна КМ плоского епітелію, КМ кардіального фундального епітелію, шлункові типи епітелію без КМ. У 2 хворих виявлена слабка дисплазія на фоні КМ плоского епітелію.

Висновок. Отримані дані свідчать про високу частоту виникнення СБ, насамперед серед осіб чоловічої статі. До СБ як факультативного передракового захворювання слід віднести тільки випадки виявлення в стравоході неповної кишкової метаплазії плоского епітелію.



Карпенко Ю.Г., Сивокоровська А.С.
РАПТОВА МАЛЮКОВА СМЕРТНІСТЬ НА БУКОВИНІ

Буковинський державний медичний університет,
Кафедра патоморфології
КМУ «Обласне патологоанатомічне бюро», Чернівці, Україна
(наукові керівники - д.мед.н. Олійник І.Ю., Коваль Ю.І.)

Синдром раптової дитячої смерті або раптова малюкова смертність (СРДС: в англійській літературі Sudden Infant Death Syndrome) – несподівана ненасильницька смерть дитини віком від 7 днів до 1 року, яка залишається без пояснення після вивчення анамнезу, повного патологоанатомічного дослідження і аналізу обставин смерті та місця події. Вивчення регіональної поширеності СРДС, аналіз факторів ризику його розвитку та науково-інформаційне забезпечення профілактичних заходів стали ефективними після розгортання в Україні міжнародних програм вивчення раптової малюкової смертності: ECAS (European Certified Action on Sudden Infant Death) – Європейська координувана акція по боротьбі з СРДС (17 центрів із 20 країн Європи) та ICCPS (International Child Care Practices Study) – Міжнародне вивчення практики догляду за дітьми (17 країн Європи, Азії, Америки, Австралії). На базі Чернівецької обласної комунальної медичної установи «Патологоанатомічне бюро» проведено ретроспективний аналіз 1081 протоколу розтину дітей віком від 7 днів до 1

року за період 2000–2012 рр. До уваги бралися всі випадки раптової смерті грудних дітей, у яких фігурував СРДС з відповідним патологоанатомічним підтвердженням діагнозу. Аналізували частоту СРДС за роками згідно групового спостереження за комплексом виявлених клініко-морфологічних даних, урахуванням віку та статті померлих, кількістю випадків серед мешканців міської та сільської місцевості. За досліджуваний період у 17 випадках виявлено СРДС, що становить 1,57 % від загального числа розтинів. Серед них, як самостійний діагноз, СРДС виявили у 13 випадках; у поєднанні з тимомегалією – у 1 випадку; з гострими респіраторно-вірусними інфекціями – у 3 випадках. Встановлено, що СРДС частіше наставав вночі з 00 год. до 06 год., під час сну. Частіше за все (11 випадків із 17) СРДС діагностували у дітей віком 2–8 місяців. Із урахуванням статі померлих дітей СРДС у хлопчиків діагностовано у 9 випадках, а у дівчаток – у 8 випадках. За місцем проживання сімей померлих СРДС виявляли у мешканців сільської місцевості частіше (15 випадків), ніж у мешканців міста (2 випадки).

Лазарук О.В., Сучеван А.Г., Павликівська Г.І.
РАК ТОВСТОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШКИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патоморфології
(науковий керівник - Лазарук О.В.)

Щороку реєструється більше 160 тисяч хворих в Україні та майже 1300 у Чернівецькій області. 17 тисяч чернівчан-онкохворих перебувають на обліку в диспансері. У структурі онкологічної захворюваності чоловічого населення провідні 5 місць займають злоякісні пухлини легень, шлунка, шкіри, передміхурової залози, прямої кишки, які становлять 53,9% від злоякісних пухлин. У жінок перші 5 місць займають: рак молочної залози, шкіри, тіла матки, шлунка, ободової кишки, які становлять 53,4% відповідно. Щорічно в світі реєструється понад півмільйона випадків захворювання на рак товстої і прямої кишки. Найбільша захворюваність відзначається в США, Канаді, країнах Західної Європи. Менш виражений ріст захворюваності в країнах Азії та Африки. Найчастіше на рак товстої і прямої кишки хворіють люди віком від 50 років. Триповним є той факт, що на 100 нових хворих на рак ободової та прямої кишки доводиться більше 70 померлих, з них на першому році з моменту встановлення діагнозу близько 40%. Це обумовлено тим, що при первинному зверненні пацієнтів запущені форми раку діагностуються у 71,4% хворих на рак ободової кишки і у 62,4% в випадках захворювання на рак прямої кишки. Об'єктом нашого дослідження були чоловіки та жінки, хворі на рак товстої та прямої кишки, які

знаходились на стаціонарному лікуванні в Обласному онкологічному диспансері з 2010 року по 2012 рік. В 2010 році – 282 спостереження. З них рак ободової кишки – 149, рак прямої кишки – 133. За 2010 рік смертність від раку ободової кишки склала 80 пацієнтів, а з раком прямої кишки та ануса – 94 (разом 174). В 2011 році з раком ободової кишки звернулось 158 хворих та 121 з раком прямої кишки та ануса. Протягом 2011 року було зареєстровано 93 смерті у пацієнтів з раком ободової кишки та 90 з раком прямої кишки та ануса (разом 183). За 2012 рік виявлено 128 випадків раку ободової кишки та 115 випадків раку прямої кишки та ануса. Померло від раку ободової кишки – 91 людина, прямої кишки та ануса – 95 (разом 186 осіб). Отже, за даними ретроспективного дослідження історій хвороб пацієнтів обласного онкологічного диспансеру, захворюваність на рак товстої та прямої кишок не змінювалась достовірно протягом 2010–2012 років. Проте, відмічено тенденцію до зростання смертності хворих на 5% упродовж 2011 року і на 7% упродовж 2012 року порівняно з 2010. Тому рак товстої та прямої кишки залишається надзвичайно актуальною проблемою, яка привертає увагу науковців та клініцистів і потребує розробки нових методів скринінгу та лікування.

Ліходієвський В.В., Корсак А.В.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТКАНИНИ ПЕЧІНКИ ЧЕРЕЗ 7 ДНІВ ПІСЛЯ ВПЛИВУ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ТА ВИСОКОЧАСТОТНОГО ЕЛЕКТРОХІРУРГІЧНОГО ІНСТРУМЕНТА

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна
Кафедра гістології та ембріології, Інститут проблем патології
(науковий керівник - д.мед.н. Чайковський Ю.Б.)

Застосування немедикаментозних засобів зупинки кровотеч з паренхіматозних органів набуває широкого розповсюдження. Проте, особливості впливу їх на тканину паренхіматозних органів залишаються недостатньо вивченими.

Об'єктом дослідження була печінка 30 щурів лінії Вістар, що були розділені на 3 групи. Вплив на паренхіму печінки щурів 1 та 2 дослідних груп проводився за допомогою високочастотного електрохірургічного інструмента „ЕКОНТ-0201” фірми „Контакт” (ЕХВЧ) у режимі біполярної коагуляції та ультразвуковим хірургічним інструментом (УЗХІ) відповідно. Контрольну групу склали інтактні щури. Аналіз тканини печінки проводили через 7 днів після оперативного втручання. Для гістологічного та електронномікроскопічного дослідження брали шматочки печінки із зони, що зазнала впливу із захопленням суміжної ділянки. Отримані зрізи фарбували гематоксилін-еозином та за Ван-Гізоном. При морфологічному дослідженні печінки, у щурів обох експериментальних груп в ділянці, яка зазнала впливу, спостерігалось порушення балочної будови та деструкція клітин

печінки, що більш виражена у щурів із застосуванням ЕХВЧ. Зона безпосереднього впливу інструментів відокремлена від суміжної ділянки фуксинофільною перехідною зоною, площа якої більша у щурів із застосуванням ЕХВЧ. Ультрамікроскопічно в перехідній зоні печінки щурів із застосуванням ЕХВЧ наявні пучки колагенових волокон, чисельні фібробласти, чого не спостерігається у щурів із використанням УЗХІ, де наявні поодинокі колагенові волокна. У зоні суміжній з ділянкою впливу ЕХВЧ виявляються клітини з ознаками функціонального напруження, що полягає у гіпертрофії комплексу Гольджі, гранулярного ендоплазматичного ретикулу. У аналогічній ділянці печінки щурів із застосуванням УЗХІ наявні як поодинокі темні клітини, так і значна кількість молодих, функціонально активних двоядерних клітин. Таким чином, виявлені морфологічні зміни вказують на початок формування грубого сполучнотканинного рубця за умов застосування високочастотного електрохірургічного інструмента, на відміну від використання ультразвукового хірургічного інструмента.

Овсянников А.А., Сакал В.В., Кравченко А.А.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Кафедра патологической анатомии
(научный руководитель - д.мед.н. Гаргин В.В.)

Актуальность. Известно, что при сопоставлении визуальных и морфологических данных (биопсия) гастроэзофагальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) гистологически диагностируют в 2,5–3 раза чаще, чем эндоскопически. В связи с этим, можно констатировать, что разработка гистологических критериев диагностики ГЭРБ является важной и актуальной задачей.

Цель исследования. Выявление степени значимости гистологических изменений при ГЭРБ.

Материал и методы. Нами изучены биоптаты 223 больных, у которых была диагностирована ГЭРБ (72 женщины и 151 мужчина, в возрасте от 22 до 80 лет).

Результаты исследования. Сопоставление собственных эндоскопических и гистологических результатов свидетельствует об «утяжелении» формы ГЭРБ после гистологического исследования. При этом, если в случае эндоскопически неэрозивной ГЭРБ несоответствие эндоскопических и гистологических данных практически всегда соответствовало выявлению при микроскопическом исследовании признаков более тяжелой формы, то для пищевода Барретта картина иная.

В этом случае наблюдалась эндоскопическая как гипо-, так и гипердиагностика.

Частота гиперплазии базальных клеток наблюдается у подавляющего большинства больных с утяжелением по мере утяжеления клинико-морфологической формы. При этом нарастает и степень выраженности признака. Такая же картина наблюдалась и в отношении увеличения длины эпителиальных сосочков. Инфильтрация мононуклеарными элементами отмечалась у всех больных; во всех подгруппах; чаще наблюдалась умеренная степень выраженности признака. Инфильтрация полиморфноядерными клетками выявлена у большинства больных, при этом у всех пациентов с ЭЯГЭРБ. Наиболее выражен этот признак также в группе ЭЯГЭРБ. Наличие эрозивно-язвенных изменений является обязательным условием для верификации ЭЯГЭРБ. Эрозивно-язвенные повреждения выявлены также у пятой части пациентов с ПБ.

Выводы. Всем больным с ГЭРБ необходим комплексный диагностический подход, сочетающий не только эндоскопическое исследование, но и гистологический анализ биоптатов.



Соротюк А.І., Тюленєва О.А.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОДУКЦІЇ ЗАГАЛЬНОГО БІЛКА ТА ГЛІКОГЕНУ ТРОФОБЛАСТОМ ЕКСТРАХОРАЛЬНОЇ ПЛАЦЕНТИ ЗА УМОВИ ЇЇ GESTАЦІЙНОЇ НЕЗРІЛОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - к.мед.н. Тюленєва О.А.)

Два типи екстрахоріальних плацент: placenta circumvallata (плацента, оточена валиком) та placenta circummarginata (плацента, оточена обідком) є найбільш частими варіантами порушення розвитку цього органу і разом зустрічаються у 6,8–32,0% серед всіх пологів. Попередніми імуногістохімічними дослідженнями процесів регуляції чисельності клітин (проліферації та апоптозу) нами показано, що в екстрахоріальних плацентах відбувається гальмування розвитку хоріального дерева. Висловлено припущення, що діагноз екстрахоріальної плаценти одночасно є діагнозом хронічної плацентарної недостатності (ХПН), оскільки гестаційна незрілість хоріального дерева має призводити до розвитку хронічної недостатності плаценти. Одними з важливих критеріїв морфологічної діагностики ХПН є концентрація загального білка та глікогену (маркера енергетичних процесів) у синцитіотрофобласті плаценти.

Мета дослідження. В аспекті хронічної плацентарної недостатності встановити особливості продукції загального білка та глікогену трофобластом екстрахоріальної плаценти за умови її гестаційної незрілості.

Матеріал і методи. Досліджено 26 екстрахоріальних плацент (основна група) і 24 плаценти типової дископодібної форми при фізіологічній вагітності й пологах (контрольна група) та за клінічних ознак хронічної

плацентарної недостатності.

Оцінку концентрації загального білка у синцитіотрофобласті здійснювали на підставі вимірювання оптичної щільності забарвлення цитоплазми синцитіотрофобласта при постановці гістохімічної реакції на загальний білок з бромфеноловим синім за Бонхегом. Встановлено, що при ХПН як при плацентах звичайної форми, так і при екстрахоріальних плацентах суттєво знижується середня концентрація загального білка у синцитіотрофобласті хоріальних ворсин. Аналогічна закономірність визначена щодо концентрації глікогену (маркера енергетичних процесів) у цитоплазмі синцитіотрофобласта хоріальних ворсин. Визначення концентрації глікогену здійснювали комп'ютерно-мікроденситометричним методом за допомогою ШИК-реакції (PAS-реакції) з паралельним контролем за допомогою ферменту слини – амілази з дозбарвленням ядер залізним гематоксиліном Бруссі.

Висновок. Аналіз результатів проведеного дослідження дозволяє дійти висновку, що гестаційна незрілість хоріального дерева екстрахоріальної плаценти, зумовлює розвиток хронічної плацентарної недостатності, як це показано на прикладі дослідження концентрації загального білка та глікогену у цитоплазмі синцитіотрофобласта хоріальних ворсин.

Шендерюк О.О., Шендерюк О.П.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СУДИННОГО РУСЛА ПЛАЦЕНТИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ В АНАМНЕЗІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патоморфології

(науковий керівник - д.мед.н. Давиденко І.С.)

Актуальність. Роль плаценти надзвичайно велика як при фізіологічному перебігу вагітності, так і за несприятливих умов для розвитку і росту плода. Ця патологія є однією з причин розвитку плацентарної недостатності з виникненням хронічної внутрішньоутробної гіпоксії та гіпотрофії плода.

Мета дослідження. Дослідити морфологічні особливості судинного русла плаценти у вагітних жінок з преєклампсією в анамнезі.

Матеріал: плаценти вагітних з преєклампсією в анамнезі, плаценти з фізіологічною вагітністю.

Методи: морфологічні, морфометричні, гістологічні методи дослідження плаценти.

Результати дослідження. У результаті вивчення кровопостачання плаценти нами відмічено наявність у ній всіх ланок гемомікроциркуляторного русла з глобусною регуляцією мікроциркуляції з утворенням судинної сітки у ворсинах хоріона із двох-трьох артерій, які супроводжуються однойменними венами.

У кінцевих ворсинах спостерігались значне розростання колагенових волокон і низький вміст клітинних елементів трофобласта. Просвіт капілярів у таких ворсинах значно звужений, нерівномірний. Поряд з цим з'являється більша кількість функціонально активних синцитіальних вузликів у термінальних ворсинах із синцитіально-капілярними мембранами. Інколи

тут зустрічаються капіляри синусоїдного типу. На поверхні ворсинки спостерігались масивні відкладення фібриноїду. Поряд зі склеротично зміненими ворсинами локально спостерігались ворсини з явищами компенсаторної гіперплазії капілярів. Поряд з нормальними, добре васкуляризованими термінальними ворсинами зустрічались зони хаотично склерозованих ворсин.

Ядра ендотеліоцитів у капілярах значно сплющувалися, маючи продовговату форму з численними вип'ячуваннями в просвіті. Окремі мітохондрії мали просвітлений матрикс і нечітко виражені гребінці з ознаками вакуолізації та формування мієліноподібних тілець. Ендоплазматична гранулярна сітка складалась з численних дрібних пухирців, покритих незначною кількістю рибосом.

У цитоплазмі часто зустрічались осміофільні гранули і лізосоми, була відмічена незначна кількість мікрофіламентів.

Таким чином, у вагітних з преєклампсією в анамнезі спостерігались морфологічні зміни у гемомікроциркуляторному руслі плаценти з наявністю деструктивних і компенсаторних процесів, що визначають подальший розвиток і стан плода. Усе це є причиною плацентарної недостатності, що призводить до розвитку гіпоксії плода та його гіпотрофії.



Патологічна фізіологія



Волинська М.В.

ВМІСТ ПРОДУКТІВ ОКИСНЮВАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ ТА МЕТАБОЛІТІВ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ В НИРКАХ ЩУРІВ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ІШЕМІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра анестезіології та реаніматології
(науковий керівник - д.мед.н. Ткачук О.В.)

Актуальність. Основними причинами інвалідизації та смертності хворих на цукровий діабет (ЦД) є його ускладнення, у першу чергу – нефропатія, ретинопатія, синдром діабетичної стопи, кардіоміопатія тощо. Однак накопичених даних стосовно механізмів пошкодження внутрішніх органів у хворих на ЦД, на жаль, недостатньо для запобігання розвитку ускладнень. Особливо гострим є дефіцит наукових досліджень патології внутрішніх органів при поєднанні ЦД із гострими розладами мозкового кровообігу, адже відомо, що останні, як і діабет, спричиняють довготривалі поліорганичні ефекти. Мета роботи. Дослідити вміст продуктів окиснювальної модифікації білків та метаболітів монооксиду нітрогену в нирках щурів із цукровим діабетом, ускладненим неповною глобальною ішемією–реперфузією мозку. Матеріал і методи. ЦД моделювали внутрішньочеревним уведенням стрептозотоцину (Sigma, США, 60 мг / кг маси) двомісячним самцям щурів. Через чотири міс. у частини тварин із ЦД та в шестимісячних контрольних щурів моделювали ішемію–реперфузію мозку кліпсуванням обох загальних сонних артерій протягом 20 хв.

Для вивчення ранніх наслідків ішемії–реперфузії тварин виводили з експерименту через одну год. від початку реперфузії, а відстрочених – на 12–ту добу. У гомогенатах кіркової та мозкової речовини нирок досліджували вміст продуктів окиснювальної модифікації білків (ОМБ) нейтрального та основного характеру і метаболітів оксиду азоту

Результати дослідження. Встановлено, що в ранньому ішемічно–реперфузійному періоді знижується вміст продуктів ОМБ та метаболітів монооксиду нітрогену в кірковій і мозковій речовині нирок контрольних щурів. На 12–ту добу спостереження у кірковій речовині нирок тварин усіх експериментальних груп зміни не виявлено, а в мозковій речовині щурів із ЦД, ускладненим ішемією–реперфузією, виявлено зростання вмісту продуктів ОМБ та зниження – продуктів монооксиду нітрогену.

Висновки. У контрольних щурів ішемія–реперфузія головного мозку спричиняє суттєві зміни вмісту продуктів окиснювальної модифікації білків та монооксиду нітрогену в ранні терміни спостереження, а в щурів із цукровим діабетом – у пізні.

Дубовик Є.І., Будко В.В.

ЧАСТОТА АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ BSM1 ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВІТАМІНУ D У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ АТЕРОТРОМБОТИЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Сумський державний університет, Суми, Україна
Кафедра фізіології і патофізіології з курсом медичної біології
(науковий керівник - к.біол.н. Гарбузова В.Ю.)

Актуальність. Нині є дані про те, що кальцифікація артеріальних судин корелює з розвитком гострих порушень коронарного і мозкового кровообігу. З огляду на це вивчаються зв'язки між механізмами ектопічної мінералізації, зокрема молекулярно–генетичними, і поширеними та тяжкими наслідками артеріосклеротичного процесу – інфарктом міокарда, ішемічним інсультом. Оскільки до реалізації певних патогенетичних механізмів артеріосклерозу може бути причетний ген рецептору вітаміну D (VDR), то його кількісні і якісні особливості, зумовлені генетичним поліморфізмом, стають об'єктом глибших досліджень у серцево–судинній патології. Мета дослідження. Провести аналіз асоціації Bsm1 поліморфізму гена VDR з розвитком ішемічного інсульту.

Матеріали і методи. В роботі представлені результати визначення зв'язку Bsm1 (rs1544410) поліморфізму гена VDR у 170 хворих з ішемічним атеротромботичним інсультом (IATI) і 124 здорових індивідумів (контрольна група). Ішемічний характер інсульту встановлювався за даними анамнезу і клінічної картини хвороби, даних МРТ–дослідження головного мозку. Патогенетичний варіант інсульту визначали відповідно

до критеріїв TOAST, на підставі анамнестичних даних і особливостей клінічного перебігу хвороби, даних ультразвукової доплерографії магістральних артерій голови, ЕКГ. Визначення Bsm1 поліморфізму гена VDR проводили за допомогою методу полімеразної ланцюгової реакції (PCR) з наступним аналізом довжини рестрикційних фрагментів при виявленні їх шляхом електрофорезу в агарозному гелі.

Результати дослідження. Генотипування хворих з IATI та пацієнтів контрольної групи за Bsm1 поліморфізмом гена VDR дало змогу встановити частоту, з якою зустрічаються окремі варіанти цього гена, а також порівняти їх між групами. Так, встановлено, що у хворих з IATI співвідношення гомозигот за b–алелем (b/b), гетерозигот (b/B) і гомозигот за B–алелем (B/B) складає 41,8%, 43,5% і 14,7%, а в контрольній групі – відповідно 46%, 41,9% і 12,1%. При цьому відмінності частоти зазначених генотипів між групою хворих з IATI та контрольною групою були статистично недостовірними ($\chi^2=0,692$, $P=0,707$).

Висновки. Не виявлено зв'язку Bsm1 поліморфізму гена VDR з ішемічним атеротромботичним інсультом.

Карнась Н.О., Картавія П.Д.

ЗМІНА ХРОНОРИТМІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ НИРОК ПРИ ПАТОЛОГІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра медичної біології, генетики та фармацевтичної ботаніки,
(наукові керівники - к.мед.н. Кривчанська М.І., к.мед.н. Хоменко В.Г.)

Залишається актуальним вивчення впливу різних патогенних факторів, зокрема впливу хлоридів різних металів за умов поєднаної дії стресу. На сьогодні особливо актуального значення набуває хронобіологічний підхід до розробки методів профілактики та корекції наслідків впливу на організм різних ушкоджувальних факторів навколишнього середовища. Хроноструктура ритмів деяких фізіологічних процесів у людини є важливим критерієм діагностики та ефективності лікування.

Відомо, що добовий ритм зумовлений взаємозв'язком клубочкового й канальцевого апаратів нирки на підставі визначення ритмів осмолярності сечі, екскреції електролітів, водневих іонів, клубочкової фільтрації і канальцевої реабсорбції води. Шкідливі фактори навколишнього середовища можуть викликати суттєві фізіологічні та біохімічні зміни в організмі. Основна патологічна дія хлоридів металів припадає на нирки, що призводить до нефротоксичності. Не менш шкідливий чинник, крім шкідливої дії солей металів на організм, виражений вплив має стрес, що може призвести до фізіологічних і функціональних змін у різних системах органів людини. Пошкодження біохімічних систем нирок призводить до порушення кислотно-лужного гомеостазу з наступним порушенням більшості гомеостатичних систем організму.

На основі проведених аналізів щодо гомеостазу іонів натрію, тканинних систем необмеженого протеолізу та фібринолізу, пероксидного окиснення ліпідів й антиоксидантного захисту, енергетичного обміну та елементів сполучної тканини у взаємозв'язку з показниками функції нирок у розвитку патології ниркових канальців та інтерстицію сформульовано новий науковий напрямок патогенезу тубуло-інтерстиційного синдрому як основи швидкого прогресування та хронізації патології нирок.

Збереження в нових умовах середовища оптимального стану життєвих функцій свідчить про розвиток адаптації, а при нестачі та порушенні компенсаторно-приспосувальних механізмів можлива поява нового якісного стану організму – патологічних процесів адаптації. Патологія відбувається тоді, коли механізми підтримання гомеостазу виявляються недостатніми для повного врівноважування наявних зсувів і не можуть забезпечити адекватної адаптаційної реакції організму. Проблеми адаптації призводять до з'ясування її зв'язку з проблемою гомеостазу, а через останню з проблемою біологічних ритмів. Отже, що за умов комбінованої дії солей металів при поєднаній дії стресу спостерігається суттєва зміна показників, що призводить до порушення гомеостатичних процесів у сечі, крові та тканинах нирок.

Касімова О.С., Гуцал О.С., Патраш С.В.

АНТРОПОЛОГІЧНІ ТА ІНШІ ПОКАЗНИКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ПЕРШИХ КУРСІВ БДМУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фізіології ім. Я.Д.Кіршенבלата
(науковий керівник - д.мед.н. Ходоровський Г.І.)

Актуальність. Проблеми нормології та індивідуальної мінливості морфологічних і фізіологічних характеристик організму людини привертають значну увагу як науковців, так і фахівців практичної медицини. З року в рік відмічається погіршення стану здоров'я студентської молоді, що пов'язують з інформаційним навантаженням, видозмінами організації навчального процесу, нерациональним режимом праці та відпочинку, низькою фізичною активністю, несприятливим екологічним навантаженням та іншими чинниками (Л.І.Цибульська, 2011). Тому в середовищі студентів важливо виділити осіб з різним ступенем адаптованості до навантажень навчального процесу і впливу навколишнього середовища в цілому.

Мета дослідження. Пошук не проявів і ознак хвороб, а порушень системної організації найважливіших фізіологічних функцій організму. Матеріали та методи дослідження. У дослідженні брали участь 60 студентів II курсу БДМУ (30 дівчат (Д) і 30 юнаків (Ю)) з середнім віком 19,4 роки. Визначали тотальні (довжина і маса тіла), обхватні (на грудях, талії, стегнах) і парціальні (довжина розмаху рук), антропометричні показники. Вимірювали артеріальний тиск, частоту пульсу, об'єм дихання (ЖЄЛ), групи крові, особливості менструального циклу.

Результати досліджень. Середні розміри тіла

обох статей складають: зріст 173 см (Ю – 180 см, Д – 166 см), маса тіла 67 кг (Ю – 73,2 кг, Д – 61 кг). Ці дані дуже близькі до міжнародних стандартів (МС) зросту (Ю – 173 см, Д – 162 см) та значно вищі за масою тіла (Ю – 65 кг, Д – 55 кг). Разом із тим, індекс маси тіла (ІМС) у юнаків (22,6) і дівчат (22,18) відповідає нормі, тобто надлишкової маси тіла немає. При цьому обхватні розміри тіла дівчат: вказують на перевагу розмірів нижньої частини тіла над його верхньою частиною. У юнаків розміри цих частин тіла були більше збалансованими. Показники пропорції тіла (зріст, довжина розмаху рук) також близькі до нормальних. Артеріальний тиск (АТ) дорівнював для обох статей 124 мм рт.ст. (сист.) та 75 мм рт.ст. (діаст.). Середній гемодинамічний тиск (СГТ) для обох статей дещо більший 90 мм рт.ст. (94 мм рт.ст.), що вказує на тенденцію до ризику розвитку артеріальної гіпертензії (АГ). При цьому в юнаків такий ризик вищий (СГТ=98 мм рт.ст.), ніж у дівчат (90 мм рт.ст.). Щодо груп крові обстежуваних. Усі обстежені були резус-позитивними, серед обох статей переважала II група (33%), за нею йшли I (29%), III (28%), IV (14%).

Висновки. Величини застосованих нами показників свідчать, що вони відповідають або близькі до стандартів, які властиві для віку обстежених студентів.



Ковальцова М.В., Иващенко А.И.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЕ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Кафедра патологической физиологии
(научный руководитель - д.мед.н. Николаева О.В.)

Актуальность. Актуальной проблемой медицины является функциональные нарушения поджелудочной железы (ПЖ), вызванные влиянием экзогенных патогенных факторов.

Целью исследования. Изучение морфофункциональных особенностей ПЖ у беременных крыс при действии алиментарного фактора.

Материал и методы. Изучены морфофункциональные изменения ПЖ с использованием гистологического, цитоморфометрического методов на 6 беременных крысах на модели эксперимента с использованием гиперкалорийной диеты.

Результаты исследования. Установлено, что средняя площадь ОЛ у животных основной группы (1-я группа) превышает таковую у животных группы контроля (2-я группа): в 1-й группе $14011,0 \pm 59,15$ мкм² и во 2-й группе $11682,42 \pm 74,7$ мкм² ($p < 0,001$). У животных ОЛ округлой или овальной формы, но в 1-й группе у 33,3% крыс ОЛ лентовидной формы. В 1-й группе новообразованные мелкие ОЛ, с преобладанием β -клеток. Количество эндокриноцитов 1-й группы составляет $170 \pm 0,61$ (во 2-й - $154,46 \pm 0,89$ ($p < 0,001$)). В 1-й группе β -клетки дистрофически измененные, цитоплазма дегранулирована и вакуолизована, ядра увеличены и дегенеративно изменены; количество α -клеток в среднем

$60,35 \pm 0,35$, $p < 0,001$ (во 2-й - $55,22 \pm 0,35$), обнаруживаются апоптозно измененные клетки. У основной группы наблюдается усиление коллагенизации и разрастания соединительной ткани (100%), междольковый и внутридольковый липоматоз и фиброз ПЖ (33,3%), очаговая гидропическая дистрофия цитоплазмы (33,3%). Относительный объем стромального компонента у крыс 1-й группы ($p < 0,001$) больше, чем у животных 2-й группы (соответственно $28,59 \pm 5,02\%$ и $18,79 \pm 4,96\%$).

Выводы: У всех крыс находящихся на гиперкалорийной диете наблюдаются морфофункциональные изменения. Появление вновь образованных мелких ОЛ, гипертрофия и гиперплазия β -клеток с признаками повышения их функциональной активности, является отражением компенсаторно-приспособительных реакций в ответ на длительную гипергликемию. Наличие дистрофических процессов в части α - и β -клеток ОЛ, увеличение количества апоптозно измененных клеток свидетельствуют о наступающем истощении эндокриноцитов после функционального перенапряжения инсулярного аппарата животных вследствие длительной алиментарной гипергликемии.

Козлова Ю.В., Богданова О.О.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ ПРОТИПУХЛИННИХ АНТИБІОТИКІВ АНТРАЦИКЛІНОВОГО РЯДУ НА СЕРЦЕВО-СУДИННУ СИСТЕМУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України, Дніпропетровськ, Україна

Кафедра патологічної фізіології
(науковий керівник - д.мед.н. Довгаль М.А.)

Ризик розвитку порушень діяльності серця після введення високих доз антибіотиків антрациклінового ряду для лікування онкопатології добре відомий. Кардіотоксична дія є вагомим побічним ефектом цитопатичної терапії, яка часто визначає як якість життя пацієнтів, що знаходяться в ремісії, так і прогноз захворювання.

В даний час існує декілька гіпотез, що пояснюють механізм впливу антрациклінових антибіотиків. Домінуючою є активація процесів перекисного окислення ліпідів за участю іонів заліза в якості каталізатора реакції Haber-Weiss, що зумовлює зниження рівня антиоксидантних ферментів в міокарді (Tassan-Mangina et al., 2002). За думкою інших дослідників в патогенезі антрациклінової кардіоміопатії домінуюча роль відводиться зниженню концентрації АТФ та креатінфосфату (Непомнящих Л.М., 1991).

Порушення скорочувальної діяльності серця за даними літератури обумовлене порушення гомеостазу іонів Ca²⁺, дисфункції АТФ-ази саркоплазматичного ретикулуму та активація його кальцієвих каналів (Wang G.X. et al., 2001).

В останні роки одним з наукових напрямків стало дослідження дисбалансу поліамінів при різних захворюваннях, в тому числі і серцево-судинної системи. Вивчення рівня путресцина (нижчий поліамін), спермідину і сперміну (вищі поліаміни)

у щурів при моделюванні регенераторно-пластичної серцевої недостатності, шляхом введення доксорубіцину, показує зрушення рівноваги на користь путресцина, що призводить до підвищення його рівня в серцево-м'язовій тканині і накопичення в міокарді токсичних метаболітів, що індукують апоптоз кардіоміоцитів (Д. П. Хлопонин, 2012).

Кардіотоксичність може бути обумовлена надекспресією кардіальних генів. Так при введенні доксорубіцину в одному дослідженні спостерігалася надекспресія гена Egr-1 (Saadane N. et al., 2001), в іншому - підвищення рівня NO, за рахунок підвищення експресії ізоформи NO-синтази (Aldieri E. et al., 2002).

Одним з можливих проявів кардіотоксичності антрациклінів є формування безбольової ішемії, шляхом дисфункції ендотелію. При цьому відзначається підвищення рівня ендотеліну-1 і зниження оксиду азоту в плазмі крові хворих, які отримували ці препарати. При цьому чим вище кумулятивна доза цитостатика, тим важча дисфункція ендотелію (Н. Т. Ватутін та ін., 2001).

Знання патогенезу розвитку серцево-судинних ускладнень при застосуванні протипухлинних антибіотиків антрациклінового ряду, дозволить надалі шукати нові шляхи профілактики даної патології та розширити коло кардіопротекторних лікарських засобів.

Кравцова К.С., Данилюк М.О., Горда М.Д.
**ОЦІНКА СТАНУ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЗА АДАПТАЦІЇ ДО ТРИВАЛОЇ
 ПЕРЕРИВЧАСТОЇ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра фізіології ім.Я.Д.Кіршенבלата
 (науковий керівник - к.мед.н. Ясінська О.В.)

Одним з універсальних механізмів опосередкування дії зовнішнього середовища на клітину є гіпоксія, яка здійснює як адаптогенний, так і патогенний вплив на різних рівнях організму. У процесах реагування на різноманітні чинники середовища змінюється характер перебігу біологічних реакцій у тканинах надниркових залоз, що може бути проявом регенерації як компоненту адаптаційної перебудови, або ж розвитку процесу апоптозу за умов зриву адаптації. Вивчали вплив тривалої (14 діб) переривчастої (2 години на добу) гіпобаричної гіпоксії еквівалентної 4000 м над рівнем моря за природного освітлення, постійного освітлення та постійної темряви на стан фібринолітичних та протеолітичних, прооксидантних та антиоксидантних процесів у надниркових залозах статевонезрілих самців щурів. Експерименти проведені на 33 статевонезрілих самцях білих лабораторних щурів. У тканинах наднирників визначали стан сумарного, ферментативного і неферментативного фібринолізу за лізисом азофібрину, протеолітичної активності за лізисом азоальбуміну, азоказеїну та азоколу, показників пероксидного окиснення та активності антиоксидантних ферментів, продуктів окиснювальної модифікації білків. Експерименти проведені з дотриманням Європейської конвенції по за-

хисту хребетних тварин, яких використовують в експериментальних та інших наукових цілях. За гіпобаричної гіпоксії процеси фібринолізу та протеолізу, активність антиоксидантних процесів у наднирниках статевонезрілих самців щурів знають вірогідних змін. Так, за гіпобаричної гіпоксії виявлено зниження інтенсивності процесів фібринолізу та антиоксидантної активності каталази на 28,7%. Гіпобарична гіпоксія на тлі природного освітлення призвела до зростання інтенсивності пероксидації ліпідів порівняно з контролем. За приєднання зміненого фотоперіоду процеси пероксидації ліпідів та білків значно зросли порівняно з контролем на тлі зростання активності супероксиддисмутази та зниження каталазної активності на 74,9% за постійного освітлення та на 57,4% за постійної темряви. Такі зміни можуть свідчити про напруження регенераторних процесів у тканинах надниркових залоз за одночасної дії гіпоксії та зміненого фотоперіоду з можливим розвитком зриву адаптації. Результати даних досліджень в подальшому можуть бути застосовані для розробки рекомендацій щодо застосування фізіологічної адаптації до переривчастої гіпоксії з метою профілактики пошкоджувального впливу різноманітних чинників середовища, зокрема, штучного спотворення тривалості фотоперіоду.

Маркевич А.О., Беспалов І.М., Гончаренко Ю.І., Вірченко О.В., Фалалєєва Т.М.
**ВИКОРИСТАННЯ НИЗЬКОМОЛЕКУЛЯРНОЇ ОРГАНІЧНОЇ СПОЛУКИ КУД
 259 У ЛІКУВАННІ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ, ВИКЛИКАНИХ
 ІНДОМЕТАЦИНОМ У ЩУРІВ**

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна
 Навчально-науковий центр «Інститут біології»
 (науковий керівник - д.біол.н. Фалалєєва Т.М.)

На виразку шлунка страждає близько 10% працездатного населення, що робить це захворювання соціально значущим. Часто виразкова хвороба призводить до розвитку серйозних ускладнень: внутрішня кровотеча, перфорація виразки, рак шлунку. Сучасні експериментальні дослідження направлені на пошук нових поліфункціональних препаратів, що впливають на різноманітні патогенетичні фактори, які лежать в основі виразкової хвороби та найменше викликають побічні ефекти. У зв'язку з цим метою даної роботи було вивчення нової низькомолекулярної органічної сполуки КУД 259 у лікуванні ерозивно-виразкових уражень, викликаних індометацином у щурів.

Дослідження проведені на білих нелінійних щурах масою 220–250 г (n=21). Для викликання ерозивно-виразкових уражень вводили інтрагастрально розчин індометацину (20 мг/кг) об'ємом 200 мкл/100 г. Розчин індометацину складався з 89,5% води, 10% етанолу та 0,5% карбоксиметилцелюлози. Тварини були поділені на 3 групи: 1 – щури, яким упродовж 3-х днів після індометацину вводили внутрішньоочеревинно (в/о) фізіологічний розчин (200 мкл/100 г), 2 – щури, яким упродовж 3-х днів після індометацину

вводили 1% розчин диметилсульфоксиду (ДМСО) (200 мкл/100 г, в/о), 3 – щури, яким упродовж 3-х днів після індометацину, вводили в/о 1 мг/кг КУД 259 (синтезована в Московському державному університеті імені М.В. Ломоносова), розведеного в 1% розчині ДМСО (200 мкл/100 г). Тварин умертвляли через 3 дні після введення індометацину. Після чого досліджували стан слизової оболонки шлунка (СОШ) і обраховували площу і кількість уражень.

Встановлено, що лікувальне введення КУД 259 проявило виражену цитопротективну дію на СОШ. У порівнянні з групою щурів, яким вводили індометацин та ДМСО, площа та кількість ерозивно-виразкових уражень у СОШ в групі щурів, яким вводили індометацин та КУД 259, була нижче відповідно на 47% (p<0,01) та на 45% (p<0,05). Ізольоване введення ДМСО не викликало статистично значущих змін досліджуваних показників.

Таким чином, КУД 259 є ефективною цитопротективною сполукою щодо ерозивно-виразкових уражень, викликаних індометацином, що обумовлює необхідність подальших досліджень вказаної низькомолекулярної органічної сполуки.



Маслянчук О.О., Дорошко В.А.

МОРФОЛОГІЧНІ ТА ГІСТОХІМІЧНІ ЗМІНИ В ПЕЧІНЦІ ТА НИРКАХ ПРИ ВВЕДЕННІ 2,4-ДИНІТРОФЕНОЛУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра патологічної фізіології
(науковий керівник - к.мед.н. Філіпова Л.О.)

2,4-динітрофенол – сполука, що використовувалась у медицині у ролі препарату для боротьби із зайвою вагою тіла, а останнім часом широко застосовується в аграрному господарстві як гербіцид та інсектицид. У зв'язку з великою поширеністю використання цієї речовини набуває актуальності питання її впливу на людський організм. Так, відомо, що при введенні 2,4-динітрофенолу розвивається гостра тканинна гіпоксія, що в нирках супроводжується порушенням реабсорбції іонів натрію. Такі зміни на початкових етапах можуть характеризуватися розвитком синдрому втрати іонів натрію з сечею і сприяти формуванню псевдогепаторенального синдрому. Закономірно постає питання про необхідність дослідження мікроскопічних і гістохімічних змін у печінці та нирках при введенні даної речовини.

Метою даного дослідження було дослідити морфологічні та гістохімічні особливості тканини печінки і нирок при введенні 2,4-динітрофенолу. Експеримент виконано на 40 самцях білих

нелінійних щурів масою 0,16–0,20 кг, на яких моделювали гостру тканинну гіпоксію шляхом одноразового внутрішньоочеревинного введення 0,1% розчину 2,4-динітрофенолу в дозі 3 мг/кг. Тварин виводили з досліду шляхом декапітації під ефірним наркозом. Проводили морфологічні дослідження тканин, забарвлених гематоксиліном і еозином за Слінченком та гістохімічне визначення активності сукцинатдегідрогенази з нітротетразолієвим синім у криостатних зрізах печінки та нирок.

У нелінійних статевозрілих щурів-самців при введенні 2,4-динітрофенолу встановлено гальмування активності сукцинатдегідрогенази в проксимальних і дистальних відділах нефрону та просяккання фібрином детриту в просвіті ушкоджених S3-сегментів проксимального відділу нефрону. Вакуольна дистрофія 3-ї та 2-ї функціональних ділянок печінкової часточки поєднується з венозною гіперемією на рівні судин басейну печінкової вени.

Мовчан Т.Л.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ВИТРУМ ЭНЕРДЖИ» НА ЧАСТОТУ АПОПТОЗА И ГОТОВНОСТЬ К АПОПТОЗУ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Луганськ, Україна
Кафедра патофізіології
(науковий керівник - д.мед.н. Казімірко Н.К.)

Актуальність. Апоптогенний потенціал фізических нагрузок у професіональних спортсменів зростає з увеличенням об'єма треніровок, що лежить в основі формірования вторичних иммунодефіцитів. В зв'язку з цим однією з актуальних проблем спортивної медицини являється розробка способів медикаментозної корекції метаболіческих порушень і розвитку апоптоза в иммунокомпетентних клітках.

Ціль дослідження. Оцінити антиапоптогенний ефект «Витрум Енерджи» в культурі нейтрофілов у спортсменів під впливом фізических нагрузок пікової інтенсивності.

Матеріал і методи. Під нашим наближенням знаходився 291 спортсмен мужского пола в візрасте от 19 до 25 лет. Из них 97 спортсменів занимались сложно-координационными видами спорта: 53 – борьбой греко-римского стиля і 44 – борьбой дзюдо. Остальные 194 спортсмена занимались циклическими видами спорта: бегом і плаванням на средние дистанции (по 97 спортсменов соответственно). Группу референтной нормы составили 35 лиц мужского пола в візрасте 19–25 лет, которые систематически спортом не занимались і на момент проведения исследования были практически здоровы.

Все спортсмены были распределены на 2 группы: опытные (141 человек) і контрольные (150 человек). Спортсмены опытных групп в процессе

тренировочных циклов систематически получали фармакологический препарат «Витрум Енерджи» внутрь по 1 таблетке в день в течение 2 месяцев. Спортсмены контрольных групп фармакологические препараты не получали.

Проводили расчет индекса апоптоза (количество апоптозных клеток на 100 нейтрофилов в образце, %), определяли экспонирование рецепторов к моноклональным антителам CD95 на цитоплазматических мембранах нейтрофилов методом непрямой иммунофлюоресценции.

Результаты исследования. Экспериментально подтверждено, что в опытной группе частота апоптоза нейтрофилов в конце цикла треніровок в 1,16 раза выше референтной нормы ($p > 0,05$), но в 1,38 раза ниже аналогичного показателя в контрольной группе ($p < 0,001$).

Частота экспрессии CD95-рецепторов в опытной группе в 1,1 раза выше показателя референтной нормы, тогда как частота CD95-нейтрофилов в контрольной группе превышала референтную норму в 1,29 раза. Степень различия между конечными показателями в контрольной і опытной группах составила 1,18 раза ($p < 0,05$).

Выводы. Использование препарата «Витрум Енерджи» снижает количество апоптировавших клеток, а также количество клеток, несущих на себе маркер апоптоза CD9

Мочалова І.С.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК КРЫС, НАХОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕРМИИ В СОЧЕТАНИИ С ФАРМАКОКОРРЕКЦИЕЙ ИНОЗИНОМ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Луганськ, Україна

Кафедра медичної біології

(науковий керівник - д.мед.н. Смірнов С.М.)

Актуальність. С неблагоприятным влиянием высокой температуры человеку часто приходится сталкиваться в природных условиях, на рабочих местах. Кратковременное и длительное влияние высокой температуры приводит к структурным и функциональным изменениям различной степени практически во всех органах и системах организма. Поэтому особо актуальным является поиск путей фармакокоррекции возникающих нарушений.

Цель исследования. Изучить морфофункциональные особенности гепатоцитов печени крыс после воздействия хронической гипертермии на фоне использования препарата-корректора инозина.

Материал и методы. Эксперимент проводили на белых беспородных крысах, которые были разделены на группы: I – интактные животные, II – животные, которые подвергались действию хронической гипертермии средней степени тяжести (ХГСТ, 42,0 – 43,1°C) и III – крысы, подвергавшиеся ХГСТ и получавшие инозин.

В качестве корректора был выбран синтетический препарат инозин, который вводили с помощью желудочного зонда в дозе 20 мг/кг за час до теплового воздействия.

Забор материала проводили на 1-е, 7-е, 15-е, 30-е и 60-е сутки после окончания эксперимента. Срезы, полученные на микротоме, окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты исследования. Количество гепатоцитов в 1 мм² печени крыс на 1-е и на 60-е сутки после прекращения влияния ХГСТ превышало соответствующий показатель у интактных крыс контрольной группы на 11,6% (2418,96±59,90) и на 11,7% (2460,58±63,17) соответственно (p<0,05).

Применение инозина на фоне действия ХГСТ сопровождалось увеличением количества гепатоцитов в 1 мм² печени на 9,4% (2394,70±41,80) (p<0,05) на 7-е сутки, на 10,9% (2385,99±62,56) (p<0,05) – на 15-е сутки и на 16,3% (2370,60±49,35) (p<0,05) – на 30-е сутки после окончания действия указанных факторов по сравнению со значением этого показателя у интактных крыс контрольной группы. При сопоставлении количества гепатоцитов печени крыс, на которых влияли как ХГСТ, так и инозин с количеством гепатоцитов печени крыс, перенесших действие лишь ХГСТ, было установлено, что в первом случае анализируемый показатель был больше на 15,3% (2385,99±62,56) (p<0,05) на 15-е сутки наблюдения.

Выводы. ХГСТ вызывает изменение количества гепатоцитов в 1 мм² печени крыс, которое сохраняется после завершения ее влияния.

Применение инозина смягчает эффект увеличения количества гепатоцитов в 1 мм² печени крыс, вызванный ХГСТ на первые и на шестидесятие сутки наблюдения.

Мусієнко А.М., Крашевський І.М., Куць А.В., Шишковський І.Б., Нинюк О.В.

РЕАКЦІЯ ПРО- ТА АНТИАПОПТОТИЧНИХ ГЕНІВ У ГОЛОВНОМУ МОЗКУ ЩУРІВ НА ІШЕМІЮ-РЕПЕРФУЗІЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра патологічної фізіології

(науковий керівник - к.мед.н. Леньков О.М.)

Актуальність проблеми зумовлена надзвичайним поширенням цукрового діабету (ЦД), що часто ускладнюється ішемією-реперфузією головного мозку (ІРГМ). У комплексі місцевих реакцій, які виникають у відповідь на ішемію-реперфузію, виняткову роль відіграють регулятори клітинних процесів, а також гени, які контролюють процеси програмованої клітинної смерті.

Метою даного дослідження було дослідити вплив ІРГМ при ЦД на показники експресії білків p53 та Bcl-2 в корі головного мозку та окремих полях гіпокампа щурів. Дослідження виконували на самцях білих нелінійних щурів чотирьох груп: контрольні тварини, щури, яким виконано ІРГМ, щури з ЦД і щури з ЦД, яким виконано ІРГМ. ЦД тривалістю 3 місяці моделювали одноразовим внутрішньоочеревинним введенням стрептозоточину (60 мг/кг маси тіла) двомісячним щурам, ІРГМ – двадцятихвилинним перетисканням обох загальних сонних артерій із наступ-

ною одноденною реперфузією в щурів віком 5 місяців. Оброблені за гістохімічними методами імуофлуоресценції з моноклональними антитілами зрізи вивчали у флуоресцентному мікроскопі. Вивчали щільність розташування p53- та Bcl-2-позитивних клітин у комп'ютерній системі цифрового аналізу VIDAS-386.

За дослідженими показниками реакція геному в корі лобової частки та гіпокампа на поєднану дію ІРГМ та ЦД відрізняється. У корі лобової частки ішемія-реперфузія на тлі цукрового діабету спричиняє посилення експресії білка Bcl-2 за відсутності змін такої для p53. У гіпокампі, за цих же умов експерименту, посилюється продукція білків p53 і Bcl-2 в полі CA1, у полі CA2 немає достовірних змін експресії обох генів, а в полі CA3 знижується експресія Bcl-2. Такі дані свідчать про те, що в корі лобової частки головного мозку умови для виживання нейроцитів є більш сприятливими.



Пасевич С.П.

АКТИВНІСТЬ ЛАКТАТДЕГІДРОГЕНАЗИ В ПЛАЗМІ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ВПЛИВУ ХРОНІЧНОЇ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ В ДИНАМІЦІ ЇЇ РОЗВИТКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармакології

(науковий керівник - д.мед.н. Заморський І.І.)

Сучасне розуміння патогенезу гіпоксії відбилосся на одному з її визначень, згідно з яким вона розглядається як "невідповідність енергопотреб клітини енергопродукції в системі мітохондріального окиснювального фосфорилування". Гіпоксія розглядається в межах більш широкого й універсального поняття – енергетичної недостатності – терміну, досить потрібного науці, але стану, який практично важко вловити найбільш сучасними методами дослідження як в експерименті, так і в клініці. Енергодефіцит, який виникає при гіпоксії, та супутні йому порушення метаболізму стають мембранотоксичними факторами, що здатні порушувати функції мембранозв'язаних білків, структуру протеїн-ліпідної взаємодії і фізико-хімічні властивості мембран. При цьому, інтенсивність впливу хронічної гіпоксії можна оцінити за активністю лактатдегідрогенази (ЛДГ) в плазмі крові, яка характеризує ступінь утворення лактату і порушення енергетичного обміну при гіпоксії та тяжкість її перебігу.

Мета дослідження. Вивчити активність ЛДГ в плазмі крові щурів за умов впливу хронічної гіпобаричної гіпоксії в динаміці її розвитку.

Досліди проводились на білих лабораторних щурах-самцях репродуктивного віку середньою масою 120–180 г. Тварин, попередньо відібраних як середньостійких до гіпоксії,

піддавали впливу хронічної гіпобаричної гіпоксії в модифікованій проточній барокамері імітацією підйому щурів на висоту 4000 м над рівнем моря зі швидкістю підйому 24 км/год. На цій висоті тварин утримували впродовж 2-х год щоденно від 1-го до 4-х тижнів. Активність ЛДГ визначали спектрофотометричним кінетичним методом за зменшенням вмісту відновленого нікотинамідаденіндинуклеотиду у реакції його взаємодії з пірвіноградною кислотою і виражали у мккат/л.

Активність ЛДГ на першому тижні впливу хронічної гіпобаричної гіпоксії істотно зросла (в 3,5 раза порівняно з контролем), на другому тижні експериментального дослідження спостерігалось незначне зниження її активності порівняно з першим тижнем, проте активність цього фермента в плазмі крові щурів порівняно з інтактними тваринами залишалася високою (в 2,6 раза більше). На третьому тижні активність ЛДГ максимально наростала (в 4,3 раза), а на четвертому тижні знову дещо знижувалася, однак в 2,2 раза залишалася більше контролю. Таким чином, максимальне зростання активності ЛДГ на третьому тижні впливу хронічної гіпобаричної гіпоксії вказує на значне роз'єднання окиснення глюкози і окиснювального фосфорилування в плазмі крові щурів та про декомпенсовані порушення енергетичного обміну.

Попова І.С., Семененко В.В., Семененко С.Б.

ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ХРОНОРИТМІВ ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА УМОВ ГІПОФУНКЦІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фізіології ім.Я.Д.Кіршенבלата

(науковий керівник - Семененко С.Б.)

Біологічні ритми – періодично повторювані зміни характеру й інтенсивності фізіологічних процесів і явищ, властиві біосистемам всіх рівнів організації. Прийнято концепцію про циркадіанну систему організму, функціональними ланками якої є шишкоподібна залоза (ШЗ) та супрахіазматичні ядра (СХЯ). Нирки, також, характеризуються чіткою часовою організацією функцій, однак, особливості циркадіанної організації та механізми участі внутрішньоклітинних месенджерів в біоритмічній регуляції ниркових функцій залишаються недостатньо вивченими. Тому метою нашого дослідження було вивчити особливості хроноритмічних перебудов екскреторної функції нирок за умов гіпофункції шишкоподібної залози впродовж доби. Досліди провели на 72 статевозрілих нелінійних самців білих щурів масою 0,15–0,18 кг, яких утримували при сталій температурі та вологості повітря на стандартному харчовому раціоні. Контрольну групу склали тварини (n=36), які перебували за умов звичайного світлового режиму (12.00С:12.00Т) упродовж семи діб. Досліджувану групу склали тварини (n=36), які перебували за умов постійного світлового режиму (12.00С:12.00С) упродовж семи діб. На 8-у добу тваринам проводили 5% водне навантаження підігрітою до кімнатної температури водогінною водою і досліджували параметри

екскреторної функції нирок за умов форсованого діурезу. Результати обробляли статистично методом «Косинор-аналізу», а також параметричними методами варіаційної статистики. У контрольних тварин екскреторна функція нирок підпорядкована чіткій циркадіанній організації. За умов гіпофункції ШЗ хроноритм діурезу набував двофазної структури, втрачаючи синусоїдальний характер ритму. Привертало увагу зниження як мезору сечовиділення, який склав $2,5 \pm 0,34$ мл/ 2 год, так і амплітуди ритму (близько 11%) щодо показників тварин з фізіологічною функцією ШЗ. Хроноритм швидкості клубочкової фільтрації набував однофазного характеру з максимальним показником о 20.00 год, мезор ритму був на 57% вірогідно нижчим, ніж у контрольних тварин. Гіпофункція ШЗ призводила до зменшення (на 22%) концентрації іонів калію у сечі і амплітуди ритму порівняно з контрольними тваринами. Таким чином, архітектоніка ритму сечовиділення набувала двофазної структури, втрачаючи синусоїдальний характер ритму щодо хронограм контрольних щурів зі зниженням його мезору та амплітуди, швидкість ультрафільтрації вірогідно знижувалась у всі періоди спостереження, при цьому амплітуда ритму зростала втричі, знижувався добовий рівень і амплітуда ритму екскреції іонів калію.

Савченко О.А., Ящук М.В., Мінесенко С.С., Фалалєєва Т.М.

СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ, ВИКЛИКАНОГО ГІПЕРОСМОЛЯРНИМ РОЗЧИНОМ ХЛОРИДУ НАТРІЮКиївський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна
Навчально-науковий центр «Інститут біології»
(науковий керівник - д.біол.н. Фалалєєва Т.М.)

Захворювання, пов'язані з порушеннями метаболізму, такі як гіперліпідемія, діабет та ожиріння, стали надзвичайно поширеними. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, ожиріння набуває характер епідемії: близько 1,7 млн. осіб на планеті мають надмірну масу тіла, що безумовно пов'язано з низьким рівнем фізичної активності, зростанням в раціоні висококалорійних продуктів, а також безконтрольне використання харчових добавок і солей. Відомо, що здоров'я формується в дитячому віці, і багато функціональних порушень, що спостерігаються в дитинстві, з роками трансформуються у хронічні захворювання. У зв'язку з цим метою роботи було дослідити стан ліпідного обміну щурів, яким після народження вводили гіперосмолярний розчин хлориду натрію. Дослідження були проведені на 40 щурах обох статей, що були розділені на 3 групи. I – інтактний контроль (4-х місячні щурі). Новонародженим щурам II та III групи підшкірно у об'ємі 8 мкл/г вводили плацебо (фізіологічний розчин) або гіперосмолярний розчин хлориду натрію (3М) на 2, 4, 6, 8, 10 день життя. Через 4 місяці у щурів всіх груп було проведено аналіз змін маси тіла.

Після чого тварин декапітували, робили забір крові, видаляли та зважували вісцеральний жир. У щурів I та II групи значущих змін у масі тіла та вісцерального жиру не спостерігалось, ПЗ щурів мала типову будову. У самок III групи маса тіла та вісцерального жиру була більша відповідно на 139 % ($p < 0,001$) та 258 % ($p < 0,001$). Аналіз стану ліпідного обміну показав, що вміст у сироватці крові ліпази був збільшений на 24 % ($p < 0,05$), тригліцеридів – на 8% ($p > 0,05$), холестерину – на 32% ($p < 0,05$), холестерин-ліпопротеїдів низької щільності ЛПНЩ на 38% ($p < 0,05$) щодо контрольних показників. Також встановлено зниження концентрації холестерин-ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) на 57% ($p < 0,05$). У чотиримісячних щурів, яким після народження вводили гіперосмолярний розчин хлориду натрію (3М на 2, 4, 6, 8, 10 день життя), було зафіксоване абдомінальне ожиріння та метаболічний синдром. Таким чином, введення новонародженим щурам хлориду натрію призводить до розвитку ожиріння у дорослому віці. Отримані дані є експериментальним обґрунтували наскільки є небезпечним надмірне вживання харчової солі, особливо в дитячому віці.

Швець Н.В.

МЕХАНІЗМ ГОРМОНАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ВОДНО-СОЛЬОВОГО ОБМІНУБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб,
Кафедра фізіології ім.Я.Д.Кіршенבלата
(наукові керівники - д.мед.н. Ілащук Т.О., д.біол.н. Швець В.І.)

Гормональні системи контролю водно-сольового гомеостазу за умов екстремальних зсувів водного балансу організму має велике значення, що зумовлено участю, за певних умов, ренін-ангіотензинової системи (РАС), альдостерону, α -передсердного натрійуретичного гормону (α -ПНП) і вазопресину у патологічному процесі. Проблема порушень гормональної регуляції знаходиться у центрі уваги науковців і клініцистів у зв'язку з тим, що за умов надмірної активації значених систем в організмі хворої людини створюються умови для порушення компенсаторних процесів зі швидким розвитком декомпенсації, що значно погіршує прогноз захворювання. Мета дослідження. З'ясувати в експерименті зміни активності реніну плазми крові, плазмового вмісту альдостерону, вазопресину і α -передсердного натрійуретичного гормону за умов 48-годинної водної депривації. В експериментах на 46 самцях білих щурів показано, що в умовах водного дефіциту через 48

годин суттєво активується ренін-ангіотензинова система: активність реніну плазми збільшується у 6,5 раза, концентрація альдостерону – у 2,1 раза. Активація антинатрійуретичної системи супроводжується активацією антидіуретичної системи – рівень вазопресину в крові збільшується у 4,8 раза. При цьому плазмова концентрація α -передсердного натрійуретичного гормону не змінюється. Після 48-годинної водної депривації зникає присутня у контрольних тваринах позитивна кореляційна залежність між вмістом у крові вазопресину й активністю реніну плазми. Висновок. Таким чином, отримані нами дані свідчать про перехід систем регуляції на автономний режим функціонування – кожна з них реагує на свій пріоритетний параметр гомеостазу. У результаті створюється потужний потенціал вазоконстрикції, що за умов наявності патологічного процесу на рівні серцево-судинної системи або нирок може призвести до декомпенсаційних розладів.



Шешуряк Н.В.

ВПЛИВ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРFUZІЙНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ НА УМІСТ РНК У ТИМОЦИТАХ ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фізіології

(науковий керівник - д.мед.н. Ткачук С.С.)

Актуальність. У хворих на ЦД поширеність ішемічних інсультів у декілька разів перевищує даний показник у пацієнтів без порушення функції підшлункової залози, що може бути результатом посилення автоімунних розладів за рахунок вироблення автоантитіл до компонентів ушкодженої нервової тканини внаслідок посилення проникності гематоенцефалічного бар'єру для нейроспецифічних білків. Формування автотолерантності відбувається в тимусі, тому порушення його морфофункціонального стану є маркером формування автоімунної патології. Одним із чутливих показників реакції тимуса на дію різних чинників є експресія тимоцитами РНК, що визначило проведення нами відповідного дослідження.

Мета дослідження. Вивчити вміст РНК у клітинах лімфоїдної популяції тимуса контрольних щурів та тварин із ЦД за умов ішемії-реперфузії головного мозку.

Матеріал і методи. У контрольних щурів та щурів зі чотиримісячним стрептозотоцин-індукованим ЦД (із рівнем глікемії 10 ммоль/л та вище) моделювали 20-хвилинну двобічну каротидну ішемію з наступною реперфузією. Тварин виводили з експерименту шляхом декапітації під

каліпсоловим наркозом на 12 добу після моделювання ішемії-реперфузії мозку. У випадково відібраних зрізах кіркової та мозкової речовини тимуса визначали загальний вміст РНК, її концентрацію (в одиницях оптичної щільності, ЕОП на 1 мм²) і дисперсію розподілу.

Результати дослідження. Встановлено, що в кірковій зоні тимуса чотиримісячний ЦД та ішемічно-реперфузійне пошкодження головного мозку в контрольних щурів і тварин із ЦД посилюють синтез РНК в лімфобластах, великих, середніх та малих тимоцитах. У тимоцитах мозкової зони ЦД знижує вміст клітинної РНК. Ішемія-реперфузія головного мозку підвищує вміст РНК у всіх класах тимоцитів даної зони контрольних щурів та тварин із ЦД.

Висновки: 1. Зміни експресії РНК у кірковій зоні тимуса не залежать від характеру втручання (носять неспецифічний характер).

2. У мозковій зоні тимуса, де відбувається формування автотолерантності, ефекти цукрового діабету та ішемії-реперфузії на вміст РНК різноспрямовані, що свідчить про специфічність автоімунних реакцій, ініційованих даними патологічними станами.



Педіатрія



Patel S.

THE MODERN POSSIBILITIES OF INCREASING THE EFFICIENCY OF BASIC THERAPY OF CHILDREN'S BRONCHIAL ASTHMA

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
Department of Pediatrics and Children Infectious Diseases
(scientific adviser - PhD Marusyk U.I.)

Lack of efficacy anti-inflammatory therapy of bronchial asthma (BA) in almost every second patient probably is occurring with phenotypic features of the disease. According to scientists early-onset asthma is associated with atopic mechanism of disease. Considering these statements in the appointment of basic treatment of asthma may likely increase its effectiveness.

Aim of the work: To assess the performance of atopic reactivity in children with early-onset to improve effectiveness of the basic therapy.

50 school-age children with BA were subjected to complex examination. The distribution of children according to the comparison group performed with the age of onset of the disease: patients with onset of BA before the age of 3 years was recorded early-onset asthma, and after 6 years – the late-onset. According to the main clinical characteristics formed groups were comparable. All patients assessed intradermal allergy tests with non-bacterial allergens and the content of IL-4 in the blood serum.

Results. Comparison of the presence of atopy in children with a history of different phenotypes of BA showed that almost all pupils (92,3±5,3%) with

early-onset asthma had an increased sensitivity of the skin (the size of papula >10,0 mm) to the household allergens (house dust), and in II group such persons were only 56,0±9,9% ($R\phi < 0,01$). Significantly higher sensitivity to house dust allergens in children with early-onset asthma corresponds to published data, indicating a predominant mechanism of atopic disease in these individuals. The survey revealed that child with early-onset asthma was observed some what higher level of IL-4 in serum: 15,8±28,4 pg/ml in the I group and 12,8±8,5 pg/ml ($P > 0,05$) the second. Elevated levels of IL-4 (more than 3.6 pg/ml) was detected in 80% of patients with early-onset asthma and 66% of the children of the second group ($R\phi > 0,05$).

Thus, the majority of children with early-onset atopic asthma is dominated, eosinophil mechanisms of inflammation in the bronchi, as significantly higher sensitivity to house dust allergens and indirectly indicates a trend to a higher content of IL-4, stimulates the production of immunoglobulin E. Found in association studies must be considered in the preparation of the individual controlling the treatment of BA in children.

Sah S., Aissaoui A.

THE CONCENTRATION OF THE INTERLEUKINS-4 AND -8 SERUM OF CHILDREN WITH EARLY-ONSET AND LATE-ONSET BRONCHIAL ASTHMA

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
Department of Pediatrics and Children Infectious Diseases
(scientific adviser - PhD Marusyk U.I.)

Lack of efficiency controlling bronchial asthma (BA) in children is caused, apparently, by the presence of different phenotypes of the disease. It is known that interleukin-4 and -8 (IL-4, IL-8) indirectly play an important role in shaping the immune response, that is why the analysis of their relative content in blood with regard to disease phenotypes which allows us to individualize therapy thus improving its efficiency. Aim of the work: To evaluate performance of IL-4 and -8 in the serum of children with early-onset asthma and late-onset asthma to improve disease control. 50 school-age children with BA were subjected to complex examination. The distribution of children according to the comparison group performed with the age of onset of the disease: patients with onset of BA before the age of 3 years was recorded early-onset asthma, and after 6 years – the late-onset. According to the main clinical characteristics formed groups were comparable. All children assess the content of IL-4 and -8 in the blood serum.

The survey revealed that child with early-onset asthma was observed somewhat higher level of

IL-4 in serum: 15,8±28,4 pg/ml in the I group and 12,8±8,5 pg/ml ($P > 0,05$) – the second. Elevated levels of IL-4 (more than 3.6 pg/ml) was detected in 80% of patients with early-onset asthma and 66% of the children of the second group ($R\phi > 0,05$). The average content of IL-8 in serum of children surveyed was: 6,5±2,6 pg/ml and 8,9±5,3 pg/ml ($P > 0,05$), respectively. Elevated levels of IL-8 in the blood (more than 7.6 pg/ml) was detected in 44% of patients with late asthma and 18 children of the I group ($R\phi > 0,05$).

Thus, the majority of children with early-onset atopic asthma is dominated, eosinophil mechanisms of inflammation in the bronchi, as, indirectly indicates a trend to a higher content of IL-4, stimulates the production of immunoglobulin E. In patients with late-onset asthma had an increased content of IL-8 in the blood, indicating that the prevalence of neutrophilic inflammation in the bronchi. Found in association studies must be considered in the preparation of the individual controlling the treatment of BA in children.

Бабійчук В.В.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ШКОЛЯРІВ ПІД ЧАС ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра сімейної медицини
(науковий керівник - к.мед.н. Мельничук Л.В.)

Мета роботи: вивчення факторів ризику зниження толерантності до фізичних навантажень у школярів міста Чернівці.

Стан здоров'я дітей тісно пов'язаний з їх фізичною дієдатністю, що залежить від компенсаторних можливостей організму дитини. Будь-яка невідповідність фізичних навантажень на уроках фізичної культури функціональним можливостям організму дітей може призвести до серйозних відхилень в стані фізичного здоров'я, порушенням у функціонуванні різних систем організму дитини.

Після трагічних випадків, коли під час уроків фізкультури померли школярі, МОЗ України запровадило медико-педагогічний контроль за проведенням уроків фізкультури. Толерантність серцево-судинної системи дітей до фізичних навантажень вже визначається не лише в спортивних, але й у звичайних школах. На виконання наказу МОЗ України та МОН України №518/674 від 20.07.2009 р. „Про забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах”, постанови Кабінету Міністрів України №1318 від 08.12.2009 р. „Порядок здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів” з 2009 року проводиться медичний огляд школярів та розподіл їх за фізкультурними

групами (основна, підготовча, спеціальна) після проведення функціональної проби Руфьє на толерантність до фізичних навантажень.

У 2010 році профілактичний медичний огляд з визначенням функціональних можливостей серцево-судинної системи проведено 21210 учням, що склало 99,5% від загальної кількості учнів міста. Аналіз динаміки показників за 2008–2010 роки свідчить, що кількість дітей у основній групі після впровадження проби Руфьє значно зменшилась, а в підготовчій групі збільшилась. У той же час, звертає на себе увагу, що в підготовчу групу окрім дітей, які знаходяться в періоді реабілітації (10,6%), потрапили діти практично здорові – 23,6%, які при огляді не мали ознак захворювання, але мали знижені показники толерантності до фізичних навантажень за результатами проби Руфьє.

У сучасних умовах лише 20% населення мають достатньо інтенсивне фізичне навантаження, яке забезпечує необхідний мінімум енергозатрат. Обмеження рухової активності призвело до зниження функціональних можливостей дітей. У великої кількості школярів виникла реальна загроза розвитку гіпокінезії та як наслідок порушення енергетичного і пластичного обміну (в першу чергу в м'язовій системі).

Білоус Т.М., Мислицька Г.О., Николайчук Р.П.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ В ДІТЕЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ЗА РІЗНОГО АЦЕТИЛЯТОРНОГО ФЕНОТИПУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) є однією з найпоширеніших алергопатологій дитячого віку впродовж останніх десятиліть. Саме досягнення та втримання контролю над хворобою – головна мета Глобальної ініціативи з профілактики та лікування астми та локальних протоколів багатьох країн.

Мета роботи. Оцінити ефективність базисної протизапальної терапії в дітей, хворих на бронхіальну астму, залежно від типу ацетилювання.

Матеріали та методи. Для досягнення мети роботи обстежено 105 дітей шкільного віку, хворих на бронхіальну астму (БА), які отримували стаціонарне лікування в ОДКЛ м. Чернівці. Клінічні групи сформували за типом ацетилювання: I групу сформували хворі зі швидким ацетиляторним фенотипом (55 дітей), а II групу – з повільним (50 дітей). Середній вік дітей I групи становив $12,5 \pm 0,49$ років (71,8 \pm 6,63% хлопчиків), II групи – $13,0 \pm 0,42$ років (64,9 \pm 6,38% хлопчиків), тобто групи порівняння зіставимі за основними клінічними характеристиками. Упродовж року діти отримували контролюючу терапію (згідно рекомендацій GINA–2008), ефективність якої оцінювали за констеляцією бальної оцінки симптомів БА (денні та нічні сим-

птоми, обмеженість фізичної активності, частота застосування швидкодіючих β_2 -агоністів, загострень, госпіталізацій і позапланових візитів до алерголога на рік), при цьому зменшення суми балів свідчило про досягнення контролю над захворюванням, а збільшення – про його втрату.

Результати дослідження. Виявлено, що діти зі швидким ацетиляторним фенотипом наприкінці курсу базисного лікування порівняно з пацієнтами II групи вірогідно менше скаржилися на наявність денних симптомів бронхіальної астми ($1,7 \pm 0,25$ балів проти $2,5 \pm 0,27$, $p < 0,05$) й обмеженість фізичної активності ($1,1 \pm 0,22$ балів проти $2,1 \pm 0,29$, $p < 0,05$) і рідше застосовували швидкодіючі β_2 -агоністи ($1,0 \pm 0,21$ балів проти $1,9 \pm 0,32$, $p < 0,05$). У дітей із повільним ацетиляторним фенотипом вірогідно зменшувалася лише частота загострень на рік ($3,4 \pm 0,22$ проти $2,6 \pm 0,27$ балів, $p < 0,05$).

Висновки. У дітей із повільним типом ацетилювання порівняно з пацієнтами зі швидким ацетиляторним фенотипом, контролююча терапія менш ефективна, що потребує призначення таким хворим більшого обсягу базисного протизапального лікування для досягнення повного контролю над захворюванням.



Василишин Х.І.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ ПЕРЕДДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Сумський державний університет, Суми, Україна

Кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами пропедевтичної педіатрії та дитячих інфекцій
(науковий керівник - д.мед.н. Сміян О.І.)

У пацієнтів дитячого віку впродовж останніх років негоспітальні пневмонії (НП) у всіх вікових періодах займають одне з провідних місць у структурі бронхолегеневої патології та залишаються в ряді 10 найважливіших причин смертності в економічно розвинених країнах.

В останні десятиріччя активно вивчається можливість використання різноманітних лабораторних показників для об'єктивної оцінки важкості стану дітей та розвитку ендотоксикозу при інфекційно-запальних захворюваннях.

Метою нашої роботи є вивчення та розрахування інтегративних показників ендогенної інтоксикації при НП у дітей переддошкільного віку.

Матеріали та методи. На базі Сумської міської дитячої клінічної лікарні Св. Зінаїди, інфекційного відділення №1 проведено лабораторне дослідження крові 69 дітей у віці від одного до трьох років, які перебували на лікуванні у даному відділенні за період від 2011 по 2012 роки. Використовуючи інтегративні показники ендогенної інтоксикації обчислювали три індекси: зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК), лейкоцитарний індекс інтоксикації за Я.Я. Кальф-Каліфом (ЛІІ) та

представлений Д.О. Івановим, Н.П. Шабаловим та співавторами індекс імунореактивності (ІІР).

Результати дослідження. ІЗЛК підтверджує розвиток інтоксикації та бактеріальної агресії на організм дитини. У період розпалу захворювання при НП відмічалось достовірне збільшення цього індексу в дітей до $1,01 \pm 0,06$.

ІІР відображає участь клітин, які продукують цитокіни в імунній відповіді при запаленні. Чим цей індекс вище, тим більше в кровоносному руслі клітин-продуцентів цитокінів, що свідчить про підвищення імунологічної реактивності організму дітей. В період розпалу захворювання ІІР у хворих дітей значно підвищився - $33,26 \pm 1,83$ ($p < 0,05$).

Лейкоцитарний індекс інтоксикації також відображає ступінь розвитку ендотоксикозу. При поступленні до стаціонару у дітей із НП ЛІІ достовірно збільшився до $0,65 \pm 0,07$.

Висновки. Таким чином, у період розпалу при негоспітальній пневмонії в дітей відмічається достовірне збільшення індексу зсуву лейкоцитів крові, лейкоцитарного індексу інтоксикації та індексу імунореактивності.

Васильченко Ю.В., Триндюк Ю.С., Койда М.Л.

ЛІКУВАННЯ АУТОІМУННИХ ГЕМОЛІТИЧНИХ АНЕМІЙ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра педіатрії №2

(науковий керівник - д.мед.н. Одинець Ю.В.)

При аутоиммунной гемолитической анемии (АИГА) происходит ускоренное разрушение эритроцитов, аутосенсibilизированных иммуноглобулинами различных классов и комплектом. Проведение первой линии терапии преднизолоном не всегда помогает достичь ремиссии.

Поэтому целью нашего исследования явилось разработать оптимальные методы лечения для достижения полноты ремиссии АИГА.

Матеріали та методи: обстежено 13 дітей с АИГА в возрасте от 2 месяцев до 17 лет, которые находились на лечении в гематологическом отделении ХГКДБ №16. Дети обследованы в периоды обострения и ремиссии заболевания. Критериями постановки диагноза служили: клинические признаки анемии, лабораторно - снижение уровня гемоглобина, ретикулоцитоз, непрямая билирубинемия, положительная проба Кумбса, повышение уровня свободного гемоглобина, повышение уровня щелочной фосфатазы и тимоловой пробы.

Результаты исследования: среди обследованных

3 ребенка находились в тяжелом состоянии, 10 детей - в состоянии средней тяжести. 3 ребенка получали «стандартную» терапию преднизолоном из расчета 2 мг/кг. 10 детей получали пульс-терапию метилпреднизолоном, из них 3 ребенка в сочетании с цитостатиками и 3 детей (с наиболее тяжелым течением) в комбинации с внутривенным введением иммуноглобулина. У всех детей достигнута полная ремиссия.

Выводы: пульс-терапия метилпреднизолоном АИГА по сравнению со «стандартным» режимом лечения преднизолоном позволяет увеличить частоту клинической ремиссии, ускорить прерывание гемолитического криза. При тяжелом течении АИГА необходимо назначение метилпреднизолона в сочетании с цитостатиками, а в некоторых случаях полная ремиссия достигалась после применения метилпреднизолона в комбинации с внутривенным введением иммуноглобулина, что позволило в минимальные сроки оценить перспективу эффективного лечения больного.

Вінтоняк М.В., Ходан В.В., Багрій М.М.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна

Кафедра педіатрії

(науковий керівник - д.мед.н. Волосянко А.Б.)

Актуальність. У всьому світі спостерігається тенденція до зростання частоти бронхолегеневої дисплазії (БЛД) за рахунок зниження смертності саме серед глибоко недоношених дітей. Відомості про клінічні, рентгенологічні та морфологічні прояви БЛД у недоношених дітей практично відсутні або суперечливі. Перед спеціалістами залишається ряд проблем, пов'язаних з підвищенням якості надання невідкладної допомоги немовлятам з критичним станом на фоні респіраторного дистрес синдрому.

Мета дослідження: вивчення морфологічних змін легеневої тканини у дітей із БЛД.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих, карти інтенсивної терапії, протоколи патанатомічного дослідження, мікрорізи препаратів легеневої тканини десятиох дітей із верифікованим діагнозом БЛД.

Результати. Досліджено, що БЛД при макроскопічному огляді у восьми аутопсійних випадках тканина легень неоднорідна: задньо-нижні відділи легень вишневого кольору, пальпаторно щільнуваті, передньо-верхні – білуваті-рожеві, підвищеної повітряності. У двох випадках ле-

генева тканина була щільною, вишневого кольору в усіх відділах. На розрізі в усіх випадках із поверхні стікає помірна кількість вишневого кольору непінистої рідини, з дрібних бронхів при натиску виділяються в'язкі білуваті або коричнеуваті маси. Слизова оболонка дихальних шляхів (головні, часткові, сегментарні бронхи) гіперемована, на поверхні – слизисті, переважно коричнеуваті, іноді білуваті, маси. Патогістологічно міжальвеолярні перегородки (МАП) нерівномірного кровонаповнення, переважно потовщені. Малокрів'я капілярів МАП корелює з їх потовщенням, що зумовлено набряком інтерстицію перегородок, їх запальною (лімфоцитарно-макрофагальною) інфільтрацією, склерозом. Просвіти більшої частини альвеол розширені, різного розміру. Частина альвеол містить запальний ексудат і деструктивно змінені клітини альвеолярного епітелію. Серед клітин ексудату візуалізуються макрофаги, лімфоцити, нейтрофільні сегментоядерні лейкоцити. У пневмонічних фокусах наявні групи емфізематозно розширених альвеол.

Висновки. Бронхолегенева дисплазія у недоношених дітей морфологічно проявляється інтерстиційним запаленням легеневої тканини.

Власова О.В., Корконішко О.І., Коцаба О.М.

ФЕНОТИПОВІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЧАСУ ДЕБ'ЮТУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Колюбакіна Л.В.)

Мета дослідження: Вивчити клінічно-анамнестичні показники фенотипів бронхіальної астми (БА) залежно від часу деб'юту захворювання.

Матеріали і методи: методом простої випадкової вибірки на базі пульмонологічного відділення ОДКЛ обстежено 50 дітей шкільного віку, хворих на БА. На підставі результатів деб'юту захворювання сформовані дві клінічні групи спостереження. У I групу увійшли 25 дітей з фенотипом раннього початку (до 3 років) БА, а у II – 25 пацієнтів з фенотипом БА пізнього початку (старше 6 років). За основними клінічними характеристиками групи порівняння не відрізнялися.

Результати: Аналіз отриманих даних показав, що дітям із БА раннього початку найбільш характерні наступні фенотипові особливості: тяжкий перебіг захворювання з недостатнім контролем симптомів хвороби, надлишкова маса тіла за індексом маси тіла, переважання тригерної ролі загострення респіраторної вірусної інфекції, фізичних і метеорологічних факторів, шкірна гіперсприйнятливості до харчових і побутових алергенів, сімейна обтяженість на atopічні захворювання по материнській лінії, а також наявність

інтоксикації, гіперемії зівя, ознак риніту і синуситу при надходженні в стаціонар, денні симптоми захворювання з частотою більше одного разу на тиждень, а також необхідність використання в процесі лікування більше однієї дози β_2 -агоністів у день. У той же час для пацієнтів із бронхіальною астмою пізнього початку характерна необхідність у частішій госпіталізації при дещо легшому перебізі захворювання, переважання тригерної ролі загострення інгаляційних факторів, сімейна обтяженість atopічними захворюваннями як по материнській, так і по батьківській лінії, народження дітей переважно від першої і другої вагітностей, денні симптоми захворювання переважно після фізичного навантаження, а також нічні симптоми захворювання з частотою більше одного на місяць, але менш одного на два тижні.

Висновки: виділення клінічних фенотипів БА залежно від часу деб'юту, особливо при ранньому деб'юті захворювання, дозволяє не тільки своєчасно діагностувати БА у дітей, але й досягти контролю за перебігом захворювання шляхом призначення адекватного індивідуалізованого базисного лікування.



Головачова В.О., Руденко М.І., Бойко О.М.

ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Кафедра педиатрии №2

(научный руководитель - д.мед.н. Одинец Ю.В.)

Актуальность. С 1930–40–х гг. в сотни раз увеличилось количество источников электромагнитного излучения (ЭМИ) и как результат в 1980–90–х гг. отмечено существенное увеличение количества хронических заболеваний, появление новых болезней и резкое снижение количества здоровых людей. По данным статистических исследований, в настоящее время в Украине зарегистрировано мобильных телефонов на 5% больше, чем жителей страны. Данные ученых всего мира о вреде ЭМИ оказались противоречивыми.

Цель исследования: изучить влияние ЭМИ на состояние здоровья детей.

Материалы и методы. Нами проанкетировано 74 учащихся 10–11 классов средней общеобразовательной школы №164 г. Харькова, из них 22 мальчика (30%) и 52 девочки (70%). Средний возраст респондентов составил 16,5 лет.

Результаты исследования: все опрошенные имели мобильные телефоны. Кроме того, 96% учеников пользовались компьютером или ноутбуком, 77% – mp3 плеерами, 32% – электронными книгами или планшетами. Большинство детей (73%) имели в своем распоряжении только один мобильный телефон, 27% опрошенных – два. Дли-

тельность пользования мобильными телефонами колебалась от 3 до 8 лет. Среднее время, проводимое с приборами, излучаемыми ЭМИ, в основном составило 4–5 часов в сутки (41% детей). Так, 23% опрошенных состоят на диспансерном учете у специалистов узкого профиля: нефролога – 11%, гастроэнтеролога – 9%, пульмонолога – 5%, невропатолога – 5%, кардиолога – 4%. Ухудшение общего самочувствия после контакта с приборами, излучающими ЭМИ более 5 часов, отметили 36% детей, головную боль после длительного разговора по телефону – 37% опрошенных. Рези или боли в глазах после работы с компьютером или чтения электронной книги отметили 32% детей. Беспричинное чувство раздражительности и дискомфорта отметила у себя половина опрошенных. Признали ухудшение общей успеваемости в школе после длительного использования (более 5 часов) компьютера или другой электронной техники 28% учащихся. Выводы: полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии ЭМИ на организм детей, что требует более углубленного исследования.

Голубицька Г.В.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ МОРФОЛОГІЧНИХ ФОРМ ПЕРВИННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, Донецьк, Україна

Кафедра педіатрії №1

(науковий керівник - д.мед.н. Борисова Т.П.)

Проблема гломерулонефриту (ГН) зберігає свою актуальність у зв'язку з труднощами діагнозу, недосконалою терапією, поганим прогнозом деяких його форм. До теперішнього часу діагностика ГН в педіатрії базується в основному на клініко-лабораторних показниках, що не завжди відображає справжню ступінь вираженості патологічного процесу в нирках. Застосування прижиттєвого морфологічного дослідження нирок дозволило вирішити цю проблему.

Метою нашого дослідження було встановлення частоти морфологічних форм первинного ГН та їх клінічних проявів у дітей.

Матеріали і методи. Прижиттєве морфологічне дослідження ниркової тканини проведено 222 дітям у віці від 3 до 18 років з різними клінічними формами ГН. Біоптати піддані світломікроскопічному, електронно-мікроскопічному, імуногістохімічному дослідженню. Результати дослідження. Частота морфологічних форм ГН виявилася такою: мезангіопроліферативний – 169 (76,1%), мембранопроліферативний – 21 (9,5%), дифузний ендокапілярний проліферативний – 19 (8,6%), мінімальні зміни – 2 (0,9%), фокальний сегментарний гломерулосклероз і гіаліноз (ФСГС) – 4 (1,8%), фібропластичний – 7 (3,2%) хворих. Мезангіопроліферативний ГН клінічно прояв-

лявся у 87 (51,5%) хворих ізольованим сечовим синдромом у вигляді гематурії – 77 (45,6%) і протеїнурії – 10 (5,9%), у 49 (30,0%) – нефротичним синдромом (НС), у 33 (19,5%) – нефритичним синдромом. Мембранопроліферативний ГН у більшості хворих мав клінічний еквівалент у вигляді гормонрезистентного НС – 18 (85,7%) пацієнтів, який у половини дітей поєднувався з гематурією, у 4 – з артеріальною гіпертензією. Крім цього, у 3 (14,3%) дітей відзначався ізольований сечовий синдром (гематурія – 1, протеїнурія – 2). Клінічні ознаки дифузного ексудативного ендокапілярного проліферативного ГН представлені нефритичним синдромом – 13 (68,4%) хворих, без ексудації – у 3 (15,8%) випадках мала місце гематурія, в 1 (5,3%) – протеїнурія, в 2 (10,5%) – НС. ГН з мінімальними змінами у двох дітей проявлявся гормончутливим НС. Клінічним проявом ФСГС був НС, у половині випадків відзначено поєднання з артеріальною гіпертензією та гематурією. У хворих з фібропластичним ГН спостерігалася хронічна ниркова недостатність, НС з гематурією, гіпертензією (86%), ізольована помірна або виражена протеїнурія (14%).

Висновок. Різні морфологічні форми ГН мають подібні клінічні прояви, що визначає необхідність прижиттєвого морфологічного дослідження.

Грицько Л.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА GUNA BOWEL У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кишинёвский государственный университет медицины и фармации им. Н.А. Тестемицану,
Кишинёв, Республика Молдова
Департамент Педиатрии
(научный руководитель - д.мед.н. Черемпей Л.Г.)

Цель исследований: Оценить эффективность препарата GUNA BOWEL в лечении острого панкреатита у детей, анализируя динамику оксидоксидной системы и синдрома эндогенной интоксикации

Материал и методы: Обследование проведено 100 пациентам с острым панкреатитом (ОП), которые получали лечение в городской детской клинической больнице «В. Игнатенко». Дети были разделены на следующие группы: 1 – группа контроля, которую составили здоровые дети (20); 2 группа – дети с (ОП) в период дебюта (40); 3 группа – больные с (ОП), получившие стандартное лечение и гомеопатический препарат GUNA BOWEL (30); 4 группа – больные с (ОП), получившие стандартное лечение (30). Пациенты были обследованы в начале заболевания и через 1 месяц после лечения. Данный препарат включили в схему лечения с периода дебюта. Длительность лечения составляла 1 месяц.

Результаты. В процессе обследования у больных в периоде дебюта ОП отмечено повышение уровня ГПЛ–гексан. ранних $16,76 \pm 0,29$ ед/мл ($p < 0,001$), ГПЛ–изопр. ранних $14,3 \pm 0,21$ ед/мл ($p < 0,001$), а также ГПЛ–изопр. переходных $8,83 \pm 0,17$ ед/мл в сравнении с группой контроля. В период дебюта болезни наблюдалось значительное снижение ГПЛ–гексан поздних до

$0,55 \pm 0,03$ ед/мл ($p < 0,01$) по сравнению с группой контроля ($2,08 \pm 0,52$ ед/мл). Наблюдалось повышение уровня МДА у пациентов с ОП как в начале заболевания ($18,96 \pm 0,99$ нМ/л, $p < 0,01$), так и после лечения ($18,0 \pm 0,9$ нМ/л). Повышение активности ГПЛ сопровождалось снижением уровня АОЗ–гексан. ($0,54 \pm 0,04$ мМ/с.л, $p < 0,001$) у детей с ОП как в период дебюта, так и через 1 месяц после терапии ($0,46 \pm 0,06$ мМ/с.л, $p < 0,001$) по сравнению с группой здоровых детей ($0,82 \pm 0,04$ мМ/с.л). Наблюдалось повышение АОЗ–изопр. в начальном периоде болезни ($3,93 \pm 0,25$ мМ/с.л, $p < 0,001$) в сравнении со здоровыми детьми ($3,25 \pm 0,22$ мМ/с.л). После лечения вывлено истощение антиоксидантной активности сыворотки как за счет АОЗ–гексан так АОЗ–изопр. У детей с ОП концентрация средних молекул была увеличена ($22,58 \pm 1,57$ мМ/с.л.) с восстановлением ($14,66 \pm 0,6$ мМ/с.л) через 1 месяц лечения данным препаратом ($p < 0,001$). Уровень некротических веществ был выше у детей с (ОП) в периоде дебюта ($2,28 \pm 0,17$ ед/мл) с нормализацией после назначения GUNA BOWEL.

Выводы: Полученные результаты аргументируют роль оксидативного стресса в физиопатологии ОП и характеризуются ростом ГПЛ со снижением до нормальных значений после лечения.

Зайцева І.І.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНИМИ МІКРОЕЛЕМЕНТАМИ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ

Сумський державний університет, Суми, Україна
Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики
(науковий керівник - д.мед.н. Маркевич В.Е.)

Піелонефрит у дітей залишається суттєвою медико-соціальною проблемою, оскільки він домінує в структурі патології нирок. Мікроелементний дисбаланс, що виникає у разі піелонефриту провокує подальше порушення функції нирок. Тому вивчення вмісту мікроелементів у разі мікробно-запального процесу в нирках є актуальним з метою своєчасної корекції його порушень.

Метою дослідження було визначення у сироватці крові та еритроцитах вмісту есенціальних мікроелементів (міді, заліза, цинку) у дітей, хворих на гострий піелонефрит.

Обстежена 61 дитина віком від 3 до 17 років (30 – в активну стадію гострого піелонефриту; 31 – в не активну). Групу порівняння склали 30 здорових дітей. Методом атомно-абсорбційної спектроскопометрії у сироватці крові та еритроцитах визначався вміст Cu, Fe, Zn.

Дослідження вмісту мікроелементів у сироватці крові дітей хворих на піелонефрит показало, що в активний період гострого піелонефриту відбувалося двократне підвищення концентрації міді в сироватці крові, тоді як в неактивний період вміст міді в сироватці крові дещо знижувався і був лише у 1,25 рази більшим від показників групи порівняння. В еритроцитах у

випадку гострого піелонефриту рівень міді залишався низьким як в активний так і в не активний періоди на 43%.

Усі діти, хворі на піелонефрит, мали сироватковий дефіцит заліза. Рівень заліза був зниженим у 2 рази в активний період та у 1,6 в неактивний. Середній вміст заліза в еритроцитах в активний період достовірно не відрізнявся від показника здорових дітей, у той час як в неактивний період спостерігалось достовірно зниження заліза у 1,3 рази відносно контролю.

Дефіцит цинку в сироватці крові спостерігався у 80% дітей в активний період гострого піелонефриту та у 54,8% дітей в неактивний. Зниження цинку визначалось і в еритроцитах на 42,6% в активному періоді та на 53,4% – в неактивному.

Таким чином, у разі гострого піелонефриту виникає дисбаланс мікроелементів: підвищення рівня міді в сироватці крові на тлі зниження в еритроцитах. Значний дефіцит заліза в організмі. Зниження сироваткового та еритроцитарного цинку.

Подальші дослідження особливостей мікроелементного статусу може призвести до розробки патогенетично обґрунтованих схем лікування мікробно-запальних процесів нирок.



Карпенко А.В., Чабанюк О.В.

ДИНАМІКА ФАКТОРІВ МІСЦЕВОГО ЗАХИСТУ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ГРВІ У ДІТЕЙ

Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровськ, Україна
Кафедра госпітальної педіатрії №2 і неонатології
(науковий керівник - д.мед.н. Больбот Ю.К.)

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) займають провідне місце в структурі дитячої захворюваності. У частини дітей є схильність до розвитку повторних бактеріальних ускладнень при ГРВІ, що може бути пов'язано в тому числі й з послабленням місцевого захисту слизових оболонок верхніх дихальних шляхів. Тому метою дослідження стало вивчення стану місцевої резистентності у дітей з бактеріальними ускладненнями ГРВІ.

Обстежено 104 дитини віком від 3-х до 17-ти років, у період ГРВІ, в яких розвинулись бактеріальні ускладнення (отит, синусит тощо). I групу дослідження склали діти з частотою бактеріальних ускладнень ГРВІ в анамнезі 2 або менше разів на рік, II – 3 та більше разів на рік (64 і 40 дітей відповідно). Всім дітям визначались рівні людського кателіцидину (LL-37), секреторного імуноглобуліну А (IgA), лізоциму та лактоферину в ротоглотковому секреті на 1-2-й та 7-й дні ГРВІ та в інтеркурентному періоді (контрольні значення).

Вірогідних відмінностей в рівнях LL-37 та лактоферину між досліджуваними групами не виявлено, ці показники вірогідно підвищувались на початку захворювання та згодом знижува-

лись, але на 7-й день все ще перебільшували рівні інтеркурентного періоду. Рівень IgA у дітей обох досліджуваних груп знижувався на початку захворювання порівняно з контрольними значеннями та істотно підвищувався на 7-й день ГРВІ ($p < 0,05$), хоча статистично значущих відмінностей між групами також не відмічалось. Вірогідні відмінності були виявлені для концентрацій лізоциму: вихідний його рівень у дітей з частими бактеріальними ускладненнями ГРВІ був вірогідно нижчим, ніж у групі дітей з меншою частотою ускладнень ($19294,79 \pm 1330,99$ нг/мл проти $26,242 \pm 1847,463$ нг/мл в I групі, $p < 0,05$). Згодом у дітей II групи виявлявся недостатній приріст рівнів лізоциму в ротоглотковому секреті ($21843,24 \pm 2129,06$ нг/мл на 1-2-й день ГРВІ, $48263,89 \pm 3292,26$ нг/мл на 7-й день проти $36942,38 \pm 2600,17$ нг/мл та $64723,23 \pm 2936,78$ нг/мл відповідно в I групі, $p < 0,01$).

Таким чином, у дітей з частими бактеріальними ускладненнями ГРВІ відмічається зниження вмісту лізоциму в ротоглотковому секреті, що можна враховувати при виборі препаратів для місцевої терапії ГРВІ у таких дітей.

Касімова О.С., Гуцал О.С.

ВИЯВЛЕННЯ РІВНЯ АКСЕЛЕРАЦІЇ У ДІТЕЙ-ПІДЛІТКІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО РЕГІОНУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
(науковий керівник - Семань-Мінько І.С.)

Вступ. Аналіз антропометричних параметрів є важливим фактором в оцінці стану здоров'я дітей будь-якого віку та виявлення рівня акселерації. Важливо врахувати показники розроблені для певних регіонів, що враховує генетичний фактор та етноспецифічні особливості росту та розвитку організму дитини. Основними нормативними документами при проведенні індивідуальних вимірювань є рекомендації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, які враховують такі параметри як зріст, маса тіла, індекс маси тіла.

Матеріали та методи дослідження. Проведено скринінгове обстеження 60 школярів м.Чернівці у віці 15-16 р. (30 хлопців і 30 дівчат). Основні параметри, які враховувались при проведенні антропометрії: зріст, маса тіла, окружність

грудної клітки, талії та стегон, довжина розмаху рук. Також враховувались об'єм дихання та заняття спортом. Для відбору підлітків брали до уваги специфічність профілю класу, тобто спортивного і гуманітарного.

Результати дослідження. Виявлено, що 41% підлітків, а саме ті, що навчаються в класі з спортивним профілем за деякими показниками (зріст, окружність грудної клітки, довжина розмаху рук, а також об'єм дихання) випереджають однолітків за цими показниками незалежно від статі порівняно з гуманітарним класом.

Висновок. На основі аналізу даних дослідження виявлено тенденцію до акселерації у фізичному розвитку дітей-підлітків, які навчаються у класі спортивного профілю, порівняно з їх однолітками-гуманітаріями.

Касян С.М.

КАТАМНЕЗ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ - ЗНАЧИМИЙ ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР ФОРМУВАННЯ НАСЛІДКІВ ГІПОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ ЦНС

Сумський державний університет, медичний інститут, Суми, Україна
Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики
(науковий керівник - к.мед.н. Тарасова І.В.)

Перинатальні гіпоксичні ураження центральної нервової системи (ПГУ ЦНС) складають близько 65%–75% усіх захворювань нервової системи у дитячому віці. Як екзогенні, так і ендогенні фактори з однаковою силою негативно впливають на процеси росту та загального розвитку дитини, зокрема, на формування і вдосконалення мови, типологічні особливості вищої нервової діяльності, на розумову і м'язову працездатність. Практично однакові несприятливі фактори під час вагітності та пологів викликають абсолютно різні за тяжкістю й тривалістю прояви і наслідки церебральних порушень.

Метою роботи було вивчення факторів ризику, які впливають на формування наслідків ПГУ ЦНС у доношених дітей.

Матеріал та методи. Обстежено в динаміці першого року життя 73 дитини, які перенесли ПГУ ЦНС, і 20 здорових доношених новонароджених (ЗДН) без перинатальної патології в анамнезі. Гестаційний вік обстежених складав 38 і більше тижнів. Залежно від отриманих результатів оцінки когнітивного та моторного розвитку у віці 12 місяців, дітей розподілили на три групи: I група – 38 дітей із тяжким ушкодженням ЦНС, яке клінічно маніфестувало у вигляді дитячого церебрального паралічу (ДЦП); II група – 35 дітей із ушкодженням ЦНС середньої важкості, яке клінічно маніфестувало у вигляді

затримки когнітивного та моторного розвитку; III група (контрольна) – 20 дітей без ПГУ ЦНС в анамнезі, у яких когнітивний та моторний розвиток відповідав віку та не було хронічних захворювань.

Вивчались особливості перебігу вагітності та пологів у матерів досліджуваних груп дітей. Визначення індексу інформативності (I) та прогностичних коефіцієнтів (ПК) вихідних даних по відношенню до прогнозу формування віддалених наслідків ПГУ ЦНС проводили за допомогою неоднорідної послідовної статистичної процедури Вальда у модифікації А.А. Генкіна та Е.В. Гублера.

У матерів дітей, у яких сформувалася наслідки ПГУ ЦНС, вірогідно частіше ($p < 0,05$) порівняно з контрольною групою траплялися загострення хронічних інфекційних захворювань під час вагітності у $39,5 \pm 8,0\%$ жінок у I-й групі та у $28,6 \pm 7,7\%$ – у II-й групі. Серед гінекологічних ускладнень превалювали інфекційно-запальні захворювання геніталій ($28,6 \pm 7,7\%$ – $39,5 \pm 8,0\%$) та захворювання, що передаються статевим шляхом, у тому числі бактеріальний вагіноз та кольпіт – $28,57 \pm 7,75\%$. Доведено, що предикторами формування наслідків ПГУ ЦНС є анемія вагітних (ПК=+5,2), ХФПН (ПК=+6,0), преєклампсія (ПК=+4,5) та пологи шляхом кесарева розтину (ПК=+7,0).

Лащук Ю.М., Гарас М.Н.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНУ ТА НЕАТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Наразі недостатність виявлення і розкриття основних механізмів формування окремих фенотипів бронхіальної астми (БА) є одним із головних стримувальних чинників прогресу в її ранньому виявленні та ефективному лікуванні. Тому метою дослідження було оцінити показники лабільності у дітей шкільного віку, хворих на атопічну та неатопічну бронхіальну астму.

На базі пульмонологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 64 дитини, хворих на бронхіальну астму, зокрема, першу клінічну групу (I) сформували 26 дітей із фенотипом неатопічної БА, а решта 38 хворих на атопічну БА увійшли до складу другої (II) клінічної групи. Для виявлення міри атопії використовували дослідження анамнестичного атопічного статусу та показники шкірних реакцій негайного типу із стандартними небактеріальними аероалергенами (виробництво ТОВ «Імунолог», м. Вінниця). За основними клінічними ознаками групи порівняння вірогідно не відрізнялися. Лабільність дихальних шляхів оцінювали за допомогою „показника лабільності бронхів” (ПЛБ), який можна розглядати як сумарну величину зменшення їх прохідності у відповідь на фізичне навантаження та дезобструкції після інгаляції салбутамолу. Отримані результати аналізувалися з вико-

ристанням принципів біостатистики та клінічної епідеміології.

У дітей з фенотипом атопічної БА спостерігається тенденція до виразнішої лабільності (ПЛБ склав $18,1 \pm 2,8\%$ та $23,2 \pm 2,7\%$ у I та II клінічних групах відповідно, $P > 0,05$), здебільшого, за рахунок значнішої дилатації у відповідь на інгаляцію β_2 -агоніста. Зокрема, індекс бронходилатації сягав $7,6 \pm 1,9\%$ та $11,8 \pm 1,9\%$ у дітей з атопічною та неатопічною БА відповідно, $P > 0,05$. Позитивна бронхомоторна проба з β_2 -адреноміметиком спостерігалася у 44,7% представників II клінічної групи та лише у 28% дітей групи порівняння ($P > 0,05$). Водночас виразна дилатаційна реакція дихальних шляхів (ПЛБ більше 20%) притаманна кожному п'ятому пацієнту з атопічною БА (21,1%) та лише 4% дітей з фенотипом неатопічної БА ($P < 0,05$).

Таким чином, ПЛБ із значеннями більше 20% у підтвердженні атопічної БА відносно неатопічного фенотипу виявився високоспецифічним (96%) із прогностичною цінністю позитивного результату 89%, значною часткою хибнонегативних результатів (79%) та вказував на відносний ризик атопічного фенотипу 1,6 (95% ДІ: 0,2–1,2) при співвідношенні шансів 6,4 (95% ДІ: 0,6–54).



Лебединець О.М.

ЗМІНИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУЗапорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна
Кафедра госпітальної педіатрії і дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Резніченко Ю.Г.)

Згідно сучасних поглядів, патологія антенатального періоду негативно впливає на стан здоров'я в подальшому житті, серцево-судинна патологія дітей і дорослих може розвиватися на тлі ушкоджень серця в період внутрішньоутробного розвитку. Вплив патології антенатального періоду на стан серцево-судинної системи дітей раннього віку освітлений недостатньо.

Враховуючи збереження високої частоти патологічного перебігу вагітності з порушеннями функції плаценти, що зумовлює проникнення чужорідних антигенів к плоду, нами вивчені морфометричні показники серця і особливості імунного статусу у дітей з патологічним перебігом антенатального періоду.

Під спостереженням перебувало 38 дітей першого року життя: 18 здорових дітей з обтяженим антенатальним анамнезом (пreekлампсія під час вагітності) і 20 здорових дітей з необтяженим анамнезом (група порівняння). Проводилось доплерехокардіографічне дослідження за стандартною методикою і визначення в сироватці крові циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) при довжині хвилі 254 нм та 280 нм за методом Н.І. Габріелян, В.І. Ліпатової (1984) у модифікації С.С. Кирєєва і співавт. (1990). За даними доплерехокардіографії в групі з обтяженим ан-

тенатальним анамнезом не було зареєстровано достовірних змін більшості показників порівняно зі здоровими, що свідчило про відсутність порушень функції серця. Одночасно виявлені тенденції до зниження кінцевосистолічного об'єму, кінцеводіастолічного об'єму лівого шлуночку в порівнянні з контрольною групою. Індекс маси міокарду лівого шлуночку в цій групі не перевищував вікові параметри, але був достовірно вищий порівняно зі здоровими дітьми ($57,6 \pm 3,4$ г/м² проти $47,7 \pm 2,3$ г/м² відповідно). Це свідчить про особливості морфогенезу серця у дітей з патологічним перебігом антенатального періоду. У дітей з обтяженим антенатальним анамнезом реєструвалось достовірне в порівнянні зі здоровими підвищення вмісту середньомолекулярних ЦІК ($5,28 \pm 0,25$ і $4,68 \pm 0,07$ ум. од. відповідно) і тенденція до підвищення дрібномолекулярних ЦІК ($63,40 \pm 1,42$ і $61,40 \pm 0,27$ ум. од. відповідно). За умов відсутності гострих і хронічних захворювань, ці зміни могли бути обумовлені патологією антенатального періоду. За літературними даними, ЦІК з середньою та низкою молекулярною масою довго залишаються в циркуляції, що підвищує можливість відкладання їх агрегатів у судинах з розвитком патологічного процесу.

Липка В.Т.

КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЕНДОКРИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ІЗ НАБУТОЮ ТА ВРОДЖЕНОЮ ФОРМОЮ ГЛУХОТИБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
(науковий керівник - Семань-Мінько І.С.)

Актуальність теми. Велика кількість дітей у всьому світі страждають від проблем, пов'язаних з частковою або повною втратою слуху. Здебільшого вада слуху поєднується із іншими, наприклад патологією ендокринної системи. Існує певна група дітей, яка є схильною до приглухуватості і глухоти. Набута виникає як результат гострого або хронічного запалення середнього вуха, що призводить до порушення рухливості барабанної перетинки. До вродженої глухоти схильні діти, матері яких перенесли під час вагітності краснуху, герпетичну інфекцію, приймали під час вагітності ототоксичні препарати, діти слабочуючих батьків.

Мета дослідження: виявлення супутніх ендокринологічних захворювань у дітей з набутими та вродженими вадами слуху.

Матеріали дослідження: обстежено 108 дітей віком від 0 до 14 років. Методи дослідження: статистичні, фізіологічні.

Результати дослідження. Оглянуто впродовж 2012 року 108 дітей із набутими та вродженими вадами слуху. Ендокринну патологію виявлено у 22 дітей (20,4%) від загальної кількості

обстежених. Згідно даних літератури, впродовж останніх років (2003–2008) захворюваність по зверненню в зв'язку з патологією ендокринної системи складає 3,7%. За даними ВООЗ сьогодні на ожиріння страждає близько 1 млрд (16%) населення світу, частота серед дітей раннього віку становить 22,6%. Виявлено ожиріння в 4 дітей, що становить 18%. Упродовж однорічного обстеження виявлені також інші ендокринні патології, а саме: адіпогенітальний синдром – 2 дітей, вроджений гіпотиреоз – 1, затримка фізичного розвитку – 7, набутий гіпотиреоз – 1, дифузний нетоксичний зоб I ступеню – 3, затримка фізичного розвитку – 3.

Висновки: за результати досліджень виявлено, що в дітей із вродженими та набутими вадами слуху частіше зустрічаються ендокринні патології. Частота ендокринних патологій має тенденцію до зростання. Серед патологій ендокринної системи переважає ожиріння, що практично співставно даним ВООЗ, а також затримка фізичного розвитку, що, ймовірно, пов'язано з пізнім виявленням та діагностуванням глухоти.

Литвиненко Д.В., Соколова Е.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РАННЬОЇ ПСИХОКОРРЕКЦІЇ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИНаціональний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна
Кафедра педіатрії № 3, кафедра психології та педагогіки
(науковий керівник - к.мед.н. Бойко Н.С., к.псих.н. Гуменюк Г.В.)

Актуальність функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГР) обумовлена тенденцією до зростання поширеності даної патології, яка найчастіше є асоційованою з нейро-циркуляторною дистонією (НЦД). Проведення ранньої психокорекції у дітей з ФГР є суттєвим компонентом у комплексному лікуванні та попередженні трансформації в органічну патологію.

Мета: підвищити ефективність лікування дітей з ФГР та оцінити процес адаптації дітей до умов стаціонару за рахунок включення в терапевтичний комплекс ранньої психокорекції методами арттерапії.

Методи дослідження: опитувальник на невроз (адаптований для дітей), тест Люшера, графічний тест, асоціативний тест, фізикальні методи дослідження, шкала абдомінального болю, дані історії хвороби.

Обстежено 100 дітей, розподілених на 3 групи: I (контрольна) група – стандартна протокольна терапія, II група – протокольне лікування та рослинний седативний препарат, III група – прото-

кольне лікування та рання корекція арттерапією. Результати: 23 дітей I групи відчули покращення, в II групі – 29, а в III – 33 після завершення лікування. Зменшення рівня тривожності, частоти астено-невротичних проявів відмітили 6 осіб I групи, 28 осіб II групи та 21 особа III групи. Позитивною була динаміка клінічних ознак ФГР – усунення абдомінального болю в дітей I та II групи відбувалося на 4-5 добу від початку лікування, у пацієнтів III групи – з перших днів проведення арттерапії. Аналогічна закономірність спостерігалась при ліквідації диспепсичних явищ.

Висновки: найкращий ефект у лікуванні ФГР дає поєднання протокольної терапії з фармакотерапією седативними рослинними препаратами та ранньою психокорекцією в умовах стаціонару. Відмічено позитивний відгук дітей та батьків на арттерапевтичні заняття, що сприяло зменшенню проявів та впливу стресових умов стаціонару на дітей та їх батьків.

Максимчук Н.О., Гарас М.Н.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Відповідно до чинних національних стандартів та рекомендацій вітчизняних фахівців основною метою базисного лікування бронхіальної астми (БА) є досягнення контролю. Диференційована лікувальна тактика, зокрема, індивідуалізація базисної терапії, перебуває у сфері наукових розробок, ніж у практичному використанні.

Метою дослідження було з використанням кластерного аналізу обґрунтувати варіанти базисної терапії тяжкої персистувальної бронхіальної астми (БА) у школярів з урахуванням клінічних і параклінічних показників.

В пульмонологічному відділенні ОДКЛ м. Чернівці з дотриманням принципів біоетики обстежено 57 дітей з попередньо верифікованою тяжкою персистувальною БА. Середній вік хворих склав $12,6 \pm 0,43$ років, середня тривалість захворювання – $8,0 \pm 0,48$ років. За статевим співвідношенням переважали хлопчики (59,6%). Проведено кластерний аналіз результатів комплексного обстеження школярів, згідно з яким виділено групи дітей з різною ефективністю базисної терапії захворювання. Зокрема, не-

достатня контрольованість перебігу патології на тлі базисної терапії очікується у дітей з раннім початком захворювання ($4,2 \pm 0,7$ роки), повільними ацетиляторними механізмами ($60,4 \pm 5,4\%$). Для даної когорти хворих характерним є значний нейтрофіліоз індукованого мокротиння ($60,2 \pm 4,9\%$), високий вміст інтерлейкінів 4 ($5,7 \pm 1,2$ пг/мл) та 5 ($5,7 \pm 0,4$ пг/мл) у сироватці крові. Припущення щодо нейтрофіліозу в індукованому мокротинні як чинника схильності до незадовільного контролю захворювання підтверджувалося вірогідним прямим міцним кореляційним зв'язком відносного вмісту нейтрофільних гранулоцитів із оцінкою контрольованості ($r=0,9$, $p<0,05$), що, ймовірно, реалізується внаслідок зростання індексу бронходилатації ($r=0,7$, $p<0,05$).

Таким чином, діти з наявністю вказаних результатів комплексного обстеження з метою базисного лікування потребують використання комплексу лікарських засобів, що відповідає ступеню 4 з наступним принципом «сходінка вниз» з урахуванням контролю БА.



Маркевич О.А.

ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна

Кафедра педіатрії з дитячою хірургією №1

(науковий керівник - к.мед.н. Черномиць І.Б.)

Вегетативна дисфункція є одним із найпоширеніших патологічних станів у дітей. Вегетативні порушення спостерігаються як самостійна нозологія, та часто є наслідками інших соматичних захворювань, зокрема, й бронхіальної астми.

Мета дослідження: вивчити стан вегетативної нервової системи у дітей, хворих на бронхіальну астму, та оцінити вплив вегетативної дисфункції на перебіг захворювання.

Обстежено 54 дитини, хворих на бронхіальну астму, віком від 12 до 18 років. Середній вік склав $13,96 \pm 1,34$ років. Серед них 24 хлопчики та 30 дівчат. Відповідно до важкості захворювання у 10 дітей діагностовано важкий перебіг бронхіальної астми, у 32 – перебіг середньої важкості, у 12 – легкий перебіг. Окрім загальноприйнятих методів обстеження усім хворим проводилось дослідження вегетативного статусу за допомогою таблиць Вейна.

Встановлено, що у 76% обстежених виявлено супутні функціональні розлади, такі як дискінезія жовчовивідних шляхів, аритмія та діагностована ВСД. При важкому перебігу бронхіальної астми

дана супутня патологія виявлена у 90% дітей, при перебігу середньої важкості – у 81%, а при легкому перебігу – у 50% хворих. Аналізуючи вегетативний статус встановлено ознаки ваготонії у 22 дітей (41%), симпатикотонії – у 18 (33%), а у 14 (28%) хворих виявлено ейтонію. При важкому перебігу бронхіальної астми ваготонія діагностовано у 80% випадків, симпатикотонія – у 20%. При перебігу бронхіальної астми середньої важкості ваготонія виявлена у 37% випадків, симпатикотонія – у 44%, ейтонія – у 19%. При легкому перебігу захворювання парасимпатична нервова система домінувала у 17% дітей, симпатична – у 17%, а ейтонія діагностована у 66% обстежених.

Таким чином, у дітей із бронхіальною астмою виявлені супутні розлади вегетативної нервової системи, особливо у дітей із важким перебігом захворювання. При оцінці вегетативного статусу виявлено переважання ваготонії, особливо зростає відсоток переважання парасимпатичної нервової системи при посиленні важкості захворювання, тобто ваготонія посилює важкість перебігу бронхіальної астми у дітей.

Мойсеєнко Н.А.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ / СНІДУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Сумський медичний коледж, Суми, Україна

Циклова комісія клінічного медсестринства

(науковий керівник - Онопрієнко О.Д.)

Актуальність. ВІЛ-інфекція/СНІД стала однією з найбільш актуальних соціальних і економічних проблем суспільства. На одного хворого СНІДом припадає 100–500 вірусносіїв. Захворювання виникає у 1/3 інфікованих. На жаль, в роки останнього десятиріччя кількість хворих значно збільшується.

Мета. Вивчити поширеність ВІЛ-інфекції в Сумській області, шляхи передачі та стан захворюваності на цю патологію у дітей.

Результати дослідження. Під час вивчення проблеми нами були опрацьовані статистичні дані поширеності ВІЛ-інфекції в Сумській області за період з 1997 по 2012 рік. Число інфікованих ВІЛ становить 1815 осіб, хворі на СНІД – 441, померлі від СНІДу – 143, померлі від інших причин – 154 особи. Станом на кінець 2012 року на «Д» – обліку перебуває – 932 ВІЛ-інфікованих, у т.ч. 209 хворих на СНІД. Найбільша кількість ВІЛ-інфікованих зареєстровано в районах: Шосткінському 112,6, Кролевецькому – 100,2, Конотопському – 99,3 районах, найменша – у Глухівському 17,6, Липово-Долинському – 14,1,

Лебединському – 8,0 районах.

Шляхи передачі ВІЛ-інфекції: статевий за 2012 рік становить 50,0%, за 2011 р. – 48,0%, ін'єкційний за 2012 р. – 22,1% (за 2011 р. – 35%). За період 1998–2012 рр. в області зареєстровано 270 дітей, які народились від ВІЛ-інфікованих жінок. У 21 дитини підтверджений ВІЛ-статус, 13 – захворіли на СНІД.

Висновки. Сумська область має досить високий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Останніми роками в області спостерігається тенденція до збільшення кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції / СНІДу. Водночас постійно зростає відсоток статевого шляху передачі (50%). Найбільш поширеним інфікуванням спостерігається в Шосткінському, Кролевецькому та Конотопському районах. Рівень поширення ВІЛ-інфекції в регіоні залежить від рівня тестування на ВІЛ, розвитку інфраструктури відповідних медичних установ. Головним в профілактиці поширеності ВІЛ – інфекції є своєчасне консультування та тестування на ВІЛ.

Молочек А.Ю.

**ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ,
АСОЦІЙОВАНИМ З Н.РУЛОРИ: ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД**

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ, Україна

Кафедра педіатрії № 5

(науковий керівник - д.мед.н. Лукашук В.Д.)

Актуальність. На сьогодні хронічний гастродуоденіт (ХГД) є системним захворюванням, в якому соматичні прояви тісно переплітаються із психічними розладами особистості. Основні прояви хвороби – це суб'єктивні, індивідуальні та численні скарги дитини.

Мета дослідження: Вивчити емоційну сферу хворих на ХГД, вегетативну регуляцію та адаптивно-компенсаторні механізми, що складають психовегетативний симптомокомплекс, та розглянути дію стресу як одного з чинників розвитку ХГД патології.

Матеріалитаметодидослідження. Проаналізовано результати обстеження 104 дітей, які хворіють на ХГД, асоційований з Нр, у віці від 7 до 18 років, та 30 практично здорових дітей того ж віку. Основну групу (I група) склали 68 дітей – отримували медикаментозну терапію за схемою (в перші 5 днів – ранітидин+амоксацилін 2 рази на добу, в наступні 5 днів – ранітидин+амоксацилін+кларитроміцин 2 рази на добу) в поєднанні із психотерапією. Групу порівняння

(II група) склали 36 дітей – отримували лише медикаментозну терапію. Напередодні початку лікування всі діти (разом із батьками) пройшли ряд анкетувань для виявлення стресорфакторів протягом всього життя дитини. Для визначення психологічного типу особистості, стану емоційної стійкості та ступеня тривожності використовували опитувальник Айзенка. Аналіз реактивності та особистісної тривожності визначали за шкалою самооцінки Ч.Д.Спілберга. Результати дослідження. Психологічне тестування встановило домінування негативних емоцій з переживаннями (різноманітні страхи, емоційна нестабільність і лабільність, невмотивовані зміни настрою). У 60,3% хворих встановлено зв'язок хвороби із стресочинниками в родині і / (або) школі, а у 65,5% спостерігалось поєднання декількох психогенних факторів.

Висновок. Дослідження показало, що комбіноване лікування ХГД (медикаментозна терапія та психотерапія) є більш доцільним і ефективнішим, ніж загальноприйняте медикаментозне лікування даної патології.

Ожго Н.С.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Житомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна

Відділення магістратури за спеціальністю «Сестринська справа», кафедра «Сестринська справа»

(науковий керівник - д.мед.н. Шатило В.И.)

Аналіз показників зростання патології опорно-рухового апарату у дітей різних вікових груп свідчить про динаміку розповсюдження і формування порушень постави і сколіозів у дітей шкільного віку. При несвоєчасному виявленні та лікуванні функціональні розлади опорно-рухового апарату спричиняють вертеброгенні захворювання та негативно впливають на якість подальшого життя.

Мета роботи – провести аналіз показників поширеності та захворюваності порушень постави і сколіозу у дітей по Україні й Житомирській області.

Матеріали та методи – статистична звітність Центру медичної статистики МОЗ України та Житомирської області за 2007–2011 рр.

Результати дослідження. Встановлено, що в Україні спостерігається зростання на 0,7% поширеності хвороб кістково-м'язової системи та захворюваності за цим класом хвороб на 3,5%. По Житомирській області поширеність хвороб кістково-м'язової системи зросла на 13,6%, захворюваність на 23,7%.

У 2011 році по Україні порушення постави у дітей 0–17 років становили – 367 724 випадки, сколіозу – 160 991 випадок. По Житомирській області виявлено підвищення показників поширеності порушень постави у дітей 0–17

років на 8,3%, сколіозу на 32,7%.

Показник співвідношення кількості сколіозів до кількості випадків порушень постави по Україні становить 1:2,3, по Житомирській області 1:1,88, що вказує на необхідність проведення комплексних профілактичних заходів щодо їх виникнення.

В нашому регіоні спостерігається висока частка порушення постави у дітей шкільного віку по відношенню до дошкільнят. В шкільному віці виявлено зростання показників поширеності порушень постави на 9%, сколіозу на 33,8%. Середні показники вказують на найбільшу їх частку у школярів 9–11 класів, що вимагає підвищеної уваги до дітей цієї вікової категорії.

Показники диспансерного спостереження вказують на поширеність порушень постави 45% та сколіозу 19,5% в системі ортопедичних захворювань у дітей м. Житомира. Із них порушення постави у хлопчиків становлять 46,8%, у дівчаток 53,1%, тобто дівчатка шкільного віку частіше страждають на дані порушення.

Висновки. Беручи до уваги актуальність проблеми, необхідно якісно проводити облік і динамічне спостереження за дітьми з порушеннями постави і сколіозом та оцінювати ефективність проведених профілактичних і лікувально-оздоровчих заходів.



Ортеменка Є.П., Горбатюк І.Б.

АСОЦІАТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ІЗ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВІСТЮ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ ФЕНОТИП БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Колоскова О.К.)

Наразі неефективність базисної терапії бронхіальної астми (БА) пов'язують із гетерогенністю патології, а саме із існуванням еозинофільного та нейтрофільного фенотипів захворювання. Водночас, одним з чинників ризику реалізації та персистування симптомів БА у дітей є надмірна маса тіла. Проте, питання щодо асоціації опасистості із характером запалення дихальних шляхів (ДШ) та їх гіперсприйнятливості в хворих на БА достеменно не вивчені.

Мета: вивчити кореляційні зв'язки антропометричних показників із маркерами бронхіальної гіперчутливості у хворих на еозинофільний фенотип БА у дітей для оптимізації лікування.

Матеріали та методи. На базі ОДКЛ м. Чернівці обстежено 116 школярів, хворих на БА. Еозинофільний фенотип БА (ЕФБА) діагностували у 66 пацієнтів (56,9%) за наявності в мокротинні $\geq 3\%$ еозинофілів в клітинному осаді індукованого мокротиння. Оцінка ризику реалізації події проводилась з урахуванням вірогідності величин відносного (ВР), атрибутивного (АР) ризиків та співвідношення шансів (СШ), а також визначення їх довірчих інтервалів (95% ДІ). Гіперчутливість бронхів (ГЧБ) визначали за даними провокаційної дози гістаміну (ПД20Г, мг).

Результати дослідження. У хворих із

еозинофільним характером запалення ДШ відмічалася більша маса тіла при народженні, а також при актуальному обстеженні. Так, маса тіла при народженні >3500 г вказувала на ризик ЕФБА (ВР=7,6; 95% ДІ: 5,2–11,2, СШ=20,2; 95% ДІ: 5,4–74,9, АР=57%). Водночас, індекс маси тіла (ІМТ) $\geq 19,0$ кг/м² вказував на ризик еозинофільної БА (ВР=1,5; 95% ДІ: 0,9–2,5, СШ=2,7; 95% ДІ: 1,3–6,0, АР=24%). Встановлено, що ПД20Г $< 0,15$ мг асоціювала із ризиком еозинофільного запалення ДШ (ВР=1,6; 95% ДІ: 0,9–2,4, СШ=2,5; 95% ДІ: 1,1–6,2, АР=22%). При цьому у пацієнтів із еозинофільним запаленням ДШ зареєстровані слабкі зв'язки перцентильної оцінки ІМТ при актуальному обстеженні із масою дітей при народженні ($r=0,3$; $P=0,03$), а також із ПД20Г ($r=-0,3$; $P<0,05$). Такі дані, мабуть, відображували взаємозв'язок генетичної детермінованості як надмірної маси тіла, так і ГЧБ, при ЕФБА.

Висновки. Для ЕФБА притаманні надлишкова маса тіла при народженні та актуальному обстеженні, а також виразна ГЧБ до гістаміну. Встановлений за еозинофільної БА взаємозв'язок опасистості хворих із значною гіперсприйнятливостю ДШ непрямо підкреслював спадковий характер даних феноменів.

Осовська І.М., Тарнавська С.І.

ОСОБЛИВОСТІ СТАРТОВОЇ ДЕЗОБСТРУКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - д.мед.н. Безруков Л.О.)

Перебіг бронхіальної астми (БА) в дітей багато в чому визначається не тільки фенотиповими особливостями захворювання, але й правильним вибором контролюваної та стартової дезобструктивної терапії, що визначило напрямки наших досліджень.

Мета дослідження. Оцінити ефективність різних режимів терапії нападу астми у дітей залежно від ацетиляторного статусу для оптимізації стартової дезобструктивної терапії.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 118 дітей шкільного віку, хворих на БА. Всім дітям визначали генетичний маркер – тип ацетилювання за методом Пребстинг-Гаврилова в модифікації Тимофєєвої. Сформовано 2 клінічні групи: I група – 68 дітей з повільним типом ацетилювання (середній вік – 11,1 років, частка хлопчиків – 72,7%), II група – 50 хворих зі швидким ацетиляторним статусом (середній вік – 12,4 років ($p>0,05$), частка хлопчиків – 81,2% ($p>0,05$)). За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними. Оцінку тяжкості перебігу захворювання та лікувальну тактику проводили згідно рекомендацій міжнародного консенсусу GINA 2010 та наказу МОЗ України №767 від

27.12.2005 р.

Результати дослідження та їх обговорення. Виходячи з отриманих результатів встановлено, що частота застосування швидкодіючих β_2 -агоністів, еуфіліну, системних та інгаляційних глюкокортикостероїдів у пацієнтів I клінічної групи дорівнювали: $98,1 \pm 7,8\%$, $34,5 \pm 4,2\%$, $42,3 \pm 5,6\%$, $52,7 \pm 5,4\%$ випадків. У представників II групи вказана терапія використовувалась у $97,4 \pm 8,6$ ($p>0,05$), $28,2 \pm 3,7$ ($p>0,05$), $25,6 \pm 4,8$ ($p<0,05$) та $46,1 \pm 6,5$ ($p>0,05$) випадків відповідно. Показники ризику необхідності використання у комплексній терапії нападу астми системних глюкокортикостероїдних препаратів у хворих із повільним ацетиляторним фенотипом при госпіталізації по відношенню до пацієнтів із швидким типом ацетилювання становили: відносний ризик – 1,3 (95% ДІ: 0,9–2,6) при відношенні шансів – 3,7 (95% ДІ: 1,3–6,7).

Висновки. Таким чином, у дітей з повільним ацетиляторним статусом вірогідно частіше, ніж у хворих зі швидким типом ацетилювання, застосовували короткотривалий курс системних глюкокортикостероїдних препаратів при лікуванні нападу бронхіальної астми, що зумовлювалося тяжчим його перебігом.

Рибарчук А.В.

РОЛЬ ІНФЕКЦІЙНОЇ НИРКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ У ФОРМУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
(науковий керівник - к.мед.н. Нечитайло Д.Ю.)

В останні роки поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) серед дітей значно зростає. В більшості випадків вона має вторинний симптоматичний характер. Найбільш схильними до її розвитку є діти препубертатного та пубертатного віку. За результатами епідеміологічних досліджень, підвищений рівень АТ виявлено в 4,8–14,3% дітей. За даними J. Berkovic (2006), у дітей із АГ у віці до 10 років на частку есенційної гіпертензії припадає 11%, симптоматичної – відповідно 89%.

Метою дослідження було виявити поширеність артеріальної гіпертензії та роль інфекційної ниркової патології в її виникненні у школярів. Матеріал та методи. Обстежено 194 дитини із с. Ванчиківці, Новоселицького району та смт. Глибока, Чернівецької області. Співвідношення дівчат та хлопців склало 1:1. Середній вік дітей склав $13,4 \pm 0,12$ року.

Результати. У загальному середній показник систолічного артеріального тиску в обстежених дітей становив $115,86 \pm 1,1$ мм рт.ст. (min – 82 мм рт.ст., max – 169 мм рт.ст.), а діастолічного – $67,81 \pm 0,80$ мм.рт.ст. (min – 41 мм рт.ст., max – 101 мм рт.ст.). У подальшому проводилась оцінка отриманих показників за перцентильними таблицями. Зареєстровано 11 дітей із систолічним артеріальним тиском у

межах 90–95% (передгіпертензія). Також виявлено 44 дитини з артеріальним тиском вище 95% вікозростової перцентилі (гіпертензія). Щодо діастолічного тиску, то кількість дітей із підвищеним тиском була значно нижча. Так, у межах 90–95% зареєстровано дев'ять дітей, а вище 95% – 24 дитини. Така невідповідність між підвищеним систолічним та діастолічним артеріальним тиском пов'язана з наявністю в дітей ниркової патології. У цих же дітей, при скринінговому проведенні аналізу сечі частіше спостерігалася наявність мікроальбумінурії (у 7 із 12 дітей).

Важливість впливу різноманітних інфекційних захворювань сечостатевої системи на формування АГ підтверджено ще й анамнестичними даними: у двох дітей спостерігається хронічний пієлонефрит, у 17 дітей із 55 в останні три роки були зареєстровані гострі захворювання сечовидільної системи.

Таким чином, підвищений АТ у дітей спостерігається у значному відсотку випадків. Також переважна кількість обстежуваних мають, або перенесли, захворювання сечовидільної системи, і вони повинні входити до групи ризику щодо загрози розвитку гіпертензії в майбутньому.

Рогальська Я.В.

ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКИ ЗАЛІЗОДЕФІЦІТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна
Кафедра педіатрії ФПО
(науковий керівник - д.мед.н. Банадига Н.В.)

Актуальність. На думку експертів ВООЗ дефіцит мікронутрієнтів – основна проблема в харчуванні планети. Зроблено висновок, що в сучасному типі харчування дітей України в раціоні переважає полідефіцитний дисбаланс. Залізодефіцитна анемія (ЗДА) у дитячому віці, перш за все, пов'язана із неадекватним харчуванням. У більшості випадків можна їй запобігти, проте часто педіатри стикаються із запізнілою діагностикою.

Мета: вивчити обставини діагностики ЗДА у дітей раннього віку.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 75 дітей із ЗДА віком від 1-го місяця до 3-х років.

Обговорення результатів. У 24 (32%) дітей діагностовано ЗДА I ступеня, у 21 (28%) дитини – ЗДА II ступеня, у 18 (24%) дітей – ЗДА III ступеня, у 12 (16%) дітей – ЗДА IV ступеня. Із 75 пацієнтів із ЗДА хлопчики переважали – 44 (58,7%). Дітей грудного віку обстежено 26 (34,7%), від 1-го року до 2-х – 24 (32%) дитини, а від 2-х до 3-х років – 26 (34,7%) дітей. Міських дітей було – 29 (38,7%), а сільських – 46 (61,3%). У 12 (16%) дітей анемію виявлено лише в стаціонарі. При профілактичному проведенні загального аналізу крові до року анемію виявлено у 9 (12%) випадках. Гострі респіраторні захворювання стали причиною звернення до педіатра у 17 (22,7%)

випадках. Із найбільш частих причин звернення до лікаря було зниження апетиту – у 25 (33,3%) випадків і блідість шкіри – у 10 (13,3%).

Харчування, близьке до раціонального, було у 21 (28%) дитини. На штучному вигодовуванні від народження перебувало 6 (8%) дітей, з 1 місячного віку – 8 (10,7%) дітей. Довше піврічного віку на природному вигодовуванні знаходилось 35 (46,7%) дітей. Характерним для дітей із тяжкою та надтяжкою анеміями було те, що з грудного віку коров'яче молоко було їх основною їжею, м'ясні продукти отримували із значним запізненням, нерегулярно, або ж взагалі не отримували.

Рівень гемоглобіну склав $94,64 \pm 5,15$ г/л при I ступені ЗДА, із достовірним зниженням, становивши при IV ступені ЗДА $42,73 \pm 4,89$ г/л. Сироваткове залізо у дітей із легкою анемією знаходилось на рівні $6,73 \pm 1,34$ мкмоль/л і $2,74 \pm 0,78$ мкмоль/л – при надтяжкій анемії. Загальна залізовв'язуюча здатність сироватки крові при I ступені ЗДА була на рівні $73,53 \pm 3,95$ мкмоль/л, зростаючи до $87,82 \pm 8,04$ мкмоль/л при III ступені.

Таким чином, ЗДА частіше зустрічається у сільських хлопчиків, основними скаргами батьків дітей із ЗДА є зниження апетиту та часті ГРВІ, а основною причиною – нераціональне вигодовування.



Савельєва-Кулик Н.О.

РЕЦЕПТИВНА МУЗИКОТЕРАПІЯ В ОЗДОРОВЛЕННІ ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

Сумський державний університет, Суми, Україна;

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ, Україна
Кафедра педіатрії післядипломної освіти, кафедра спортивної медицини та санології
(наукові керівники - д.мед.н. Сміян О.І., д.мед.н. Апанасенко Г.Л.)

Останніми десятиліттями спостерігається значне зростання рівня функціональної патології в структурі загальносоматичної захворюваності. Провідна роль у патогенезі більшості хронічних неінфекційних захворювань належить автономній дисрегуляції, що клінічно виявляється вегетативними дисфункціями (ВД). Водночас залишаються відкритими питання пошуку методів оздоровлення, які об'єднують вплив на ментальний, психічний та фізичний рівні організації людини і дозволяють таким чином здійснювати індивідуальну психосоматичну гармонізацію з позиції цілісного організму. Зазначена проблема повною мірою стосується такої оздоровчої практики як музична терапія (МТ).

Мета: вивчити ефективність усунення клінічних проявів ВД у дітей при комплексному лікуванні із залученням рецептивної музикотерапії (РМТ). Обстежено 65 дітей з ВД. Пацієнти I групи (30 дітей) протягом 14 днів отримували загальноприйнятту терапію. У II групі пацієнтів (35 дітей) на фоні загальноприйнятого лікування були проведені сеанси РМТ. Музичні програми, як основа терапевтичного сценарію кожної сесії, змінювались з урахуванням принципів лікувальної диференціації музичного матеріалу – подібність, функціональна відповідність, помірність, контрастність та принцип катарсису. Оцінку

ефективності лікування проводили клінічними та інструментальними (кардіоінтервалографія (КІГ)) методами. Групи дітей не різнилися за віком, статтю, клінічними проявами захворювання, психологічним профілем. Контрольну групу склали 27 практично здорових дітей відповідного віку (13–17 років).

За результатами дослідження після проведеної диференційованої терапії у дітей II групи відносно пацієнтів, які отримували загальноприйняте лікування, відмічено зменшення скарг на запаморочення, втомлюваність, цефалгії та кардіалгії ($p < 0,01$). Згідно з даними КІГ, наприкінці курсу лікування у дітей, які відвідували сеанси РМТ, зафіксували зниження активності центрального контуру регуляції і позитивну модуляцію вегетативного балансу як в ортостатичному, так і в кліностатичному положенні ($p < 0,05$). В цілому, залучення РМТ до комплексу терапевтичних заходів вносило додатковий позитивний компонент як на суб'єктивному, так і об'єктивному рівнях оцінки, скорочуючи терміни стаціонарного лікування на 3–5 днів ($p < 0,05$). Отже, отримані результати демонструють імовірний потенціал застосування МТ у відновлювальній медицині, зокрема, як метод превентивної реабілітації пацієнтів з функціональними розладами.

Семань-Мінько І.С., Буряк О.Г., Патрабой В.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ ВЗАЄМОДІЇ ПАРИ «МАТИ-ДИТИНА» ПРИ ГРУДНОМУ ВИГОДОВУВАННІ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
(науковий керівник - д.мед.н. Нечитайло Ю.М.)

Вигодовування дітей раннього віку є важливою проблемою сучасної педіатрії та дитячої нутриціології. Впровадження ініціативи ВООЗ і ЮНІСЕФ про захист, сприяння і підтримку природного вигодовування з використанням фізіологічних принципів формування і підтримки лактації значно змінило практику вигодовування дітей, як в багатьох країнах, так і в Україні.

Метою нашої роботи було надати рекомендації з покращення якості грудного вигодовування на основі оптимізації спільного режиму матері та дитини за рахунок виявлення факторів ризику його погіршення та їх усунення.

Нами вивчався режим харчування дітей першого року життя з визначенням тривалості виключно грудного вигодовування, а також терміни проведення корекції харчування та заміни грудних вигодовувань на прикорми. Оцінювався фізичний та психомоторний розвиток дітей у динаміці. Вперше проаналізовано психосоціальні аспекти не окремих суб'єктів, а пари «мати-дитина», вивчено фактори ризику відмови від грудного вигодовування.

Обстежено 77 пар (діад) – «годуєча мати – дитина першого року життя». Вік дітей на момент першого обстеження коливався від 1 до 12 місяців і у середньому склав $24,0 \pm 1,76$ тижнів. Упологовому будинку діти знаходилися у палатах спільного перебування з матір'ю і годувалися 10

і більше разів на добу.

Середня тривалість грудного вигодовування склала 6,7 місяці. Відмічається суттєве зменшення фізіологічної втрати маси тіла новонароджених та зростання прибавки ваги за перші два місяці життя – відповідно 121% та 113% відносно антропометричного стандарту, отриманого у попередні роки.

Встановлено цілий ряд кореляційних зв'язків між показниками вигодовування та мікросоціальними факторами. Так, рівень матеріальних статків сприяв більш ранньому введенню прикормів та штучних замінників грудного молока, а відповідно – скороченню тривалості грудного вигодовування. Захворювання матері та паління у неї були також факторами ризику раннього переходу на штучне вигодовування. Показники фізичного та психомоторного розвитку також мали корелятивні зв'язки з різними факторами ризику, частина яких пов'язана із способом життя батьків та організацією побуту.

Таким чином, в останні роки відбулися суттєві зміни в концептуальних підходах до природного вигодовування, але в той же час, особливості реальної практики годування дітей та найбільш важливих факторів ризику вивчені недостатньо і потребують додаткової уваги та подальшого поглибленого вивчення.

Супрун А.В.

АДАПТАЦІЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ У СУСПІЛЬСТВІ

Сумський медичний коледж, Суми, Україна

Циклова комісія педіатричних дисциплін

(науковий керівник - Рябіченко С.І.)

Дітям дуже непросто починати відвідувати дитячий садок, адже все їхнє життя змінюється кардинальним чином. У звичне життя дитини "вриваються" наступні зміни: чіткий режим дня, відсутність рідних поряд, постійний контакт з ровесниками, необхідність слухатись та підкорятися незнайомим людям, різке зменшення персональної уваги.

Мета: вивчити вплив на розвиток дитини її перебування в ДДНЗ (дитячий дошкільний навчальний заклад) та визначити її соціально-психологічну підготовку до школи.

Завдання: визначити роль родини в організації адаптаційного середовища в ДДНЗ, вплив ДДНЗ на фізичний та психічний розвиток дитини, самооцінку та соціально-психологічну підготовку двох груп дітей 6-7 років, які відвідують ДДНЗ та які перебувають вдома.

Адаптація є пристосуванням організму до змін зовнішніх умов життя. За спостереженнями психологів, середній термін адаптації становить в яслах 7-10 днів; у дитячому садочку в віці 3 роки - 2-3 тижні; у дошкільному віці - 1 місяць. З метою вивчення впливу дитячого садочка на розвиток дитини опитано 155 батьків (шляхом анкетування), 16 вчителів почат-

кових класів та психологів трьох шкіл, 152 батьків першокласників, 152 дітей, з яких 75 не відвідували ДДНЗ (шляхом усного опитування).

Згідно даних опитування:

- легше адаптуються до дитячого садка дівчатка - 66%, хлопчики - 48,9%;
- 77,4% дітей вперше пішли до ДДНЗ в 2-3 роки;
- 98% батьків відповіли що їх дитина користувалась ложкою та просилася в туалет до відвідування ДДНЗ.

Ми проаналізували дві групи дітей (1-ша група - діти, що відвідували ДДНЗ, 2-га - діти, що до школи перебували вдома) за методом «Драбинка» при підтримці психологів шкіл.

Отримані результати:

- адекватну самооцінку мають 67% дітей першої групи та 30% дітей другої групи;
- 24% дітей першої групи та 45% дітей другої групи мають неадекватно завищену самооцінку;
- занижену самооцінку мають 4% дітей першої групи та 10% дітей другої групи.

Висновки: хлопчики гірше адаптуються в ДДНЗ; починати відвідувати ДДНЗ бажано дітям у віці 2-3 років; дитячий садок позитивно впливає на розвиток дитини, формує в ній вольову поведінку та всебічно виховує.

Сухарева В.А.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ: КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОЙ БАЛАНС, ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ СОСТАВ СЫРОВОТКИ КРОВИ И ОСОБЕННОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Сумской государственной университет, Сумы, Украина

Кафедра педиатрии последипломного образования

(научный руководитель - к.мед.н. Бында Т.П.)

Актуальность работы: одно из важных мест в инфекционной патологии детей раннего возраста занимают острые кишечные заболевания (ОКИ). У детей с ОКИ часто наблюдается дегидратация, которая приводит к нарушению электролитного состава (ЭС) сыворотки крови и кислотно-щелочного баланса (КЩБ).

Цель исследования: изучение состояния КЩБ, ЭС сыворотки крови у детей с ОКИ и сравнительная оценка клинической эффективности растворов для оральной регидратации (регидрон, ОРС-200).

Материалы и методы: обследовано 88 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет, которые находились на лечении в Сумской городской детской клинической больнице. Исследование КЩБ и состава электролитов (натрий, калий, кальций) сыворотки проводилось с использованием автоматизированного, регулируемого микропроцессором, анализатора.

Результаты исследования: у детей с ОКИ, независимо от степени тяжести ацидоз диагностировался в 4 раза чаще, чем алкалоз. В острый период заболевания у детей в сыворотке крови отмечался дисбаланс электролитов, который проявлялся гипернатриемией при средней

степени заболевания и гипернатриемией и гипокальциемией при тяжелой степени заболевания. При сравнительной оценке растворов для оральной регидратации установлено, что у детей, получавших ОРС-200, симптомы заболевания исчезали быстрее, а именно, температура тела нормализовалась на 0,4 суток ($p < 0,05$), рвота исчезала на 0,5 суток ($p < 0,05$), симптомы обезвоживания исчезали на 0,9 суток ($p < 0,001$), консистенция стула нормализовалась на 1,8 суток ($p < 0,05$) быстрее. Прибавка в весе за 7 дней составляла $113,5 \pm 10,2$ г против $78,5 \pm 8,7$ г ($p < 0,05$) у детей, получавших регидрон. При исследовании КОС и ЭС сыворотки крови у всех детей через 7 дней лечения отмечено их нормализацию. К концу 1-й недели лечения положительный эффект отмечен в 97,6% детей, получавших ОРС-200, и в 89,7% детей, получавших регидрон ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенный мониторинг за динамикой состояния пациентов позволяет утверждать, что назначение раствора морковно-рисового отвара ОРС-200 в комплексном лечении детей, способствует более быстрому их выздоровлению, чем применение раствора регидрон.



Триндюк Ю.С.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІЄЛОНЕФРИТУ В ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра педіатрії №2

(науковий керівник - д.мед.н. Одинець Ю.В.)

Пієлонефрит (ПН) є найбільш частим неспецифічним захворюванням нирок у дітей. При цьому питання профілактики, діагностики та диференціальної діагностики стадій захворювання, лікування (і в особливості виліковування) далекі від вирішення.

Мета дослідження: визначення взаємозв'язків показників маси тіла при народженні, активності протеїназ сироватки крові та сечі, ліпідного спектру сироватки крові при гострому та хронічному ПН залежно від статі.

Матеріали та методи: в дослідження включені дані комплексного обстеження 100 дітей, хворих на ПН (23 хлопчиків та 77 дівчаток) віком від 1 до 18 років. Для визначення гендерних особливостей ПН ми використали факторний аналіз та побудували відповідні факторні структури.

Результати. Як у хлопчиків, так і у дівчаток, при двох формах захворювання структури пластичні, оскільки утворені двома факторами. На підставі

аналізу факторних структур при гострому та хронічному ПН у хлопчиків можна зробити висновок, що конфігурація зв'язків між досліджуваними показниками при двох формах захворювання суттєво відрізняється. Це підтверджує, що при гострому ПН існує суттєва залежність маси тіла при народженні та ступеня активності процесів протеолізу, а при хронічному ПН переважають процеси склерозування, зокрема, ниркової паренхіми, які надалі призводять до прогресування захворювання. Аналіз факторних структур при гострому та хронічному ПН у дівчаток дозволяє зробити висновок, що при гострому ПН існує залежність маси тіла при народженні та ступеня мембранодеструктивних процесів, а при хронічному – активності процесів протеолізу. Висновки. Необхідно констатувати, що маса тіла при народженні впливає у хлопчиків переважно на процеси протеолізу, а у дівчаток – на ступінь дестабілізації клітинних мембран.

Хуторна О.В., Шерстобітова О.В.

ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОГРАМИ У ВИЯВЛЕННІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

(науковий керівник - к.мед.н. Гарас М.Н.)

Щорічно від ГКІ у світі помирає до 1 млн дітей (Крамарев С.О., 2007). Останніми роками серед інвазивних діарей провідне місце займає сальмонельоз, особливо в групі дітей перших років життя. Особливістю перебігу сальмонельозу виступає часте формування реконвалесцентного бактеріоносійства (Чернишова Л.І., 2000). Інвазивний характер діареї з можливим формуванням бактеріоносійства обумовлює необхідність проведення антибіотикотерапії як етіотропного лікування в гострий період захворювання. Проте верифікація діагнозу з наступним призначенням адекватної етіотропної терапії стає можливою лише за даними бактеріологічного дослідження випорожнень на 3–4 добу (Washington State Department of Health, 2011).

Мета: вивчення діагностичної цінності результатів лабораторного обстеження дітей у виявленні сальмонельозу відносно інших гострих кишкових інфекцій, обумовлених умовно-патогенною флорою.

На базі інфекційного боксованого відділення (кишкових інфекцій) з дотриманням принципів біоетики обстежено 97 дітей з гострими кишковими інфекціями, у яких, за результатами бактеріологічного дослідження випорожнень, верифіковано сальмонельоз (76 дітей, основна група) та гастроентероколіти, зумовлені умов-

но патогенною мікрофлорою (21 дитина, група порівняння). За основними клінічними характеристиками групи були співставлювані.

Встановлено, що у дітей основної групи відмічається наявна тенденція до лейкоцитозу ($8,9 \pm 0,4$ Г/л проти $7,9 \pm 0,7$ Г/л, $p > 0,05$) та анемії (гемоглобін $108,6 \pm 1,5$ г/л проти $113,4 \pm 2,6$ г/л, $p > 0,05$ та еритроцити $3,5 \pm 0,1$ Т/л проти $3,7 \pm 0,1$ Т/л, $p > 0,05$). Поряд із цим, ШОЕ виявлялася вірогідно вищою у дітей, хворих на сальмонельоз ($6,0 \pm 0,3$ мм/год проти $3,3 \pm 0,4$ мм/год, $p < 0,05$). При аналізі діагностичної цінності виявлення сальмонельозу у порівнянні з кишковими інфекціями, спричиненими умовно-патогенною флорою, встановлено, що гематологічні показники запальної відповіді виявилися достатньо специфічними (лейкоцитоз > 12 Г/л із специфічністю 90% та ШОЕ > 5 мм/год із специфічністю 76%), проте низько чутливими (17% та 52% відповідно).

Отже, дослідження показників запальної відповіді у гемограмі для верифікації сальмонельозу порівняно з кишковими інфекціями, спричиненими умовно-патогенною флорою, є достатньо специфічним із значною часткою хибно негативних результатів, що підтверджується низькими значеннями відношення правдоподібності позитивного результату.

Череднікова Т.Ю.

ЗМІНИ ДЕЯКИХ МАРКЕРІВ СУРФАКТАНТА У ДІТЕЙ З НЕГОСПІТАЛЬНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра педіатрії № 2

(науковий керівник - д.мед.н. Ручко А.Ф.)

Актуальність. До теперішнього часу в педіатрії практично відсутні чітко розроблені критерії тяжкості захворювання та несприятливого прогнозу пневмоній. Є припущення, що тяжкість пневмоній залежить від стану сурфактанту, тому перспективним напрямком є вивчення складу конденсату видихуваного повітря (КВП).

Мета. Підвищення якості медичної допомоги дітям, хворим на ускладнені пневмонії, шляхом удосконалення діагностики стану сурфактанту за моніторингом рівнів загальних ліпідів (ЗЛ), тригліцеридів (ТГ) та неестерифікованих жирних кислот (НЕЖК) у КВП.

Матеріал і методи. Обстежено 74 дітей з пневмоніями у віці від 6 до 18 років (основна група). Група контролю – 20 соматично здорових дітей. Усім хворим встановлено діагноз та проведено лікування згідно наказу МОЗ України №128 від 19.03.07 р., досліджено КВП на вміст ЗЛ, ТГ, НЕЖК у гостру фазу легеневого запалення й у фазу реконвалесценції. Математичне і статистичне опрацювання матеріалів дослідження проведено з використанням методів біостатистики, реалізованих у пакетах програм EXCEL–2003, STATISTICA v. 6.1.

Результати дослідження. Підвищення рівня ЗЛ у гострий період розвитку пневмонічного процесу констатує наявність початкових розладів у системі сурфактанту. При тяжкому перебізі

захворювання у гострий період рівень ЗЛ склав $0,42 \pm 0,02$ г/л, при середній тяжкості – $0,34 \pm 0,03$ г/л, при легкому – $0,28 \pm 0,02$ г/л. На тлі лікування спостерігалася тенденція до нормалізації показників ЗЛ, але на момент виписки вони не поверталися до нормальних показників ($0,19 \pm 0,02$ г/л відповідно). ТГ характеризують активність легеневого метаболізму та ступінь мембранодеструкції. У гостру фазу легеневого запалення ці показники підвищувалися пропорційно ступеню важкості: при важкому перебізі вони склали $3,41 \pm 0,08$ мкмоль/л, при середній тяжкості – $2,29 \pm 0,06$ мкмоль/л, при легкому – $1,79 \pm 0,08$ мкмоль/л, а на момент виписки зі стаціонару при середній тяжкості або легкому ступеню нормалізувалися або були навіть нижчими контролю ($1,65 \pm 0,24$ мкмоль/л). НЕЖК при пневмоніях відображують зниження синтезу сурфактанту і в гостру фазу підвищувалися прямо пропорційно тяжкості: відповідно при тяжкому ступеню $0,42 \pm 0,1$ мкмоль/л, при середньому – $0,38 \pm 0,1$ мкмоль/л, при легкому – $0,37 \pm 0,1$ мкмоль/л.

Отже, у дітей з негоспітальними пневмоніями відмічається підвищення рівня загальних ліпідів, тригліцеридів та неестерифікованих жирних кислот у конденсаті видихуваного повітря, причому їх зростання є прямопропорційним до ступеня тяжкості перебігу захворювання.

Яворович М.В., Головачова В.О., Юрак О.М.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ СИСТЕМНОГО ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра педіатрії №2

(науковий керівник - д.мед.н. Одінець Ю.В.)

Актуальність. У структурі ювенільного ідіопатичного артриту (ЮІА) в дітей особливої уваги заслуговує системна форма (сЮІА), частота якої зростає і складає 10–20% (С.Е. Rabinovich, 2010). Мета: необхідність удосконалення методів терапії сЮІА.

Матеріали та методи: проаналізовано результати лікування сЮІА у 12 дітей віком від 2 до 13 років, які знаходились на обстеженні і лікуванні в МДКЛ №16. Захворювання мало швидко прогресуючий перебіг з високою лихоманкою (7), суглобовим синдромом (олігоартрит – 5, артралгія – 9), гепатолієнальним синдромом (8), лейкоцитозом (9), підвищенням гострофазових показників (12). У 5 хворих був серопозитивний, у 7 серонегативний сЮІА.

Результати: У зв'язку з тяжкими позасуглобовими проявами і ризиком несприятливого прогнозу сЮІА у 5 хворих та подальшим прогресуванням захворювання на фоні стартової базисної терапії (сульфасалазин, метотрексат) у поєднанні з селективними чи неселективними НПЗП та малими дозами преднізолону у 3 хворих ми одержали досягнення повної клініко-лабораторної ремісії шля-

хом застосування пульс-терапії преднізолоном (1000 мг/м²) внутрішньовенно впродовж 3–5 днів з послідовними циклами нагадування на фоні перорального прийому преднізолону (1 – 2 мг/кг з поступовим зниженням його дози та відміною) у поєднанні з лейкераном $0,2$ – $0,3$ мг/кг впродовж $1,5$ – 3 місяців, та «дози підтримки» $0,1$ – $0,15$ мг/кг впродовж 3 – 6 місяців. У 4 хворих ремісія досягнута синхронізацією пульс-терапії преднізолону (1000 мг/м²) з пульс-терапією циклофосфаном (1000 мг/м²/1 раз на тиждень №1–2, потім 500 – 1000 мг/м² 1 раз на місяць №3) з наступним переходом на лейкеран впродовж $1,5$ – 3 місяців в повній та 3 – 6 місяців в «дозі підтримки».

Висновки: В перспективі привабливим вбачається розробка нового напрямку – застосування препаратів на основі моноклональних антитіл (ритуксимабу (мабтери) – химерних моноклональних антитіл миші/людини, які специфічно зв'язуються з трансмембранним антигеном CD20, чи тоцилізумаба (актемери) – гуманізованих моноклональних антитіл до рецепторів інтерлейкіна-6), що може стати переломним моментом у лікуванні сЮІА.



Психіатрія та наркологія

Singh V.K., Slyvka N.O.

EFFECTS OF WORKING CONDITIONS ON THE INCIDENCE OF PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME AMONG DOCTORS

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine
Department of Patient Care And Higher Nurses Education
(scientific advisor - PhD Slyvka N.O.)

Introduction. Despite professional burnout syndrome (BS) was first evaluated by H. Freudenberger in 1974, the reasons of it are still not so clear. There are a lot of studies, devoted to the significance of personal characteristics in the pathogenesis of BS, but less attention is given to the role of working conditions. This issue is relevant for now, because BS adversely affect the efficiency of practitioners. That is why the government should be interested to take measures for BS prophylaxis. **Aim.** To find out how do the working conditions affect on the incidence of BS.

Material and Methods. We examined and interviewed two groups doctors, 1st group – Ukrainian doctors (n=32) and the 2nd group – Indian doctors (n=35). To evaluate the presence of any signs of BS we used Maslach Burnout Inventory (MBI). We also interviewed 5 persons who visited each of these doctors (total n=160 for 1st group a total n=175 for 2nd group), asking them how are they satisfied with their doctors. For this we used self-created questionnaire with 10 questions (yes/no), and summary assessment was scored from 1 (very good level of satisfaction) to 4 (very bad level of satisfaction) points. The statistical analysis was

done by programs “Excel” and “STATISTICA 6.0”, using the t-criteria for independent groups and Spearman rank R coefficient.

Results and Discussion. In the 1st group 7% of doctors belong to the 1st BS stage, 15% – to the 2nd stage, 63% – to the 3rd stage, 10% – to the 4th stage and 5% – to the 5th stage ($p < 0,05$). In the 2nd group 3% of doctors belong to the 1st BS stage, 7% – to the 2nd stage, 15% – to the 3rd stage, 65% – to the 4th stage and 10% – to the 5th stage ($p < 0,05$). It was also observed that 93% of Indian doctors experienced work load, comparing with only 25% ($p < 0,05$) of Ukrainian doctors. Besides, in the 1st group 75 % where suffering from depersonalization (D) and 85% – from personal accomplishment (PA) ($p < 0,05$), while in the 2nd group 92% where suffering from emotional exhaustion (EE) and 78% – from DP ($p < 0,05$). We revealed the direct correlation between the stage of BS and level of patient’s satisfaction with their doctor ($R = 0,867$) ($p < 0,05$).

Conclusion. It was found that the working conditions play a very important role in the development of BS in doctors and it leads to less patient’s satisfaction with them.

Балаур М.О.

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ПАЛІАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОГРЕСИВНОГО ПАРАЛІЧУ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
Кафедра психіатрії, наркології з курсом клінічної психології
(науковий керівник - к.мед.н. Пахмурний В.А.)

Мета дослідження – вивчення клінічних особливостей, МРТ-картини та перебігу різних форм пізнього нейросифілісу (НС) в сучасних умовах. Всього досліджено 26 хворих (19 чоловіків та 7 жінок) із НС, які вперше у житті поступили на лікування до Обласної клінічної психіатричної лікарні м.Одеси (ООКПЛ) протягом 2007–2012 рр. Середній вік хворих – $43 \pm 1,3$ роки.

Методи дослідження – клінічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (когнітивні тести) та магнітно-резонансна томографія (МРТ). Особливістю сучасного патоморфозу церебральних форм сифілісу було значне подовження першої (церебраленічної) стадії захворювання, особливо у хворих, які приймали антибіотикотерапію з різного приводу. Маніфестація наступала пізніше і не мала типової для прогресивного паралічу експансивної маячної симптоматики, тому важко розпізнавалась. Характерним є випадок хворого Х. 52 років, який до надходження в ООКПЛ протягом 2-х років спостерігався обласним психіатричним диспансером, де проводилось лікування, у тому числі стаціонарне, з приводу параноїдної форми шизофренії. Двічі була обстежена кров на RW, одержано негативний результат. До ООКПЛ направлений у зв'язку з швидким прогресуванням деменції та психомоторним збудженням. Діагноз прогресивний параліч було встановлено

після того, як у крові виявлено слабо позитивну реакцію Вассермана та додатково був обстежений ліквор, де усі реакції на сифіліс були серопозитивними. Проведено лікування пеніциліном та пірогенолом. Прогресування дефекту припинилося, відмічено поступове відновлення деяких когнітивних функцій. Усім 26 хворим проведено МРТ. Було виявлено значну церебральну атрофію з вираженим розширенням шлуночкової системи та субарахноїдального простору. При проведенні психодіагностичного обстеження виявлено досить грубий когнітивний дефіцит, який помітно зменшувався після цілеспрямованої антибіотикотерапії. Виходячи з цього, паліативне лікування даного контингенту було спрямоване насамперед на максимальне відновлення когнітивних функцій та навичок самообслуговування.

Висновки. Проблема НС знову набула актуальності наприкінці минулого століття у зв'язку з руйнацією системи раннього виявлення та своєчасного лікування цієї соціально небезпечної інфекції. Наслідком стало те, що первинна захворюваність на НС зросла за останні роки у 5–10 разів. Інвалідизація сягає майже стовідсоткової, оскільки захворювання виявляється випадково у пізніх стадіях. Це робить актуальною проблему удосконалення паліативного лікування прогресивного паралічу.



Крачун Г.П., Пищенко Е.Е., Разыграева Н.Л., Петровина И.А., Кушнир Р.Х.
**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИСТОМОРФОЛОГИЯ МЕЖТКАНЕВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В
СТЕНКЕ СОСУДОВ МОЗГА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ**

Приднестровский государственный университет им. Т.Г.Шевченко, Тирасполь, ПМР
Кафедра гигиенических дисциплин, Кафедра функциональной гистоморфологии и биологии
(научные руководители - к.мед.н. Крачун Г.П., Пищенко Е.Е.)

Цель настоящей работы – выявление межтканевых изменений в стенке сосудов при алкогольной болезни у человека с описанием на этой основе функциональной гистоморфологии этого заболевания. Приводим данные пациентки, страдавшей алкогольной болезнью, завершившейся летальным исходом, обусловленным развитием острой сердечно-легочной недостаточности, которая явилась следствием остро развившегося отека головного мозга, дислокации ствола головного мозга, и с последующим нарушением центральной регуляции функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Были исследованы участки мозговой ткани из лобного отдела новой коры головного мозга. Исследование сосудов мозга пациентки показало: на отдельных участках внутренней оболочки сосуда имеет место десквамация эндотелиоцитов, нарушение целостности сосудистой стенки в виде плазморрагии и отека разволокнения, резко выраженный периваскулярный отек. В

просвете сосуда наблюдается детрит, содержащий десквамированные эндотелиоциты. В окружающей паренхиме мозга имеет место диффузный сетчатый отек. На фоне резко разряженной мозговой ткани, в мелких сосудах артериального и венозного типа имеет место отечное разволокнение и деформация структурных компонентов стенки сосуда с резким уменьшением просвета сосудов, которая сопровождается прекращением кровотока. В ряде мелких сосудов имеет место тотальное разрушение целостности сосудистой стенки, включая и ее адвентициальную оболочку. В интимае наблюдается десквамация эндотелиоцитов, разволокнение мышечной и адвентициальной оболочек. Через некротически измененные участки сосудов осуществляется выход плазмы крови в паренхиму мозга, с последующим развитием выраженного периваскулярного отека. В этой связи, расположенные перифокально нейроны подвергаются дистрофическим и некробиотическим изменениям.

Нікоряк Р.А.

**ХАРАКТЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРИВАЦІЙНОЇ НАПРУГИ
СЕРЕД ПІДЛІТКІВ БУКОВИНСЬКОГО КРАЮ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник - к.мед.н. Русіна С.М.)

Питання психічного здоров'я є важливим критерієм соціальної стабільності суспільного життя людей. Вивчення медичних аспектів даної проблеми лежать в основі оцінки емоційного впливу соціального середовища на рівень життя, психічне здоров'я та соціальне функціонування людини.

Психічна та психологічна дезадаптація внаслідок сепараційного розладу в дітей та підлітків набула суттєвого медичного та соціального значення в нашій державі, зокрема в Чернівецькій області. Метою роботи було дослідити вплив психотравмуючих факторів на порушення психічного здоров'я, які відіграють важливу роль у виникненні психічної та психологічної дезадаптації серед підлітків.

Серед досліджуваних 40 учнів ЗОШ дівчата становили 64% (32 особи), а юнаки – 36% (18 осіб). Відсутність батьків чи одного із них на певний період їхнього життя, внаслідок трудової міграції становили серед підлітків 56%, а саме: відсутність батька в сім'ї – 18% осіб, міграції матері від родини – 34% досліджуваних, відсутність обох батьків – 4% осіб. Неповні сім'ї склали 8%. Повне порозуміння батьки-діти у родині спостерігалось у 39% досліджуваних, а в 61% осіб виявлено часткове порозуміння в

стосунках. З них соціальні прив'язаності до матері спостерігались у 22% осіб, до батька – у 6% досліджуваних, до обох батьків – у 33% осіб. Було встановлено, що хронічна діюча сепарація, як психотравмуюча, торкнулася основних орієнтацій підлітка, а саме його контактів у колі сім'ї. Тому серед досліджуваних у 39% дівчат неповне або часткове порозуміння з батьками було виявлено у 15% осіб за умови їх прихильності до матері, а до обох батьків встановлено у 24% осіб, що є психогенно-травмуючим чинником через непорозуміння в родині. Деприваційна напруга серед дівчат пов'язана з прихильністю до матері і за її відсутності склала 100%, а до обох родичів – 50% досліджуваних. Психоемоційна напруга серед юнаків виявлена у 75% осіб, які прихильно ставилися до матері, яка знаходилася у вимушеній трудовій міграції від сім'ї.

Таким чином встановлено, що життя у несприятливому соціальному оточенні є патогенним чинником, а саме особи, які ростуть без належної батьківської турботи, менш здібні до здорового психологічного розвитку, що є складовою психоемоційної напруги, яка призводить до соціальної дезадаптації, що потребує створення моделі медико-соціально-психологічної допомоги населенню.

Пахмурна В.С., Бабенко Н.В.

ПАНІЧНИЙ РОЗЛАД ТА СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
 Кафедра психіатрії, наркології з курсом клінічної психології
 (науковий керівник - д.мед.н. Мельник Е.В.)

Починаючи з 2000 року, поширеність панічного розладу та агорафобії, особливо серед молоді, набуває епідемічного характеру. Медичні установи різних форм власності, а також центри психологічної допомоги, орієнтовані на лікування даного контингенту антидепресантами, транквілізаторами та психотерапевтичними методами, сьогодні не в змозі охопити ефективною допомогою усіх, хто її потребує. Хворі використовують Інтернет для обміну досвідом лікування у різних фахівців, висловлюються з приводу методів лікування, а також надають один одному поради щодо зменшення страждання та покращення якості життя.

Метою дослідження була оцінка валідності соціальних мереж як додаткового засобу корекції стану хворих на панічний розлад. Проаналізовано близько 400 Мб інформації по даній темі, що міститься у соціальних мережах. Систематизовано конкретні приклади, коли людям з тяжким перебігом невротичних розладів вдавалось утриматись від розпачу та суцільного відчаю. «Дорогі мої! Прощу вашої підтримки! Прийняла тверде рішення – жити без підвищеного тиску. Дозу Паксилу зменшила до пів таблетки, а потім викинула. Тримаюсь вже тиждень Перші дні – «ломка» страшна, настрій «блукає», відчуваю постійне головокружіння, а голова – тяжка, «не-

реальна», ні на чому не можу зосередитись... Але з кожним днем вірю, що буде легше. Не впадаю у розпач та тримаюсь... Розумію, що зразу після «хімії» легше не стане. Підтримайте мене. Мушу впоратися». «Дякую вам! Я тримаюсь. Вже тиждень – зовсім без пігулок. Поки що симптоми такі: хитає та скаче настрій. Але я чітко налаштована на терпіння – ні кроку назад». «Спасибі всім пререлике. З вами значно легше та позитивніше!». «Впораюсь! Навіть не сумніваюсь. Адже ти йдеш попереду і кажеш, що там вже легше та краще». «Допомагати легше тому, хто поруч з тобою. А от собі допомогти – набагато складніше. Але я все одно працюю і буду працювати над собою. Тим більше, що бачу чудові результати Я дуже рада спілкуванню з вами. Я тепер, як риба у воді. І так цього потребувала всі 4 роки...» (переклад, редагування авторів).

Висновки. Інтернет-ресурс надає можливість організувати ефективну паліативну взаємодопомогу хворим на різноманітні невротичні розлади (насамперед – панічні атаки). Він також сприяє фахівцеві у цій галузі щодо можливості оцінити ефективність своєї роботи та різних методів лікування, спонукає самому активно втручатись у діалоги на відповідних сайтах.

Похильченко М.А.

ВАЛІДНІСТЬ МАРКЕРІВ СХИЛЬНОСТІ ДО РОЗЛАДІВ ТРИВОЖНОГО СПЕКТРУ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
 Кафедра психіатрії, наркології з курсом медичної психології
 (науковий керівник - к.мед.н. Пахмурний В.А.)

Метою роботи було виявлення схильності до розладів тривожного спектру у студентської молоді та можливий вплив предикторів ноогенного неврозу на формування цієї патології.

Розлади тривожного спектру займають особливе місце в ноогенних невротичних розладах, тому актуальність теми зумовлена не тільки зростаючою поширеністю панічних розладів насамперед серед молоді, але й постійною зміною клінічних «масок», якими вони проявляють себе залежно від швидкої трансформації інформаційного простору та ноетичної парадигми. Дизайн дослідження представлений порівнянням двох груп юнаків та дівчат у віці 19–22 роки – 30 студентів-медиків та 30 студентів-гуманітаріїв без ознак хронічних соматичних захворювань. З психодіагностичних методик застосовано тест К.Томаса на домінуючу стратегію поведінки у конфлікті, тест В.Бойка на домінуючу стратегію психологічного захисту у спілкуванні, тест М.Рокича та тест САН. Враховувались такі показники, як фізичні самопочуття, активність, цілеспрямованість, частота звернень до лікарів та психологів, час, проведений у соціальних мережах та клінічні ознаки панічних атак. Особливу увагу звернено на наявність у студентів креативних цілей та стратегії життя. З'ясовано, що 2 студента-гуманітарія зверта-

лись до психіатра з приводу панічного розладу, а один – з приводу панічних атак з агорафобією. Серед обстежених студентів-медиків клінічних випадків тривожних розладів не було. За тестом В.Бойка виявлено: у студентів-медиків (СМ) загальний показник агресії 40+0,2%, у студентів-гуманітаріїв (СГ) – 10+0,3%; загальний показник миролюбства: у СМ – 33,3+0,3%, серед СГ – 50+0,3%; загальний показник уникання: у СМ – 26,6+0,3%, серед СГ – 40+0,2%. Достовірними є розбіжності за усіма показниками. Близькими по значенню є показники, одержані у тестуванні за К.Томасом. Студенти-гуманітарії, більш, ніж в 2 рази годин на добу, проводили в соціальних мережах, ніж студенти-медики. Виявилось, що для студентів-гуманітаріїв, на відміну від студентів-медиків, більш притаманні несформованість та аморфність цілей, відсутність чіткої життєвої стратегії у багатьох випадках, тобто предиктори нооневрозу, які були виявлені у 20+0,2% студентів-медиків, та 43,3+0,2% студентів-гуманітаріїв.

Висновки. Серед предикторів панічного розладу у молоді найбільшу валідність мають такі маркери, як риси особистості (миролюбність та неконфліктність), невирішеність внутрішніх конфліктів, відсутність креативних цілей в житті.



Соколова Д.Ю., Чудновский А.А., Стадник А.Д.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПИОИДНЫМИ И ПОЛИНАРКОМАНИЯМИ К БОЛЕЗНИ

Луганский государственный медицинский университет, Луганск, Украина

Кафедра наркологии и психиатрии
(научный руководитель - к.мед.н. Кузнецова Г.В.)

Возросшее значение рассматриваемой проблемы связано с ростом заболеваемости наркоманиями, особенно в регионах Юга, Юго-Востока и Востока Украины, в том числе Луганской области. По данным Луганского областного наркологического диспансера (ЛОНД) на фоне роста общего уровня первичной заболеваемости наркоманиями, отмечался опережающий рост полинаркоманий с преимущественным употреблением опиатов и психостимуляторов.

Изучение вопросов осознания наркозависимым своего заболевания, переживания или вреда болезни, их отношения к лечению и прогнозу является актуальным и важным не только с точки зрения психологии личности наркозависимого, но и для решения практических задач связанных с разработкой способов психокоррекции и психотерапии.

Целью работы являлось изучение внутренней картины болезни (ВКБ) и психопатологических особенностей лиц страдающих полинаркоманиями и опиоидной зависимостью.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе ЛОНД. Выборку составили 40 человек (34 мужчин и 6 женщин), в возрасте от 18 до 30 лет. Было выделено 2 группы: «опийная наркомания» F 11.30 – 20 человек; «полинаркомания» F 19.30 – 20 человек.

Для исследования ВКБ применялся Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Дополнительно изучалось анамнестическая картина жизни наркозависимого при непосредственном общении с больным и его родственниками, история заболевания.

Результаты и обсуждения. Полученные данные свидетельствуют о том, что для опийных наркоманов оказался высоким чувствительный тип отношения к болезни, и прослеживается тревожный и апатический типы в равных небольших процентных соотношениях. Для полинаркоманов более характерен неврастенический тип, а также выделяются эгоцентрический и дисфорический типы, в сравнительно небольших процентных соотношениях.

Выводы. Анализируя результаты исследования можно предположить, что чувствительный тип отношения к болезни у наркозависимых более всего зависит от свойств личности, в частности от чувствительной акцентуации характера, которые объединяют опиоидов. Неврастенический тип обнаруживает в себе поведение по типу «раздражённой слабости», более подходящий полинаркоманам. Характерным является тот факт, что у исследуемых не прослеживается самый «благоприятный» тип отношения – гармонический, у опийных всего 5%.

Тофан В.В.

ПАТОПСИХОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ЗМІШАНОГО ТРИВОЖНОГО ТА ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ЖИТТЯ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
Кафедра соціальної допомоги, загальної та медичної психології
(науковий керівник - д.мед.н. Аймедов К.В.)

Метою дослідження було виявлення характерного для контингенту жінок з проявами тривожно-депресивного розладу на фоні або після менопаузи комплексу взаємопов'язаних патопсихологічних характеристик особистості, що є актуальним для побудови комплексних терапевтичних програм. Досліджено 23 жінку з діагнозом: «змішаний тривожний та депресивний розлад» (F 41.2), яких було госпіталізовано у психіатричне відділення.

Методи дослідження: клінічний, анамнестичний, незакінчених речень (Сакса-Леві), піктограма, шкала рівня тривожності Спілберга, тест Роршаха, тест змісто-життєвих та тест ціннісно-життєвих орієнтацій Рокіча, торонтський алекситимічний тест.

Одержані результати. Рівень особистісної тривоги відповідав високому (57,2 бали); рівень реактивної тривоги також був високий (56,8 балів). У малюнках переважали атрибутивні (37,2%) та конкретні (39,6%) образи, виявлялися особливі феномени (фрагментизація – 26,2%, персеверативний феномен – 10,12%, локальна відмова – 18,75%). За методикою незакінчених речень виявилися наступні закономірності: адекватна оцінка свого розладу настрою, сприйняття свого стану як загрозливого, страх за його погіршення, відмічалось також почуття провини за свою хворобу. Було відсутнє бачення сво-

го майбутнього, виявлялося бажання прожити життя спочатку. За тестом Роршаха провідними патопсихологічними рисами розладу були брак емпатії та творчого розвитку, що співпадало з результатами піктограми. За тестом Рокіча переважали такі цінності: здоров'я та матеріальне забезпечення життя. За тестом змісто-життєвих орієнтацій відмічено лише деяке зменшення вітальності у жінок. Всі досліджені хворі виявилися «алекситимічними особистостями».

Висновок. У жінок зі змішаним тривожним та депресивним розладом провідною психологічною характеристикою була значно підвищена особистісна тривога, яка зумовлювала шаблонне сприйняття багатьох життєвих ситуацій як загрозливих (стійка характеристика особистості). Поряд із цим, відсутність бачення свого майбутнього, схильність до застрягання на одних і тих самих уявленнях, зосередження уваги на своїй хворобі ще більше погіршує їхній стан, через що в мисленні таких жінок значно уповільнюються асоціативні процеси, зменшується здатність до створення абстрактних концептів, тобто мислення наближається до конкретно-формального рівня. Отже, психотерапевтичний підхід повинен перш за все бути спрямованим на зміну самої структури особистості за рахунок створення нової системи цінностей, розробки конструктивних патернів поведінки та переконань.

Федоруца А.А.

ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ ДО УМОВ НАВЧАННЯ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна
Кафедра психології та соціології, Кафедра медичної психології та сексології
(науковий керівник - д.мед.н. Луценко О.Г.)

У сучасному суспільстві проблема адаптації виступає однією з ключових проблем психологічної науки. Високі темпи життя, постійні інформаційні перевантаження і дефіцит часу все більше впливають на психіку особистості і стають причинами різних відхилень в нормальній діяльності окремих чи більшості функціональних систем організму. Різномісна і тривала дія несприятливих соціально-психологічних, економічних чинників зумовлює велику нервово-психічну напругу, яка здатна викликати різноманітні негативні прояви в поведінці і призводити до нервово-психічних розладів.

У наш час активно вивчається проблема психологічного стресу у трудовій та навчальній діяльності. У вітчизняній та зарубіжній психологічній науці широко вивчається питання впливу інформаційних чинників на діяльність людини та її психічні стани. Вважається, що будь який різновид стресу є в своїй основі інформаційним, який не зводиться лише до емоційного феномену, а детермінується і відображається в мотиваційних, когнітивних, вольових, характерологічних та інших компонентах особистості. Саме тому феномен стресу потребує спеціального психологічного вивчення (В. А. Бодров, 2000).

Нині спостерігається тенденція до значного зростання кількості нервових розладів та розладів психіки і поведінки. Довготривале обмеження

доступу до специфічної інформації або надлишок інформації викликають порушення вищої нервової діяльності, функцій сну, що є результатом розвитку інформаційних стресів і неврозів, що в свою чергу визначає основний вектор нашого дослідження. Тобто адаптація людини до стрімких змін навколишнього середовища набуває все більшого значення для сучасної науки.

Процес адаптації першокурсників у студентському колективі та соціально-психологічна структура труднощів періоду адаптації також займають важливе місце при дослідженні феномену інформаційного стресу. Лише за останні роки проблема адаптації учнівської та студентської молоді до нового колективу стала предметом спеціальних досліджень. Часто соціально-психологічна дезадаптація породжує втрату сформованих позитивних установок і відносин студента-першокурсника. Важким наслідком дезадаптації є стан напруженості і фрустрації, зниження активності студентів у навчанні, втрата інтересу до громадської роботи, погіршення поведінки, а в ряді випадків – втрата віри у свої можливості, розчарування у життєвих планах. Усе це призводить до психічного перевантаження, яке власне і знижує адаптативні можливості і, як наслідок, сприяє порушенню психічного здоров'я особистості.

Шевченко-Битенский К.В.

НОВОЕ В ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПСИХИАТРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХ ЕЁ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина
Кафедра психиатрии, наркологии с курсом клинической психологии
(научный руководитель - к.мед.н. Пахмурный В.А.)

Псориаз, по мнению отечественных и зарубежных исследователей, один из наиболее распространенных дерматозов в мире, которым страдает 1–3% населения. Доля больных псориазом среди всех дерматологических больных 5–6%. Теории возникновения псориаза: инфекционная, обменная, иммунная, эндокринная, нейрогенная, генетическая, интоксикационная. Остановимся на нейрогенной концепции псориаза. Впервые о нейрогенной природе псориаза высказался А.Г.Полотебнов (1838–1907). Он рассматривая псориаз как вазомоторный невроз, предположив на основании формирующихся идей И.М. Сеченова возникновение псориаза в результате патологических рефлекторных механизмов, ведущих к возникновению морфологических поражений кожных покровов. По данным литературы психотравму в манифестации заболевания отмечали 40–80% больных.

Нами выбрана группа из 28 человек больных псориазом (бляшечная форма) в стадии обострения. С помощью психодиагностических методик (ММРІ, шкала Тейлор) было обнаружено, что практически у всех больных патопсихологически доминировали выраженные тревожные расстройства, а у 57% – депрессивные. На ЭЭГ пароксизмальность активности была выявлена у 37%, а у 75% пациентов наблюдалось нарушение пространственной локализации ритмов.

При пробе с открыванием глаз у 75% отмечалась редукция α -ритма. У 6 (21%) не было выявлено существенных региональных отличий вклада α -ритма. Обнаруженные ЭЭГ изменения могут свидетельствовать о существенном нарушении таламо-кортикальных взаимоотношений. За время болезни больные принимали различные схемы стандартного лечения (наружная терапия, в том числе включавшая кортикостероиды; общая терапия с применением базисных препаратов – салазопиридазин, метотрексат, др). Эффективность лечения отмечалась в виде ремиссий от 2 до 6 месяцев. Исходя из концепции П. Коронакиса и Г. Селье (1976), а также понимания того, что механизмы нарушения структуры электрофизиологических ритмов при псориазе являются компонентами образования и развития киндлинговой «гиперактивной» детерминантной структуры, представляющей собой такую часть системы, которая «навязывает» характер своей патологической активности другим частям мозга, проявляясь в итоге в виде псориатической болезни, мы применили для более быстрого клинического эффекта антиконвульсанты (р-р конвулекса по 500 мг в/в 2 раза в день № 14, затем в тех же дозах per os). Практически у всех больных в течение первой недели интенсивной терапии наблюдалась редукция как кожных проявлений, так и психопатологических.



Т.Г. Карвацька, Н.С. Карвацька
**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ
ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник - доц. Н.С.Карвацька)

Актуальність. Соціокультуральні зміни, політичні та економічні катаклізми, які відбулися у суспільстві, викликали сплеск невротичних і соматоформних розладів, делінквентності, наркотизації, алкоголізації, гетеро- і автоагресивності. За останні роки спостерігається зростання числа пацієнтів з соматоформними розладами.

Метою нашого дослідження було виявлення психопатологічних особливостей, що лежать в основі соматоформних розладів, визначення їх ролі у патогенезі даної патології.

Матеріал і методи. Дослідження проведено на 25 хворих з соматоформними розладами. Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь в дослідженні. При проведенні дослідження були використані клінічний, експериментально-психодіагностичний, статистичний методи. Визначення акцентуацій рис характеру проводили за К. Леонгардом, рівня тривожності - за допомогою «Шкали самооцінки і вимірювання рівня тривожності» (опитувальник Спілберга, адаптований Ханінім). Вивчення тривожної та депресивної симптоматики проводилося за допомогою шкали Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Для визначення рівня алекситимії була використана шкала Toronto Alexithymia Scale (TAS).

Результати досліджень. Основу клініко-

психопатологічної симптоматики у хворих із соматоформними розладами складали різноманітні сомато-вегетативні прояви (кардіоваскулярні, гастроінтестинальні, респіраторні, церебральні), що поєднувалися з депресією, тривогою і загально-невротичною симптоматикою.

У обстежених хворих були виявлені акцентуації рис характеру дистимного, тривожного, циклотимного, педантичного і застрягаючого типів, високий рівень особистісної і реактивної тривожності, середній рівень депресії, алекситимії.

Основними особистісними особливостями обстежених хворих були домінування рис демонстративності, бажання показати себе в кращому світлі, емоційної лабільності, слабкої стійкості до стресу і виразної соматизації психопатологічних феноменів.

Висновки. Проведені дослідження дозволили розробити систему терапії і профілактики хворих із соматоформними розладами. Вважається доцільно проводити подальше вивчення даної проблеми шляхом глибокого аналізу зв'язку клініко-анамнестичних даних з характером перебігу захворювання у хворих, що допоможе робити більш точні довготривалі прогнози щодо ефективності лікування даної патології з використанням методів медикаментозної і психотерапевтичної допомоги.

Юрценюк О.С.

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ
РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник - д.мед.н. Напрєенко О.К.)

Сьогодні стає очевидним, що депресію та ішемічну хворобу серця (ІХС) не варто розглядати як дві незалежні патології, між ними існує досить сильний взаємозв'язок. Наше спостереження підтвердило, що незалежно від того, страждає хворий на депресію до ІХС, чи вона розвинулася пізніше як реакція особистості на соматичну хворобу, депресія значно обтяжує клінічний перебіг ІХС. Наявність депресії або тривоги негативно відбивається на функціональному статусі хворих на ІХС

З метою вивчення депресивних та тривожних розладів (ДТР) у хворих на ІХС, обстежено 130 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні. Усіх обстежених було розподілено на дві групи - основну (I) та порівняльну (II). Всі хворі проходили структуроване інтерв'ю, клініко-психопатологічне і експериментально-психологічне дослідження (шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна, шкала депресії Ч. Гамільтона).

Встановлено, що у нозологічній структурі у хворих незначно домінував легкий депресивний епізод (F 32.0) - 35,7±5,8 % і 43,3±9,2 %

відповідно, та змішаний ТДР (F 41.2) - 34,3±5,7 % та 30±8,5 %. Помірний депресивний епізод (F 32.1) діагностовано у - 30±5,5 % хворих I групи та 26,7±8,2 % - II порівняльної групи. В жодному клінічному випадку у хворих ІХС не спостерігалось вираженого депресивного епізоду (F 32.2).

В гендерному аспекті розподіл діагнозів мав ряд особливостей, так легкий депресивний епізод (F 32.0) зустрічався у 19 (36,5 %) жінок та 19 (39,6 %) чоловіків, помірний депресивний епізод (F 32.1) виявлено у 12 (23,1 %) жінок та 17 (35,4 %) чоловіків, змішаний тривожно-депресивний розлад (F 41.2) діагностовано у 21 (40,4 %) пацієнтки та 12 (25,0 %) пацієнтів.

Узагальнюючи розподіл структури депресивних та тривожних розладів при ІХС, можна стверджувати, що для пацієнтів обох груп характерним було виникнення депресивних та змішаних тривожно-депресивних розладів. Для жінок більш притаманним було виникнення ТДР (F 41.2), в той час як у чоловіків частіше діагностували легкий депресивний епізод (F 32.0).



Соціальна медицина



Melnic A.

ETHICAL ISSUES IN COMMUNICATION AND RELATIONSHIP WITH TERMINAL ILLNESS

State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu", Chisinau, Moldova
Department of Philosophy and Bioethics
(scientific advisor - Ojovanu V.)

Introduction. An aging society and growing prevalence of chronic conditions, despite the evolution of medical technologies and pharmacological treatments, determines a stronger need for development of palliative care and hospice programs, which represent a core element of public health. In palliative care occurs specific issues related to communication and relation between patient and caregiver.

Discussion. Firstly, physician should use his communication abilities in order to tell patient the diagnoses. One should use the informed consent to offer information about prognosis, treatment alternatives, possible complications; ethical and religious characteristics of community have to be considered. One of the dilemmas that appears at this moment is disclosure of medical information to family and relative, and the confidentiality should be applied. A directive in care management is determination decision making capacity and mental status, in some cases this directives involve family members, or legal representer for providing decision. An anti-paternalist model of

relationship, through which physician and patient collaborates in decisions making, is based on the four classic principles of bioethics: the autonomy, non-maleficence, justice, beneficence that integrates the quality of medical act, the legal and ethical aspects.

In order to ensure patient comfort, care team is formed by relatives, friends, volunteers, nurses, physicians, social assistants, philologists and spiritual caregivers. Terminal illness can lead to advance statements that refer to the 'living will' of the persons. It is important to discuss with family such statements as withholding or withdrawing the hydration and parenteral feeding, mechanical ventilation as the will of being 'do not attempt to resuscitate'.

Conclusion. Communication and relationship within palliation is difficult due to dilemmas and problems in the act of decision making. Bioethics education and training of future physician, and management according to its principles is a key dimensions in palliative care.

Білетова І.В., Весненко В.О.

ЛАТИНА – МОВА МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

Житомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна
(науковий керівник - Косова І.А.)

Латинська мова (lingua Latina) – мова індоєвропейської сім'ї. Вона дістала назву від племені латинів, які заселяли невелику область Центральної Італії – Лаціум. Латинська мова за-позичила значну кількість грецьких слів, а також грецьку медичну термінологію, засновником якої був лікар Гіппократ. У процесі розвитку деякі з грецьких медичних термінів латинізувались. Латинська та старогрецька мови залишаються основними міжнародними джерелами для штучного створення нових медичних термінів в сучасних мовах. Назви хвороб, їхніх симптомів, анатомічна номенклатура, назви лікарських препаратів тощо – це слова латинського і грецького походження.

Сучасна клінічна термінологія є однією з найскладніших підсистем медичної термінології, яка охоплює як назви хвороб та патологічних станів, так і способів обстеження та лікування, назви операцій тощо. Один з найбільш значних розділів медичної термінології – клінічна термінологія. Вона поєднує назви галузей медичної науки, симптомів, хвороб, синдромів, функціональних реакцій, рефлексів, морфологічних порушень і методів досліджень. На відміну від анатомічної термінології, яка

оперує в основному латинською лексикою, основу клінічної складають слова грецького походження. Поряд зі словами чисто грецького або латинського походження у клінічній термінології зустрічаються терміни-гібриди, утворені одночасно з грецьких та латинських компонентів.

Вивчення латинської мови має велике значення у підготовці медичного спеціаліста середньої ланки, оскільки допомагає свідомо засвоювати і розуміти медичні терміни латинсько-грецького походження, з якими він зустрічатиметься і буде послуговуватися у своїй практичній діяльності.

Отже навчання латини має бути термінологічно спрямованим, інтегрованим зі спеціальними дисциплінами: фармакологією, ботанікою, технологією лікарських форм, дисциплінами медико-біологічного циклу. Роль латини в системі медичної освіти можна виразити висловом: «In via est in medicina via sine lingua Latina», тобто «Непрохідний в медицині шлях без латинської мови». Латинська мова, як і старогрецька, є своєрідним будівельним матеріалом, основним джерелом розвитку й поновлення термінологічних систем різних галузей науки, у тому числі й медицини.

Бойко А.И.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ МЕТОД В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И КЛИНИЧЕСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР

Кафедра терапии №2

(научный руководитель - к.мед.н. Окушко Р.В.)

Биографические данные являются одним из основных источников детальных и мотивированных описаний, характеризующих отдельную личность. При этом, учитывая то, что и социальные связи, и мотивы действий и характеристика собственного состояния в отдельные периоды жизни освещаются «с точки зрения деятеля», такая информация, на первый взгляд носящая просто субъективный характер, отражает и определенные личностные качества. Даже собирая информацию об «истории отдельного случая» («individual case history»), носящую избирательный, селективный характер, исследователь может сделать заключение не только о реальных событиях, но и отношении исследуемого к ним, а также об определенных признаках характера респондента.

Материалы и методы. С использованием метода корреляционных плеяд ретроспективно оценены результаты собственных анамнестических

исследований 1120 студентов первого курса ПГУ, 260 стационарных и амбулаторных пациентов с различными диагнозами, 65 должностей из различных регионов Приднестровья. Во всех исследованиях собирался «воспалительный анамнез» и «стоматологический анамнез».

Корреляционные плеяды были представлены следующими признаками. Первая плеяда – бессонные ночи из-за зубной боли, чаще чем сезонные обострения хронических заболеваний, высокий фебрилитет при ОРЗ. Вторая плеяда – разрушенные зубы, течение хронических заболеваний с редкими обострениями и без заметных обострений. Третья плеяда – пародонтит, чаще чем сезонные ОРЗ. Таким образом, показана высокая информативность анамнестического метода для выявления особенностей течения заболеваний, которые можно рассматривать как критерии функциональной конституции.

Иванов М.С.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь, Украина

Кафедра социальной медицины и экономики здравоохранения

(научный руководитель - к.мед.н. Махкамова З.Р.)

Актуальность. Ежегодно в разных странах регистрируется снижение уровня здоровья, в том числе, среди молодых лиц. Повсеместно отмечается рост количества наследственной патологии, общесоматической, многие заболевания «помолодели».

Целью нашего исследования стал анализ медико-социальных аспектов жизни современных школьников подросткового возраста.

Методом анкетирования опрошены подростки из трех школ АР Крым (г. Симферополя и г. Севастополя), из них 60 человек – учащиеся 11 класса (средний возраст 17,1 год), 60 человек – ученики 7 и 8 класса (средний возраст 13,1 лет). Общий объем репрезентативной выборки составил 120 человек.

В ходе исследования были выявлены негативные тенденции снижения субъективной оценки здоровья у учащихся старших классов (в 1,2 раза меньше, чем в средних классах). Здоровыми себя оценили 80% подростков 7–8 классов и 69% одиннадцатиклассников. Так же снижается число ребят, занимающихся регулярными физическими упражнениями в 1,2 раза меньше учеников 11 класса, по сравнению со средними классами, что негативно влияет на состояние здоровья. Непослушание, употребление запрещенных веществ обладают для уязвимого подростка притягательным свойством, что подкрепляется ненавистью к себе и к окружающему миру, так как эти

явления сопровождают протекающие кризисные явления в личности подростков, что нередко толкает к различного рода асоциальным поступкам. Данные утверждения подкреплены результатами нашего исследования, среди одиннадцатиклассников отмечается рост количества лиц, которые употребляют алкоголь в 1,8 раза и курят в 3,8 раза больше, чем в 7–8 классах. Анализ полученных данных показал, что подростковый возраст – самый неустойчивый и изменчивый период в жизни, сопряженный с кризисными процессами личности и амбивалентностью, парадоксальностью характера подростков, что часто сопровождается непониманием со стороны родителей и старших по возрасту, вероятно, именно этим объясняется рост лиц среди одиннадцатиклассников, которые испытывают трудности при общении с взрослыми в 3,1 раза больше по сравнению с 7–8 классом.

Выводы. Полученные данные не обнадеживают, в результате отсутствия должной пропаганды здорового образа жизни подрастающего поколения, отсутствия повсеместной доступности в организации культурно-массового и спортивного досуга для молодежи, мы отмечаем проявление неадаптивных стратегий поведения у современных школьников, отмечается рост лиц, употребляющих алкоголь и курящих, что отражается на их состоянии здоровья.



Катречко А.В., Орешина И.А., Блинова И.М., Флоря А.С.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС В ПРИДНЕСТРОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР
Кафедра инфекционных болезней
(научный руководитель - к.мед.н. Писларюк Л.Д.)

Ежегодная инцидентность ИБС мужчин в возрасте 35–64 лет составляет 5,2 случая на 1000 населения, тогда как заболеваемость женщин той же возрастной категории в 5 раз меньше (Зуева Л.П., 2006). В результате эпидемиологических исследований были выявлены 2 группы факторов риска ИБС: социальные и «внутренние».

Цель исследования. Определить психосоциальные параметры, определяющие формирование факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: опрос больных с заболеваниями сердечно – сосудистой системы (45 – 85 лет), истории болезней, данные ЭКГ.

Результаты. Наиболее часто встречаемый фактор риска – артериальная гипертензия, далее по мере убывания – ожирение, наследственность, психоэмоциональный стресс, гиподинамия, курение, загрязнение окружающей среды. По гендерным различиям: у мужчин чаще наблюдается артериальная гипертензия, а у женщин – ожирение. У пациентов с ожирением чаще наблюдаются аритмии по данным ЭКГ. Курение выступает на

5 месте как фактор риска ИБС среди пациентов г. Тирасполя ПМР, что отличает регион от результатов исследований России, других стран СНГ, где курение занимает более лидирующие позиции. Надо отметить, что при опросе пациентов для выяснения причин ожирения и гиподинамии были получены следующие ответы: «люблю поест», «нежелание делать физкультуру», «нежелание что-либо делать вообще», «люблю смотреть телевизор» и т.п. У большинства больных отсутствуют мотивации на профилактику факторов риска, нет ориентации на здоровый образ жизни, наблюдается раздражительность, апатия, у ряда больных отмечен депрессивный синдром. Такие больные нуждаются в психологической помощи, хотя сами они этого не осознают. Только высокий уровень мотивации о сохранении здоровья приведет к профилактике факторов риска, которые зависят от поведения человека. Вывод. В программу профилактики ИБС должна включаться оценка социально-психологических параметров.

Мотрунецька Т.В.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ З УПРАВЛІННЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ КЕРІВНИКІВ СЕСТРИНСЬКИХ СЛУЖБ

Житомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна
Відділення магістратури за спеціальністю «Сестринська справа», кафедра «Сестринська справа»
(науковий керівник - д.мед.н. Шатило В.І.)

Актуальність теми. В теперішній час все більшу актуальність знаходять питання підготовки управлінських кадрів для різних галузей народного господарства, в тому числі – для охорони здоров'я.

В професійному портреті сучасного менеджера важливе місце займають володіння сучасними технологіями управління, вміння оцінити управлінську ситуацію, що складається, прийняти відповідне управлінське рішення та реалізувати його на практиці.

Основною ціллю підготовки медичних сестер є забезпечення галузі спеціалістами, спроби реформувати сестринську справу на основі впровадження сучасних сестринських технологій, забезпечення підготовки, навчання сестринського персоналу та управління ним.

Задача менеджменту в сестринській справі – оптимізувати використання людських ресурсів медсестер, щоб підвищити ефективність лікування та якість життя пацієнтів.

Мета. Дослідити процеси управління та ефективність рішень в медсестринстві; визначити вплив рівня освіти керівників сестринської служби на покращення сестринського процесу.

Матеріали та методи. Для досягнення мети використано медико-соціологічний метод дослідження.

Результати дослідження. Медико-соціологічне дослідження проводилось шляхом анкетування 120 керівників сестринських служб (старші медичні сестри, головні медичні сестри та заступники головного лікаря з медсестринства) на базі лікарень міста Вінниці та Вінницької області. Вивчались проблемні питання менеджменту в медсестринстві.

Отримані дані свідчать, що в основному керівниками сестринських служб працюють люди середнього (36–45 років, 44%) та молодого (25–35 років, 24%) віку. При цьому, 75% опитаних мають неповну вищу медичну освіту (молодший спеціаліст) та їх підготовка не передбачала дисципліни – «Менеджмент в медсестринстві».

61% опитаних вивчали менеджмент в медсестринстві на курсах підвищення кваліфікації. Але 97% респондентів хотіли б покращити власні знання із питань менеджменту в медсестринстві. Це свідчать про недостатній рівень підготовки керівників сестринських служб з питань управління і менеджменту.

Висновки. Отже, підготовка керівників сестринського персоналу потребує розробки спеціальних програм з питань менеджменту та управління на додипломному та післядипломному рівнях освіти.

Навчук Д.І.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра соціальної медицини та ООЗ
(науковий керівник - к.мед.н. Навчук І.В.)

Актуальність. Нині одним із важливих питань охорони здоров'я України є визначення якості надання медичної допомоги населенню. Значна кількість методологічних підходів до його вирішення свідчить про актуальність цієї проблеми.

Мета дослідження. Обґрунтувати та розробити методику оцінки якості надання медичної допомоги за критерієм задоволеності пацієнта.

Матеріали та методи. У дослідженні застосовано медико-статистичний, соціологічний та аналітичний методи. Також використано дані Всеукраїнської соціологічної служби, аналітичного центру „Соціоконсалтинг”, Американської асоціації лікарів та міжнародної біостатистики.

Результати дослідження. Низька якість медичної допомоги не чинить позитивного впливу на здоров'я населення та призводить до марнотратства й без того мізерних коштів, що виділяються державою на систему охорони здоров'я.

На нашу думку, найбільш об'єктивним щодо оцінки якості надання медичної допомоги населенню є недостатньо вивчений в Україні метод анкетного опитування на предмет визначення ступеня задоволеності пацієнта наданою йому медичною допомогою.

За даними Всеукраїнської соціологічної служби, для 36,1% українського населення проблема якості медичного обслуговування є життєво важливою й непокоїть їх найбільше. Крім того, близько 63% громадян України вважають систему охорони здоров'я небезпечною, понад 25% – незадоволені якістю медичного обслуговування. За розробленою методикою, для достовірного вивчення задоволеності населення якістю медичної допомоги рекомендуємо проводити опитування не менше ніж 40–50 пацієнтів кожного лікувального підрозділу, в якому їм було надано медичну допомогу.

Для отримання більш повної й об'єктивної інформації варто дотримуватися принципу анонімності опитування. Заповнені анкети передавати до підрозділу медичної статистики для обробки.

За результатами анкетування адміністрація закладу охорони здоров'я повинна розробити план заходів, спрямованих на поліпшення якості надання медичної допомоги.

Таким чином, анкетування пацієнтів, як вид соціологічного дослідження, дозволяє оцінити ступінь їх задоволеності якістю надання медичної допомоги.

Разыграев Д.Г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КОНСТИТУЦИИ.

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР
Кафедра терапии №2
(научный руководитель - к.мед.н. Окушко Р.В.)

В настоящее время разработаны варианты функциональной конституции, пригодные для клинических целей. Типологизация в них проводится по таким показателям, как содержание белка, холестерина в крови, активность различных рецепторов, функции гипофиза и щитовидной железы, уровни половых гормонов. Однако, однозначного (однонаправленного) влияния на патологические процессы не выявлено даже среди представителей «крайних» типов конституций. Поскольку все элементы воспаления имеют клинической выражение, достаточно точно определяемые пациентом, мы осуществили попытку на основании анамнестических исследований сделать заключение об особенностях реагирования пациентов при актуальных заболеваниях и обосновать возможность интерпретации этих данных как диагностических признаков функциональной конституции.

С помощью классических антропометрических методик, оригинальных опросников «воспалительный анамнез» и общеклинического осмотра обследованы 734 студента – первокурсника Приднестровского государственного университета.

Среди них выделены 34 человека, страдающие не менее чем двумя хроническими заболеваниями, ассоциированными с клиническими признаками воспаления. При исследовании особенностей течения как острых, так и хронических заболеваний отмечались следующие показатели: число обострений в год, длительность обострений, выраженность признаков системного воспаления, локальных признаков, агрессивность терапии. Определялась теснота связи между признаками, характеризующими течение острых и хронических заболеваний.

В ряду исследуемых признаков выявлены прямые связи высокой силы между особенностями течения хронических заболеваний у 29 из 34 обследованных. У 520 студентов определена сильная обратная зависимость между общевоспалительными проявлениями при острых и хронических заболеваниях. На основании полученных данных мы склонны рассматривать воспалительные проявления течения болезней как проявление индивидуальной особенностей организма, то есть функциональной конституции.



Рудик І.М.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ НЕВРОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ТРЕТИННОГО РІВНЯ

Житомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна

Відділення магистратури за спеціальністю «Сестринська справа», кафедра «Сестринська справа»
(науковий керівник - д.мед.н. Набухотний Т.К.)

Актуальність дослідження. Проблема стандартизації медсестринської діяльності на сьогодні є актуальним поняттям для системи охорони здоров'я України. Адже керувати якістю медсестринської допомоги можна лише тоді, коли діяльність медичних сестер вивчена, структурована, нормована і може бути оцінена відповідно до стандартів.

Мета дослідження. Наукове обґрунтування стандартів медсестринського процесу та перспективних підходів до розробки професіограми мс неврологічного відділення.

Методи дослідження – бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення, медико-соціологічний. Було проанкетовано 140 респондентів.

Результати та їх обговорення. Ефективність медсестринського процесу у профілактиці, лікуванні та реабілітації хворих неврологічного відділення третинного рівня значною мірою залежить від стандартизації медсестринського процесу. Нами встановлено, що за умови

коли одна медична сестра опікує в середньому 20–25 пацієнтів, справлятися з таким обсягом роботи неможливо навіть при впровадженні стандартів медсестринської діяльності. Окрім того, за даними вивчення обізнаності медсестер щодо особливостей медсестринського процесу, до роботи в неврологічному відділенні готові лише 42% практикуючих медичних сестер, 28% бакалаврів та 30% студентів магистрів. В цьому контексті особливого значення набуває наукове обґрунтування перспективних підходів до розроблення професіограми медичної сестри неврологічного відділення.

Висновки. Українські медсестри роблять значний внесок у збереження здоров'я населення, але сьогодні рівень медсестринської служби в Україні нижчий від аналогічних служб у розвинених країнах світу. Основна причина ситуації, що склалася – відсутність науково обґрунтованих стандартів медсестринської діяльності максимально наближених до кращих світових і європейських зразків.

Рудь О.М.

СТРУКТУРНІ СКЛАДОВІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра соціальної медицини та ООЗ

(науковий керівник - д.мед.н. Таралло В.Л.)

Актуальність. Теперішнє ВООЗівське визначення складових здоров'я не дає змоги встановити корені формування здоров'я, динаміку їх змін протягом життя і, отже, створити адекватну перебігу цих процесів у релевантну його віково-статевому складу населення систему здоровоохорони.

Мета. Встановити провідні чинники формування популяційного та індивідуального здоров'я.

Матеріали дослідження. Проведений системний розгляд складових становлення і розвитку здоров'я населення шляхом узгодження ідей Т. Шардена (1965), Ж. Піаже (1967), С.Б. Кримського (1968), Т. Котарбинського (1975), М.А. Розова (1977), Т.Д. Йеха (1982), В.Л. Таралло (1996) та теорії старіння Б. Стреллера – С. Милдвана (1960). Використано у дослідженні матеріали статево-вікового розподілу населення України і, окремо, Чернівецької області за результатами перепису населення 2001 року, матеріали народжуваності (на цих же територіях) за 1997 – 2001рр. за статтю та матеріали смертності на-

селення за віком і статтю з усіх чинників за 2000 та 2001 роки.

Методи, що використані. Для обробки матеріалів залучені оригінальні табличні методи аналізу динаміки смертності (Таралло В.Л., Горський, 1994) з наступним перерахунком отриманих результатів за допомогою методу найменших квадратів – з метою виділення інтегральних параметрів – чинників здоров'я населення.

Результати проведених досліджень. Встановлено 3 провідні чинники – джерела здоров'я, як біологічні, так соціальні. До перших відносяться граничний, видовий вік життя, як видовий, біологічний «ресурс здоров'я», а також вроджена життєздатність/життєстійкість – як внутрішня, закладена батьками, усталеність до виживання, збереження виду. Іншою стороною взаємодії виступає середовище проживання, його якість з позицій зовнішніх умов для збереження виду, його здоров'я і виживання, як умова його «доброзичливості» або здатності середовища до збереження здоров'я і життя власних членів.

Смолякова К.В.

СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ ПОШИРЕННЯ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ СЕРЕД ЖІНОК СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою та медичним правознавством

(науковий керівник - д.мед.н. Голованова І.А.)

Вступ. Рациональне вигодовування – одна з найважливіших умов, що забезпечує гармонійний розвиток дитини – адекватне дозрівання різних органів і тканин, оптимальні параметри фізичного, психомоторного розвитку, стійкість немовляти до дії різних інфекцій та інших несприятливих зовнішніх факторів.

Актуальність теми. З основних напрямків пріоритетного національного проекту в сфері охорони здоров'я є охорона здоров'я дитячого населення. Важливу роль в реалізації цього напрямку відіграє підтримка грудного вигодовування (ГВ). Проблема годування дітей грудного та раннього віку привертає все більшу лікарів.

Мета дослідження. Встановити соціальні чинники поширення ГВ серед сільських жінок Полтавської області.

Матеріал та методи. Дослідження проводилось у Полтавській області протягом 2011–2012 рр. Для оцінки дії соціальних чинників, таких як професія, освіта та сімейний стан на ГВ була розроблена спеціальна анонімна анкета «Анкета матері, яка має дитину у віці до 2-х років». Всього було оброблено 487 анкет. На основі анкетної інформації було створено бази даних, які оброблено за допомогою пакету програм STATISTICA for Windows 5.0 (Stat Soft, USA).

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідно професії матерів, то вірогідні відмінності знайдені нами у тривалості грудного вигодовування так, група матерів-студенток у 2,1 (6,1 міс.) рази мають меншу кількість ГВ, ніж група матерів, що мають фізичну роботу (12,6 міс.) ($p < 0,05$). Вірогідних відмінностей щодо тривалості грудного вигодовування відповідно освіти не виявили. Кількість жінок, які вигодовували грудьми відповідно сімейного стану була такою: вірогідно найбільшою вона була у жінок, які перебувають у зареєстрованому шлюбі ($16,8 \pm 6,5$), у 4,09 рази більше, ніж у групі жінок, які мають «цивільний» шлюб ($4,1 \pm 1,3$) ($p < 0,001$) та в 10,5 рази більше, ніж у самотніх ($1,6 \pm 0,4$) ($p < 0,001$).

Висновки. Таким чином, як показали наші дослідження в сільській місцевості Полтавської області при вивченні поширення грудного вигодовування встановлені його соціальні чинники:

1. Менша кількість жінок, які вигодовують грудьми серед матерів-студенток, що можна пояснити небажанням даної категорії припиняти навчання.
2. Більша кількість жінок, які вигодовують грудьми серед заміжніх матерів порівняно із самотніми.

Смолянінова М.О.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА СУМЩИНИ: СТОРІНКИ ІСТОРІЇ

Сумський медичний коледж, Суми, Україна

Циклова комісія лабораторної діагностики та санітарно-гігієнічних дисциплін

(науковий керівник - Кащенко В.О.)

Актуальність. В організації санітарно-епідеміологічної справи України провідну роль мали ініціативи медиків Сумщини. Це зіграло велику роль у початку підготовки санітарних фельдшерів у медичних училищах. В Сумах підготовку цих спеціалістів розпочато в 1931 році, одними з перших в Україні. Знання історії має надзвичайно важливе значення щодо професійного виховання майбутніх спеціалістів. Мета. Головною метою дослідження було вивчення етапів становлення санітарної справи на Сумщині. За даними літературних джерел та архівних документів визначено основні етапи розвитку санітарно-епідеміологічної служби в Сумській області в XVIII–XIX столітті, періоди найбільшого загострення епідемічної ситуації в країні, а саме після громадянської та Великої Вітчизняної воєн, в 60–70 роки ХХ століття, на сучасному етапі.

Результати дослідження. З'ясовано, що Сумщина має велику кількість славетних уродженців: вчених-мікробіологів, епідеміологів, гігієністів, організаторів охорони здоров'я. Це Є.І. Квасніков, М.В. Рево, І.Д. Ладний, С.М. Черкінський, П.Л.Шупик та інші, наукові праці яких заклали і закладають підґрунтя для збереження і зміцнення здоров'я населення. Результатами дослідження висвітлені основні етапи розвитку санітарії, епідеміології, санітарно-освітньої роботи серед населення, розвитку мережі та матеріальної бази санітарно-епідеміологічної служби, підготовки кадрів.

Висновки. Вивчення історичних вех становлення санітарної служби в Сумщині має важливе значення в професійному вихованні майбутніх фахівців – санітарних фельдшерів.

Задачі профілактичної медицини не втратили актуальності і в наш час.



Сухарь А.І., Кардаш Г.В.

ВПЛИВ ЦИРКАДНИХ РИТМІВ НА ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВИХ АРИТМІЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра соціальної медицини та ООЗ

(наукові керівники - к.мед.н. Кардаш В.Е., к.мед.н. Ясинська Е.Ц.)

Циркадні ритми суттєво впливають на виникнення та перебіг серцево-судинних захворювань. Установлено, що нічні години негативно впливають на хворих з гіпертонічною хворобою, стенокардією, інфарктом міокарда, ранкові – з порушеннями ритму серця. Це вказує на зв'язок серцево-судинних захворювань з циркадними коливаннями.

Мета дослідження. Дослідити зв'язок порушень ритму серця з циркадними коливаннями активності фізіологічних функцій.

Використано матеріали Чернівецької станції швидкої медичної допомоги (ЧСШМД) за 2007–2009 роки з приводу порушень ритму та провідності серця. Основним джерелом інформації служили карти виклику (ф – 110/0). При наданні швидкої медичної допомоги усім хворим були обстежені електрокардіографічно в 12 відведеннях та зафіксовані дані про години та місце виникнення аритмії, подальшому усім хворим були розподілені за статтю, віком та формами порушень ритму серця.

Для вивчення відносних помісячних показників частот нападів серцевих аритмій за 2 суміжних

роки був використаний поглиблений аналіз, завдяки якому, в окремих місяцях обох років можна спостерігати зміни підйомів частот викликів з приводу нападів серцевих аритмій та їх зв'язок з річними сезонними коливаннями температури. Середньодобові показники частот нападів аритмії окремо за кожен день тижня були обчислені вибіркоким методом

Встановлено, що напади серцевих аритмій частіше всього виникають в ранкові (6–12 год.) та денні (12 – 18 год.) години і мають виражений зв'язок з циркадними ритмами коливання активності фізіологічних функцій, крім того, частіше виникають в тих місцях, де перебувають хворі схильні до порушень ритму серця, в ранкові (6 – 12 год.) та денні години (12 – 18 год.).

Підвищені рівні нападів серцевих аритмій по понеділкам тижнів зв'язані з наслідками нерациональної поведінки жителів міста у вихідні дні (застілля, вживання алкогольних напоїв з інтенсивним курінням при цьому та інше). Сезонність не характерна для нападів серцевих аритмій.

Тропина В.В., Бабаджанян Ю.А.

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР

Кафедра гигиенических дисциплин

(научный руководитель - Орешина И.А.)

Сохранение здоровья общества – это приоритетная задача любого государства. Важным является сочетание убежденности лиц, принимающих решения по усилению внимания к здоровью, ориентация населения на изменение своего здоровья, достаточное ресурсное обеспечение для проведения мероприятий оздоровительного характера. Важным звеном в этой системе следует считать позитивное отношение самого населения к своему здоровью и здоровью окружающих, однако вредные привычки и другие факторы риска заболеваний сохраняют своё распространение среди населения.

Цель – выявить факторы, влияющие на формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) у молодежи.

Методы и материалы – анонимное анкетирование педагогов г. Тирасполя.

Результаты. Отношение к своему здоровью складывается у ребенка с детства его родителями, затем педагогами. Сформировать мировоззрение учащейся молодежи по направлению сохранения здоровья – это важная задача, которая будет значительно определять поведение индивида в рамках ЗОЖ. Оценивая факторы, которые влияют на формирование ЗОЖ у ребенка, было выявлено, что более значимые – воспита-

ние в семье и влияние СМИ, менее на этот процесс влияют медики и педагоги.

СМИ влияют на общественное сознание, вызывая падение духовно-нравственных ценностей, как у индивида, так и общества в целом. При этом нужно учесть, что на человека оказывается бессознательное воздействие СМИ, при этом он не осознает ни факта оказания воздействия, ни результата соответствующего воздействия. Реклама деструктивного поведения на телевиденье и в интернете (курение, алкоголизм, наркотики, беспорядочные половые связи – типичны для героев фильмов, популярных артистов) приводит к восприятию современной молодежи этого явления, как нормы в своём поведении. По мнению А.В. Петровского, общее повышение культуры позволит ориентироваться на лучшие образцы, духовные ценности в искусстве, которые в состоянии по своей эстетической природе противостоять деструктивному поведению.

Вывод. Решение сложившейся проблемы представляется в целенаправленной работе медиков, психологов по внедрению ЗОЖ среди педагогов и родителей, которые будут в свою очередь воздействовать на учащихся, что приведет к комплексному формированию ЗОЖ с раннего детства у индивида.



Соціологія та гуманіатрні науки



Баклацька К.С.

ВОЛОНТЕРСЬКИЙ РУХ – ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ

Полтавський базовий медичний коледж, Полтава, Україна

Кафедра лікувальної справи

(науковий керівник - Дворнік С.І.)

Актуальність – гуманізація навчально-виховного процесу.

Мета дослідження – роль студентського самоврядування як потужного фактору виявлення потенційних лідерів, вироблення у них навичок управлінської та організаторської роботи з колективами студентських об'єднань.

Підготовка студентів до активної, творчої, сповненої особистісного сенсу життєдіяльності є найважливішою складовою розвитку суспільства. Одним із проявів активної життєвої позиції особистості є волонтерська робота. Тому в 2001 році на засіданні студентської ради Полтавського базового медичного коледжу було прийнято рішення: створити волонтерський загін «Турбота» та розробити положення про його діяльність. Волонтерський рух відразу набув поширення серед студентів навчального закладу. Було визначено, що робота проводитиметься в трьох основних напрямках: інформаційно-просвітницький, благодійний та медико-соціальна допомога.

Щоб волонтерський рух набув масштабнішого характеру, відразу розпочали співпрацю з провідними фахівцями департаменту охоро-

ни здоров'я Полтавської обласної державної адміністрації, обласного Товариства Червоного Хреста, Полтавського управління у справах сім'ї, дітей та молоді; соціальними службами міста і громадською організацією «Світло надії».

Разом проводили благодійні акції: «Діти дітям», «Привітай ветерана», «Допомогти так легко», «Серцем врятуй життя», «Серце до серця», соціальні акції: «Зупинимо СНІД разом», «Ми – твереза нація», «Работоргівлі – ні», «Зупинимо туберкульоз разом».

Заслугує на увагу волонтерська робота з ветеранами. Це і медико-соціальна допомога самотнім людям, які потребують особливої підтримки та допомоги, і традиційні благодійні акції, як «5 картоплин» (до Міжнародного дня людей похилого віку), «Ветеран живе поруч», «Привітай ветерана» (до Дня партизанської слави, Дня визволення Полтави, Дня визволення України від німецько-фашистських загарбників). Зворушливі розповіді ветеранів допомагають волонтерам усвідомити, який великий подвиг здійснено в ім'я Миру та Життя, є великим моральним уроком для молодого покоління.

Вовчок М.О.

СИТУАТИВНІ ПРОЯВИ ІПОХОНДРІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології

(науковий керівник - Осипенко В.А.)

З метою покращання профілактики ішемічної хвороби серця (ІХС) проводяться дослідження психологічних та соціальних факторів ризику. Відомо, що психологічні фактори здатні провокувати напади стенокардії, а усвідомлення хворим його діагнозу може призвести до формування стійкого психологічного дискомфорту. Основні роботи профілактики ІХС проводяться у вигляді популяційних досліджень, в яких визначаються конкретні фактори ризику.

Метою нашої роботи є дослідження ситуативних проявів іпохондрії на ІХС в залежності від типу особистості (А і Б). До серцево-судинних захворювань більшу схильність мають особистості типу А (85 % хворих на ІХС). Обстежено 30 хворих на ІХС віком від 40 до 70 років (середній вік $55,0 \pm 1,39$ року). Серед обстежених 17 чоловіків та 13 жінок. В роботі використовувались: опитувальник міні-мульти, тест САН, методика визначення типу темпераменту за Айзенком та авторська анкета на вичення співвідношення іпохондрії з типом особистості. Контрольну групу становили 10 осіб. За результатами у хворих на ІХС показники самопочуття ($3,37 \pm 0,24$), активності ($3,72 \pm 0,28$) настрою ($4,02 \pm 0,15$) були істотно зниженими, у той же час у представників контрольної групи ці показники знаходилися в нормі (самопочуття – $5,22 \pm 0,36$, активність – $5,74 \pm 0,17$, настрої – $6,12 \pm 0,12$). В ході дослідження

за опитувальником міні-мульти у хворих з 3–4 рівнями складності ІХС спостерігаються ріст по шкалам депресії, шизофренії, і меншою мірою – іпохондрії. У пацієнтів з 1–2 рівнем складності затяжні приступи стенокардії і важкі гіпертонічні кризи є відмінними особливостями тривожності і більш вираженим ростом за шкалою іпохондрії при помірному рості шкали депресії та шкали шизофренії. Цікавим є те, що особистості типу Б, які за природними характеристиками не є схильними до іпохондрії, після перенесеного інфаркту, мають яскраво виражений ріст іпохондрії по 1-ій шкалі. У особистостей типу А спостерігається ріст по шкалам депресії, шизофренії, в меншому ступені – іпохондрії. Отже, схильність до серцевих захворювань корелює з ворожістю, особистісною, «енергичною манерою говорити», дратівливістю, низьким рівнем суб'єктивного контролю, високою збудливістю і схильністю до агресії (тип А). За типом темпераменту хворі на ІХС (30 осіб) поділяються: холерики – 65%, меланхоліки – 25%, флегматики – 10%, сангвініки – 0%. У хворих на ІХС спостерігається підвищення рівнів тривоги в порівнянні з контрольною групою та виявлена більша інтровертованість і вищі значення нейротизму, ніж у контрольній групі, підвищення рівня іпохондрії після інфаркту.

Дронь М.Г.

СПЕЦИФІКА ПРОФЕСІЙНОЇ СВІДОМОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - д.псих.н. Борисюк А.С.)

Професійна свідомість – одна з найбільш важливих категорій, що відображають сутність процесу професійного становлення й розвитку фахівця. Вона визначається як форма свідомості особистості, психічне утворення, що інтегрує професійні знання і вміння, які структуруються у певні програми професійних дій, а також знання людини про себе саму як представника певної професії. Професійна свідомість репрезентує характер і рівень професіогенезу, і є необхідною для виконання професійних функцій. Труднощі у дослідженні професійної свідомості викликані тим, що в сучасній науці відсутня однозначна інтерпретація тих чи інших проявів професійної свідомості, хоча саме вона є тим злиттям інтелектуальних та емоційних компонентів, що обумовлюють гармонійний розвиток професіонала.

Сучасна система охорони здоров'я в Україні модернізується відповідно до вимог суспільства. Спостерігається зміна глобальної медичної парадигми з патоцентричної на саноцентричну, перехід від медицини-патології до медицини-санології, від нозологічного підходу до

особистісного. Очікування суспільства формують високі вимоги до рівня підготовки медичних фахівців. Зважаючи на особливості професії, можна стверджувати, що становлення професійної свідомості майбутньої медичної сестри є важливою складовою професійного розвитку. Функціонування професійної свідомості медичної сестри відбувається через реалізацію трьох провідних процесів: розуміння, інтерпретації, об'єктивації. Рушійною силою функціонування професійної свідомості є смислоутворення. Механізмом здійснення функцій на трьох рівнях виступає: поточне професійне усвідомлювання ситуації, рефлексивне осмислення та надрефлексивна схематизація практичної ситуації. Одним з важливих інструментів діяльності медичної сестри та формою репрезентації професійної свідомості виступає мовлення. Тому, підбираючи методи дослідження особливостей становлення професійної свідомості майбутніх медичних сестер освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр» у процесі фахової підготовки, особливу увагу приділено психосемантичним методам, зокрема методу психосемантичного диференціалу.

Ільченко М.М.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗМІНИ У ДІТЕЙ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - Осипенко В.А.)

Патологія ендокринної системи займає одне з перших місць в структурі загальної захворюваності дитячого населення. Дітей з ендокринною патологією в Україні близько 604 тис. Найбільш вагомими в практиці дитячого ендокринолога є цукровий діабет, патологія щитоподібної залози, порушення росту та статевого дозрівання.

Метою нашого дослідження є вивчення психологічних і, відповідно, поведінкових змін у дітей з ендокринною патологією. Особливості стану здоров'я дитини і підлітка тягне за собою дисонанс у міжособистісних відносинах, зміни відносин у родині, школі тощо.

Соматичний статус дітей визначали на основі аналізу даних медичних карток, історій хвороби, експертних оцінок лікарів і педіатрів. В роботі використовувались наступні методики: опитувальник міні-мульти (скорочений варіант міннесотського багаторівневого переліку MMPI), опитувальник Басса-Даркі, проективна методика «Дерево. Будинок. Людина» та авторська анкета для батьків і медичного персоналу на визначення поведінкових змін у дітей з ендокринною патологією. Обстежено 35 дітей з ендокринною патологією віком від 7 до 15 років (середній вік 11). Серед обстежених 8 хлопців та

27 дівчат. Контрольну групу становили 15 дітей без ендокринної патології.

За результатами проведення методики Басса-Даркі у дітей з ендокринними патологіями виявлено, високий рівень деструктивних тенденцій та прояви агресії як властивість особистості і як акт поведінки. В групі дітей 11–15 років домінують (68,1%) негативні почуття та негативні оцінки людей та подій. У період загострення хронічного захворювання рівень агресивності значно підвищується. В ході дослідження за опитувальником міні-мульти (скорочений варіант міннесотського багаторівневого переліку MMPI) в період загострення хронічного захворювання спостерігаються ріст по шкалам істерії, депресії та іпохондрії, в меншому ступені – шизофренії. Результати проективної методики вказали на прояви різкого негативізму та агресивності не тільки до лікувальних процедур, але й у спілкуванні з оточуючими в період загострення хронічного захворювання. Результати отримані в групі дітей з ремісією практично не відрізняються від результатів контрольної групи.

Отже, встановлено залежність клініко-параклінічної симптоматики, від ступенів тривожності та характеру перебігу патології.



Крачун Г.П., Петровина И.А.

ОДЕССКИЙ ПЕРИОД В ЖИЗНИ И ТВОРЧЕСТВЕ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ВРАЧА-ХИРУРГА, УРОЖЕНЦА ПРИДНЕСТРОВЬЯ, ПРОФЕССОРА Н.В.СКЛИФΟΣОВСКОГО (1836-1904)

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР

Кафедра гигиенических дисциплин
(научный руководитель - к.мед.н. Крачун Г.П.)

Выдающийся врач-хирург Н.В.Склифосовский родился 21 марта (6 апреля) 1836 г. на хуторе Карантин (ныне посёлок Дзержинское), в двух километрах к югу от города Дубоссары Тираспольского уезда Херсонской губернии. В 1854 г. Н.В.Склифосовский закончил 2-ю мужскую гимназию в Одессе с серебряной медалью; в 1859 г. – оканчивает медицинский факультет Императорского Московского университета и возвращается в Одессу, где с 1860 по 1870 гг. работает ординатором хирургического отделения городской больницы, заведующим хирургическим отделением этой больницы. Одесский период явился временем самозабвенного и всепоглощающего труда, когда Н.В.Склифосовский сочетал практическую работу врача-хирурга с исследованиями на трупах в прозекторском отделении больницы. Труд в прозекторской был направлен на совершенствование знаний по прикладной анатомии – для разработки эффективной техни-

ки предстоящих операций. В одесский период Н.В.Склифосовский впервые в России реализует ряд оперативных вмешательств с целью лечения заболеваний органов брюшной полости; готовит диссертацию на степень доктора медицины, которую успешно защищает в Харьковском университете в 1863 году на тему «О кровавой околопочечной опухоли». В Одессе 1864 г. и в последующие годы, Н.В.Склифосовский выполняет первые в России овариотомии в случаях кист яичников; производит тяжёлую операцию – высечение опухоли матки и обоих яичников (1868). В целом, эти хирургические операции знаменуют становление и широкое развитие полостной хирургии в стране. К концу десятилетнего Одесского периода у Н.В.Склифосовского появляется новое профессиональное качество – универсальность в труде врача-хирурга – ему стали подвластны операции в самых различных областях тела человека.

Крачун Г.П., Петровина И.А.

ПРОФЕССОР Н.В.СКЛИФΟΣОВСКИЙ (1836-1904) – ЖИЗНЬ И МЕДИКО-ГУМАНИТАРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В УКРАИНЕ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР

Кафедра гигиенических дисциплин
(научный руководитель - к.мед.н. Крачун Г.П.)

Профессор Н.В.Склифосовский, выдающийся врач-хирург, учёный-новатор, крупный организатор развития высшего медицинского образования в России, уроженец Приднестровья, вышел в отставку со службы в Российской Империи в 1901 году. Своё отпускное время Н.В.Склифосовский проводил с семьёй в усадьбе «Отрадное», что в селе Яковцы под Полтавой. Своё поместье Н.В.Склифосовский непрерывно совершенствовал, что отражало весь уклад его интересов и взглядов вне его прямых государственных обязанностей. Его интересы всецело были направлены на оказание помощи людям. Так, на свои средства в «Отрадном» он построил начальную школу, в которой учились дети из села Яковцы. Денежное довольствие учителям также обеспечивал из своих средств Н.В.Склифосовский. На территории «Отрадное» Н.В.Склифосовский построил амбулаторию, в которой вёл приём пациентов и выполнял опе-

ративные вмешательства в рамках «малой хирургии». Находясь в отпуске, Н.В.Склифосовский систематически посещал больницу города Полтава, где выполнял обходы отделений, а также, при необходимости, проводил хирургические операции, обучал молодых хирургов отделений, делился с ними богатыми опытом и знаниями. В память о Н.В.Склифосовском и его деятельности в городской больнице г. Полтава, перед входом в эту больницу установлен мраморный бюст Н.В.Склифосовского. Н.В.Склифосовский как и его отец Василий Павлович Склифосовский был большим знатоком садоводства. В имении «Отрадное» имелись яблоневые сады, выращенные Н.В.Склифосовским. Жители села Яковцы, города Полтава глубоко чтят память о Н.В.Склифосовском, с любовью говорят о его душевной теплоте, бескорыстной помощи им в случаях болезни и житейской нужды.

Мандрюк І.В.

МАТЕМАТИКА ПРОТИ ПАЛІННЯ

Чернівецький медичний коледж, Чернівці, Україна

Предметна (циклова) комісія загальноосвітніх та соціально-економічних дисциплін
(науковий керівник - Гуменчук Г.І.)

Тютюнопаління в наш час становить одну з найсерйозніших медико-соціальних проблем. Складність її вирішення – у невідповідності стандартного відношення до паління в суспільстві та його дійсним значенням у руйнуванні здоров'я людей. Міжнародний досвід довів високу ефективність профілактичної роботи у боротьбі з епідемією тютюнопаління. На нашій планеті палять приблизно 1,3 мільярди людей; за 1 секунду на Землі викурюється 300 000 цигарок; куріння викликає 6 % смертей в усьому світі; щорічно від паління вмирає 3 мільйони людей; загальна маса недопалків на планеті за 1 рік становить 2 520 000 тон; кожні 6 секунд на Землі помирає 1 людина.

Факти вразили наших студентів і вони, ознайомившись з „тютюновою” статистикою України та Чернівецької області, вирішили провести соціологічне опитування серед першокурсників медичного коледжу. Метою даної роботи є формування антитютюнових переконань, а також інформування студентів про руйнівний вплив паління на молодий організм. За допомогою математичних розрахунків, з'ясовано зміни у роботі серцево-судинної системи організму; підраховано економічну недоцільність паління; прораховано втрати робочого часу курцями;

обчислено кількість недоотриманих вітамінів, виходячи з норми добової потреби студентами-курцями; проведено порівняльний аналіз пікової об'ємної швидкості видиху курців-початківців та некурців за допомогою пікфлоуметра. Також студенти за допомогою порівняльної таблиці показують вплив складових сигарети на активного і пасивного курців.

У вигляді висновків подано оптимістичні дані про покращення здоров'я після відмови від пагубної звички та рекомендація провести 31 травня, у всесвітній день боротьби з тютюнопалінням, акцію проти паління із залученням студентського парламенту та ініціативної групи студентів.

Отже, антитютюнова пропаганда має орієнтуватись не стільки на демонстрацію наслідків паління, скільки на формування здорових психологічних установок серед молоді, наполегливо показувати, що здоровий спосіб життя переважає над способом життя курця.

Дані студентського дослідження доводять, що паління є надзвичайно актуальною проблемою, у вирішенні якої повинні брати участь всі. Як не дивно, найдієвіша на даний момент профілактика куріння — це мода, а вона зараз диктує здоровий спосіб життя. Відмовляючись від куріння, ми економимо час, сили, здоров'я і гроші.

Марчук О.Т.

КОНЦЕПТУАЛЬНО-ДЕНОТАТИВНІ ВИМІРИ ПОНЯТТЯ «АГІОТЕРАПІЯ»

Чернівецький національний університет ім. Юрія Федьковича, Чернівці, Україна

Кафедра релігієзнавства та теології

(науковий керівник - Балух В.О.)

Дисциплінарна багатовекторність сучасних науково-дослідницьких пошуків задля позитивно-комплексного вирішення завжди актуальних проблем: збереження та відновлення здоров'я людини (духовного, психічного, соматичного) є неможливою без урахування ідейних „закидів”, теоретико-методологічних розробок на базі багатофакторного підходу в науці. Саме тому актуальним є врахування філософсько-релігієзнавчих і богословських концепцій у сфері реалізації не стільки $\sigma\omega\mu\alpha$ -, чи $\psi\upsilon\chi\eta$ -, а, голов-но, $\pi\tau\epsilon\upsilon\mu\alpha\theta\epsilon\rho\alpha\tau\epsilon\iota\alpha$ – агіотерапії, починаючи від азів понятійної генези і спроб термінологічної фіксації феномену.

Концептуальні засади словосполучення, покладеного в основу терміну „ $\alpha\chi\iota\theta\epsilon\rho\alpha\tau\epsilon\iota\alpha$ ” є етимологічно виправданими та закономірними. По-перше, тому, що ми говоримо про християнську духовну медицину, яка є принципово неможливою без святині, священного, джерела всього одвічного святого – Бога. Крім того, й самі засоби духовної терапії перебувають у

безпосередньому зв'язку з усім святим ($\alpha\chi\upsilon\varsigma$). По-друге, слово „ $\theta\epsilon\rho\alpha\tau\epsilon\iota\alpha$ ” визначається не лише як „лікування”, а етимологічно тут більш доречноше, як „служіння”, „піклування”, „вшанування”. Отже, термін „ $\alpha\chi\iota\theta\epsilon\rho\alpha\tau\epsilon\iota\alpha$ ” виник у результаті поєднання двох грецьких слів: „ $\alpha\chi\upsilon\varsigma$ ” – святий і „ $\theta\epsilon\rho\alpha\tau\epsilon\iota\alpha$ ” – досл. лікую, служу, вшановую, зцілюю. Певні етимологічні відомості дають можливість окреслити концептуально-денотативні виміри поняття „священнолікування” в таких варіантах його дефініції:

Агіотерапія – як шлях звільнення людини від гріха і підведення її до благочестя та святості (уздоровлення через обоження ($\theta\acute{\epsilon}\omega\sigma\iota\varsigma$) – богословсько-антропологічний концепт).

Агіотерапія – як спосіб подолання екзистенційного страху та безмістовності (лікування через набуття смислу життя – когнітивний концепт).

Агіотерапія – як засіб подолання духовного болю та моральних страждань (уздоровлення через ціннісну переорієнтацію – аксіологічний концепт).



Намашко Д.А., Орешина И.А., Чоглий Г.Ю.
**СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ ОТЦА В ЛИЧНОСТНОМ И НРАВСТВЕННОМ
СТАНОВЛЕНИИ РЕБЕНКА**

Курский государственный университет, Курск, Россия; Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, ПМР

Кафедра психологии, Кафедра инфекционных болезней
(научные руководители - к.псих.н Чернышев А.С., к.мед.н. Писларюк Л.Д.)

Кризисные тенденции в семье отмечены многими исследователями, что подтверждает необходимость изучения семьи для оказания психологической помощи. Влияние отца на социальные условия жизни ребенка, и его личностное становление изучено меньше, чем влияние матери. Отец ассоциируется не редко с ролью лидера, главы семьи, что предполагает его ответственность за семью в целом: деятельность и поведение членов семьи, их и его ответственность перед социальным окружением, а также обществом (Шнейдер Л.Б.).

Цель нашего исследования – выявить представление учащейся молодежи о социальной роли отца в семье; определить роль отца в личностном и нравственном становлении ребенка.

Материалы и методы. Опрошено 94 школьника старших классов (16–17 лет) г.Тирасполя.

Мы знаем, что в дореволюционной России, а в определенной мере и в Советском Союзе, были сильны патриархальные и авторитарные воззрения. Они вбирали в себя взгляд на мир русской ортодоксальной церкви, включая учение о подчиненности женщины мужчине. Таким образом, сформированы традиционные гендерные роли отца и матери. В качестве главы семьи – отца,

видят 34 респондента (17 девушек и 17 парней), что составляет 36,2%. Экономическое положение отца, также находит своё отражение в его историческом прошлом. По нашим данным, современные подростки и юноши в отце, прежде всего, видят финансовый источник (51,1% респондентов), затем видят в нем главу семьи, защитника, воспитателя, друга. При этом изменение структуры ценностей общества, где все чаще на первые места выходят финансы, поддерживает это представление у школьников. При этом есть отличия в представлениях учащихся: девочки чаще видят в отце защитника семьи, а мальчики друга и воспитателя.

В описании идеального образа родителей прослеживается отрицание к укоренившимся порокам в обществе: некоторые учащиеся указывают, что идеальный папа не должен изменять маме, употреблять алкоголь.

Вывод. Роль отца в семье частично трансформировалась, но по-прежнему имеет большое значение, поэтому важно изучать теоретические и практические основы его участия в формировании личности ребенка для оказания более эффективной семейной психологической помощи.

Орешина И.А.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНОГО И
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

Курский государственный университет, Курск, Россия

Кафедра психологии

(научный руководитель - к.мед.н. Чернышев А.С.)

Согласно признанному определению здоровья человека, оно представлено тремя компонентами: физическим, социальным и духовным благополучием. Ю.М. Хрусталева считает, что духовное здоровье представлено интеллектуальным и нравственным потенциалом населения. Наиболее объективным видится определение сексуального здоровья данное экспертами ВОЗ: сексуальное здоровье есть комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви.

Цель. Проанализировать социально-психологические факторы, влияющие на сексуальное и репродуктивное здоровье.

Методы и материалы. Анонимное анкетирование 306 респондентов (16–27 лет), опросник о семье, факторах, влияющие на здоровье и половое поведение; определение уровня развития группы по методике Л.И. Уманского, А.С. Чернышева. В последнее время поднимается вопрос о том, что добрые половые отношения не способствуют сохранению репродуктивного здоровья населения. Человек чаще склонен вступить в интимные отношения в рискованных ситуациях

(чаще эти ситуации формируются вне брака) при недостаточно развитых нравственных аспектах личности. При этом рискованное половое поведение, относится к факторам риска заражения инфекций, передающихся половым путем (ИППП). На развитие нравственного сознания личности влияют социальные микросреды – учебные группы, семья.

В наших исследованиях 88,7% студентов в зрелых студенческих группах отмечают, что добрые половые связи отрицательно отразятся на создании семьи. Молодые люди считают, что остановить человека от вступления в добрые половые отношения могут следующие факторы – воспитание (23,8%), религия (21,9%), различные страхи (18,75%), духовная нравственность (17,5%), моральные принципы (15,6%), ничего (8,8%).

Вывод. В зрелых учебных группах 88,7% учащихся отмечают, что добрые половые связи отрицательно отразятся на создании семьи, поэтому они чаще будут избегать половых отношений в рискованных ситуациях, что снизит риск заражения ИППП и число аборт, что будет способствовать сохранению сексуального и репродуктивного здоровья.

Пайонк М.П.

ОСОБЛИВОСТІ УКРАЇНСЬКОГО МЕНТАЛІТЕТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - Безарова Г.І.)

Актуальність дослідження полягає в тому, що процес формування державного інституту залежить від ментальних характеристик домінуючого етносу. Під поняттям «менталітет» ми розуміємо сукупність генетично і соціально зумовлених ознак певної етнічної спільноти й визначають форми її активності. Прийнято виділяти такі риси українського менталітету: індивідуалізм, емоційність, релігійність. Особливості української ментальності зумовлені такими чинниками: 1. Геополітичне становище – між Заходом і Сходом, що зумовило двоїстість української ментальності, в якій поєдналися західний індивідуалізм і східна чуттєвість. 2. Домінуючий вплив двох історичних пластів традиційно-побутової культури: землеробсько-го та козацького, які сформували такі характерні риси українського національного характеру, як відчуття гармонії, зважений підхід до вирішення складних справ, працьовитість, миролюбність, ліричне сприйняття життя, м'який гумор, відчуття господаря та певний індивідуалізм, розвинуте почуття справедливості, що спонукає до нескінченних пошуків правди. 3. Багатомікова відсутність власної держави. Це деформувало український національний характер, зумовило гіперболізацію зовнішніх чинників, покла-

дання на них провини за численні свої біди, що веде до примирення з негативними явищами, дистанціювання від особистої відповідальності. 4. Тривала роз'єднаність українських земель. Перебування українських земель у складі інших держав вплинуло на культуру, традиції, побут українців. Саме це є основою такої риси сучасної української ментальності, як відсутність почуття національної єдності. Наприклад, на ментальність галичан суттєво вплинула західноєвропейська культура, тому для них властиві: працелюбність, індивідуалізм, повага до власності, активне виявлення національних почуттів, патріотизму. Для Центральної, Східної та Південної України через певні історичні обставини провідними рисами ментальності були: колективізм, анархізм, віра в доброго і мудрого правителя; порівняно слабшими – національні патріотичні почуття. 5. Цілеспрямоване знищення й денационалізація української еліти, конформізм частини якої посилював консервативність української ментальності. За сучасних умов завдяки особливостям української ментальності (певному консерватизму, уповільненості, зваженості), незважаючи на кризовий стан, в державі не відбувається соціального вибуху.

Семака А.В., Садовник Л.В.

СТАТЕВА СВІДОМІСТЬ СТУДЕНТІВ

Чернівецький медичний коледж, Чернівці, Україна
Предметна (циклова) комісія загальноосвітніх та соціально-економічних дисциплін
(науковий керівник - Божко І.Г.)

Питання сексу, сексуального життя і сексуальних взаємин завжди залишалися актуальними для людини, в якому б часі або суспільстві вона не жила. Саме закритість тематики, її загадковість притягує і цікавить людину. Сексуальна активність в період юнацького віку – це реальність. Кожен десятий семикласник України мав досвід статевого життя. А серед дев'ятикласників – кожен другий. Четверть учнівської молоді, яка мала сексуальні контакти, у ліжку опинилася після вживання наркотиків чи алкогольних напоїв. Лібералізація статевої моралі, те, що ми називаємо «сексуальна свобода», ведуть до позашлюбних статевоїх зв'язків, частой зміни статевоїх партнерів, що сьогодні стає мало не нормою поведінки.

В даній роботі подано аналіз результатів соціологічного опитування студентів Чернівецького медичного коледжу Буковинського державного медичного університету, метою якого було дослідження сучасних тенденцій статевої поведінки молоді. В опитуванні прийняли участь 702 студента різних курсів та спеціальностей.

При проведенні дослідження вивчалися питання наявності досвіду статевого життя, оптимального віку для початку статевого життя, відношення до ранньої вагітності та абортів, кількості сексуальних партнерів, відношення до дошлюбних та

позашлюбних стосунків, готовності до створення сім'ї та відповідальності за неї, обізнаності про наслідки незахищених сексуальних стосунків та шляхи передачі ВІЛ-СНІДу, однієї з найбільших епідемій людства.

Проведене опитування виявило негативні тенденції: частина студентів мала ранні перші сексуальні контакти, схвалює дошлюбні та позашлюбні сексуальні контакти, недостатньо обізнана про можливі наслідки небезпечних сексуальних стосунків; є випадки абортів у підлітковому віці.

За результатами дослідження було зроблено висновок про необхідність сексуальної (статевої) просвіти молоді, завданнями якої є опанування культурою шляхетної статевої поведінки; спроба переконання студентів у можливості й необхідності заміни сексу іншими видами діяльності (спорт, мистецтво, література, кар'єра тощо) до настання фізичної та психічної зрілості; формування у студентів відповідальності за власну статево поведінку, правильного ставлення до свого репродуктивного здоров'я, усвідомлення наслідків ранніх статевоїх зв'язків, прагнення мати міцну, дружню сім'ю, оскільки вона відіграє велику роль у житті окремої особистості і суспільства в цілому.



Сучко К.О.

ПОХОДЖЕННЯ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ: АНАЛІЗ КОНЦЕПЦІЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - Безарова Г.І.)

Національна історія є стрижнем національної свідомості, на основі якої формується українська нація. Знання про національну історію формують українську націю. Саме цим і визначається актуальність зазначеної проблеми. У цьому аспекті важливою науковою проблемою історії як України, так і Росії до цього часу залишається питання історичної та етнічної спадщини Київської Русі, з якою пов'язана і проблема генезису українського народу. Сьогодні в науці сформувалися такі підходи до розуміння історії походження українського народу: російський, польський, український та радянський. 1. Російська історична позиція, яка поєднала такі підходи: – династичний підхід (М.Карамзін) – московські царі вважаються прямими нащадками династії Рюриків; – теорія переміщення політичних центрів; – теорія М.Погодіна (XIX ст.), за якою заперечувалась приналежність Київської Русі до історії України. 2. Польська історична позиція сформувалася під впливом поглядів О.Яблоновського, який стверджував, що Польща виконала цивілізаційну функцію по відношенню до українських земель в період «запустіння» після татаро-монгольського іга. Сучасні польські історики (Л.Подгородецький, В.Серчик) стоять на позиції того, що Україна пройшла влас-

ний історичний шлях від найдавніших часів до сучасності. 3. Українська історична позиція опирається на автохтонно-автономістичний підхід, суть якого полягає в тому, що український народ – автохтон, тобто такий, що з самого початку свого виникнення проживає на тій території, що й нині. 4. Радянська історична позиція – це визнання спільного етногенезу всіх трьох східнослов'янських народів, які походять від єдиного кореня – давньоруської народності, що і створила Київську Русь. На думку деяких сучасних істориків, Давньоруська держава була нестійким, нецентралізованим державним утворенням без єдиної давньоруської народності. У Київській Русі одночасно відбувався процес етногенезу трьох братніх народів – українців (на території Київської, Чернігівської, Переяславської, Волинської, Галицької земель), росіян (Володимиро-Суздальська, Новгородська, Псковська, Смоленська, Рязанська землі), білорусів (Полоцька, Мінська, Туровська землі). Головною перешкодою на шляху затвердження правдивої версії походження українців, яка базувалася б не на аматорських фантазіях чи політичних спекуляціях, а на наукових аргументах, є її зайва політизація.

Тишинська Ю.Л.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ БАР'ЄРІВ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра психології та соціології
(науковий керівник - к.філ.н. Зорій Н.І.)

Психологічні особливості пацієнта та його взаємодії в умовах лікарні потребують окремого вивчення, оскільки важливу роль в цьому відіграють психологічні особливості медпрацівника, зокрема медичної сестри. В лікувальній діяльності формується особливий зв'язок між медичною сестрою і пацієнтом, на думку І. Харді, зв'язок «лікар – медична сестра – хворий», який визначається певними психоемоційними чинниками. Для того, щоб процес взаємовідносин пацієнта та медичної сестри був ефективним, необхідно вивчати психологічні аспекти взаємодії та комунікативні бар'єри, які потребують особливого вивчення в медичній практиці. Таким чином, соціальна значущість і недостатня розробленість проблеми подолання комунікативних бар'єрів у професійній діяльності медичної сестри обумовили вибір теми нашого дослідження. Метою дослідження є виявлення психологічних особливостей виникнення комунікативних бар'єрів у професійній діяльності медичної сестри. Об'єктом дослідження є особливості виникнення комунікативних бар'єрів між медичною сестрою і пацієнтом. Основне завдання полягає у розкритті особливостей прояву

комунікативних бар'єрів і чинників їх виникнення, визначенні умов подолання і попередження комунікативних бар'єрів між медичною сестрою та пацієнтом. У роботі використані методика дослідження: методика діагностики «перешкод» у встановленні емоційних контактів за В.В. Бойком; методика діагностики «домінуючої стратегії» психологічного захисту у спілкуванні за В.В. Бойком, які дали можливість вивчити особливості формування комунікативних бар'єрів в професійній діяльності медичної сестри та психологічні чинники, що впливають на їх виникнення. В результаті проведеного дослідження виявилось, що психологічними особливостями виникнення комунікативних бар'єрів є надмірна емоційність та невміння керувати емоціями, домінування негативних емоцій, небажання контакту, а перешкодами в спілкуванні є надмірна агресія. Висновок. Отже особистість медичної сестри, стиль та засоби її роботи, вміння впливати на пацієнтів і поведіння з ними, є важливим елементом як лікувального процесу, так і психологічного спілкування медичного працівника із хворим.



Спортивна медицина



Мовчан Т.Л.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ВИТРУМ ЭНЕРДЖИ» НА ЧАСТОТУ АПОПТОЗА И ГОТОВНОСТЬ К АПОПТОЗУ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ

Луганский государственный медицинский университет, Луганск, Україна
(научный руководитель - д.мед.н. Казимирко Н.К.)

Влияние витаминно-минерального комплекса «Витрум энерджи» на частоту апоптоза и готовность к апоптозу нейтрофилов периферической крови спортсменов разных специализаций Введение. Апоптогенный потенциал физических нагрузок у профессиональных спортсменов возрастает с увеличением объема тренировок, что лежит в основе формирования вторичных иммунодефицитов. В связи с этим одной из актуальных проблем спортивной медицины является разработка способов медикаментозной коррекции метаболических нарушений и развития апоптоза в иммунокомпетентных клетках. Цель работы. Оценить антиапоптогенный эффект «Витрум Энерджи» в культуре нейтрофилов у спортсменов под влиянием физических нагрузок пиковой интенсивности.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился 291 спортсмен мужского пола в возрасте от 19 до 25 лет. Из них 97 спортсменов занимались сложно-координационными видами спорта: 53 – борьбой греко-римского стиля и 44 – борьбой дзюдо. Остальные 194 спортсмена занимались циклическими видами спорта: бегом и плаванием на средние дистанции (по 97 спортсменов соответственно). Группу референтной нормы составили 35 лиц мужского пола в возрасте 19–25 лет, которые систематически спортом не занимались и на момент проведения

исследования были практически здоровы. Все спортсмены были распределены на 2 группы: опытные (141 человек) и контрольные (150 человек). Спортсмены опытных групп в процессе тренировочных циклов систематически получали фармакологический препарат «Витрум Энерджи» внутрь по 1 таблетке в день в течение 2 месяцев. Спортсмены контрольных групп фармакологические препараты не получали. Проводили расчет индекса апоптоза (количество апоптозных клеток на 100 нейтрофилов в образце, %), определяли экспонирование рецепторов к моноклональным антителам CD95 на цитоплазматических мембранах нейтрофилов методом непрямой иммунной флюоресценции. Результаты исследования. Экспериментально подтверждено, что в опытной группе частота апоптоза нейтрофилов в конце цикла тренировок в 1,16 раза выше референтной нормы ($p > 0,05$), но в 1,38 раза ниже аналогичного показателя в контрольной группе ($p < 0,001$). Частота экспрессии CD95-рецепторов в опытной группе в 1,1 раза выше показателя референтной нормы, тогда как частота CD95-нейтрофилов в контрольной группе превышала референтную норму в 1,29 раза. Степень различия между конечными показателями в контрольной и опытной группах составила 1,1.

Френдзюк А.М.

ДИСФУНКЦІЯ МІОКАРДА У СПОРТСМЕНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання
(науковий керівник - д.мед.н. Полянська О.С.)

Зважаючи на те, що збільшилась кількість епізодів раптової смерті серед молодих спортсменів, Європейським товариством кардіологів було проведено проспективне дослідження раптової смерті спортсменів з травня 2005 року, які займаються різними видами спорт, яке виявило, що 40% смертельних випадків виникли під час великого фізичного навантаження; 54% – при помірній фізичній активності; 7% – при незначній активності. Національний центр спортивної медицини Італії, проаналізувавши випадки раптової серцевої смерті встановив, що смертність серед спортсменів в 2,4 рази вище, ніж у людей, які не займаються спортом. Польський дослідник В. Naława на основі 16-ти досліджень, які стосувались раптової серцевої смерті спортсменів, зробив висновок, що її ризик серед спортсменів в 5 – 10 разів вище, ніж у людей, які не займаються спортом.

З метою вивчення особливостей електрокардіографічних змін у спортсменів нами обстежено 100 спортсменів віком від 18 до 22 років, з яких 50 осіб займаються легкою атлетикою і 50 осіб – важкою атлетикою. Всім досліджуваним проводилась електрокардіограма (ЕКГ) на

апараті «Кардіо +» на базі обласного лікарсько-фізкультурного диспансеру.

При аналізі отриманих даних було виявлено, що зміни на ЕКГ були виявлені у третини обстежених. У спортсменів, які займаються легкою атлетикою зміни на ЕКГ виявлені у ¼ частини обстежених. У спортсменів, які займаються важкою атлетикою на ЕКГ були виявлені патологічні зміни у 16%, що значно менше, ніж у легкоатлетів.

На ЕКГ у спортсменів спостерігались такі порушення ритму, як синусова брадикардія, синусова аритмія, шлуночкова екстрасистолія, у 1 спортсмена виявлений епізод надшлуночкової пароксизмальної тахікардії; порушення провідності у вигляді неповної та повної блокади правої ніжки пучка Гіса; захворювання синдроми і феномени, а саме WPW-синдром та синдром Лауна-Ганонга-Лівайна; порушення реполяризації. Проведені дослідження свідчать про те, що фізичні навантаження у спортсменів повинні бути індивідуально підібраними, дозованними, контрольованими з метою запобігання виникнення життєво небезпечних порушень ритму і провідності.



Стоматологія



Vlasenko M.R., Znachkova O.A.

THE USAGE OF MAGNETO-INFRARED LASER THERAPY IN THE TREATMENT OF DESTRUCTIVE FORM OF CHEILITIS

Bogomolets national medical university, Kyiv, Ukraine
Department of preventive dentistry
(scientific adviser - Dr Med Sa Borisenko A.V.)

Cheilitis is a widespread disease therefore the problem of development of new methods of its treatment remains actual. The clinical picture of destructive form of cheilitis is various and depends on etiological factors, age of the patient and availability of concomitant diseases. Despite a large quantity of traditional medicamentous methods of the treatment of cheilitis, the majority of them have low therapeutic effect.

Work purpose. To increase efficiency of the treatment of destructive forms of cheilitis by development of new ways of nonmedicamentous treatment with the use of magneto-infrared laser therapy.

Material and methods. Under our observation were 20 people of different age and sex which suffered from destructive forms of cheilitis at different stages of disease. Complex examination of the patients included an inquiry, dental clinical examination, laboratory methods of examination. Results of complex examination are the basis for planning of pathogenetic treatment and forecasting its results. All patients were conducted irradiation of red border of labiums by magneto-infrared laser irradiation with parameters: infrared

low-intensity laser irradiation by a semiconductor laser radiator with wave length 0,85 micrometers, radiated (outgoing) power 100 milliwatt, pulse rate 1500 Hz, magnetic induction 20 mT, duration of procedure 2 minutes. Course of treatment – 5 visits daily or every other day.

Results. Results of the treatment estimated according to an inquiry, clinicolaboratory comparisons in dynamics of the treatment. As positive result considered disappearance or decrease of clinical manifestations, normalization of laboratory indices. After conduction the treatment in six patients (30%) was revealed clinical convalescence, in ten patients (50%) – the tendency to improvement of the condition, in four (20%) – the condition of red border of labiums remained practically without changes.

Conclusion. The usage of magneto-infrared laser therapy in complex treatment of destructive forms of cheilitis promotes reduction of terms of the treatment and increase of its effectiveness. Physiotherapy treatment is noninvasive, medicamentous unstressed and, as a result, economically sound.

Басіста А.С., Проданчук А.І., Рожко В.І.

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра терапевтичної стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Батіг В.М.)

Вступ. Широке розповсюдження запальних захворювань пародонта і збільшення питомої ваги прогресуючих варіантів перебігу генералізованого пародонтиту у хворих на цукровий діабет ставить проблему діагностики і лікування цієї патології в число найбільш актуальних. Перебіг запального процесу в пародонті ускладнюється виникненням специфічного для цукрового діабету ураження мікросудин – мікроангіопатії, що представляє генералізоване ушкодження кровоносних судин мікроциркуляторного русла ясен, в основі якого лежить пошкодження базальних мембран, ендотелію, навколосудинних клітинних структур, що завершується склерозом та гіалінозом.

Мета роботи. Вивчити стан тканин пародонта хворих на генералізований пародонтит на тлі цукрового діабету II типу.

Матеріали та методи дослідження. На базі ендокринологічного диспансеру ОКЛ м. Чернівці проведено обстеження парадонтологічного статусу у 28 пацієнтів з інсулінозалежним цукровим діабетом (основна група). Вік пацієнтів 35–50 років, а давність основного захворювання від 1 до 15 років. В якості контролю оглянуто 23 прак-

тично здорових людей з інтактним пародонтом. Для діагностики стану тканин пародонта використовували клінічні методи дослідження: огляд ротової порожнини, визначення глибини пародонтальних кишень, пародонтальний індекс (A.L.Russel), індекс Федорова-Володкіної, індекс РМА (в модифікації Parma), ступінь кровоточивості ясен (за Н.Р. Muhemann), рентгенологічне дослідження. Результати дослідження. У 26 пацієнтів діагностовано хронічний генералізований пародонтит, у 2 – самостійний гінгівіт. У пацієнтів внаслідок підвищеного вмісту глюкози в слині, ясна ціанотичного відтінку, набряклі, легко кровоточать при зондуванні, наявні пародонтальні кишені із гнійно-кров'янистими виділеннями. На ортопантомограмах – дистрофія альвеолярного відростка і резорбція міжзубних перегородок, що в подальшому призводить до ранньої втрати зубів. Висновок. Морфологічні зміни в пародонті у осіб з генералізованим пародонтитом на фоні цукрового діабету мають дистрофічно-запальний характер і залежать від тяжкості клінічного перебігу діабету.

Білійчук М.І., Бойчук І.Т., Дмитренко Р.Р.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ ЦЕФАЛОСПОРИНІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕП У ХВОРИХ ОБТЯЖЕНИХ НАРКОМАНІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник - Бамбуляк А.В.)

Однією з найбільших проблем хірургічної стоматології та сучасної медицини є гнійно-запальні процеси щелепно-лицевої ділянки, частота уражень яких складає від 40 до 60 %. Проблема одонтогенного остеоїєліту залишається актуальною і привертає увагу науковців та клініцистів. Це пов'язано з неухильним збільшенням кількості хворих на це тяжке захворювання, недостатньою вивченістю його патогенезу, тяжкістю клінічного перебігу, низькою ефективністю сучасних засобів терапії, значною тривалістю періоду непрацездатності, високим відсотком рецидивів та ускладнень, часто з розвитком інвалідності і насамкінець з досить високою летальністю, рівень якої не знижується.

В останні роки щелепно-лицевим хірургам та хірургам-стоматологам все частіше доводиться мати справу з нетиповими формами клінічного перебігу одонтогенних гнійно-запальних захворювань. Атиповість їхнього перебігу спостерігається, перш за все, у хворих обтяжених наркоманією. Відомо, що гнійно-запальні захворювання у наркоманів протікають тяжче, із тенденцією до хронізації та виникнення ускладнень.

Мета. Підвищити ефективність лікування хворих з ураженням щелепно-лицевої ділянки, що вжи-

вають наркотичні препарати, зокрема сурогатний психостимулятор «вінт», шляхом застосування внутрішньом'язевих та внутрішньовенних ін'єкцій антибактеріального препарату цефалоспоринової групи, а саме препарату «Цефур» («CEFUR»), діюча речовина: cefuroxime, для впливу на патогенну мікрофлору вогнища запалення та організму даного виду пацієнтів.

Цефур - напівсинтетичний антибіотик широкого спектра дії з групи цефалоспоринових. Цефуросим має стійкість у присутності бета-лактамаз деяких видів грам негативних мікроорганізмів. Пригнічує синтез бактеріальної стінки. Цефур активний проти: грам позитивних мікроорганізмів, аеробних - *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*; грам негативних аеробних мікроорганізмів - *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae* (у т. ч. штамів стійких до ампіциліну); *Klebsiella spp.* (у т. ч. *Klebsiella pneumoniae*), *Moraxella catarrhalis* (у т. ч. штамів, чутливих до ампіциліну та цефалотину), *Neisseria gonorrhoeae* (у т. ч. продукуючих і не продукуючих пеніцилазу штамів), *Neisseria meningitidis*, *Salmonella*, *Shigella*; анаеробних мікроорганізмів - *Peptococcus* і *Peptostreptococcus spp.*, *Clostridium spp.*, *Bacteroides*.

Бойчук Т.С., Проданчук А.І.

СТАН СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНOSTI ПРОВІДНИКІВ ПАСАЖИРСЬКИХ ВАГОНІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО ВУЗЛА ЛЬВІВСЬКОЇ ЗАЛІЗНИЦІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра терапевтичної стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Струк В.І.)

Вступ. На Чернівецькому вузлі Львівської залізниці працює 3661 залізничник, з них провідники складають найбільшу частку - 484 (13,2%). Провідники знаходяться під впливом низки шкідливих чинників: різкі зміни температурного режиму, шум та вібрація, запиленість, підвищений рівень мікробної забрудненості повітря вагонів, порушення режиму сну та відпочинку, нервово-емоційні навантаження.

Мета дослідження. Вивчити стан твердих тканин зубів у провідників пасажирських вагонів по станції Чернівці.

Матеріали і методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань нами проведено обстеження 52 осіб, з них 30 провідників пасажирських вагонів (основна група) і 22 - група порівняння. Оцінка стану зубів проводилась за індексом КПВ. Результати дослідження та їх обговорення. Поширеність карієсу у провідників складає 100% у всіх вікових групах. В основній групі у віці 19-24 роки інтенсивність ураження зубів становить

20 зубів, сягаючи у віці 45 і старше років майже 26 зубів на одну обстежену особу. Темп приросту уражених зубів не великий, але стабільний - близько двох уражених зубів на кожну вікову групу. В контрольній групі значення індексу КПВ майже на 20% відсотків менше у всіх вікових групах і приріст уражених зубів на половину менше ніж у контрольній групі.

Кількість зубів уражених карієсом (К) в структурі КПВ в основній групі зростає від 2,5 (12,50%) у віці 19 - 24 роки до 6,42 (26,52%) у третій віковій групі (35-44 р.) і у четвертій віковій групі (45 і старше) знижується до 4,77 (18,37%). Це зниження відбувається за рахунок збільшення кількості видалених зубів. В основній групі складова КПВ - "К" стабільна у межах чотирьох уражених зубів у всіх вікових групах, крім працівників молодого віку, де вона дорівнює 2,4 уражених зуба.

Висновок. Поширеність карієсу у провідників пасажирських вагонів становить 100% у всіх вікових групах.



Вітковський О.О., Трефаненко С.І.

ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ, ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, З ВИКОРИСТАННЯМ ДИЛАТАТОРІВ ІЗ НІКЕЛІД-ТИТАНУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Кузняк Н.Б.)

Переломи нижньої щелепи становлять від 75 до 89% від загального числа травмованих з пошкодженням кісток лицевого скелету. Актуальність даної проблеми пояснюється тенденцією до зростання кількості травм щелепно-лицевої ділянки, важкістю їх перебігу внаслідок значного об'єму пошкодження тканин, комбінацією з травмами суміжних ділянок та життєвоважливих органів, довготривалим лікуванням та розвитком післятравматичних ускладнень. Тому своєчасна рання діагностика та правильний вибір лікування переломів нижньої щелепи із посттравматичними ускладненнями залишаються важливими та актуальними.

Метою нашого дослідження було покращання ефективності лікування хворих з переломами нижньої щелепи ускладнених гнійно-запальними процесами шляхом введення в післяопераційну рану дилататорів із нікелід-титану з ефектом пам'яті.

Використовували ранорозширювач із нікелід-титану марки ТН-10. Під впливом температури тканин прилад, поступово приймаючи свою початкову форму, самофіксується в рані, виконуючи дилатацію рани. Хворих із переломами нижньої щелепи ускладненими гнійно-запальними процесами, зокрема, абсцесами навколощелепних м'яких тканин було поділено на дві групи.

В основній групі (16 Чоловік) проводилося лікування із додатковим введенням дилататорів із нікелід-титану в післяопераційну рану, а в контрольній групі (18 Чоловік) – лікування із використанням традиційних методів.

Для оцінки клінічної ефективності застосування ми враховували наступні показники: зменшення набряку м'яких тканин – основна група $3,8 \pm 0,3$ доба, контрольна – $5,7 \pm 0,4$; припинення виділення з рани – основна група $5,1 \pm 0,4$ доба, контрольна – $7,3 \pm 0,7$; термін розсмоктування інфільтрату – основна група $5,3 \pm 0,4$ доба, контрольна – $8,3 \pm 0,9$; термін прояву перших ознак грануляції та епітелізації рани – основна група $7,8 \pm 0,5$ доба, контрольна – $10,6 \pm 0,8$; та рентгенологічні ознаки утворення первинної кісткової мозолі – основна група $14,2 \pm 0,9$ доба, контрольна – $16,5 \pm 0,6$.

Отримані результати клінічних досліджень свідчать про достовірну ефективність використання дилататорів із нікелід-титану в комплексному лікуванні гнійно-запальних процесів, які виникають внаслідок ускладнення переломів нижньої щелепи. Лікування пацієнтів даним методом дає змогу попередити розвиток посттравматичного остеомієліту та нормалізувати процес регенерації кісткової тканини.

Гаврилюк З.М.

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Годованець О.І.)

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я патологічні стани, що викликані дефіцитом йоду, посідають третє місце у списку 38 найбільш поширених неінфекційних хвороб. Встановлено, що частота захворювань щитоподібної залози серед дитячого населення не зменшується, а продовжує займати провідне місце серед усіх ендокринопатій. Поряд із цим невпинно зростає стоматологічна захворюваність у дітей.

Тому метою нашого дослідження було вивчення поширеності та інтенсивності ураження твердих тканин зуба та тканин пародонта в дітей із дифузним нетоксичним зобом (ДНЗ).

Нами проведено стоматологічний огляд 70 дітей віком 12 років, яким встановлено діагноз ДНЗ. Обстеження проводили в Міській дитячій поліклініці м.Чернівців. Сформовано чотири групи спостереження: I група – діти з ДНЗ Іа ступеня (25 осіб); II – діти з ДНЗ Іб ступеня (24 особи); III – діти з ДНЗ II ступеня (21 особа); IV контрольна група складалась із соматично здорових дітей того ж віку (25 осіб).

Використовувалися суб'єктивні (скарги, збір анамнезу) та об'єктивні методи обстеження (огляд, визначення індексу карієсу, пародонтального індексу РМА, а також спрощеного гігієнічного індексу ОНІ-S).

У результаті дослідження встановлено висо-

ку поширеність карієсу постійних зубів у всіх обстежених групах. Каріозні ураження були зареєстровані у 88,9% випадків серед дітей із ДНЗ. Найбільшим цей показник був у обстежених із II ступенем тяжкості захворювання (95,2%). У дітей без супутньої соматичної патології поширеність карієсу склала 80,0%. Інтенсивність карієсу зубів знаходилась в межах 3,1–4,2 ураженого зуба на одного обстеженого і корелювала із ступенем тяжкості захворювання. Поширеність ускладнених форм карієсу в постійних зубах сягає 56% у дітей I групи, 62,5% – II групи та 71,4% – III групи, проти 40,0% у дітей IV групи. Індекс РМА у I групі підвищується на 45% ($p < 0,05$), у II – на 62%, у III – на 75% у порівнянні з показниками контролю. Середні значення гігієнічного індексу ОНІ-S становили $1,67 \pm 0,16$ для I групи, $1,93 \pm 0,12$ для II групи, $1,78 \pm 0,20$ для III, і не мали вірогідної відмінності від показника групи контролю ($1,71 \pm 0,15$).

Висновок. У дітей з дифузним нетоксичним зобом спостерігаються вірогідно вищі показники поширеності, інтенсивності карієсу зубів та його ускладнень, більший відсоток ураження тканин пародонта, що вказує на необхідність подальшого детального вивчення стоматологічного статусу за умов супутньої патології щитоподібної залози.

Глущенко Т.А., Гараніна Т.С.

ПАРОДОНТАЛЬНИЙ СТАТУС ПРАЦІВНИЦЬ ШВЕЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ БУКОВИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра терапевтичної стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Митченко О.В.)

Основний контингент працюючих у швейній промисловості становлять жінки (86,35%), які перебувають під впливом шкідливих виробничих чинників: підвищеної температури, високої вологості, вимушеної пози, великої кількості стереотипних рухів, напруженої праці, дії електромагнітних полів.

Мета дослідження. Вивчити стан тканин пародонта у працівниць швейних підприємств Буковини.

Обстежено 436 працівниць швейних підприємств Буковини, основна група – 314 жінок і 122 особи – група порівняння. Для оцінки стану тканин пародонта використовували клінічні методи і індекси.

В основній групі при стажі роботи у два роки (вікова група 19–24 роки) поширеність захворювань тканин пародонта вже становить 88,13%, у контрольній – 69,67%, тобто на 18,46% нижче. При 10–річному стажі в осіб основної групи поширеність становить 100 %, у контрольній групі така поширеність ураження пародонта діагностується значно пізніше. Із збільшенням стажу роботи і віку зменшується кількість

працівниць хворих на хронічний катаральний гінгівіт, але швидкість зменшення у працівниць основної групи значно повільніша. У віці 19–24 роки поширеність хронічного катарального гінгівіту в основній групі на 20% вище, а у віці 45 і старше як самостійне захворювання в основній групі не діагностується. У контрольній групі хронічний катаральний гінгівіт має тенденцію до зменшення, але виявляється в 10,38% в обстежених віком 45 і старше.

Генералізований пародонтит вже у віці 22 роки діагностується в кожній четвертій працівниці, у групі порівняння генералізований пародонтит трапляється лише в 6,35%. У досліджуваній групі у молодомі віці у 2,51% працівниць виявлено генералізований пародонтит II–III ступеня тяжкості, у групі порівняння виявлено легші форми генералізованого пародонтиту.

Встановлена висока поширеність захворювань тканин пародонта у працівниць швейного виробництва, що сягає 100 % при семирічному стажі роботи. Найбільш високі темпи їх розвитку в основній групі відбуваються у віці до 30 років і робочого стажу до десяти років.

Годованець О.І., Бурик А.Ю.

КОРЕКЦІЯ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Годованець О.І.)

Загальною закономірністю при всіх типах запалення являється посилення перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) на фоні зниження активності фізіологічної антиоксидантної системи (АОС) організму. Одна з основних причин активації ПОЛ при різних патологічних процесах є тканинна гіпоксія, що виникає внаслідок порушення здатності тканин поглинати кисень з крові або в зв'язку зі зменшенням ефективності ферментативного окислення. Це призводить до феномену оксидного стресу – порушення балансу про- та антиоксидантної систем.

Метою. Обґрунтувати доцільність застосування препаратів на основі природних біофлавоноїдів у комплексі лікування хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) в дітей, на основі вивчення показників прооксидантно-антиоксидантної системи ротової рідини.

Нами було проведено лікування та динамічне спостереження за 52 дітьми віком 12 років із клінічними ознаками ХКГ легкого та середнього ступеня тяжкості. У дітей груп порівняння лікування проводили загальноприйнятим методом, а в основних групах додатково використовували препарат „Протефлазід” та „Імунофлазід”. „Протефлазід” – рідкий спиртовий екстракт, отриманий з диких злакових рослин, основною

діючою речовиною яких є флаваноїдніглікозиди, що обумовлюють виражену антиоксидантну, імуномодулюючу та адаптогенну дію. Препарат застосовувався місцево у вигляді полоскань ротової порожнини. „Імунофлазід” – дитячий аналог попереднього препарату у вигляді сиропу – застосовували всередину, згідно існуючих рекомендацій.

Клініко-параклінічне спостереження за дітьми під час лікування та впродовж 1 року виявило скорочення термінів лікування до $(4,46 \pm 0,27)$ днів у дітей із легким ступенем тяжкості ХКГ та $(6,62 \pm 0,18)$ днів – у групі з середнім ступенем проти $(8,00 \pm 0,36)$ та $(9,62 \pm 0,40)$ днів у дітей підгруп порівняння ($p < 0,05$); зменшення кількості рецидивів захворювання 2–3 рази та збільшення термінів ремісії до півроку. Аналіз середньої тривалості місцевої терапії в дітей підгруп дослідження дозволив диференційовано підійти до визначення рекомендацій щодо тривалості місцевого лікування ХКГ: при легкому ступені тяжкості захворювання препарат „Протефлазід” слід застосовувати протягом 5 днів, при середньому ступені тяжкості – впродовж 8–9 днів. Дані результати вказують на необхідність проведення повторних лікувально-профілактичних курсів у дітей із частотою 1 раз у півроку.



Касіянчук Ю.М.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДОКЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ З МЕТОЮ ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНЬО-РОТОВИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Чернівецький національний університет ім. Юрія Федьковича, Чернівці, Україна;
Чернівецьке міське молодіжне наукове товариство «Квазар», Чернівці, Україна

Кафедра неорганічної хімії

(наукові керівники - д.біол.н. Фочук П.М., Пшенічка П.Ф.)

Метою цього дослідження була оцінка ефективності способу медичної навігації у доклінічному дослідженні для можливого застосування у клініці.

В лабораторних умовах на кістковому препараті мертвої тварини (порося віком до 6 міс.) нами проведено операцію імплантації з реєстрацією впливу фізичних факторів на окістя в ділянці імплантата, для чого використовувалися фантомні імплантати (титанова пластина: D=5мм; L=3.0 мм). Для контролю переміщення імплантата ми використовували власну методику із застосуванням приладу «Навігатор ЮК» (патент України № 68641). Ресивер приладу фіксується жорстко відносно кісткового препарату. Позиціонер інтегрується з наконечником, переміщення фіксується на умовній точці імплантата. Розроблено стандартизований протокол проведення дослідження. Динамічний тиск на окістя також визначався за власною методикою із застосуванням кремнієвого тензорезистора, який фіксувався на тильній поверхні фантомного імплантата (патенти України №75649 і 73268). При відсутності (умовно) приладу для медичної навігації тестом для зупинки експерименту вва-

жалось стиснення до товщини 0.5 мм синтетичного гелеподібного кісткового прошарку, розміщеного з тильного боку імплантата при його останніх кроках переміщення.

При відхиленнях від 25 до 5 кутових хвилин точність (позиціонування) становить не менше 10%, при менших відхиленнях вона спадає до 20 %. При однаковому зусиллі (стисненні) в ділянці імплантата тиск на кісткову тканину зростає непропорційно, а при деякому значенні має руйнівний характер. Оскільки нашим завданням було повне усунення патогенного фактору, ми не визначали мінімальних патогенних значень в різних зонах. Виявлено також нерівномірність деформації кісткових структур. Наявний кістковий прошарок, візуально до 1 мм при останніх кроках переміщення імплантата ущільнює проміжок до 0,0-0,5 мм між окістям і поверхнею імплантата. Подальше переміщення імплантата має руйнівний характер. Запропонований підхід до експерименту дозволяє запропонувати спосіб доклінічних досліджень, в яких модельований процес оперативного втручання в ділянці кісткової анатомічної структури.

Кузик Л.Г.

ПОКАЗНИКИ ЗАЛИШКОВОГО АЗОТУ ТА СПОЛУК ІЗ СЕРЕДНЬОЮ МОЛЕКУЛЯРНОЮ МАСОЮ В РОТОВІЙ РІДИНІ ЯК МАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна;

Кафедра біоорганічної і біологічної хімії та клінічної біохімії,

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

(наукові керівники - к.біол.н. Яремій І.М., к.мед.н. Гончаренко В.А.)

Запальні захворювання пародонта є одними із найресповсюдженіших стоматологічних захворювань. Їх поширеність у осіб молодого віку (до 30 років) сягає 50-60%, а у старших людей - 80-90%. Крім гіпоксії, порушень мікроциркуляції, посилення вільнорадикального окислення ліпідів і біополімерів та інших факторів, важливу роль у механізмі виникнення метаболічних порушень у тканинах пародонта відіграє ушкодження мембран лізосом і вихід лізосомальних гідролаз у внутрішньоклітинне і позаклітинне середовище. Активізація процесу протеолізу відіграє важливу роль у патогенезі запальних захворювань тканин пародонта. Унаслідок інтенсивного протеолізу суттєво зменшується вміст білків як у тканинах пародонта, так і у ротовій рідині. Внаслідок посиленого катаболізму білків і нуклеїнових кислот у ротовій рідині (слині) зростає вміст сполук із середньою молекулярною масою (олігопептиди, нуклеотиди) та речовин, які складають фракцію залишкового азоту (вільні амінокислоти, сечовина, сечова кислота, креатинін, амонійні солі тощо).

Тому, метою нашого дослідження було

дослідження вмісту залишкового азоту та сполук із середньою молекулярною масою у ротовій рідині хворих на гінгівіт і пародонтит.

Для проведення дослідження використано ротову рідину 20 пацієнтів, у яких діагностовано запалення тканин пародонту та 20 стоматологічно здорових людей.

Вміст залишкового азоту та сполук із середньою молекулярною масою в ротовій рідині визначали за загальноприйнятими для визначення даних показників у біорідинах методиками.

Згідно отриманих результатів, вміст залишкового азоту та сполук із середньою молекулярною масою у ротовій рідині пацієнтів із запаленням тканин пародонта був на 45 і 40% відповідно вищим, ніж у ротовій рідині стоматологічно здорових пацієнтів. При цьому ступінь зростання обох досліджуваних показників корелює з тяжкістю перебігу захворювання.

Таким чином, показники вмісту залишкового азоту та сполук із середньою молекулярною масою у ротовій рідині можуть служити чутливим індикатором (маркером) запалення тканин пародонту.

Лазар А.Д.

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна;

Кафедра ортопедичної та терапевтичної стоматології
(наукові керівники - к.мед.н. Касіячук М.В., к.мед.н. Митченко О.В.)

Актуальність проблеми обумовлена підвищенням ефективності комплексного лікування хворих на хронічний періодонтит і зменшення кількості можливих ускладнень у найближчі та віддалені строки після лікування.

Мета. Метою нашого дослідження є - аналіз статистичних даних методу лікування періодонтиту у фронтальній групі зубів з урахуванням стану тканин періодонта, розміру та строку наявності дефекту кісткової тканини.

Завдання.

Вивчити поширеність захворювань тканин

періодонту в м.Чернівці;

Провести анкетування пацієнтів;

Розробити групи пацієнтів;

Розробити методику клініко-рентгенологічного дослідження;

Результати досліджень. Ми вивчили поширеність запальних процесів в періапикальній ділянці фронтальної групи зубів в жителів м. Чернівці; виявили домінуючі фактори ризику виникнення запальних процесів в періапикальній ділянці.

Висновок: Вивчення цієї проблеми дозволить виявити домінуючі причини розвитку періодонтитів.

Литвинець-Голутяк У.Є.

ОЦІНКА ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН В ГЕНЕЗІ ОДОНТОГЕННИХ КИСТ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна

Кафедра стоматології факультету післядипломної освіти
(науковий керівник - д.мед.н. Рожко М.М.)

Актуальність. На сьогодні, існує ряд досягнень у вивченні питань генезу, патоморфології та хірургічної корекції одонтогенних кист (ОК). Втім, існує багато труднощів щодо ранньої діагностики і прогнозування результату лікування кист щелеп, що зумовлено відсутністю врахування загального соматичного фону організму і, як наслідок, недостатньою ефективністю радикального комплексного лікування. Для глибокого розуміння механізмів розвитку та удосконалення існуючих методів лікування необхідно визначити участь цитокінів, у регуляції імунної відповіді та вираженості неспецифічної резистентності при ОК.

Мета. Вивчення особливостей продукції прозапального (IL-6) та протизапального (IL-4) цитокінів у хворих на ОК.

Матеріали та методи. Обстежено 27 хворих віком від 18 до 45 років, хворих на ОК, які лікувалися у відділенні щелепно-лицевої хірургії ОКЛ м. Івано-Франківська. Діагноз ОК верифікували згідно Протоколу діагностики і лікування ОК (Протокол, наказ МОЗ України за № 566 від 23.11.2004 р.) Контрольну групу склали 10 практично здорових людей аналогічного віку. Концентрацію цитокінів (IL-

6 та IL-4) в сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу на апараті "STAT-Fax 303 Plus" (США) з використанням тест-систем виробництва "Diaclone" (Франція) у відповідності з інструкціями виробника. Отримані результати оброблені за допомогою програмного продукту "MedStat" (Україна) з використанням описових статистик.

Результати дослідження. В результаті проведеного дослідження встановлено, що у всіх пацієнтів, хворих на ОК, спостерігається дисбаланс в цитокіновому статусі. У пацієнтів, які страждають на ОК, констатовано достовірне збільшення рівня IL-6 ($13,72 \pm 0,34$ пг/мл) у порівнянні із групою здорових ($3,59 \pm 0,11$ пг/мл) ($p < 0,001$) при одночасному зменшенні сироваткового рівня протизапального IL-4 ($8,45 \pm 0,28$ пг/мл) проти ($11,15 \pm 0,84$ пг/мл) у групи контролю ($p < 0,05$). У хворих на ОК активація прозапальних цитокінів може бути пов'язана із переважно тривалою персистенцією бактеріальної інфекції та відносно частішими загостреннями вірусно-бактеріальної етіології. При цьому, зниження вмісту IL-4 може свідчити про виснаження компенсаторних протизапальних механізмів імунної системи та недостатню протизапальну відповідь.



Мальчугин Р.К.

АМБУЛАТОРНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, Днепропетровск, Украина
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и фармакоэкономики
(научный руководитель - к.мед.н. Нефьодов О.О.)

Учитывая, что стоматология в настоящее время достаточно хорошо развита, то никак нельзя упускать из внимания такой важный элемент как фармакотерапия. Актуальными средствами, применяемыми в стоматологии являются противовоспалительные, обезболивающие, антигистаминные, а также противомикробные препараты. Подавляющее большинство лекарственных средств, применяемых в стоматологии, имеют противопоказания, при этом большинство из них принимаются амбулаторно. Именно поэтому вопрос о выборе лекарственных средств для амбулаторного лечения является одним из важнейших.

На практике наибольший спектр используемых препаратов применяют в хирургической стоматологии. Среди используемых лекарств можно выделить препараты для обезболивания; препараты для купирования воспалительных процессов, а также при поражениях аллергической, инфекционной, грибковой и бактериальной природы. Часто они используются как средства профилактической фармакотерапии.

Целью наших исследований явилось определение наиболее удачной комбинации препаратов для амбулаторного назначения стоматологическим больным после имплантации зубов; обозначение наиболее действующего НПВС в послеоперационный период; установление наиболее эффективного антибиотика для ротовой полости после имплантации зубов.

Учитывая тяжелое состояние слизистой оболочки полости рта пациента после оперативного вмешательства – одним из основных направлений фармакотерапии будет снятие воспаления и устранения болевого синдрома. Основной группой препаратов для этой цели являются НПВС. Как представителей ненаркотических анальгетиков применяемых в хирургической стоматологии, рассмотрим: Кетонал, Нурофен, Вольтарен, Кетанов.

Вторым важным звеном в купировании воспалительного процесса является назначение антигистаминных препаратов. По избирательности действия их можно условно разделить на 3 поколения. С каждым поколением уменьшается количество и сила побочных эффектов, а также вероятность привыкания, увеличивается продолжительность действия. Из представителей первого поколения можно отметить Диазолин и Тагегил. Ко второму относятся Кларитин, Кестин. Третье – Фексофенадин, Дезлоратадин.

Неотъемлемым звеном терапии после имплантации является антибактериальная терапия. Препараты которые чаще всего используются практикующими хирургами – стоматологами следующие: Аугментин, Абактал, Ципрофлоксацин и Сумамед.

Таким образом, лечение и профилактика осложнений является неотъемлемой частью пост имплантационного периода.

Мацюк О.М.

АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ЗУБОЩЕЛПНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра терапевтична стоматологія
(науковий керівник - к.мед.н. Митченко О.В.)

Як і в будь-якій фізіологічній системі, «нормальний» стан повинен мати певну ступінь адаптації і відсутність патологічних змін. Від величини і тривалості різних змін залежить чи пристосується система або розвинеється патологія.

Метою нашої роботи було вивчити адаптаційні можливості пацієнтів після відновлення дефектів зубних рядів і коронок зубів незнімними протезами і реставраційною терапією в порівняльному аспекті при однаковій втраті жувальної ефективності (видалення першого нижнього моляра) не більше ніж 6 місяців тому.

Проведено збір анамнезу. Особлива увага приділялася виявленню наступних симптомів – наявність або відсутність болі при жуванні, вільне відкривання рота, відсутність сторонніх звуків у СНЩС (хрусту, лускання) при відкриванні рота.

Етап об'єктивного обстеження починали з зовнішнього огляду обличчя: відмічалася симетричність, пропорційність, вираженість носогубних складок. Оглядаючи порожнину рота, провели оцінку прикусу і стан зубних рядів і окремих зубів.

Всього було оглянуто 25 осіб у віці від 20 до 50 років. З них 10 чоловік з інтактними зубними рядами склали контрольну групу. 5 чоловік знаходились на ортопедичному лікуванні (протезування дефекту за допомогою незнімного

металокерамічного протезу), а 5-ом пацієнтам проводилось терапевтичне лікування (втрачений зуб відновлений з використанням скловолоконної нитки «Interlig», Angelus, Бразилія).

У всіх пацієнтів досліджуваної групи була однакова клінічна ситуація (видалення перший нижній моляр), тобто втрата жувальної ефективності в рівній мірі, у деяких пацієнтів спостерігалась легка ступінь гінгівіту, оскільки відбулося порушення механічного очищення зубів на стороні дефекту. При жуванні в роботу частіше включалась протилежна частина щелепи. Після того, як пацієнтам досліджуваної групи було надане ортопедичне і терапевтичне лікування всі негативні відчуття поступово нівелювалися.

Період адаптації пацієнтів досліджуваної групи складав від 3 до 7 днів незалежно від обраного методу лікування. Період адаптації у пацієнтів був обумовлений не методом використовуваного лікування, а давністю виникнення дефекту зубного ряду.

Таким чином, вибір методу лікування залежить від багатьох факторів: стану зубів, обмежених дефектів, пародонта, слизової оболонки і немало важливе значення у виборі методу лікування мають бажання самого пацієнта. Також бажано раннє, своєчасне звернення пацієнта за кваліфікаційною стоматологічною допомогою.

Мороз А.В.

ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра дитячої та хірургічної стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Годованець О.І.)

На сьогоднішній день цукровий діабет посідає третє місце серед причин високої інвалідизації та смертності хворих після серцево-судинних та онкологічних захворювань.

Цукровий діабет є актуальною медико-соціальною проблемою для більшості країн світу, у тому числі і України, де налічується 1 млн. 200 тис. хворих.

Метою дослідження є вивчення імунологічних показників ротової рідини дітей при цукровому діабеті І типу.

Для вирішення поставленої нами мети було обстежено 24 дитини віком 11–14 років, хворих на цукровий діабет І типу (група № I). Групу порівняння (№ II) склали 25 соматично здорових дітей того ж віку.

Для оцінки місцевого імунітету порожнини рота визначали вміст SIgA, IgA, IgG, ФНП-а, ІЛ-1b, ІЛ-4 і рівня лізоциму у ротовій рідині. Змішану слину збирали вранці натще та центрифугували. Для розрахунку отриманої концентрації цитокінів будували калібрувальну криву на підставі оптичної щільності стандартів. Отримані результати обробляли статистично з використанням t-критерію Стьюдента.

Результати проведених імунологічних досліджень показали, що у хворих дітей з хронічним катаральним гінгівітом у ротовій рідині визначається

достовірне збільшення вмісту лізоциму ($p < 0,001$) у середньому в 1,3 рази.

Встановлено також, що в хворих дітей з хронічним катаральним гінгівітом у ротовій рідині визначається достовірне збільшення вмісту SIgA – у середньому в 1,3 рази ($p < 0,001$) у порівнянні з соматично здоровими дітьми, що можна пояснити захисно-компенсаторним механізмом специфічної імунної відповіді. Усе це свідчить про наростання напруженості місцевого імунітету ротової порожнини у дітей з цукровим діабетом І типу.

Вміст ФНП-а – провідного прозапального імуноцитокіна гострої фази, зростав у 6–10 разів і був, приблизно, однаковий у хворих з легким і тяжким ступенем, і істотно вище – при середньому ступені ушкодження. Кількість ІЛ-1b та ІЛ-4 у хворих дітей з цукровим діабетом І типу при хронічному катаральному гінгівіті була збільшена відповідно в 2–2,5 і 0,5–3 рази і при різних ступенях тяжкості вірогідно не відрізнялася.

Таким чином, у дітей, хворих на цукровий діабет І типу, спостерігаються значні зміни в окремих ланках імунної системи, що призводять до виникнення гінгівіту, постійної тенденції до прогресування та загострення перебігу пародонтиту.

Мялківський К.О.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИШИЙКОВОГО КАРІЄСУ

Національний медичний університет ім. О. Богомольця, Київ, Україна
Кафедра терапевтична стоматологія
(науковий керівник - д.мед.н. Борисенко А.В.)

Оперативне лікування карієсу, локалізованого в пришийковій ділянці, викликає ряд труднощів, які пов'язані з топографією дефекту. А саме: близьке розташування емалево-дентинної границі та пульпової камери зуба, можливість травмування тканини пародонта та кровоточивість ясен.

Мета роботи. Підвищити ефективність хірургічного лікування пришийкового карієсу шляхом вибору композитного матеріалу.

Пломбувальні матеріали для лікування карієсу, локалізованого в пришийковій ділянці, повинні мати такі властивості: високу еластичність, здатність зберігати задану форму, не стікати з вертикальних і похилих поверхонь, рівномірно розподілятися по стінках порожнини. Таким потребам відповідають текучі композити. При їх полімеризації практично відсутні внутрішні полімеризаційні напруження, наявність яких у матеріалі традиційної консистенції може привести до появи тріщин.

Матеріали і методи лікування. Для відновлення

пошкодження емалі застосовували «CompoSite Flow» (фірма – Dipro).

Обстежено 15 пацієнтів віком від 20 до 40 років, що мали 29 каріозних уражень в пришийковій ділянці фронтальних зубів.

В результаті клінічного дослідження діагностовано: гострий поверхневий карієс – 8 порожнин, хронічний середній карієс – 12 порожнин, хронічний глибокий карієс – 9 порожнин.

Результати клінічного дослідження. Препарування пришийкового карієсу проводилося класично для цієї ділянки. Пломбування порожнин початкового і середнього карієсу проводили без прокладочного матеріалу, а глибокий карієс з прокладкою зі склоіономерного цементу Ionosit.

При контрольному огляді через 3 місяці 27 пломб повністю відповідали медичним і косметичним вимогам. Тільки у 2 пломбах відзначалась зміна кольору, внаслідок табакокуріння пацієнта.



Навольський Н.М., Калинчук А.І.

АНАЛІЗ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТА ВИДІВ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Кузняк Н.Б.)

Взаємовідношення зубних рядів у стані центральної оклюзії, яке склалося у процесі онтогенезу і характерне для певного расового або конституційного типу, визначається взаємним розташуванням бокової та фронтальної груп зубів. Різновидні деформації прикусу диктують певну тактику лікаря-ортодонта у клініці, потребують вибору відповідного плану лікування (Покровський і др., 2010).

У дослідженнях різних років відзначається висока розповсюдженість зубощелепних аномалій у дитячому віці. При цьому в останні роки в Україні відзначається ріст числа зубощелепних аномалій (Ославський 2010), їх розповсюдженість коливається від 11,4 до 82,9% та збільшується з кожним роком.

Передчасна втрата молочних зубів викликає характерні морфологічні і функціональні порушення: зміщення поряд розташованих з дефектом зубів корпусно або їх нахилення, вкорочен-

ня і звуження зубної дуги. Одностороння втрата окремих зубів часто супроводжується асиметричною деформацією зубоальвеолярної дуги. (Мирчук і др., 2009).

Ортодонтичне лікування зубощелепних аномалій є одним із важливих питань сучасної стоматології. Аномалії, не усунені в дитячому віці, проявляються у дорослих в більш важкій формі. Вони є причиною естетичних і функціональних порушень щелепно-лицевої ділянки, впливають на психіку дорослої людини, часто є однією з причин захворювань періодонту, інколи є обмеженням в виборі професії. На думку (Александрова і др., 2010), лікування зубощелепних аномалій в дорослих має свої особливості, які обумовлені цілим рядом факторів.

Положення зубів, характер їх змикання – це питання, яке стоїть перед усіма ортодонтами при зверненні до них пацієнтів (Ославський 2010).

Невзгода Є.О.

МЕТОДИ ЕКСПЕРС-ДІАГНОСТИКИ СЛИНИ В СУЧАСНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Національний медичний університет ім. О. Богомольця, Київ, Україна
Кафедра терапевтичної стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Шекера О.О.)

Актуальність теми. Експрес-діагностика слини відіграє важливу роль у сучасній терапевтичній практиці.

Мета. Проаналізувати літературні дані стосовно представленої проблематики

Методи і матеріали. Активність лізоциму значно знижується при хронічних обструктивних захворюваннях легень, виразкових процесах слизової оболонки порожнини рота, інтоксикаціях солями важких металів (свинцем, ртуттю, цинком) (Склярів О.Я., 2004р., 2007р.). Вміст альфа-амілази (N-2-3 мг/л) підвищується при пародонтозі, гальванізмі, дріжджовому стоматиті, цукровому діабеті, виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічному панкреатиті. (Коротько Г.Г., Ярошевська Ю.Ю., 1996, Коротько Г.Ф. і Булгакова В.А., 2002р.). При захворюванні пародонта спостерігається підвищення активності фосфатаз. Рибонуклеазна активність в слині хворих на рак шлунка – знижується у 2 рази порівняно з нормою (Simionesku L. Et all 1985). Спостерігається зміна жирового-кислотного складу слини при стенокардії, інфаркті міокарда (Алексєєва.О.П.,Кудрявцев С.А., 2001).

Визначення слинних плям можна проводити на протязі багатьох місяців ідентифікацією на роданіди (Данилевський Н.Ф. і співавтори, 2009). Склярів О.Я. і співавтори, 2004р., запропонували експрес-метод визначення нітрит-аніону в ротовій порожнині як показника системних змін організму людини при онкологічних захворюваннях. Брюзгіна Т.С. і співавтори, 2001р., запропонували спосіб оцінки порушень ліпідного комплексу слини. Депресивні розлади людини можна досліджувати за білковим спектром змішаної слини. (Григорьев і співав, 2002р.). При визначенні вмісту кортизолу, кортизону, альдостерону, прогестерону, естріолу, тестостерону встановлено тісну кореляцію в слині і крові зазначених гормонів (Коротько Г.Ф., Готовцева Л.П., 2002р., Walger P. Et all., 1988, Lewis P.R.,1987, McLean C, 1989, Dabbs J. M. 1995). Результати дослідження. Представлений огляд літератури підтверджує актуальність теми.

Висновки. Дослідження слини важливе в діагностиці цілої групи патологічних станів і захворювань.

Пенішкевич А.Я.

ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ АНЕСТЕТИКА У ВАГІТНИХ ЖІНОК ПРИ МІСЦЕВОМУ ЗНЕБОЛЕННІ

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, Львів, Україна
Кафедра терапевтичної стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Ліснічук М.В.)

Актуальність. Особливу групу пацієнтів на стоматологічному прийомі складають вагітні жінки. Це пов'язано з низкою змін, що виникають в організмі жінки при формуванні єдиної функціональної системи «мати-плацента-плід». Мета. Визначення анестетика, що чинить найменш несприятливий вплив на організм матері та відповідно власне на плід.

Методи. Аналітичний, експериментальний, порівняльний.

Результати. Відомо, що місцеві анестетики, особливо амідного типу, можуть легко проникати через плацентарний бар'єр, створюючи токсичні концентрації для плоду, що обмежує їх використання у вагітних жінок. Рекомендовано застосування мінімальних доз анестетиків у поєднанні з вазоконстрикторами з ретельним дотриманням усіх мір безпеки (аспірація, повільне введення).

Протягом останніх років увагу стоматологів у багатьох країнах привертають препарати, що створені на основі артикаїну – місцевого анестетика групи складних амідів. У порівнянні з місцевими анестетиками групи складних ефірів анестетики цієї групи характеризуються більшою тривалістю дії, кращими дифузними властивостями, а також стійкістю. У нашій країні схвалені до застосування наступні препарати на основі артикаїну: ультракаїн, септанест, убістезин,

артикаїн, брилокаїн, альфакаїн.

Артикаїн є слабкою основою, що погано розчиняється у воді і тому застосовується у вигляді водорозчинної солянокислої солі. Для прояву місцево, анестезуючого ефекту в тканинах повинен відбутися гідроліз препарату з утворенням жиророзчинної основи, що проникає через фосфоліпідну мембрану нервового закінчення або волокна. За даними S.F.Malamed (1997), препарат поступається лідокаїну по жиророзчинності, що обумовлює меншу можливість всмоктування у кров і надходження в тканини і органи, тобто меншу системну токсичність. Низька жиророзчинність і високий ступінь зв'язування з білками плазми крові знижують ризик проникнення препарату через плацентарний бар'єр і вплив його на плід. Артикаїн швидко розщеплюється, має малий період напіввиведення (близько 20хв), досить високий кліренс (3,9л/хв). В експериментальних дослідженнях він не виявляється у грудному молоці в клінічно значущих концентраціях, що свідчить про його перевагу при виборі засобів для місцевого знеболення у матерів, що годують груддю.

Висновки. Вищевказані властивості мають важливе значення при виборі місцевого анестетика для проведення знеболення у вагітних жінок.

Продан М.П., Трифаненко С.І.

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕПАРАЦІЙНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЗТП КРОВІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Кузняк Н.Б.)

Актуальність даної проблеми пояснюється тенденцією до зростання кількості ускладнень після атипового видалення зуба та терміном загоєння післяекстракційної рани. Дослідження останніх років довели, що природнім матеріалом, із специфічними властивостями і, зокрема, можливістю стимуляції процесів репарації є збагачена тромбоцитами плазма крові, яка покращує загоєння твердих і м'яких тканин після хірургічних втручань. Мета нашого дослідження: покращення ефективності лікування хворих, котрим було проведено операцію атипового видалення зуба, шляхом введення в післяекстракційну рану збагаченої тромбоцитами плазми (ЗТП) крові, як аутогенного джерела факторів росту. У результаті центрифугування ЗТП містить тромбоцити в концентрації, що в 5 разів перевищує вихідну. Перед застосуванням, ЗТП ми проводили її штучну активацію за допомогою кальцієво-тромбінового комплексу. Для оцінки клінічної ефективності застосування ЗТП нами проліковано 42 хворих, із післяекстракційними дефектами щелеп, які були поділені на дві групи. В основній групі (22 чоловік) проводилося лікування із до-

датковим введенням збагаченої тромбоцитами плазми у післяекстракційний дефект щелепи, а в контрольній групі (20 чоловік) – традиційне лікування без застосування ЗТП. Клінічні показники на основі яких ми оцінювали ефективність застосування ЗТП: зменшення болю в ділянці видаленого зуба (доба), зменшення набряку м'яких тканин (доба), перші ознаки утворення кісткової тканини – оцінювали рентгенологічно (доба). Отримані результати були наступними: зменшення болю в ділянці видаленого зуба в основній групі відбувалось на 1,5 + 0,5 добу, а в контрольній на – 4,6 + 0,5. Зменшення набряку м'яких тканин – основна група 7,4 + 0,95., тоді як в контрольній – 9,1 + 0,39. Перші ознаки утворення кісткової тканини – основна група 12,1 + 1,0 доба, а в контрольній – 16,4 + 1,1. На основі клінічних та рентгенологічних досліджень встановлено, що введення ЗТП в післяекстракційну кісткову рану прискорює репарацію кістки, попереджує виникнення післятравматичних ускладнень та прискорює терміни реабілітації хворих.



Рошка Ю.О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СОРБЦІЙНОЇ АКТИВНОЇ ПОВ'ЯЗКИ ПРИ ЛІКУВАННІ АЛЬВЕОЛІТІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Кузняк Н.Б.)

Актуальність даної проблеми пояснюється тенденцією до зростання кількості ускладнень після атипичного видалення зуба та терміном загоєння післяекстракційної рани. Одним з найчастіших ускладнень є альвеоліт. Особливе значення має лікування гнійно-некротичних і некротичних альвеолітів, які при неадекватному лікуванні ускладнюються остеомієлітом лунки.

Нашу увагу привернув модифікований багатофункціональний медичний сорбент «Целоформ», який використовується в якості протиальвеолітної активної пов'язки.

Пацієнтів з даної патології поділено на дві групи: основну та контрольну.

В основній групі (20 чоловік) проводилося лікування із використанням протиальвеолітної активної пов'язки препаратом «Целоформ», а саме ревзія, медикаментозна обробка комірки зуба, та подальше введення в післяекстракційну рану сорбенту «Целоформ», а в контрольній групі (20 чоловік) – лікування тільки традиційними методами.

Проведений аналіз клінічних та лабораторних показників ефективності лікування встановив, що застосування протиальвеолітної активної пов'язки сприяло вірогідно швидшому зниженню показника лейкоцитозу в загальному

аналізі крові, зниженню показників загальної інтоксикації – молекул середньої маси та індексу еритроцитарної інтоксикації.

У всіх пацієнтів основної групи вже на наступний день зазначалося зменшення больового синдрому. При місцевому огляді зазначалося відсутність запальних явищ, лунка була заповнена згустком з «Целоформа», просоченим тканинною рідиною. Потім відбувалося поступове заміщення «Целоформа» грануляціями, починаючи з 5-ї доби, а на 5–6-у добу починалася епітелізація лунки.

У хворих контрольної групи біль і запальні явища стихали тільки на 3–4 добу, очищення лунки відбувалося на 3–4 добу, поява перших грануляцій спостерігалось на 6–7 добу, початок епітелізації – на 8–9 добу.

При цьому строки лікування хворих основної групи, порівняно з контрольною, знизилися в середньому на 3–4 дні.

Досвід застосування «Целоформа» в якості місцевого засобу лікування альвеоліту показав, що він є біосумісним матеріалом, володіє достатнім рівнем не тільки сорбційної, але і дренажної здатності, має виражену бактерицидну, протизапальну, знеболюючу, протинабрякову дію і створює в лунці оптимальні умови для активного протікання репаративних процесів.

Тамазликер Д.В.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКА КАРІОЗНОГО УРАЖЕННЯ СЕРЕД ІНШИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра терапевтичної стоматології
(науковий керівник - к.мед.н. Митченко О.В.)

Актуальність. Карієс зубів є найпоширенішою причиною порушення цілісності зубо-щелепної системи. Результати численних досліджень демонструють, що, незважаючи на застосування сучасних матеріалів, при лікуванні карієсу зубів частіше доводиться проводити повторну терапію. Стабільна тенденція погіршення стоматологічного статусу населення нашої держави вказує на потребу дослідження каріозного стану на окремих територіальних регіонах, з метою визначення та розробки раціонального лікування каріозних порожнин при виборі найоптимальнішого сучасного стоматологічного пломбувального матеріалу для подальшого попередження ускладнень карієсу (в нашому дослідженні в Чернівецькій області).

Мета. Проаналізувати стан терапевтичного лікування в структурі стоматологічної допомоги в обстеженому населенні Чернівецької області на основі даних з ОКСП м. Чернівці протягом 2007–2011 років.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз листків щоденного обліку роботи лікаря-стоматолога (Ф №037/о) та щоденників обліку роботи лікаря-стоматолога (Ф №039–2/о) лікарів ОКСП м. Чернівці протягом 2007–2011 років. Статистична обробка даних та графічний аналіз проведені за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel.

Результати досліджень. Аналіз стоматологічної захворюваності серед обстеженого населення, яке зверталось за стоматологічною допомогою в ОКСП м.Чернівці протягом 2007–2011 років встановив тенденцію частішого звертання жіночого населення, ніж чоловічого. Серед населення найчастіше зверталися по стоматологічну допомогу міські жителі, ніж сільські, можливо це обумовлено більшою мотивацією до збереження стоматологічного здоров'я у міського населення. З проведеного аналізу, отримано наступні дані: серед усіх причин звернень до стоматологічної установи протягом 2007–2011 років 51% припадає на карієс зубів, 28% – профілактичні огляди, 12% – пульпіт, 6% – періодонтит, 3% – захворювання тканин пародонту.

Також, на нашу думку, є важливим представити дані основних причин видалення зубів за 2007–2011 роки: з приводу ускладненого карієсу було видалено у дорослих 57% зубів, що майже у 3 рази більше, ніж з приводу захворювань тканин пародонту –18%.

Висновок. Таким чином, на сьогоднішній день чітко встановлено тенденцію зростання показника поширеності карієсу серед населення Чернівецької області. Це вказує на необхідність вивчення та впровадження рекомендацій щодо раціонального та ефективного лікування каріозних уражень.

Топов І.Г.

ВИКОРИСТАННЯ ПАСТ КОМПЛЕКСНОЇ ДІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ НА ТЛІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ЗУБІВ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна
Кафедра стоматології дитячого віку
(науковий керівник - Шпак С.В.)

Актуальним науково-практичним завданням в області профілактики і лікування хронічного катарального гінгівіту (ХКГ) виступає обґрунтування рекомендацій по застосуванню засобів гігієни порожнини рота. Рішення цієї задачі передбачає врахування особливостей патогенезу зубів, що нерідко поєднується з підвищеною чутливістю зубів. За наявності гіперестезії, профілактика і лікування ХКГ традиційними засобами гігієни ускладнені. У зв'язку з тим, що пацієнти, намагаючись уникнути дискомфорту відчуттів під час чищення зубів, приділяють гігієні значно менше уваги і це, у свою чергу, погіршує протікання запального процесу, у цій ситуації необхідно використовувати спеціальні засоби гігієни, що мають не тільки протизапальну, але і протисенситивну дію. Тому дослідження ефективності застосування зубних паст комплексної дії є актуальним. Метою нашого дослідження було – дослідити клінічну ефективність поетапного застосування паст „Lacalut Fluor” та „Lacalut Sensitive” при гіперчутливості зубів на фоні ХКГ у осіб молодого віку. Нами було обстежено 48 чоловік 18–22 років, які мали гіперчутливість зубів на фоні ХКГ. Усі пацієнти були поділені на 2 групи: основну

(n=25) та порівняльну (n=23). Перед лікуванням з усіма пацієнтами було проведено заняття по оволодінню індивідуальною гігієною порожнини рота, проведена професійна гігієна. Пацієнтам обох груп була призначена базова терапія по лікуванню ХКГ та зняття симптомів гіперестезії. Потім, після усунення чутливості в основній групі було призначено чищення зубів зубною пастою „Lacalut Sensitive” впродовж 30 днів двічі на день після прийому їжі, а потім впродовж того ж часу зубною пастою „Lacalut Fluor”. В групі порівняння застосовували фтористі пасту з вмістом фтору 1450 ppm. (Colgate) Для вивчення ефективності поетапного застосування досліджуваних паст, нами було досліджено показники гігієни порожнини рота, стан тканин парадонту, показники ротової рідини на вміст еластази, лізоциму, уреазі, фосфору та кальцію в динаміці. Отримані результати досліджень свідчать про те, що комплексне застосування паст „Lacalut Fluor” та „Lacalut Sensitive” надає виражений лікувально-профілактичний ефект. Використання паст „Lacalut Fluor” та „Lacalut Sensitive” у комплексі значно підвищує ефективність лікування ХКГ на фоні гіперестезії зубів.

Трапова Х.О.

ОПТИМІЗАЦІЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО МЕТОДУ ПРОФІЛАКТИКИ УТВОРЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з
пластичною та реконструктивною хірургією голови
(науковий керівник - д.мед.н. Аветіков Д.С.)

Створення оптимального естетичного рубця було і залишається основною проблемою в пластичній та щелепно-лицевій хірургії. Однак, за статистичними даними ряду авторів, від утворення патологічних рубців страждає близько 10% населення нашої планети. Тому актуальність пошуку адекватної системи профілактики утворення гіпертрофічних та келоїдних рубців є очевидною.

Після огляду наукових праць та літературних джерел, встановлено, що передбачити вірогідність появи рубців з несприятливими характеристиками поки не можливо. Кожен із методів, запропонованих авторами, має ряд недоліків та не

забезпечує вирішення основної проблеми. Тому необхідним залишається пошук ефективної системи профілактики утворення патологічних рубців, зокрема інтраопераційної. Оскільки, саме на етапах операції проводиться оптимальне співставлення країв рани та формування майбутнього рубця. Для цього, ми рекомендуємо застосування шкірного клею «Дермабонд» замість традиційного накладення поверхневих швів на шкіру. Це не лише зменшить її травматизацію, але й покращить її васкуляризацію і трофіку. Саме це є найсприятливішим фактором для розвитку нормотрофічного рубця.



Хухліна О.І.

ВПЛИВ НЕЗНІМНИХ МЕТАЛЕВИХ ПРОТЕЗІВ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра ортопедичної стоматології
(науковий керівник - д.мед.н. Беліков О.Б.)

Актуальність. Матеріали, які застосовують для протезування в ортопедичній стоматології, не завжди є індивідуальними як для пародонту, так і для органів травлення. При захворюваннях пародонту, які перебігають на тлі виразкової хвороби (ВХ) шлунка, у 100% випадків виявляють запально-дистрофічні зміни у слизовій оболонці шлунка.

Мета дослідження. Визначити патогенетичну роль металевих протезів у розвитку захворювань пародонту в хворих на ВХ шлунка.

Матеріали та методи. Обстежено 30 хворих на ВХ шлунка у фазі загострення. Пацієнти були поділені на 2 групи: I група - 15 осіб з металевими протезами, II група - 15 осіб з металокерамічними протезами. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб відповідного віку з незнімними металевими зубними протезами. У всіх пацієнтів вивчали показники поширеності (у %) та інтенсивності карієсу (КПВ), поширеності (у %) та інтенсивності захворювань пародонту (СРІТН), інтенсивність запальної реакції в тканинах пародонту (РМА), гігієнічного стану порожнини рота (ОНІ-S), проводили бактеріоскопічне дослідження зубного нальоту.

Результати дослідження. Відмінностей за поширеністю карієсу в обох групах (96,0 і 97,5% відповідно) не виявлено, інтенсивність каріозного процесу в I та II групах на 20% вища, порівняно з групою контролю ($p < 0,05$). У структурі захворювань пародонту в пацієнтів II групи переважали хронічний катаральний гінгівіт (26,7%) та хронічний генералізований пародонтит легкого ступеня тяжкості (56,7%), рідше виявлено пародонтит середнього ступеня тяжкості (16,6%). У I групі відзначилася більша частота хронічного генералізованого пародонтиту легкого (58,5%) та середнього ступеня тяжкості (28,0%).

Незадовільний і поганий стан гігієни порожнини рота у хворих I групи були виявлені частіше, ніж у групі контролю: 37,3% проти 23,5% ($p < 0,05$).

Бактеріоскопічне дослідження зубного нальоту в пацієнтів I групи показало, що в мазках переважає кокова флора у великій кількості.

Висновок. Наявність протезів з металевими включеннями обтяжує протікання вже наявних та викликає нові структурні та функціональні порушення з боку тканин пародонту в хворих на виразкову хворобу шлунка.

Яковлева Д.В.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ЯСНАХ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГІПЕРТРОФІЧНИЙ ГІНГІВІТ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна;
Кафедра гістології, цитології та ембріології,
(науковий керівник - д.мед.н. Єрошенко Г.А., к.мед.н. Гасюк Н.В.)

Актуальність проблеми. Згідно даних ВООЗ станом на 2010 рік, гіпертрофічний гінгівіт в загальній структурі становить 14%. Згідно ряду робіт, захворювання виникає на тлі порушень в роботі органів ендокринної і нервової системи, та хворобах накопичення. За клініко-морфологічними змінами розрізняють дві форми гіпертрофічного гінгівіту. Згідно різних літературних джерел: запальна та фіброзна, набрякова та фіброзна, гранулююча та фіброзна. Враховуючи мультифакторність етіологічного чинника, беззаперечний інтерес викликають аспекти діагностики, клінічного перебігу та сутності патоморфологічних змін в тканинах. Метою нашого дослідження стало визначення особливостей клінічного перебігу хронічного гіпертрофічного гінгівіту, та деталізація патоморфологічних змін в яснах при даному захворюванні.

Об'єкти та методи дослідження. Оглянуто 150 пацієнтів, які зверталися на кафедру терапевтичної стоматології ВДНЗУ «УМСА».

Методи. Загальні клінічні - (із заповненням амбулаторної карти 043/у); гістологічні - для верифікації запального процесу в яснах. Результати дослідження. У 21 оглянутих було виявлено наявність проліферативних змін в яснах різного

ступеня тяжкості. Вищенаведені зміни були діагностовані у 14 жінок та 7 чоловіків. При чому у оглянутих жінок переважала гранулююча форма, а у чоловіків фіброзна. Основні скарги: на розростання ясен, свербіж, значну кровоточивість та болючість. При об'єктивному обстеженні визначалася гіперплазія ясеневих сосочків із різко вираженим ціанозом, ясна пухкі, кровоточать. Визначалися ясенні кишені різної глибини із серозним ексудатом. Зубо-епітеліальне з'єднання не порушене. При гістологічному дослідженні встановлено, що базальні клітини у вигляді частогоку лежать на базальній мембрані, до останньої прилягає пухка сполучна тканина багата судинами. Візуалізуються ділянки глибокої вегетації епітелію у підлеглу сполучну тканину, яка набрякла, з великою кількістю запальних клітинних елементів. Товщина шипуватого шару збільшується, при цьому шипуваті клітини мають вакуолізовану цитоплазму із наявністю мілких ШИК-позитивних гранул, що свідчить про появу у них глікогену. Проміжні клітини мають базофільну цитоплазму та нечіткі контури ядер. На поверхні епітеліального пласта спостерігається порушення зроговіння-дискератоз, що характеризується появою ШИК-позитивних лусочок.



Судова медицина та медичне законодавство



Блинова И.М., Орешина И.А., Флоря А.С., Катречко А.В.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Приднестровский государственный университет им.Т.Г.Шевченко, Тирасполь, ПМР

Кафедра инфекционных болезней

(научный руководитель - к.мед.н. Писларюк Л.Д.)

Ежегодная инцидентность ишемической болезни сердца (ИБС) мужчин в возрасте 35–64 лет составляет 5,2 случая на 1000 населения, тогда как заболеваемость женщин той же возрастной категории в 5 раз меньше (Зуева Л.П., 2006).

В результате эпидемиологических исследований были выявлены 2 группы факторов риска ИБС: социальные и «внутренние».

Цель исследования. Определить психосоциальные параметры, определяющие формирование факторов риска ИБС.

Материал и методы. Опрос больных с заболеваниями сердечно – сосудистой системы (45 – 85 лет), истории болезней, данные ЭКГ.

Результаты исследования. Наиболее часто встречаемый фактор риска – артериальная гипертензия, далее по мере убывания – ожирение, наследственность, психоэмоциональный стресс, гиподинамия, курение, загрязнение окружающей среды. По гендерным различиям: у мужчин чаще наблюдается артериальная гипертензия, а у женщин – ожирение. У пациентов с ожирением чаще наблюдаются аритмии по данным ЭКГ. Курение выступает на 5 месте как фактор риска

ИБС среди пациентов г.Тирасполя, что отличается от результатов исследований России, стран СНГ, где курение занимает более лидирующие позиции.

Надо отметить, что при опросе пациентов для выяснения причин ожирения и гиподинамии были получены следующие ответы: «люблю поесть», «нежелание делать физкультуру», «нежелание что-либо делать вообще», «люблю смотреть телевизор» и т.п.

У большинства больных отсутствуют мотивации к профилактике факторов риска, нет ориентации на здоровый образ жизни, наблюдается раздражительность, апатия, у ряда больных отмечен депрессивный синдром. Такие больные нуждаются в психологической помощи, хотя сами они этого не осознают. Только высокий уровень мотивации по сохранению здоровья приведет к профилактике факторов риска, которые зависят от поведения человека.

Вывод. В программу профилактики ишемической болезни сердца должна включаться оценка социально-психологических параметров.

Василевський В.В.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ФРАКТАЛЬНОГО АНАЛІЗУ ЛАЗЕРНИХ ПОЛЯРИЗАЦІЙНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МІОКАРДА ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра судової медицини та медичного правознавства

(науковий керівник - д.мед.н. Бачинський В.Т.)

Діагностика гострої коронарної недостатності (ГКН) є досить складним завданням для судово-медичного експерта. Тому на сьогодні актуальна розробка методів, що практично допоможуть лікарю в діагностиці даного явища.

Мета дослідження. Вивчення можливості використання фрактального аналізу лазерних поляризаційних зображень міокарда для діагностики гострої коронарної недостатності.

Матеріал і методи. Досліджувались 50 зразків з міокарда при ГКН та 30 зразків контрольної групи. Дослідження проведено в стандартному розташуванні поляриметра. Фрактальний аналіз розподілів $a(m \times n)$ проводився шляхом розрахунку логарифмічних залежностей $\log J(a) - \log d - 1$ спектрів потужності $J(a)$.

Аналіз поляризаційної мапи лазерного зображення гістологічного зрізу тканини міокарда групи I виявив, що для гістограми випадкових значень характерний максимальний діапазон зміни

($00 \leq \Delta a \leq 1800$) значень азимуту поляризації лазерного випромінювання. Співвідношення величини головного екстремуму ($a_0 = 900$) і локальних екстремумів складає 1 до 50.

Обчислено значення і діапазони зміни величини статистичних моментів Z_k , які характеризують розподіли логарифмічних залежностей $\log J(a) - \log d - 1$ азимутів поляризації лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарда обох груп.

Висновок. З одержаних даних про впливає об'єктивна можливість діагностики настання смерті внаслідок гострої коронарної недостатності: розподіли азимутів поляризації лазерних зображень тканин міокарда з гострою коронарною недостатністю статистичні; відмінності між дисперсією Z_{2a} складають 2 рази; асиметрією, Z_{3a} – 4 рази та ексцесом, Z_{4a} – 3,2 рази.

Гладиш Н.Р.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СМЕРТЕЛЬНОЇ ЕЛЕКТРИЧНОЇ ТРАВМИ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2007-2011 РР.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського, Тернопіль, Україна
Курс судової медицини
(науковий керівник - Франчук В.В.)

Дія електричного струму на організм людини нерідко призводить до летальних наслідків, не має тенденції до зниження і є предметом судово-медичної експертизи.

У зв'язку із цим, нами було проаналізовано архівний матеріал Тернопільського обласного бюро судово-медичної експертизи (7042 акти судово-медичних розтинів) за 2007–2011 роки. Отримані результати обробили методом варіаційної статистики.

В результаті проведеного дослідження ми встановили, що протягом вказаного періоду часу на Тернопіллі загинуло від електротравми 27 осіб, що склало 0,7% від всіх випадків насильної смерті. З них – від дії атмосферної електрики померла лише одна особа, решта 26(96%) – від технічного струму. Смертельне травмування 3 осіб було зумовлено джерелами з високою напругою, решти 24 – електричним струмом напругою 220 В. Більшість загиблих (88,5%) отримала смертельне ураження електрострумом випадково у побуті, зазвичай внаслідок грубого порушення техніки безпеки. На виробництві загинуло 3 людей. Вмирили від електротравми в регіоні переважно жителі сільської місцевості(85%), як правило – чоловіки (89%). Травмування у більшості мало місце літом та восени, не залежно від пори доби, ставалося переважно у п'ятницю, середу та вівторок, не корелювало з віком. По-

ловина смертельно травмованих струмом перебувала в алкогольному сп'янінні. У всіх загиблих на розтині були діагностовані електромітки з локалізацією переважно на кінцівках тіла та тулубі (77,8%). Макроскопічно вони зазвичай являли собою ділянки ущільнення епідермісу круглої чи овальної форми, величиною від 0,4–0,6 см до 2,0–3,0 см, сірувато-білого кольору, пергаментної щільності, часто з валікоподібним підвищенням по краях і ліycopодібним заглибленням у центрі. При судово-гістологічному дослідженні експерти частіше за все знаходили: потовщення рогового шару, пустоти в зернистому шарі, нерівномірне забарвлення та гомогенізацію рогового шару, ниткоподібні втягування клітинних ядер тощо. У кожного загиблого також на розтині мали місце ознаки гострої смерті: повнокрів'я внутрішніх органів, рідкий стан крові, крапкові крововиливи під зовнішню оболонку серця та легеневої плеври тощо.

Таким чином, в Тернопільській області гинуть від електротравми 0,7% всіх померлих насильно. Смертельні ураження виникають серед чоловіків-жителів сіл, зазвичай на фоні алкогольного сп'яніння, як правило, внаслідок дії технічного струму невисокої напруги. Морфологічно електротравма характеризується електромітками на кінцівках та тулубі і ознаками гострої смерті.

Григорова О.В.

ВСТАНОВЛЕННЯ ДАВНОСТІ ФОРМУВАННЯ ГЕМАТОМ МЕТОДОМ АНАЛІЗУ ЇХ ЛАЗЕРНИХ ПОЛЯРИМЕТРИЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник - д.мед.н. Бачинський В.Т.)

Визначення часу від моменту формування гематом має важливе значення в судово-медичній експертизі. Та слід відмітити, що на сьогодні відсутні методи, які дозволяють вирішити поставлене завдання достатньо швидко та з встановленням найменших часових рамок. Тому на сьогодні актуальним є пошук швидких та більш точних методів встановлення часу формування гематом.

Мета дослідження. Вивчення можливостей встановлення давності формування гематом методом аналізу їх лазерних поляриметричних зображень.

Матеріал і методи. Досліджувались 30 зразків з гематомами печінки, контрольна група складала 15 зразків. Проводили опромінення дослідного зразку когерентним лінійно поляризованим випромінюванням з довжиною хвилі 0,6328 мкм, в результаті чого формувались зображення мазка тканини печінки в площині цифрової світлочутливої камери. Вимірювали у кожній точці значення азимутів і еліптичності поляризації, визначали координатні розподіли ступеня взаємної поляризації лазерного зображення, обчислювали статистичні моменти 1 – 4-го порядків.

З одержаних даних впливає адекватність запропонованого моделювання оптичних властивостей гематом людини, згідно з яким

наявність оптично анізотропних структур повинна візуалізуватися у перехрещених площинах пропускання поляризатора й аналізатора. Кількісно це ілюструють гістограми розподілів інтенсивності поляризаційних зображень гематом печінки обох типів.

Порівняльний аналіз статистичних розподілів інтенсивності поляризаційних зображень гематом печінки, зареєстрованих у різні часи, виявляє відмінності між ними.

Зображення гематоми печінки (24 год після нанесення) характеризується більшим рівнем "просвітлення", що пов'язано з процесами полімеризації фібрил фібрину, а відповідно, більшим рівнем оптичної анізотропії.

Значно більші відмінності спостерігаються між координатними розподілами еліптичності поляризації зображень гематом печінки, зареєстрованих через 1 і 24 год.

Провівши аналіз лазерних поляризаційних зображень гематом печінки нами було відзначено динамічні властивості змін характеристик, що знайшли свою числові характеристики в статистичних моментах 1–4 порядку.

Висновки. Встановлено, що для визначення часу утворення гематом доцільно проводити аналіз статистичних розподілів еліптичності поляризації їх лазерних зображень.



Кушбаков А.М.

ОСОБЕННОСТИ НАЦИОНАЛЬНЫХ УЗБЕКСКИХ НОЖЕЙ, ОТОБРАЖАЮЩИХСЯ В МОРФОЛОГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОДЕЖДЫ И КОЖИ ЧЕЛОВЕКАСамаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра судебной медицины и патологической анатомии
(научный руководитель - д.мед.н. Индиаминов С.И.)

Колото-резаные повреждения составляют значительную часть судебно-медицинских исследований. При этом главным вопросом, интересующим следственные органы, является определение орудия травмы. Для этих целей используются все носители повреждения - следовоспринимающие объекты, позволяющие выявить характерные признаки слеодообразующего объекта.

На территории Центральной Азии широкое распространение получили национальные ножи. Между тем, в литературе не отражены вопросы методики экспертного исследования колото-резаных повреждений, причиненных национальными ножами. Поэтому нами были определены диагностические и идентификационные критерии морфологических признаков повреждений кожи и одежды узбекским ножом.

С судебно-медицинской точки зрения интерес представляют особенности клинков. Для возможности выявления особенностей клинка узбекского ножа проведены экспериментальные исследования на тканевом и практическом материале. На ткани клинком ножа было причинено 20 разрезов, исследованные под микроскоп МБС-2 в падающем и проходящем свете при увеличении в 6,0-24,0 раза, фотографирование, в том числе с использованием стереоскопического микроскопа, фиксирование особенностей

повреждений методом графического моделирования.

Выявлены морфологические признаки: форма извилисто-линейная или угловидно-линейная, некоторые с угловидным надрезом, расположенным отдельно от основного разреза у лезвия. Исследования экспериментальных разрезов ткани привели к выводам: вкол клинка состоит из колющего действия острия; колюще-режущего действия скола лезвия, режущего действия лезвия. На экспертном материале отмеченные следующие морфологические признаки: угловидная форма колото-резаной раны имитировала основной и дополнительные разрезы, однако отличалась совпадением скошенности стенок; обушковые концы имели П-, М-образную форму обушкового конца либо форму «ласточки хвоста» с осаднением, соответствующие форме и ширине обушкового края клинка; иногда признаки осаднения располагались ниже остроугольного обушкового конца (конструктивная особенность, когда остріе клинка загнуто вверх); наличие в стороне от лезвийного конца основного разреза раны надреза линейной или угловидной формы.

Таким образом, полученные данные позволяют установить причинение повреждения национальным ножом и установить групповые идентификационные признаки.

Любеля Ю.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЛАЗЕРНИХ ПОЛЯРИМЕТРИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН ТА СЕРЕДОВИЩ ОРГАНІЗМУ ЗА НАЯВНОСТІ МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ ТА ГОСТРОЇ КРОВОТРАТИБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник - к.мед.н. Ванчуляк О.Я.)

Визначення часу ділянок механічної асфіксії (МА) та гострої кровтрати (ГК) ускладнюється необхідністю проведення диференційної діагностики між даними станами. В судово-медичній практиці вирішення даного завдання проводиться лікарем експертом шляхом візуального дослідження, що деякою мірою є суб'єктивним. Тому на сьогодні актуальним є пошук швидких та більш точних методів встановлення МА та ГК, та їх диференціації між собою.

Мета дослідження. Вивчення можливостей встановлення наявності МА та ГК та диференціації між собою методом аналізу їх лазерних поляриметричних зображень.

Матеріал і методи. Досліджувались 35 зразків з міокарда при МА та 35 зразків міокарда при ГК. Проводили опромінення дослідних зразків когерентним лінійно поляризованим випромінюванням з довжиною хвилі 0,6328 мкм, в результаті чого формувались зображення тканин в площині цифрової світлочутливої камери. Вимірювали у кожній точці значення азимутів і еліптичності поляризації, визначали координатні розподіли ступеня взаємної поляризації лазерного зображення, обчислювали статистичні моменти 1 - 4-го порядків.

Аналізуючи отримані поляризаційні зображення тканини міокарда виявлено наступні явища:

поляризаційно візуалізовані зображення тканини міокарда у перехрещених поляризаторі і аналізаторі вказують на наявність оптично анізотропної складової, що виявляється у наявності ділянок "просвітлення" за рахунок формування еліптично поляризованих або деполаризованих хвиль у ділянках крововиливів.

Виявлено, що координатний розподіл ступеня деполаризації лазерного випромінювання тканиною міокарда при МА характеризується ділянками зі значно більшим рівнем поляризації, ніж аналогічний розподіл, визначений для тканини міокарда ГК, що пов'язано з різним кровонаповненням.

Об'єктивна статистична характеристика координатних розподілів ступеня деполаризації лазерного випромінювання встановлена шляхом обчислення статистичних моментів 1-4 го порядків. Статистичні моменти при ГК були наступними: середнє $0,24 \pm 0,019$, дисперсія $0,29 \pm 0,021$, асиметрія $13,34 \pm 0,11$, ексцес $9,25 \pm 0,973$.

Статистичні моменти при МА були наступними: середнє $0,31 \pm 0,027$, дисперсія $0,18 \pm 0,011$, асиметрія $7,14 \pm 0,54$, ексцес $17,32 \pm 0,174$.

Висновки. Встановлено, що для МА та ГК та їх диференціації між собою доцільно проводити аналіз статистичних розподілів еліптичності поляризації їх лазерних зображень.

Любеля Ю.В., Сивокоровська А.С., Никля О.І., Тимчук М.Р.

ДІАГНОСТИКА ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ МЕТОДОМ СТАТИСТИЧНОГО МАТРИЧНОГО АНАЛІЗУ ДВОПРОМЕНЕЗАЛОМЛЕННЯ ЗРІЗІВ МІОКАРДА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(наукові керівники - д.мед.н. Бачинський В.Т., к.мед.н. Ванчуляк О.Я.)

Встановлення гострої коронарної недостатності (ГКН) є складним діагностичним процесом, тому актуальним є пошук більш точних методів для діагностики даного процесу та диференціації з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Мета дослідження. Встановлення можливостей діагностики гострої коронарної недостатності методом статистичного матричного аналізу двоприменезаломлення зрізів міокарда.

Матеріал і методи. Дослідження гістологічних зрізів міокарда проводилося в оптичному розташуванні лазерного поляриметра. Опромінювання проводилось паралельним пучком ($\varnothing = 104$ мкм) He-Ne лазера ($\lambda = 0.6328$ мкм). З метою пошуку більш чутливих діагностичних критеріїв досліджувалася статистична структура залежностей $N(Z_{44} = 0) \equiv N_0$ і $N(Z_{44} = 1) \equiv N_1$.

У результаті досліджень залежностей кількості екстремальних значень $N(Z_{44} = 1) \equiv N_1$ і $N(Z_{44} = 0) \equiv N_0$ виявлена суттєва діагностична чутливість до диференціації випадків настання смерті внаслідок ІХС і ГКН. Так, для ГКН має місце зростання (на один порядок величини) кількості

екстремальних значень $Z_{44} = 0$ фазового елементу матриці Мюллера тканини міокарда. Даний факт свідчить про суттєво вищий рівень оптичної анізотропії міозинових фібрил при ГКН порівняно з випадком ІХС. Встановлені наступні діапазони відмінностей між статистичними параметрами, що характеризують розподіли $Z_{44} = 0$ оптико-анізотропної складової міокарда з ГКН та ІХС, - середнє $M_1(N_0)$ (збільшення у 5 разів); дисперсія $M_2(N_1)$ (зменшення у 2,3 рази); асиметрія $M_3(N_0)$ (зменшення у 9 разів) і ексцес $M_4(N_0)$ (зменшення у 11 разів). Для статистичних моментів, які описують розподіли $Z_{44} = 1$ оптико-ізотропної складової міокарда з ГКН та ІХС виявлено, - середнє $M_1(N_1)$ (зменшення у 7 разів); дисперсія $M_2(N_0)$ (збільшення у 4,3 рази); асиметрія $M_3(N_1)$ (збільшення у 9,2 рази) і ексцес $M_4(N_1)$ (збільшення у 6,85 рази).

Висновки. Методом статистичного матричного аналізу двоприменезаломлення зрізів міокарда можлива точна діагностика гострої коронарної недостатності та диференційна діагностика з ішемічною хворобою серця.

Мазурчак С.Ю., Яценко І.С.

СТРУКТУРНІ ПЕРЕБУДОВИ МІОКАРДУ ЛЮДИНИ ТА МЕТОДИ ЇХ ВИЯВЛЕННЯ ЗА УМОВ ГОСТРОЇ ІШЕМІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник - д.мед.н. Бачинський В.Т.)

Гостра коронарна недостатність веде до розвитку ішемічних змін в серці і як наслідок - некрозу. Проте, для розвитку будь якого патологічного процесу потрібно деякий час, тому встановлення об'єктивних характеристик ішемічних змін і розробка нових методів їх виявлення є надзвичайно актуальним на сьогодні. Особливо актуальним залишається виявлення структурних перебудов в ранні терміни - до шести годин від початку ішемії.

Мета дослідження. Вивчити зміни поляриметричних характеристик міокарду за умов гострої ішемії.

Матеріал і методи. Нами використані зрізи міокарду трупів людей віком 20-40 років. Матеріал був забраний у трупів померлих до шести годин після клінічних проявів гострої ішемії та поділений на дві групи - міокард за умов хронічної ішемії (17 зразків) та міокард за умов гострої ішемії (14 зразків). Для дослідження використовували традиційну схему поляриметра, з використанням пучка He-Ne лазера. Наступний аналіз отриманих даних здійснено програмою MATLAB 2010 з використанням статистичного і фрактального підходів матричного аналізу.

Кореляційні і фрактальні параметри залежностей кількості екстремальних значень координатних розподілів тканини міокарда для випадків хронічної ішемії 0,290,016, 0,210,024, 0,130,015, середнього 0,620,066 дисперсії 0,230,034, асиметрії 0,140,015, ексцесу 0,310,042.

Кореляційні і фрактальні параметри залежностей кількості екстремальних значень координатних розподілів тканини міокарду для випадків ІХС 0,310,014, 0,230,029, 0,110,012, середнього 0,510,057 дисперсії 0,480,054, асиметрії 1,050,16, ексцесу 2,970,36.

Морфологічні зміни тканини міокарду у наслідок гострої коронарної недостатності виявляються у формуванні локальних кластерів анізотропних структур, що виявляються за допомогою плоскополяризованого світла.

Висновки. На основі отриманих даних ми стверджуємо, що статистичний і фрактальний підхід матричного аналізу двоприменезаломлення дозволить не тільки об'єктивно диференціювати гострі ішемічні порушення структури міокарду, але й діагностувати кожну з патологій зокрема.



Миرونюк О.В.

ВЕЙВЛЕТ-АНАЛІЗ МАП ЕЛІПТИЧНОСТІ ПОЛЯРИЗАЦІЇ ЛАЗЕРНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МІОКАРДА ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(наукові керівники - д.мед.н. Бачинський В.Т., к.мед.н. Ванчуляк О.Я.)

Діагностика гострої коронарної недостатності (ГКН) є досить складним завданням для судово-медичного експерта. Тому на сьогодні актуальна розробка методів, що практично допоможуть лікарю в діагностиці даного явища.

Мета дослідження. Вивчення можливостей встановлення ГКН методом вейвлет-аналізу мап еліптичності поляризації лазерних зображень міокарда.

Матеріал і методи. Досліджувались 50 зразків з міокарда при ГКН та 30 зразків контрольної групи. Дослідження проведено в стандартному розташуванні поляриметра. Локально – масштабований аналіз координатних розподілів лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарду здійснюється шляхом лінійного сканування МНАТ – вейвлетом з кроком 1px .

Результати дослідження. З одержаних даних видно, що розподіли вейвлет – коефіцієнтів

$W[(a_{\min}=2\ \mu\text{m}; 10\ \mu\text{m}; 30\ \mu\text{m}); (b=k_1 \div k_m)](\beta)$ поляризаційних мап еліптичності поляризації лазерних зображень гістологічних зрізів міокарду обох груп є індивідуальними для кожного масштабу МНАТ – вейвлету.

Аналіз статистичних моментів 1– 4-го порядків, які характеризують залежності $W[(a_{\min}=2\ \mu\text{m}; 10\ \mu\text{m}; 30\ \mu\text{m}); (b=k_1 \div k_m)](\beta)$ виявив різну динаміку зміни величин $M_j=1;2;3;4$ зі збільшенням масштабу a_{\min} МНАТ – вейвлету.

Діапазони зміни статистичних моментів 1–2-го порядків лежать у межах $M_1=1,15 \div 1,34$; $M_2=1,15 \div 1,35$ разів. Статистичні моменти вищих порядків зростають у межах $M_3=2,1 \div 2,3$ і $M_4=2,2 \div 4,9$ разів відповідно.

Висновки. Виявлені особливості статистичної і координатної структури розподілів вейвлет-коефіцієнтів.

Миرونюк О.В., Глуха М.О., Глуха В.О., Павлюкович О.В.

АНАЛІЗ РЕЄСТРУ ВИПАДКІВ СУЇЦИДІВ У МЕШКАНЦІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник - д.мед.н. Бачинський В.Т.)

Загальна світова статистика показує погіршення картини із самогубствами за останнє десятиріччя. Щорічно в світі позбавляють себе життя близько півмільйона чоловік, тобто більше 1000 осіб в день, а число людей, що намагалися накласти на себе руки, перевищує 5 мільйонів. Число суїцидів з року в рік зростає.

В контексті України розглянемо питання суїцидів на теренах Чернівецької області.

Нами був проведений ретроспективний аналіз та сформований реєстр даних розтинів осіб, що покінчили життя самогубством, проведених судово-медичними експертами Обласного бюро судово-медичної експертизи Департаменту охорони здоров'я та цивільного захисту населення Чернівецької ОДА у період часу 2008–2012 роки. За даний період було проведено 555 досліджень випадків суїцидів, що складає 16,14% серед усіх випадків насильницької смерті.

У суїцидологічних дослідженнях важливим є питання про гендерні відмінності в суїцидальній поведінці. Загальною закономірністю в країнах Європи є переважання чоловічих самогубств над жіночими. В Україні чоловіки здійснюють самогубства в 4–5 разів частіше, ніж жінки. Що

стосується Чернівецької області за 2008–2012 роки, усього зареєстровано 555 випадків самогубств, з них чоловіки – 472 (85,04%) та жінки – 83 (14,96%) випадків.

Аналізуючи дані концентрації етилового алкоголю (‰) у осіб, що покінчили життя самогубством, серед 472 випадків смерті у чоловіків у крові виявлено концентрацію етилового спирту більше 0,5‰ у 260 випадків (55,08%).

Стосовно річного розподілу випадків суїцидів необхідно відмітити тенденцію до поступового зменшення усіх показників у осінньо-зимовий період із зростанням в травні.

За нозологічними одиницями (судово-медичними діагнозами) заподіяння смерті при суїцидах відмічається переважання випадків смерті у результаті механічної асфіксії внаслідок стискання органів ший петлею (повішення).

Беручи до уваги вищевказане, отримані результати з урахуванням гендерних та вікових особливостей, стану алкогольного сп'яніння, пори року дозволяють уточнити групу максимального ризику скоєння самогубства мешканцями Чернівецької області.

Саркісов Ю.В.

**ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ШЛЯХОМ АНАЛІЗУ
ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗМІН СКЛИСТОГО ТІЛА**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник - к.мед.н. Ванчуляк О.Я.)

Визначення давності настання смерті є досить складним завданням, вирішувати яке приходить лікарю судово-медичному експерту в його повсякденній діяльності.

Мета дослідження. Встановлення можливостей діагностики давності настання смерті на основі аналізу дегенеративно-дистрофічних змін склисто-го тіла.

Матеріал і методи. Для визначення дегенеративно-дистрофічних змін проводили забір 50 зразків склисто-го тіла. В наступному проводили опромінення дослідного зразку когерентним лінійно поляризованим випромінюванням з довжиною хвилі 0,6328 мкм, в результаті чого формувались зображення мазка тканини скловидного тіла в площині цифрової світлочутливої камери. Вимірювали у кожній точці значення азимутів і еліптичності поляризації, визначали координатні розподіли

ступеня взаємної поляризації лазерного зображення, обчислювали статистичні моменти 1 – 4-го порядків.

Результати дослідження. Отримані мапи значення азимутів і еліптичності поляризації мазків corpus vitreus. Нами також визначені координатні розподіли ступеня поляризації лазерного зображення мазків склисто-го тіла трупів при різних термінах від настання смерті. Нами встановлено середнє, дисперсію, асиметрію та ексцес лазерних зображень мазків corpus vitreus при різних термінах настання смерті, виявилось, що спостерігається динамічна зміна всіх показників з чітким кореляційним зв'язком з часом настання смерті.

Висновки. Аналіз дегенеративно-дистрофічних склисто-го тіла може бути використаний для встановлення давності настання смерті.

Сирота Б.В., Другак П.П., Басюк К.А., Кайтанюк А.М., Павлішин Р.А.

**СТРУКТУРА ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК
ЗА ДАНИМИ ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ**Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник - к.мед.н. Савка І.Г.)

Об'єктом наших досліджень були випадки з переломами кісток нижніх кінцівок в судово – медичній практиці. Травматичні ушкодження цих кісток посідають провідне місце в практичній діяльності фахівців із різних медичних спеціальностей: травматологів, хірургів, судово-медичних експертів, працівників МСЕК та ін.

Метою нашого дослідження є проведення всебічного аналізу щодо гендерного співвідношення даних випадків, розподілу їх за локалізацією та механізмом, порою доби і року, місцем проживання та причетністю сторонніх осіб до обставин травмування.

Період вказаних досліджень охоплював 2009–2012 роки. При дослідженні гендерного співвідношення виявлено явне переважання серед наведених випадків осіб чоловічої статі: у 2009 році 24 (75%) випадки проти 8 (25%), у 2010 році – 31 (75,6) і 10 (24,4%) випадків відповідно, у 2011 році дане співвідношення складало 28 (68,3%) і 13 (31,7%) випадків і в 2012 році 27 (75%) та 9 (25%) випадків відповідно.

Результати досліджень за віком показали, що із загальної кількості випадків із переломами кісток нижніх кінцівок, в основному, переважали особи зрілого віку I-го (8 (25%) випадків у 2009 році, 14 (34,2%) – у 2010, 10 (24,4%) – у 2011 і

12 (33,3%) – у 2012 роках) та II-го періодів (14 (43,8%) випадків у 2009 році, 18 (43,9%) – у 2010, 19 (46,3%) – у 2011 й 11 (30,6%) – у 2012 роках). Дослідження за локалізацією вказали на переважне травмування лівої кінцівки порівняно з правою упродовж усіх років спостережень. Статистичний аналіз розподілу досліджуваних травм за порою року показав нерівномірний їх розподіл упродовж різних сезонів, з дещо меншою кількістю травмованих осіб весною. Згідно аналізу механізмів травми, в основному, спостерігали їх утворення в результаті дорожньо-транспортних пригод (ДТП) та падінні з висоти, зі значним переважанням першого з них за усі роки спостережень. Було встановлено також причетність інших осіб до обставин отримання травм, що прямо вказує на можливість слідчого провадження у вказаних випадках.

Висновки. Випадки з переломами кісток нижніх кінцівок становлять від 15,8 до 22,5 усіх випадків механічної травми із летальними наслідками. При цьому страждають переважно чоловіки зрілого віку, із більш частим травмуванням лівої кінцівки у різні пори дня та року. Основним механізмом їх виникнення є травмування в результаті ДТП у сільській місцевості та причетністю сторонніх осіб до обставин їх виникнення.



Шкрумеда О.І., Грицанюк М.В.

МАСШТАБНО-СЕЛЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЛАЗЕРНИХ ПОЛЯРИМЕТРИЧНИХ ЗРІЗІВ ДЛЯ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ ГОСТРИХ ІШЕМІЧНИХ УШКОДЖЕНЬ МІОКАРДА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(науковий керівник - к.мед.н. Ванчуляк О.Я.)

Впродовж попередніх років і в теперішній час проблема раптової серцевої смерті є об'єктом прискіпливої уваги фахівців клінічних, морфологічних, біохімічних, біофізичних та інших напрямків медицини, що спрямовують свої зусилля на розробку та удосконалення методів діагностики гострої коронарної недостатності. Зміни надмолекулярного рівня при ішемічних змінах міокарду залишаються невивченими, а, як вважають, саме там відбувається перебудова в стадії дистрофії, коли деструктивні явища ще не розвинулись повною мірою. Тому на сьогодні назвичайно актуальними є встановлення структури міокарду за умов гострої ішемії за допомогою принципово нових методів – лазерної поляриметрії.

Матеріал і методи. Досліджувались нативні зрізи міокарда людини. Матеріал поділений на дві групи: контрольну (17 зразків) та дослідну (14) зразків. Збір матеріалу проведено в приміщенні моргу Чернівецького обласного бюро судово-медичної експертизи, при температурі +18–20о С, вологості 65–70%. Локально – масштабований аналіз координатних розподілів лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарда виконаний шляхом лінійного сканування МНАТ – вейвлетом з кроком 1рх.

Результати дослідження. Отримано розподіл

автокореляційних функцій на трьох масштабах МНАТ – вейвлету поляризаційних мап лазерних зображень шарів міокарда контрольної групи та дослідної групи.

Статистичні моменти 1 – 4-го порядків розподілу вейвлет – коефіцієнтів поляризаційних мап азимутів лазерних зображень гістологічних зрізів міокарда першої групи: середнє 0,54 0,057, дисперсія 0,15 0,023, асиметрія 0,36 0,045, ексцес 0,79 0,082, другої групи – 0,45 0,054, 0,41 0,052, 0,64 0,061, 1,25 0,17 відповідно.

Порівняльний аналіз статистичної структури автокореляційних функцій розподілів вейвлет-коефіцієнтів поляризаційних мап лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарда обох груп виявив: суттєві відмінності (у межах 3 разів) величини дисперсії автокореляційної функції; суттєве збільшення розбіжностей величин статистичних моментів 3-го (у 3,2 – 6,3 рази) і 4-го (у 2,35 – 4,5 рази) порядків автокореляційних функцій.

Висновки. Гостра коронарна недостатність найбільш виразно виявляється у змінах оптико-фізичних властивостей тканини міокарда. Ці процеси виявлялись за допомогою вейвлет аналізу кореляційної структури мап лазерних поляризаційних зображень міокарда.

Максимчук Н.О.

ЛАЗЕРНІ ПОЛЯРИМЕТРИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ЗРІЗІВ МІОКАРДА ТРУПІВ ЛЮДЕЙ У ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(наукові керівники - д.мед.н. Бачинський В.Т., к.мед.н. Ванчуляк О.Я.)

Смертність внаслідок гострої коронарної недостатності (ГКН) займає значну відсоткову частку в нозологічній структурі смертності. В практиці судово-медичного експерта встановлення факту настання смерті внаслідок ГКН є досить складним завданням. Враховуючи достатню частоту даної нозології в практичній діяльності, розробка нових методів діагностики та встановлення критеріїв гострої ішемії міокарда на сьогодні є одним з найбільш актуальних завдань судово-медичної науки. Ми пропонуємо використання масштабного-селективного вейвлет-аналізу з метою визначення статистичних параметрів, які характеризують автокореляційні функції розподілів вейвлет-коефіцієнтів розподілу еліптичності поляризації лазерного зображення гістологічного зрізу міокарда людини для діагностики настання смерті внаслідок ГКН.

Ми використовували дві групи гістологічних зрізів тканини міокарда: померлі внаслідок ГКН – 14 зразків, контрольна група (померлі внаслідок дорожньо-транспортних пригод) – 17 зразків.

Порівняльний аналіз статистичної структури автокореляційних функцій розподілів вейвлет-коефіцієнтів поляризаційних мап еліптичності лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарда обох груп виявив суттєве збільшення розбіжностей величин статистичних моментів 3–4-го порядків визначених для різних масштабів МНАТ – вейвлету.

Таким чином ми довели діагностичну ефективність вейвлет-аналізу координатних розподілів еліптичності поляризації лазерних зображень гістологічних зрізів тканини міокарда у діагностиці ГКН.



Травматологія та ортопедія



Гордиенко В.В., Насакаева Н.В.

ТЕСТЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ЗАСТАРЕЛОГО РОТАЦИОННОГО ПОДВЫВИХА С1 У ДЕТЕЙ И АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г.Шевченко, Тирасполь, ПМР
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
(научный руководитель - к.мед.н. Гарбуз И.Ф.)

Диагностика и лечение застарелого ротационного подвывиха С1 у детей давно вышла из рамок одной специальности, что и заставило нас произвести исследование 350 историй болезни детей получивших лечение в отделении хирургии из которых мальчиков 180 и 170 девочек. Цель исследования. Подтверждение самых часто встречающихся симптомов у детей страдающих застарелым ротационным подвывихом С1. Основные задачи. Выявить доказательные тесты применяемые в детской практике, подтверждающие диагноз застарелого ротационного подвывиха С1; Отработать алгоритм лечения застарелого ротационного подвывиха С1. Результаты исследования. Самыми частыми симптомами (ведущими) из 350 больных при ротационном подвывихе С1 были: боль в шейном отделе позвоночника у 26%, головные боли у 23,5%, порочное положение головы - 16%, боли в спине и верхних конечностях у 11%, головокружение 5,5%, быстрая утомляемость 3,4%, общая слабость 3,4%, нарушение зрения 3,4% и другие. Больший диапазон полифонии симптомов у детей с застарелым ротационным подвывихом С1 заставляло родителей обращаться к различным специалистам и, в первую очередь, к невропатологу (50,2%), хиротерапевту, нейрохирургу (18,5%) и только в последнюю очередь к травматологу-ортопеду (5,4%) из всех 350 больных. Допплерография сосудов шейного отдела по-

звоночника произведена 57 больным детям. Выявлено: отсутствие функции одной из позвоночных артерии в 23%, явная асимметрия кровоснабжения через позвоночные артерии в 28%, незначительная асимметрия кровоснабжения по позвоночным артериям в 49% случаев. Термография кожи шейного отдела позвоночника проведена 87 больным страдающим застарелым ротационным подвывихом С1. У всех больных выявлены зоны с изменением температуры кожи с разницей до 2о С. Электромиография мышц шеи и верхних конечностей проведена у 17 больных. При застарелом ротационном подвывихе С1 определялась асимметрия биопотенциалов симметричных мышц. Компьютерная томография проксимального шейного сегмента сделана 23 больным. Последняя подтверждает рентгенологические исследования, а у 17 детей (73%) выявлены рубцовые изменения в проксимальной части спинномозгового канала шейного отдела позвоночника. Выводы. Доказательными тестами при ротационном подвывихе С1 являются: рентгенография шейного отдела позвоночника в двух проекциях через открытый рот, доплерография сосудов вертебробазиллярной системы, термография кожи шейного сегмента и в меньшей степени электромиография мышц шеи и верхних конечностей.

Жилінська Т.С.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИ ВИКОНАННІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДА З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Житомирський інститут медсестринства, Житомир, Україна
Сестринська справа
(науковий керівник - к.мед.н. Лесків Б.Б.)

Чисельність людей з обмеженими розумовими та фізичними можливостями в Україні налічує близько 2,5 млн. і з кожним роком зростає. Це обумовлено комплексним впливом багатьох чинників, серед яких: природні катаклізми, техногенні катастрофи, дорожньо-транспортні події, наслідки аварії на Чорнобильській АЕС, збільшення кількості вроджених аномалій, хронічні захворювання, травматизм на виробництві та інші. Мета дослідження. Вивчення особливостей роботи медичної сестри з виконання заходів медичної реабілітації у пацієнтів з обмеженими фізичними можливостями. Матеріал та методи. Нами проведено ретроспективне дослідження індивідуальних програм реабілітації інвалідів, що перебували в реєстрі комп'ютерної бази кодованих даних «Експерт» Житомирського обласного центру медико-соціальної експертизи Житомирської обласної ради за період 01.01.2009 до 01.01.2012. Результати дослідження. Індивідуальна програма реабілітації (ІПР) містить різні методи

медичного, побутового й соціального характеру, спрямовані на досягнення конкретної мети реабілітації інваліда. Це комплекс оптимальних для інваліда реабілітаційних заходів, що включають в себе окремі види, форми, обсяги, терміни й порядок їх реалізації, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених або втрачених функцій організму, відновлення, компенсацію здатностей інваліда до виконання певних видів діяльності. ІПР складається на основі попередніх даних обстеження стану пацієнта, оцінки мікро- і макросередовища з урахуванням конкретних можливостей служби стосовно даного інваліда. Участь медичних сестер в медико-соціальній реабілітації є невід'ємною складовою відновлення здоров'я пацієнта. Висновки. Від своєчасного, комплексного, системного підходу до медичної реабілітації хворих з наслідками травм опорно-рухової системи залежить успіх відновного лікування, реабілітації та попередження інвалідності.

Іванов О.С., Мочалова Г.О., Лях Ю.М., Прихода Д.В., Калинович Н.Р.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРЕЛОМУ ОСНОВИ ЧЕРЕПА З ПАРЕЗОМ ЛИЦЬОВОГО НЕРВА ТА ПЕРЕЛОМОМ ШИЙКИ СТЕГНА

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Луганськ, Україна

Кафедра травматології та ортопедії з ЛФК

(науковий керівник - к.мед.н. Меженський П.С.)

У структурі загального травматизму переломи основи черепа займають особливе місце. Особливостями при таких переломах є складнощі діагностики та велика кількість ускладнень. Вони не завжди легко розпізнаються на рентгензнімках. Серед ускладнень часто бувають парези та паралічі черепних нервів, а також внутрішньочерепні чи внутрішньомозкові гематоми.

Мета роботи. Дослідження клінічного випадку ускладненого перелому піраміди скроневої кістки з парезом лицьового нерва, травмою барабанної перетинки та переломом шийки стегна.

Матеріал і методи. Об'єктом дослідження був пацієнт Н. 42 років, який після падіння отримав перелом шийки правого стегна та перелом піраміди скроневої кістки в трьох місцях, що ускладнився парезом лицьового нерва справа і пошкодженням барабанної перетинки.

Результати дослідження. Пацієнт скаржився на

втрату слуху, кровотечу з носа та правого вуха, неможливість стати на праву ногу, відсутність руху в правій половині обличчя. При опитуванні встановлено факт ретроградної амнезії. Була призначена інтенсивна терапія та вирішено питання про заміну тазостегнового суглоба на комбінований штучний. Призначена фізична реабілітація для лікування парезу лицьового нерва. На даному етапі відмічається тенденція до одужання, пацієнт самостійно ходить за допомогою милиць, стоїть, відновлюється чутливість обличчя, та незначна рухливість мімічної мускулатури.

Висновки. Завдяки ранній діагностиці з використанням сучасних технічних можливостей можливо уникнути багатьох ускладнень, пов'язаних з переломами основи черепа. При своєчасно призначеному консервативному та оперативному лікуванні, а також адекватній реабілітації, знижується летальний вихід пацієнтів та інвалідність.

Іванов О.С., Уличний В.І., Кутенець А.С., Чобан В.Р., Молодих О.О.

ПЕРСПЕКТИВИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМУ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Луганськ, Україна

Кафедра травматології, ортопедії та ЛФК

(науковий керівник - к.мед.н. Самойленко О.А.)

Дуже часто, особливо взимку, зустрічаються переломи проксимального відділу стегна. При лікуванні цієї патології консервативним шляхом витрачається дуже багато часу, а нерідко, особливо в старечому віці, вони закінчуються смертю чи асептичним некрозом головки стегна.

Мета дослідження. Вивчення перспективи оперативного лікування переломів проксимального відділу стегна.

Матеріал і методи. Нами було проведено дослідження 106 пацієнтів у віці 65 років \pm 5 років (41 чоловік та 65 жінок). Пацієнти мали переломи різних ділянок проксимального відділу стегна. До контрольної групи ввійшли 64 пацієнта (41 жінка та 23 чоловіка), що проходили лікування консервативно.

Результати дослідження. Пацієнтам основної групи була проведена заміна тазово-стегнового суглобу (комбінованого чи однополюсного зі спеціальним пористим покриттям) чи поставлено

DHS-систему. Активний реабілітаційний період почався на 1 тиждень після операції. Їм було рекомендовано сидіти в ліжку на 3-4 день, ходити та стояти на милицях на 6-7 день. Випадків смерті не було, асептичним некрозом закінчилось 5 випадків (при постанові DHS-системи).

В контрольній групі сидіти пацієнти почали на 2-му місяці, а до того мали суворий ліжковий режим, ходити та стояти на милицях на 7-му місяці.

Асептичним некрозом закінчились 22 випадки, смертю - 3. Часто в них розвивались ускладнення у вигляді застійної пневмонії та пролежнів.

Висновки. В пацієнтів, що перенесли оперативне втручання, результати реабілітації є кращими, ніж в пацієнтів контрольної групи. Скорочуються строки реабілітації, менший відсоток асептичного некрозу головки стегна, відсутні ускладнення, рідшають випадки смерті.



Подуст В.С.

ЗАСТАРЕЛОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ КОПЧИКОВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ И СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ

Приднестровский государственный университет им. Т.Г.Шевченко, Тирасполь, ПМР

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

(научный руководитель - д.мед.н. Гарбуз И.Ф.)

Застарелое повреждение копчиковой кости у детей или кокцигодения встречается относительно часто, но в виду специфики заболевания и зоны расположения этой патологией занимаются врачи разных специальностей.

Цель исследования. Определение основных симптомов застарелого повреждения копчиковой кости у детей и обоснование способа хирургического лечения.

С 2005 года наблюдали 38 детей с клинической картиной застарелого повреждения копчиковой кости в возрасте от 8 до 17 лет: мальчиков было 5, девочек 33.

В хирургическом отделении у всех больных наблюдали ноющие, постоянные боли в области копчика, которые усиливались при физическом воздействии. Копчиковая зона, её рельефная анатомия без видимых изменений. При пальпации имелись резкие боли у 26 больных, при сидении боли были у всех больных, при акте дефекации боли у 15 больных, при ректальном исследовании определялось порочное положение копчиковой кости и боли у 35 больных. Рентгенологически – порочное положение копчика у всех 38 больных. В анамнезе у всех больных травма – падение на ягодицы.

Из всех больных болевой синдром исчез на вто-

рой день после оперативного вмешательства у 28, выписаны на амбулаторное лечение все дети без болевого синдрома.

При оперативном вмешательстве выявлено, что у всех больных женского пола имелись выраженные рубцовые перерождения в зоне перелома копчиковой кости, у мальчиков изменения умеренные.

У всех больных, леченых хирургическим способом кокцигодении, имелось стойкое излечение – больные не предъявляли жалобы на боли в области копчика больные. Диагностика патологии проста – постоянная мучительная, ноющая боль в области копчиковой кости. В анамнезе у всех больных травма копчиковой зоны, которой в остром периоде не придается должное внимание.

Выводы: Кокцигодения – сложная патология с пограничным характером, что обязывает знать о ней нейрохирургу, травматологу-ортопеду, невропатологу, хирургу и другим специалистам. Диагностика ее основывается на основании болевого синдрома в области копчиковой кости и травме в анамнезе. Рентгенологически у всех больных имеются признаки перелома копчиковой кости.



Урологія та нефрологія



Banov P.

ROLE OF IMMUNOMODULATORY THERAPY FOLLOWING NEPHROLITHOTOMY

State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau, Moldova

Department of Urology and Surgical Nephrology

(supervisor - MD Emil C.)

Introduction & Objectives: The effectiveness of immunomodulatory medicine Bior (spirulina) was demonstrated by many studies. Initially we aimed to perform the same study to assess the immunological effects of adjunctive therapy with Bior in postoperative management of Chronic Calculous Pyelonephritis in staghorn or multiply complicated stone disease. Therefore the renal function recuperation after nephrolithotomy (NL) in this group of patients additionally was interested in. Hereby was evaluated and compared the renal function changes in patients underwent NL for complicated kidney stones disease with chronic pyelonephritis treated postoperative standard versus standard with adjunction of Bior.

Material & Methods: A study was performed on 78 patients with staghorn nephrolithiasis or complex lithiasis that underwent nephrolithotomy, whom it was indicated, between January 2008 – April 2012 in urological department. The presence of nephrolithiasis was assessed by ultrasound and/or radiological examination of the kidneys and upper urinary tract. Patients were divided in two groups: 38 patients in which standard medical postoperative treatment were performed and 40 patients who were offered standard therapy with

adjunction of BioR (ampull. 0,5% – 1 ml i/m QD – 10 days, caps. 5 mg BID – 30 days). All patients underwent a dynamic renal radioisotope scan using 99m Tc DTPA to quantify the total and split renal functions, and estimate the glomerular filtration rate (GFR). Patients were analyzed for age, sex, body mass index, body surface, creatinine and GFR (total and split) prior and 6 months after surgery, prior treatment, concomitant diseases and possible side effects of medication were observed. Study exclusion criteria: associated morbidity (cardiovascular diseases, chronic kidney diseases, diabetes mellitus etc.).

Results: All patients completed the study and none were excluded due to side effects. No significant differences were found between the groups for age, gender, stone size, preoperative total and split GFR, etc. There was non significant changes between preoperative GFR (total – $88,7 \pm 22,5$ ml/min/1,73m², involved kidney – $65,4 \pm 22,1$ ml/min/1,73m²) and postoperative (total – $93,4 \pm 20,7$ ml/min/1,73m², involved kidney – $69,8 \pm 20,6$ ml/min/1,73m²) in the group of patients that underwent standard postoperative therapy. The significant increase of total and split GFR was obtained in group with adjunction of BioR.

Акентьєва М.С., Варварич І.Ю.

ПОКАЗНИКИ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ПІД ВПЛИВОМ СТАТИНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

(науковий керівник - д.мед.н. Зуб Л.О.)

Актуальність. На сьогодні відомо, що цукровий діабет викликає значний дисбаланс ліпідних фракцій у дослідження ліпідного спектра крові. Мета дослідження. Вивчити динаміку показників пероксидного окиснення ліпідів у хворих на діабетичну нефропатію.

Матеріал та методи. Всього було обстежено і проліковано 41 хворих на діабетичну нефропатію (ДН). Відповідно об'єму лікування хворі були розподілені на 2 групи. Групою контролю вважали 17 здорових осіб. У комплексну терапію хворих першої групи (23 осіб) додавався аторвастатин у дозі 40 мг/добу до досягнення цільового рівня ліпідів низької щільності менше < 2,5 ммоль/л. У подальшому доза препарату була зменшена до 10 мг/добу, яку хворі отримували впродовж 3 місяців поспіль. Лікування хворих другої групи проводилося без аторвастатину (19 осіб). В обох групах у плазмі крові та сечі визначали рівень дієнових кон'югатів (ДК) та малонового діальдегіду (МДА) до лікування та через 3 місяці після початку терапії із застосуванням аторвастатину.

Результати дослідження. Вміст МДА у хворих на ДН ($39,46 \pm 0,66$ мкмоль/мл та $47,74 \pm 0,43$ ОД/мл відповідно) перевищував аналогічні показники в групі контролю ($20,35 \pm 0,28$ та $8,12 \pm 0,02$ відповідно, $p < 0,01$). Подібні зміни стосуються і ДК: $1,87 \pm 0,03$ ОД/мл (у крові) та $4,42 \pm 0,02$ ОД/мл (у сечі) порівняно з контролем ($1,12 \pm 0,01$ та $0,21 \pm 0,01$ відповідно, $p < 0,01$). У процесі лікування вміст МДА у хворих I гр. ($24,54 \pm 0,78$ та $20,05 \pm 0,12$ мкмоль/мл) був меншим порівняно з вихідними показниками до лікування ($p < 0,05$) та показниками хворих II гр. ($37,98 \pm 0,87$ мкмоль/мл та $33,42 \pm 0,13$ ОД/мл, $p < 0,01$). Вміст ДК ($1,57 \pm 0,04$ та $2,54 \pm 0,04$ ОД/мл відповідно) був меншим у порівнянні з вихідними показниками до лікування ($p < 0,05$) та з показниками у хворих II гр. ($p < 0,01$).

Висновки. Таким чином, включення аторвастатину в комплексне лікування діабетичної нефропатії знижує вміст дієнових кон'югатів та малонового діальдегіду в крові та сечі, що сприяє сповільненню темпів прогресування патології.

Akentyeva M.S., Volodara R.V.

LIPID PROFILE DESCRIPTION IN PATIENTS WITH DIABETIC NEPHROPATHY III-IV STAGES ACCORDING TO AGE AND SEX

Bukovinian state medical university, Chernivtsi, Ukraine
Department of Internal medicine
(scientific advisor - M.D., Ph.D. Зуб Л.О.)

Topicality. One of the risk factors for the development of diabetic nephropathy (DN) is dyslipidemia. Recently, much attention is given to studying the factors of the pathogenesis and progression of DN.

Aim. To examine age and gender characteristics of lipid imbalance in blood of patients with DN III-IV stage.

Material and methods. 32 patients with diabetes type 2 diabetes aged 40 to 65 years, with disease duration of 10 – 15 years, were under observation under. All the patients divided into two groups: 11 patient with DN III st. were included to gr. I. 11 patients with DN IV st. – in 2 gr. The control group were 17 healthy individuals. Patients in all groups were divided regarding to their age and gender. All the patients under study were tested for total cholesterol, triglycerides, HDL cholesterol, LDL cholesterol.

Results. Analysis of clinical and laboratory parameters of patients studied showed lipid metabolism serum as a probable increase in levels of total cholesterol, triglycerides and LDL cholesterol against decrease in HDL-C compared with results of healthy individuals ($p < 0,05$).

Moreover, the most pronounced imbalance of lipid metabolism was found in patients who had stage IV DN ($p < 0,05$).

Gender distribution in the groups of patients showed that more pronounced lipid imbalance was in women than in men. It should be noted that the significant increase in LDL cholesterol was observed in both men and women of DN IV st. ($P < 0,05$). Thus, a significant imbalance of lipids in patients with DN III – IVst. was present in all patients with probable gender difference, especially with DN IV st. According to the age gr. studied patients were divided into two age groups: gr. I – patients adulthood (45–65 years) and gr. II, patients with DN elderly over 65 years. Analysis of the data revealed that lipid metabolism most significantly deviated in persons of mature age compared with older patients ($p < 0,05$) and depended on the stage of DN.

Conclusions. Lipid imbalance is most pronounced in adulthood patients with DN III-IV st., manifested by a significant increase in the level of LDL ($p < 0,05$). Detected probable increasing triglycerides in older patients with DN stage IV compared with those of patients of mature age ($p < 0,05$).

Варварич І.Ю., Хомко Б.О.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ДАНИХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГЕСТАЦІЙНИЙ ПІЕЛОНЕФРИТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології
(наукові керівники - д.мед.н. Зайцев В.І., к.мед.н. Ілюк І.І.)

Гестаційний піелонефрит відноситься до ряду ускладнених інфекцій сечових шляхів і зустрічається в середньому у 3–4 % вагітних.

Мета дослідження. Вивчити особливості клініко-лабораторних даних та УЗД картини піелонефриту у вагітних жінок.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебувало 25 жінок, хворих на піелонефрит, віком 19–45 років. Всіх пацієнок розподілено на дві групи: до I групи увійшло 13 хворих на піелонефрит, до II групи – 12 хворих на гестаційний піелонефрит. Всім досліджуваним хворим визначали загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі та проводили ультразвукове дослідження.

Результати дослідження. Аналіз клініко-лабораторних даних обстежених пацієнок показав, що в загальному аналізі сечі у обох групах знайдена незначна протеїнурія (0,099 – 2 г/л). Лейкоцитурія (до 50 в п.з.) спостерігалась у всіх хворих, але більш виражена вона була у хворих з I групи – середня кількість лейкоцитів у них складала 20,1, в той час як у хворих з II групи – 15 в п.з. На дещо менші клінічні прояви запального процесу вказує менша температура тіла при поступленні у пацієнок I групи – 37,4 проти 38,6 в першій групі. Показники еритроцитурії були протилежними – значно

більш вираженими у пацієнок з II групи – 16 в п.з. проти 4 в п.з. в I групі. Показники загального аналізу крові вірогідно не відрізнялись: зростання ШОЕ (від 15 до 40 мм/г) відмічалось у всіх жінок, але було більш вираженим у вагітних; показники лейкоцитарної групи також зростали у двох групах (до 17×10^9 /л). У всіх пацієнок II групи відмічали зниження Hb (80–100 г/л) та у 6 жінок з I групи.

Ультразвукове дослідження: у II групі частіше відмічали розширення чашечко-мискової системи і сечоводів, підвищену ехогенність перенхіми нирок. В той же час у пацієнок II групи частіше відзначались ознаки сечокам'яної хвороби – у 25% проти 8% в першій групі.

Внаслідок таких відмінностей у хворих другої групи вірогідно частіше виникала необхідність в стентуванні нирки – у 42% пацієнок, в той час як в першій групі такої необхідності не виникало. Висновки. В результаті проведеного аналізу виявлені певні особливості перебігу піелонефриту вагітних. До них належить менш виражені клінічні прояви запального процесу при вагітності, однак, які супроводжуються частішим виникненням сечокам'яної хвороби, наслідком чого слід вважати більшу вираженість гематурії та більшу частоту стентування нирок.



Геглюк О.М., Мельник Н.В.

ЛАЗЕРНА СПЕКТРОФОТОПОЛЯРИМЕТРІЯ В ПЕРЕДПУХЛИННИХ ТА ПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології

Кафедра судової медицини та медичного правознавства
(наукові керівники - д.мед.н. Федорук О.С., д.мед.н. Бачинський В.Т.)

На сьогоднішній день проблема захворювань передміхурової залози полягає в ранній діагностиці, особливо коли це стосується пухлинних процесів. Пізня діагностика не дає можливості призначити лікування на початковій стадії і сприяє в подальшому високій смертності при даних захворюваннях.

Традиційні методи діагностики пухлинних та передпухлинних процесів передміхурової залози є ефективними лише при явних патоморфологічних змінах в структурі передміхурової залози.

Мета дослідження. Впровадження використання методу лазерної спектрофотополяриметрії для ранньої діагностики пухлинних процесів в передміхуровій залозі.

Матеріал і методи. Об'єктами дослідження була

передміхурова залоза, вилучена від 10-ти померлих при дорожньо-транспортних пригодах в віці від 30 до 40 років та у 5-ти померлих при підозрі на пухлинні захворювання передміхурової залози.

Результати дослідження. Проведено порівняльний аналіз мікроскопічних класичних гістологічних зрізів та їх зображень з поляризаційно-віалізованими зображеннями оптикоанізотропної позаклітинної матриці передміхурової залози в нормі та при патології. Висновки. Порівняльний аналіз мікроскопічних зображень підтвердив адекватність оптичного моделювання для ранньої діагностики передпухлинних та пухлинних процесів передміхурової залози.

Голубова Ю.І., Березовська Т.І.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ ІЗ СУПУТНИМИ УРАЖЕННЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ І БІЛІАРНОЇ СИСТЕМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - к.мед.н. Безрук Т.О.)

За даними багатьох дослідників, при хронічному пієлонефриті (ХП) визначаються зміни як з боку клітинної ланки імунітету, так і гуморальної ланки та з боку неспецифічних факторів захисту.

Матеріал і методи. Імунологічні дослідження проводили у 94 хворих (72 хворих на ХП із супутніми ураженнями системи травлення – основна група) та контрольної групи (22 хворих на ХП без супутньої патології системи травлення). Оцінювали наступні групи імунологічних показників: стан імунокомпетентних клітин крові; стан клітинної ланки імунітету; стан гуморальної ланки імунітету; стан факторів неспецифічної резистентності; інтегрована, поєднана оцінка за даними імунологічних індексів. Усі змінені показники оцінювали за рівнем (ступенем) імунних порушень за А.В.Земсковим.

Результати дослідження. В обстежених хворих визначені певні вікові зміни в формі імунної відповіді на поєднане загострення процесів у видільній та травній системах. Так, у хворих молодого віку визначалось більш суттєве підвищення кількості лейкоцитів за рахунок нейтрофілів та моноцитів (порівняно із іншими віковими групами, $p < 0,05$). Відносна кількість О-лімфоцитів

була значно вищою у цій групі хворих на ХП молодого віку. У них же кількість ЦІК була вірогідно вищою, вищим був і рівень імуноглобулінів класів А та G. Найбільш суттєвими були зниження Т-клітин, Т-хелперів, активних Т-лімфоцитів у групі хворих молодого віку. У пацієнтів зрілого віку визначались більш суттєві підвищення рівня паличкоядерних нейтрофілів, рівень В-клітин був найбільш високим у хворих зрілого віку. В цій же групі вищим був рівень імуноглобулінів класу G. Рівні імуноглобулінів також були вірогідно різними у вікових групах порівняно із практично здоровими особами. Зокрема, у хворих літнього віку визначались вірогідне збільшення еозинофілів у периферичній крові (порівняно із іншими віковими групами, $p < 0,05$), а показники стимульованого НСТ-тесту були нижчими.

Висновки. У хворих на хронічний пієлонефрит із супутніми ураженнями травної системи в залежності від віку визначались зміни імунної відповіді: у хворих молодого віку більш суттєва активація клітинної та гуморальної ланок імунітету, у хворих літнього віку – неспецифічних факторів захисту.

Грекул Н.А.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник - к.мед.н. Ілюк І.І.)

Рак сечового міхура (PCM) посідає 4-те місце в структурі загальної онкологічної захворюваності та смертності серед чоловіків. Найбільш частою формою раку сечового міхура є перехідно-клітинний рак, який становить 90% всіх пухлин; менше 10% припадає на аденокарциному, плоскоклітинний і залозисто-плоскоклітинний рак. За даними Національного канцер-реєстру, у 2009 р. в Україні виявлено 4799 (захворюваність 10,4 на 100 тис. населення) первинних хворих на PCM. Разом з тим, частка хворих, у яких вперше виявляють неінвазивні форми пухлини, досить низька і не перевищує 50%. Тобто, у більшості пацієнтів діагностують занедбані стадії захворювання, що зумовлює високу летальність до 1 року — 25,8%.

Тому, на сьогоднішній день, найбільш ефективним є поєднання оперативного та консервативного методів лікування раку сечового міхура. Під консервативним лікуванням слід розуміти застосування хіміотерапії, імунотерапії та променевої терапії.

Хіміотерапія, звичайно, застосовується у випадку метастазування раку сечового міхура, крім цього, може використовуватись у спробах зменшити вірогідність рецидиву пухлини після радикальної цистектомії (адьювантна хіміотерапія). Другий підхід заключається

у призначенні хіміотерапевтичних препаратів перед оперативним втручанням з метою покращення результатів операції та зменшення розмірів пухлини (неoadьювантна хіміотерапія). До хіміопрепаратів широкого застосування відносять: доксорубіцин, мітоміцин С, епірубіцин, етоглюцид. Імунотерапія, або БЦЖ-терапія після органозберігаючих операцій розглядається як ефективна профілактика рецидивів раку сечового міхура і володіє власне лікувальним ефектом відносно поверхневих форм пухлин. Усі дослідження механізму дії показали низку імунологічних феноменів. Комплексна імунна відповідь за участі гуморальних та клітинних імунних механізмів на інфекцію, спричинену БЦЖ, тривалий час зберігає стійкість у стінці сечового міхура. Разом із характерним виділенням цитокінів у сечу, котре по-різному демонструє неспецифічний цистит, в стінці сечового міхура, котру піддають лікуванню, утворюються так звані індуковані БЦЖ гранульоми. В дослідженнях *in vitro* щодо механізму дії вдалося виявити цитотоксичні ефektorні клітини, так звані активовані БЦЖ клітини-вбивці (АБК), активніші порівняно з активованими лімфокинами клітинами-вбивцями (АЛК), котрі здатні вбивати клітини раку сечового міхура *in vitro*. Імунотерапія БЦЖ має переваги над хіміотерапією.

Захарчук Т.В., Каліновська К.М., Басель А.К.

ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПРОВЕДЕННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник - д.мед.н. Зайцев В.І.)

Трансуретральна резекція простати (ТУР) — «золотий стандарт» оперативного лікування доброякісної гіперплазії простати. Ця операція має невелику кількість ускладнень, з яких найнебезпечнішим є ТУР-синдром (раптове зниження АТ внаслідок попадання великої кількості промивної рідини у кровотік).

Для визначення факторів ризику ТУР-синдрому було проаналізовано 100 історій хвороб пацієнтів урологічного відділення ОКЛ м.Чернівці. Аналізувались всі характеристики хворих, які могли вплинути на перебіг операції: вік, вага, особливості основного захворювання (тривалість, наявність ускладнень, розміри простати), особливості супутніх захворювань, показники аналізів крові та сечі, вітальні показники до, під час та після операції, особливості проведення анестезії, перебіг післяопераційного періоду (всього 29 показників).

За даними моніторингу гемодинаміки виділено 3 групи хворих. У 69 пацієнтів операція пройшла без особливостей (1 група), у 23 проведено корекцію гемодинаміки, що дозволило уникнути ТУР-синдрому (2 група), а у 8 пацієнтів розвинулась початкова стадія даного ускладнення, що була успішно пролікована (3 група). Вираженого ТУР-синдрому не спостерігалось. Виявлені певні відмінності між групами. Тривалість захворю-

вання у 3 групі була більша ніж у 1 і 2 (639 днів проти 564 та 449 у 1 та 2 групі). Також у 3 групі був більшим об'єм простати: 56,1 проти 47,1 та 42,8 см3 у 1 і 2 групі. Крім того відсоток пацієнтів з об'ємом простати більше 50 см3 був більшим у 3 групі — 50% проти 30,4% та 26,1% відповідно. Ці відмінності очікувані, бо зі збільшенням об'єму простати збільшується тривалість операції і кількість судин, що пошкоджуються. Аналіз показників гемодинаміки теж виявив певні закономірності. Якщо САТ між групами не відрізнявся, ДАТ в 3 групі був більшим (93 мм рт.ст. проти 85 і 83 в 1 і 2 групі). Характерна тенденція до зменшення пульсового тиску (ПАТ) — з 57 мм рт.ст. в 1 групі до 52 мм рт.ст. в 2 і 50 мм рт.ст. в 3 групі. Тривалість операції виросла з 34 хв в 1 групі та 37 хв в 2 гр до 56 хв в 3. В 3 групі вона була критичною (у 50% хворих більша 55–60 хв). Показники післяопераційного періоду не відрізнялись.

Висновки: розвиток ТУР-синдрому прямо залежить від тривалості операції та об'єму простати; тривалість операції більше 55 хв призводить до гіпергідратації і підвищує ризик розвитку ТУР-синдрому; початкові ознаки ТУР-синдрому: брадикардія, гіпотонія, гіпертензія з підвищенням ДАТ і зменшенням ПАТ.



Степан В.Т., Степанченко М.С.

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК ТА ПАРАНЕФРІЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник - д.мед.н. Федорук О.С.)

Гнійний пієлонефрит становить актуальну проблему сучасності, що зумовлено труднощами у діагностиці переходу серозного запалення у гнійне, великою і постійно зростаючою частотою стертих форм захворювання, недосконалістю діагностичних підходів, що в кінцевому результаті виливається у прогресування деструктивного процесу в конкретній нирці з наступною втратою функції, розвитком аналогічного процесу у контрлатеральній нирці аж до анурії. Вищенаведене створює необхідність у розробці більш інтенсивного та ефективного (з використанням фізичних факторів) консервативного лікування, яке дасть змогу досягнути лікувального ефекту у хворих з підозрою на гнійне запалення нирок та паранефрію і знизити частку показів до хірургічного втручання з відповідною травматизацією.

Дослідження проведено на 26 хворих з діагностованим гнійно-запальним процесом нирки та/або паранефрію. Групу порівняння склали 20 таких же хворих.

Запропоноване лікування передбачає призначення консервативного лікування згідно з протоколами надання медичної допомоги та створення електричного поля постійного струму в ділянці ураженого органу з використанням апарату для гальванізації та електрофорезу «Поток-1» шляхом накладання прокладок з електродом зі знаком «+» на поперекову ділянку

проекції нирки, а прокладка з електродом «-» - на ділянку проекції нирки на передню стінку живота (контрлатерально). Середня густина струму в тканинах 0.025- 0.05мА/см². Експозиція - 60 хв.

Загальний курс лікування - 5-7 днів (незалежно від часу зникнення клінічних та об'єктивних ознак захворювання). При цьому консервативне лікування проводиться протягом 7-10 днів, електрофорез - протягом 5-7 днів. Конкретна тривалість визначається критеріями клінічного та об'єктивного регресу картини захворювання.

Відзначено скорочення термінів хвороби до 7-10 днів та зменшення показів до оперативного лікування на 30% по відношенню до групи порівняння.

Таким чином, запропонований спосіб лікування гнійного запалення нирок та паранефрію завдяки своїй точності у диференційному підході, а також через поєднання рекомендованого лікування із застосуванням фізичних локальних факторів, становить собою вдосконалену і абсолютно ефективну методику лікування гострого запалення нирок та паранефральної клітковини, будучи дієвою навіть у випадках, що підпадають під оперативне лікування, знижуючи таким чином травматизацію пацієнта та загальну вартість лікування. Матеріали даного дослідження подано на отримання патенту на корисну модель.

Степанченко М.С., Степан В.Т., Владиченко К.А.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРОГО ЗАПАЛЕННЯ НИРОК ТА ПАРАНЕФРІЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник - д.мед.н. Федорук О.С.)

На сьогоднішній день гострий запальний процес нирок та навколониркової клітковини становить високу актуальність у клініці, що пов'язано із складнощами у своєчасній правильній діагностиці та можливістю грізних віддалених наслідків. Розмаїття причин і форм захворювання вимагає ретельного ставлення та теоретичного розуміння у практичних підходах до діагностики і лікування нозології.

Мета дослідження. Розробка максимально наближеної до реальних умов моделі гострого запалення нирок та паранефрію у тварин з подальшим визначенням діагностичних критеріїв ранньої діагностики та ефективного лікування.

Матеріал і методи. Дослідження проведено на 36 щурах. З них 24 ввійшли в основну групу, 12 - в групу порівняння. Моделювання здійснювалось шляхом уведення у паренхіму нирки нефропатогенного збудника за дві ін'єкції з поступовою інфільтрацією перфорованих голкою тканин, що створювало рівномірну дисемінацію збудника у паренхімі. Таким чином, запальний процес уражує весь орган, без формування локалізованих вогнищ. Вектори проведення голок шприця при інфільтрації проходять у паренхімі, що перешкоджає першочерговому проникненню збудника у мискову систему. Група порівняння отримувала ін'єкції стерильного фізіологічного розчину за вищеприписаною мето-

дикою.

Результати дослідження. При мікроскопічному дослідженні спостерігалася картина дифузного запалення усіх шарів ниркової тканини: виражені повнокров'я, набряк з утворенням множинних дрібних крововиливів і вогнищ сегментоядерних лейкоцитів в стромі ниркової тканини. Відмічали фокуси некрозу ниркової тканини, місцями з формуванням колоній мікроорганізмів, і обширною дифузною інфільтрацією прилеглих ділянок сегментоядерними лейкоцитами з тенденцією до поширення вздовж судинного і тубулярного компонентів. Епітелій звивистих та збірних ниркових каналців з ознаками гідропічного набухання та вакуолізації. Спостерігалися прояви деструкції тканини у вигляді формування множинних дрібних абсцесів, місцями з тенденцією до злиття. Виявлено ознаки гнійного перинефриту та паранефриту. Мікробіологічно доведено високу концентрацію збудника в нирковій тканині. Група порівняння достовірних змін у нирковій тканині не показала.

Висновок. Запропонований спосіб моделювання гострого запалення нирок та паранефрію забезпечує найбільш споріднений з клінічним варіант розвитку захворювання. За матеріалами експерименту отримано патент України на корисну модель №75119.



Фармакологія



Букатару Ю.С.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОХІДНИХ 2-БЕНЗАМІДО-2-(2-ОКСОІНДОЛІН-3-ІЛІДЕН) ОЦТОВОЇ КИСЛОТИ НА АНТИГІПОКСАНТНУ АКТИВНІСТЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармакології

(науковий керівник - д.мед.н. Заморський І.І.)

Гіпоксія – універсальний патологічний процес, що супроводжує і визначає розвиток найрізноманітнішої патології. Тому, особливий інтерес представляють фармакологічні препарати, що цілеспрямовано впливають на обмінні процеси при гіпоксії – антигіпоксанти. Це засоби, що поліпшують засвоєння організмом кисню і знижують потребу органів і тканин в ньому, тим самим сприяють підвищенню стійкості організму до кисневої недостатності.

Метою нашої роботи було дослідження похідних 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-іліден) оцтової кислоти на їх антигіпоксатну активність та визначення сполук лідерів. Дослідження 24 сполук проводили за умов гострої гіпобаричної гіпоксії на 200 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях масою 180-200 г, віком 3 місяці. Гостру гіпобаричну гіпоксію моделювали в модифікованій проточній барокамері шляхом імітації підйому щурів на висоту 12000 м. «Підйом» і «спуск» тварин здійснювали зі швидкістю 50 м/с. На «висотному плато» щурів витримували до моменту другого агонального вдиху, після чого здійснювали «спуск» на попередню нульову висоту. Речовини, що

досліджували, вводили внутрішньочеревинно за 35 хв до моделювання гіпоксії у дозі 15 мг/кг. На «висотному плато» фіксували параметри часу життя тварин: втрата пози, час до появи другого агонального вдиху, час відновлення пози.

За результатами досліджень найбільшу статистично вірогідну дію серед похідних 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-іліден) оцтової кислоти мають речовини під номерами 14 ((Z)-N-(2-(нафтален-1-іламіно)-2-оксо-1-(2-оксо-1-пропіліндолін-3-іліден)етил)бензамід) і 15 ((Z)-N-(1-(1-метил-2-оксоіндолін-3-іліден)-2-оксо-2-(фенетиламіно)етил)бензамід), які збільшували час життя тварин при гіпоксії відповідно на 59,4% і 67% ($p < 0,05$) порівняно з даними контролю. Для цих речовин не було зафіксовано появи судом та інших зовнішніх ознак побічної дії після їх введення та після моделювання гіпоксії.

Отже, отримані результати є експериментальним обґрунтуванням перспективності створення нових антигіпоксатних препаратів на основі похідних 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-іліден) оцтової кислоти.

Грекова О.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАКОКІНЕТИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ КООРДИНАЦІЙНОЇ СПОЛУКИ ГЕРМАНІЮ ОК-8 НА ЕТАПІ ЕЛІМІНАЦІЇ У ЩУРІВ В НОРМІ ТА ПРИ ІШЕМІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Луганський державний медичний університет, Луганськ, Україна

Кафедра фармакології

(науковий керівник - д.мед.н. Лук'янчук В.Д.)

На сьогодні поряд зі значною поширеністю цереброваскулярних захворювань та високою частотою інвалідизації пацієнтів залишається проблема ефективного та безпечного лікування, що обумовлює необхідність подальшого пошуку нових засобів фармакотерапії цієї патології. Доклінічні фармакокінетичні дослідження створюють методологічну основу для пошуку нових препаратів із бажаними фармакологічними характеристиками.

Раніше проведеними нами скринінговими дослідженнями встановлена висока церебропротекторна активність нової координаційної сполуки германію на основі лимонної кислоти з натрієм (ОК-8) за умов цереброваскулярної недостатності за ішемічним типом.

Метою даної роботи було визначення фармакокінетичних показників, що характеризують елімінацію потенційного церебропротектора ОК-8 у щурів в нормі та за умов гострої церебральної ішемії.

Тварини були поділені на дві групи. Перша група – норма, представлена щурами без патології. Друга група – дослідна з ішемічним ураженням головного мозку. Вивчення параметрів фармакокінетики на етапі елімінації проводили

в сироватці крові після введення ОК-8 в дозі 189 мг/кг у вигляді 3% водного розчину.

Експериментально доведено, що константа швидкості елімінації (K_{el}) ОК-8 з організму в нормі в 2,7 рази вище, ніж в умовах гострої церебральної недостатності. Виявлено збільшення в дослідній групі періоду напівелімінації ($t_{1/2}$) в 2,6 рази порівняно з цим же параметром у здорових тварин. Встановлені величини загального кліренсу (СІТ) ОК-8 на 46% більше в групі тварин без патології. Відносно щурів з ішемією мозку різниця у величинах MRT (середній час перебування в організмі) має таку ж направленість як і величина $t_{1/2}$, тобто у дослідній групі збільшується в 2,5 рази порівняно з нормою.

Таким чином, отримана експериментальна інформація дає підстави стверджувати, що за умов гострої церебральної ішемії фармакокінетичні параметри координаційної сполуки германію ОК-8, що характеризують процес елімінації значно модифікуються порівняно зі здоровими тваринами, що сприяє розширенню існуючих уявлень про особливості фармакокінетики координаційних сполук германію з різними біолігандами.

Драбик І.А., Ковальчук Л.І.

ВЛИЯНИЕ ГИСТОГЕМАТИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ НА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ЭФФЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», Днепропетровск, Украина
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и фармакоэкономики
(научный руководитель - к.мед.н. Нефёдов А.А.)

Организм человека имеет ряд биологических барьеров, которые выполняют, прежде всего, барьерную функцию – это стенка капилляров, клеточные мембраны, гематоэнцефалический и плацентарный барьеры. В основном вещества проникают через гематоэнцефалический барьер путем диффузии, а некоторые – за счет активного транспорта. При некоторых патологических состояниях (например, при воспалении мозговых оболочек) проницаемость гематоэнцефалического барьера повышается.

Сложным биологическим барьером является и плацентарный барьер. Лекарственные вещества, циркулирующие в организме, частично связываются, образуя внеклеточные и клеточные депо. Некоторые вещества могут накапливаться в соединительной и костной ткани (тетрациклины). Некоторые препараты (акрихин) в особенно больших количествах обнаруживаются в клеточных депо. Связывание их в клетках возможно за счет белков, нуклеопротеидов, фосфолипидов. В отличие от гистогематического барьера гематоэнцефалический барьер – барьер между кровью и тканями мозга – практически не проходим

для водорастворимых лекарственных средств, что обусловлено особенностями его структурно-функционального строения. Эндотелиальные клетки, образующие капилляры мозга, соединены между собой плотными контактами, которые не позволяют водорастворимым веществам перемещаться из крови в ткани мозга и обратно. Помимо собственно клеточной мембраны капилляров мозга, выполняющей роль гематоэнцефалического барьера, в настоящее время выделяют и так называемый энзимный гематоэнцефалический барьер. Этот барьер представлен ферментами, локализованными в просвете между наружной поверхностью капилляров и нервными клетками.

Важно знать, от чего зависит прохождение лекарственным средством биологических барьеров в место назначения и выполнения там своих задач. Понимание факторов, которые на это влияют, поможет в усовершенствовании химических структур и фармакологических форм, а также в изобретении новых способов доставки лекарства. А это существенно сможет улучшить качество фармакотерапии многих заболеваний.

Житіна І.О.

ФАРМАКОКІНЕТИЧНІ ПАРАМЕТРИ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ ПРОЦЕСИ РОЗПОДІЛУ ГЕРМАНІЙОРГАНІЧНОЇ СПОЛУКИ ОК-7 У ТВАРИН У НОРМІ ЗА УМОВ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», Луганськ, Україна
Кафедра фармакології
(науковий керівник - д.мед.н. Лук'янчук В.Д.)

У структурі мозкових інсультів основне місце займають ішемічні порушення церебрального кровообігу, серед яких найбільш питому вагу складає гострий ішемічний інсульт. Це безумовно призводить до високої смертності, а також важкої та стійкої інвалідизації, що виникає у цієї категорії хворих.

Раніше проведеними нами дослідженнями на моделі тотальної ішемії головного мозку була встановлена висока протиішемічна активність оригінальної координаційної сполуки германію з калієм та лимонною кислотою під лабораторним шифром ОК-7.

З огляду на те, що створення нових ліків передбачає на доклінічному етапі дослідження обов'язкове проведення фармакокінетичного аналізу, то метою даного фрагменту роботи є визначення параметрів процесів розподілу ОК-7 в нормі та за умов гострої цереброваскулярної недостатності ішемічного ґенезу.

Концентрацію потенційного церебропротектора ОК-7 в сироватці крові щурів визначали за екстракційно-фотометричним методом

ідентифікації мікрокількостей германію. Щурів поділяли на дві групи: норма (ОК-7) та дослід (ішемія + ОК-7). Потенційний церебропротектор тваринам вводили за лікувальною схемою в дозі 64 мг/кг через 35 хвилин після оклюзії обох сонних артерій.

Аналіз константи швидкості розподілу показав, що ОК-7 достатньо повільно розподіляється в периферичні органи та тканини як в нормі, так і в дослідній групі тварин, про що свідчать порівняно низькі значення даного параметру, котрі складають 0,084 та 0,066 год⁻¹ відповідно. Величина об'єму розподілу у тварин без патології складає 175,513 мл, що значно перевищує реальний об'єм щура та свідчить про високу ступінь депонування координаційної германійорганічної сполуки, що вивчається, в організмі тварин. Слід наголосити, що величина Vd в дослідній групі у 1,8 разів більше, аніж у тварин в нормі, що вказує на збільшення ступеня депонування ОК-7 в органах і тканинах щурів в умовах гострого ішемічного інсульту.



Жмур Г.И.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины, Днепропетровск, Украина
Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и фармакоэкономики
(научный руководитель - к.мед.н. Нефёдов А.А.)

Эффективность и безопасность стоматологического лечения во многом зависит от адекватного обезболивания проводимых вмешательств. Наиболее удобным и безопасным методом контроля над болью в стоматологии является местная анестезия, позволяющая снять альгезию без выключения сознания и сохранить контакт врача с пациентом.

Целью нашего исследования было изучение новых, высокоэффективных и в то же время безопасных для пациента аспектов местного обезболивания в стоматологической практике.

На первых этапах развития местной анестезии использовались препараты, которые обладали высокой токсичностью и вызывали привыкание. Открытие новокаина значительно расширило возможности местного обезболивания тканей. Достаточная активность, малая токсичность и стойкость при стерилизации позволили использовать новокаин для инфильтрационной и проводниковой анестезии.

Местное обезболивание непрерывно совершенствуется: синтезируются новые анестетики, разрабатываются новые способы их введения в организм – в стоматологии, наряду с поверхностной (аппликационной), инфильтрационной и проводниковой анестезией, разработаны методы интралигаментарного и внутрипульпарного введения этих препаратов.

Для проведения обезболивания используются малые объемы местных анестетиков, соответ-

ственно они должны обладать высокой анестезирующей активностью. На данный момент популярными представителями являются Лидокаин, Мепивакаин, Артикаин (Ультракаин), а также Убистезин. Именно последние два вышеуказанных местноанестезирующих средства являются примерами современных препаратов, которые часто используются врачами-стоматологами в клинике, из-за высокой анестезирующей активности, маловыраженных побочных эффектов, а также возможности удлинять и углублять действие препаратов, за счёт использования в тандеме с вазоконстрикторами.

На основании проведенного опроса врачей-стоматологов одной из стоматологических поликлиник г. Днепропетровска о современных аспектах местной анестезии в стоматологии, мы встретились с таким понятием, как «нейролептаналгезия», как новым веянием в местной анестезии. Благодаря нейролептаналгезии мы получаем внутривенный метод общей анестезии, при котором пациент находится в сознании, но не испытывает никаких эмоций и боли.

Таким образом, важность и актуальность вопросов местной анестезии является неоспоримой. Нужно подчеркнуть, что успех и качество проводимого лечения в стоматологической практике существенно зависит от адекватного, своевременного и достаточного местного обезболивания.

Зеленюк В.Г., Горошко О.М.

ВПЛИВ БАГАТОРАЗОВОГО ВВЕДЕННЯ СТАТИНІВ НА ФУНКЦІЮ НИРОК ЩУРІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фармакології

(науковий керівник - д.мед.н. Заморський І.І.)

Актуальність роботи. Статини широко застосовуються у медицині для лікування дисліпідемій та зменшення прогресування серцево-судинних захворювань, смертність від яких за даними ВООЗ займає перше місце у світі. Наявність у статинів плейотропних ефектів відкриває можливості для застосування їх для лікування та профілактики різних захворювань, а особливо – для органопротекції.

Мета роботи. З'ясувати вплив деяких статинів (аторвастатин, ловастатин, симвастатин) за умов багаторазового введення протягом 7 днів на показники функції нирок щурів.

Матеріал та методи дослідження. Експерименти проведено на 28 нелінійних білих щурах-самцях масою 140–180 г. Протягом 7 днів тваринам вводили препарати статинів внутрішньошлунково в 1% розчині крохмалю (із розрахунку 1 мл на 100 г в дозах 20 мг/кг – дози встановлені у попередніх скринінгових дослідженнях). Функціональний стан нирок тварин вивчали за умов індукованого діурезу (ентеральне введення питної води в об'ємі 5% від маси тіла).

Результати. Режим уведення та обрані дози статинів були ефективними, що підтверджується зниженням вмісту загального холестерину та β -ліпопротеїдів у плазмі крові. Усі досліджувані препарати вірогідно збільшували діурез, незначно змінювали швидкість клубочкової фільтрації та екскрецію іонів калію. Екскреція іонів натрію під впливом статинів зменшувалась. Вірогідне зменшення концентрації білка в сечі та його екскреції у лікованих тварин порівняно з групою інтактного контролю підтверджує наявність у статинів нефропротекторних властивостей, що було більш виражено в групі тварин, яким вводили ловастатин. Досліджувані препарати позитивно впливали на кислотнорегулювальну функцію нирок, серед яких ловастатин найвиразніше збільшував рН сечі та екскрецію аміаку та знижував екскрецію титрованих кислот.

Висновки. 1. Досліджувані статини у обраній дозі не погіршують функціональний стан нирок. 2. Ловастатин виявив кращий профіль впливу на нирки порівняно із аторвастатином та симвастатином.

Суворова З.С., Дронова М.Л., Дубовий Д.В., Вринчану Н.В.

**АНТИФУНГАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНОГО
АЛКОКСИАМІНОПРОПАНОЛУ КВМ-192**Інститут фармакології та токсикології НАМН України, Київ, Україна
Відділ фармакології протимікробних засобів
(науковий керівник - д.мед.н. Вринчану Н.О.)

Актуальність. В останні роки реєструється зниження чутливості грибів до сучасних антифунгальних препаратів. Основна причина – формування резистентності у збудників. Одним зі шляхів вирішення цієї проблеми є пошук активних речовин та розробка на їх основі нових антимікробних засобів.

Метароботи. Вивчити чутливість дріжджоподібних і плісеньотворюючих грибів до дії вперше синтезованого похідного алкоксиамінопропанолу КВМ-192.

Матеріали і методи. Антифунгальну дію нового похідного алкоксиамінопропанолу досліджували *in vitro* на еталонних тестштамах *Candida albicans* NCTC 885/653 (методом серійних мікророзведень) та *Raecilomyces variotii* ATCC 10121 (метод серійних розведень) в рідкому поживному середовищі Сабуро. Культури *C. albicans* вирощували на щільному середовищі Сабуро впродовж 2 діб, *P. variotii* – протягом 3-х діб. Щільність інокуляту складала 105 грибних елементів на 1 мл поживного середовища. Пробірки, що містили інокулят

та розчини сполуки витримували в термостаті при 30–32 °С протягом 48 год (*C. albicans*) та 96 год (*P. variotii*). Сполуку вивчали в діапазоні концентрацій 50,0 мкг/мл – 0,09 мкг/мл. Антифунгальну активність оцінювали за МІК (мінімальна інгібуюча концентрація), при якій візуально не спостерігався ріст мікроорганізмів. Сполука синтезована в Інституті органічної хімії к.фарм.н. Ю.В. Коротким.

Результати. Експериментально встановлено, що дріжджоподібні та філаментуючі гриби виявляють чутливість до дії вперше синтезованого похідного алкоксиамінопропанолу. МІК сполуки КВМ-192 по відношенню до *C. albicans* становить 0,19 мкг/мл, по відношенню до *P. variotii* – 6,25 мкг/мл.

Висновки. Похідне алкоксиамінопропанолу КВМ-192 має виразну антифунгальну активність по відношенню до дріжджоподібних і плісеньотворюючих грибів. За ступенем інгібуючої дії сполука не поступається сучасним антифунгальним препаратам.

Штрімайтіс О.В., Здорик О.А., Дроздова О.О.

ВИБІР АНАЛІТИЧНОЇ МЕТОДИКИ ЯК КЛЮЧОВИЙ ЕТАП КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВНаціональний фармацевтичний університет, Харків, Україна
Кафедра якості, стандартизації та сертифікації ліків ІПКСФ
(науковий керівник - д.ф.н. Георгіянци В.А.)

Вибір аналітичної методики контролю якості екстемпоральних лікарських засобів – це об'ємний та трудомісткий процес. Критерії вибору методик визначаються як сукупність її характеристик, що обумовлюють можливість вирішувати аналітичні завдання у відповідності з призначенням методики у певних умовах та при даному устаткуванні лабораторії. Для об'єктивної оцінки та вибору методики необхідно охарактеризувати щонайменше дві групи характеристик: перша – метрологічні характеристики методики, друга – умови та витрати, необхідні для проведення аналізу. Підходи до оцінки валідаційних характеристик для методик якісного та кількісного визначення екстемпоральних лікарських засобів в Україні на сьогодні є визначеними. Проблему розрахунку економічних характеристик методик та затрат на проведення аналізу у сучасній науковій літературі майже не освітлено. А нині, як ніколи, потрібен науковий підхід до економічного планування оптимальної якості екстемпоральних лікарських засобів, тобто навчитися вирішувати завдання одночасно удосконалюючи якість продукції і досягаючи позитивного економічного балансу.

Які ж чинники є обов'язковими до врахування при порівнянні методик з економічної точки зору?

Перш за все, вартість реактивів, що можна визначити сумою вартості самих хімічних субстанцій та вартістю їх приготування відповідно до методик нормативно-технічної документації, вартість використання аналітичного обладнання, яку розраховують з огляду на його технічні характеристики, вартість лабораторного посуду. Оцінку вартості роботи виходячи з часу, який витрачає аналітик на проведення певних аналітичних операцій. Час проведення аналізу можна визначити шляхом спостереження за процесом виконання роботи аналітиками. Важливим моментом є врахування вартості тих хімічних речовин, які необхідно утилізувати у зв'язку з втратою придатності до застосування чи закінчення строку зберігання. Це майже неможливо теоретично передбачити, хоча дане питання є важливим для раціонального використання реактивів. Звичайно все залежить від обсягу лікарських засобів, які підлягають аналізу, тобто від обсягів виробництва в умовах аптеки.

Таким чином, питання економічного обґрунтування вибору аналітичної методики контролю якості лікарських засобів, виготовлених в умовах аптеки, є актуальним і потребує подальшого вивчення.



Щудрова Т.С.

КЛІТИННІ МЕХАНІЗМИ ДІЇ ПІНЕАЛЬНИХ ПЕПТИДІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармакології

(науковий керівник - д.мед.н. Заморський І.І.)

На сучасному етапі розвитку прогрес клінічної медицини значно залежить від медицини молекулярної, яка використовує досягнення генетики, клітинної та молекулярної біології для конструювання нових лікарських засобів та технологій. На основі комплексного пептидного препарату епіфізу епіталаміну було сконструйовано тетрапептид епіталон (Ala-Glu-Asp-Gly) і трипептид пінеалон (Lys-Glu-Arg) та були проведені дослідження механізмів дії пептидних препаратів на різних структурних рівнях.

На рівні клітинних структур встановлена дія пінеальних пептидів на ядро та мітохондрії. Під впливом пептидів спостерігається збільшення вмісту еухроматину в ядрі, внаслідок чого відбувається інтенсифікація транскрипції та, відповідно, синтезу білка, що стимулює процеси клітинної проліферації та диференціації різних тканин та відновлення функцій організму (Хавінсон В.Х., Анісімов С.В., 2009). Встановлено, що пептиди знижують рівень апоптозу, посилення якого є однією з ключових ланок патології та старіння (Labunets I., 2011; Трофімов О.В., 2011). Кількість хромосомних аберацій використовується як маркер пошкодження ДНК. Достовірна антимутагенна та репаративна активність пінеальних пептидів підтверджується зниженням числа хромо-

сомних аберацій в клітинах кісткового мозку (Анісімов С.В., 2005). На генному рівні виявлено зміну експресії різноманітних генів під впливом пінеальних пептидів, що доводить існування механізму пептидної регуляції генетичної активності (Хавінсон В.Х., Шатаєва Л.К., 2005). В умовах патології функціонально неповноцінні мітохондрії зумовлюють розвиток енергодефіциту, запускають мембранно-деструктивні реакції та апоптотичні сигнальні шляхи (Плотников Е.Ю., 2009). Регуляторні пептиди інгібують кисневозалежні процеси в мембрані мітохондрій, сприяють збереженню її цілісності та забезпечують нормальне функціонування клітини. Важливим експериментальним фактом є виявлення здатності пептидів індукувати диференціювання поліпотентних клітин. Однією з найбільш важливих функцій пінеальних пептидів є обмеження активації вільнорадикальних процесів, та підтримка здатності антиоксидантної системи протидіяти окислювальному стресу (Bharti V.K. et al., 2012; Козіна Л.С., 2009; Лесняк В.В., 2009). Отже, встановлення біологічної активності пінеальних пептидів на різних структурних рівнях вказує на високу фізіологічну активність та перспективність їх подальшого вивчення.



Фармація



Балагура О.В., Драчук В.М.

ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ З ГІПОГЛІКЕМІЧНОЮ АКТИВНІСТЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармації

(науковий керівник - Ежнед М.А.)

Цукровий діабет (ЦД) – захворювання, яке характеризується збільшенням концентрації глюкози в крові, виділенням її з сечею, що зумовлено абсолютною або відносною недостатністю в крові інсуліну. За даними ВООЗ захворюваність на ЦД у світі складає 4–6% від загальної популяції. Метою роботи стало узагальнення літературних і електронних джерел інформації щодо гіпоглікемічної активності ряду рослин.

Об'єктами дослідження були джерела інформації щодо ареалу поширення, хімічного складу, фармакологічних властивостей лікарських рослин з гіпоглікемічною активністю.

Результати. На сьогоднішній день фармацевтичний ринок налічує широкий арсенал лікарських засобів не лише синтетичних, а й на основі лікарської рослинної сировини. Часник посівний. Було доведено, що S-алілцистеїн сульфоксид покращує умови перебігу ЦД, стимулює секрецію інсуліну з бета-клітин, виділених із здорових щурів. Цибуля городня містить активний інгредієнт під назвою алілпропіл дисульфід, що може блокувати розпад інсуліну в печінці і, можливо, стимулювати його виробництво в підшлунковій залозі, тим самим збільшуючи кількість даного гормону і знижуючи рівень глюкози в крові. Жень-

шень використовується як гіпоглікемічний засіб. З лікувальною метою застосовують сухі корені (0,5–9 г/день) і настоянки (0,2–3 г 1–3 р/д). Введення водних екстрактів квітів оману високого діабетичним мишам призвело до зниження рівня глюкози та тригліцеридів. У здорових мишей спостерігалось лише незначне зниження рівня глюкози в сироватці крові. Екстракт алое ефективно підвищує толерантність до глюкози як у здорових, так і діабетичних щурів. Це пов'язано із стимуляцією синтезу і/або вивільнення інсуліну з бета-клітин підшлункової залози. Стевія. Було виявлено, що стевіозид, який міститься у даній рослині знижував постпрандіальну концентрацію глюкози в крові у пацієнтів з 2 типом ЦД, що вказує на його позитивний вплив на метаболізм глюкози.

Отже, на сьогоднішній день існує широкий арсенал лікарських рослин з можливою гіпоглікемічною активністю, що є перспективною сировиною для подальшого вивчення їх з метою удосконалення вже існуючих лікарських форм як за кордоном, так і на вітчизняному фармацевтичному ринку та створення нових препаратів на їх основі.

Бодна О.С.

БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ РЕЧОВИНИ ЛИСТЯ ХУРМИ КАВКАЗЬКОЇ DIOSPYROS LOTUS L.

Київський медичний Університет УАНМ, Київ, Україна

Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії

(науковий керівник - д.мед.н. Джан Т.В.)

Хурма кавказька (*Diospyros lotus* L.) належить до родини ебенових (Ebenaceae) і роду хурма (*Diospyros*), який нараховує більше 200 видів переважно із тропічних і субтропічних областей Азії.

Метою дослідження було визначення вмісту основних біологічно активних речовин у листі хурми віргінської чоловічої і жіночої форм, інтродукованої в Національному ботанічному саду ім. М.М. Гришка НАН України. Листя заготовляли у фазу дозрівання плодів – у серпні 2012 року.

Дослідження вмісту летких та ліпофільних речовин, органічних та жирних кислот проводили хромато-мас-спектрометричним методом, вміст суми флавоноїдів у перерахунку на рутин, проціанідинів у перерахунку на ціанідину хлорид, гідроксикоричних кислот у перерахунку на хлорогенову кислоту, фракцій полісахаридів проводили спектрофотометричним методом.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що вміст флавоноїдів, гідроксикоричних кислот і проціанідинів вищий у листі хурми чоловічої форми і становить 5,10%, 2,05% і 1,21% у листі чоловічої форми та 1,47%, 0,76% і 0,46% у листі жіночої форми відповідно. Серед фракцій полісахаридів у листі жіночої форми переважають водорозчинні полісахариди, у листі чоловічої

форми – геміцелюлози – 9,68% і 9,57% у перерахунку на галактозу, відповідно. Основними жирними кислотами є пальмітинова і ліноленова кислоти, вміст яких у листі хурми кавказької мало відрізняється для чоловічої і жіночої форм – 0,5% і 0,3%, відповідно. Вміст органічних кислот невисокий, основні – щавлева і лимонна, 0,59% і 0,15% у листі жіночої форми та 0,33% і 0,05% у листі чоловічої форми, відповідно. Серед ліпофільних сполук домінує пальмітинова кислота і неофітадін, тритерпенові сполуки представлені олеанан-12,15-дієном, урса-3,5-дієном, α - і β -амірином, стероїди – стагмаста-3,5-дієном, вміст яких виявився вищим у листі жіночої форми. В листі жіночої форми ідентифіковано 27 летких сполук, а в листі чоловічої форми – тільки 13. Основна летка сполука – сквален, його вміст вищий у листі чоловічої форми – 113,7 мг/кг. Варто відзначити, що тільки в листі чоловічої форми ідентифікована пентадеканова кислота, а тільки в листі жіночої форми – яблучна кислота і евгенол, що може бути діагностичною ознакою форм хурми кавказької.

Таким чином, визначений вміст основних біологічно активних речовин у листі хурми кавказької чоловічої і жіночої форм української інтродукції.

Боліла І.І.

ДОСЛІДЖЕННЯ АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ ЛИСТЯ ХЕНОМЕЛЕСУ *CHAENOMELES JAPONICA LINDL.*

Київський медичний університет УАНМ, Київ, Україна
Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник - к.мед.н. Джан Т.В.)

Вперше на хеномелес як на плодову рослину звернув увагу академік М.Ф. Кащенко і почав вирощувати його у заснованому ним акліматизаційному саду у Києві у 1914 р. Плоди хеномелесу широко використовують у східній медицині для лікування різноманітних захворювань.

Об'єктами вивчення було листя хеномелесу японського сорту «Ян», введеного у відділі акліматизації рослин Національного ботанічного саду ім. М.М. Гришка, зібране у червні 2012 р. Мікроскопічний аналіз проводили за допомогою мікроскопу марки «Sunny», використовуючи збільшення в 40, 100 і 400 разів. Фотографування зразків проводили цифровою мікрофотокамерою eTREKDCM 220.

Листкова пластинка дорзовентрального типу будови, гіпостоматична. Верхній епідерміс вкритий сильно вираженою зморшкуватою кутикулою двох типів – поздовжнього і променевого. Клітини верхнього епідермісу прямостінні ізодіаметричної багатокутної форми. По краю листкової пластинки клітини епідермісу прямокутної форми.

Продихи і опушення на адаксіальній стороні листка відсутні. Клітини нижнього епідермісу сильнозвивистостінні ізодіаметричної форми. Над жилкою клітини нижнього епідермісу полігональні, мають веретеновидну форму, їх

клітинні стінки вервицеподібно потовщені. Багато продихів різного розміру, овальної форми. Замикаючі клітини продихів човникоподібні – внутрішні стінки клітин потовщені, щілина веретеновидна. Продиховий апарат аномоцитного типу. Опушення на абаксіальній стороні відсутнє. По краю листкової пластинки клітини епідерміс формують зубчики-вирости з червоно-бурым вмістом. По жилці листка призматичні кристали формують 3-5-рядну кристалоносну обкладку. В деяких місцях обкладки зустрічаються друзи. На абаксіальній стороні листка зустрічаються поодинокі нитковидні волоски, розміщені перпендикулярно до жилки.

Після проведення якісних гістохімічних реакцій на слизи з розчином метиленового синього та розчином натрію гідроксиду можемо спостерігати локалізацію слизів за блакитним забарвленням у паренхімі флоєми в клітинах-ідіобластах паренхіми. На зрізі свіжої сировини в зоні черешка і центральної жилки встановлена локалізація гідроксикоричних кислот в листі хеномелесу. Виявлені клітини-ідіобласти в паренхімній частині і в ділянці коленхіми, які після взаємодії із реактивом Арнова набувають характерного вишневого забарвлення.

Таким чином, досліджена анатомічна будова листка хеномелесу.

Васильев Д.А., Прийменко А.О., Казунин М.С.

СИНТЕЗ БІОЛОГІЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЯДУ 7-R-8-ПРОПИЛ-3-МЕТИЛ-1Н-ПУРИН-2,6(3Н,7Н)-ДИОНА

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина
Кафедра органической химии
(научный руководитель - д.мед.н. Прийменко Б.О.)

Высокая и разносторонняя физиологическая активность конденсированных гетероциклических систем, содержащих кольцо имидазола и пиримидина, привлекает внимание биологов и химиков.

В связи с высокой и разносторонней биологической активностью производных 3-метилпуридинона-2,6 и различных его производных целесообразно было синтезировать новые вещества с целью изучения фармакологической активности и установления некоторых закономерностей «структура-действие», а также выявление наиболее перспективных соединений для создания высокоэффективных диуретиков, анальгетиков, бронхолитиков и нейротропных средств.

Продолжая исследования, проводимые в области потенциально биологически активных производных пуридинона-2,6 на кафедре органической и биоорганической химии ЗГМУ, нами были синтезированы 7-замещенные 8-пропил-3-метил-1Н-пуриин-2,6(3Н,7Н)-диона.

Целью нашего исследования является расширение арсенала биологически активных веществ, производных пуридинона-2,6 – потенциальных лекарственных средств. Продолжая исследования в данном направлении, нами осуществлены некоторые превращения на основе 3-метил-8-меркаптоксантинил-7-уксусной кислоты.

В качестве исходного соединения был исполь-

зован коммерчески доступный 5,6-диамино-1-метилпиримидин-2,4(1Н,3Н)-дион. Для построения конденсированной гетероциклической системы пуридинона-2,6, нами был применен метод замыкания имидазольного цикла сплавлением с бутановой кислотой. Полученный 8-пропил-3-метилпуриин-2,6(3Н,7Н)-дион, будучи весьма реакционноспособным соединением, вступал в реакцию нуклеофильного замещения с этил хлорацетоацетатом, образуя этил 2-(3-метил-2,6-диоксо-8-пропил-2,3-дигидро-1Н-пуринил-7(6Н))ацетат. Последний легко реагировал с гидразином и его производными, образуя соответственно 2-(3-метил-2,6-диоксо-8-пропил-1,2,3,6-тетрагидро-7Н-пуринил-7)ацетогидразид и N'-[2-(3-метил-2,6-диоксо-8-пропил-1,2,3,6-тетрагидро-7Н-пуринил-7)ацетил]-замещенные гидразиды. Ацетогидразид по свободной первичной аминогруппе образовывал основания Шиффа в среде уксусной кислоты.

Полученные вещества обладают нейротропной, гипотензивной и бронхолитической активностью.

Строение синтезированных соединений подтверждено данными элементного анализа, ИК-, ПМР-спектроскопии и масс-спектрометрии.

Исследования в данной области продолжаются.



Віщук К.Г.

АНТИОКСИДАНТНІ ВЛАСТИВОСТІ ПРЕПАРАТУ ЛІПІНУ, ЯК ОСНОВИ ЛІПОСОМАЛЬНОЇ ФОРМИ КВЕРЦЕТИНУ ПОРІВНЯНО З ЛІПОФЛАВОНОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фармації

(науковий керівник - Горошко О.М.)

Відомо, що кверцетин у ліпосомальній формі та ліпін, що є основою ліпосомальної форми, мають антиоксидантні властивості, що визначає можливість їх використання для фармакокорекції гострої ниркової недостатності (ГНН). Оскільки ці препарати є спорідненою лікарською формою, то доцільним є порівняльний аналіз їх впливу на процеси пероксидації ліпідів та білків при експериментальній ГНН.

Досліди виконувалися на 28 нелінійних білих безпородних щурах. ГНН викликали внутрішньом'язовим введенням 50% розчину гліцерину у дозі 8 мг/кг. Ліпофлавіон вводили у дозі 8 мг/кг одноразово внутрішньоочеревинно через 40 хв після введення гліцерину. Ліпін вводили аналогічно у дозі рівній вмісту його у ліпофлавіоні.

При використанні моделі ГНН в тканинах нирок уражених тварин разом з накопиченням продуктів вільнорадикального окиснення макромолекул знижувалась активність ферментного компоненту антирадикальної глутатіонової системи (ГП), і неферментного – вмісту сульфгідрильних груп. У тканинах нирок вміст ТБКАП зменшувався у порівнянні з ГНН при використанні ліпофлавіону на 24 год у 1,4 раза, та залишався вищим за контрольні показники, вміст ДК достовірно зменшувався у порівнянні з нелікованими твари-

нами у 1,8 раза, однак застосування ліпину, у дозі рівній вмісту його у ліпофлавіоні не призводило до зменшення вмісту даних продуктів пероксидного окиснення ліпідів.

При використанні ліпофлавіону з метою корекції ГНН спостерігалось посилення активності антиоксидантної системи. Так активність каталази в тканині нирок після введення ліпофлавіону суттєво не відрізнялась від показників модельної патології, однак при використанні ліпину зменшувалась у 1,32 рази. Вміст ЦП у плазмі крові зменшувався на 24 год у 1,2 раза в порівнянні з нелікованими тваринами. При корекції ГНН ліпином достовірних змін не виявлено. Вміст сульфгідрильних груп у лікованих тварин у порівнянні з нелікованими зріс на 24 год у 2,4 раза та був вище показників контрольної групи у 1,5 раза. У тварин лікованих ліпином також вміст SH-груп зріс у 1,6 раза, однак не перевищував рівня контролю.

Отже, ліпофлавіон проявляє високу нефропротекторну ефективність, однак дія ліпину при одноразовому введенні практично не проявляється. Ліпін посилює антиоксидантний захист за окремими показниками та у більшій мірі виконує роль депо препарату і захищає діючу речовину від руйнування.

Владимиров О.Ю.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КАПСУЛ «КАПІЛЛЯРОЛ ФОРТЕ» ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ДЕФІЦИТУ МАКРО- І МІКРОЕЛЕМЕНТІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Кафедра якості, стандартизації і сертифікації ліків

(науковий керівник - к.мед.н. Гарна С.В.)

Одним з важливих факторів для профілактики серцево-судинних захворювань є надходження необхідної кількості макро- і мікроелементів, в першу чергу тих, які беруть безпосередню участь у нормальному функціонуванні серцево-судинної системи.

Як додаткові джерела мінеральних речовин, разом з продуктами харчування, широко застосовуються дієтичні добавки на основі лікарської рослинної сировини і рослинних субстанцій, які є джерелами різних біологічно активних сполук. Таким чином, метою нашої роботи було вивчення мінерального складу капсул «Капіллярол форте» і сухих екстрактів, які входять до їх складу. Елементний аналіз проводили методом атомно-абсорбційної спектроскопії з атомізацією в повітряно-ацетиленовому полум'ї.

Отримані такі експериментальні дані вмісту мінеральних речовин (мкг/100 г):

сухий екстракт трави гречки: Fe – 4; Si – 800; P – 170; Al – 20; Mn – 1; Mg – 600; Pb – <0,03; Ni – <0,03; Mo – <0,02; Ca – 1600; Cu – 10; Zn – <0,01; Na – 1800; K – 12000;

сухий екстракт трави гадючника: Fe – 5,8; Si – 620; P – 130; Al – 2,3; Mn – 23; Mg – 695; Pb

– <0,03; Ni – 1,16; Mo – 0,06; Ca – 465; Cu – 5,8; Zn – <0,01; Na – 58; K – 8700;

сухий екстракт квіток гіркокаштану: Fe – 43; Si – 575; P – 245; Al – 72; Mn – 1,4; Mg – 430; Pb – <0,03; Ni – <0,03; Mo – <0,02; Ca – 1150; Cu – 7,2; Zn – <0,01; Na – 865; K – 8640;

капсули «Капіллярол форте»: Fe – 4,5; Si – 180; P – 76; Al – 13; Mn – 0,22; Mg – 135; Pb – <0,03; Ni – <0,03; Mo – <0,02; Ca – 360; Cu – 1,8; Zn – <0,01; Na – 270; K – 2700.

Таким чином, був встановлений кількісний вміст 14 макро- і мікроелементів. Слід відзначити досить високий вміст кровотворних мікроелементів як в субстанціях, так і в готовій лікарській формі (Fe, Mn, Cu, Co). З макроелементів, які є життєво важливими для нормального функціонування серцево-судинної системи і підтримки водно-електролітного балансу в організмі, слід відзначити магній, натрій, калій. Зазначений спектр мінеральних речовин капсул «Капіллярол форте» обумовлює можливість їх застосування з метою профілактики дефіциту макро- і мікроелементів при серцево-судинних захворюваннях.

Владимирова І.М.

РОЗРОБКА ЧИСЛОВИХ ПОКАЗНИКІВ ПЛОДІВ І ЛИСТЯ FEIJOA SELLOWIANA (O.BERG)

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
Кафедра фармацевтичної хімії
(науковий керівник - д.мед.н. Георгіянци В.А.)

Фейхоа *Feijoa sellowiana* (O.Berg) syn. *Acca sellowiana* (O.Berg) Burret (англ. Pineapple guava) – назва вічнозелених дерев родини Миртових (Myrtaceae) і їх плодів. Плоди фейхоа широко застосовуються в харчовій промисловості. Якість цієї продукції регламентується рядом нормативних актів Російської Федерації (ГОСТ 22371–77, ГОСТ 27521–87). Міжнародних стандартів для фейхоа не існує.

Нормативних актів для фейхоа як лікарської рослинної сировини не має. В Україні діє державний стандарт на листя фейхоа (ДСТУ 4640:2006). У народній медицині водні та спиртові витяжки з листя фейхоа застосовуються при захворюваннях шлунково–кишкового тракту, щитоподібної залози, як загальнозміцнюючий засіб.

Таким чином, можливість застосування фейхоа в медицині обумовлює необхідність розробки параметрів стандартизації на рослинну сировину. На даному етапі метою роботи було визначення числових показників плодів і листя фейхоа. Об'єктами дослідження були по три зразки свіжих плодів фейхоа і повітряно–висушеного листя, заготовлених у Нікітському ботанічному саду – Національному науковому центрі. Втрату в масі при висушуванні і золу, нерозчинну у

кислоті хлористоводневій, визначали за методами ДФУ Додаток 2, золу загальну – ДФУ 1 видання.

Були отримані такі результати (%) для досліджуваних трьох зразків:

листя фейхоа: втрата в масі при висушуванні – 7,40; 7,57; 7,26; зола загальна – 16,12; 11,24; 12,05; зола, не розчинна в кислоті хлористоводневій – 1,76; 1,62; 1,74;

плоди фейхоа: втрата в масі при висушуванні – 82,90; 83,16; 85,98; зола загальна – 0,74; 0,69; 0,70; зола, не розчинна в кислоті хлористоводневій – 0,11; 0,09; 0,12.

На підставі отриманих експериментальних даних і враховуючи можливі відмінності даних для сировини, заготовленої в різних регіонах, пропонуємо встановити наступне нормування числових показників: для листя фейхоа – втрата в масі при висушуванні – не більше 10 %, зола загальна – не більше 12 %, зола, нерозчинна у кислоті хлористоводневої – не більше 2 %; для свіжих плодів – втрата в масі при висушуванні – від 80 % до 90 %, зола загальна – не більше 1 %, зола, не розчинна у кислоті хлористоводневої – не більше 0,5 %.

Власенко М.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИВИРАЗКОВОЇ АКТИВНОСТІ ЛИСТЯ АЙВИ DOVGASTOY CYDONIA OBLONGA MILL

Київський медичний Університет УАНМ, Київ, Україна
Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник - к.мед.н. Жан Т.В.)

Домінуючим класом серед біологічно активних речовин листя айви є проціанідини і гідроксикоричні кислоти.

Метою роботи було дослідження противиразкової активності листя айви довгастої *Cydonia oblonga* Mill. сортів «Академічна», «Студентка», «Оранжева», «Марія», «Дарунок онука», виведених у відділі акліматизації рослин Національного ботанічного саду ім. М.М. Гришка НАН України. Листя заготовляли у фазу активного росту пагонів – у червні 2012 року.

Екстракцію листя айви проводили водою на киплячій водяній бані протягом 1 години, співвідношення сировина–екстрагент 1:10. Дослідження противиразкової активності проводили на моделі спирто–преднізолонового ураження слизової оболонки шлунка (СОШ). Для експерименту були відібрані 25 щурів–самців вагою 180–200 г. Тварини були розподілені на 7 груп по 5 тварин у кожній: перша група – інтактні тварини, друга група – контроль (моделювали ураження шлунка), третя–сьома група – тварини, яким на моделі ураження шлунка застосовували екстракти листя айви у дозі 100 мг/кг маси тіла. Досліджувані зразки вводили внутрішньошлунково 1 раз на добу в лікувально–профілактичному режимі: щоденно одноразово, починаючи за 3 дні до моделювання патології, включаючи день її відтворення

та наступний день, у який закінчували експеримент. Після закінчення досліду (через 24 години після введення ульцерогенної суміші) тварин виводили із експерименту в умовах евтаназії, вилучали шлунки та проводили їх макроскопічне та мікроскопічне вивчення. Оцінку інтенсивності виразкового ураження і противиразкової активності досліджуваного об'єкту проводили за показниками інтенсивності утворення виразкових дефектів у СОШ: відсотком тварин з виразками у групі, виразковим індексом, що дало змогу розрахувати інтегральний показник терапевтичного ефекту препаратів – противиразкову активність (ПВА, %).

В результаті проведеного дослідження встановлено, що на моделі ураження шлунка введення екстрактів листя айви сприяло зниженню ступеня виразки слизової оболонки різною мірою. Найбільш активним виявився екстракт листя айви сорту «Академічна» – ПВА 21,3%. Із 5 тварин тільки один щур мав дрібні ерозії у вигляді сітки, 3 щура мали невеликі точкові крововиливи, слизова оболонка рожева, вкрита слизом, складки мало змінені.

Таким чином, виявлена противиразкова активність листя айви на моделі спирто–преднізолонового ураження слизової оболонки шлунка.



Власенко О.В.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СКЛАДУ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН ПЛОДІВ АЗИМІНИ ФОРМ УКРАЇНСЬКОЇ СЕЛЕКЦІЇ

Київський медичний університет УАНМ, Київ, Україна
Кафедра фармацевтичної хімії та фармакогнозії
(науковий керівник - к.мед.н. Джан Т.В.)

Азіміна трилопатева (*Asimina triloba*) відноситься до родини Анонових і є єдиним представником цієї родини, що зростає за межами субтропічної зони. Азіміна трилопатева – реліктовий вид стародавньої дольодовикої флори Північної Америки.

Метою дослідження було визначення вмісту основних біологічно активних речовин у плодах азімини 5 форм селекції Національного ботанічного саду ім. М.М. Гришка НАН України (НБС) та форми селекції дослідного господарства «Новокаховське» Нікітського ботанічного саду (НК). Плоди заготовляли у серпні 2012 року. Дослідження вмісту летких та ліпофільних речовин, органічних та жирних кислот проводили хромато-мас-спектрометричним методом, вміст суми гідроксикоричних кислот і фракцій полісахаридів проводили спектрофотометричним методом.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що серед летких сполук переважає сквален, вміст якого перебуває в межах від 53,1 мг/кг до 198,1 мг/кг у плодах форм селекції НБС тп становить 118,9 мг/кг у плодах азімини селекції НК. Органічні кислоти представлені щавлевою, маленовою, фумаровою, бурштино-

вою, лимонною, яблучною, ваніліною і феруловою кислотами. Найвищий вміст визначений для лимонної (від 276,7 мг/кг до 1672,4 мг/кг) та яблучної кислоти (від 326,6 мг/кг до 984,5 мг/кг) у плодах селекції НБС. У плодах селекції НК вміст лимонної кислоти становив 290,5 мг/кг, а яблучна кислота була відсутня. Ванілінова і ферулова кислота були ідентифіковані у плодах не всіх форм азімини, що може бути діагностичною ознакою форм азімини. Серед жирних кислот плодів азімини селекції НБС домінує сума олеїнової та ізоолеїнової кислот – від 1276,0 мг/кг до 1659,0 мг/кг. Плоди азімини селекції НК не містять ізоолеїнової кислоти, вміст олеїнової кислоти становить 746,7 мг/кг і вона є основною жирною кислотою. Вміст ліпофільних речовин у плодах азімини невисокий, причому в плодах селекції НК ідентифіковані жирні кислоти, які відсутні в плодах селекції НБС. Вміст суми гідроксикоричних кислот в процесі дозрівання зростає і у стиглих плодах становить 0,94%–1,20% (НБС) і 1,41% (НК) у перерахунку на хлорогенову кислоту. Вміст фракцій полісахаридів в процесі дозрівання зменшується, найвищий вміст визначений для геміцелюлоз – 20,60%–41,43% (НБС) у перерахунку на галактозу.

Голуб І.А.

СУЧАСНІ ГОРМОНАЛЬНІ ЗАСОБИ ДЛЯ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Медичний коледж

(науковий керівник - Атаунех Х.Е.)

Актуальність теми. Планування сім'ї і регулювання народжуваності шляхом використання сучасних контрацептивних засобів є важливими чинниками, які сприяють збереженню здоров'я жінки. Статистика свідчить, що недостатня поінформованість населення щодо засобів планування сім'ї та доступ до послуг у сфері репродуктивного здоров'я призводить до невтішних наслідків. Так, за даними UNESCO, у світі щорічно виникає 185 млн. вагітностей, з яких 75 млн. є незапланованими і 45 млн. закінчуються штучним абортom. Кожен рік у світі помирає близько 70 тис. жінок від причин, пов'язаних з абортами. За даними МОЗ України майже 40% жінок репродуктивного віку хоча б раз у житті вдавалися до такого хірургічного втручання. У 2009 р. було здійснено 156 тис. абортів. Цей показник втричі перевищує європейський. Головною причиною абортів, на думку фахівців, є необізнаність та небажання українок користуватися сучасними методами запобігання небажаній вагітності, зокрема гормональними засобами. Важливим моментом у цьому питанні є недостатня інформованість про широкий вибір та можливість індивідуального підбору ефективного засобу контрацепції для кожної жінки.

Мета роботи. Розглянути основні напрямки використання гормональної контрацепції, зокрема, комбінованих оральних контрацептивів: сучасні показання і протипоказання, вірогідні побічні ефекти та їх профілактика, вживання медикаментів, що впливають на метаболізм і ефективність гормональних контрацептивів; –визначити рівень інформованості провізорів і фармацевтів із питань раціональної контрацепції та жінок про сучасні засоби контрацепції; –провести фармакоеконімічні дослідження цінової доступності лікарських засобів групи комбінованих гормональних контрацептивів для перорального застосування.

Висновки. Фармацевтичний ринок м. Полтави станом на 20.11.2012р. включає 37 гормональних препаратів для контрацепції – комбіновані, гестагенні, антигестагенні, більшість із яких – комбіновані контрацептиви для перорального застосування – моно- та трифазні (83%). Більшість препаратів в основному німецького та угорського виробництва (майже 90% на фармацевтичному ринку м. Полтави). Незважаючи на все, гормональні контрацептиви користуються стабільним попитом.

Дегтярєва К.О., Вишневська Л.І., Ярних Т.Г.

ГАРБУЗ ЯК ПЕРСПЕКТИВНЕ ДЖЕРЕЛО БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПЛУК

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Технологія ліків

(науковий керівник - Вишневська Л.І.)

Останнім часом все більша увага приділяється використанню сільськогосподарських, побічних та відходів переробки продуктів харчування для виробництва лікарських препаратів. Це дозволяє максимально використовувати наявні ресурси нашої країни та звести до мінімуму проблему утилізації відходів. Одним з таких рослинних продуктів є гарбуз (від. лат. Cucurbita), що відноситься до роду гарбузові (Cucurbitaceae) та включає понад 20 видів. Три з них культивуються та мають високу продуктивність у всьому світі, тому є найбільш поширені: Cucurbita pepo, Cucurbita maxima, Cucurbita moschata. Рослина гарбуз використовується у традиційній медицині багатьох країн світу, таких як: Китай, Словачія, Аргентина, Індія, Україна, Мексика, Бразилія, Америка та ін. Привабливість цієї рослини у фармації для створення лікарських засобів обумовлена цілим спектром фармакотерапевтичної активності: антиоксидантна, гіполіпідемічна, гепатопротекторна, антиканцерогенна, антимікробна, антидіабетична, імуномодулююча, простатопротекторна, антигельмінтна, протипухлинна. Гарбуз містить біологічно-активні компоненти, до яких відносяться: вітаміни, мікроелементи,

каротиноїди, лігнани та фітостероли, жирні кислоти, амінокислоти, полісахариди, пептиди, активні білки, параамінобензойна кислота. Однак, ця рослина має значні відмінності щодо складу поживних речовин, залежно від умов зростання, виду та його частин (насіння чи м'якоти). М'якоть гарбуза є основним джерелом каротиноїдів (β-каротину, γ-аміномасляної кислоти) полісахаридів та пептидів, багата на вітаміни (С, В1, В2 та РР), незамінні амінокислоти (треонін, валін, ізолейцин, лейцин, фенілаланін, метіонін), що відіграють велике значення в обміні речовин. Насіння гарбуза є джерелом вітаміну Е (токоферолу), ненасичених та насичених жирних кислот (пальмітинова, стеаринова, олеїнова, лінолева та ін.), мікроелементів (Zn, P, Ca, K, Mg, Se, Cu, Fe), амінокислот (аланін, аргінін, глутамін, гістидин, валін та ін.). Таким чином, рослинна сировина гарбуза (насіння та м'якоть), що у великій кількості залишаються на промислових сокових виробництвах як побічні продукти, можуть бути використані для створення нових вітчизняних лікарських препаратів різної направленості дії.

Іванова Я.О., Мельник Л.Д., Бабій О.В.

ОБГРУНТУВАННЯ СКЛАДУ ОСНОВИ ГЕЛЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ

Вінницький медичний коледж ім. акад. Д.К. Заболотного, Вінниця, Україна

Циклова комісія фармацевтичних дисциплін

(науковий керівник - к.мед.н. Андрієвський І.Ю.)

Основною причиною захворювань є мікроорганізми, продукти життєдіяльності яких починають руйнувати зубну зв'язку, а далі кістку, що призводить до втрати здорового зуба. За результатами досліджень ВООЗ у молоді віком 15–19 років рівень захворювання пародонту складає 55–99%, у осіб 35–44 років – 65–98% випадків, люди віком 40–50 років втрачають зуби в 80% випадків. Запропоновано багато схем та засобів для лікування цієї патології. Важливе значення приділяється комплексній місцевій терапії, яка включає знеболюючі, антисептичні, протизапальні, антибактеріальні, протигрибкові, кератопластичні, імуномодельючі лікарські засоби (ЛЗ) та антиоксиданти. Аналіз асортименту ЛЗ на фармацевтичному ринку України показав необхідність розробки рецептури стоматологічного гелю з антимікробною та протизапальною активністю.

Мета дослідження: підбір основи стабільного гелю з водними витягами з лікарської рослинної сировини для лікування пародонту.

Матеріали та методи дослідження: гелі з водними витягами кори дубу та листя кропиви

дводомної, які виготовлені на різних гелевих основах: карболової, ксантановій та похідних целюлози. Осмотичну активність гелевих основ вивчали методом діалізу через напівпроникну мембрану, термолабільність та колоїдність згідно ГОСТ 29188.3–91, рН водних витягів зразків гелів – потенціометричним методом, ступінь вивільнення лікарських речовин (ЛР) з основ – методом «агарових пластинок» та дифузії через напівпроникну мембрану.

Результати дослідження. З метою вибору оптимального складу носія були виготовлені експериментальні зразки гелевих основ, які підібрані за даними літературних джерел та проведених біофармацевтичних, фізико-хімічних досліджень. Експериментально встановлені оптимальні концентрації карбомеру, ксантанової камеді та натрій карбоксиметилцелюлози, які відповідно становлять 0,5%; 3% та 1,5%. Для запобігання висиханню гелю та помірної осмотичної активності використано пропіленгліколь в концентрації 10%. Також як допоміжну речовину використано ментол в концентрації 0,5%.



Казунин М.С., Прийменко А.О., Васильєв Д.А.

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНЫХ 3-(МЕТИЛКСАНТИНИЛ-8)ПРОПАНОВОЙ КИСЛОТЫ

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Кафедра органической химии

(научный руководитель - к.мед.н. Прийменко Б.О.)

Среди производных ксантина найдено значительное количество веществ, обладающих аналептической, диуретической, гипотензивной, актопротекторной, противомикробной и другими видами активности. Сегодня является актуальной проблема поиска новых препаратов противотуберкулезного действия, поскольку массовое применение различного рода фармпрепаратов вызывает появление резистентных штаммов микроорганизмов. Получение различных производных N1-, N7-замещенных 3-метилпуридина-2,6 (ксантина) является перспективным направлением для поиска новых веществ, которые могут найти применение в медицинской практике.

Целью исследования является поиск биологически-активных соединений обладающих противотуберкулезной активностью среди производных ксантина и установление закономерности между исследуемой биологической активностью и особенностями их химического строения.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являются илиденые производные гидразида 3-(3-метил-7-R-2,6-диоксо-2,3,6,7-тетрагидро-1Н-пурин-8-ил)пропановой кислоты, синтезированных на кафедре органической и биоорганической химии ЗГМУ.

Данные вещества для исследования были взяты в концентрации 0,2 мкг/мл среды, идентичной концентрации изониазида в среде Левенштейн-

на-Йенсена при определении устойчивости к антибиотикам по методу Канетти in vitro. В качестве культуры, выбранной для тестирования использовали лабораторный штамм H37RV, чувствительный к антибактериальным препаратам группы ГИНК. Среду Левенштейна-Йенсена с исследуемой концентрацией веществ разливали по 5 мл в стерильные пробирки и свертывали в скошенном виде при 850С на протяжении 30 минут в аппарате для свертывания сыворотки крови. На готовую среду проводили посев суспензии лабораторного штамма H37RV, откалиброванную по стандарту мутности - 1 McF (300X106 микр/тел в 1 мл) и разведенную до 10⁻⁴ стерильным физраствором. Как разведения использовались 10⁻² и 10⁻⁴, из них параллельно были сделаны два контрольных посева на среду Левенштейна-Йенсена без добавления исследуемых соединений. Посевы инкубировали в термостате при 370С. Учет результатов проводили через 3-4 недели при появлении хорошего роста на контрольных посевах.

Анализ полученных результатов показывает, что к большинству синтезированных гидразонов 3-(3-метил-7-R-2,6-диоксо-2,3,6,7-тетрагидро-1Н-пурин-8-ил)пропановой кислоты исследуемый штамм проявляет устойчивость. Штамм H37RV не проявил чувствительности к гидразонам.

Олійников Д.С., Молодкіна О.М., Моспанова О.В.

ВИКОРИСТАННЯ ПЛІВКОВОГО ПОКРИТТЯ ДЛЯ ОДЕРЖАННЯ ТАБЛЕТОК МЕЛЬДОНІЯ

Східноукраїнський національний університет ім. В. Даля, Рубіжне, Україна

Інститут хімічних технологій

(науковий керівник - к.мед.н. Моспанова О.В.)

Капсули, як лікарська форма, незважаючи на широкое розповсюдження, мають деякі недоліки. Технологія інкапсуляції складніше і дорожче, ніж широко відомі методи одержання таблеток. У зв'язку з цим становить інтерес розробка таблеткової форми мельдонія, вкритої оболонкою.

Мельдоній є дуже гігроскопічною речовиною. Непокриті оболонкою таблетки, перебуваючи на повітрі, адсорбують із атмосфери вологу і «розтікаються». У зв'язку з цим, виникла необхідність у нанесенні плівкового покриття

для захисту від вологи.

В якості розчину для покриття таблеткових ядер мельдонія обраний розчин гідроксипропілцелюлози в етиловому спирті. Щоб уникнути злипання таблеток в процесі покриття в спиртовий розчин додавався тальк.

В умовах in vitro оболонка протягом 2-3 хвилин повністю розчиняється у воді і істотно не впливає на фізичні властивості таблетки.

Нанесення оболонки на таблеткові ядра здійснювали в апараті барабанного типу з верхнім розпиленням.

Опрошанська Т.В.
**КОМПЛЕКСНЕ ВИВЧЕННЯ ГУСТИХ ЕКСТРАКТІВ КОРЕНЯ ТА
 ЛИСТЯ ЛОПУХА ВЕЛИКОГО**

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
 Кафедра фармакогнозії
 (науковий керівник - д.мед.н. Хворост О.П.)

Препарати на основі лікарської рослинної сировини набувають все більше популярності у зв'язку з тим, що фітозасоби мають нижчу токсичність та менші побічні ефекти у порівнянні з синтетичними засобами. Актуальною задачею сьогодення є створення нових фітозасобів. В цьому аспекті нашу увагу привернув лопух великий, який широко використовується в народній медицині, але в Україні ця рослина неофіційна.

Мета роботи – комплексне вивчення густих екстрактів кореня та листя лопуха великого.

Матеріали та методи. Густі екстракти отримували за допомогою методу дробної мацерації при кімнатній температурі. В якості екстрагенту використовували спирт етиловий 40%. Вміст органічних кислот, аскорбінової кислоти, суми окиснюваних фенолів, гідроксикоричних кислот, флавоноїдів, амінокислот та макро- і мікроелементів вивчали за допомогою триметричного, спектрофотометричного, хроматографічного та атомно-емісійного спектрометричного методів аналізу.

Дослідження противиразкової активності проводили на моделі спирто-преднізолонної виразки шлунку (гостра) у лікувально-профілактичному режимі (препарат порівняння – альтан), а вивчення протизапальної активності – на моделі

карагенінового набряку (препарат порівняння – диклофенак натрію).

Результати дослідження. Густі екстракти кореня та листя лопуха великого відповідно містять 3% та 2% органічних кислот, 0,04% та 0,07% аскорбінової кислоти, 13% та 9% суми окиснюваних фенолів, 4% та 2% гідроксикоричних кислот, 4% та 3% флавоноїдів, 3% та 4% амінокислот, 5% та 4% макро- і мікроелементів.

При лікувально-профілактичному режимі введення густих екстрактів кореня та листя лопуха великого значення показника противиразкової активності становило 60% та 64% відповідно, тоді як для альтану – 72%.

Густий екстракт листя за показником протизапальної активності (49%) не поступався диклофенаку натрію (50%), тоді як у густого екстракту кореня цей показник у 1,7 рази нижчий (30%).

Висновки. В результаті дослідження вивчено кількісний вміст різних груп біологічно активних речовин у густих екстрактах кореня та листя лопуха великого і встановлено, що густі екстракти проявляють противиразкову та протизапальну активність. Отримані дані будуть використанні в подальших дослідженнях.

Паламар А.О., Ткачук О.Ю., Івашків О.Б., Музика Н.Я.
ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ ЯК ДЖЕРЕЛО АНТИОКСИДАНТІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
 Кафедра фармації
 (науковий керівник - Паламар А.О.)

Застосування антиоксидантів у схемах фармакотерапії в останні роки стало особливо актуальним, оскільки саме вони нейтралізують в організмі надлишок вільних радикалів, що утворюються в процесі обміну речовин. При цьому висока реакційна здатність радикалів у фізіологічних умовах призводить до прискорення процесів окислення, які руйнують молекулярну основу клітини і, як наслідок, спричиняє патологічні стани серцево-судинної, нервової систем, травного каналу, а також онкологічні та ендокринні захворювання. Для попередження прогресування цих процесів широко застосовують антиоксиданти як природні, так і синтетичні. Метою роботи було вивчення лікарських рослин як джерела природних антиоксидантів, їх впливу на організм людини та умови збагачення ними. Перспективними джерелами антиоксидантів є рослинні об'єкти, які мають ряд переваг над синтетичними і здатні захищати організм людини від шкідливого впливу вільних радикалів. Їх застосування в комплексному лікуванні захворювань прискорює клініко-лабораторну ремісію, зменшує частоту рецидивів та нормалізує стан пероксидного окиснення ліпідів і антиоксидантного захисту.

В лікарських рослинах антиоксиданти представлені токоферолами, каротиноїдами, аскорбіновою кислотою, поліфенолами, біофлавоноїдами і містяться у певних співвідношеннях.

Аналіз літературних джерел показав, що найціннішу та найвищу антиоксидантну активність проявляють біологічно активні речовини, які містяться в таких рослинах: горіх волоський (*Juglans regia*), журавлина чотирипелюсткова (*Oxycoccus quadripetalus*), куркума довга (*Curcuma longa*), шипшина корична (*Rosa cinnamomea*), часник городній (*Allium sativum*), гінкго дволопатеве (*Ginkgo biloba*), золотий корінь або родіола рожева (*Rhodiola rosea*), імбир лікарський (*Zingiber officinale*), розтопша плямиста (*Silybum marianum*), плющ звичайний (*Hedera helix*), чемериця червонуватий (*Helleborus purpurascens*) та деякі представники родини злакові (*Poaceae*).

Таким чином, антиоксиданти нейтралізуючи дію вільних радикалів, сприяють відновленню клітин, допомагають попередити виникнення багатьох захворювань та покращити загальний стан організму.



Прийменко А.О., Васильев Д.А., Казунин М.С.

ПОИСК БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В РЯДУ 7-R-8-(ГИДРОКСИМЕТИЛ)-3-МЕТИЛ-1Н-ПУРИН-2,6(3Н,7Н)-ДИОНАЗапорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина
Кафедра биохимии и лабораторной диагностики
(научный руководитель - д.мед.н. Александра К.В.)

Современный этап научно-технического прогресса фармацевтической науки связан с развитием целенаправленного синтеза биологически активных соединений и создание на их основе новых высокоэффективных лекарственных средств, которые могли бы конкурировать с дорогостоящими импортными препаратами.

В этом же плане особое внимание исследователей привлекают производные пуриндиона-2,6, которые играют важную роль в жизнедеятельности растительных и животных организмов.

Следует отметить также природные соединения, как аденин, гуанин, кинетин, теофиллин, теобромин, кофеин.

Интерес к химии пурина обусловлен тем, что он выступает структурным фрагментом ряда природных биорегуляторов и синтетических лекарственных препаратов (пентоксифиллин, этофиллин, сплантин, теокор, гексотанол, теофибрат, 6-меркаптопурин и др.), обладающих разнообразным фармакологическим действием.

Исходя из вышесказанного, поиск биологически активных соединений в ряду производных пуриндиона-2,6 является актуальным и имеет теоретическую и практическую значимость.

Высокая реакционная способность пуринового ядра позволяет осуществить синтез неизвестных ранее производных пуриндиона-2,6, а это создает значительный резерв для поиска новых лекарственных средств широкого спектра дей-

ствия.

Целью данного исследования является расширение арсенала биологически активных веществ, производных пуриндиона-2,6 – потенциальных лекарственных средств. Нами получен ряд производных на основе 7-R-8-(гидроксиметил)-3-метил-1Н-пуриин-2,6(3Н,7Н)-диона.

С помощью программы PASS C&T (Prediction Activity Spectra for Substances) проведено прогнозирование биологической активности синтезированных соединений.

Острая токсичность (LD50) была изучена по методу Кербера при внутривенном введении синтезированных веществ. Результаты исследований показали, что по классификации К.К. Сидорова полученные вещества относятся к IV классу токсичности – малотоксичные вещества.

Первичный фармакологический скрининг показал, что синтезированные соединения проявляют диуретическую, анальгетическую, противовоспалительную, нейротропную активность.

Результаты исследования обработаны современными методами анализа с использованием программы STATISTICA for Windows 6.0.

Достоверность межгрупповых отличий по данным экспериментов устанавливали с помощью t-критерия Стьюдента.

Установлены некоторые закономерности между структурой и биологическим действием полученных веществ.

Сахацька І.М., Ткачук О.Ю., Островська І.В., Костиняк О.Ю., Ворожбит О.О.

АНАЛІЗ ЛІПОФІЛЬНИХ ФРАКЦІЙ КОРЕНЕВИЦ З КОРЕНЯМИ ПІВОНІЇ ЛІКАРСЬКОЇ СОРТИВ «ALBA PLENA» ТА «ROSEA PLENA»Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
Кафедра хімії природних сполук
(науковий керівник - Кисличенко В.С.)

Пошук нових видів лікарської рослинної сировини і створення на їх основі ефективних, безпечних вітчизняних лікарських засобів є актуальними завданнями сучасної фармації. Особлива увага надається рослинам з багатокітковим досвідом використання в народній медицині, до яких належать і рослини роду *Raeonia L.* В якості лікарської рослинної сировини використовують кореневище з коренями, в яких містяться ефірні олії, дубильні речовини, таніни, сапоніни, сліди алкалоїдів, крохмаль, цукор, макро- та мікроелементи.

Метою нашої роботи стало дослідження хімічного складу кореневищ з коренями півонії лікарської сортів «Alba plena» та «Rosea plena», зокрема наявності в них жирних кислот, які, згідно літературних даних, проявляють протизапальні властивості.

Для аналізу ліпофільних фракцій використано метод, що ґрунтується на перетворенні тригліцеридів жирних кислот у метилові естери жирних кислот. Дослідження здійснено на газовому хроматографі «Селміхром-1» з полум'яно-іонізаційним детектором методом газової хроматографії метилових естерів жирних кислот, які отримували за модифікованою

методикою Пейскера та ідентифікували за часом утримання піків у порівнянні зі стандартною сумішшю.

Встановлено, що кореневища з коренями півонії лікарської сорту «Rosea plena» містять 15 жирних кислот, а сорту «Alba plena» – 14. Серед насичених кислот досліджуваних ліпофільних фракцій переважала пальмітинова (в кореневищах з коренями сорту «Rosea plena» – 18,85%, сорту «Alba plena» – 24,27%), а серед ненасичених кислот у всіх досліджуваних зразках сировини – лінолева (59,47% і 52,02% у сировині сорту «Rosea plena» і «Alba plena» відповідно). Результати дослідження показали, що сумарний вміст ненасичених жирних кислот у ліпофільній фракції кореневищ з коренями сорту «Rosea plena» дещо вищий (75,46%), ніж у ліпофільній фракції сировини сорту «Alba plena» (70,33%).

Таким чином, отримані результати свідчать про значний вміст ненасичених жирних кислот в кореневищах з коренями півонії лікарської, що дає можливість рекомендувати їх як сировину для розробки нових фітопрепаратів, які б володіли протизапальними властивостями і в подальшому застосовувати в комплексній терапії запальних процесів.

Юрченко І.О., Татарінцева Г.О., Кучерявий Ю.М., Міколасюк О.О., Гоцуля А.С.

ВИВЧЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ БУДОВИ ФТОРАФУРА

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Кафедра токсикологічної та неорганічної хімії
(наукові керівники - д.філ.н. Панасенко О.І., д.філ.н. Буряк В.П.)

Метою нашого дослідження було вивчення спектрів вбирання фторафуру у розчинниках різної полярності. Вимірювання електронних спектрів проводилося із використанням спектрофотометра SPECORD 200 у кварцевих кюветах з шаром завтовшки 10 мм в межах від 200 до 400 нм. Лікарський засіб фторафур являє собою сполуку в молекулі якої тетрагідрофуран зв'язаний із 5-фторурацилом.

Незаміщений тетрагідрофуран проявляє максимуми вбирання при дуже коротких хвилях. За даними А. Р. Катрицького його максимуми знаходяться при 172,1 та 179,7 нм (у газовому стані). Внаслідок цього УФ-спектри фторафура безумовно пов'язані із наявністю в молекулі урацильного субституєнта. Тому у якості модельних сполук ми вивчали піримідин, урацил та 5-фторурацил.

Незаміщений піримідин характеризується у етанольному розчині високоінтенсивним максимумом при 243 нм та максимумом середньої інтенсивності при 280 нм. За даними Е. Штерна та К. Тіммонса, перший максимум відноситься до 1Lb - смуги, а другий до n→π*-смуги, тобто перша смуга залежить від наявності циклу ароматичного характеру, а друга - від локального збудження гетероатому нітрогену.

Для етанольного розчину урацилу спосте-

рігається тільки один максимум при 258 нм. Згідно Clark та Tinaco, для урацилу у водному розчині спостерігається більш інтенсивний максимум при 181 та 202 нм. Е. Штерн та К. Тіммонс розглядають смугу урацилу з максимумом при 259 нм (у водному розчині) як результат π→π*-переходу, але одночасно вказують, що урацили та тіоурацили в дійсності існують у амідній та тіоамідній таутомерних формах. Порівняння одержаних спектральних кривих піримідину та урацилу підтверджує амідну структуру урацилу і тому максимум при 258 нм є результатом p-π супряження у хромофорі урацилу. Таким чином, електронодонорний атом флуору сприяє переносу електронів у зазначеному хромофорі, у результаті чого відбувається батохромне зміщення максимуму на 9 нм. Аналогічний максимум спостерігається на спектрах фторафуру, а саме у межах 268-272 нм. Незначне батохромне зміщення по відношенню до незаміщеного 5-фторурацилу вказує, що тетрагідрофурановий субституєнт проявляє слабку електроновідштовхуючу дію (від атому нітрогена до карбонільної групи). Виключенням є спектр розчину фторафуру у концентрованій сульфатній кислоті, на якій спостерігається два максимуми при 260 та 286 нм.

Ющишена О.В.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКІСНОГО СКЛАДУ ТЕРПЕНОЇДІВ У ЛИСТІ, СУЦВІТТЯХ ТА СТЕБЛАХ VITEX AGNUS-CASTUS L. ТА V. CANNABIFOLIA SIEB.

ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМНУ», Київ, Україна;

Національний ботанічний сад НАНУ ім. М.М. Гришка, Київ, Україна

Держлабораторія з контролю якості лікарських засобів, Відділ нових культур

(науковий керівник - д.філ.н. Цуркан О.О., к.біол.н. Корабльова О.А.)

Терпени — важливі біологічно-активні речовини багатьох рослин, адже вони володіють протимікробною, протизапальною, спазмолітичною, седативною та іншими фармакологічними діями. Тому вивчення ефіроолійного складу нетрадиційних рослин — актуальна проблема фармацевтичної науки.

Метою дослідження було якісне виявлення терпенів у різних видах рослинної сировини вітексу священного (*Vitex agnus-castus* L.) та вітексу коноплевидного (*V. cannabifolia* Sieb.).

Об'єктами дослідження були водно-спиртові витяги з висушених стебел, листків та суцвіть вітексу священного та вітексу коноплевидного, заготовлених в період цвітіння, екстрагент — 70% спирт етиловий, співвідношення сировина-екстрагент 1:50.

Дослідження проводили методом тонкошарової хроматографії (ТШХ) на пластинах розміром 10×10 см із силікагелем 60 F254. Рухомо фаза — толуол:етилацетат (93:7). Для проявлення плям пластинку послідовно обприскували 1% спиртовим розчин ваніліну і рівною кількістю 10% спиртового розчину кислоти сірчаної, термостатували 5 хв при температурі 110°C і досліджували при денному світлі.

На хроматограмі витягу з суцвіть та листя вітексу священного проявилися блакитні плями на Rf=0,70, Rf=0,57, Rf=0,3, Rf=0,16, фіолетові — на Rf=0,48, Rf=0,21, Rf=0,09 та Rf=0,04.

На Rf=0,35 проявилася зелено-блакитна, а на Rf=0,97 — рожева плями. На хроматограмі настійки стебел вітексу священного проявилися слабкі плями тих же кольорів на Rf=0,04, Rf=0,09, Rf=0,21, Rf=0,35, Rf=0,7 та Rf=0,97. На хроматограмі витягу з суцвіть вітексу коноплевидного проявилися плями тих же кольорів на Rf=0,04, Rf=0,09, Rf=0,35, Rf=0,49 та Rf=0,97. Пляма на Rf=0,48 відсутня на хроматограмі витягу з листя вітексу коноплевидного, проте наявна пляма на Rf=0,30. Настійка зі стебел показала наявність плям лише на Rf=0,04, Rf=0,09 та 0,21. За величинами Rf та кольорами плями на Rf=0,21, Rf=0,35, Rf=0,48, Rf=0,7 та Rf=0,97 відповідають стандартам терпенеолу, ліналоолу, 1,8-цинеолу, терпенеол-ацетату та α-пінену. Результати дослідження свідчать про наявність у листі та суцвіттях вітексу священного вищезазначених терпеноїдів, у стеблах же 1,8-цинеол відсутній, або міститься в кількостях, які входять за межі визначення даною методикою. У суцвіттях вітексу коноплевидного виявлено терпенеол, ліналоол, 1,8-цинеол та α-пінен, у листі — ті ж речовини, окрім 1,8-цинеолу. У стеблах даним методом був виявлений лише терпенеол.

Таким чином, досліджений якісний терпеноїдний склад рослинної сировини вітексу священного та вітексу коноплевидного.



Фтизіатрія та пульмонологія

Баранська І.М., Геглюк О.М., Проскурович О.С., Бойко С.В.

РЕЗУЛЬТАТИ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТУПЕНЯ НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - к.мед.н. Кушнір Л.Д.)

Актуальність. За даними ВООЗ метаболічний синдром, а також хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одні з найбільш розповсюджених захворювань. В Україні поширеність ХОЗЛ складає до 30%, а хворих з метаболічним синдромом – до 52 %. Метаболічний синдром відмічали у кожного третього хворого на ХОЗЛ. Мета роботи. Визначити особливості показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) та ступеня насичення крові киснем у хворих з метаболічним синдромом в поєднанні з ХОЗЛ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 25 (чоловіків – 15, жінок – 10) хворих на ХОЗЛ (1-а група); 21 (чоловіків – 14, жінок – 7) хворих на ХОЗЛ із супутнім метаболічним синдромом (2-а група). Контрольну групу склали 15 (чоловіків – 9 та жінок – 6) практично здорових осіб (ПЗО)

(3-я група), рандомізованих із хворими за віком і статтю, в яких на момент обстеження не було жодних гострих та хронічних захворювань.

Висновки.

1. У хворих на ХОЗЛ із супутнім метаболічним синдромом, виникає істотніше зниження показників ЖЄЛ (14,42% ($p < 0,05$)), ФЖЄЛ (12,90% ($p < 0,05$)) та ОФВ1 (17,30% ($p < 0,05$)) порівняно з показниками хворих на ХОЗЛ, що свідчить про поглиблення мікроциркуляторних розладів, порушення перфузійних процесів в легенях під впливом прогресуючої гіпоксії

2. У більшості хворих на ХОЗЛ (97,48% ($p < 0,05$)) визначається зниження насичення крові киснем, що підтверджується результатами пульсоксиметричного дослідження.

Басіста А.С., Герман А.О., Єременчук І.В.

ТУБЕРКУЛЬОЗ НИРОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник - к.мед.н. Степаненко В.О.)

Туберкульоз органів сечової системи – одне з найпоширеніших урологічних захворювань, що поступається за частотою лише неспецифічним запальним процесам, сечокам'яній хворобі і новоутворенням. У структурі захворюваності дана патологія у поєднанні з туберкульозом статевих органів (урогенітальний туберкульоз) посідає перше місце серед локалізацій поза-легеневого туберкульозу. Сечостатевий туберкульоз розвивається у людей віком 20–40 років. У зв'язку з особливостями анатомічної будови, одночасне ураження нирок і статевих органів у чоловіків буває значно частіше, ніж у жінок. З органів сечової системи найчастіше уражаються нирки, серед чоловічих статевих органів – придаток яєчка, передміхурова залоза, у жінок – маткові труби й матка. Туберкульоз нирок нерідко поєднується з туберкульозом легень, кісток і суглобів. Туберкульоз нирок часто має безсимптомний перебіг. У цих випадках припущення про захворювання виникає при тривалій лейкоцитурії, нерідко супутній гематурії, кислій реакції сечі. При локалізації туберкульозних змін

у кірковій речовині нирок хворі можуть скаржитися на нездужання, невиражений тупий біль у поперековій ділянці, епізодичні підвищення температури тіла. У таких хворих у загальному аналізі сечі і на знімку при рентгеноконтрастному дослідженні сечовивідних шляхів патологічних змін можна не виявити, у зв'язку з чим цю стадію туберкульозу нирок називають субклінічною. Уточнює діагноз туберкульозу виявлення МБТ у сечі. Для кавернозного туберкульозу нирок характерна виражена інтоксикація з підвищенням температури тіла до фебрильних показників, озноб, постійний тупий біль, що перемежається нирковими коліками. При поширенні туберкульозного запалення на сечовід і сечовий міхур у хворих з'являється часте, болюче сечовипускання. Всі форми нелікованого деструктивного туберкульозу нирок в силу анатомічних змін ниркової паренхіми і приниркової клітковини, сечовода й сечового міхура можуть зрештою трансформуватися у туберкульозний піонефроз, вторинно зморщену або звапнену нирку.



Гралюк О.В., Єременчук І.В., Сем`янів І.О.

ПРОФІЛАКТИКИ ЛЕГЕНЕВИХ КРОВОХАРКАНЬ І КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник - к.мед.н. Бойко А.В.)

Туберкульоз на сьогодні є гострою і актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, але й в цілому світі. Важливою залишається проблема перебігу туберкульозу із супутніми захворюваннями та ускладненнями. До небезпечних ускладнень належать легеневі кровохаркання та кровотечі. Ці ускладнення потребують невідкладної допомоги, до того ж, їх виникнення, тривалість і наслідки тяжко передбачити. Частота легеневих кровохаркань і кровотеч у хворих на туберкульоз легень, за статистичними даними, коливається в досить широкому діапазоні від 6,6 до 80,0 %. Після легеневих геморагій часто виникають ускладнення у вигляді аспіраційної пневмонії, ателектазу, загострення туберкульозного процесу. Легенева кровотеча, як причина смерті хворих на туберкульоз легень, була у 4-19,5 % випадків. Чинники, що сприяють виникненню легеневих кровохаркань і кровотеч, доволі різноманітні. Серед них переважають: наявність деструкції в

легенях, супутні захворювання, шкідливі звички, фізичні та психічні травми, деякі медикаментозні засоби, фізіотерапевтичні процедури тощо.

В умовах протитуберкульозного стаціонару з метою прогнозування легеневих кровохаркань і кровотеч у хворих на туберкульоз легень пропонується визначення прогностичних коефіцієнтів факторів ризику виникнення геморагічних ускладнень з подальшою комплексною профілактикою.

З метою профілактики легеневих геморагій у хворих на туберкульоз легень у дні несприятливих погодних умов бажано проводити комплексні заходи, які включають призначення гемостатичної терапії, зокрема із застосуванням фітогемостатиків (глуха кропива біла, деревій звичайний), проведення індивідуальної психотерапевтичної допомоги. В цей період хворі повинні дотримуватись щадного режиму і уникати фізичних навантажень.

Драгун У.П., Васильєв О.О., Мигайлюк Л.Д.

ТУБЕРКУЛЬОЗ І ПАНГІПОПІТУЇТАРИЗМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник - д.мед.н. Тодоріко Л.Д.)

Ймовірність захворювання людини на туберкульоз значною мірою визначається вірулентністю і масивністю туберкульозної інфекції, а також станом імунологічної реактивності організму. У 85 % хворих на активний туберкульоз виявляють імуносупресію, у третини із них – преморбідну. Метаболічні порушення, які розвиваються під час голодування, гіпоксії різного генезу, супровідних, зокрема ендокринних і автоімунних захворювань, лікуванні глюкокортикостероїдами, цитостатиками, радіаційного опромінення, зумовлюють дисфункцію імунітету, що підвищує ризик захворювання на туберкульоз. Із хвороб ендокринної системи в цьому плані основну увагу надають цукровому діабету, і лише він уведений в офіційний перелік груп підвищеного ризику. Водночас відомо, що дисбаланс гормонів щитоподібної залози, кіркової речовини надниркових залоз, статевих гормонів тощо можуть спричинити формування імунологічної недостатності. Певний інтерес з цієї точки зору становить пангіпопітуїтаризм. В основі розвитку гіпопітуїтаризму лежить недостатність секретції гормонів передньої частки гіпофіза, а як наслідок – вторинна гіпофункція інших периферичних ендокринних залоз. Гормональна недостатність гіпоталамо-гіпофізарної системи розвивається на ґрунті інфекційних, токсичних, судинних (при-

системних захворюваннях сполучної тканини), гранульоматозних, травматичних, пухлинних і алергічних (автоімунних) уражень передньої частки гіпофіза і (або) гіпоталамуса. Аналогічний синдром виникає також унаслідок променевої або хірургічної гіпофізектомії. Захворювання можуть передувати грип, енцефаліт, тиф, дизентерія, туберкульоз, сифіліс, гнійні процеси у різних органах і тканинах, черепномозкові травми. Випадання функцій тропних гормонів призводить до різкого зниження функцій периферичних ендокринних залоз. Зниження продукції соматотропіну супроводжується виснаженням, спланхномікрією. Випадання гонадотропної функції гіпофізу стає причиною недостатності функції яєчників, аменореї, атрофії матки, піхви, грудних залоз у жінок. У чоловіків зникають вторинні статеві ознаки (пахове оволосіння, вуса, борода), атрофуються яєчка, передміхурова залоза, статевий член. Дефіцит тиреотропного гормону зумовлює розвиток гіпофізарної мікседеми. Внаслідок різкого зниження продукції кортикотропіну виникає клінічна картина хронічної недостатності надниркових залоз аж до адисонічних кризів. Синдром обмінно-трофічних розладів виявляється різким схудненням, атрофією м'язів, передчасним старінням.

Дроздовська Л.Я., Михальчан К.Л., Сем`янів І.О.

ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР БРОНХОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник - к.мед.н. Степаненко В.О.)

Актуальність. Зміни в бронхах і легеневій тканині схожі етіологічно й перебувають у подібних фазах розвитку запального процесу. Це дозволяє стверджувати, що туберкульоз бронхів є не просто одним з ускладнень туберкульозу, він являє собою суть патогенезу туберкульозу у цілому й морфологічну основу бронхообструктивного синдрому у таких пацієнтів.

Мета дослідження. Вивчити особливості ендоскопічної картини хворих на туберкульоз легень ускладнений бронхообструктивним синдромом.

Об'єкт дослідження: хворі на вперше діагностований та хронічний туберкульоз легень.

Методи дослідження: інструментальні, статистичні.

Результати дослідження. За результатами досліджень хворих на туберкульоз легень встановлено, що нормальна ендоскопічна картина спостерігалась лише у 17 хворих, що становить 24,3 %. Патологічні зміни слизової бронхів виявлені у 53 хворих, що склало 75,7 % усього обстеженого контингенту. Серед клінічних

варіантів виявленого ендобронхіту (ЕБ) катаральний ЕБ встановлений у 32 (45,7%) хворих, гнійний ЕБ у 15 (21,4%) хворих, катарально-гнійний ЕБ у 6 (8,6%). У хворих на хронічні форми туберкульозу легень вірогідно частіше спостерігається гнійний ЕБ у 3,2 рази ($p < 0,01$) та катарально-гнійний ЕБ у 1,8 рази ($p < 0,05$), порівняно із хворими на вперше діагностований туберкульоз легень.

У хворих на вперше діагностований туберкульоз легень вірогідно частіше спостерігається катаральний ЕБ у 1,5 рази ($p < 0,05$), ніж у хворих на хронічні форми туберкульозу легень, а його локалізація у всіх випадках відповідала сегменту, у якому розташовувалася ділянка деструкції легеневої тканини. Таким чином, доведено, що бронхообструкція притаманна практично для всіх форм туберкульозу легень, у більшості хворих є генералізованою. Важливою ланкою патогенезу формування епідемічного туберкульозу легень є власне первинне ураження бронхів туберкульозним процесом з розвитком обструкції дихальних шляхів.

Каліновська К.М., Захарчук Т.В., Герман А.О.

МІНІМІЗАЦІЯ ТОКСИЧНОСТІ ТА НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ФУНКЦІЇ РІЗНИХ ОРГАНІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник - к.мед.н. Бойко А.В.)

Можливість продовження комплексного лікування антимікобактеріальними препаратами (АМБП) в значній мірі залежить від своєчасної терапії патогенетичними засобами, що спрямовано на усунення їх токсичності. Токсико-алергічні реакції, викликані стрептоміцином, канаміцином, аміноглікозидами можуть проявлятися висипами, підвищенням температури, еозинofilією, бронхоспазмом, зниження слуху. Для усунення цих небажаних реакцій показано призначення всередину глюконату кальцію, димедролу, піпольфену, супрастину у вікових дозуваннях, пантотенату кальцію. ПАСК викликає у дітей диспепсичні розлади: нудоту, блювання, метеоризм. Ці явища можна попередити призначенням ПАСК після їжі, запиванням молоком або мінеральною лужною водою. При лікуванні ізоніазидом, фтивазидом, метазидом побічні реакції виражаються появою свербіння, висипань на шкірі, головного болю, запаморочень, парестезій, периферійних невритів, іноді порушенням функції печінки. Більшість побічних явищ, викликаних препаратами групи ГНК, усуває піридоксин (вітамін В6). Циклосерин впливає в основному на центральну нервову систему. Побічні явища виражаються появою головного болю, підвищеної дратівливості, плаксивості, сонливості,

агресивності, погіршенням пам'яті. Попередити або усунути токсичну дію циклосерину можна призначенням на період лікування глютамінової кислоти. Слід звернути увагу на те, що побічні реакції від прийому циклосерину найбільш вираженими бувають у дітей молодшого віку. Найбільш частими побічними реакціями у дітей при лікуванні етіонаміду є шлунково-кишкові розлади. Найбільш дієвим засобом, що усуває побічні реакції від етіонаміду, є нікотинамід або нікотинова кислота. При побічних реакціях, які виникають при прийомі етіонаміду його можна замінити на аналоги – протіонамід, який переноситься добре. Піразинамід може викликати диспепсичні явища і порушення функції печінки. Вони можуть бути послаблені або усунені призначенням метіоніну, вітамінів групи В. У період лікування необхідний контроль за функцією печінки. Етамбутол може викликати зниження гостроти зору, обумовлене невритом зорового нерва, а також порушення кольоровідчуття. Медикаментозна кореляція побічних реакцій етамбутолу може бути здійснена призначенням тіаміну.

Слід відмітити, що при появі побічних реакцій на той чи інший препарат не можна відразу виключити його з лікування. Необхідно використовувати весь арсенал патогенетичних засобів.



Криворучко І.Г., Гопко О.Ф.

МІСЦЕ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В ПАТОГЕНЕЗІ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна
Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - д.мед.н. Скрипник І.М.)

Актуальність. За даними епідеміологічних досліджень поширеність бронхіальної астми (БА) у світі серед дорослих становить від 1 до 18%. Задовго до появи явних психосоматичних розладів чи перших симптомів БА у хворих відзначаються окремі ознаки емоційної напруги чи стану хронічної тривожності.

Мета дослідження. Оцінка ролі психоемоційної дезадаптації в патогенезі загострень у хворих на БА.

Матеріали і методи. Вивчався психоемоційний стан 45 пацієнтів, які знаходились на лікуванні в алергологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського. В залежності від ступеня тяжкості БА хворі були розподілені на 3 групи: з легкою БА – 14 пацієнтів, середньої тяжкості – 21 хворий, тяжкою – 10 обстежених. Ступінь тяжкості БА визначали за опитувальником АСQ для хворих на БА. Ступінь психоемоційної дезадаптації оцінювали на підставі анкетування за допомогою тестів Спілберга-Ханіна, стресостійкості та нервово-психічної адаптації до стресорних впливів. Якість життя хворих на БА вивчали за допомогою опитувальника AQLQ. Причинні фактори загострень БА вивчали за власне розробленою анкету.

Результати дослідження. У респондентів III

групи з високим ступенем тяжкості БА показник ситуативної тривожності перевищував відповідний у хворих I групи у 2,4 раза, II групи – в 1,3 раза ($p < 0,01$). В опитаних II групи він був вищим в 1,75 раза, ніж у пацієнтів I групи. Встановлено зростання ситуативної тривожності у пацієнтів III групи у 2,7 раза та 1,29 раза порівняно з відповідними показниками у пацієнтів I та II груп ($p < 0,01$) на тлі зростання стану нервово-психічної дезадаптації у хворих III групи ($99,5 \pm 8,1$ балів). У хворих III групи сумарна кількість балів за тестом стресостійкості була вищою в 1,8 раза, ніж у респондентів I групи ($p < 0,01$). Аналіз вивчення якості життя хворих на БА виявив, що пацієнти з високим ступенем психосоматичних порушень мають низьку якість життя, що підтверджувалось вірогідним зменшенням індексу обмеження активності в 1,5 раза ($p < 0,01$), виразності симптомів – в 1,6 раза ($p < 0,02$), емоційного стану – у 2,1 раза та впливу оточуючого середовища – у 3,1 раза ($p < 0,001$). Висновки. Факторами, що сприяють загостренню БА є неблагополуччя в сфері сімейних відносин у 39,0% обстежених, низький рівень знань і уявлень хворих про свою патологію зі схильністю до витиснення астми зі свідомості у 49,5% респондентів та психоемоційна дезадаптація.

Мотовиляк К.Р., Завальнюк М.О., Мигайлюк Л.Д.

ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ НЕЙРОПЕПТИДІВ, В ПОРУШЕННІ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ТА СПОСОБИ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фізіотрії та пульмонології
(науковий керівник - к.мед.н. Сливка В.І.)

Метою нашої роботи було дослідити роль нейропептидів в розвитку дихальної недостатності у хворих на деструктивний туберкульоз легень та провести корекцію порушень функції зовнішнього дихання.

З'ясувати вплив препарату «Апітонік» на функцію зовнішнього дихання і вміст у плазмі крові та конденсаті повітря, що видихається (КПВ), нейропептидів у хворих на деструктивний туберкульоз легень, а також порівняти ефективність лікування туберкульозу легень з точки зору терміну припинення бактеріовиділення, закриття порожнин розпаду і покращення функції зовнішнього дихання запропонованим способом з існуючими способами лікування.

Дослідження ролі нейропептидів у порушенні функції зовнішнього дихання проводили шляхом радіоімунологічного визначення вмісту таких нейропептидів, як бомбензин (БМБ), вазоактивний інтестинальний пептид (VIP) і субстанція P (SP) у КПВ та у плазмі крові.

Лікування хворих на деструктивний туберкульоз (ДТЛ) проводили за рекомендаціями ВООЗ (Фещенко Ю.І., Мельник В.М., 2008). Взято було 27 хворих, які були поділені на дві групи. Основну групу склали 11 хворих на ДТЛ. Контроль-

ну групу (група порівняння) склали 16 хворих. Хворі основної групи додатково отримували «Апітонік». Із 27 хворих вперше виявлені склали 78%; раніше ліковані – 22%; інтоксикація спостерігалася у 80,1%; катаральні явища у 83,7%; ускладнення – 43,2%; МБТ – 73%; РТДН – 53,9%; ОТДН – 22,7%; ЗТДН – 23,4%

Застосування в комплексному лікуванні «Апітоніку» приводило до зменшення вмісту БМБ в конденсаті повітря, що видихається та плазмі крові. Зростав рівень ВІП, який досягав величин у 2 рази більших, ніж в осіб контрольної групи. Рівень СР недостовірно знижувався і також перевищував контрольний показник.

Отже, ефективність комплексної терапії хворих на деструктивний туберкульоз легень була вищою в разі застосування препарату «Апітонік», що проявлялося скороченням терміну детоксикації (в середньому на $8,5 \pm 3,2$ днів), прискоренням розсмоктування зон інфільтрації в легенях, підвищенням частоти припинення бактеріовиділення, скороченням його терміну (у середньому на 0,9 міс.) та скороченням часу загоєння порожнин розпаду у легеневій тканині (у середньому на 0,8 міс.).

Орлецька Ю.І., Підвербецька О.В., Сем`янів І.О.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

(науковий керівник - к.мед.н. Шаповалов В.П.)

Актуальність. Найбільш частою причиною смерті ВІЛ-інфікованих осіб є туберкульоз (ТБ). Це пов'язано з пізнім виявленням ко-інфекції в силу діагностичних труднощів, спричинених атипівністю клінічного перебігу ВІЛ-асоційованого ТБ.

Мета дослідження. Дослідження клінічних особливостей перебігу туберкульозу легень у ВІЛ-інфікованих хворих.

Матеріал і методи. Обстежено 15 ВІЛ-інфікованих, хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) легень (група 1) та 40 хворих на ВДТБ легень без ВІЛ-інфекції (група 2).

Загальний стан пацієнтів оцінювали за станом свідомості, положенням пацієнта в ліжку та функцією життєвоважливих органів.

Для оцінки вираженості синдромів, характерних для ТБ легень, а саме бронхолегеневого (БЛС) та інтоксикаційного (ІС), ми розробили оціночні шкали, за якими кожна скарга, яка характеризує відповідний синдром оцінювалась від 1 до 3 балів. Отримана сума балів визначала вираженість ІС та БЛС.

Результати. Виявлено, що загальний стан хворих на ВІЛ-асоційований ТБ більш важкий порівняно із загальним станом ВІЛ-негативних пацієнтів з ВДТБ легень ($p < 0,05$).

ІС у хворих на ВІЛ-асоційований ТБ у 53%

випадків був важким, у той час як у контрольній групі переважав ІС легкого ступеню – у 50%. ІС у хворих на ко-інфекцію був майже у 2,5 рази більш вираженим ($p < 0,05$), ніж у хворих групи порівняння – $8,1 \pm 2,4$ балів (95% ДІ 6,8–9,5 бали) у групі 1 проти $3,2 \pm 2,3$ балів (95% ДІ 2,5–4,0 бали) у групі 2.

Провідною ознакою ІС у хворих з ВІЛ була лихоманка – середня температура тіла хворих 1 групи була на $1,3$ °C вищою, ніж у пацієнтів контрольної групи ($38,4 \pm 0,98$ °C у групі 1 проти $37,1 \pm 0,5$ °C у групі 2).

Вираженість ІС у хворих на ко-інфекцію зворотно корелювала з кількістю СД4+–лімфоцитів ($r = -0,64$, $p < 0,05$).

БЛС у хворих на ВІЛ-асоційований ТБ супровожувався стертістю клінічних проявів та у 66,7% був легким, а у 20% – взагалі відсутнім. За бальною шкалою вираженість БЛС у ВІЛ-інфікованих пацієнтів була достовірно нижчою порівняно з контрольною групою ($p > 0,05$) – $1,9 \pm 1,8$ балів (95% ДІ 0,87–2,87) у групі 1 проти $2,8 \pm 2,1$ балів (95% ДІ 2,13–3,52) у групі 2.

Таким чином, у ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на туберкульоз, було встановлено вірогідне переважання вираженого ІС над бронхолегеневим, що не є характерним для ТБ легень та може бути причиною діагностичних помилок.

Поважна Н.Р., Герман А.О., Бойко А.В.

ФУНКЦІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

(науковий керівник - к.мед.н. Степаненко В.О.)

Складна ситуація щодо епідемії туберкульозу в Україні, яка оголошена ВООЗ у 1995 році, підкреслює необхідність фундаментальних досліджень у галузі фтизіатрії. Ситуація ускладнюється зростанням частоти хіміорезистентного туберкульозу, у тому числі полі- та мультирезистентного туберкульозу. Мультирезистентний туберкульоз – один з найважливіших показників неефективної боротьби з туберкульозом та основна причина його пандемії. Все вищезазначене вказує на високий інтерес до вивчення особливостей збудника, патогенезу, клінічних проявів та лікування хіміорезистентного туберкульозу. Різноманітні клінічні прояви захворювання при туберкульозі, недостатня ефективність лікувальних заходів при даному захворюванні змушують учених глибше досліджувати патофізіологічні механізми при туберкульозі.

Беручи до уваги унікальну роль щитоподібної залози у формуванні протитуберкульозного імунітету, вивчення її функції набуває важливого значення, особливо у хворих на хронічний туберкульоз легень. Щитоподібна залоза відіграє важ-

ливу роль у стимуляції Т-клітинного імунітету, тому вивчення взаємозв'язку тиреоїдної функції та туберкульозного процесу зберігає актуальність і в наші дні. Поширені деструктивні форми ТБ легень частіше супроводжуються пригніченням Th1-хелперної відповіді (відповідає за активність макрофагів, проліферацію Т-клітин, синтез IL-2, IFN γ і продукцію IL-6), а також активацією Th-2 клітин, що відповідають за гуморальну частину імунітету та продукцію IL-4 і TNF- α . При поширених формах ТБ збільшення рівня IFN- γ більш виражене, а IL-10 менш помітне, ніж при обмежених формах. Враховуючи, що гормональний дисбаланс ініціює імунологічні порушення різного ступеня, стає очевидним його вплив на особливості клініки та перебіг ТБ.

Порівнюючи ефективність лікування, встановлено, що патологія ЩЗ негативно впливає на лікувальний процес. Зникнення клінічних симптомів, припинення бактеріовиділення, закриття деструкцій наступало швидше у пацієнтів без патології ЩЗ. Однак, ці дані є фрагментарними і вимагають подальшого вивчення.



Рибарчук А.В., Фочук М.Ю., Бігунець В.С.

ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

(науковий керівник - к.мед.н. Бойко А.В.)

Основною причиною смерті кожного другого хворого на туберкульоз є легеневе серце, а на автопсії померлих від фіброзно-кавернозного туберкульозу легень у 100% хворих виявляють гіпертрофію правого шлуночка. ХЛС як ускладнення туберкульозу розвивається впродовж багатьох років. Провокуючим фактором є порушення функції зовнішнього дихання і структурні зміни в легенях, що зумовлюють вторинну легеневу гіпертензію, збільшення навантаження на правий шлуночок і його гіпертрофію. Серед усіх випадків серцевої недостатності легеневе серце складає 25%. ХЛС як ускладнення туберкульозу розвивається впродовж багатьох років. Провокуючим фактором є порушення функції зовнішнього дихання і структурні зміни у легенях, що зумовлюють вторинну легеневу гіпертензію, збільшення навантаження на правий шлуночок і відповідно зумовлюють його гіпертрофію. У ділянках легень, що недостатньо вентилуються, виникає спазм судин (гіпоксична вазоконстрикція), що на початкових етапах є адаптаційною зміною і забезпечує

інтенсивніше кровопостачання функціонально придатних відділів легень. У міру прогресування патологічного процесу, все більше судин спазмується, що призводить до зростання внутрішньосудинного опору. Має також значення підвищення внутрішньоальвеолярного тиску, що викликає високий гідростатичний тиск у капілярах. Порушення судинної архітекtonіки легень внаслідок туберкульозу, а також артеріальна гіпоксемія, що супроводжується поліцитемією, призводять безпосередньо до збільшення роботи правого шлуночка. Ступінь і тривалість підвищення легеневого артеріального тиску (нормальний тиск у легеневій артерії не перевищує 21– 25 мм рт. ст.) лягли в основу виділення трьох стадій ХЛС. Безпечним та інформативним методом визначення тиску в легеневій артерії є ехокардіоскопія з визначенням градієнта тиску на клапані легеневої артерії. Цей метод дозволяє також найбільш точно оцінити товщину стінок і розміри порожнин правих відділів серця, що дозволяє вчасно встановити патологію, і надати повноцінне лікування.

Сивокоровська А.С., Бойко А.В., Мигайлюк Л.Д.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВАКЦИНАЦІЮ ВСГ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

(науковий керівник - к.мед.н. Шаповалов В.П.)

Епідеміологічна ситуація щодо туберкульозу в Україні з кожним роком погіршується. Основними протитуберкульозними заходами для дітей залишаються щеплення проти туберкульозу і раннє виявлення інфікованих дітей за допомогою щорічної туберкулінодіагностики. Вакцина БЦЖ, створена в 1923 році двома французькими вченими А.Кальметтом і К.Гереном, стала потужним засобом у боротьбі з туберкульозом. БЦЖ-імунізація є обов'язковою у 64 державах і офіційно рекомендована в 118 країнах і територіях світу. В Україні згідно наказу МОЗ № 233 від 1996р. проводиться 3-х разове щеплення вакциною БЦЖ – при народженні та 2 ревакцинації (в 7 та 14 років). За даними літератури бурхливо дискутується питання доцільності ревакцинації дітей та підлітків, оскільки точно не встановлено тривалість дії первинної імунізації вакциною БЦЖ (строк дії коливається від 8 до 10 років). Іноземні науковці стверджують, що ревакцинація не дає належного ефекту, тому на туберкульоз хворіють в однаковій мірі і ревакциновані і неревакциновані. За останніми даними цю думку розглядають і українські вчені. Проводилась низка досліджень імуногенності та реактогенності

вакцини БЦЖ шляхом вивчення наявності та величини післявакцинальних знаків після первинної вакцинації та подальшої ревакцинації у 7 та 14 років, а також характер туберкулінової чутливості у цих дітей протягом від 1 до 14 років. За даними дослідження виявилось, що після вакцинації рубець менше 4 мм спостерігався майже у половини дітей. Після першої ревакцинації спостерігається ще більша кількість дітей, в яких не сформувався післявакцинальний рубчик. Після другої ревакцинації майже у жодної дитини не формується повноцінний поствакцинальний рубець. Отже, це свідчить про те, що ефективність ревакцинації в 7 років порівняно з первинною знижується майже вдвічі, а ревакцинація в 14 років виявляється неефективною. Питання ревакцинації потребує подальшого вивчення, для визначення доцільності ревакцинації БЦЖ необхідно вивчити частоту й структуру захворювання на туберкульоз у підлітків і молоді з відсутніми та повноцінними післяревакцинальними знаками. Якщо значення первинної вакцинації вакциною БЦЖ на сьогодні одногласно вважається важливим, то ревакцинації в 7 і 14 років – сумнівним.

Скрипник Л.М.

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ: ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ, ЩО ПАЛЯТЬ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
Кафедра терапії та сімейної медицини ФПО
(науковий керівник - д.мед.н. Глушко Л.В.)

Актуальність. Значна поширеність хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ), висока смертність та інвалідизація населення, прогресуюче поширення зловживання палінням висувають проблему захворювань легень на одне з перших місць.

Мета дослідження. Дослідження особливостей клінічного перебігу ХОЗЛ у пацієнтів, що палять. Матеріал і методи дослідження. Для досягнення визначеної мети було обстежено 40 пацієнтів, із них 20 осіб (основна група, (ОГ)) зі стажем паління більше 10 років, кількість випалених за день цигарок – 10 і більше, та 20 осіб (контрольна група (КГ)), які не палили. Додатково було проведено імунологічне обстеження у 40 практично здорових осіб, середній вік яких складав $38,3 \pm 4,7$ років.

Із метою імунофенотипування субпопуляції Т- і В-лімфоцитів застосовано метод непрямой імунофлуоресценції з використанням моноклональних антитіл до CD4, CD8, CD20, CD HLA-DR. Результати дослідження. Середні значення відносної кількості CD4 клітин (Т-хелперних клітин) та CD8 клітин (Т-супресорних клітин) були достовірно меншими за такі у практично здорових осіб ($p < 0,001$ та $p < 0,01$ відповідно),

проте, середня кількість CD4 клітин у курців була вірогідно нижчою за таку в осіб, що не палять, а середнє значення CD8 клітин, навпаки, було вірогідно більшим за таке у пацієнтів із ХОЗЛ, які не палять.

Середні значення CD20 клітин (В-лімфоцитів) у пацієнтів із ХОЗЛ були достовірно меншими за такі у практично здорових осіб ($p < 0,01$), та у курців значення даного показника було меншим за таке у тих, що не палять ($p < 0,01$).

Середнє значення показника HLA-Dr у курців вірогідно не відрізнялося від такого, у порівнянні з показником пацієнтів із ХОЗЛ, які не палять, проте, у хворих даний показник був достовірно більшим, у порівнянні із таким у практично здорових осіб ($p < 0,01$).

Висновки. Імунологічний аспект має важливе значення у патогенезі ХОЗЛ у пацієнтів із різними етіологічними чинниками розвитку патологічного запального процесу у бронхах, особливо в осіб, які палять. У зв'язку з цим, у комплексне лікування таких категорій пацієнтів для попередження загострень слід включати засоби, які покращують імунологічну реактивність організму.

Титкова А.В.

ДИСБАЛАНС ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина
Кафедра терапии, ревматологии и клинической фармакологии
(научный - д.мед.н. Опарин А.Г.)

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) занимает одно из лидирующих мест среди всех причин смерти (Afessa B., 2002). По прогнозам, если не будут приняты меры, направленные на уменьшение риска, общая смертность от ХОЗЛ в ближайшие 10 лет возрастет более чем на 30% и ожидается, что к 2020 году она достигнет 6 миллионов человек в год (Сидоров Д.Ю., 2009). В 2012 году от ХОЗЛ умерло более трех миллионов человек, что составило 5% всех случаев смерти в мире в этом году (Jean-Baptiste M., 2009). Среди причин сочетания ХОЗЛ и заболеланий желудочно-кишечного тракта можно отметить неблагоприятную экологическую обстановку, генетическую предрасположенность, высокий процент курящих, профессиональные вредности, пожилой возраст, избыточный вес, прием некоторых лекарственных средств, повышающих симпатическую активность (Rodriguez L.G., 2008). Таким образом, актуальность данной проблемы состоит в установлении взаимосвязей в патогенезе ХОЗЛ с сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с целью усовершенствования ранней диагностики и разработки лечебно-профилактических мероприятий у данной категории пациентов. Задача: 1. Изучить содержание про- и противовоспалительных цитокинов у больных ХОЗЛ с сопутствующей ГЭРБ и без сочетанной патологии. 2.

Разработать комплексный подход в проведении обследований больных ХОЗЛ с сопутствующей ГЭРБ, позволяющие прогнозировать течение коморбидной патологии. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 35 больных с диагнозом ХОЗЛ I-III ст. и 50 больных с диагнозом ХОЗЛ I-III ст. с сопутствующей ГЭРБ. Средний возраст больных составил $(56,05 \pm 1,89)$ года. Определяли уровни интерлейкинов (ИЛ) 4 и 6 в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем «ВекторБест», г. Новосибирск, Россия. Результаты. В результате проведенного исследования было установлено, что уровень содержания ИЛ-6 и ИЛ-4 в сыворотке крови больных ХОЗЛ с сопутствующей ГЭРБ был достоверно выше ($14,89 \pm 3,21$ пкг/мл и $4,51 \pm 0,97$ пкг/мл соответственно) в сравнении с группой больных ХОЗЛ ($7,19 \pm 2,69$ пкг/мл и $2,16 \pm 0,41$ пкг/мл соответственно) ($p < 0,05$). Таким образом, у больных с ХОЗЛ как с сочетанной патологией так и без нее в период обострения заболевания имеет место повышение уровня провоспалительных (ИЛ-6) и противовоспалительных (ИЛ-4) цитокинов, с большей степенью вероятности проявляющееся в группе больных с сочетанной патологией. Выводы: обоснована целесообразность определения уровня ИЛ у данных больных.



Хайменова Г.С.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННЯ ГРВІ.

Українська медична стоматологічна академія, Полтава, Україна

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з дерматовенерологією
(науковий керівник - д.мед.н. Потяженко М.М.)

Актуальність. Грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) залишаються однією з найактуальніших медичних і соціально-економічних проблем в масштабах земної кулі, тобто є проблемою світового значення.

Мета. Оцінити клінічну ефективність використання інгібітора протеолізу – амінокапронової кислоти (АКК) та ефективність застосування небулайзерної терапії і інтраназального шляху введення препарату з профілактичною метою у період епідемічного підйому захворюваності на сезонний грип та інші ГРВІ.

Матеріал і методи дослідження. В клініці внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з дерматовенерологією УМСА проводилась оцінка клінічної ефективності використання інгібітору протеолізу – АКК виробництва Тов. «Юрія-фарм» шляхом небулайзерної терапії та інтраназально. Досліджувалось 60 чоловік. Середній вік досліджувальних осіб складав $33,0 \pm 2,7$ років, практично рівнозначних за гендерною приналежністю (59,4% жінок та 40,6% чоловіків).

Перша група складала 20 осіб, яким з профілактичною метою була запропонована інтраназальна інстиляція 5% розчину АКК по 2–3 краплі 4 рази на добу протягом 7 днів.

Другу групу склали 20 осіб, яким була запропонована небулайзерна терапія з застосуванням 5%

розчину АКК в кількості 2 мл 1 раз на добу.

Третя група – 20 людей, контрольна, яка не отримувала ніяких профілактичних лікарських засобів.

Результати дослідження.

В першій групі з часом захворіли три особи на ГРВІ. У них мали місце характерні клінічні прояви.

Динамічні клінічні спостереження за особами другої дослідницької групи показали, що жоден із них (20 чоловік) не захворів на ГРВІ протягом усього періоду епідемічного підйому захворюваності на грип та інші ГРВІ.

В третій групі захворіло 13 людей.

Проведений у двох перших групах порівняльний аналіз деяких показників гуморального імунітету виявив статистично достовірне підвищення рівня Ig G. До лікування рівень: Ig A–14,8 ум. Од./мл; Ig M–10,7 ум. Од./мл; Ig G–7,2 ум. Од./мл. Після лікування: Ig A–17,7 ум. Од./мл; Ig M–16,3 ум. Од./мл; Ig G–29,8 ум. Од./мл.

Висновки:

1. В період епідемічного підйому захворюваності на ГРВІ з екстрено-профілактичною ціллю доцільно рекомендувати приймання АКК шляхом небулайзерної терапії.

2. Перспективою подальшої нашої роботи є раціональна розробка комбінованих схем лікування

Царик Р.В., Єременчук І.В., Підвербецька О.В.

ТУБЕРКУЛЬОЗ І ВАГІТНІСТЬ.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Фтизіатрії та пульмонології

(науковий керівник - к.мед.н. Степаненко В.О.)

Неактивний туберкульоз не загострюється під впливом вагітності. Процес, який виникає під час вагітності у більшості випадків має схильність до прогресування, ускладнюється розпадом і обсіюванням. Разом з тим, такий туберкульоз добре піддається лікуванню АБП, які в цих умовах також ефективні, як і у невагітних. Загрозу являють лише хронічні деструктивні процеси в легенях, з виділенням стійких МБТ, з поганою переносимістю АБП. Вагітність і пологи можуть сприяти їх прогресуванню, хоча ці форми мають складний прогноз і без них. Уваги вимагають первинний туберкульоз (ексудативний плеврит) і казеозний туберкульоз статевих органів, бо при неадекватній ХТ вагітність і пологи можуть спровокувати їх генералізацію, вимагають уваги і вперше виявлені неліквовані мінімальні туб.зміни в легенях, які часто довго зберігають активність.

Серед всіх погіршень 1/3 припадає на перші 3 місяці вагітності і 2/3 на перше півріччя після пологів. Неприятливими є перші місяці, тому що в цей час відбувається велика перебудова організму, викликана новими умовами, що може знизити опірність і викликати загострення. У цьому періоді не рідко з'являється загальна кволість і зниження маси тіла, підвищення температури і пітливість, посилення кашлю. Насторожує туберкульоз, що виникає під час вагітності, особливої уваги заслуговує міліарний туберкульоз, який може бути проявом генералізації первинного туберкульозу: ексудативний плеврит, як прояв первинного туберкульозу і туберкульоз статевих органів, який може бути джерелом гострого міліарного туберкульозу під час вагітності. Ці процеси вимагають особливо інтенсивної хіміотерапії.

Чобан В.В., Бранюк С.В., Бойко А.В.

ПЕРЕШКОДИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОНТРОЛЬОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ З НИЗЬКОЮ ПРИХИЛЬНІСТЮ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра фтизіатрії та пульмонології
(науковий керівник - д.мед.н. Тодоріко Л.Д.)

На сьогодні одна з провідних причин несприятливих наслідків туберкульозу — дострокове припинення пацієнтами протитуберкульозного лікування. Інформаційно-освітня робота з пацієнтами є засобом формування відповідального ставлення хворих на туберкульоз до лікування.

Мета дослідження. Визначення основних перешкод для проведення контрольованого лікування хворих на туберкульоз з низькою схильністю до антибактеріальної терапії та шляхи їх подолання.

Нами проведено анкетування методом випадкового відбору 210 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень та 43 пацієнта з підозрою на мультирезистентний характер його перебігу, які перебували на лікуванні в Чернівецькому обласному протитуберкульозному диспансері. Нами вперше визначено схильність хворих протягом стаціонарного лікування, клінічно-соціальну характеристику хворих із низькою схильністю до терапії, визна-

чено основні перешкоди для проведення контрольованого лікування та шляхи їх подолання. Висновки. Особи з асоціальною поведінкою, що хворіють на туберкульоз легень, представляють контингент, який істотно впливає на формування резервуару туберкульозної інфекції, оскільки більшість не дотримуються навіть основного курсу протитуберкульозної терапії. При дотриманні хоча б основного курсу лікування досягається покращання у 70,6 % пацієнтів з числа зазначеного контингенту. Система інформаційного навчання пацієнтів дозволяє підвищити рівень їх обізнаності до 92% при контрольному тестуванні проти 55% при традиційній системі інформування. Застосування системи інформаційного впливу на вперше виявлених хворих на туберкульоз легень дозволяє зменшити кількість осіб, які порушують режим стаціонарного лікування в 2,5 рази, підвищити ефективність стаціонарного лікування за загоєнням порожнин деструкцій та негативізацією мазка харкотиння методом простої бактеріоскопії.



Хірургія

Ligocki M.

GALLBLADDER PERFORATION DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Medical university of Warsaw, Warsaw, Poland
 Department of general, transplant and liver surgery
 (scientific adviser - DrMedSa Smoter P.)

Introduction. Laparoscopic cholecystectomy is accepted as the treatment of choice for acute cholecystitis. Perforation of the gallbladder may occur during cholecystectomy and leads to spillage of bile and gallstones. Because of spreading contamination, the influence on morbidity may be expected.

Aim of the study: The aim of this study was to compare laparoscopic and open cholecystectomy technic by assessing the morbidity and mortality rates, with a special consideration of the incidence of the gallbladder perforation.

Materials and methods. 585 cholecystectomies between January 2004 and December 2007 were included in this retrospective examination. The rate of gallbladder perforation was established on the basis of the operative charts data. Gender, age, type of cholecystectomy, postoperative

complications and duration of hospitalization were collected. Statistical analysis was performed.

Results. 380 of 585 (64.96%) patients underwent laparoscopic cholecystectomy. Morbidity and mortality rates in laparoscopic and open cholecystectomy were 1.84% vs. 9.27% ($p < 0.01$) and 0% vs. 1.46% ($p = 0.0181$) respectively. Median duration of hospitalization in laparoscopic and open cholecystectomy were 2 and 7 days ($p < 0.01$). Compared to laparotomy, gallbladder perforation occurred more often during laparoscopic cholecystectomy (8.68 vs. 1.46 % $p = 0.0005$). Wound infection and fever were observed more frequently in the group of patients with gallbladder perforation (8.3% vs. 1.64% $p = 0.0061$). No incidence of biliary peritonitis or sepsis were observed.

Purr S.

DEVELOPMENT OF TITANIUM-COATED VEIN VALVE PROTHESIS

University of Lubeck, Lubeck, Germany;
 (scientific adviser - DrMedSa Guldner N., DrMedSa Sievers H.H.)

Purpose. Right now there is still a high percentage of people with deep venous insufficiency who are treated symptomatically. We try to develop an artificial valve to reduce the reflux in the deep veins. The consequence would be a reduction of the high pressure in the lower limb, which often leads to pain and leg ulcer.

Materials and methods. First we constructed a set-up for the in-vitro experiments, which simulates the flow-dynamics in the deep femoral vein. All the valves were placed into a litiinol-stent (diameter 10mm, length 30mm). The metal and Delrin ball were placed into a special cage. Out of Polytetrafluoroethylene (PTFE) we constructed the butterfly valves (two connected wings) and the double-wing valve (two wings with a place between). Before implantation into the jugularis vein of a goat all the valves were coated with titanium. Until the explantation the goat was treated with Acetylsalicylic acid and Clopidogrel.
Results. The metal ball valve had the lowest regurgitation fraction $RF = 1\%$, a mean pressure difference during open valve (mean ΔP) of 8,9mmHg and a maximum pressure difference during closed

valve (max ΔP) of 20,6mmHg. The Delrin valve had a RF of 15%, almost the same max ΔP but a lower mean ΔP . After 100 days of in-vivo in the goat we explanted and realized, that the metal ball valve was closed by connective tissue. There was a 3mm whole insight the Delrin ball valve, but the ball could not move.

In the second step the butterfly valves were tested. They were not able to resist the high pressure and some of the thin PTFE tissues snapped back.

The double-wing valve with a RF of 60% and a relative max ΔP of 80% (metal ball valve = 100%) in-vitro was implanted. After 127 days there was no thrombosis but the inner surfaces of the wings were adhered by connective tissue.

Conclusions. Titanium-coated venous valves coat their surfaces with tissue (The kind of tissue will be histologically analysed). Although the ball valves were covered with connective tissue, there was no sign of thrombosis in the in-vivo experiments. The valve with the double-wings has to be improved by increasing the gap between the wings to improve the flow in the gap during the interval of open valve.



Sah S., Aissaoui A., Dhital K.

IMMUNOTHERAPY OF ABDOMINAL SEPSIS: A CLINICAL AND EXPERIMENTAL STUDY

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Department of general surgery
(scientific adviser - PhD Sydorчук K.)

Background objectives. Due to immune disorders playing a key role in development of Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) passive immune therapy is considered to be a method of choice for abdominal sepsis (AS) patients. Existing remedies (specific hyper immune serum, specific antibodies and immunoglobulins) are expensive and require exact validation of pathogens. The aim of the study was to evaluate the efficacy of using the AS reconvalescent donors plasma for passive immunotherapy of AS. **Methods.** The study was conducted both experimentally and clinically on 775 Wistar line rats and 38 inbred dogs. Totally 296 patients with AS were also involved into the study; 58 formed control group; 26 patients were selected as reconvalescent donors of plasma. Serum concentrations (ELISA) of major antibodies were determined against most significant pathogens (*E.coli*, *Staphylococcus spp.*, *S.aureus*, *Bacteroides spp.*, *K.pneumoniae*, *P.aeruginosa*). **Results.** Changes of serum antibodies concentrations were time dependent and fluctuating during the current of AS forming the waveform curves. Most remarkable decreases were

found during 24–72 hours of AS. Serum antibodies titres to main pathogens were slightly higher due to antibiotics and detoxication therapy. Operation by itself decreased titres from 4.42 ± 0.28 to 3.49 ± 0.25 (*E.coli*), from 5.41 ± 1.02 to 3.0 ± 0.58 (*P.aeruginosa*). Antistaphylococcal antibodies titres decreased from 7.22 ± 0.9 before surgery to 4.83 ± 0.47 after. Repeated operations alter antibodies concentrations even more significantly. The highest levels of antibodies were found in patients who underwent successful treatment of AS one to two months prior to investigation. Their plasma was used in treatment of AS patients. Intravenous administration of two-dose 100–200 ml of hyper immune plasma per day prevented following decrease of antibodies levels and in 98% case increased them ($21.39 \pm 1.47\%$). The cost of treatment was 15–37% lower if compare with traditional methods (control group). **Conclusion.** There is an exact evidence of hyperimmune plasma using efficacy in patients with abdominal sepsis; it is more cost effective if compare with traditional methods of immunotherapy.

Seweryn M., Fuchs A., Kolarczyk A.

PANCREATIC ADENOCARCINOMA AND DIABETES-CHARACTERISTIC OF PATIENTS AFTER PANCREATODUODENECTOMY AND BY-PASS SURGERY

Medical university of silesia in Katowice, Katowice, Poland

Department of gastrointestinal surgery

(scientific adviser - PhD Kusnierz K.)

Introduction. Pancreatic cancer is very important problem. The most common type of pancreatic cancer, is adenocarcinoma arising within the exocrine component of the pancreas. Pancreatic adenocarcinoma can lead to development of diabetes by affecting glucose tolerance. Pancreatoduodenectomy (PD) as a method of tumor treatment decreases amount of pancreatic islets and can trigger diabetes.

The aim of our study was to compare patients with pancreatic adenocarcinoma after PD and by-pass surgery (BPS) reviewing development of diabetes by analysis of glycaemia.

Material and methods. We perform prospective analysis of patients with pancreatic tumor qualified to PD in Department of Gastrointestinal Surgery among I–XII.2012. Within 91 patients with pancreatic tumor, 46 had adenocarcinoma. Patients were divided into two groups according to surgery. First group underwent PD, second BPS. In PD-group were 19 patients, in BPS-group–27. We analysed pre- and postoperative glycaemia, presence of pre- and postoperative diabetes, pre- and postoperative diabetes treatment, preoperative BMI and loss of weight, presence and time of jaundice occurrence before operation.

Results. In PD-group 47,4% (9) patients had

preoperative diabetes, in BPS-group 33,3% (9) had diabetes and 14,8% (4) impaired fasting glucose (IFG). There was no significant difference in duration of the diabetes before surgery ($p > 0,05$). Preoperative glycaemia in patients with diabetes was 118mg/dl in PD-group, 137mg/dl in BPS-group, and after operation 175mg/dl, 151mg/dl respectively. There was significant difference in preoperative diabetes treatment: in PD-group 66,7% (6) used metformin, 33,3% (3) only diet, in BPS-group 44,4% (4) used insulin, 55,6% (5) diet. There was no significant difference in preoperative BMI ($p < 0,05$). Postoperative diabetes occurred in 52,6% (10) patients in PD-group and 51,9% (14) in BPS-group. In postoperative diabetes treatment 80%(8) patients in PD-group used insulin, in BPS-group 78,6% (11) used insulin. Frequency of preoperative jaundice was similar in both groups, but the time of occurrence was significant different: in PD-group 3,6 months, while in BPS-group 5,1 months before operation.

Conclusion and discussion. Our study didn't confirm that resection of pancreatic head increases risk of occurrence diabetes. However patients in PD-group with preoperative diabetes had higher level of glucose after.

Бакулина А.В., Коваленко А.В.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ГЕРНИОПЛАСТИК ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ ИЗ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина
Кафедра хирургии №4 с детской хирургией
(научный руководитель - д.мед.н. Капталыян М.А.)

Вентральные грыжи являются распространенной хирургической патологией, частота встречаемости составляет 50 на 10000 человек.

С 2006г. по июнь 2011г., выполнено 983 операции по поводу вентральных грыж. Лапароскопическая аллогерниопластика с применением аллотрансплантатов из политетрафторэтилена (ПТФЭ) выполнена у 81 (9,08%) больного. Применяли аллотрансплантат «Dualmesh» фирмы «Gore» (США), который изготавливают из ПТФЭ – одного из наиболее инертных, по отношению к тканям организма человека, вещества. Данный биоматериал не требует перитонизации. У всех больных аллотрансплантат фиксировали со стороны брюшины с последующей фиксацией нитью из ПТФЭ при помощи специальной иглы. Группу сравнения составили пациенты перенесшие аллогерниопластику открытым способом. Длительность операции в среднем составила

54,7+6,6 мин. Средний койко-день составил $1,3 \pm 0,3$ суток. Наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде не применяли. Все пациенты вернулись к трудовой деятельности через 6–7 суток после операции. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечалось. В группе сравнения длительность операции составила $85 \pm 10,4$ мин. Средний койко-день составил $4,5 \pm 0,7$ суток. В послеоперационном периоде потребовалось назначение наркотических анальгетиков (р-р Морфина 1% 1,0) в среднем 3 ампулы. У 7 (0,8%) пациентов отмечалось нагноение п/о ран, у 3 (0,3%) подкожная гематома. Лапароскопическая аллогерниопластика вентральных грыж с применением аллотрансплантатов из ПТФЭ технически проста, не требует мобилизации грыжевого мешка, сокращает длительность стационарного лечения и период послеоперационной реабилитации.

Балака С.М., Гоні С.Т., Гоні С.Т.

ПРОГНОЗ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ПОРОЖНИННИМИ УТВОРЕННЯМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Кафедра хірургії №2
(науковий керівник - д.мед.н. Красносельський М.В.)

Введення. Гострий панкреатит є одним з найскладніших питань абдомінальної хірургії. Незважаючи на досягнення сучасної медицини, смертність при цьому захворюванні, як і раніше, залишається дуже високою (45–70%). Найбільш частою причиною смерті є інфекційні ускладнення.

Мета дослідження. Полягає в розробці системи прогнозування інфекційних ускладнень порожнинних утворень підшлункової залози.

Матеріали і методи. На лікуванні в Харківській обласній лікарні у 2011–2012 роках знаходилось 231 пацієнтів з порожнинними утвореннями при гострому панкреатиті. На підставі аналізу 91 клінічних, лабораторних та інструментальних ознак були розроблені дві різні математичні моделі прогнозування розвитку ускладнень порожнинних утворень підшлункової залози.

Результати та обговорення. Метод дерева рішень дозволив представити класифікацію спостережень при ускладнених і неускладнених випадках рідинних утворень у вигляді простої ієрархічної структури. На кожному рівні алгоритму є два варіанти, які призводять до вирішення

ймовірності ускладнень. Метод простий, його специфічність і чутливість склали відповідно 95,9% і 97,3%.

Інша модель, яка заснована на дискримінантному аналізі функцій, є більш стабільною і математично точною. Це дозволяє прогнозувати розвиток ускладнень у хворих за формулою:

$$I = 1,8892 \times x_1 + 1,9120 \times x_2 + 1,3883 \times x_3 + 1,1147 \times x_4 + 1,2292 \times x_5 + 0,8608 \times x_6 - 8,0504$$

де x_1 – 0 при концентрації прокальцитоніну $< 0,5$ нг/мл, 1 – при концентрації 0,5–2 нг/мл, 2 – при ≥ 2 нг/мл та 3 – при ≥ 10 нг/мл; x_2 – наявність лихоманки (0 – немає лихоманки, 1 – є); x_3 – локалізація (інтраорганна – 1, екстраорганна – 2); x_4 – нейтрофіліоз (0 – немає, 1 – є); x_5 – підвищення амілази (0 – немає, 1 – є); x_6 – форма за даними УЗД (1 – округла, 2 – овальна, 3 – продовгувата). Імовірність розвитку ускладнень порожнинних утворень висока при значенні індексу $I > 0$. Специфічність 85,9%, чутливість – 71,2%.

Висновок. Запропонована модель дозволяє прогнозувати розвиток ускладнень у пацієнтів з порожнинними утвореннями підшлункової залози.



Балака С.М., Повеличенко М.С., Гоні С.Т.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Кафедра хирургии №2

(научный руководитель - д.мед.н. Красносельский М.В.)

Введение. Существует мировая тенденция использования малоинвазивных методов в абдоминальной хирургии. У пациентов с острым панкреатитом эти операции позволяют устранить жидкостные скопления в брюшной полости с минимальным риском для больного.

Материалы и методы. Миниинвазивные операции под ультразвуковым контролем были проведены у 74 больных с острым деструктивным панкреатитом. Исследования проводились с использованием ультразвуковых сканеров Philips HD-11 XE, Радмир Ultima Pro-30 и Simens Sonoline SI-50 (выпуклые датчик 2,5 МГц). Были использованы иглы 16-20 G, дренажные установки 6-16 F.

Результаты. Пункционное лечение у пациентов с жидкостными образованиями сроком болезни до 4 недель были проведены у 40 больных, в течение 4 недель - 34 (признаки инфекции были выявлены у 30 из них). Вмешательство всегда выполнялись с использованием техники «свободные руки». Это позволило добиться достижения образованиями по криволинейной траектории. Пункции производились в случае малых и средних размеров жидкостного образования (24 больных), содержимое эвакуировали а полость промывали раствором антисептика. В случае больших размеров жидкостного образования

(более 500 мл полости) и наличие инфицирования предпочтение отдавалось чрескожному дренированию. Полости с большим скоплением некротических масс промывались до 4 раз в сутки. В послеоперационном периоде было проверено исследование количества продуцируемой образований жидкости, бактериологические и цитологические анализы, УЗИ мониторинг полости. Продолжительность дренирования определяется строго индивидуально и зависит от количества жидкости, темпов очистки полости и объем остаточной полости.

Такой подход позволил устранить полости у 66 больных в период от 3 до 9 недель. В послеоперационном периоде у 5 (6,8%) пациентов произошла транслокация дренажа, потребовавшая редренирования жидкостного скопления. Открытое оперативное лечение было выполнено у 8 (7,9%) пациентов. Случаев летальности не было.

Заключение. Миниинвазивные оперативные вмешательства у больных с острым панкреатитом позволяют устранить негативные последствия «больших» операций, удаление негативных эффектов жидкостных образований брюшной полости и привести к ликвидации кавернозных структур в 89,2% случаев.

Банадига А.І.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ

Тернопільський державний медичний університет, Тернопіль, Україна

Кафедра хірургії №1

(науковий керівник - д.мед.н. Дзюбановський І.Я.)

Актуальність. Проблеми морбідного ожиріння (МО) пов'язана з загрозою інвалідизації пацієнтів та зниженням тривалості життя, з розвитком супутніх захворювань. За прогнозами ВООЗ у 2015р. у світі 2,3 млрд. дорослих матимуть надлишкову масу тіла, 700 млн-МО. МО є надзвичайно актуальним і для України: надмірну МТ мають 29,7% жінок та 14,8% чоловіків. Крайні форми МО не можуть бути подолані дієтою чи медикаментами. На даний час відомі 50 методик хірургічного лікування МО. Показами до хірургічного лікування є: індекс МТ > 40 кг/м² впродовж 5 років; за наявності тяжкої супутньої патології (цукрового діабету II типу, неконтрольованої артеріальної гіпертензії, серцевої недостатності) - індекс МТ > 35 кг/м². Мета. вивчити стан проблеми хірургічних методів лікування МО.

Матеріали і методи. Питання вибору методу бариатричної операції при МО залишається предметом для дискусій. Через технічну простоту та низьку частоту ранніх ускладнень, бандажування шлунка (БШ) - є найбільш розповсюдженим. Однак, у віддаленому періоді у 7% - 40% хворих виникають ускладнення, що можуть приводити до повторних операцій, а в 15-20% - вона

недостатньо ефективна. Найбільш широко вживана (65%) в США - операція шунтування шлунка (ШШ). Порівнюючи результати та ризик БШ, ШШ і біліопанкреатичного шунтування (БПШ), з'ясували: ранні ускладнення спостерігались в 9% хворих після БШ, в 23% після ШШ, в 25% після БПШ. У зв'язку з цим, застосування комбінованих операцій у хворих з високим операційним ризиком є проблематичним.

Нашу увагу привернув метод поздовжньої (вертикальної) резекції шлунка («Sleeve gastrectomy»). На даний час ми на етапі експерименту. Не має загальноприйнятої назви і тому її називають: повздовжня, лонгітудіальна, вертикальна, рукавна резекція шлунка або вертикальна повздовжня ексцізіона гастроластика. Операція передбачає повздовжнє вертикальне степлерне прошивання і пересічення стінки шлунка від антрального відділу (5 см проксимальніше воронтя по великій кривині) до кута Гіса та резекцію лівої частини шлунка (приблизно 70%), до якої входить частини антрального відділу, тіла та дна з боку великої кривини). Формується максимально звужена вздовж малої кривини шлункова трубка або «рукав», при цьому бандажування кукси шлунка не виконується.

Бондрабура А.Л., Заболотна І.Е., Попович А.І., Стельмах Г.Я.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕДУМОВ ВИНИКНЕННЯ МЕШОМ ПРИ ПЛАСТИЦІ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ЗА ДОПОМОГОЮ АЛОТРАНСПЛАНТАТІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра загальної хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Кнут Р.П.)

Застосування поліпропіленових алотрансплантатів та безнатяжних методів пластики у лікуванні гриж передньої черевної стінки (ГПЧС) дозволило різко скоротити відсоток виникнення рецидивів захворювання. Проте, поряд із високою ефективністю, ці методи мають і ряд недоліків, одним з яких є виникнення мешом. Термін «мешома» введений для позначення деформованих алотрансплантатів за рахунок рубцевих змін оточуючих тканин.

Як свідчить аналіз літературних джерел, їх виникнення здебільшого пов'язують із хронічним запальним процесом в зоні імплантації алотрансплантата, що виникає внаслідок тривалого подразнення його краями при його надмірній жорсткості або бактеріальної інфекції; а також з недостатньо ефективною його фіксацією.

Метою дослідження було вивчення морфологічних змін грижового мішка та навкологрижових тканин хворих на ГПЧС для визначення передумов виникнення ускладнень післяопераційного періоду при пластиці за допомогою алотрансплантатів.

Для дослідження використовувалися біоптати тканин 24 хворих, взяті під час оперативних втручань з приводу ГПЧС. Під час проведення досліджень особлива увага приділялася виявленню ступеня атрофії м'язової тканини, розвитку рубцевих та запальних змін. Для дослідження забирали тканини: грижовий мішок, підшкірну

жирову клітковину, м'язову тканину та, в окремих випадках, передочеревинну клітковину.

Ознаки хронічного запалення грижового мішка спостерігалися у всіх 24 досліджуваних хворих. У 8 (33,3%) хворих із первинними ГПЧС і тривалістю грижоносійства до 2 років спостерігалася ізольоване запалення грижового мішка. У 16 (66,7%) хворих із первинними грижами і тривалістю грижоносійства 2–4 роки – воно поєднувалося із хронічними запальними змінами навкологрижових тканин. Найбільш вираженими запальні зміни грижового мішка та навкологрижових тканин були у 6 (25,0%) хворих, із рецидивними пахвинними грижами, і поєднувалися із значними їх рубцевими змінами. Це може свідчити про необхідність застосування у хворих цієї групи композитних сітчастих алотрансплантатів та клейових методів фіксації, у поєднанні з післяопераційною антибіотикопрофілактикою.

Висновки. Серед причин розвитку ускладнень післяопераційного періоду при пластиці гриж передньої черевної стінки за допомогою алотрансплантатів, зокрема мешом, важливу роль відіграють хронічні запальні зміни грижового мішка та навкологрижових тканин. Найбільш сприятливі передумови для виникнення мешом спостерігаються при тривалому грижоносійстві (більше 2 років) та рецидивах гриж.

Бурак І.А., Скальська С.І.

ПРОФІЛАКТИКА ДЕЯКИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ВУЗЛОВІ ФОРМИ ГІПЕРТИРЕОЇДНОГО ЗОБА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - Гирла Я.В.)

Одним з основних методів лікування вузлових форм гіпертиреоїдного зоба – це оперативне втручання, однак його результат нерідко супроводжується виникненням ряду післяопераційних ускладнень, одним із яких є гіпотиреоз. Розвиток післяопераційного гіпотиреозу здавна перебуває в центрі уваги дослідників, але більшість із них акцентують увагу лише на аутоімунні процеси та обсяг залишеної паренхіми. Інші патогенетичні фактори гіпофункції щитоподібної залози при резекції останньої, залишаються маловідомими. Обстежено 35 хворих на вузлові форми гіпертиреоїдного зоба. Діагноз підтверджений лабораторно, клінічно, ультразвуковим дослідженням та гістологічно після операції. До операції, на I, III, V доби після операції в крові оцінювали активність процесів перекисного окиснення, антиоксидантний захист, стан імунної системи. Досліджувану групу склали 15 пацієнтів, яким за 3 доби до операції й щодня після неї,

вводили внутришньом'язово по 8 мг даларгіну. Контрольну групу склали 20 хворих, які в післяопераційному періоді отримували тільки знеболюючі препарати. Всім пацієнтам виконана резекція щитоподібної залози. У всіх пацієнтів виявлена активація процесів пероксидного окиснення, зниження активності ферментів антиоксидантного захисту в до – та післяопераційному періоді. Відзначено збільшення концентрації В-Лімфоцитів, IgA, IgG та циркулюючих імунних комплексів. Включення даларгіну до комплексного лікування таких пацієнтів призводить до зниження активності процесів пероксидного окиснення, активації системи антиоксидантного захисту, нормалізації імунних показників, а також відновлення функціональної активності щитоподібної залози у післяопераційному періоді.

Це дає змогу зменшити частоту виникнення як рецидиву тиреотоксикозу, так і гіпотиреозу у післяопераційному періоді.



Войтів Я.Ю., Москалюк В.І., Денисюк Ю.А., Слободян В.М.
СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РІЗНИХ СТУПЕНІВ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЙ КИШЕЧНИКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І.Ю.)

Високовірогідна рання діагностика різних ступенів порушення функцій кишечника є однією з найбільш складних проблем невідкладної абдомінальної хірургії. Критерії діагностики порушень функції кишок при перитоніті практично не розроблені, що у ряді випадків призводить до діагностичних помилок, і, як наслідок – неадекватного лікування.

Тому метою роботи було напрацювання інформативних діагностичних критеріїв для різних ступенів порушення функцій кишечника при перитоніті, що дозволить покращити результати лікування таких хворих.

Об'єктом дослідження були 46 хворих з розповсюдженими формами перитоніту I, II, III, IV та V ступенів важкості за класифікацією І.Ю. Полянського та співавт. (2012). Статистична обробка результатів досліджень проводилась з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel (build 11.5612.5703) та програми для статистичної обробки Statgraphics Plus5.1 Enterprise edition (©Statistical Graphics corp. 2001).

На основі оцінки клінічного матеріалу нами

вибрані найбільш інформативні показники, яким присвоєна відповідна кількість балів, з формуванням оцінювальної таблиці, на основі якої напрацьовано спосіб діагностики різних ступенів порушень функцій кишечника (посвідч. на рац. пропозицію №168/12). Перевагою даного способу є те, що запропонована оцінювальна шкала дозволяє чітко визначити ступінь порушення функцій кишечника, використовуючи загальнодоступні методи обстежень, одразу при поступленні хворого в стаціонар.

При сумі пунктів, яка не перевищує 12, діагностується кишкова дисфункція, при сумі пунктів від 13 до 30 – кишкова недостатність, сума пунктів від 31 до 44 свідчить про кишкову неспроможність.

З метою прогностичної оцінки ми за допомогою точного біноміального методу розрахували довірчі інтервали показників летальності, які для хворих з кишковою недостатністю при розповсюдженному перитоніті становлять 0,2% – 33,8%, для хворих з кишковою неспроможністю 19,2 – 74,8%.

Войтів Я.Ю., Піжовський Є.С., Сірук А.В., Мороз П.В.
СТРУКТУРНІ ЗМІНИ СТІНКИ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ПЕРИТОНІТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І.Ю.)

У процесі розвитку перитоніту вплив чинників запального процесу на органи і системи призводить до виникнення у них функціональних та морфологічних порушень. В літературі є значна кількість даних, що свідчать про наявність певних структурних змін у стінці тонкої кишки при перитоніті. Проте, не повністю вивченим залишається питання, коли функціональні порушення тонкої кишки при перитоніті стають незворотними, які саме морфологічні зміни стінки кишки є провідними.

Тому метою нашої роботи було дослідження деяких морфологічних порушень стінки тонкої кишки при перитоніті.

Об'єктом дослідження були 30 білих нелінійних дорослих шурів-самців, середньою масою 213 ± 25 г. Перитоніт моделювали шляхом внутрішньоочеревинного введення 1 мл 10% аутокалової суміші на 100 г маси тіла тварин. Через 6, 12, 24, 48 годин проводили евтаназію з дотриманням вимог Ванкуверської конвенції та виконували забір тканини тонкої кишки. Статистична обробка результатів досліджень проводилась з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel та програми

для статистичної обробки Statgraphics Plus5.1 Enterprise edition (2001).

При експериментальному перитоніті, впродовж досліджуваного періоду спостерігалось збільшення кількості та питомої ваги келихоподібних клітин в слизовій оболонці тонкої кишки. Проте, на 48 год відбувається зменшення розмірів келихоподібних клітин, витончення та порушення цілісності слизового шару, що може свідчити про зниження їх секретійної активності.

Аналіз гістологічних та гістохімічних досліджень свідчить, що при перитоніті у перші 2 доби спостерігається зміна провідних механізмів та напряму пошкодження кишкової стінки. Впродовж перших 12 год експериментального перитоніту у стінці тонкої кишки розвиваються дистрофічно-дегенераційні зміни у напрямку "слизова-сероза". Починаючи з 24 год перитоніту різко підвищується рівень внутрішньокишкового тиску, що веде до наростання пошкоджень в напрямку "слизова-сероза". На другу добу експериментального перитоніту приєднується пошкодження кишкової стінки більш глибоких шарів.

Глігор С.Ф.

ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПІСЛЯ МОДЕЛЮВАННЯ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра онкології та радіології
(науковий керівник - д.мед.н. Іващук О.І.)

Незважаючи на значні досягнення сучасної хірургії, проблема гострої кишкової непрохідності (ГКН) продовжує залишатися однією з найактуальніших.

У переважній більшості випадків дана хірургічна патологія найбільш часто супроводжується розвитком внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ), яка є пусковим механізмом порушення функцій різних органів та систем організму.

Незважаючи на численні публікації стосовно негативної дії підвищеного внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), залишається невивченим його вплив на особливості бактеріальної транслокації, біохімічні та реологічні властивості крові, а також патоморфологічні зміни внутрішніх органів після хірургічного лікування ГКН.

Тому метою нашого дослідження було – вивчити в експерименті вплив зростаючого ВЧТ на мікробіологічні, біохімічні та патоморфологічні особливості перебігу ГКН після її моделювання та хірургічного лікування.

Експеримент виконано на 96-и лабораторних щурах яким за власною методикою було змодельовано ГКН та створено внутрішньочеревну гіпертензію (ВЧГ). Забір біологічного матеріалу проводили впродовж доби.

Отримані результати мікробіологічного дослідження свідчать, що створена ВЧГ

тривалістю понад 18 годин, після моделювання та хірургічного лікування ГКН, призводить до транслокації *Escherichia coli* та *Klebsiella pneumoniae* у вільну черевну порожнину, печінку, селезінку, нирки та легені. Ступінь контамінації тканин та внутрішніх органів залежить від величини ВЧТ та тривалості даного стану.

Також, ВЧГ призводить до вірогідного зростання рівня трансаміназ сечовини та креатиніну сироватки крові, що доводить її негативну участь в розвитку печінково-ниркової дисфункції за ГКН у ранньому післяопераційному періоді. Відмічено вірогідне зростання фібриногену А плазми крові, подовження протромбінового часу, скорочення протромбінового індексу та активованого часткового тромбoplastинного часу, що вказує на розвиток процесу несправжньої гіпокоагуляції. Проведене патоморфологічне дослідження свідчить, що ВЧГ призводить до важких прогресуючих розладів кровообігу, дистрофії та некротичних змін тканин внутрішніх органів. Даний патологічний процес безпосередньо залежить від тривалості ВЧГ.

Таким чином, отримані результати експериментального дослідження доводять вкрай негативну дію ВЧГ на функціонування різних органів та систем організму за ГКН.

Гончарова Н.М., Дроздова А.Г.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БЛАСТОМАТОЗНУ ЖОВТЯНИЦЮ

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Кафедра хірургії №2

(науковий керівник - д.мед.н. Криворучко І.А.)

Актуальність. Більшість захворювань печінки та позапечінкових жовчних шляхів (ЖШ) супроводжуються стійкою непрохідністю магістральних жовчних протоків із наступним розвитком механічної жовтяниці (МЖ). Хірургічні втручання у хворих на МЖ дають велику кількість ускладнень та летальність до 15–30%.

Мета. Оптимізація хірургічного лікування хворих на МЖ.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 215 хворих на бластоматозну МЖ у віці 43–78 р. (119 чоловіків, 96 жінок) за останні 7 років. МЖ була зумовлена раком голівки підшлункової залози (ПЖ) у 132 хворих, раком великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК) –18, раком жовчного міхура (ЖМ) – 20, раком холедоху –5, раком воріт печінки –23 та метастазами раку в печінку –17. Всі хворі обстежені за допомогою клінічних методів дослідження крові та сечі, онкомаркерів РЕА, α -фетопротеїну, СА 19–9, УЗД, СКТ, ендоскопічної езофагогастроудоденоскопії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, МРТ, черезшкірної черезпечінкової холангіографії.

Результати дослідження. Гостру МЖ виявлено у 93; МЖ, що затягнулася, у 59, хронічну – у 63 хворих. Середній рівень загального білірубину

(ЗБ) складав $237,7 \pm 136,2$ мкмоль/л. Хворим на гостру МЖ доопераційну декомпресію ЖШ не виконували. При дистальному блоці ЖШ та при хронічній МЖ 38 хворим виконано малоінвазивні дослідження або сформовано холецистостому із міні доступу. 5 хворим на рак ЖМ (Т1–Т2) виконано холецистектомію, 15 хворим з раком ЖМ (Т3) – поширену холецистектомію (з лімфодисекцією, резекцією ложа чи V сегменту печінки); 30 хворим сформовано гепатикоєюноанастомоз. Хворим на рак дистальної частини жовчної протоки, ВСДПК, голівки ПЗ виконували гастропанкреатодуоденальну (23) або пілорусзберігаючу панкреатодуоденальну резекцію із лімфодисекцією N2 (8). Радикальні операції при пухлині Klatskin виконано 23 хворим (тип I–II за класифікацією Bismuth–Corlette) та в деяких випадках при IIIa та IIIb типах. Післяопераційні ускладнення виникли у 20,5%, летальність склала 3,3%.

Висновки. Малоінвазивні втручання є ефективним способом відновлення жовчовідтоку та у деяких хворих є альтернативою хірургічному лікуванню. При гострій МЖ та компенсованому стані хворого можливо проведення радикальних хірургічних втручань без попередньої декомпресії ЖШ.



Гресько М.І.

АНАЛІЗ ПРИЧИН КОНВЕРСІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Гресько М.М.)

Узагальнено досвід використання лапароскопічних втручань у 4210 хворих на калькульозний холецистит віком від 16 до 82 (жінок – 4089 (97,12%), чоловіків – 121 (2,88%). Хронічний холецистит був у 2428 (57,67%) хворих, гострий холецистит – у 1782 (42,33%), (гангренозний – у 89 хворих, флегмонозний – у 314 хворих, катаральний – у 1379 хворих). Серед 2428 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 967 хворих мали місце злуки жовчного міхура з іншими органами, тканинами. Це призвело до конверсії у 32 хворих. З 1782 хворих на гострий калькульозний холецистит у 384 випадках зустрічався біляміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 37 хворих. Серед інших причин конверсії при лапароскопічній холецистектомії

були: наявність короткої або широкої міхурової протоки – 13 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоуху – 17 хворих; пенетруюча виразка ДПК – 7 хворих; виникнення масивної кровотечі – 19 хворих (11 хворих з гострим та у 8 хворих – з хронічним калькульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці – 3 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній куксі міхурової протоки – 3 хворих; наявність гематоми брижі поперечно-ободової кишки – 2 хворих; пошкодження товстої кишки – 1 хвора. Повторно лапароскопічні втручання виконані у 35 хворих з метою визначення наявності ускладнень в післяопераційному періоді.

Гринчук А.Ф.

НЕСПРОМОЖНІСТЬ КИШКОВИХ ШВІВ В УМОВАХ ПЕРИТОНІТУ – МЕХАНІЗМИ Й ПРОФІЛАКТИКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І.Ю.)

Актуальність. Загроза неспроможності кишкових швів (НКШ) є одним з основних факторів, які обмежують можливості виконання радикальних операцій в умовах перитоніту. Запропоновані для профілактики НКШ часто не враховують основні патогенетичні ланки розвитку неспроможності, що знижує їхню ефективність.

Мета. Розробити патогенетично обґрунтований спосіб профілактики НКШ в умовах гострого перитоніту.

Матеріали та методи. Експерименти проведені на 70 білих нелінійних щурах. Перитоніт моделювали шляхом інтраперитонеального ін'єкційного уведення автокалової суміші.

У 50 тварин досліджені зміни протеолітичної та фібринолітичної активності тканин шлунка, тонкої й товстої кишок упродовж 72 год. з часу ініціації перитоніту. Фібринолітичну та протеолітичну активність визначали за методикою О.Л. Кухарчука (1991).

У 20 тварин через 12 год. після моделювання перитоніту виконували лапаротомію, черевину порожнину санували, виконували розтини шлунка, тонкої й товстої кишок, які зашивали шовковими лігатурами, а також лігатурами, які були імпрегновані контрикалом та епсілон-амінокапроновою кислотою. На 1,3,5 та 7 добу, ділянки з накладеними швами забирали для

гістологічного дослідження. Застосовували забарвлення гематоксилін-еозином та нінгідрінову шифовську реакцію на вільні аміногрупи білків. Результати дослідження. Установлено, що розвиток перитоніту супроводжується переважним зростанням активності ферментаційного фібринолізу в тканинах досліджених органів. У тканинах кишок наростає протеоліз, параметри якого переважають у товстій кишці. Установлені закономірності пояснюють один із механізмів частішого виникнення неспроможності швів саме на товстій кишці.

Гістологічні дослідження зашитих ділянок органів засвідчили, що при застосуванні лігатур з наданими антипротеолітичними властивостями прискорюється герметизація каналів навколо ниток фібрином, формування сполучної тканини в зоні з'єднання, зменшується інтенсивність запалення та активність протеолітичних реакцій. Висновки. Одним з основних механізмів розвитку неспроможності швів порожнистих органів травлення в умовах перитоніту є надмірна активація протеолізу та ферментаційного фібринолізу в стінках органів. Застосування шовного матеріалу, імпрегнованого антипротеолітичними засобами, дозволяє прискорити процеси регенерації з'єднання.

Грищенко А.Б., Плегуга І.М., Сидорчук А.Р., Сидорчук Л.І.
ЗМІНИ ОБМІНУ ВУГЛЕВОДІВ ЗА ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра загальної хірургії

(науковий керівник - к.мед.н. Плегуга О.М.)

Вступ. На сучасному етапі більшість клініцистів та науковців уявляють травматичну хворобу (ТХ), як комплекс різноманітних змін та порушень функціонального стану будь-яких органів та систем організму у відповідь на дію травматичного фактора (факторів).

Мета дослідження. У зв'язку із вищевикладеним, ми задались метою дослідити зміни метаболізму вуглеводів та їх гормональної регуляції у хворих на травми скелетно-м'язової системи.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження охоплює 52 хворих на різні форми травматичної хвороби, віком 18–69 років ($37,91 \pm 4,28$). Визначення параметрів вуглеводного обміну проводили апаратним методом за допомогою автоаналізатора «Kone-Ultra®» (Фінляндія), активність гормонів (імунореактивного інсуліну та кортизолу) – методом імуноферментного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані дані підтверджують наявність до-

сить чіткої узгодженості в регуляції метаболізму глюкози при формуванні ТХ. У осіб контрольної групи (практично здорові) та, значною мірою, у хворих без клінічної симптоматики ТХ, ці зміни цілком вписуються в рамки реакцій адаптивного характеру та є наслідком самої травми, у т.ч. операційної, та результатом лікування з включення інфузійної терапії вуглеводнями. У осіб з помірними проявами ТХ, зміни метаболізму вуглеводів більшою мірою є проявом компенсації, а за розвитку розгорнутої клініки ТХ присутні ознаки дисрегуляції внаслідок стресу та надмірної активації кори наднирників.

Висновки. ТХ, навіть за відсутності клінічно вираженої симптоматики, характеризується суттєвими змінами метаболізму вуглеводів, що виникають внаслідок гормональної дисрегуляції. Виявлені зміни метаболізму вуглеводів потребують врахування при виборі лікувальної тактики у хворих на ТХ.

Гусейнзаде Д.Ш., Теплая І.В.

ПЕРЕСАДКА АУТОЛОГИЧНОЇ ЖИРОВОЇ ТКАНИ, ОБОГАЩЕНОЇ СТВОЛОВИМИ КЛЕТКАМИ ДЛЯ КОРРЕКЦІЇ КОСМЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА И ТУЛОВИЩА

Национальный медицинский университет имени А. Богомольца, Киев, Украина

Кафедра хирургии №2

(научный руководитель - д.мед.н. Теплый В.В.)

Пересадка собственной жировой ткани в последнее время стала очень популярной в пластической и реконструкционной хирургии. Основным ее недостатком является нестабильность косметического результата вследствие постепенной резорбции пересаженных адипоцитов. Есть мнение, что повысит стабильность результата можно путем обогащения жировой ткани аутологичными стволовыми клетками.

Цель исследования. Изучить состояние проблемы использования аутотрансплантации жировой ткани, обогащенной выделенными из нее стволовыми клетками, для коррекции косметических дефектов.

Материалы и методы. Проведен поиск в Medline публикаций за последние 10 лет с использованием ключевых слов: fat derived stem cells, lipofilling.

Результаты. В англоязычных и немецкоязычных изданиях выявлено 314 публикации, посвященные рассматриваемой проблеме, что указывает на наличие значительного интереса к ней. В 84 работах описано использование липофилинга для омоложения лица, в 174 – для коррекции объема молочных желез, в 56 – устранения депрессий на туловище и конечностях. Используют следующие методы выделения стволовых клеток из жировой ткани: путем адгезии на пластике с последующим их культивированием, а также

путем диспергирования жировой ткани коллагеназой с последующим фильтрованием клеточной взвеси через микрофильтры. Компании Cytori Therapeutics и Tissue Genesis разработали специальное устройство, с помощью которого процесс обработки коллагеназой, центрифугирования и отделения стволовых клеток от другого клеточного материала производится автоматически в одном контейнере и занимает до 1–1,5 часов. Есть мнение, что стволовые клетки ускоряют процесс васкуляризации в месте введения жирового трансплантата, улучшая его питание и уменьшая резорбцию адипоцитов. Этим объясняют большую стабильность косметического результата по сравнению с обычным липофилингом. Пациент получает дополнительное преимущество в виде двух процедур – липосакции и липофилинга, а в скором будущем его стволовые клетки могут быть использованы и для лечения соматических заболеваний. К недостаткам следует отнести высокую цену выделения стволовых клеток и существенное удлинение оперативного вмешательства. Анализ литературы показал, что недостаточно объективных доказательств стабильности полученного эффекта. Выводы. Проблема является актуальной, необходимо усовершенствовать и удешевить методики выделения стволовых клеток из жировой ткани.



Дрімач С.М., Зуб Р.О., Дудко Т.О., Степанченко М.С., Райляну С.І.
**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН НАБРЯКУ НИЖНІХ КІНЦІВОК
У ХВОРИХ З ВАРИКОЗНИМ РОЗШИРЕННЯМ ВЕН**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник - к.мед.н. Білик О.В.)

Традиційно набряк нижніх кінцівок вважається типовим проявом варикозної хвороби. Разом з тим збільшення об'єму нижніх кінцівок може мати різні причини судинної і не судинної природи. Мета дослідження. З'ясування причин, що викликають збільшення об'єму нижніх кінцівок у пацієнтів з варикозним розширенням підшкірних вен. Матеріал і методи. На базі хірургічного відділення № 1 ОКЛ "Лікарні швидкої медичної допомоги" проведено дослідження у 27 пацієнтів, у тому числі 9 чоловіків і 18 жінок у віці від 17 до 88 років. Було проведено детальне клініко-інструментальне обстеження венозних і лімфатичних судин, а також кістково-суглобового апарату кінцівок. Результати. Зареєстровані наступні причини, що викликають дистальне збільшення обсягу кінцівки самостійно або в комбінації: вторинна лімфедема (ВЛ) при варикозній хворобі, первинна лімфедема (ПЛ), плоскостопість, артроз гомілковостопних суглобів (АГС) у поєднанні з плоскостопістю і без такого. Судинні причини мали місце у 19 пацієнтів (70,4%). У 4(14,1%) з них набряк проявлявся переважним ураженням стопи. У 7 пацієнтів цієї групи набряки по-

ширювалися на ділянку гомілковостопного суглоба і нижню третину гомілки. У 21 хворого був виявлений симптом Стеммера, що є патогномонічним для дистальної ПЛ. Група хворих варикозною хворобою, що супроводжувалася ВЛ становила – 15(56,3%) пацієнтів. У 13(47,4%) хворих мало місце обмежене збільшення переважно латеральної або обох поверхонь гомілковостопних суглобів. Його причиною був хронічний бурсит внаслідок АГС. У 3 (10,4%) пацієнтів зазначена обмежена набряклість тильної поверхні стопи з локальною хворобливістю плюснефалангових суглобів, що збігається з локалізацією набряку. Більшість обстежених пацієнтів (5%) мали зайву масу тіла. Характерно, що 90% цих пацієнтів мали ожиріння 2-4 ступеня. При цьому 16 (59,3%) з них мали різні поєднання причин збільшення об'єму нижніх кінцівок. У пацієнтів з набряком дистальних відділів нижніх кінцівок більш ніж у 50% випадків реєстрували раніше перенесений тромбоз глибоких, перш за все, гомілкових вен. Висновки. Необхідно індивідуально диференціювати причини збільшення обсягу кінцівок.

Дудко Т.О., Мельник Н.В., Ганущак А.І.

ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН ЗА ДОПОМОГОЮ ВАКУУМНИХ ПОВ'ЯЗОК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник - к.мед.н. Білик О.В.)

Актуальність. Відсоток гнійної хірургічної інфекції м'яких тканин складає 70% від усіх звернень по медичну допомогу. Летальність при гнійній інфекції та її ускладненнях, становить від 40 до 60%. Поряд із теперішнім спектром засобів для місцевого лікування гнійних ран, недостатньо уваги приділяють використанню методів активної санації ран. Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування гнійних процесів м'яких тканин шляхом використання вакуумної санації із застосуванням антисептичних розчинів. Матеріал і методи. На базі хірургічного відділення №1 ОКЛ "Лікарні швидкої медичної допомоги" проведено лікування 22 хворих із гнійними захворюваннями м'яких тканин. Чоловіків було 13, жінок – 9. Серед нозологічних форм діагностовано: флегмона стегна – 7 хворих, флегмона гомілки – 4 пацієнти, флегмона плеча – 3 пацієнти, післяін'єкційний абсцес сідниці – 5 хворих, карбункул спини – 3 хворих. Після операційного лікування проводилося використання вакуумної санації гнійних ран за розробленою методикою (заявка на патент України на корисну модель u 201201498). Результати дослідження. При використанні методу вакуумної санації рани по даних клінічних

спостережень інтенсивність болю зменшилась вже на другу добу (інтенсивність больового синдрому оцінювалась за Цифровою Рейтинговою Шкалою (NumericalRatingScale, NRS)), термін зменшення перифокального набряку та гіперемії навколо рани – до 2-ї доби лікування. Середній термін очищення рани від некротичних тканин $-4,1 \pm 1,2$ доби, поява грануляційної тканини – $2,8 \pm 1,5$ доби, початок крайової епітелізації – $6,7 \pm 1,8$ доби. Закриття ранового дефекту проводилось за допомогою вторинних швів на $8,3 \pm 1,8$ добу. Дослідження кількості мікробних тіл у біоптаті ран у досліджуваних хворих показала, що вихідний рівень обсіменіння післяопераційної рани мікрофлорою склав $7,3 \pm 0,1$ Lg КУО/г тканини, на 3-тю добу після операції – $4,4 \pm 0,2$ Lg КУО/г тканини і на 6-ту добу – $3,7 \pm 0,2$ Lg КУО/г тканини. У пацієнтів при надходженні лейкоцитарний індекс інтоксикації, що визначали за формулою Кальф-Каліфа, сягав $4,6 \pm 0,4$. На 3-тю добу показник дорівнював $3,9 \pm 0,2$, на 6-ту добу – $2,1 \pm 0,1$. Тривалість післяопераційного періоду становила – $14 \pm 1,3$ доби. Висновки. Використання вакуумної санації в комплексному лікуванні гнійних процесів прискорює очищення ран.

Исманов А.А., Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б., Пулатов Х.Н.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан
Кафедра общей хирургии
(научный руководитель - Рузматов А.Э.)

Цель работы. Минимизация травматичности и профилактика рецидива спаечной кишечной непроходимости после хирургических вмешательств в брюшной полости. С 2000 по 2011г в Наманганском филиале РНЦЭМП находились с диагнозом острой спаечной кишечной непроходимостью 1478 больных. Мужчин было 591, женщин 887 в возрасте от 5 до 75 лет. У 692 больных явление спаечной кишечной непроходимости устранено консервативными мероприятиями. Оперированы 786 больных, традиционная лапаротомия выполнена у 676 больных. У 110 больных с неясной клинико-рентгенологической картиной выполнена диагностическая лапароскопия.

При этом у 19 больных диагноз острой спаечной кишечной непроходимости был исключен и выявлены другие патологии. У 32 больных перешли на лапаротомию. Из них: сомнение в жизнеспособности ущемленной петли (9), некроз петли кишечника (10), резкая эктазия тонкой кишки (7) и массивный спаечный конгломерат петли кишок (6).

Лапароскопическое рассечение спаек достаточным было для разрешения кишечной непроходимости у 59 больных.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость наблюдалось у 14 больных. Причинами ранних спайкообразования были заворот кишечной петли вокруг дренажной трубки, образование конгломерата вокруг тампона или ложи оставлен-

ной после ликвидации гнойных образований. Наиболее ответственным этапом лапароскопии у ранее оперированных больных являлось введение первого троакара и наложение пневмоперитонеума. У больных ранее оперированных среднесрединным лапаротомным доступом применяли методику Хассана (открытая лапароскопия) На диагностическом этапе лапароскопии были выявлены: 1-2 висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные шнуровидные тяжи, ущемляющие кишечную петлю у 17, ущемление кишечной петли фиксированным сальником - у 9, заворот петли тонкого кишечника фиксированной спайкой у 6, конгломерат, состоящий из спаянных между собой кишечных петель у 3. Лапароскопический адгезиолизис заключался в рассечении спаек биполярным электродом или ножницами. Нагноение троакарной раны было отмечено у 2 больных. Все больные выписаны из стационара на 4-5 сутки после операции с выздоровлением. Средний койко-день составил 3,9 дней.

Выводы. Широкое применение видеолапароскопии при острой спаечной кишечной непроходимости позволяет: уточнить диагноз и всесторонне оценить ситуацию в брюшной полости; добиться разделения спаек с восстановлением проходимости кишечника; уменьшить количество и тяжесть послеоперационных осложнений.

Козловська І.М.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ТРІЩИН ВІДХІДНИКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії та урології

(науковий керівник - д.мед.н. Іфтодій А.Г.)

Частка захворюваності хронічними анальними тріщинами (ХАТ) у структурі проктологічних захворювань складає 11-15% і посідає третє місце після геморою й парапроктиту. Загалом захворюваність становить 20-23 випадків на 1000 дорослого населення. Велику соціальну значущість проблеми тріщин відхідника зумовлює значна розповсюдженість (90-92%) серед осіб працездатного віку та тенденція до їх появи в осіб молодого та середнього віку. Слід відзначити й пізнє звернення хворих по медичну допомогу, так як на початкових етапах захворювання вони не надають значимості першим проявам патології, коли консервативне лікування має позитивні результати й дозволяє вилікувати чи перевести у стійку ремісію анальну тріщину. На даний момент відомо більше 30 різноманітних методів хірургічного лікування ХАТ, однак всі вони не забезпечують достатнього радикалізму, про що свідчить висока частота післяопераційних ускладнень (до 35%) та рецидиву тріщин (більше 12%). Значний відсоток незадовільних результатів визначають вдосконалення традиційних методів лікування ХАТ.

Мета. Покращити безпосередні та віддалені результати комплексного хірургічного лікування хворих з ускладненими формами ХАТ шляхом розробки, обґрунтування та впровадження нових методів передопераційної підготовки та ра-

дикального операційного лікування. Матеріали та методи. В передопераційну підготовку ХАТ включено поєднане застосування електричного поля постійного струму та мазі Безорніл. Розроблено реконструктивно-пластичний метод лікування тріщин, суть якого у клиноподібному висіченні тріщини в межах незмінених тканин з наступною сфінктеропластиком адаптуючими швами.

Результати дослідження. За даною методикою прооперовано 29 хворих (від 21 до 64 років). Сфінктерометрію проводили в передопераційному періоді, на 10-у добу, через 2 тижні, 2 місяці після операції. Відмічено зникнення сфінктероспазму й нормалізацію тиску внутрішнього анального сфінктера. Пацієнти виписувалися із стаціонару на 5-6-у добу після операції. Протягом 2 років спостережень після операційного втручання - рецидивів захворювання, анального нетримання та стриктур анального каналу не спостерігалось.

Висновки. Впровадження в практику комбінованого реконструктивно-пластичного хірургічного лікування ХАТ з попередньою передопераційною підготовкою дозволить скоротити терміни непрацездатності пацієнтів, покращити результати операційного лікування, зменшити час стаціонарного перебування хворих.



Красовський М.В.

СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО ПАХВИННОГО БОЛЮ ВНАСЛІДОК ПАХВИННИХ ГЕРНІОПЛАСТИК

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра загальної хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Сидорчук Р.І.)

Актуальність. При пахвинній герніопластикі нерідким ускладненням є синдром хронічного пахвинного болю (СХПБ). Застосування алотрансплантатів у пахвинній герніопластикі дозволяє зменшити кількість рецидивів, проте, у деяких випадках кількість СХПБ навіть підвищується. Останнім часом широкого застосування в пахвинній герніопластикі знайшли біологічні хірургічні клеї, що дозволяють уникнути травматизації нервів, проте, дослідження впливу такого підходу на розвиток СХПБ у післяопераційному періоді не проводились.

Мета дослідження. У порівняльному аспекті оцінити метод функціонально-адаптивної фіксації алотрансплантата у пластикі пахвинних гриж за впливом на формування СХПБ у післяопераційному періоді.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведені у 41 хворого чоловічої статі, віком 22–63 роки, із первинними унілатеральними пахвинними грижами, яким було виконано герніопластику неналяжними методами за допомогою алотрансплантатів. У дослідній групі імплантація алотрансплантата здійснювалася за допомогою методу функціонально-адаптивної фіксації (ФАФ). У контрольній групі пластика виконувалася за класичною методикою I.L. Lichtenstein із фіксацією алотрансплантата за допомогою проленових лігатур.

У післяопераційному періоді досліджували тривалість та інтенсивність больового синдрому, наявність парестезій та відчуття стороннього тіла, спостерігали за зміною положення алотрансплантата за розробленим запатентованим методом. Оцінку інтенсивності больового синдрому в різні терміни післяопераційного періоду проводили за допомогою візуальної аналогової шкали VAS.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати свідчать про те, що в обох групах пацієнтів, яким було виконано пластику пахвинної грижі зберігалася спільна тенденція до зниження інтенсивності больового синдрому в післяопераційному періоді. Динаміка зниження інтенсивності больового синдрому в дослідній групі була більш вираженою. До 3 доби з моменту імплантації у пацієнтів дослідної групи динаміка зменшення інтенсивності больового синдрому є дещо повільнішою, що може пояснюватися біодеградацією біологічного хірургічного клею із поступовим його заміщенням власними фібриновими і колагеновими волокнами. У цей період 3 пацієнтів дослідної групи скаржилися на відчуття стороннього тіла, що поступово зникло до 5 доби. У дослідній групі не спостерігалось у пацієнтів, яких інтенсивність больового синдрому досягала 7 і більше за візуальною аналоговою шкалою.

Луканюк С.С., Комарніцький В.В.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ З ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра загальної хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Сидорчук Р.І.)

Незважаючи на значні досягнення сучасної хірургії, питання, пов'язані з лікуванням гнійно-некротичних процесів м'яких тканин (ГНПМТ) у хворих з обтяженим загальним станом, потребують подальшого пошуку. Окрім скомпromетованого загального стану, що впливає на весь організм з патологічним процесом, важливе місце займає місцевий патологічний процес.

Під нашим спостереженням упродовж 2011–2012 років у клініці загальної хірургії БДМУ знаходилось 215 хворих на ГНПМТ з обтяженим загальним станом, що були розподілені на дві групи. Першу групу склали 120 (55,8%) хворих віком від 28 до 77 років (середній вік склав $62,03 \pm 12,35$ років), яким місцево застосовувалися у фазу ексудації препарати «Гентаксан» і «Нітацид», а також «Актовегін» у фазу грануляції. Другу групу склали 95 (44,2%) пацієнтів віком від 29 до 83 років (середній вік $64,73 \pm 10,52$ років), яким місцево застосовувалися розчин декасану та мазь «Левомеколь». Серед пацієнтів, хворих на ЦД, в обох групах застосовувалася інсулінотерпія. У першій групі інсулін застосовувався у 60 (76,92%) хворих, на протипагу другій групі, де інсулін застосовувався лише у 40 (42,10%).

Серед ГНПМТ у пацієнтів першої групи переважали гнійні рани – 42 (35,0%) хворих, трофічні виразки – 39 (32,5%) та гангрена пальців стоп – 39 (32,5%); також було 3 (2,5%) хворих з карбункулами. Серед ГНПМТ у пацієнтів другої групи також переважали гнійні рани – 18 (18,95%), трофічні виразки – 21 (22,11%) та гангрена пальців стоп – 33 (34,74%); також траплялися хворі з карбункулом – 2 (2,11%), гнійною остеоартропатією – 3 (3,16%), післяін'єкційним абсцесом – 4 (4,21%), флегмоною кінцівки – 6 (6,32%); по 1 хворому (1,05%) було з абсцесом, панарицієм та абсцедуючим фурункулом.

Серед оперативних втручань у першій групі переважали екзартикуляція пальця (27 (22,5%) хворих) та некротомія (23 (24,21%) хворих), також зустрічались розкриття гнійника (у 3 (2,5%) пацієнтів), резекція стопи (у 3 (2,5%) хворих). Серед оперативних втручань у другій групі переважали екзартикуляція пальця (у 23 (24,21%) хворих), некротомія (у 13 (13,68%) хворих) і розкриття гнійника (у 15 (15,79%) хворих), також зустрічались резекція стопи (у 5 (5,26%) хворих) і ампутація нижньої кінцівки (1 (1,05%)).

Міщенко К.С., Мусієнко А.М.

ГОСТРА НИРКОВА ДИСФУНКЦІЯ ЗА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра загальної хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Сидорчук Р.І.)

Актуальною проблемою в ургентній хірургії є абдомінальний сепсис (АС). У розвитку синдрому поліорганної дисфункції за АС важливу роль відіграє ураження нирок. На тлі сепсису відбуваються суттєві зміни в кровопостачанні нирок. Виникають локальні спазми мікроциркуляторного руслу, що призводять до гіпоксії, і як наслідок – ішемії та дистрофічних змін в мембранах та епітелії канальців. Як наслідок відбувається порушення клубочкової фільтрації і канальцевої реабсорбції.

Нами досліджено динаміку формування ниркової дисфункції за АС в експерименті на 47 нелінійних білих щурах.

Перший період захворювання виявляє себе стресовим характером змін, як різновид адаптивної реакції, які виражаються активацією компенсаторних механізмів нирок, що спрямовуються на нормалізацію метаболічних порушень. Спостерігається виражена олігурія, підвищена секреція Na⁺, K⁺, H⁺, креатиніну, аміаку, титрованих кислот, невелика протеїнурія. На другому етапі виникає декомпенсація, справжня дисфункція нирок. Порушуються ультрафільтрація та ферментні системи нирок, що призводить до значного зменшення екскреції креатиніну, Na⁺, H⁺, аміаку, титрованих кислот,

збільшення екскреції K⁺, мікроеритроцитоурія, підвищення кількості уробіліногену, гемоглобіну у сечі, збільшена кількість лейкоцитів, протеїнурії, що зумовлює значну втрату білка організмом, поява циліндрів, низька концентрація сечовини та хлоридів, порушується діяльність ренін-ангіотензинової системи, кровотворної функції нирок.

Внаслідок дисфункції нирок відбуваються накопичення токсичних продуктів метаболізму, метаболічний ацидоз, що підсилює прогресування інфекційного токсичного шоку і поліорганної недостатності, швидкого розповсюдження інфекції з кров'ю по всіх органах. Порушуються гуморальний та клітинний ланцюг імунного статусу організму, системний кровообіг та мікроциркуляція, тканинна перфузія та кисневе забезпечення клітин.

Підбиваючи підсумок вищесказаного, слід мати на увазі, що дисфункція нирок, яка на перших етапах розвитку сепсису не виявляється звичайними аналізами, призводить до значної недооцінки важкості пацієнта. Тому навіть у хворих з абдомінальним сепсисом з відсутністю виражених клінічних проявів ушкодження нирок в безсимптомному або стертому періоді.

Мороз П.В., Москалюк В.І.

ЗАПРОГРАМОВАНА ЛАПАРАПЕРЦІЯ В КОРЕКЦІЇ ЕНДОТОКСИКОЗУ ТА РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ У ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ПЕРИТОНІТ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії

(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І.Ю.)

Гострий поширений перитоніт є одним з найтяжчих та найчастіших захворювань в абдомінальній хірургії. Більшість гострих хірургічних захворювань та травм органів черевної порожнини ускладнюються перитонітом.

Бактеріальна інфекція і пов'язаний з нею інтоксикаційний синдром при гострому розповсюдженню перитоніту спричинюють розвиток імунодефіцитного стану, що зумовлює прогресування перитоніту і значне погіршення стану хворого.

Метою нашого дослідження є вивчення деяких імунологічних показників крові у хворих на розповсюджений перитоніт при запрограмованій лапароперції.

Для вирішення поставленої нами мети було досліджено 11 хворих з розповсюдженим перитонітом, яким проводилася запрограмована лапароперція.

Для оцінки імунологічного статусу хворих з розповсюдженим перитонітом були використані лейкоцитарна формула крові, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), який розраховують за формулою Я. Каль-Каліфа, індекс резистентності організму (ІРО) – за О.С.Кочневим (1987р.),

індекс імунологічної реактивності (ІІР) – за І.Ю.Полянським (1987р.).

Аналіз показників лейкоцитарної формули крові показав, що запрограмована лапароперція на першу післяопераційну добу сприяє зниженню кількості лейкоцитів на 34%, кількість паличкочерних лейкоцитів підвищується на 13,6%, лімфоцитів – на 11%. ЛІІ підвищується на 4%, ІІР – на 5%, ІРО зменшується на 35%. Після другої запрограмованої лапароперції кількість лейкоцитів крові зменшується на 6%, паличкочерних – на 20%, моноцити підвищуються на 52%, ЛІІ зменшується на 18%, ІІР та ІРО підвищуються на 15% та 18% відповідно. Після третьої запрограмованої лапароперції кількість лейкоцитів крові підвищується на 19,4 %, лімфоцитів – на 38%, моноцитів – на 81%, паличкочерних зменшується на 40%, ЛІІ знижується на 60%, ІІР та ІРО підвищуються відповідно на 97% та 70%.

Таким чином запрограмована лапароперція у хворих з розповсюдженим перитонітом сприяє зменшенню вираженості ендотоксикозу та підвищенню імунної реактивності організму.



Москалюк В.І., Мороз П.В.

ОБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ КИШЕЧНИКУ ЗА ДОПОМОГОЮ ФОНОЕНТЕРОГРАФІЇБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Полянський І.Ю.)

Різні порушення функції порожнистих органів травлення можуть бути як ізольованими патологіями, так і ускладненнями багатьох захворювань. Лікуванням даних нозологій займаються не тільки хірурги, а й терапевти, гастроентерологи, ендокринологи та інші. Також дані порушення можуть ініціювати розлад інших систем органів, декомпенсувати життєво необхідні процеси в організмі людини, а в деяких випадках призвести до смерті хворого. Тому важливість вирішення проблеми об'єктивної та своєчасної діагностики порушень функцій кишечника не підлягає сумніву. Об'єктивізація діагностики розладів функцій кишечника стоїть на першому місці серед поставлених завдань даної проблематики, адже кожен метод сам по собі не дає повної інформації про патологічний процес, а лише певний комплекс окремих діагностичних заходів допомагає лікарю чітко сформулювати діагноз. Зазначимо, що алгоритм діагностики у різних лікарів не однаковий, і залежить, насамперед, від досвіду спеціаліста, засвоєних навичок та здатності правильно трактувати результати обстеження. А тому на даний час є актуальним використання найбільш інформативних методів оцінки стану моторно-евакуаторної функції кишечника, діагностики її порушень, які можуть надати максимально вичерпну інформацію та мають найвищу діагностичну цінність для

спеціалістів з різною кваліфікацією. Модифікований нами метод фоноентерографії дозволяє оцінити стан моторно-евакуаторної функції кишечника, діагностувати її порушення. На відміну від оригінального методу, він має ряд своїх переваг.

Дане обстеження проводиться в окремому, бажаному, у звукоізольованому приміщенні у лежачого хворого. Процедура триває не більше семи хвилин. За необхідності можливе проведення обстеження в приміщеннях інших відділень, зазвичай, коли мобільність хворого за медичними показниками обмежена. Оцінка результатів не потребує додаткових фахових навичок.

Розроблений метод дає можливість оцінити кількісні та якісні показники: частоту перистальтики, силу скорочень, тонус стінки кишки.

Для апробування методики ми провели обстеження здорових людей та хворих на різні хірургічні та терапевтичні захворювання. Нами виявлено фоноентерографічне підтвердження клінічних обстежень, що полягає у тому, що метод реєструє нормомоторику у здорових людей, гіпер- чи гіперперистальтику у різних хворих з відповідними патологіями.

Розроблений діагностичний засіб відрізняється високою інформативністю, універсальністю для використання у різних відділеннях та різними фахівцями, ефективністю і малоінвазивністю.

Москалюк О.П., Нестерчук А.П.

РОЗРОБЛЕНИЙ МЕТОД ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник - д.мед.н. Шварковський І.В.)

Актуальність. Пахвинні грижі зустрічаються в 1–2,5% чоловіків та 0,3–1,1% жінок, складаючи до 80% всіх видів гриж живота. Традиційні методи операційного лікування пахвинних гриж призводять до розвитку високої кількості рецидивів, що складає від 2,5 до 47%. Застосування алотрансплантатів та сучасних методів герніопластики дозволило зменшити кількість рецидивів гриж до 3–14%. При застосуванні імплантата під час проведення герніопластики відбувається його безпосередній контакт із сім'яним канатиком, що, враховуючи вираженість запальної реакції всіх навколишніх тканин, не може не позначитися на стані як сім'яної протоки, так і яєчка з придатком.

Метою роботи. Стало вивчення способу алопластики пахвинних гриж, що виключає контакт імплантата і сім'яного канатика.

Матеріали та методи. На базі хірургічного відділення № 1 лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці прооперовано 24 хворих за запропонованою методикою (патент України на корисну модель № 60210), що склали основну групу. Контрольну групу склали 44 хворих, яким було виконано пластику пахвинних гриж за I.L. Lichtenstein. Групи були співставимі за віком хворих та типом пахвинних гриж.

Результати дослідження. Терміни відновлення базової активності та працездатності в контрольній групі склали $4,17 \pm 1,59$ діб та $28,12 \pm 4,27$ діб відповідно. Дані показники були порівняно меншими в основній групі і склали $3,12 \pm 1,21$ діб ($p < 0,05$) та $22,21 \pm 3,54$ діб ($p < 0,05$) відповідно.

Показник тривалості післяопераційного болювого синдрому в основній групі становив у середньому $29,44 \pm 3,18$ год., що є меншим за такий же показник контрольної групи – $35,62 \pm 4,21$ год. ($p < 0,05$). Інтенсивність болювого синдрому за Numerical Rating Scale в середньому становила $3 \pm 0,42$ бали в основній та $4 \pm 0,86$ бали – в контрольній групі. Ускладнень в осіб основної групи не було. Рецидиву грижі та синдрому хронічного пахвинного болю в хворих основної групи не виявлено. Післяопераційний ліжко-день становив $2,90 \pm 0,66$ діб в основній та $5,84 \pm 1,12$ діб – в контрольній групі.

Висновки. Відсутність контакту імплантата з елементами сім'яного канатика мінімізує вплив запальних реакцій на структури пахвинного каналу, що призводить до зменшення болювого синдрому і прискорює соціальну та трудову реабілітацію пацієнтів.

Мудрик Н.Я., Москалюк О.П., Райляну С.І., Гарбуз С.Д.
**ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ
УРАЖЕННЯХ СТОПИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник - к.мед.н. Білик О.В.)

В країнах Західної Європи та в США на цукровий діабет (ЦД) хворіє 6–8% населення. В Україні на ЦД хворіє понад 1 мільйон чоловік. Гнійно-некротичне ураження стопи виникає у 2–3% і загрожує втратою не тільки кінцівки, але і життя пацієнта. Появу гнійно-некротичного ураження стопи пов'язують з декомпенсацією перебігу ЦД, прогресуванням діабетичної ангіопатії та нейропатії, погіршенням кровопостачання та іннервації тканин стопи. Високі ампутації виконуються у 83,1% хворих, хоч у 57,2% випадків патологічний процес обмежується змінами в ділянці фаланг пальців і часто реєструються лише локальні гангренозні зміни на ступні. Такий відсоток високих ампутацій можна пояснити прагненням хірургів швидше ліквідувати гнійне вогнище та запобігти поліорганній недостатності. Рання післяопераційна летальність становить 9,8–27%, нагноєння рани кукси виникає в 17,8% спостережень, частота виконання реампутації складає 42,9%, летальність в термін від 1 доби до 39 місяців – 48,1%.

Метою нашої роботи є впровадження в практику малих (економних) ампутацій кінцівок для збереження опорної функції стопи, покращання результатів лікування, зменшення післяопераційних ускладнень та психологічно-соціальну адаптацію хворих.

Методи і матеріали. Основні роботи проводились на базі хірургічного відділення №1 ЛШМД. В дослідження було включено 52 пацієнта із СДС II–IV ступенів ураження за класифікацією Wagner. I група – 22 хворих яким була виконана трансметатарзальна ампутація стопи по Шарпу, II група – 30 пацієнтів, яким було проведено високу ампутацію.

Під час оперативного втручання пацієнтам I гр. виконували ампутацію стопи на рівні середньої третини плюсневих кісток з формуванням кукси апоневрозом підшови, а II – ампутація виконувалась по Шопару (7 хворих), на рівні середньої третини гомілки (12), середньої третини стегна (11). А також пацієнтам обох груп проводився комплекс загальноприйнятого консервативного лікування.

Результати. Виконання економних ампутацій скоротило загальну кількість ліжко-днів (I гр. $34 \pm 3,2$ в порівнянні з II – $38 \pm 4,3$ днів), зменшився період адаптації після ампутації в I гр. на $28 \pm 5,2\%$ в порівнянні з II групою, в I гр. збереження опорної функції стопи на $78 \pm 5,2\%$, а в II – біля $8 \pm 1,2\%$ (у 22% хворих), а в інших рівна 0. Отже використання малих ампутацій, зменшує тривалість та витрати на лікування, запобігає розвитку психологічної травми в хворих.

Мусієнко А.М., Міщенко К.С.

**КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВАКУУМНИХ ПОВ'ЯЗОК У
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНИХ РАН**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра загальної хірургії
(науковий керівник - д.мед.н. Сидорчук Р.І.)

Статистика свідчить, що в Україні 15% з 20 млн. щорічно зареєстрованих хірургічних хворих мають гнійні ускладнення ран. Процес лікування та реабілітації пацієнтів з таким діагнозом, що потребує значних коштів та зусиль, може тривати до 9 місяців. Отже, така ситуація вимагає застосування максимально ефективних методів лікування, одним із яких вважається метод накладання вакуумних пов'язок. Метою дослідження є: 1) порівняльний аналіз на підставі огляду наукової літератури характеру загоєння гнійних ран при використанні традиційного лікування та із застосуванням різних технік вакуум-терапії; 2) оцінка клінічної ефективності та застосування методу вакуумних пов'язок у комплексній терапії гнійних ран. Науковий доробок зарубіжних та вітчизняних дослідників, доводить відчутну клінічну ефективність вакуум-дренування, особливо із застосуванням сучасних так званих VAC комплектів (Vacuum-assisted closure – вакуумної терапії) за принципом Negative-pressure wound therapy (NPWT) (лікування ран із використанням негативного тиску). Науковці відмічають корекцію протікання процесів у рані

у вигідному біологічному напрямку. Дана методика дозволяє забезпечити негативний тиск величиною -125 мм.рт.ст., пов'язка залишається на термін 48–72 години. Застосування вакуумних пов'язок стимулює очищення рани, має відчутний детоксикаційний ефект, посилює мікроциркуляцію та ангиогенез, тканинну оксигенацію та живлення, процеси регенерації тканин; сприяє зменшенню площі ран; посилює ефект медикаментозного лікування; сприяє профілактиці внутрішньолікарняних інфекцій; призводить до повного загоєння ран у 85,4% пацієнтів з хронічними ранами; значно знижує тривалість лікування, сприяє економії часу та зусиль медичного персоналу; дозволяє у 2,5 рази прискорити терміни закриття ран і майже в 4 рази знизити ризик розвитку гнійно-септичних ускладнень порівняно з традиційними методами лікування. Отже, результати досліджень доводять ефективність методу, дозволяють обґрунтувати доцільність його подальшого впровадження та більш широкого використання для оптимізації процесу лікування та реабілітації хірургічних хворих з гнійними ускладненнями ран.



Пиптюк В.О.

КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ СТОПИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ВНУТРІШНЬОТКАНИННОЇ ГАЛЬВАНІЗАЦІЇ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна
Кафедра хірургії стоматологічного факультету
(науковий керівник - д.мед.н. Пиптюк В.О.)

Цукровий діабет (ЦД) є однією з найактуальніших проблем сучасності займаючи перше місце у структурі ендокринних захворювань. Актуальність вивчення даного захворювання значною мірою зумовлюється синдромом діабетичної стопи (СДС), який за суттю є специфічним симптомом комплексом анатомо-функціональних змін стопи у хворого ЦД, пов'язаного з діабетичною нейропатією, ангіопатією, остеоартропатією, на фоні, яких розвиваються гнійно-некротичні процеси.

Під нашим спостереженням знаходилося 32 пацієнти із СДС, які перебували на стаціонарному лікуванні за період 2011–2013 рр. Клінічний матеріал було структуровано у дві дослідницькі групи: основну (22 хворих), контрольну (10 хворих). Критерії включення пацієнтів до груп були: наявність ЦД, СДС III ст. за класифікацією Meggitt–Wagner, дорослий вік пацієнтів, критеріями виключення: травматичне пошкодження стоп, ішемія зумовлена облітеруючим процесом судин.

В обох групах було проведено консервативне лікування за загальноприйнятими методами (непрямі антикоагулянти, дезагреганти, простагландини, антибіотикотерапія згідно антибіотикограми).

В обох групах проводилася катетеризація нижньої надчеревної артерії, остеоперфорація великогомілкової кістки у верхній і середній третині в кількості 5 – 6 перфораційних отворів з наступною довготривалою внутрішньоартеріальною інфузією антибіотиків і медикаментозних препаратів і санацією гнійно-некротичного вогнища (нефректомія, або мала ампутація на стопі).

В основній групі додатково була застосована методика гальванізації (безперервним струмом з напругою 60–80 Вт, та з силою струму до 50 мА за наступною методикою: під час внутрішньоартеріального введення препаратів накладали струмопровідні пластини у нижній і середній третині гомілки, які закріплювали на шкірі, процедуру проводили впродовж 45 хвилин, із загальною частою сеансів до 10 (пріоритет заявки на патент від 17.01.2013 р.).

Запропонована схема комплексного лікування, яка ґрунтується на створенні «депо» медикаментозних препаратів у вогнищі запалення, що зумовлює пролонговану їх дію, дозволяє радикально усунути гнійно-септичні ускладнення, скоротити ліжко-день на $7 \pm 3,2$; $p < 0,05$), і рекомендувати до широкого використання.

Пушкашу А.В., Закутній Т.О., Савка І.В.

СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОЇ ПІСЛЯЦИБУЛИННОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра загальної хірургії
(науковий керівник - к.мед.н. Мишковський Ю.М.)

Вибір методу оперативного лікування гострокровоточивої післяцибулинної дуоденальної виразки у хворих похилого та старечого віку і вибір адекватної лікувальної тактики залишається актуальним питанням сучасної абдомінальної хірургії. Однак, існуючі на сьогодні думки стосовно оперативного лікування спірні, перевага надається органозберігаючим методам, в той же час широко застосовуються і резекційні методи. Недоліками цих методів є більше число рецидиву кровотечі, ненадійний гемостаз. Нами пропонується рішення, що дозволяє уникнути цих недоліків. Спосіб, що заявляється, здійснюється наступним чином: лапаротомія, після пальпаторного визначення локалізації виразки і її розмірів, з передньої стінки дванадцятипалої кишки в проекції виразки висікають ромбоподібний отвір діаметром на 2 – 3 мм більше за виразку. Шляхом діатермокоагуляції зупиняють кровотечу з виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки. Вузловими швами підшивають краї дефекту передньої стінки по периметру виразки таким чином, щоб в шов захоплювалась наскрізно вся передня стінка, а з боку задньої стінки – тільки слизовий і підслизовий шари

макроскопічне незміненої слизової стінки кишки. Таким чином, виразку виводять за межі просвіту дванадцятипалої кишки. Після цього виразку тампонують шляхом поперечного зшивання серозо-м'язовими швами підшити країв дефекту передньої стінки по периметру виведеної виразки. Перитонізація окремими вузловими швами. Прохідність кишкового тракту відновлюють переднім попередубідковим гастроентероанастомозом із браунівським сполученням. Для контролю гемостазу після операції в ДПК проводять зонд через гастроентероанастомоз. Операційну рану зашивають наглухо.

Як правило, прохідність дванадцятипалої кишки відновлюється в терміни 3 – 5 місяців.

За розробленим способом локального гемостазу прооперовано 6 хворих із гострокровоточивою дуоденальною виразкою, рецидиву кровотечі не виявлено.

Технічний результат: перевагою способу, що заявляється, є максимальна відповідність клінічному перебігу захворювання, що дозволяє проводити ефективний локальний гемостаз, попередження рецидиву кровотечі.

Пшиборовська Ю.Р.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНСПЛАНТАЦІЇ МУЛЬТИ-ПОТЕНТНИХ СТРОМАЛЬНИХ КЛІТИН ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ЗА УМОВ ІШЕМІЇ КІНЦІВКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра хірургії*(науковий керівник - д.мед.н. Домбровський Д.Б.)*

Незважаючи на сучасні підходи до лікування хворих на хронічну ішемію кінцівок при оклюзійних та облітеруючих ушкодженнях судин, дана проблема залишається далеко не вирішеною, а існуючі методики оперативного і консервативного лікування потребують подальшого вдосконалення.

Метою нашого дослідження слугує аналіз клініко-морфологічних даних групи піддослідних тварин, яким на фоні ішемії кінцівки трансплантовано мультипотентні клітини стромально-васкулярної фракції (СВФ) жирової тканини.

Проведено експериментальні дослідження з використанням 25 нелінійних білих щурів. Експериментальні тварини були поділені на 2 групи: I група – тварини, яким виконано моделювання ішемії (10), II група – тварини, яким на фоні ішемії кінцівки введено СВФ жирової тканини (15). У дослідних групах тварин визначали дистанції одномоментного пробігу та показники тесту примусового плавання протягом всього періоду спостереження. Після цього проводилася гістологічна та імуногістохімічна характеристика м'язів кінцівок лабораторних щурів.

Проведення гістологічних та імуногістохімічних досліджень показало, що внаслідок моделювання ішемії кінцівки у тварин I групи спостерігались виражені зміни, що характеризуються розладом кровообігу в судинах, особливо венозного

типу, деструкцією і дистрофією м'язових волокон, які зменшуються на 21 – 25 добу, проте, з'являється фіброзування і склероз стінки судин в перимізії з поодинокими проявами регенованих судин. Трансплантація СВФ жирової тканини, на фоні ішемії м'язів призвела до того, що на 3 добу після трансплантації починаються активні процеси компенсування ішемічного ураження за рахунок власних захисних сил м'язу. Однак, вже на 14 – 21 добу експерименту, мали місце ознаки стимуляції процесів ангиогенезу, відмічено зменшення і відсутність фіброзування, що підтверджувалося дослідженням експресії фактору Віллебранда, колагену IV типу і мезенхімального фактору віментину Висновки. У I групі піддослідних тварин спостерігались виражені розлади кровообігу в судинах, деструкція і дистрофія м'язових волокон, які до кінця дослідження зменшуються, з'являються ознаки регенераторних процесів. Трансплантація мультипотентних клітин стромально-васкулярної фракції жирової тканини на тлі ішемії кінцівки, вірогідно, викликає активні процеси компенсації ішемічного ураження, стимулює ріст молодих ендотеліоцитів внаслідок чого формується розгалужена і активно функціонуюча мережа новоутворених капілярів.

Рудий О.О., Дячук Б.А.

СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ РАНЬОГО РЕЦИДИВУ КРОВОТЕЧІ З ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра загальної хірургії*(науковий керівник - к.мед.н. Мишковський Ю.М.)*

З огляду сучасного стану проблеми гостро-кровоточивої дуоденальної виразки відомо, що одним із найбільш ефективних способів ендоскопічного гемостазу у хворих з ендоскопічною стигматою за Forrest (F) I визнано поєднання термічного та ін'єкційного методів. Метою дослідження є розробка ефективного способу запобігання раннього рецидиву кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки. Спосіб здійснювали наступним чином: використали окрім моноактивної гідродіатермокоагуляції, ендоскопічну ін'єкційну терапію розчином 5% транексамової кислоти, яка є інгібітором фібринолізу. Методика проведення ін'єкційного методу полягала у обколюванні кровоточивої судини з наступним стисненням її набряклими оточуючими тканинами. Виконували від 3 до 10 пульсів гідродіатермокоагуляції (в середньому – 5), а також вводили від 0,4 до 2,8 мл 5% транексамової кислоти (в середньому – $1,4 \pm 0,3$ мл). Проводили обколювання в 3–4 точках по

периметру виразки та протилежної стінки кишки. Пацієнти з успішним ендоскопічним гемостазом, ендоскопічними стигматами F II та F III відносяться до групи ризику розвитку кровотечі. Тому, для попередження рецидиву кровотечі застосовували тривале підведення інгібіторів фібринолізу в комплексі "second look" ендоскопій (1 раз на добу) та постійного дуоденального зонду (500 мг транексамової кислоти кожні 8 годин) протягом 5 діб.

За розробленим способом запобігання раннього рецидиву кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки проліковано 12 хворих із гострокровоточивою дуоденальною виразкою, рецидив кровотечі виявлено у 1 пацієнта.

Технічний результат: перевагою способу, що заявляється, є максимальна відповідність клінічному перебігу захворювання, що дозволяє проводити ефективний ендоскопічний гемостаз, запобігати ранньому рецидиву кровотечі, а також адекватний лікувальний тактичний підхід.



Стадник А.Д., Чудновский А.А., Зеленая А.И., Стадник К.В.
**АУТОДЕРМАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

Луганский государственный медицинский университет, Луганск, Украина
Кафедра общей хирургии с уходом за больными
(научный руководитель - к.мед.н. Брежнев В.П.)

Проблема хирургического лечения больных с ущемленными паховыми грыжами, является особенно актуальной из-за увеличения среди грыженосителей количества лиц пожилого и старческого возраста.

В настоящее время при герниопластике используются различные синтетические материалы. Однако наиболее доступным и прочным материалом является аутокожа, не требующая материальных затрат от больного.

Целью работы. Являлось изучение эффективности использования аутодермальной герниопластики (АДГП) у больных пожилого и старческого возраста с паховыми ущемленными грыжами, поступивших в клинику в ранние сроки от ущемления.

Материалы и методы. АДГП применена у 43 больных с ущемленными паховыми грыжами. Все пациенты госпитализированы в ургентном порядке, в первые 6 часов после ущемления. Возраст больных составил от 63 до 82 лет. Предоперационная подготовка осуществлялась для коррекции сопутствующей патологии и обменных нарушений. Продолжительность подготовки строго индивидуализировали, но не превышала 2-х часов. Для дезэпителизации кожного трансплантата использовано два способа. У 25

больных применен термический (Патент СССР на изобретение № 17188835 от 15.10.1991г.), а у остальных – механический способ дезэпителизации (Патент Украины на изобретение № 34977 от 26.08.2008г.). После герниотомии оценивалось состояние ущемленного органа и характер грыжевого экссудата. Затем осуществлялась АДГП пахового канала по методикам, разработанным в клинике.

Результаты и обсуждения. Наиболее часто ущемлялась тонкая кишка 85,3%. Преобладало эластическое ущемление. Тактика ведения послеоперационного периода была активной. Всем больным в целях профилактики возможных осложнений проводилась комплексная терапия, способствующая гладкому течению послеоперационного периода. У пациентов перенесших АДГП, отторжения трансплантата и нагноения операционной раны не наблюдалось. Длительность лечения больных в клинике составило 7,5 дня. Отдаленные результаты от 1 года до 3 лет отслежены у 38 больных – рецидивов не наблюдалось.

Таким образом, мы предлагаем активное внедрение методики АДГП в ургентной хирургии, при соответствующих условиях.

Сташишена О.В., Сапоговська В.В., Кулачек Я.В.

**АЛГОРИТМ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ЗА ГОСТРОКРОВОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ
ВИРАЗКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ЗАЛЕЖНО
ВІД ТИПУ ВИРАЗКИ («ЗАСТАРІЛА», «СТАРЕЧА»)**

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра загальної хірургії
(науковий керівник - к.мед.н. Мишковський Ю.М.)

Розроблений алгоритм лікувальної тактики за гострокровоточивої дуоденальної виразки у хворих старше 60 років залежно від типу виразки, полягає в наступному. Залежно від часу виконання операції з моменту госпіталізації, нами виділені дві групи операцій – термінові та невідкладні. Термінові операції виконували протягом 6–24 годин з моменту поступлення, а невідкладні – 24–72 годин. Обмеження терміном 72 години пояснюється наявністю пікових величин фібролітичної активності слизової оболонки передньої стінки цибулини ДПК у хворих зі «старечим» типом виразки на 1 добу та із «застарілим» типом виразки на 2–4 добу, а також можливістю виникнення рецидиву кровотечі в ці терміни. Термінові оперативні втручання потрібно виконувати пацієнтам з ендоскопічними стигматами F II A, F II B «старечого» типу виразки, а невідкладні операції пацієнтам з ендоскопічними стигматами F II A, F II B «застарілого» типу виразки та F II C, F III «старечого» типу. Опера-

тивному втручання не підлягали випадки з легким ступенем тяжкості кровотечі та супровідної патології, з ендоскопічними стигматами F II C, F III «застарілого» типу виразки. Виключно консервативне лікування даної категорії осіб є «золотим стандартом», основним компонентом якої є антихелікобактерна терапія, спрямована на ерадикацію Нр-інфекції (Маастрихтський консенсус III, 2005) у комбінації зі сучасними антисекреторними препаратами. За умови виникнення кровотечі під час проведення консервативного лікування усі пацієнти повторно підлягають лікувальній ендоскопії («treatment»), а їх наступне лікування буде залежати від ефективності гемостазу.

Впровадження запропонованого алгоритму лікувальної тактики за гостро кровоточивої виразки ДПК в осіб старше 60 років залежно від типу виразки дозволяє індивідуалізувати хірургічну тактику.

Токарчук І.М.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ, Україна

Кафедра загальної хірургії №1
(науковий керівник - д.мед.н. Крючина Є.А.)

Актуальність теми. Лікування хворих на рак підшлункової залози (РПЗ) залишається однією з найбільш складних проблем сучасної онкохірургії. РПЗ має найгірший прогноз серед усіх злоякісних новоутворень органів травлення. Навіть після радикальної операції протягом першого року вмирає до 11% хворих від прогресування процесу, медіана виживаності (МВ) при цьому становить 12 - 18 міс., 5 - річна виживаність - 0,1 - 5%.

Мета дослідження. Проаналізувати результати комплексного лікування хворих РПЗ за період з 2004 по 2012 роки. Зробити висновки щодо його ефективності: одно-, дво-, трьох-, п'ятирічна виживаність та рівень якості життя таких хворих. Матеріали та методи дослідження. З 2004 по 2012 р., на базі Київського міського центру хірургії печінки, жовчних протоків та підшлункової залози, було прооперовано 356 хворих з морфологічно верифікованим РПЗ. Резекції ПЗ були виконані хворим 92 (25,8%), дренажні операції - 193 (54,2%), криоабляція пухлини +ХРТ - 54 (15,2%), експлоративна лапаротомія - 17 (4,8%) пацієнтам. Вік пацієнтів склав від 45 до 83 років (середній 57,8 років).

Результати. Частота ускладнень після шунтувальних оперативних втручань склала 12,4%, післяопераційна летальність - 5,2%. Однорічна виживаність при місцевопоширених пухлинах з використанням ХРТ склала $20 \pm 8\%$ (без використання ХРТ - $12 \pm 5\%$), дворічна - $9 \pm 4\%$ (без використання ХРТ дворічної виживаності не було), трьохрічної виживаності не було.

Частота ускладнень після паліативних панкреато-дуоденальних резекцій склала 47,3%, летальність - 15,9%, що значно вище порівняно з шунтуванням ($p < 0,05$). Однак, виживаність після паліативних резекцій (в комбінації з післяопераційною ХРТ) була значно вище, ніж після шунтувальних втручань: однорічна - $72 \pm 9\%$, двохрічна - $34 \pm 7\%$, трьохрічна - $24 \pm 9\%$, чотирьохрічна - $7 \pm 7\%$, медіана виживаності - 16 міс. Це свідчить про доцільність виконання паліативних резекцій.

Летальність після ПДР склала 10,4% (померло 7 пацієнтів) (стандартних - 10,7%, розширених + розширених радикальних - 10,3%), після ДР - 13,3% (2 пацієнта), ТПЕ - 40% (4 пацієнта). Основна причина - неспроможність панкреатоєюноанастомозу.

Чернишова Д.М., Ількун І.Я., Циріль В.М., Степанченко М.С.

ПЛАСТИКА НЕЙРОТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ПРИ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Кафедра хірургії та урології
(науковий керівник - к.мед.н. Білик О.В.)

Цукровий діабет (ЦД) найактуальніша проблема сучасної медицини через зростання захворюваності, поширеності та тяжкості його різноманітних ускладнень. Частота ампутацій нижньої кінцівки при ускладнених формах ЦД при спостереженні протягом 7 років становить 3,4%, при спостереженні протягом 14 років - 7,2% - 9,9%. Синдром діабетичної стопи (СДС) розвивається у 30-80% хворих на ЦД і в 30-70% випадків ускладнюється гнійно-некротичними ураженнями стопи. Одним із ускладнень є розвиток нейротрофічних виразок (НТВ), що виникають на місці травми на тлі втрати чутливості в кінцівці. Такі виразки глибокі, безболісні, це і є основною причиною пізнього звернення хворих. Питання закриття дефектів НТВ при СДС стопи залишається до кінця не вирішеним, що пов'язано з особливістю перебігу ранового процесу.

Мета. Вдосконалити хірургічні методи закриття НТВ при СДС для покращання результатів лікування та зменшення інвалідизації хворих.

Методи і матеріали. Робота проводилась на базі хірургічного відділення №1 ЛШМД. В дослідження було включено 28 пацієнтів з НТВ при СДС II-IV ступенів ураження за класифікацією Wagner віком від 45 до 67 років, що склали дві клінічні

групи: I група - 8 пацієнтів, яким було проведено закриття виразкового дефекту за допомогою різних варіантів аутодермопластики, а II - контрольна, 20 хворих у яких НТВ загоювались загальноприйнятими методами. Під час оперативного втручання пацієнтам I гр. Після висічення грануляційних і фіброзних тканин виразки, закривали дефект клаптом шкіри за Філатовим на судинній ніжці, який викроювали двома паралельними розрізами на всю товщу шкіри на віддалі від дефекту. Результати лікування порівнювалися із даними II гр., у якій загоєння проходило вторинним натягом.

Отримані результати свідчать про ефективність лікувальної тактики, що підтверджується зменшенням загального ліжко-дня до $35 \pm 2,1$ порівняно з контрольною групою - $39 \pm 3,8$ днів. Термін повного загоєння дефекту стопи становив $43 \pm 5,2$ день порівняно з контрольною групою - $51 \pm 6,7$ дні. Опорну функцію стопи вдалось зберегти в 81% випадків.

Висновки. Раннє закриття дефекту при СДС попереджує можливість вторинного інфікування м'яких тканин та кісток стопи, зменшує тривалість та витрати на лікування, запобігає розвитку психологічної травми у хворого, знижує ступінь його інвалідизації.



Чорномидз А.В.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ ФАКТОР ПАТОГЕНЕЗУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Тернопільський державний медичний університет, Тернопіль, Україна
Кафедра загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією
(науковий керівник - д.мед.н. Шідловський В.О.)

Діагностика та лікування гострого панкреатиту – одна з актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії.

Мета дослідження. Вивчити роль системної ендотеліальної дисфункції у розвитку гострого панкреатиту. Обстежено 64 хворих на гострий панкреатит. У 32 хворих діагностовано легку (набрякову) форму, а у 32 – важку форму захворювання. Контрольну групу склали 32 практично здорові особи. Проведено лазерну доплерівську флоуметрію із оклюзійною пробою на лазерному аналізаторі мікроциркуляції «ЛАКК-II» (НПП «Лазма», Росія). У крові визначався рівень метаболітів оксиду азоту (нітратів та нітритів), ендотеліну-1 та кількість циркулюючих ендотеліоцитів. Встановлено, що у хворих на легку форму панкреатиту на початку захворювання відмічається зростання активності ендотелію судин, що підтверджується зростанням амплітуди ендотеліальних коливань після проведення оклюзійної проби та зростанням вмісту метаболітів оксиду азоту та ендотеліну. Одночасно зростає і кількість циркулюючих ендотеліоцитів. На 3 добу захворювання у цій групі хворих відмічається зниження у крові маркерів ендотеліальної дисфункції та зростання амплітуди ендотеліальних коливань при проведенні ЛДФ. Після проведеного лікування

рівень маркерів дисфункції ендотелію знижувався та наближався до рівня показників здорових осіб. У групі хворих на важкий панкреатит підвищення рівня ендотеліну та метаболітів оксиду було достовірно вищим за показники у хворих на набрякову форму панкреатиту ($p < 0,05$). На 3 добу ці показники зростали, особливо рівень ендотеліну-1. Аналогічно змінювалась і кількість циркулюючих ендотеліоцитів у крові. На відміну від показників першої групи, при важкому перебігу панкреатиту на початку захворювання відмічалось зниження активності ендотеліальних коливань як базальних, так і після проведення оклюзійної форми. Подальше зниження цих показників відмічається і на 3 день захворювання. При виписці хворих із стаціонару активність ендотеліальних коливань залишається достовірно нижче рівня здорових осіб ($p < 0,05$). Отримані дані свідчать про те, що при набряковому панкреатиті під впливом токсичних речовин ушкоджуються та активуються ендотеліоцити. При важкому перебігу захворювання відмічається прогресуюче зниження активності ендотеліоцитів і дисбаланс ендотеліальних медіаторів із переважанням рівня ендотеліну. Ці зміни призводять до розвитку ускладнень та хронізації патологічного процесу.

Чудновский А.А., Стадник А.Д., Зеленая А.И., Бородина Е.В., Буркова И.В.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ

Луганский государственный медицинский университет, Луганск, Украина
Кафедра общей хирургии с уходом за больными
(научный руководитель - к.мед.н. Ходырев В.Н.)

Стеноз выходного отдела желудка частое осложнение пилородуоденальных язв.

Целью работы являлось изучение особенностей выбора методов операции и ведения послеоперационного периода при пилородуоденальных стенозах.

Материалы и методы. Нами проведен анализ хирургического обследования 206 больных с язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК), из которых у 170 (82,5%) заболевание было осложнено пилородуоденальным стенозом (ПС). Язвенная болезнь без стеноза была отмечена у 36 больных (группа сравнения), формирующийся стеноз был обнаружен у 30 (14,5%) больных, у 32 (15,5%) – компенсированный, у 56 (28,5%) – субкомпенсированный и 52 (24,0%) – декомпенсированный стеноз.

С целью внедрения возможностей применения органосохраняющих операций с иссечением язвы и расширенной дуоденопластикой у больных с субкомпенсированными и декомпенсированными стенозами определялся резерв тонуса мышечной стенки желудка.

Нами разработан «Спосіб визначення показань до органозберігаючої операції при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненої органічним стенозом» (Патент України от

4.05.2000г.).

Результаты исследования и их обсуждение. На основании полученных данных до операции о состоянии тонуса стенки желудка, регионарного кровотока желудочной стенки представляется возможность прогнозировать нарушения моторно-тонической функции желудка в раннем и отдаленном послеоперационных периодах, проводить своевременную коррекцию этих нарушений, дифференцированно применяя современные методы электрической и медикаментозной стимуляции мышечного тонуса желудка.

Комплексное применение этих методов представляет возможность уменьшить количество резекционных способов оперативного лечения и увеличить процент выполнения органосохраняющих операций.

Выводы. Состояние тонуса желудочной стенки является одним из основных факторов, влияющих на выбор метода и объема оперативного вмешательства. У больных с ЯБ, осложненной субкомпенсированным и декомпенсированным стенозами с сохраненным стимулированным тонусом желудочной стенки, возможно выполнение органосохраняющих операций типа СПВ с иссечением язвы и расширенной пилородуоденопластикой.



**Симпозіум
«Стан та перспективи
розвитку студентського
самоврядування»**



Баклицька К.С.

ВОЛОНТЕРСЬКИЙ РУХ – ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ

Полтавський базовий медичний коледж, Полтава, Україна
(науковий керівник - Дворнік С.І.)

Актуальність: гуманізація навчально-виховного процесу.

Мета: роль студентського самоврядування як потужного фактору виявлення потенційних лідерів, вироблення у них навичок організаторської роботи з колективами студентських об'єднань.

Підготовка студентів до активної, сповненої особистісного сенсу життєдіяльності є найважливішою складовою розвитку суспільства. Одним із проявів активної життєвої позиції є волонтерська робота. Тому в 2001 році на засіданні студентської ради Полтавського базового медичного коледжу було прийнято рішення: створити волонтерський загін «Турбота».

Волонтерський рух відразу набув поширення серед студентів навчального закладу. Було визначено, що робота проводитиметься в таких напрямках: інформаційно-просвітницький,

благодійний та медико-соціальна допомога.

Студенти відразу розпочали співпрацю з фахівцями обласного Товариства Червоного Хреста, Полтавського управління у справах сім'ї, дітей та молоді; громадською організацією «Світло надії». Разом проводили благодійні акції: «Діти дітям», «Допомогти так легко», «Серце до серця», соціальні акції: «Зупинимо СНІД разом», «Ми – твереза нація».

До волонтерської роботи з ветеранами належить медико-соціальна допомога самотнім людям і благодійні акції, як «5 картоплин», «Ветеран живе поруч», «Привітай ветерана».

Волонтерська практика, під час якої студенти надають медичну й психологічну допомогу хворим Полтавського обласного онкологічного диспансеру, вчить любити людей і дарувати їм надію та радість життя.

Вінтоняк Т.М.

РОЛЬ МІЖНАРОДНИХ СТУДЕНТСЬКИХ ОСВІТНІХ ТА НАУКОВИХ ПРОГРАМ У РОЗВИТКУ ОРГАНІВ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.псих.н Зорій Н.І.)

Студентське самоврядування – це форма управління, за якої студенти на рівні академічної групи, факультету, гуртожитку, курсу, спеціальності, студентського містечка, іншого структурного підрозділу ВНЗ мають право самостійно вирішувати питання внутрішнього управління. Головна мета діяльності органів студентського самоврядування полягає передусім у створенні умов самореалізації молодих людей в інтересах особистості, суспільства і держави, у захисті прав студентів. Студентське самоврядування є засобом реалізації студентською громадою своїх прав, обов'язків та ініціатив через прийняття рішень і їх впровадження за допомогою власних ресурсів у сфері, що визнається адміністрацією, та у співпраці з нею, а також гарантії брати участь через своїх представників у вирішенні питань, які стосуються студентства. Студентське самоврядування можна сміливо назвати однією з перших сходинок до громадянського суспільства, коли громада висуває своїх лідерів та вчиться контролювати їхні дії.

Не вдаючись до історії становлення студентського самоврядування у вищих навчальних закладах Європи використаємо лише досвід цієї роботи у вищих навчальних закладах Франції. Студенти вищих навчальних закладів країни мають можливість бути представленими у

різноманітних установах на всіх інституційних рівнях. Всі студенти університету можуть брати участь у виборах своїх представників. На університетському рівні студенти обираються до Центральної Ради університету (Адміністративна Рада, Наукова рада, Рада з питань навчання та університетського життя), до студентських рад факультетів, а також до Ради об'єднаних факультетів за певним напрямом підготовки та Ради в гуртожитках. Студенти, які обрані до вищезазначених рад, обирають своїх представників до Національної Ради з Вищої Освіти. Паралельно проходять вибори на рівні кожного навчального округу до Адміністративної ради Регіонального Центру Університетських та Учбових Справ.

Однією з організацій студентського самоврядування в Україні є Всеукраїнська студентська рада. Отже, Всеукраїнська студентська рада (далі – ВСР) є добровільним об'єднанням органів студентського самоврядування, консультативно-дорадчим колегіальним органом при Міністерстві освіти і науки України, утвореним з метою сприяння розвитку студентського самоврядування, більш повного врахування інтересів студентської молоді при виробленні та реалізації політики України у сферах вищої освіти, соціального становлення та розвитку студентської молоді.

Воронюк К.О.

МЕХАНІЗМИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УНІВЕРСИТЕТ СЕРЕД «ВНУТРІШНЬОЇ» ТА «ЗОВНІШНЬОЇ» АУДИТОРІЇ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.мед.н. Зорій Н.І.)

На разі науковцями-політологами прийнято вважати, що ми живемо в епоху інформаційного суспільства. Сам термін «інформаційне суспільство» означає таке суспільство, в якому поширення інформації посідає ключову роль у формуванні політики та економіки. Цей термін ще в середині минулого століття було запропоновано американським науковцем Даніелем Беллом.

Також відразу пояснимо, що ми маємо на увазі під термінами «внутрішня» та «зовнішня» аудиторія. «Внутрішня» - це викладацько-науковий склад університету, «зовнішня» - це всі ті, хто безпосередньо не пов'язаний з нашим університетом. Окрім того, у цій статті ми воліємо розглянути ще один аспект вагомості інформаційного суспільства з точки зору не споживача, а виробника інформації. По-перше, хочемо наголосити, що виробниками інформації є не тільки потужні ЗМІ. Наш університет, який готує не журналістів, а медиків, теж є виробником інформації. Перш за все, йдеться про активну наукову діяльність університету, а також про його соціально-культурне життя. Наш університет щороку організовує та проводить декілька регіональних, всеукраїнських та міжнародних конференцій. Це є свідченням високого наукового потенціалу та

організаційних здібностей закладу. Проте жоден із заходів не відбувся б, якби інформація про нього не була поширена через прес-центр, органи студентського самоврядування та газету «Гіппократик». На наше переконання, вагомою роллю студентської газети є не тільки інформування «внутрішньої» та «зовнішньої» аудиторії, а й підтримання та створення позитивного іміджу університету. Про те, що університет потужно працює, має бути поінформована аудиторія. Таким чином, у студентів та викладачів така інформація викликати почуття гордості за свій навчальний заклад, бажання працювати ще наполегливіше, вони пишатимуться тим, що пов'язані із Буковинським державним медичним університетом. Всі інші - чернівчани, наші колеги з інших куточків України та світу теж розумітимуть високу якість нашого навчального закладу. Особливу вагу, на нашу думку, у контексті поінформованості колег з інших міст та країн відіграє наш університетський сайт - <http://www.bsmu.edu.ua/>.

Отже, розповсюдження інформації про діяльність університету є вкрай важливим процесом. Його якість значно збільшується, коли до нього залучаються як викладачі, так і самі студенти, адже кожна із груп подає інформацію.

Дейнека В.М.

ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВОЇ РОБОТИ В МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ СУМСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Сумський державний університет, Суми, Україна
(науковий керівник - д.мед.н. Погорєлов М.В.)

Одним з інструментів підвищення професійного рівня випускників ВУЗів є активне залучення студентів до наукових досліджень. Науково-дослідна робота студентів (НДРС) є бов'язковою та невід'ємною частиною підготовки спеціалістів в Сумському державному університеті (СумДУ). Залучення широкого кіла молодих медиків до науки здійснюється завдяки активній діяльності підрозділів інституту, міжкафедральним науковим центрам, гурткам кафедр, студентському науковому товариству (СНТ). Основними цілями СНТ є створення і розвиток сприятливих умов для формування кваліфікованих фахівців шляхом інтенсифікації НДРС, участі їх у фундаментальних та прикладних дослідженнях, що проводяться в інституті, а також забезпечення можливості для кожного студента реалізувати своє право на творчий розвиток особистості у відповідності з його здібностями і потребами. Той факт, що з року в рік зростає, як загальна кількість студентів, так і зацікавленість студентської молоді наукою залишає актуальним питання ефективного управління, координації діяльності товариства та, відповідно, інноваційного підходу до організації НДРС. Важливе значення при цьому надається використанню мережевих технологій, які надають доступ до багатьох джерел інформації, дозволяють проводити інтернет-конференції та онлайн реєстрацію

на студентську наукову конференцію.

СНТ медичного інституту підтримується тісний зв'язок з СНТ більшості медичних ВУЗів України, товариство є ініціатором створення асоціації молодих медиків Сумщини, розвиваються контакти з СНТ медичних ВУЗів м. Курськ, м. Курган, м. Владикавказ (Росія).

З метою ширшого залучення молоді до науки, при сучасних лабораторіях інституту створено студентські наукові центри такі як, центр молекулярно-генетичних досліджень, морфологічних, та патоморфологічних досліджень, центр лазерної хірургії. Під наглядом досвідчених викладачів студенти мають можливість працювати з тваринами, що утримуються згідно всіх правил біоетики в сучасному виварії.

Підсумком НДРС є презентація своїх даних у вигляді доповідей, рефератів на кафедрах, виступів на міжвузівських конференціях, публікація тез та статей у фахових журналах. З числа найбільш активної та талановитої молоді формується резерв кадрів для подальшого переходу на викладацьку діяльність.

Підсумовуючи все зазначене, можна зробити висновок про те, що СНТ відіграє важливу роль у розвитку студентської науки закладу, а інноваційний підхід до організації дозволяє ефективно використовувати інтелектуальний потенціал.



Закутній Т.О., Кархут Р.М.

ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.мед.н. Поліщук О.Ю.)

Інформаційна технологія – це комплекс взаємозалежних, наукових та технологічних дисциплін, що вивчають методи ефективної організації праці людей, зайнятих опрацюванням і збереженням інформації, методи організації і взаємодії з людьми і виробничим устаткуванням, практичні додатки, а також пов'язані з усім цим соціальні, економічні і культурні проблеми. Основним ресурсом інформаційного забезпечення діяльності нашого навчального закладу є сайт університету. На ньому у підрозділі «студенту» висвітлено усі складові студентського життя: навчання, наука, дозвілля. Успішно функціонує сервер дистанційного навчання (середовище Moodle), що значно полегшує студентам доступ до різноманітних навчально-методичних матеріалів: програм навчальних дисциплін, тематичних планів практичних семінарських та лекційних занять, методичних вказівок до практичних занять, самостійної роботи студента, конспектів лекцій, інструкцій до лабораторних занять, матеріалів для поточного та підсумкового контролю. Це полегшує процес пошуку необхідної інформації, що сприяє кращій підготовці до занять, а відтак – вищому рівню знань студентів університету. Більшість студентів користуються також посиланнями на найбільші вітчизняні та світові електронні

медичні бібліотеки. На сайті розмішено інформацію про діяльність студентського наукового товариства та студентської ради, у структурі якої функціонують навчальна та інформаційно-правова комісії, які формують стратегію розвитку та здійснюють моніторинг використання електронних ресурсів для студентів (наприклад відслідковується показник кількості відвідувачів). Розвитку інформаційних технологій в університеті надано пріоритетного значення. При цьому адміністрація навчального закладу постійно вивчає думку студентів та враховує її в прийнятті управлінських рішень. На постійній основі проводяться опитування, анкетування, інтернет-голосування. У лютому 2013 року працівниками медико-психологічного центру та лікарями-інтернами спеціальності «медична психологія» за участі студентського самоврядування шляхом анонімного анкетування проведено опитування студентів 3–6 курсів та лікарів-інтернів стосовно інформаційного та матеріального забезпечення навчального процесу, чинників, які впливають на якість підготовки спеціалістів. Опитуванням було охоплено понад тисячу респондентів. Результати опитування дозволять визначити пріоритетні шляхи удосконалення навчального процесу, зокрема й у галузі інформаційних технологій.

Максимчук Н.О., Любеля Ю.В.

ПЕРСПЕКТИВИ МІЖНАРОДНОЇ ТА МІЖВУЗІВСЬКОЇ СПІВПРАЦІ СТУДЕНТСЬКИХ НАУКОВИХ ТОВАРИСТВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(к.мед.н. Тюленева О.А.)

Одним із стратегічних напрямків розвитку Буковинського державного медичного університету є досягнення міжнародних стандартів підготовки медичних і науково-педагогічних кадрів та інтеграція до Європейського освітньо-наукового простору на засадах Болонської декларації. Встановлення безпосередніх контактів із зарубіжними освітніми і науковими організаціями, навчальними закладами сприяє реалізації поставленої мети і упродовж 2012 року здійснювалося членами студентського наукового товариства на міжнародних конференціях, симпозиумах, семінарах за кордоном: В.Юзько взяла участь у щорічній зустрічі Європейського товариства репродукції людини і ембріології (м.Стамбул, Туреччина); А.Сидорчук – у конференції Європейської організації високого тиску (м. Лондон, Великобританія); Є.Парастивюк, В.Юзько, К.Вілігорська, М.Степанченко, Є.Крижевський, А.Пушкашу стали учасниками XXIII Європейської медичної студентської конференції (м.Берлін, Німеччина); А.Пушкашу, В.Юзько, А.Бічер, Є.Піжовський, Д.Кучер, В.Маковський, І.Бабенчук, В.Гаврилович, А.Гринкевич, М.Курікеру, Л.Кузик та Е.Кейль взяли участь у XIV Міжнародній медичній студентській конференції (м. Крайова, Румунія). В рамках розвитку міжнародного співробітництва

студенти В.Юзько та А.Барбе впродовж липня 2012 проходили літню практику в Університетському госпітальному центрі м. Монпельє (Франція), під час стажування студенти відвідали лікарню Сан Пао (м. Барселона, Іспанія). Під час обміну досвідом та навчання у закордонних колег, студенти активно налагоджували контакти, а також проводили кампанію з промоушену міжнародної медико-фармацевтичної конференції студентів і молодих вчених, яка щорічно проводиться на базі нашого університету. З метою розширення міжвузівських зв'язків, голова студентського наукового товариства БДМУ Н.Максимчук впродовж трьох років поспіль бере участь у роботі Всеукраїнського з'їзду представників студентських наукових товариств вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів України з міжнародною участю, що традиційно проходить на базі Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Тематикою форуму є коло питань, ключові з яких – актуальні проблеми та сучасні тенденції навчальної і науково-дослідної роботи студентів та вплив на них студентських наукових товариств, участі молодих науковців у розробці і впровадженні інноваційних технологій в медицині та фармації, сучасних інформаційних технологій у роботі товариств.

Мосійчук В.П.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНИ ТА ЗА КРАЇНАХ ЄВРОПИ ТА США

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.філ.н. Зорій Н.І.)

Основною мета студентського самоврядування на сучасному етапі розвитку українського суспільства є покращення якості та умов навчання, сприяння формуванню у майбутніх фахівців лідерських якостей, громадянської свідомості, активної життєвої позиції. У зв'язку з цим необхідно звернутися до європейського та американського досвіду діяльності органів студентського самоврядування (ОСС), яке має багаторічний досвід функціонування у вищих навчальних закладах.

Суттєвою відмінністю ОСС вищих навчальних закладів Європи та США від українських аналогів є потужна матеріальна база та їх фінансово-правова незалежність. Зокрема: у Варшавському університеті для студентського самоврядування виділена значна площа приміщень (близько 450 м²) і значний річний бюджет, у БДМУ форми роботи ідентичні: створення інформаційних довідників (Пам'ятка першокурснику), організація урочистостей, концертів, поселення студентів у гуртожитки тощо.

У Великобританії є своя традиційна система студентського самоврядування – це різного роду спілки, які мають власні будівлі або сукупність приміщень на території університету, займаються соціальною та організаційною діяльністю студентів. Голова студентської спілки працює повний робочий день і отримує заробітну пла-

ту. Особливим є те, що при кожній студентській спілці функціонує навчальний центр майбутнього політика, де найактивнішим допомагають оволодіти ораторським мистецтвом, політологією, психологією та іншими важливими науками у формуванні лідера нації.

У Франції студенти мають можливість бути представленими у різноманітних установах вищої освіти. Однак найвпливовішим є представлення студентів на рівні університету. Аналогічно і в БДМУ студенти входять до складу вченої ради університету та вчених рад факультетів, є делегатами Конференції трудового колективу університету.

Студентський уряд у США має виражено демократичний тип та існує для самореалізації молоді в умовах жорстких ринкових відносин та глобалізації суспільства. Виховання відповідального й законослухняного громадянина забезпечує розвиток демократичних взаємин. З огляду на це в американських ВНЗ практикують регламентувати діяльність кожної організації власною, самостійно розробленою Конституцією та Статутом.

Таким чином, аналіз розвитку студентського самоврядування у вищих навчальних закладах Європи та США порівняно з українським (на прикладі БДМУ) дає можливість впроваджувати найбільш дієві форми та методи діяльності ОСС.

Паранюк Ю.Д.

АКТИВНЕ ВОЛОНТЕРСТВО - ОСНОВА ЦИВІЛІЗОВАНОГО СУСПІЛЬСТВА МАЙБУТНЬОГО

Чернівецький медичний коледж, Чернівці, Україна;
(науковий керівник - к.філ.н. Стрижаковська О.С., Божко І.Г.)

Сучасний моральний клімат суспільства закликав до життя волонтерський рух, суть якого полягає у відродженні милосердя, добра у людських стосунках, які мають бути не ринковими, а природними, орієнтованими на взаємодопомогу, і це зумовлює актуальність звертання до цієї проблеми.

У доповіді розглядаються основні положення волонтерського руху, його напрямки, роль і значення волонтера у соціумі. Наголошується на значенні волонтерського руху для формування майбутніх представників медичного фаху. Детально описуються конкретні дії волонтерів, зокрема представників студентського парламенту під патронатом адміністрації та викладачів Чернівецького медичного коледжу Буковинського державного медичного університету. Робиться акцент на ролі волонтерства у вихованні молоді майбутнього. Наводяться приклади найбільш

ефективних акцій та участі в них волонтерської групи студентського парламенту коледжу. Яскравим прикладом таких акцій є:

- Опіка над дітьми з психо-фізичними вадами розвитку, які не підлягають навчанню;
- відвідування геріатричних пансіонатів області;
- проведення благодійних змагань;
- участь у благодійних акціях та просвітницькій роботі суспільства;
- проведення акцій, спрямованих, на збір коштів для онкохворих, тощо.

Взірець милосердя та самовідданості Мати Терези говорила, що «життя багате злом в нього є багато бездомних і велика радість полягає в тому що присвятити себе служінню іншим людям». Ці слова є орієнтиром для волонтерів Чернівецького медичного коледжу та переконують у необхідності творити добро що секундно.



Рибарчук А.В.

ВОЛОНТЕРСТВО, ЯК ОДИН ІЗ АСПЕКТІВ ДІЄВОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.філ.н. Зорій Н.І.)

Студентська молодь є специфічною соціальною групою, що формує особливий спосіб життя, умови навчання і побуту.

Питання соціально-побутового та культурного життя студентів вирішується студентською громадою через законодавчі та виконавчі органи студентського самоврядування. Волонтерська діяльність студентів вишу черговий раз визначає дієвість органів студентського самоврядування у формуванні високоморальних, освічених особистостей – майбутньої еліти українського суспільства.

Волонтери – люди будь-якого віку, різних професій та прошарків суспільства, які віддають частину своїх сил, можливостей, часу, знань на благо інших людей і суспільства в цілому, діючи за покликанням кожного з нас – робити добро.

Уряди більш ніж 80-ти країн світу, у число яких входять найбільш розвинені держави, сприяють розвитку національного волонтерського руху, розглядаючи його як діючий інструмент розвитку суспільства. Волонтерська діяльність є одним із найбільш ключовим напрямком діяльності студентського самоврядування у вищих медичних навчальних закладах і виступає своєрідною рушійною силою до змін на краще у формуванні менталітету громадянина та лікаря України.

У Буковинському державному медичному університеті можна відмітити позитив-

ну динаміку якості роботи студентського самоврядування, саме в момент активізації волонтерської діяльності студентів. За останні роки значно зросла кількість благодійних акцій милосердя, адресної допомоги тим хто цього потребує. Студенти активно відвідують дитячі будинки, лікарні не лише в Чернівецькій області, а й за її межами. Анкетування студентів, проведене в Буковинському державному медичному університеті, підтвердило позитивне ставлення до волонтерського руху в структурі студентського самоврядування. Студенти визначили форми подальшого розвитку волонтерства в системі вищих медичних навчальних закладів, зокрема змістовні флешмоби, онлайн сповіщення про благодійні акції тощо.

Зустріч студентів-волонтерів з обділеними людьми, дітьми з вадами розвитку формує в них культуру спілкування та емпатійні здібності (емпатія – англ. empathy співпереживання), які допоможуть майбутнім лікарям сформуванні професійну культуру відповідно до основних принципів етики та деонтології. На підтвердження цього Мати Тереза висловила: «Добро, яке ти зробив сьогодні, люди забудуть завтра – і все ж твори добро. Зрештою, ти сам переконаєшся, що все це між тобою і Богом, і що це ніколи не було між ними і тобою».

Скопич О.Л.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - Осипенко В.А.)

На сьогоднішній день в Україні виникла проблема виявлення лідерів серед студентської молоді. Студентське самоврядування потребує кваліфікованих, освічених і харизматичних лідерів, з метою відстоювання інтересів самого студентства.

Метою нашого дослідження є вивчення особливостей прояву лідерських якостей серед студентської молоді.

Дослідження здійснювались на основі системного підходу та аналізу прояву лідерських якостей. Вибірку складають 27 студентів (17-19 р.), 1-го курсу БДМУ. В ході проведення дослідження були використані наступні методики: проективна методика геометричних фігур; методика виявлення комунікативних та лідерських здібностей (КОС 2); діагностика лідерських здібностей (Є. Жаріков, Є. Крушельницький) та авторська анкета вивчення співвідношення лідерських якостей і ситуацій.

Згідно з проективною методикою геометричних фігур отримано результат: «трикутник» –22,2%, «коло» –51,8%, «зігзаг» –11,1%, «прямокутник» і «квадрат» по 7,4%, як і передбачалось, менше 1/4 частини опитуваних. За результатами діагностики лідерських здібностей (Є. Жаріков, Є. Крушельницький) виявлено наступні

рівні лідерських здібностей: високий –19%, середній –56%, низький –25%. Характерними ознаками цього рівня є: слабка сила волі, погане пристосування до нових умов, низький рівень самокритичності. Такі люди майже ніколи не стають лідерами. Середній рівень –помірна вираженість лідерських здібностей, потенціал щоб стати лідером, але не завжди цього досягають. Високий рівень – яскраво виражені лідерські здібності: сила волі, самокритичність, надійність, самостійність, ініціативність, адаптивність. Вони народжені бути лідерами. Методика виявлення комунікативних та лідерських здібностей (КОС 2) за шкалою оцінок комунікативних здібностей показала високий та дуже високий рівень у 53%, проте лише 15% опитаних мають високий рівень лідерських здібностей.

Отже, в ході проведеного експерименту, виявлено, що не завжди високий рівень комунікативних здібностей є визначальною лідерською якістю. Але, користуючись особистісно-ситуативною теорією лідерства, можна стверджувати, що за необхідних умов, більше третини опитаних студентів-медиків можуть проявити свої лідерські якості і використати їх для покращення діяльності студентського самоврядування.

Смандич В.С.

ФОРМУВАННЯ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ ОСС БДМУ З ПОДАЛЬШИМ КАР'ЄРНИМ РОСТОМ НА ПРИКЛАДІ СТУДЕНТСЬКОГО ПАРЛАМЕНТУ БУКОВИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.філ.н. Зорій Н.І.)

Студентське самоврядування в Буковинському державному медичному університеті (БДМУ) діє відповідно до Положення про студентське самоврядування в БДМУ. Дане Положення розроблене на основі Примірного положення про студентське самоврядування у вищих навчальних закладах України (наказ Міністерства освіти і науки України від 15.11.2007 р. № 1010).

Самоврядування у БДМУ – це право студентів, лікарів(провізорів)–інтернів та клінічних ординаторів самостійно, або через Студентську Раду(виконавчий орган студентського самоврядування) вирішувати питання реалізації прав та обов'язків студентів, передбачених Законом України „Про вищу освіту”, сприяти гармонійному розвитку особистості студента, формувати навички майбутнього організатора, керівника в системі охорони здоров'я України. Дане право є гарантованим державою.

Студентська Рада університету складається з наступних комісій: навчальна, наукова, інформаційно-правова, комісія із соціально-психологічних питань, комісія із міжнародних зв'язків, комісія з питань культури та дозвілля, спортивно-оздоровча та побутова.

Відповідно, лідери ОСС БДМУ мають змогу бути делегованими до Студентського Парламенту Буковини (СПБ), який був створений в 2011

році в Чернівецькій області. Студентський Парламент Буковини є координаційним та консультативно-дорадчим органом самоврядування при Чернівецькій облдержадміністрації. Діяльність СПБ розповсюджується на всі ВНЗ Буковини. В структуру СПБ входять 27 депутатів, якими обирається Голова СПБ, 2 заступники голови СПБ, Секретар СПБ, 6 голів комітетів СПБ, які формують Президію СПБ. Вся робота формується в наступних комітетах:

- Комітет зв'язків з громадськістю та владою;
- Комітет з питань навчально-виховної діяльності;
- Комітет культурно-масової роботи;
- Комітет із соціальних питань;
- Комітет правової роботи;
- Комітет з міжнародної діяльності.

Таким чином, в СПБ охоплені всі напрямки діяльності студента, які формують творчу особистість майбутнього лідера, політичного чи громадського діяча. Студентське самоврядування для самих студентів є інструментом реалізації своїх прав, обов'язків та ініціатив. Така реалізація здійснюється через прийняття рішень та їх впровадження за допомогою власних ресурсів у сфері, що визнається адміністрацією університету та у співпраці з нею студентів.

Смандич В.С.

ПРИНЦИПИ ЗАЛУЧЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО ДІЇ В ОСС ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ БУКОВИНИ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.філ.н. Зорій Н.І.)

Студентське самоврядування у вищих навчальних закладах як складова демократизації вищої школи. Проблема самоврядування в закладах освіти набула своєї актуальності в кінці ХХ на початку ХХІ ст., тобто в період становлення української незалежної держави. Чому ці питання набувають особливої уваги в сучасних умовах? По-перше, відбувається активне утвердження демократичних засад в усіх сферах життєдіяльності українського суспільства.

По-друге, інтеграція України у європейське співтовариство та перехід до ринкової економіки, безумовно, глибоко зачіпають усі складові освітньої галузі, вимагають її демократизації, адже згідно з принципами Болонського процесу студентство розглядається як партнер.

По-третє, студентство в усі часи виступало своєрідним барометром соціально-економічного та політичного стану суспільства. Молодь є найменш консервативним за своїми ціннісними орієнтаціями соціальним прошарком населення, найбільш чутливо реагує на соціальні зміни, їй притаманне негативне ставлення до порушення демократичних норм, законів, моральних принципів.

По-четверте, студентське самоврядування є важливим фактором розвитку і модернізації суспільства, виявлення потенційних лідерів, вироблення у них навичок управлінської та

організаторської роботи з колективом, формування майбутньої еліти нації.

По-п'яте, опора на ініціативу, активну життєву позицію, ціннісні орієнтації студентства є реальним показником цивілізованості суспільства, утвердження в ньому демократичних начал.

Основна мета самоврядування – сприяння сумлінному виконанню студентами своїх обов'язків з одночасним захистом їхніх законних прав та інтересів, а також надання їм можливості гармонійного, творчого й інтелектуального розвитку.

Студентське самоврядування на Буковині здійснюється на принципах:

- законності; відповідальності; студентської солідарності та взаємодопомоги; демократії та гласності; рівноправності усіх її членів; колегіальності; ініціативності; виборності; організаційної та матеріально-фінансової самостійності; спільної роботи зі студентами університету та їх вільного доступу до всіх видів діяльності органів студентського самоврядування.

Таким чином, вагомим чинником залучення особистості до діяльності виступає реальне включення студентів у діяльність, з метою ефективного оволодіння загальнолюдськими, загальнонаціональними цінностями культури.



Топорівська О.В.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.філ.н. Зорій Н.І.)

Студентське самоврядування в сучасних умовах українського суспільства, що розвивається, відіграє істотну роль у формуванні демократичних відносин. Також важливим фактором є те, що випускники університетів з розвиненим студентським самоврядуванням необхідні роботодавцям, оскільки органи студентського самоврядування допомагають студентам виконувати необхідні в роботі навички організації праці, самодисципліни, формування почуття відповідальності тощо.

Зважаючи на те, що студентське самоврядування – це певна форма управління у вищих навчальних закладах, з метою ефективного діяльності в Україні існує нормативно-правова база, що забезпечує ефективне функціонування студентського самоврядування у вишах: зокрема: Закон України «Про освіту» від 23 травня 1991 року № 1060-XII із змінами від 11 червня 2008 р., Закон України «Про вищу освіту» від 17 січня 2002 року № 2984-II із змінами від 19 січня 2010 р.; постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про державний вищий навчальний заклад» від 5 вересня 1996 року № 1074, «Про затвердження Порядку надання пільгового проїзду студентам вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації

та учням професійно-технічних навчальних закладів у міському й приміському пасажирському транспорті та міжміському автомобільному і залізничному транспорті територією України» від 5 квітня 1999 року № 541, «Про затвердження Порядку призначення, виплати та розмірів стипендіального забезпечення учнів, студентів, курсантів, слухачів, клінічних ординаторів, аспірантів і докторантів» від 8 серпня 2001 року № 950 тощо; накази Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України «Про затвердження Положення про порядок переведення, відрахування та поновлення студентів вищих закладів освіти» від 15 липня 1996 року № 245, тощо.

Якщо раніше було багато суперечок, що «законодавче врегулювання є недостатнім, досить суперечливим і не сприяє становленню реального студентського самоврядування...», ОСС створений як інститут без реальних повноважень, змісту, визнання, фінансування...», то, наразі, внесення та ухвалення змін до ЗУ «Про вищу освіту» від 19.01.2010р. та набуття їх чинності з 10.02.2010р., дає такі можливості. Безперечно, що основні принципи закладені в нормативних документах потребують удосконалення в плані механізму реалізації.

Хомко Б.О.

СТРУКТУРА СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ У БУКОВИНСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.філ.н. Зорій Н.І.)

Демократизація суспільних відносин у державі суттєво розширили студентське самоврядування у вищих навчальних закладах, дали змогу залучити молодь до участі у Вчених радах університетів, факультетів тощо, що в свою чергу дало можливість студентській молоді самостійно і відповідально ставитися до навчання та формувати професійну культуру.

Система самоврядування у вищому навчальному закладі дає можливість уникати суб'єктивізму при прийнятті рішень керівництвом закладу.

Відповідно до Положення Буковинського державного медичного університету студентське самоврядування здійснюється на рівні академічної групи, факультетів, гуртожитків, університету.

Органи студентського самоврядування можуть мати різноманітні форми (сенат, парламент, старостат, студентські деканати, ради тощо). У Буковинському державному медичному університеті виконавчим органом студентського самоврядування є Студентська рада (СР), на рівні факультетів – студентські деканати, курсів – старостати, групи – староста, в гуртожитках – Студентська рада гуртожитку; законодавчі функції виконує Конференція університету, на рівні факультетів – Конференції факультетів, курсів – збори, групи – збори, в гуртожитку – збори мешканців гуртожитку. Таким чином, структура

студентського самоврядування в університеті дає можливість представляти інтереси студентів на всіх рівнях.

Вищим органом студентського самоврядування на факультетах є Конференція студентів, делегати якої обираються терміном на один рік. На конференції обирається виконавчий орган студентського самоврядування факультету студентський деканат, Голова Студентського деканату – Студентський декан та його заступник, які обираються студентською конференцією факультету терміном на два роки. У структурі студентських деканатів факультетів є комісії: навчальна, наукова, інформаційно-правова, соціально-психологічних питань, міжнародних зв'язків, спортивно-оздоровча, суспільно-корисної праці та побуту студентів. Студентські деканати знаходяться у прямому підпорядкуванні виконавчому органу студентського самоврядування університету – Студентській раді та відповідним комісіям (СР).

Отже, студентське самоврядування виконує консультативно-дорадчу функцію, з метою формування гармонійного розвитку особистості студента, формуванню у нього навичок майбутнього організатора, керівника; налагодження конструктивної взаємодії між суб'єктами управління вищим навчальним закладом.

Плавинська М.М.

ВОЛОНТЕРСЬКИЙ РУХ-КЛЮЧОВИЙ НАПРЯМОК ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІВ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ

Київський університет права НАН України, Київ, Україна
(науковий керівник - Левківська Г.П.)

Студентське самоврядування є одним із перших поштовхів для молоді людини на шляху формування її особистості та світогляду. Саме у молодому віці, навчаючись у різних навчальних закладах, студенти можуть проявити себе, свої лідерські якості, втілити найрізноманітніші ідеї, плани. Участь в діяльності студентського самоврядування підвищує рівень свідомості кожної особистості і стає невіддільною частиною в житті студента.

Самоврядування – це активна громадянська позиція, добровільна суспільно-корисна діяльність, що спрямована не тільки на здійснення співпраці між студентами та адміністрацією вишу, захисту прав студентів, відстоювання та лобювання їх інтересів, а й волонтерська діяльність як добровільна, безкорислива, соціально спрямована, неприбуткова діяльність, що здійснюється волонтерами та волонтерськими організаціями шляхом надання волонтерської допомоги.

Метою даної роботи є аналіз визначення місця волонтерського руху у діяльності органів студентського самоврядування.

Важливого значення має Закон України «Про волонтерську діяльність», який на разі є єдиним нормативно-правовим актом, який регулює відносини, пов'язані з провадженням

волонтерської діяльності в Україні.

Акцентуючи увагу на участі студентів у волонтерському русі в рамках діяльності органів студентського самоврядування ключовими напрямками є підтримка хворих людей, осіб з обмеженими можливостями, інвалідами, ветеранами праці і війни, дітьми-сиротами. І таким прикладом можна вважати допомогу студентського парламенту КУП НАН України ветеранам ВВВ Святошинського р-ну м. Києва, результатом якої стало підписання Меморандуму про співпрацю між обома сторонами.

Стосунки між членами студентського самоврядування КУП НАНУ та дітьми з дитячого будинку «Колиска дитячої надії» також є прикладом успішної довготривалої волонтерської діяльності, бо ґрунтуються на принципах гуманності, безкорисливості та неприбутковості. Підсумовуючи вищевикладене, враховуючи стан соціально-економічного розвитку України та беручи до уваги досвід організації та проведення ЄВРО-2012, Україна має велику потребу у кваліфікованих волонтерах, лави яких потенційно можуть поповнити члени студентського самоврядування, оскільки немає жодних об'єктивних чинників, які б могли перешкодити здійсненню ними волонтерської діяльності. Головне – бажання допомогти ближньому, віддати.

Юзько В.О.

СПІВПРАЦЯ МІЖ БУКОВИНСЬКИМ ДЕРЖАВНИМ МЕДИЧНИМ УНІВЕРСИТЕТОМ ТА МЕДИЧНИМ ФАКУЛЬТЕТОМ УНІВЕРСИТЕТУ МОНПЕЛЬЄ 1

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.мед.н. Тюленева О.А.)

Співпраця між Буковинським державним медичним університетом і медичним факультетом університету Монпельє 1 розпочалась ще у 2000 році за сприяння Президента франко-української асоціації "Буковина-Лозер" пані Франсуази Мармьє.

У 2011 році за сприяння Гійома Колена (аташе наукового та університетського співробітництва при Посольстві Франції в Україні), Філіпа Оже (Президента університету Монпельє, Франція) та Тараса Бойчука (ректора Буковинського державного медичного університету) було підписано двосторонню угоду про співпрацю між медичним факультетом університету Монпельє 1 (декан – Жак Бренже) та медичним факультетом № 1 (декан – Василь Москалюк) і медичним факультетом № 2 (декан – Володимир Глубоченко). Координаторами моніторингу реалізації даної угоди є Олександр Рак та Домінік Ларей.

Університет Монпельє 1 зберіг більшість традиційних факультетів, і займає значну частину старих будівель університету (багато з яких є пам'ятками архітектури) у центрі Монпельє. Університет налічує 7 факультетів (власне науково-освітніх об'єднань – unites de formation et de recherche, UFR): медичний, юридичний, фармацевтичний, фізичної культури

і спорту, економічних наук, стоматологічний, економічного і соціального управління і 2 інститути: Інститут бізнесу та менеджменту, Інститут державного управління.

До складу університетів Монпельє входять три великих музеї (анатомічний, «Атжер», фармацевтичний), найстаріший у Франції ботанічний сад (le Jardin des Plantes), медичний факультет включає також одну з найбільших університетських бібліотек країни – в бібліотеці зберігається 100 тис томів, виданих до 1810, і 900 рукописів.

Підписана угода дає можливість плідного співробітництва між нашими університетами як на науковому ґрунті, так і щодо питань розвитку студентської мобільності, яка є одним з пріоритетів Болонського процесу.

Напрямки співробітництва: обмін студентами; обмін викладачами; стажування інтернів; наукові обміни; участь у конференціях, наукових форумах; проведення on-line лекцій за участі провідних науковців в галузі медицини; культурний обмін.

Обидва університети можуть обмінюватися документами та дослідницькими матеріалами. Передбачено організацію семінарів та симпозіумів, надається можливість клінічного досвіду.



Яким'юк А.Д.

ОСНОВНІ АСПЕКТИ МІЖНАРОДНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
(науковий керівник - к.мед.н. Тюленева О.А.)

Організація та розвиток міжвузівського та міжнародного наукового та культурного співробітництва дозволяє логічно поєднувати навчальний процес, наукову роботу і виробничу практику, завдяки чому студенти набувають і закріплюють практичні навички майбутньої професії.

Вивчення оптимальних можливостей підвищення якості підготовки спеціалістів, розвитку наукової, винахідницької, іншої творчої діяльності активної студентської молоді сприяє популяризації Буковинського державного медичного університету за кордоном.

Буковинський державний медичний університет займає гідне місце на європейській арені. БДМУ є визнаним членом Міжнародної Асоціації освітніх університетів (IAEU), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Асоціації університетів Карпатського регіону (ACRU) і Великої Хартії Університетів. Викладачі та студенти БДМУ займаються активною дослідницькою діяльністю, представляючи результати своїх досліджень на міжнародних конференціях, форумах, семінарах. У 2012 році студенти нашого університету представили свої роботи на конференціях у м. Софія, Болгарія; у м. Познань, Польща; у м. Франкфурт, Німеччина; у м. Гронінген, Нідерланди; у

м. Нови Сад, Сербія; у м. Берлін, Німеччина; м. Крайова, Румунія. Чудовою перспективою стало стажування 18 студентів у кращих клініках Австрії, Німеччини та Франції. БДМУ проводить масштабну роботу у сфері набору іноземних громадян на навчання. На сьогоднішній день в нашому навчальному закладі здобувають вищу освіту близько 800 іноземних громадян із 37 країн світу.

Основними напрямками подальшого розвитку міжнародної та міжвузівської співпраці для БДМУ є: організація спільних наукових конференцій, семінарів, науково-дослідних проєктів; надання взаємної допомоги в підготовці наукових кадрів; обмін результатами наукових досліджень, методиками та технологіями навчання; стажування викладачів у навчальному закладі-партнері; академічний обмін.

Таким чином, міжнародна діяльність університету спрямована на участь студентів, викладачів та молодих науковців університету у наукових конференціях і форумах за кордоном, стажування викладачів та студентів у закордонних медичних установах, розширення науково-освітньої співпраці університету та підписання угод про співробітництво.

Максимчук Н.О., Любеля Ю.В.

ПРО СПІВПРАЦЮ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА ТА СТУДЕНТСЬКОЇ РАДИ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна
(науковий керівник – доц. Зорій Н.І.)

Студентське самоврядування у вищому навчальному закладі — невід'ємна частина громадського самоврядування, що забезпечує захист прав і інтересів осіб, які навчаються у вищому навчальному закладі, й їхню участь в управлінні вищим навчальним закладом.

У структурі студентських об'єднань навчальних закладів України спостерігається утворення іще одного органу, який стоїть на захисті молодих науковців та основною ціллю якого є розвиток студентської науки – студентського наукового товариства.

У Буковинському державному медичному університеті активно функціонує студентське наукове товариство, яке разом з радою молодих проводить ґрунтовну науково-пошукову роботу. Робота товариства здійснюється відповідно до положення про СНТ та Положення про органи студентського самоврядування в Буковинському державному медичному університеті. В структурі Студентської ради (виконавчий орган студентського самоврядування університету) є наукова

комісія, які очолює голова СНТ.

Варто зазначити, що наявність двох структур, які мають спільну мету тільки покращує стан наукової роботи в університеті, адже голова студентського наукового товариства одночасно є головою наукової комісії студентської ради. Це дозволяє більш широко реалізовувати інформаційну політику щодо проведення конференцій, симпозіумів, конгресів та інші наукових форумів в Україні та за кордоном. При вирішенні питань, які виникають при підготовці та проведенні Міжнародної конференції студентів і молодих вчених студентська рада та СНТ діють спільними зусиллями. –

Таким чином між студентським науковим товариством та студентською радою Буковинського державного медичного університету існує тісна співпраця, що дозволяє більш повно реалізовувати їхню мету в процесі засвоєння багатьох навичок проведення наукового дослідження та презентації їх результатів.

Зміст

Акушерство та гінекологія

Bakun O., Aydid N. PECULIARITIES IN THE COURSE OF POSTNATAL PERIOD IN WOMEN WITH HYPOGALACTIA	6
Bakun O., Dixit A. USAGE PHYTOMEDICATIONS IN WOMEN WITH HYPOGALACTIA	6
Hristiana C. RISK APPROACH IN EMBRYO-FETAL MALFORMATIONS	7
Mor V.R. MODERN ASPECTS OF THE INFERTILITY PROBLEM	7
Obro-Adibo N.A. ILLEGAL ABORTION IN GHANA	8
Yuzko V. POSSIBILITIES OF USAGE OF THE AUXILLARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES IN WOMEN IN LATE REPRODUCTIVE AGE WITH INFERTILITY	8
Антонян М.И. ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРИЧИНА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, НАСТУПИВШЕЙ ПОСЛЕ ЭКО	9
Антофійчук Т.М. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО КАНДИДОМІКОЗУ	9
Bakun O.V., Rajwinder W.R. THE LEVEL OF ANTIOVARIAN ANTIBODIES AS A INDEX OF INFERTILITY	10
Бакун О.В., Барбе А.М. ІППСШ ТА КАНДИДОМІКОЗ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ НЕВИЯСНЕНОГО ГЕНЕЗУ В ПІДГОТОВЦІ ДО ДРТ	10
Бакун О.В., Олійник М.Г., Небела М.М. РІВЕНЬ ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ ПІД ВПЛИВОМ ПЛАЗМАФЕРЕЗУ	11
Барбе А.М., Бакун О.В. РІВЕНЬ АНТИОВАРИАЛЬНИХ АНТИТІЛ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ	11
Барбе А.М., Юзько В.О. РЕАЛІЇ ПРОФІЛАКТИКИ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ У ВИПАДКУ ВИКОРИСТАННЯ ОКСИТОЦИНУ ТА КАРБЕТОЦИНУ	12
Бербець А.М., Кміть Н.В. ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРЕ РЕСПІРАТОРНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ В І ТРИМЕСТРІ	12
Березовська Т.І., Ковач О.М., Гошовська А.В. РЕЗУЛЬТАТИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ПОРУШЕНЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ	13
Боднарюк О.І., Гелка А.С. МІКРОЕКОЛОГІЯ СЕЧІ У ДІВЧАТ, ХВОРИХ НА САЛЬПІНГООФОРИТ	13
Бойко В.В., Сваричевський М.О. УСКЛАДНЕННЯ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ В ГІНЕКОЛОГІЇ	14
Бойчук Ю.Б., Іщак О.М. ПОЗИТИВНІ І НЕГАТИВНІ СТОРОНИ КОНСЕРВАТИВНИХ ТА ОПЕРАТИВНИХ МЕТОДІВ ВЕДЕННЯ ХВОРОЇ З ПОЗАМАТКОВОЮ ВАГІТНІСТЮ	14
Бочарова Н.Я. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ НА ФОНІ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ	15



Бочарова Н.Я. ОСОБЛИВОСТІ УСКЛАДНЕНЬ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	15
Варвус Е.В. АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З АНОМАЛІЯМИ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	16
Візнюк І.В. ОСОБЛИВОСТІ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМ САЛЬПІНГООФОРИТОМ	16
Воротняк Р.П. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ НА ПІЗНІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ	17
Гарига М.М. АНАЛІЗ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ РЕЦИДИВУ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРИХОМОНІАЗУ	17
Головацька М.В., Дроздовська Л.Я. ОСНОВНІ КРИТЕРІЇ ДИСБАЛАНСУ ПЛАЦЕНТАРНИХ ГОРМОНІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПОРУШЕНЬ В СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД	18
Гоян Т.Б. ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ КРОВОТЕЧІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ	18
Градиль О.Г. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	19
Дабула Л.К. КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ	19
Диннік О.О. ОЦІНКА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ	20
Добрянська М.Д. РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ	20
Дорош А.І., Формазюк Т.В. ХРОНІЧНИЙ ЕНДОМЕТРИТ ЯК ПРИЧИНА НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ	21
Дутчак Ю.І., Вовк І.І. КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ В РЕПРОДУКТИВНОМУ ТА ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ВІЦІ	21
Іванишин І.І. ВУЛЬВОВАГІНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ У ДІВЧАТОК	22
Іванишин І.І. ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ НАДМІРНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ	22
Каліманов К.І., Грицик Т.А. ЛАПАРОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ	23
Каліновська К.М., Захарчук Т.В. МОРФОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЛАЦЕНТ У ВАГІТНИХ З ПРОЯВАМИ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТЛІ НЕВИНОШУВАННЯ	23
Карп'юк Ю.І. ОРГАНОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРУШЕНЬ ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ	24

Кирстюк Ю.В., Ількун І.Я., Перебиківська А.М. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ВАГІТНИХ, ЩО НАРОДИЛИ ДІТЕЙ З МАЛОЮ МАСОЮ ПРИ НАРОДЖЕННІ....	24
Кірган А.В., Лебідь Н.П. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РИНИТУ ВАГІТНИХ ТА ГОРМОНАЛЬНИХ ЗМІН В ОРГАНІЗМІ ВАГІТНОЇ.....	25
Ковалёв Е.В., Трубкина Т.Ю. ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА	25
Кожарко І.О., Рак Л.М. ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	26
Коломійчук Н.М., Ткачук П.В., Бендера Т.І. АНАЛІЗ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ	
Курічова Н.Ю. ВІДНОВЛЕНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК З МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ В ПЕРІОД ПЕРИМЕНОПАУЗИ.....	27
Лавренюк Ю.В., Бочарова Н.Я. ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ	27
Лашук Ю.М., Майборода М.В., Булик Т.С. СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ОЖИРІННЯ У ВАГІТНИХ.....	28
Левковець І.В., Бакун О.В., Гринчук Г.В. ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ДЕЯКИХ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ.....	28
Lupashku A.S. ANTENATAL USE OF MAGNESIUM SULFATE FOR NEUROPROTECTION OF THE FETUS IN WOMEN AT HIGH RISK OF PRETERM BIRTH	29
Майборода М.В., Лашук Ю.М., Булик Т.С. ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ПРОГЕСТЕРОНУ ТА ПЛАЦЕНТАРНОГО ЛАКТОГЕНУ У ВАГІТНИХ З ОЖИРІННЯМ В РАННІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ.....	29
Мартинюк К.А., Бружа Л.О. АНАЛІЗ СТАНУ НОВОНАРОДЖЕНИХ, РОЗРОДЖЕНИХ ЗА ДОПОМОГОЮ ВАКУУМ-ЕКСТРАКЦІЇ В ІІ-МУ ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ.....	30
Михайлюк Є.В. ОСОБЛИВОСТІ СОМАТИЧНОГО ТА АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ.	30
Мойсик О.М. ЛІКУВАННЯ ПІЕЛОНЕФРИТУ У ВАГІТНИХ	31
Москалюк Л.В. АНАЛІЗ АНТЕНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ЩОДО ВИНИКНЕННЯ ДИСТРЕСУ ПЛОДА В ПОЛОГАХ	31
Небоженко Х.М. ПРОФІЛАКТИКА І КОРЕКЦІЯ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ	32
Олейник Н.С., Руденко Д.Ю., Яремчук О.Н. РОЛЬ ДОПЛЕРОМЕТРИИ СОСУДОВ ПРИ МИОМЕ МАТКИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНИХ АРТЕРИЙ	32
Остапчук К.В., Гошовська А.В. АНАЛІЗ СОМАТИЧНОГО, АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ТА РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ У ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ ПРИ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ.....	33
Петричук М.О., Булик Т.С. ПЛАЦЕНТАРНА ДИСФУНКЦІЯ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ	33
Попеску А.М., Волошинович Н.С. ІНТРАНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ДИСТРЕСУ ПЛОДА В ПОЛОГАХ.....	34



Пушкашу А.В.
**ІМУНОГІСТОХІМІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ГОРМОНІВ У
ВОРСИНАХ ХОРІОНУ ПРИ ВИКИДНІ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ..... 34**

Саламашак В.В., Приймак С.Г.
**ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ
ВТРУЧАНЬ НА МАТКОВИХ ТРУБАХ..... 35**

Салтовский А.В.
**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ..... 35**

Семененко Н.Ю.
**ВАДИ РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В СТРУКТУРІ
МНОЖИННИХ ВАД РОЗВИТКУ ПЛОДА 36**

Скорбач О.І.
ОПТИМІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЇ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ 36

Стрихар В.А.
**ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ С
ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ 37**

Таравнех Д.Ш.
**ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РАННІХ ПРЕЕМБРІОНІЧНИХ
ВТРАТ В ПРОГРАМАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ 37**

Формазиук Т.В.
СТРУКТУРА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ 38

Фочук Н.Ю., Агазаде Ф.Н.
ПРОБЛЕМА ЗВИЧНОГО НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ 38

Хашова Н.В.
**ОСОБЛИВОСТІ ПРЕМОРБІДНОГО ФОНУ ТА ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ
У ЖІНОК З ГІПЕРАНДРОГЕНІЄЮ 39**

Цар Л.М.
**ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ АНОМАЛІЙ ПОЛОГОВОЇ
ДІЯЛЬНОСТІ У РОДІЛЬ, ЩО РОЗРОДЖЕНІ ШЛЯХОМ
КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ..... 39**

Цисар Ю.В., Миронюк Є.В.
**ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЮВЕНІЛЬНИХ МАТКОВИХ
КРОВОТЕЧ У ДІВЧАТ БУКОВИНИ..... 40**

Цыганок М.С., Червякова Я.И.
**ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА -
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 40**

Чернишова Д.М.
РОЛЬ ГІПЕРАНДРОГЕНІЇ В РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ 41

Шкарутяк А.Є., Копельчук А.Ю.
АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ЯК ПРИЧИНА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ 41

Штефуряк Т.М.
**АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ УЗ-МОНІТОРИНГУ ВАГІТНИХ
ІЗ БАГАТОПЛІДНОЮ ВАГІТНІСТЮ 42**

Cheredarchuk A.R.
**PLACENTAL MORPHOMETRIC INDICIES IN WOMAN WITH PLACENTAL
DYSFUNCTION..... 42**

Анестезіологія та інтенсивна терапія

Fuchs A., Seweryn M., Fuchs P..
**ALERT PATHOGENS AND SEPSIS – ETIOLOGY, RISK FACTORS AND CLINICAL
OUTCOME IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS PATIENTS
OF THE SILESIAN REGION (POLAND)..... 44**

Данилюк Х.Л., Ходан В.В., Якимів С.І. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ ЕКЗОГЕННИХ АЛКОГОЛЬНИХ ОТРУЕНЬ У ДІТЕЙ	44
Дьомін Є.Ю., Стрелєтова О.В. АСОЦІЙОВАНИЙ З ГІПОНАТРІЄМІЄЮ СУДОМНИЙ НАПАД НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ КАРБАМАЗЕПІНОМ	45
Зазуля Ю.І. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ УСКЛАДНЕНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ХВОРИХ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ	45
Пепескул А.П., Афонина Я.И. ИНТРАТЕКАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ МОРФИНОМ ПРИ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ	46
Ткачук М.М., Хмільовська Н.В. ВПЛИВ ЕКСТРА- ТА ІНТРАКОРПОРАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДЕТОКСИКАЦІЇ НА ОСМОРЕГУЛЯЦІЮ ФУНКЦІЇ НИРОК У ХВОРИХ З ПОЛІОРГАННИМ УШКОДЖЕННЯМ	46
Максимчук Н.О. ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМОСОРБЦІЇ У ПОРІВНЯЛЬНОМУ АСПЕКТІ З ГЕМОСОРБЦІЄЮ ТА ПЛАЗМАФЕРЕЗОМ В КЛІНІЦІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	47

Біологічна та біоорганічна хімія

Танежа К.Т., Kushnir O.Y. HYPOGLYCEMIC AND ANTIOXIDANT ACTION OF MELATONIN IN ALLOXAN DIABETIC RATS UNDER CONDITIONS OF CONSTANT DARK	49
Гладиш Л.М., Давидова Н.В. ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА АКТИВНІСТЬ ДЕЯКИХ АНТИОКСИДАНТНИХ ФЕРМЕНТІВ ПЕЧІНКИ ЩУРІВ ЗА УМОВ АЛКОГОЛЬНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ	49
Горин В.В., Маруняк С.Р., Дибас В.В. АНАЛІЗ ЗМІН АКТИВНОСТІ АРГІНАЗИ ТА NO-СИНТАЗИ В У ТКАНИНІ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ВВЕДЕННІ L-АРГІНІНУ ЗА УМОВ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНОЇ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ	50
Гринчишин О.І., Макар Т.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ІОННИХ ТРАНСПОРТЕРІВ В ЕРИТРОЦИТАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ ТА ЗА ВПЛИВУ БЛОКАТОРА ЦОГ2/ЛОГ5 ДАРБУФЕЛОНУ	50
Островська А.О., Палагнюк П.Ю., Кушнір О.Ю., Паламар А.О. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛІЗУ ЕКСТРАКТІВ РОДІОЛИ РОЖЕВОЇ	51
Панасенко Т.О. ЗАЛЕЖНІСТЬ СТРЕС-ІНДУКОВАНИХ УШКОДЖЕНЬ МОЗКУ ВІД СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТВАРИН	51
Поліщук Ю.О. ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ НИРОК ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТІ	52
Соловей М.М., Соловей М.Ю. ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАН КРОВІ ТА ПЕЧІНКИ ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ПЕРИТОНІТОМ	52
Хопта Н.С., Гобрей Р.Я. СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ ВМІСТУ БІОЕЛЕМЕНТІВ У КІСТКОВІЙ ТКАНИНІ ЩУРІВ ЗА УМОВ УРАЖЕННЯ ХЛОРИДОМ КАДМІЮ	53
Чучман Н.Б., Дацко О.М., Маркусь М.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ В ОРГАНАХ ТРАВНОГО ТРАКТУ У ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ВИРАЗЦІ ШЛУНКА	53



Янчик М.В., Шкрібляк У.В., Мацьопа І.В.

**ПОКАЗНИКИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ РОТОВОЇ РІДИНИ
У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ 54**

Біофізика та інформаційні технології

Глинка О.П., Лещук А.В.

АВТОМАТИЗОВАНА КОМП'ЮТЕРНА СИСТЕМА АНАЛІЗУ КРОВІ..... 56

Гастроентерологія

Fishbach M., Slyvka N.

**THE ALCOHOLIC LIVER DISEASE AND FUNCTIONAL ACTIVITY OF
THE VASCULAR ENDOTHELIUM 58**

Grosu S.

THE ENDOCANNABINOID SYSTEM AND THE DIGESTIVE TRACT..... 58

Parastyvyuk Y., Slyvka N., Shach M., Andrushchak L.

**DOPPLEROGRAPHY HELPS EARLY DETECTION OF PORTAL
HYPERTENSION IN CIRRHOTIC PATIENTS 59**

Андрійчишен В.В., Колібаба С.В.

**ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ПИЛКУ КВІТКОВОГО В ЛІКУВАННІ
ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 59**

Бабенчук І.О., Шишко І.С., Горбатюк І.Б.

**МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
ХОЛЕЦИСТИТ ТА ХОЛЕСТЕРОЗ ЖОВЧНОГО МІХУРА ЗАЛЕЖНО ВІД
КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ: ІХС. КАРДІОСКЛЕРОЗУ ТА ОЖИРІННЯ 60**

Бостан М.Г., Драчук В.М., Ежнед М.А.

**ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ НА
ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ 60**

Вівсянник В.В., Ілюшина А.А., Павлович Л.Б., Спащук Н.С., Заболотна Т.В.

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III
СТАДІЇ З НАЯВНІСТЮ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ 61**

Вівсянник В.В., Ілюшина А.А., Спащук Н.С., Гретчин В.М., Бейчук Н.Г.

**ДИНАМІКА МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ З ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИМИ
УРАЖЕННЯМИ ШЛУНКА 61**

Вівсянник В.В., Заболотна Т.В., Сажин Н.І., Вишнеvsька Л.Т.

**ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ РЕБАМЕПІД ТА КАНЕФРОН У ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ У ПОЄДНАННІ З ЕРОЗИВНО-
ВИРАЗКОВИМИ УРАЖЕННЯМИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ 62**

Вілігорська К.В., Антонів А.А.

**ЗМІНИ ПРОЦЕСІВ ПЛАЗМОВОГО ПРОТЕОЛІЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ІЗ СУПРОВІДНОЮ СОМАТОФОРМНОЮ
ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ 62**

Вірченко О.В., Гаманек Ю.В.

**ВПЛИВ МУЛЬТИПРОБІОТИКА «СІМБІТЕР АЦИДОФІЛЬНИЙ
КОНЦЕТРОВАННИЙ» НА СЕКРЕЦІЮ ГІДРОХЛОРИДНОЇ КИСЛОТИ
У ШЛУНКУ ЩУРІВ ЗА УМОВ ДІЇ СТРЕСУ 63**

Гаврилюк Н.М.

**ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ
ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ
КИШКИ..... 63**

Гонцарюк Д.О.

**ПОКАЗНИКИ АДГЕЗИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗА СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ 64**

Деренько Л.В., Закутній Т.О., Присяжнюк В.П. ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ	64
Дрімач І.В., Сафрюк А.О., Горбатюк І.Б. ВПЛИВ ЗМІН ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ НА СТУПІНЬ ЛІТОГЕННОСТІ ЖОВЧІ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	65
Железнякова Н.М. РОЛЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМІНУ В РЕАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	65
Журавлєва А.К. КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ	66
Карпенко Ю.Г. ОСОБЛИВОСТІ ФІТОТЕРАПІЇ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНІТАХ	66
Коротиш О.А. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ГІПЕРВІТАМІНОЗУ А У ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ.....	67
Косар Л.Ю., Паліброда Н.М., Чимпой К.А. ЛІКУВАННЯ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НА ТЛІ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ	67
Косминя М.О., Чимпой К.А., Ступницька Г.Я., Паліброда Н.М. ВПЛИВ ТРИОВІТУ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ФІБРИНОЛІЗУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ	68
Мойсик О.М., Зінькевич Д.Р. ГАЛЬМУВАННЯ ПРОЦЕСІВ РОЗВИТКУ СТЕАТОЗУ ТА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА СТЕАТОГЕПАТИТ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕПАДИФОМ ТА ЕЗЕТЕМІБОМ	68
Неміш І.Л., Павлів О.В. АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТЕФЛАЗІДУ.....	69
Познякевич Б.Р., Слижук О.І. ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСТРАКТУ ГОРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, У ПОЄДНАННІ ІЗ СЕЧОКИСЛИМ ДІАТЕЗОМ	69
Присяжнюк В.П., Андрійчук Ю.В., Острижнюк А.А., Доморадський Я.І. ОСОБЛИВОСТІ КОНЦЕНТРАЦІЇ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН-АЛЬФА У КРОВІ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ РІЗНОГО ВІКУ	70
Савченко М.О. СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ	70
Скулінець Т.К. ВПЛИВ НАСТОЯНКИ АРНІКИ ГІРСЬКОЇ НА МОТОРИКУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ	71
Ферфецька К.В. ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПОЄДНАНИЙ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	71
Шах М.Г., Сливка Н.О., Парастивюк Є.М. ПРЕСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ГЛУТОКСИМУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ	72



Гематологія

Drebit Y.

NORMALIZATION OF PLATELET COUNT DURING VIDAZA (AZACITIDINE) TREATMENT - ONE OF THE EARLY INDICATORS OF BONE MARROW REMISSION	74
---	-----------

Гігієна та екологія

Андрійчук Н.Й., Власик А.Л., Yash H.V.

ANALYSIS OF ASSESSMENT OF SILVER NANOPARTICLES TOXICITY IN MAMMALIAN SPERM CELLS	76
---	-----------

Башинська Ю.І., Заріцька В.В.

СТРЕС. ЙОГО АДАПТАЦІЙНИЙ ТА НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ. КОМПЛЕКСНІ СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ	76
---	-----------

Васильчук Н.В., Монул М.Н., Печул А.С., Гарбуз Л.И.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ГЕЛЬМИНТОЗОВ	77
--	-----------

Гавриньова О.О., Фундюк Ю.В., Боданюк О.А., Лукіянова І.М.

СТРУКТУРА СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ З ВАДАМИ СЛУХУ	77
---	-----------

Деренько Л.В., Войтко М.З., Патрабой В.В., Якимчук П.М.

ГІГІЄНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВМІСТУ ОМЕГА - 3 ТА ОМЕГА - 6 ПОЛІЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ У СКЛАДІ ХАРЧОВИХ РАЦІОНІВ ДНЗ М. ЧЕРНІВЦІ.....	78
---	-----------

Кватернюк Є.А., Дубінська де Атункар О.А.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ВМІСТУ АСКОРБІНОВОЇ КИСЛОТИ В ПРОДУКТАХ ХАРЧУВАННЯ ВІД УМОВ І СТРОКУ ЗБЕРІГАННЯ	78
---	-----------

Костишин Л.В., Островська І.В., Герасимчук І.Г.

КОСМЕТИЧНІ ЗАСОБИ - КРАСА ЧИ НЕБЕЗПЕКА?	79
--	-----------

Куш О.І.

ЕКОЛОГО-ЕТИЧНІ ПИТАННЯ В МЕДИЧНІЙ ЕКОЛОГІЇ	79
---	-----------

Липка В.Т., Коротун О.П., Любеля Ю.В.

ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА КОМБІНОВАНОГО ВПЛИВУ ІМІДАКЛОПРИДУ ТА НІТРАТУ НАТРІЮ НА ПОВЕДІНКОВІ РЕАКЦІЇ ЩУРІВ З РІЗНОЮ ШВИДКІСТЮ АЦЕТИЛЮВАННЯ	80
--	-----------

Лиско О.М.

СОЦІАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ	80
--	-----------

Наниева А.Р., Худалова Ф.К.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ	81
--	-----------

Нечитайло Л.Я., Кицмен І.В.

ВМІСТ ДЕЯКИХ ХІМІЧНИХ ЕЛЕМЕНТІВ У ВОДОЙМАХ РІВНИННОЇ ТА ГІРСЬКОЇ ЗОН ІВАНО-ФРАНКІВЩИНИ	81
---	-----------

Перегінчук О.Д., Ярошик Т.В.

МОЄ ЖИТЛО – «МОЯ ФОРТЕЦЯ» ЧИ ЗАГРОЗА ДЛЯ ЗДОРОВ'Я?	82
---	-----------

Петренко П.П.

ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	82
---	-----------

Худалова Ф.К., Наниева А.Р.

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВАЯ СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТІ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	83
--	-----------

Царенко Д.С., Кірдей І.Ю.

ГМО - КОРИСТЬ ЧИ ШКОДА?	83
--------------------------------------	-----------

Дерматовенерологія

Антофійчук Т.М., Перепічка В.В., Чернописький Ю.М.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА УРОГЕНІТАЛЬНИЙ ХЛАМІДІОЗ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІМУНОМОДУЛЮЮЧОГО ЗАСОБУ	85
---	-----------

Берегова А.А., Кручка А.В.

PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF LIFE'S QUALITY OF PATIENTS WITH PSORIASIS	85
---	-----------

Гулей Л.О.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ПІОДЕРМІЙ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОГО ТА ПОЛІЕНЗИМНОГО ЗАСОБІВ	86
---	-----------

Карвацька Ю.П.

СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ВУГРИ ЗВИЧАЙНІ - МЕШКАНЦІВ ЙОДОДЕФІЦІТНОГО РЕГІОНУ	86
--	-----------

Крайс О.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЗОВНІШНЬОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНИХ АЛЕРГІЧНИХ ДЕРМАТОЗІВ ІЗ СИНДРОМОМ СУХОЇ ШКІРИ	87
--	-----------

Степан Н.А.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЕКЗЕМИ НА БУКОВИНІ	87
---	-----------

Дитяча хірургія

Алілуйко М.М., Баль О.Ю.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ КАТЕТЕРИЗУВАННЯ А.TESTICULARIS	89
--	-----------

Андрейко М.Р., Мудрик Н.Я.

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АНОМАЛІЙ ФІКСАЦІЇ ЛІВОЇ ПОЛОВИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ	89
--	-----------

Бегларян С.А., Дрімач С.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ОЗОНОВАНОГО ФІЗІОЛОГІЧНОГО РОЗЧИНУ NaCl 0,9% ПРИ ПЕРИТОНІТАХ У ДІТЕЙ	90
--	-----------

Бурак І.А., Горбаченко Л.А.

СТРУКТУРА ПРООПЕРОВАНИХ УРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ В ДИТЯЧІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	90
---	-----------

Вакар Т.В., Семенюк М.В.

СПОСІБ ЕТАПНОЇ КОРЕКЦІЇ КРИПТОРХІЗМУ З ВИКОРИСТАННЯМ СИЛІКОНОВИХ ІМПЛАНТІВ	91
---	-----------

Дегтярук О.В., Овчарук Т.В.

SPINA VIFIDA У КОНТЕКСТІ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ТОВСТОКИШКОВОГО ТРАНЗИТУ У ДІТЕЙ.....	91
--	-----------

Дэнилэ А.И.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ ЛЕГОЧНЫХ СОСУДОВ.....	92
---	-----------

Джума К.А.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІМУННОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ПІСЛЯ РІЗНИХ ТИПІВ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТУВАННЯ.....	92
--	-----------

Дідух І.М.

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ПЕРФОРАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК У ПІДЛІТКІВ	93
---	-----------

Іринчина К.А.

ЛІКУВАННЯ СТОВБУРОВОЇ ФОРМИ ГІПОСПАДІЇ ЗА МЕТОДОМ SNODGRASS З ВИКОРИСТАННЯМ ПОВЕРХНЕВОЇ ФАСЦІЇ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА У ДІТЕЙ	93
---	-----------

Клименко Д.О., Новак Т.С.

ВИКОРИСТАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ТРЕНАЖЕРУ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ КАФЕДРИ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМ. М.І.ПИРОГОВА.....	94
--	-----------



Красюк М.І., Сидорук Б.Б. ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН КАЛИТКИ ПРИ КРИПТОРХІЗМІ ..	94
Ларін О.О., Деркач Є.В. МОДЕЛЬ ХИБНОЇ ДІАФРАГМАЛЬНОЇ КИЛИ.....	95
Леончікова Л.Я., Лашук Ю.М. ОБГРУНТУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ІЛЕОЦЕКАЛЬНОГО ЗАМИКАЛЬНОГО АПАРАТА У ДІТЕЙ.....	95
Молдован Т.Є. ІНКАРНАЦІЯ НІГТЯ В ДІТЕЙ : ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ТРАДИЦІЙНОЇ ТА КОМБІНОВАНОЇ МАТРИКСЕКТОМІІ.....	96
Рабчук В.В. БРАХІОЦЕФАЛЬНИЙ КОМПРЕСІЙНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ. ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ.....	96
Шавлюк Р.В., Зінов`єв Л.В. ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН КАЛИТКИ ПРИ КРИПТОРХІЗМІ ПОКАЗНИКИ ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ЗАКРЕПУ	97
Яременко О.О. СТОРОННІ ТІЛА ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ.....	97
Максимчук Н.О., Басиста А.С. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАПОРІВ ПРИ ДОЛІХОСИГМІ У ДІТЕЙ... ..	98

Ендокринологія

Sarkisov Y.V., Nechipay Z.A.....	100
DIGESTIVE DISORDERS IN DIABETES MELLITUS TYPE 1 AND 2 PATIENTS, DIFFERENTIAL TREATMENT	100
Yusuf A.....	100
DIFFERENTIAL PECULIARITIES OF BRAIN NEUROIMAGING IN PATIENTS WITH DIABETIC ENCEPHALOPATHY IN DEPENDENCE ON THE TYPE OF BASIC DISEASE	100
Абрамова Н.О., Агазаде Ф.Н., Ілюшина А.А., Морозюк Я.В. ЗАЛЕЖНІСТЬ ТИРЕОЇДНОЇ ФУНКЦІЇ ВІД РІВНЯ ЛЕПТИНЕМІЇ	101
Бицко Ю.В.	
СТАН ГОРМОНІВ ГІПОФІЗАРНО – ГОНАДНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ДЕМОДЕКОЗ.	101
Білаш Н.В. ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПО СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	102
Величко А.О., Гресько М.І., Лазарук Т.Ю., Оліник О.Ю., Телекі Я.М. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ	102
Воронюк К.О., Марчук Ю.Ф., Абрамова Н.О., Морозюк Я.В. УЛЬТРАЗВУКОВА ТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	103
Жиряда Н.Я., Іринчина К.А., Васильєва Л.Я. ОЦІНКА СТАНУ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЗА АДАПТАЦІЇ ДО РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ФОТОПЕРІОДУ	103
Кміть Н.В., Рибарчук А.В. ГІПОЛІПІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 У ПОЄДНАННІ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ.....	104
Левковець І.В., Білоус І.І. ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ГЕПАДИФ» У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ	104

Ліпісівіцька О.Л., Білоус І.І. ВМІСТ ВІДНОВЛЕНОГО ГЛУТАТІОНУ В ЕРИТРОЦИТАХ КРОВІ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ.....	105
Марченко О.О., Демиденко Н.О., Мартиненко А.В., Бочарова Е.А., Морозова Т.А. АФФЕКТИВНІ НАРУШЕННЯ У БОЛЬНИХ СД 2 С ПОМОЩЬЮ МНОГОФАКТОРНОГО ОПРОСНИКА ММРІ	105
Марчук Ю.Ф. ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОДЕЦИСТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 2: БІОФІЗИЧНІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ.....	106
Морозюк Я.В., Гунчак О.В. РІВЕНЬ ГЛІКОЗИЛЬОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ, ЯК ТЕСТ ДІАГНОСТИКИ ГЕСТАЦІЙНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	106
Пастернак Н.І., Шваб А.М. НЕВРОЛОГІЧНІ СИНДРОМИ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	107
Фочук М.Ю., Білоус І.І. КОКАРНІТ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ.....	107

Загальна та медична психологія та педагогіка

Данюк М.М. БІОЕТИЧНЕ ВИХОВАННЯ МАЙБУТНІХ МОЛОДШИХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	109
Кулікова І.І. ПЕДАГОГІКА У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ: ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ.....	109
Марчук І.В. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ-ПЕРШОКУРСНИКІВ ДО НАВЧАННЯ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ	110
Мельник Л.А. ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	110
Поліщук В.О. ЗВ'ЯЗОК ГРИ В ШАХИ З РОЗВИТКОМ МЕТАПАМ'ЯТЄЄВИХ ЗДІБНОСТЕЙ	111
Пужанська А.С. ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНИХ ІЗ ЗАГРОЗОЮ ВИКИДНЯ	111
Скоропляс С.В. ЗНАЧЕННЯ РЕФЛЕКСІЇ У ФОРМУВАННІ МОВНОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ.....	112

Імунологія

Бакуліна А.В. ВПЛИВ БЕНЗОЛУ НА МОРФОЛОГІЧНУ СТРУКТУРУ ТИМУСУ ТА ПРОЦЕС ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ ТИМОЦИТІВ В УМОВАХ БЕНЗОЛОВОЇ МОДЕЛІ ІМУНОДЕФІЦИТУ	114
Бурак І.А., Кавуля Г.Г. РІВНІ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИН-А ТА ІНТЕРФЕРОНУ-А У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ, АСОЦІЙОВАНИМ З БЕЗПЛІДДЯМ	114
Віщак Н.В. ДО ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	115
Дрімач І.В., Корконішко О.І. СПЕЦИФІЧНА ІМУНОТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ.....	115



Коваль Г.Д., Сирота Б.В., Смольницька А.О., Басюк К.А.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРОБІОТИКІВ НА ІМУНОЛОГІЧНУ РЕАКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ З ПОРУШЕННЯМ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ 116

Сароз Ю.М.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЇ БЛАСТНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЛІМФОЦИТІВ КРОВІ ЛЮДИНИ ПРИ АНТИГЕННІЙ СТИМУЛЯЦІЇ 116

Семененко Н.Ю.

АЛЕРГІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ЛІКАРСЬКІ ПРЕПАРАТИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ 117

Соколов Б.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-ОСОБИСТІСНИХ РЕАКЦІЙ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ 117

Суворов Д.В., Раздобреєва А.Н.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ЦИКЛОФОСФАНА НА ЛЕЙКОЦИТЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ И ОРГАНЫ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ 118

Тройнич Я.Н., Малыкина А.Е.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ВВЕДЕНИИ ЦИТОСТАТИКА 118

Іноземна мова

Boyko T., Govornian S.

LA D'ECOUVERTE DE PRINCIPES CL'ES POUR L'ACTIVATION DU SYSTEME IMMUNITAIRE 120

Kanyuk N.S., Gryniova V.V.

COLORECTAL CANCER: NEW TREATMENTS, IMPROVED PROGNOSIS 120

Savchuk A.Y.

ACHIEVEMENTS IN UKRAINIAN CARDIOLOGY 121

Bronskih S.V.

QUELQUES PARTICULARITES LEXICAUX ET PHONETIQUES DANS LE FRANCAIS DES COLONIES AFRICAINES 121

Guziy O.V.

SELMAN WAKSMAN 122

Druchuk O.G.

A NEW APPROACH TO THE TREATMENT OF ANAPLASTIC THYROID CANCER 122

Zadorozhna M.A.

THE ACHIEVEMENTS IN THE SPHERE OF STEM CELLS 123

Ivanchuk O.V.

MODERNE MEDIZINISCHE FORSCHUNGEN: WAS BRINGT DIE MEDIZIN IN DIE ZUKUNFT? 123

Kaminskyi V.O.

EYE SURGERY 124

Kostetska I.V., Orobchuk D.B.

THE PROBLEM OF CLASSIFICATION OF THE PUBLIC SPEECH OPENING 124

Kotorazhuk M.I.

LIVER TRANSPLANTATION 125

Kudla H.G., Nesterak L.A.

THE MODERN ACHIEVEMENTS IN THE FIELD OF NEUROLOGY 125

Maksimishin V.B.

MAINTENANCE OF CHROMOSOMES BY TELOMERES AND THE ENZYME TELOMERASE 126

Malinevska O.V. NOBEL PRIZE WINNERS 2012	126
Markina E.V. THE NOBEL PRIZE IN PHYSIOLOGY 2000	127
Melnik D.S. MEDICAL ABORTION	127
Motriuk N.G. ACQUIRING COMMUNICATIVE COMPETENCE IN ENGLISH BY MEDICAL STUDENTS	128
Okunevych N.V. ONCOLOGY:HISTORY OF DEVELOPMENT, FUTURE PERSPECTIVES	128
Polishchuk O.P. IODINE DEFICIENCY	129
Rybak O.Y. PROGRESS IN MODERN SURGERY	129
Skoroplyas S.V.. CLONING FOR MEDICAL PURPOSES	130
Tymchuk J.Y. THE DA VINCI SURGICAL SYSTEM	130
Shkriblyak U.V. RECENT ADVANCES OF REPRODUCTIVE MEDICINE IN THE TREATMENT OF INFERTILITY.	131
Ali M., Tetteh B. CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF VZV-INFECTION AMONG FOREIGN STUDENTS IN BUKOVINA	133
Lincon L., Verma A., Sydorhuk A., Sydorhuk L. CONTEMPORARY REVIEW OF LYME DISEASE AT CHERNIVTSI REGION: COULD IN-TIMELY DIAGNOSTICS PREVENT COMPLICATIONS?	133
Mor V.R. NEW APPROACH TO TREATMENT OF PATIENTS WITH INFLUENZA A	134

Інфекційні хвороби

Білик І.С. НАНОТЕХНОЛОГІЇ У ПОДОЛАННІ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ	134
Вілігорська К.В. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ	135
Гарбузняк А.А., Щербинина І.А., Несвященко І.І. ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЕКЗАНТЕМ І ЕНАНТЕМ У ВИЧ-ІНФІЦІРОВАННИХ	135
Геглюк О.М. ЗАСТОСУВАННЯ РЕАМБЕРИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЛЕПТОСПІРОЗ	136
Джавадова Н.А., Авсюкевич О.С. МОРФОЛОГІЧНІ ТА ЕТІОПАТЕГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ХВОРОБИ ЛАЙМА	136
Дідик Л.В. ГЕНІТАЛЬНИЙ ГЕРПЕС: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	137
Дрімач І.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНТЕРОСГЕЛЮ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ	137
Дрімач С.М. ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ЦИПРОФЛОКСАЦИНУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХАРЧОВІ ТОКСИКОІНФЕКЦІЇ, СПРИЧИНЕНІ УМОВНО-ПАТОГЕННИМИ БАКТЕРІЯМИ	138



Дрозд В.Ю.
МАЛЯРІЯ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФІЛАКТИКИ..... 138

Іванишин І.І.
ХВОРОБА ЛАЙМА: ПРИЧИНИ ТА СИМПТОМИ ЗАХВОРЮВАННЯ 139

Кірсанова Т.О., Сімонова О.В.
Етіологічна та вікова структура мікст-герпесвірусних менінгоенцефалітів у дітей 139

Коротий О.А.
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КРАСНУХИ У ПЕРШОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ..... 140

Мойсик О.М.
МЕТОДИКА НАПРАВЛЕНОГО ТРАНСПОРТУ АНТИБІОТИКІВ У ЛІКУВАННІ ПНЕВМОНІЙ 140

Позиняк І.А., Гранат А.В.
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ С..... 141

Позиняк І.А., Гранат А.В.
СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ С У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ 141

Рудяк Я.П.
ДИНАМІКА ПОШИРЕНOSTІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ СКАЗУ НА ТЕРИТОРІЇ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ 142

Саніна К.С.
ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВЕБ-ІНФЕКЦІЇ..... 142

Святозільська Т.П.
ЧИ ПОТРІБНА ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ? 143

Сорокіна О.О.
РОЗПОДІЛ ГРУП КРОВІ (АВ0) У ДОНОРІВ-НОСІЇВ HBS-AG ТА АНТИ-НСV..... 143

Туманова О.А., Чобан Г.П.
ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗ НА ТЕРНОПІЛЬЩИНІ 144

Чопорова А.И.
РИСК ВОЗНИКНОВЕННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ГЕПАТИТА: ОПЫТ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПРЕВЕНТИВНЫХ МЕР ВО ФТИЗИАТРИИ 144

Шкарутяк А.Є., Копельчук А.Ю.
ІНТЕГРАТИВНІ ПОКАЗНИКИ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ..... 145

Юзько В.О.
ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА..... 145

Кардіологія та ревматологія

Buriak V.V., Sodomov A.S., Poliakova G.V., Shkolovoy V.V., Vyshniakova V.S.
CLINICAL ASPECTS OF COMPLEX ARTERIAL HYPERTENSION TREATMENT..... 147

Bakhsh O.M., Ojo O.O., Ogunde D.Y., Irynychyna K.A.
SEVERAL NEURO-HUMORAL PECULIARITIES OF ACUTE NON-Q-WAVE MYOCARDIAL INFARCTION FORMATION DEPENDING ON SEX..... 147

Belal S.A.
HEART RATE VARIABILITY: NEW DIAGNOSTIC OPPORTUNITIES IN THE LOOP OF BIOFEEDBACK WITH PACED BREATHING..... 148

Rudenko T.M., Demikhova N.V., Shramchenko F.V.
ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH OBESITY 148

Maria B., Alexandra Cristina D., Alexandra Mariela D.
SMOKING AND RESPONSE TO THROMBOLYTIC THERAPY IN PATIENTS WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION 149

Rusnak I.T., Rani E.K., Kulachek V.T., Kulachek Y.V., Tkach N.I.
HEALTH AND ITS FACTORS 149

Sadovici V.T., Cebanu M.C., Salaru V.A., Loghin–Oprea N.V. РОЛЬ РЕВМАТОЛОГА В АМБУЛАТОРНОЇ ПРАКТИКЕ	150
Андрощук К.В., Бобак М.Б., Іванчук Т.С., Яльницький Р.А. МЕТОД ПОТОЧНОЇ ЦИТОМЕТРІЇ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ	150
Антофійчук Т.М., Вилигорська К.В., Антофійчук Ю.М., Костенко Ф.О. ЗВ'ЯЗОК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ІЗ ПСИХОЛОГІЧНИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ОСОБИСТОСТІ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА	151
Богдан Н.М. ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ХОНДРОЇТИН СУЛЬФАТУ І ГЛЮКОЗАМІН СУЛЬФАТУ У ЖІНОК З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ, СТРАЖДАЮЧИХ ДЕФОРМУЮЧИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ З ПЕРЕВАЖНИМ УРАЖЕННЯМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ	151
Бойко А.В., Кацитадзе І.Ю. ОЦІНКА ЕФЕКТИВІВ ІВАБРАДИНУ У ПОЄДНАННІ З БІСОПРОЛОЛОМ У ПОРІВНЯННІ З ДОТИТРУВАННЯМ БІСОПРОЛОЛУ МЕТОДОМ АППЛІКАЦІОННОЇ ТОНОМЕТРІЇ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	152
Вацеба М.О. ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ПОДАГРИ ТА ОЖИРІННЯ	152
Віщак Н.В., Семененко Н.Ю., Горбатюк І.Б. КОРЕКЦІЯ ДИСЛІПІДЕМІЇ ТА ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ЯК ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧНОГО МІХУРА	153
Вовчок М.О. ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА НА ЗМІНИ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	153
Волошинська К.О. ЗМІНИ ЛІПІДОГРАМИ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ	154
Гайдич Л.І. ЗАЛЕЖНІСТЬ ЗМІН ПОРОГУ СМАКОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ ДО КУХОННОЇ СОЛІ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІІ СТАДІЇ ВІД РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ЙОГО ХРОНОБІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ	154
Галай О.О. ХРОНОРИТМИ ІШЕМІЇ МІОКАРДА	155
Гриб О.В., Мартинюк К.С. ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ	155
Глуха М.О., Глуха В.О. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ІІ СТАДІЇ	156
Гречко О, Березін О, Микитюк О. ОЦІНКА НАДІЙНОСТІ ЗАПОВНЕННЯ ОПИТНИКІВ ПАЦІЄНТАМИ ІЗ ОСТЕОАРТРОЗОМ ЗА РІЗНОЇ ТРИВАЛОСТІ ЛІКУВАННЯ	156
Грібенюк О.В., Романова В.О. РОЛЬ ДОМАШНЬОГО ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ДІАГНОСТИЦІ ГІПЕРТОНІЇ «БІЛОГО ХАЛАТА» ТА «ЧОРНОГО ЯЩИКА»	157
Гуйванюк І.І. ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	157



Гулага О.І. ВИКОРИСТАННЯ ЕПЛЕРЕНОНУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА.....	158
Доголіч О.І. УРОНЕФРОН - НОВИЙ ПЕРСПЕКТИВНИЙ ПОЛІКОМПОНЕНТНИЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ	158
Доголіч О.І., Волошина Л.О. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ХВОРОБИ ТА ЇЇ ДАВНОСТІ.....	159
Кишко К.М. ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ ПРИ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	159
Ковальчук Л.Ю., Литвинюк А.В. ПОКАЗНИКИ ОКИСНОГО ГОМЕОСТАЗУ ТА ВМІСТУ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	160
Костенко О.В. ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЇ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА.....	160
Лазарева К.П., Безродний А.Б., Кацитадзе І.Ю. ВПЛИВ ВІКУ, СТАТІ І ЧАСТОТИ СЕРЦЕВИХ СКОРОЧЕНЬ НА ПОКАЗНИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ, ЗА ДАНИМИ АППЛАНАЦІЙНОЇ ТОНОМЕТРІЇ У ХВОРИХ З НЕУСКЛАДНЕНОЮ ЕСЕНЦІАЛЬНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	161
Лашкул Д.А. КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК.....	161
Лупір А.В., Шорікова Д.В., Чечул І.Ю. РЕМОДЕЛЮВАННЯ СОННИХ АРТЕРІЙ НА ТЛІ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ.....	162
Лучко О.Р. СПОСОБИ КОРЕКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ЖОРСТКОСТІ (РИГІДНОСТІ) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	162
Маркевич В.В., Бойко Б.В. ВАЗАВІТАЛ ЯК ПОЛІКОМПОНЕНТНИЙ ПРЕПАРАТ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ВИРАЖЕНИМИ АНТИОКСИДАНТНИМИ ТА АНТИГІПОКСИЧНИМИ ВЛАСТИВОСТЯМИ	163
Романова В.О. РІВЕНЬ РОЗЧИННИХ СУДИННИХ МОЛЕКУЛ АДГЕЗІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	163
Руденко Т.А. ДИССИНХРОНІЯ МІОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ КАК ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	164
Руснак І.Т., Макевич В.І., Кулачек В.Т., Кулачек Я.В. СУЧАСНІ МЕТОДИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ В КАРДІОЛОГІЇ	164
Сарафінчан М.Ф. АДАПТАЦІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ.....	165

Снозик І.Д., Рябой І.В., Чобан Є.В. ЗАЛЕЖНІСТЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДУ І ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ ВІД АСОЦІЙОВАНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	165
Ткачук М.М., Косминя М.О. ТРОМБОЛІЗИС НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ НА БУКОВИНІ	166
Хромюк В.В., Пукас Я.Г. ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА	166
Худякова М.О., Бондарєва О.О., Ріджок В.В., Петренко І.А. РОЛЬ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ КРОВИ И СИНОВІАЛЬНОЇ ЖИДКОСТІ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	167
Цюпа І.В. МОЖЛИВОСТІ ФІТОТЕРАПІЇ ПРИ ПОДАГРІ	167
Чернишова Д.М., Кирстюк Ю.В., Дабула Л.К. ВИКОРИСТАННЯ ГЕНЕРИЧНОГО ПРЕПАРАТУ ПЕРІНАС (ПЕРИНДОПРИЛ) У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ СУПУТНЬОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	168
Нечитайло О.Ю. ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	168

Клінічна фармакологія

Буторов С.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИДРОНАТА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	170
Віщук К.Г. ДОКАЗОВА ФАРМАКОТЕРАПІЯ РОФЛУМІЛАСТУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ	170
Молочек А.Ю. ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ НІМЕСУЛІДОМ	171
Москалюк Л.В., Москалюк Н.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТІВОРТИНУ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ	171
Рябой І.В., Снозик І.Д., Юзько В.О., Горбатюк І.Б.	172
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІЮ ПРИ ДИСМЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ РОЗУВАСТАТИНОМ ТА МОСАПРИДОМ.....	172
Тофан Н.В. СИСТЕМАТИЗАЦІЯ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ ТА ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ.....	172
Яковенчук Т.М. ЗМІНИ ПРОЦЕСІВ ПЛАЗМОВОГО ПРОТЕОЛІЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ	173

Клінічне медсестринство

Антонюк Л.О., Колотушкіна К.В. РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ВИЯВЛЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.....	175
Загарюк С.В., Олентир А.В. БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ ВИРАЗЦІ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ	175



Колотушкіна К.В., Півень З.Ю., Антонюк Л.О.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ..... 176

Осипчук Д.К.
ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР 176

Осипчук Д.К.
ПОПЕРЕДЖЕННЯ СИНДРОМУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР 177

Путря М.В., Друцул–Мельник Н.В., Михайлюк Г.І.
ЕПІГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ..... 177

Сторожук Т.В.
РОЛЬ СІМЕЙНОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ 178

Царук О.О.
СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИСНАЖЕННЯ В ПРОФЕСІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ 178

Медична біологія

Васильчук А.В., Печул А.С., Флоря А.С., Монул М.Н., Белогуб Я.Ф.
ЕПІДЕМІОЛОГІЯ І ПРОФІЛАКТИКА ГЕЛЬМІНТОЗОВ 180

Глушченко Д.Н., Яковецкая А.А., Вялых Ю.В., Кожемякина С.Ю.
ВЛИЯНИЕ НЕСТЕРОИДНОГО АНАБОЛИКА ИНОЗИНА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ДЕКСАМЕТАЗОНА НА СКЕЛЕТНУЮ МЫШЦУ БЕЛЫХ КРЫС 180

Дмитриев Л.С., Завидовський Б.И.
ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС К ДЕЙСТВИЮ СТРЕССА РАЗНОГО ГЕНЕЗА 181

Кочерова Е.А., Усиков А.С.
ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ХРОНИЧЕСКИ ВВОДИМОГО ДЕКСАМЕТАЗОНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЫ БЕЛЫХ КРЫС 181

Нестеровська О.А.
МІКРОСКОПІЧНІ ТА УЛЬТРАСТРУКТУРНІ ЗМІНИ ПІНЕАЛОЦИТІВ ЩУРІВ ЗА МОДИФІКАЦІЇ ФОТОПЕРІОДУ 182

Сорочинська Х.І.
ПРОЛІФЕРАТИВНА АКТИВНІСТЬ ГЕМОПОЕТИЧНИХ КЛІТИН-ПОПЕРЕДНИКІВ З ОНТОГЕНЕТИЧНО РІЗНИХ ДЖЕРЕЛ ПРИ КУЛЬТИВУВАННІ IN VITRO 182

Yavdoshniak H.V., Aboagye E.S.
DERMATOGLYPHIC PATTERNS IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA- QUALITATIVE STUDY 183

Медична генетика

Abdusa D.
EXPLORATORY ANALYSIS OF MICROARRAY DATA OF GENES POTENTIALLY INVOLVED IN CARDIOVASCULAR PATHOLOGIES..... 185

Обухова О.А., Мазур Т.С., Бороденко А.О.
ВИВЧЕННЯ ЧАСТОТИ АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ ФОКІ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВІТАМІНУ D (VDR) У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ АТЕРОТРОМБОТИЧНИМ ІНСУЛЬТОМ..... 185

Рябоконе А.В.
ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СПАДКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ..... 186

Мікробіологія та вірусологія

Dadwal G. SURVIVED RABIES PATIENT: MYTH OR REALITY?	188
Бойчук І.П., Підручняк Д.Б. ВИДОВИЙ СКЛАД ЗБУДНИКІВ КАНДИДОЗНО-БАКТЕРІЛЬНИХ ВАГІНІТІВ	188
Водяник А.А., Берлінець Б.В. ВИВЧЕННЯ ДИСТАНТНОГО ЗВ'ЯЗКУ МІЖ ПРОКАРІОТИЧНИМИ КЛІТИНАМИ	189
Зеленкин С.Е., Суворов Д.В. ИЗУЧЕНИЕ АНТАГОНИСТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ-ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ	189
Куш О.І СТУДЕНТИ-МЕДИКИ В ЕПІДПРОЦЕСІ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНОЇ ІНФЕКЦІЇ	190
Липка В.Т., Карпенко Ю.Г. ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИМІКРОБНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ НОВИХ 3-[3-(3-АРИЛ)-1-ФЕНІЛ-1Н-ПІРАЗОЛ- 4-ІЛ]-N-(4-АРИЛ)-1,2,4-ТІОДІАЗОЛ-5-АМІНІВ	190
Нестерчук А.П., Черпак О.В. АНТИМІКРОБНІ ВЛАСТИВОСТІ НОВИХ 4-(4,5-ДИФЕНІЛ-1Н-ІМІДАЗОЛ-2-ІЛ)- 3-(4-АРИЛ)-1-ФЕНІЛ-1Н-ПІРАЗОЛІВ	191
Патрабой В.В., Герасимюк І.Г. АНТИБАКТЕРІАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ НОВИХ 4-[3-(4-АРИЛ)-1-ФЕНІЛ-1Н-ПІРАЗОЛ-4-ІЛ]-6-ФЕНІЛ-4Н-1,3-ОКСАЗИН-2-АМІНІВ	191

Морфологія

Herasym L.M., Kozub M.I., Shevchuk I.R. A METHOD OF INVESTIGATING THE VASCULONERVOUS FASCICLE OF THE NECK IN THE PERINATAL PERIOD	193
Korchynska N.S., Pidruchniak D.B. MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE UPPER JAW	193
Lavriv L.P., Boychuk I.P. MODERN INFORMATION ABOUT THE DEVELOPMENT OF THE PAROTID GLAND	194
Proniaiev D.V., Martyrosian A.A. ANATOMY OF THE LIVER IN THE THIRD TRIMESTER OF PREGNANCY AND IN NEWBORNS	194
Tovkach Y.V., Oshurco A.P., Brychka A.A. MODERN INFORMATION PERTAINING TO PRENATAL LARYNGEAL MORPHOGENESIS	195
Tovkach Y.V., Proniaiev D.V., Hostiuk I.Y. FORMING OF THE ESOPHAGOGASTRIC ANTIREFLUX MECHANISM	195
Vitenok O.Y., Gayduk Yu.M., Gutsenko M.A. MODERN INFORMATION ABOUT THE HISTOTOPOGRAPHY OF THE RECTUM	196
Zaharuk H.M., Proniaiev D.V., Zaharchiuk S.V. THE ANATOMY OF THE RIGHT UTERINE TUBE IN FETUSES	196
Бойчук О.М., Процак Т.В., Крикливець Р.М., Ясеньчук М.В. СУЧАСНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕШІТЧАСТОГО ЛАБІРИНТУ	197
Василенко М.С., Яковлева Д.В., Чаленко І.С. ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ЛОБОВИХ ПАЗУХ СВИНЕЙ	197



Гаджиева А.У.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ УСТЬЕВОГО ОТДЕЛА ПОЛЫХ ВЕН..... 198

Галичанська О.М.

ВАРІАНТ ТОПОГРАФІЇ ГІЛОК ДУГИ АОРТИ У ПЛОДА 5 МІСЯЦІВ 198

Галичанська О.М., Андрійчук–Раух А.В., Куфтяк В.В.

СИНТОПІЯ СКЛАДОВИХ ВЕРХНЬОГО СЕРЕДОСТІННЯ У ПЛОДА 5 МІСЯЦІВ 199

Дзюма О.С., Ходоровська А.А.

ВИВЧЕННЯ ТКАНИН ЩИТОПОДІБНОЇ ТА НАДНИРКОВОЇ ЗАЛОЗ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЇ ПОЛЯРИМЕТРІЇ..... 199

Жабюк Т.М., Проняєв Д.В.

ПЕРИНАТАЛЬНА ТОПОГРАФІЯ КОМПОНЕНТІВ КЛУБОВО-СЛІПОКИШКОВОГО СЕГМЕНТА 200

Журафовська В.М., Ходоровська А.А.

МОРФОЛОГІЧНА БУДОВА ТА ПОЛЯРИЗАЦІЙНА СТРУКТУРА НАДНИРКОВОЇ ЗАЛОЗИ В НОРМІ 200

Калинчук А.І., Навольський Н.М., Дундюк С.І.

БУДОВА ЖУВАЛЬНОГО М'ЯЗА У ПЛОДІВ 201

Кашперук–Карпюк І.С., Тимчук Ю.Я., Бодянчук Т.В.

ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕЧОВОГО МІХУРА ПЛОДІВ 4-6 МІСЯЦІВ..... 201

Ключко С.С., Крылов А.В.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОЕ РУСЛО ЖЕЛУДКА КРЫС ПОСЛЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ВВЕДЕНИЯ АНТИГЕНА 202

Кондаурова А.Ю.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭКЗОГЕННОГО МЕЛАТОНИНА 202

Кондаурова А.Ю., Марчук І.П.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ 203

Логоша А.І.

ГІСТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА РЕГЕНЕРАТУ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК ЗРІЛОГО ЩУРА ЗА УМОВ ВПЛИВУ ПОЗАКЛІТИННОГО ЗНЕВОДНЕННЯ ОРГАНІЗМУ 203

Лопушняк Л.Я.

БУДОВА І СИНТОПІЯ ДІЛЯНКИ ШИЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЛЮДИНИ 204

Мазніченко Є.О., Кіро Л.С., Силецька Є.К., Нескоромна Н.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ СПРИЯЄ ПРИЖИВЛЕННЮ ЖИРОВОГО ТРАНСПЛАНТАТУ 204

Маркевич О.В.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН КІСТОК СКЕЛЕТУ ЗА УМОВ ДІЇ МАЛИХ ДОЗ ОПРОМІНЕННЯ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ 205

Морозова О.М., Петизина О.М., Морозов В.М., Радионов С.М., Жернова М.Е.

ОСОБЕННОСТИ ЛИНЕЙНЫХ РАЗМЕРОВ ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШЕК ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС ПОСЛЕ ИММУНОСУПРЕССИИ..... 205

Надурак В.В., Черкавська А.О., Гримайло Н.А.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ АНАТОМІЇ ПУПКОВОЇ ВЕНИ 206

Огієнко М.М.

ЗМІНИ ГІСТОСТРУКТУРИ РЕГЕНЕРАТУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ СТАРЕЧИХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЗАГАЛЬНОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ 206

Пентелейчук Н.П., Малик Ю.Ю.

МОРФОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ПЕРЕДСЕРДНО-ШЛУНОЧКОВИХ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ..... 207

Пентелейчук Н.П., Малик Ю.Ю., Шкрібляк У.В. МОРФОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ СУХОЖИЛКОВИХ СТРУН ТРИСТУЛКОВОГО КЛАПАНА СЕРЦЯ ТА ЇХ ПОЛЯРИЗАЦІЙНА СТРУКТУРНІСТЬ.....	207
Проняєв Д.В., Калинчук А.І., Юрійчук Р.В. СУЧАСНІ ВІДОМОСТІ ПРО РОЗВИТОК ПРИВУШНОЇ ЗАЛОЗИ	208
Процак Т.В., Бойчук О.М., Сапункова Л.О., Гурник І.В. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ ВПРОДОВЖ 3-ГО ТА 4-ГО МІСЯЦІВ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ПЕРІОДУ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ	208
Равський А.К., Стельмах Г.Я., Бельзецька М.І. ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ПІДШКІРНИХ ВЕН ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ПЛОДА 8 МІСЯЦІВ	209
Середа С.М., Штик Л.В. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ І ТЮТЮНОКУРІННЯ НА ФУНКЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У СТУДЕНТІВ	209
Слісаренко О.В. ХІМІКО-АНАЛІТИЧНІ АСПЕКТИ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ МОЛОДИХ ЩУРІВ ЗА УМОВ КЛІТИННОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ	210
Собко О.В. ПРО АКТУАЛЬНІСТЬ ЛАЗЕРНОГО ПОЛЯРИМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН СТРУКТУР ОЧНОЯМКОВОЇ ДІЛЯНКИ У ПРЕНАТАЛЬНОМУ ОНТОГЕНЕЗІ ЛЮДИНИ	210
Стельмах Л.Я., Куфтяк В.В., Бельзецька М.І., Равський А.К. ВАРІАНТИ ФОРМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ПЛОДІВ 5 МІСЯЦІВ	211
Стрижаковська Л.О. ТОПОГРАФОАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ І СЕЧІВНИКА У ПЛОДА 8 МІСЯЦІВ	211

Неврологія

Антимис О.І. НІЦЕРГОЛІН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА	213
Дмитришин В.А., Черняк М.М. СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ І МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ	213
Зорій І.А. КЛІНІЧНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАЛЬНОЇ СИМЕТРИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ	214
Кривецький І.В., Шваб А.М. ОЦІНКА СПАСТИЧНОСТІ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ.....	214
Личко В.С., Архипова К.А. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ В-АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ИНФАРКТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	215
Ліцевич Н.І. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСТОНІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ТА МЕТОДИ ЇЇ КОРЕКЦІЇ	215
Рудик Н.В., Дідур О.М., Філіпець О.О. ПОШИРЕНІСТЬ ТА ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	216
Савостьянов І.І. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ГОЛКОРЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	216



Селезньова Є.О.

ГЕМОДИНАМІКА В СИСТЕМІ КАРОТИД ПРИ ВЕГЕТО-СУДИННІЙ ДИСТОНІЇ..... 217

Шавуров В.А., Мурадян А.А., Кильчик И.И.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НЕ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ 217

Онкологія

Білик І.С.

ЗНАЧЕННЯ НАНОТЕХНОЛОГІЙ В РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ 219

Бондаренко В.С.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПІГМЕНТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ 219

Винниченко О.І.

ВПЛИВ ПІЛОРОДРЕНУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ НА МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНУ ФУНКЦІЮ КУКСИ ШЛУНКА, ВИКОРИСТАНОГО ДЛЯ ПЛАСТИКИ РЕЗЕЦІЙОВАНОГО СТРАВОВОДУ 220

Жепко В.П.

РАК ПЕЧІНКИ. РОЛЬ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ 220

Жепко В.П.

МАСТОПАТІЯ – ПЕРШИЙ КРОК ДО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ 221

Мартиновець А.І., Можарівська О.В.

ПАЛІАТИВНА ТА ХОСПІСНА ДОПОМОГА ІНКУРАБЕЛЬНИМ ХВОРИМ 221

Милюкова К.Н.

СЕМЕЙНИЙ АНАМНЕЗ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО 222

Мосійчук В.П.

ПОЄДНАННЯ ІМУНОТЕРАПІЇ ТА ІНШИХ КОНСЕРВАТИВНИХ МЕТОДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОЛОРЕКТАЛЬНИМ РАКОМ 222

Навчук Д.І.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ 223

Пашенко А.С.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ КИ-67 В ОПУХОЛЯХ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 223

Суворов Д.В.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 224

Сухарь А.І.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІОФІЛІЗОВАНОГО КСЕНОІМПЛАНТАТА ІЗ ШКІРИ СВИНІ З МЕТОЮ ЗАХИСТУ КРАЇВ РАНИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ 224

Сухарь А.І., Чорний О.В., Воротняк М.В.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ІНВАГІНАЦІЙНОГО КІНЦЕБОКОВОГО ІЛЕОТРАНСВЕРЗООНАСТОМОЗУ 225

Оториноларингологія

Catereniuc D., Cobiletchi R.

BIOCHEMICAL VARIATIONS OF NASAL SECRETION IN CHRONIC HYPERTROPHIC RHINITIS 227

Молдован Т.Є.

**ВИКОРИСТАННЯ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
ДЛЯ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ БЕЗПУНКЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ
ГНІЙНОГО СИНУІТУ У ДІТЕЙ 227**

Пишнюк В.Ф.

**ВПЛИВ ГУЧНОГО ЗВУКУ НА ГОСТРОТУ СЛУХУ ТА С
АМОПОЧУТТЯ СТУДЕНТІВ..... 228**

Офтальмологія

Bytsko J.I.

**CYCLOPLEGICS IN PHARMACOTHERAPY OF PATIENTS
WITH FOREIGN BODIES OF THE CORNEA 230**

Корконішко О.І., Тітова Г.К.

**ЦИКЛОПЛЕГІКИ В ЛІКУВАННІ ПЕРЕДНЬОЇ ІШЕМІЧНОЇ
НЕЙРООПТИКОПАТІЇ..... 230**

Стебловська І.С.

**КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ
АНТИАНГІОГЕННИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ДІАБЕТИЧНІЙ РЕТИНОПАТІЇ 231**

Патологічна морфологія

Miadzvedzeva A.

**VASCULAR CHANGES IN CARDIAC MYXOMAS RESEMBLING
THOSE IN MERKEL CELL CARCINOMA 233**

Андрющенко Ю.А.

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ МОДЕЛЕЙ
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ 233**

Гарвасюк О.В.

**СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ЕВОЛЮЦІЮ ТРОФОБЛАСТА ХОРІАЛЬНИХ
ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ ЛЮДИНИ 234**

Глуха М.О., Глуха В.О.

**АКТИВНІСТЬ ТА ВМІСТ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ЛУЖНОЇ ФОСФАТАЗИ У
ТРОФОБЛАСТІ ЗРІЛИХ ХОРІОНАЛЬНИХ ВОРСИНОК ПЛАЦЕНТИ ПРИ
ВАГІТНОСТІ З КЛІНІЧНИМИ ОЗНАКАМИ НЕДОСТАТНОСТІ ПОСЛІДУ 234**

Заболотна І.Е.

**МІКРОДЕНСИТОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕРХНІ ТА ЦИТОПЛАЗМИ
КЛІТИН РІЗНИХ ТИПІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛЮМІНЕСЦЕНТНИХ
КОЛОЇДНИХ CDMNS НАНОЧАСТИНОК ПРИ ПЕРИТОНІТІ 235**

Іліка В.В.

**МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАВХОДУ БАРРЕТТА ПРИ
ФАКУЛЬТАТИВНОМУ ПЕРЕДРАКОВОМУ СТАНІ..... 235**

Карпенко Ю.Г., Сивокоровська А.С.

РАПТОВА МАЛЮКОВА СМЕРТНІСТЬ НА БУКОВИНІ 236

Лазарук О.В., Сучеван А.Г., Павликівська Г.І.

РАК ТОВСТОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШКИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ 236

Ліходієвський В.В., Корсак А.В.

**МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТКАНИНИ ПЕЧІНКИ ЧЕРЕЗ 7 ДНІВ ПІСЛЯ
ВПЛИВУ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ТА ВИСОКОЧАСТОТНОГО
ЕЛЕКТРОХІРУРГІЧНОГО ІНСТРУМЕНТА 237**

Овсянников А.А., Сакал В.В., Кравченко А.А.

**ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ..... 237**



Соротюк А.І., Тюленєва О.А.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОДУКЦІЇ ЗАГАЛЬНОГО БІЛКА ТА ГЛІКОГЕНУ ТРОФОБЛАСТОМ ЕКСТРАХОРАЛЬНОЇ ПЛАЦЕНТИ ЗА УМОВИ ЇЇ GESTAЦІЙНОЇ НЕЗРІЛОСТІ 238

Шендерюк О.О., Шендерюк О.П.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СУДИННОГО РУСЛА ПЛАЦЕНТИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ В АНАМНЕЗІ 238

Патологічна фізіологія

Волинська М.В.

ВМІСТ ПРОДУКТІВ ОКИСНЮВАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ ТА МЕТАБОЛІТІВ МОНООКСИДУ НІТРОГЕНУ В НИРКАХ ЩУРІВ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТА ІШЕМІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ 240

Дубовик Є.І., Будко В.В.

ЧАСТОТА АЛЕЛЬНИХ ВАРІАНТІВ ВСМІ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ВІТАМІНУ D У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ АТЕРОТРОМБОТИЧНИМ ІНСУЛЬТОМ..... 240

Карнась Н.О., Картавія П.Д.

ЗМІНА ХРОНОРИТМІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ НИРОК ПРИ ПАТОЛОГІЇ 241

Касімова О.С., Гуцал О.С., Патраш С.В.

АНТРОПОЛОГІЧНІ ТА ІНШІ ПОКАЗНИКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ПЕРШИХ КУРСІВ БДМУ..... 241

Ковальцова М.В., Иващенко А.И.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЕ 242

Козлова Ю.В., Богданова О.О.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ ПРОТИПУХЛИННИХ АНТИБІОТИКІВ АНТРАЦИКЛІНОВОГО РЯДУ НА СЕРЦЕВО-СУДИННУ СИСТЕМУ 242

Кравцова К.С., Данилюк М.О., Горда М.Д.

ОЦІНКА СТАНУ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ЗА АДАПТАЦІЇ ДО ТРИВАЛОЇ ПЕРЕРИВЧАСТОЇ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ 243

Маркевич А.О., Беспалов І.М., Гончаренко Ю.І., Вірченко О.В., Фалалєєва Т.М.

ВИКОРИСТАННЯ НИЗЬКОМОЛЕКУЛЯРНОЇ ОРГАНІЧНОЇ СПОЛУКИ КУД 259 У ЛІКУВАННІ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ, ВИКЛИКАНИХ ІНДОМЕТАЦИНОМ У ЩУРІВ 243

Маслянчук О.О., Дорошко В.А.

МОРФОЛОГІЧНІ ТА ГІСТОХІМІЧНІ ЗМІНИ В ПЕЧІНЦІ ТА НИРКАХ ПРИ ВВЕДЕННІ 2,4-ДИНІТРОФЕНОЛУ 244

Мовчан Т.Л.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ВИТРУМ ЭНЕРДЖИ» НА ЧАСТОТУ АПОПТОЗА И ГОТОВНОСТЬ К АПОПТОЗУ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ..... 244

Мочалова І.С.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК КРЫС, НАХОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕРМИИ В СОЧЕТАНИИ С ФАРМАКОКОРРЕКЦИЕЙ ИНОЗИНОМ..... 245

Мусієнко А.М., Крашевський І.М., Куць А.В., Шишковський І.Б., Нинюк О.В.

РЕАКЦІЯ ПРО- ТА АНТИАПОПТОТИЧНИХ ГЕНІВ У ГОЛОВНОМУ МОЗКУ ЩУРІВ НА ІШЕМІЮ-РЕПЕРФУЗІЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 245

Пасевич С.П. АКТИВНІСТЬ ЛАКТАТДЕГІДРОГЕНАЗИ В ПЛАЗМІ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ВПЛИВУ ХРОНІЧНОЇ ГІПОБАРИЧНОЇ ГІПОКСІЇ В ДИНАМІЦІ ЇЇ РОЗВИТКУ	246
Попова І.С., Семененко В.В., Семененко С.Б. ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ ХРОНОРИТМІВ ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК ЗА УМОВ ГІПОФУНКЦІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	246
Савченко О.А., Ящук М.В., Мінесенко С.С., Фалалєєва Т.М. СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ, ВИКЛИКАНОГО ГІПЕРОСМОЛЯРНИМ РОЗЧИНОМ ХЛОРИДУ НАТРІЮ	247
Швець Н.В. МЕХАНІЗМ ГОРМОНАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ВОДНО-СОЛЬОВОГО ОБМІНУ	247
Шешуряк Н.В. ВПЛИВ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРФУЗІЙНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ НА УМІСТ РНК У ТИМОЦИТАХ ЩУРІВ ЗІ СТРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	248

Педіатрія

Patel S. THE MODERN POSSIBILITIES OF INCREASING THE EFFICIENCY OF BASIC THERAPY OF CHILDREN'S BRONCHIAL ASTHMA	250
Sah S., Aissaoui A. THE CONCENTRATION OF THE INTERLEUKINS-4 AND -8 SERUM OF CHILDREN WITH EARLY-ONSET AND LATE-ONSET BRONCHIAL ASTHMA	250
Бабійчук В.В. КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ШКОЛЯРІВ ПІД ЧАС ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ	251
Білоус Т.М., Мислицька Г.О., Николаичук Р.П. ЕФЕКТИВНІСТЬ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ В ДІТЕЙ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ ЗА РІЗНОГО АЦЕТИЛЯТОРНОГО ФЕНОТИПУ	251
Василишин Х.І. ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛЕЙКОЦИТАРНИХ ІНДЕКСІВ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ ПЕРЕДДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	252
Васильченко Ю.В., Триндюк Ю.С., Койда М.Л. ЛІКУВАННЯ АУТОІМУННИХ ГЕМОЛІТИЧНИХ АНЕМІЙ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	252
Вінтоняк М.В., Ходан В.В., Багрій М.М. ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ	253
Власова О.В., Корконішко О.І., Коцаба О.М. ФЕНОТИПОВІ ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ЧАСУ ДЕБЮТУ ЗАХВОРЮВАННЯ	253
Головачова В.О., Руденко М.І., Бойко О.М. ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	254
Голубицька Г.В. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ МОРФОЛОГІЧНИХ ФОРМ ПЕРВИННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТУ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ	254
Гричко Л.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА GUNA VOWEL У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	255



Зайцева І.І. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНИМИ МІКРОЕЛЕМЕНТАМИ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ	255
Карпенко А.В., Чабанюк О.В. ДИНАМІКА ФАКТОРІВ МІСЦЕВОГО ЗАХИСТУ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ ГРВІ У ДІТЕЙ	256
Касімова О.С., Гуцал О.С. ВИЯВЛЕННЯ РІВНЯ АКСЕЛЕРАЦІЇ У ДІТЕЙ-ПІДЛІТКІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО РЕГІОНУ	256
Касян С.М. КАТАМНЕЗ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ - ЗНАЧИМИЙ ПРОГНОСТИЧНИЙ ФАКТОР ФОРМУВАННЯ НАСЛІДКІВ ГІПОКСИЧНОГО УРАЖЕННЯ ЦНС	257
Лашук Ю.М., Гарас М.Н. ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНУ ТА НЕАТОПІЧНУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ	257
Лебединець О.М. ЗМІНИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ	258
Липка В.Т. КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ЕНДОКРИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ІЗ НАБУТОЮ ТА ВРОДЖЕНОЮ ФОРМОЮ ГЛУХОТИ.....	258
Литвиненко Д.В., Соколова Е.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ РАНЬОЇ ПСИХОКОРРЕКЦІЇ У ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	259
Максимчук Н.О., Гарас М.Н. ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТЯЖКОЇ ПЕРСИСТУВАЛЬНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	259
Маркевич О.А. ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ	260
Мойсеєнко Н.А. ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ / СНІДУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ	260
Молочек А.Ю. ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМ ГАСТРОДУОДЕНІТОМ, АСОЦІЙОВАНИМ З Н.РУЇОРИ: ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД.....	261
Ожго Н.С. АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ	261
Ортеменка Є.П., Горбатюк І.Б. АСОЦІАТИВНІ ЗВ'ЯЗКИ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ІЗ ГІПЕРСПРИЙНЯТЛИВІСТЮ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА ЕОЗИНОФІЛЬНИЙ ФЕНОТИП БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ.....	262
Осовська І.М., Тарнавська С.І. ОСОБЛИВОСТІ СТАРТОВОЇ ДЕЗОБСТРУКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ, ЗАЛЕЖНО ВІД АЦЕТИЛЯТОРНОГО СТАТУСУ	262
Рибарчук А.В. РОЛЬ ІНФЕКЦІЙНОЇ НИРКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ У ФОРМУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	263
Рогальська Я.В. ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ТА ДІАГНОСТИКИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ.....	263

Савельєва–Кулик Н.О. РЕЦЕПТИВНА МУЗИКОТЕРАПІЯ В ОЗДОРОВЛЕННІ ДІТЕЙ З ВЕГЕТАТИВНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ	264
Семань–Мінько І.С., Буряк О.Г., Патрабой В.В. ОПТИМІЗАЦІЯ ВЗАЄМОДІЇ ПАРИ «МАТИ-ДИТИНА» ПРИ ГРУДНОМУ ВИГODOVУВАННІ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ	264
Супрун А.В. АДАПТАЦІЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ У СУСПІЛЬСТВІ	265
Сухарева В.А. ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ: КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОЙ БАЛАНС, ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ СОСТАВ СЫРОВОТКИ КРОВИ И ОСОБЕННОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ	265
Триндюк Ю.С. ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІЄЛОНЕФРИТУ В ДІТЕЙ	266
Хуторна О.В., Шерстобітова О.В. ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОГРАМИ У ВИЯВЛЕННІ САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ	266
Череднікова Т.Ю. ЗМІНИ ДЕЯКИХ МАРКЕРІВ СУРФАКТАНТА У ДІТЕЙ З НЕГОСПІТАЛЬНИМИ ПНЕВМОНІЯМИ	267
Яворович М.В., Головачова В.О., Юрак О.М. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ СИСТЕМНОГО ЮВЕНІЛЬНОГО ІДІОПАТИЧНОГО АРТРИТУ	267

Психатрія та наркологія

Singh V.K., Slyvka N.O. EFFECTS OF WORKING CONDITIONS ON THE INCIDENCE OF PROFESSIONAL BURNOUT SYNDROME AMONG DOCTORS	269
Балаур М.О. СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ПАЛІАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПРОГРЕСИВНОГО ПАРАЛІЧУ	269
Крачун Г.П., Пищенко Е.Е., Разыграева Н.Л., Петровина И.А., Кушнир Р.Х. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИСТОМОРФОЛОГИЯ МЕЖТКАНЕВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СТЕНКЕ СОСУДОВ МОЗГА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ	270
Нікоряк Р.А. ХАРАКТЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРИВАЦІЙНОЇ НАПРУГИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ БУКОВИНСЬКОГО КРАЮ	270
Пахмурна В.С., Бабенко Н.В. ПАНІЧНИЙ РОЗЛАД ТА СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ	271
Похильченко М.А. ВАЛІДНІСТЬ МАРКЕРІВ СХИЛЬНОСТІ ДО РОЗЛАДІВ ТРИВОЖНОГО СПЕКТРУ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	271
Соколова Д.Ю., Чудновский А.А., Стадник А.Д. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПИОИДНЫМИ И ПОЛИНАРКОМАНИЯМИ К БОЛЕЗНИ	272
Тофан В.В. ПАТОПСИХОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ЗМІШАНОГО ТРИВОЖНОГО ТА ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДУ ЖИТТЯ	272
Федоруца А.А. ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ ДО УМОВ НАВЧАННЯ У ВИЩОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ	273



Шевченко–Битенский К.В.

НОВОЕ В ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПСИХИАТРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХ ЕЁ 273

Т.Г. Карвацька, Н.С. Карвацька

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ 274

Юрценюк О.С.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ ТА ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ 274

Соціальна медицина

Melnic A.

ETHICAL ISSUES IN COMMUNICATION AND RELATIONSHIP WITH TERMINAL ILLNESS..... 276

Білетова І.В., Весненко В.О.

ЛАТИНА – МОВА МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ..... 276

Бойко А.И.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ МЕТОД В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И КЛИНИЧЕСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ..... 277

Иванов М.С.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ..... 277

Катречко А.В., Орешина И.А., Блинова И.М., Флоря А.С.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС В ПРИДНЕСТРОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕСПУБЛИКЕ..... 278

Мотрунецька Т.В.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ З УПРАВЛІННЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ КЕРІВНИКІВ СЕСТРИНСЬКИХ СЛУЖБ..... 278

Навчук Д.І.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ 279

Разыграев Д.Г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КОНСТИТУЦИИ..... 279

Рудик І.М.

СТАНДАРТИЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПРОЦЕСУ НЕВРОЛОГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ТРЕТИННОГО РІВНЯ..... 280

Рудь О.М.

СТРУКТУРНІ СКЛАДОВІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ..... 280

Смолякова К.В.

СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ ПОШИРЕННЯ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ СЕРЕД ЖІНОК СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ 281

Смолянiнова М.О.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА СУМЩИНИ: СТОРІНКИ ІСТОРІЇ 281

Сухарь А.І., Кардаш Г.В.

ВПЛИВ ЦИРКАДНИХ РИТМІВ НА ВИНИКНЕННЯ СЕРЦЕВИХ АРИТМІЙ 282

Тропина В.В., Бабаджанян Ю.А.

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ 282

Соціологія та гуманітарні науки

Баклацька К.С.

ВОЛОНТЕРСЬКИЙ РУХ – ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ..... 284

Вовчок М.О. СИТУАТИВНІ ПРОЯВИ ІПОХОНДРІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	284
Дронь М.Г. СПЕЦИФІКА ПРОФЕСІЙНОЇ СВІДОМОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	285
Ільченко М.М. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗМІНИ У ДІТЕЙ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	285
Крачун Г.П., Петровина І.А. ОДЕССКИЙ ПЕРИОД В ЖИЗНИ И ТВОРЧЕСТВЕ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ВРАЧА-ХИРУРГА, УРОЖЕНЦА ПРИДНЕСТРОВЬЯ, ПРОФЕССОРА Н.В.СКЛИФOSОВСКОГО (1836-1904)	286
Крачун Г.П., Петровина І.А. ПРОФЕССОР Н.В.СКЛИФOSОВСКИЙ (1836-1904) – ЖИЗНЬ И МЕДИКО-ГУМАНИТАРНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В УКРАИНЕ	286
Мандрюк І.В. МАТЕМАТИКА ПРОТИ ПАЛІННЯ	287
Марчук О.Т. КОНЦЕПТУАЛЬНО-ДЕНОТАТИВНІ ВИМІРИ ПОНЯТТЯ «АГІОТЕРАПІЯ»	287
Намашко Д.А., Орешина І.А., Чоглий Г.Ю. СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ ОТЦА В ЛИЧНОСТНОМ И НРАВСТВЕННОМ СТАНОВЛЕНИИ РЕБЕНКА	288
Орешина І.А. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ	288
Пайонк М.П. ОСОБЛИВОСТІ УКРАЇНСЬКОГО МЕНТАЛІТЕТУ	289
Семака А.В., Садовник Л.В. СТАТЕВА СВІДОМІСТЬ СТУДЕНТІВ	289
Сучко К.О. ПОХОДЖЕННЯ УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ: АНАЛІЗ КОНЦЕПЦІЙ	290
Тишинська Ю.Л. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ КОМУНІКАТИВНИХ БАР'ЄРІВ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ	290

Спортивна медицина

Мовчан Т.Л. ВЛИЯНИЕ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ВИТРУМ ЭНЕРДЖИ» НА ЧАСТОТУ АПОПТОЗА И ГОТОВНОСТЬ К АПОПТОЗУ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛИЗАЦИЙ	292
Френдзюк А.М. ДИСФУНКЦІЯ МІОКАРДА У СПОРТСМЕНІВ	292

Стоматологія

Vlasenko M.R., Znachkova O.A. THE USAGE OF MAGNETO-INFRARED LASER THERAPY IN THE TREATMENT OF DESTRUCTIVE FORM OF CHEILITIS	294
Басіста А.С., Проданчук А.І., Рожко В.І. СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА ПРИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОМУ ПАРОДОНТИТІ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ	294



Білійчук М.І., Бойчук І.Т., Дмитренко Р.Р. ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ ЦЕФАЛОСПОРИНІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕП У ХВОРИХ ОБТЯЖЕНИХ НАРКОМАНІЄЮ.....	295
Бойчук Т.С., Проданчук А.І. СТАН СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ПРОВІДНИКІВ ПАСАЖИРСЬКИХ ВАГОНІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО ВУЗЛА ЛЬВІВСЬКОЇ ЗАЛІЗНИЦІ.....	295
Вітковський О.О., Трефаненко С.І. ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ, ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ, З ВИКОРИСТАННЯМ ДИЛАТАТОРІВ ІЗ НІКЕЛІД-ТИТАНУ.....	296
Гаврилук З.М. СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	296
Глуценко Т.А., Гараніна Т.С. ПАРОДОНТАЛЬНИЙ СТАТУС ПРАЦІВНИЦЬ ШВЕЙНИХ ПІДПРИЄМСТВ БУКОВИНИ	297
Годованець О.І., Бурик А.Ю. КОРЕКЦІЯ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ В ДІТЕЙ	297
Касіянчук Ю.М. ОПТИМІЗАЦІЯ ДОКЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ З МЕТОЮ ПРОВЕДЕННЯ ВНУТРІШНЬО-РОТОВИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ.....	298
Кузик Л.Г. ПОКАЗНИКИ ЗАЛИШКОВОГО АЗОТУ ТА СПОЛУК ІЗ СЕРЕДНЬОЮ МОЛЕКУЛЯРНОЮ МАСОЮ В РОТОВІЙ РІДИНІ ЯК МАРКЕРИ ЗАПАЛЕННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТА.....	298
Лазар А.Д. АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МЕТОДИК ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ.....	299
Литвинець-Голутяк У.Є. ОЦІНКА ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН В ГЕНЕЗІ ОДОНТОГЕННИХ КИСТ.....	299
Мальчугін Р.К. АМБУЛАТОРНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ.....	300
Мацюк О.М. АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ.....	300
Мороз А.В. ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ	301
Мялківський К.О. ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИШИЙКОВОГО КАРІЄСУ.....	301
Навольський Н.М., Калинчук А.І. АНАЛІЗ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ ТА ВИДІВ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ.....	302
Невзгода Є.О. МЕТОДИ ЕКСПЕРС-ДІАГНОСТИКИ СЛИНИ В СУЧАСНІЙ СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	302
Пенішкевич А.Я. ОПТИМІЗАЦІЯ ВИБОРУ АНЕСТЕТИКА У ВАГІТНИХ ЖІНОК ПРИ МІСЦЕВОМУ ЗНЕБОЛЕННІ.....	303

Продан М.П., Трифаненко С.І. ОПТИМІЗАЦІЯ РЕПАРАЦІЙНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ ЗУБІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЗТП КРОВІ	303
Рошка Ю.О. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СОРБЦІЙНОЇ АКТИВНОЇ ПОВ'ЯЗКИ ПРИ ЛІКУВАННІ АЛЬВЕОЛІТІВ	304
Тамазликер Д.В. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ТЕРАПЕВТИЧНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКА КАРІОЗНОГО УРАЖЕННЯ СЕРЕД ІНШИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	304
Топов І.Г. ВИКОРИСТАННЯ ПАСТ КОМПЛЕКСНОЇ ДІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ КАТАРАЛЬНОМУ ГІНГІВІТІ НА ТЛІ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ ЗУБІВ	305
Трапова Х.О. ОПТИМІЗАЦІЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО МЕТОДУ ПРОФІЛАКТИКИ УТВОРЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ	305
Хухліна О.І. ВПЛИВ НЕЗНІМНИХ МЕТАЛЕВИХ ПРОТЕЗІВ НА СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА	306
Яковлева Д.В. КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ЯСНАХ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГІПЕРТРОФІЧНИЙ ГІНГІВІТ	306
 Судова медицина та медичне законодавство 	
Блинова І.М., Орешина І.А., Флоря А.С., Катречко А.В. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧЕСКІЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	308
Василевський В.В. МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ФРАКТАЛЬНОГО АНАЛІЗУ ЛАЗЕРНИХ ПОЛЯРИЗАЦІЙНИХ ЗОБРАЖЕНЬ МІОКАРДА ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	308
Гладиш Н.Р. РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СМЕРТЕЛЬНОЇ ЕЛЕКТРИЧНОЇ ТРАВМИ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2007-2011 РР.	309
Григорова О.В. ВСТАНОВЛЕННЯ ДАВНОСТІ ФОРМУВАННЯ ГЕМАТОМ МЕТОДОМ АНАЛІЗУ ЇХ ЛАЗЕРНИХ ПОЛЯРИМЕТРИЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ	309
Кушбаков А.М. ОСОБЕННОСТИ НАЦИОНАЛЬНЫХ УЗБЕКСКИХ НОЖЕЙ, ОТОБРАЖАЮЩИХСЯ В МОРФОЛОГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОДЕЖДЫ И КОЖИ ЧЕЛОВЕКА	310
Любеля Ю.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ЛАЗЕРНИХ ПОЛЯРИМЕТРИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН ТА СЕРЕДОВИЩ ОРГАНІЗМУ ЗА НАЯВНОСТІ МЕХАНІЧНОЇ АСФІКСІЇ ТА ГОСТРОЇ КРОВОВТРАТИ	310
Любеля Ю.В., Сивокоровська А.С., Никля О.І., Тимчук М.Р. ДІАГНОСТИКА ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ МЕТОДОМ СТАТИСТИЧНОГО МАТРИЧНОГО АНАЛІЗУ ДВОПРОМЕНЕЗАЛОМЛЕННЯ ЗРІЗІВ МІОКАРДА	311
Мазурчак С.Ю., Яценко І.С. СТРУКТУРНІ ПЕРЕБУДОВИ МІОКАРДУ ЛЮДИНИ ТА МЕТОДИ ЇХ ВИЯВЛЕННЯ ЗА УМОВ ГОСТРОЇ ІШЕМІЇ	311



Миронюк О.В.
**ВЕЙВЛЕТ-АНАЛІЗ МАП ЕЛІПТИЧНОСТІ ПОЛЯРИЗАЦІЇ ЛАЗЕРНИХ
ЗОБРАЖЕНЬ МІОКАРДА ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОЇ
КОРОНАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ 312**

Мироняк О.В., Глуха М.О., Глуха В.О., Павлюкович О.В.
**АНАЛІЗ РЕЄСТРУ ВИПАДКІВ СУЇЦИДІВ У МЕШКАНЦІВ
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ..... 312**

Саркісов Ю.В.
**ВИЗНАЧЕННЯ ДАВНОСТІ НАСТАННЯ СМЕРТІ ШЛЯХОМ АНАЛІЗУ
ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗМІН СКЛИСТОГО ТІЛА..... 313**

Сирота Б.В., Другак П.П., Басюк К.А., Кайтанюк А.М., Павлішин Р.А.
**СТРУКТУРА ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК
ЗА ДАНИМИ ОБЛАСНОГО БЮРО СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ 313**

Шкрумеда О.І., Грицанюк М.В.
**МАСШТАБНО-СЕЛЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЛАЗЕРНИХ
ПОЛЯРИМЕТРИЧНИХ ЗРІЗІВ ДЛЯ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ
ГОСТРИХ ІШЕМІЧНИХ УШКОДЖЕНЬ МІОКАРДА 314**

Максимчук Н.О.
**ЛАЗЕРНІ ПОЛЯРИМЕТРИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ЗРІЗІВ МІОКАРДА
ТРУПІВ ЛЮДЕЙ У ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОЇ КОРОНАРНОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ..... 314**

Травматологія та ортопедія

Гордиенко В.В., Насакаєва Н.В.
**ТЕСТЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ЗАСТАРЕЛОГО РОТАЦИОННОГО
ПОДВЫВИХА С1 У ДЕТЕЙ И АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ..... 316**

Жилінська Т.С.
**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПРИ
ВИКОНАННІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДА
З УРАЖЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ 316**

Іванов О.С., Мочалова Г.О., Лях Ю.М., Прихода Д.В., Калинович Н.Р.
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРЕЛОМУ ОСНОВИ ЧЕРЕПА З ПАРЕЗОМ
ЛИЦЬОВОГО НЕРВА ТА ПЕРЕЛОМОМ ШИЙКИ СТЕГНА..... 317**

Іванов О.С., Уличний В.І., Кутенець А.С., Чобан В.Р., Молодих О.О.
**ПЕРСПЕКТИВИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМУ
ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА 317**

Подуст В.С.
**ЗАСТАРЕЛОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ КОПЧИКОВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ И
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ 318**

Урологія та нефрологія

Ванов Р.
**ROLE OF IMMUNOMODULATORY THERAPY FOLLOWING
NEPHROLITHOTOMY 320**

Акентьева М.С., Варварич І.Ю.
**ПОКАЗНИКИ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА
ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ ПІД ВПЛИВОМ СТАТИНІВ 320**

Akentyeva M.S., Volodara R.V.
**LIPID PROFILE DESCRIPTION IN PATIENTS WITH DIABETIC
NEPHROPATHY III-IV STAGES ACCORDING TO AGE AND SEX..... 321**

Варварич І.Ю., Хомко Б.О.
**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ДА-
НИХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГЕСТАЦІЙНИЙ
ПІЄЛОНЕФРИТ..... 321**

Геглюк О.М., Мельник Н.В. ЛАЗЕРНА СПЕКТРОФОТОПОЛЯРИМЕТРІЯ В ПЕРЕДПУХЛИННИХ ТА ПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ	322
Голубова Ю.І., Березовська Т.І. ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ ІЗ СУПУТНИМИ УРАЖЕННЯМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ І БІЛІАРНОЇ СИСТЕМ	322
Грекул Н.А. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА	323
Захарчук Т.В., Каліновська К.М., Басель А.К. ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПРОВЕДЕННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ	323
Степан В.Т., Степанченко М.С. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК ТА ПАРАНЕФРІЮ	324
Степанченко М.С., Степан В.Т., Владиченко К.А. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРОГО ЗАПАЛЕННЯ НИРОК ТА ПАРАНЕФРІЮ	324

Фармакологія

Букатару Ю.С. ДОСЛІДЖЕННЯ ПОХІДНИХ 2-БЕНЗАМІДО-2-(2-ОКСОІНДОЛІН-3-ІЛІДЕН) ОЦТОВОЇ КИСЛОТИ НА АНТИГІПОКСАНТНУ АКТИВНІСТЬ	326
Грекова О.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАКОКІНЕТИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ КООРДИНАЦІЙНОЇ СПОЛУКИ ГЕРМАНІЮ ОК-8 НА ЕТАПІ ЕЛІМІНАЦІЇ У ЩУРІВ В НОРМІ ТА ПРИ ІШЕМІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	326
Драбик І.А., Ковальчук Л.І. ВЛИЯНИЕ ГИСТОГЕМАТИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ НА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ЭФФЕКТЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ	327
Житіна І.О. ФАРМАКОКІНЕТИЧНІ ПАРАМЕТРИ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ ПРОЦЕСИ РОЗПОДІЛУ ГЕРМАНІЙОРГАНІЧНОЇ СПОЛУКИ ОК-7 У ТВАРИН У НОРМІ ЗА УМОВ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ	327
Жмур Г.І. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	328
Зеленюк В.Г., Горошко О.М. ВПЛИВ БАГАТОРАЗОВОГО ВВЕДЕННЯ СТАТИНІВ НА ФУНКЦІЮ НИРОК ЩУРІВ	328
Суворова З.С., Дронова М.Л., Дубовий Д.В., Вринчану Н.В. АНТИФУНГАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНОГО АЛКОКСИАМІНОПРОПАНОЛУ КВМ-192	329
Штрімайтіс О.В., Здорик О.А., Дроздова О.О. ВИБІР АНАЛІТИЧНОЇ МЕТОДИКИ ЯК КЛЮЧОВИЙ ЕТАП КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	329
Щудрова Т.С. КЛІТИННІ МЕХАНІЗМИ ДІЇ ПІНЕАЛЬНИХ ПЕПТИДІВ	330

Фармація

Балагура О.В., Драчук В.М. ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ З ГІПОГЛІКЕМІЧНОЮ АКТИВНІСТЮ	332
---	-----



Бодна О.С.
БІОЛОГІЧНО АКТИВНІ РЕЧОВИНИ ЛИСТЯ ХУРМИ КАВКАЗЬКОЇ DIOSPYROS LOTUS L. 332

Боліла І.І.
ДОСЛІДЖЕННЯ АНАТОМІЧНОЇ БУДОВИ ЛИСТЯ ХЕНОМЕЛЕСУ SNAENOMELES JAPONICA LINDL..... 333

Васильєв Д.А., Прийменко А.О., Казунин М.С.
СИНТЕЗ БІОЛОГІЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РЯДУ 7-R-8-ПРОПИЛ-3-МЕТИЛ-1Н-ПУРИН-2,6(3Н,7Н)-ДИОНА 333

Віщук К.Г.
АНТИОКСИДАНТНІ ВЛАСТИВОСІТ ПРЕПАРАТУ ЛІПІНУ, ЯК ОСНОВИ ЛІПОСОМАЛЬНОЇ ФОРМИ КВЕРЦЕТИНУ ,У ПОРІВНЯННІ З ЛІПОФЛАВОНОМ 334

Владимиров О.Ю.
МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КАПСУЛ «КАПІЛЛЯРОЛ ФОРТЕ» ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ДЕФІЦИТУ МАКРО- І МІКРОЕЛЕМЕНТІВ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ..... 334

Владимирова І.М.
РОЗРОБКА ЧИСЛОВИХ ПОКАЗНИКІВ ПЛОДІВ І ЛИСТЯ FEIJOA SELLOWIANA (O.BERG) 335

Власенко М.В.
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИВИРАЗКОВОЇ АКТИВНОСТІ ЛИСТЯ АЙВИ ДОВГАСТОЇ CYDONIA OBLONGA MILL. 335

Власенко О.В.
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СКЛАДУ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН ПЛОДІВ АЗИМІНИ ФОРМ УКРАЇНСЬКОЇ СЕЛЕКЦІЇ..... 336

Голуб І.А.
СУЧАСНІ ГОРМОНАЛЬНІ ЗАСОБИ ДЛЯ КОНТРАЦЕПЦІЇ..... 336

Дегтярьова К.О., Вишневіська Л.І., Ярних Т.Г.
ГАРБУЗ ЯК ПЕРСПЕКТИВНЕ ДЖЕРЕЛО БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ СПОЛУК 337

Іванова Я.О., Мельник Л.Д., Бабій О.В.
ОБГРУНТУВАННЯ СКЛАДУ ОСНОВИ ГЕЛЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ 337

Казунин М.С., Прийменко А.О., Васильєв Д.А.
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНЫХ 3-(МЕТИЛКСАНТИНИЛ-8)ПРОПАНОВОЙ КИСЛОТЫ 338

Олійников Д.С., Молодкіна О.М., Моспанова О.В.
ВИКОРИСТАННЯ ПЛІВКОВОГО ПОКРИТТЯ ДЛЯ ОДЕРЖАННЯ ТАБЛЕТОК МЕЛЬДОНІА 338

Опрошанська Т.В.
КОМПЛЕКСНЕ ВИВЧЕННЯ ГУСТИХ ЕКСТРАКТІВ КОРЕНЯ ТА ЛИСТЯ ЛОПУХА ВЕЛИКОГО..... 339

Паламар А.О., Ткачук О.Ю., Івашків О.Б., Музика Н.Я.
ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ ЯК ДЖЕРЕЛО АНТИОКСИДАНТІВ 339

Прийменко А.О., Васильєв Д.А., Казунин М.С.
ПОИСК БІОЛОГІЧЕСКИ АКТИВНЫХ СОЕДИНЕНИЙ В РЯДУ 7-R-8-(ГИДРОКСИМЕТИЛ)-3-МЕТИЛ-1Н-ПУРИН-2,6(3Н,7Н)-ДИОНА 340

Сахацька І.М., Ткачук О.Ю., Островська І.В., Костиняк О.Ю., Ворожбит О.О.
АНАЛІЗ ЛІПОФІЛЬНИХ ФРАКЦІЙ КОРЕНЕВИЩ З КОРЕНЯМИ ПІВОНІЇ ЛІКАРСЬКОЇ СОРТИВ «ALBA PLENA» ТА «ROSEA PLENA» 340

Юрченко І.О., Татарінцева Г.О., Кучерявий Ю.М., Міколасюк О.О., Гоцуля А.С.
ВИВЧЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ БУДОВИ ФТОРАФУРА..... 341

Ющишена О.В.
ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКІСНОГО СКЛАДУ ТЕРПЕНОЇДІВ У ЛИСТІ, СУЦВІТТЯХ ТА СТЕБЛАХ VITEX AGNUS-CASTUS L. ТА V. CANNABIFOLIA SIEB..... 341

Фтизіатрія та пульмонологія

Баранська І.М., Геглюк О.М., Проскурович О.С., Бойко С.В. РЕЗУЛЬТАТИ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТУПЕНЯ НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.	343
Басіста А.С., Герман А.О., Єременчук І.В. ТУБЕРКУЛЬОЗ НИРОК.....	343
Гралюк О.В., Єременчук І.В., Сем`янів І.О. ПРОФІЛАКТИКИ ЛЕГЕНЕВИХ КРОВОХАРКАНЬ І КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ	344
Драгун У.П., Васильєв О.О., Мигайлюк Л.Д. ТУБЕРКУЛЬОЗ І ПАНГІПОПІТУІТАРИЗМ	344
Дроздовська Л.Я., Михальчан К.Л., Сем`янів І.О. ЧАСТОТА І ХАРАКТЕР БРОНХОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ.....	345
Каліновська К.М., Захарчук Т.В., Герман А.О. МІНІМІЗАЦІЯ ТОКСИЧНОСТІ ТА НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ФУНКЦІЇ РІЗНИХ ОРГАНІВ	345
Криворучко І.Г., Гопко О.Ф. МІСЦЕ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В ПАТОГЕНЕЗІ ЗАГОСТРЕНЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ	346
Мотовиляк К.Р., Завальнюк М.О., Мигайлюк Л.Д. ПАТОГЕНЕТИЧНА РОЛЬ НЕЙРОПЕПТИДІВ, В ПОРУШЕННІ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ТА СПОСОБИ ЇХ КОРЕКЦІЇ	346
Орлецька Ю.І., Підвербецька О.В., Сем`янів І.О. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-АСОЦІЙОВАНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ	347
Поважна Н.Р., Герман А.О., Бойко А.В. ФУНКЦІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ	347
Рибарчук А.В., Фочук М.Ю., Бігунець В.С. ХРОНІЧНЕ ЛЕГЕНЕВЕ СЕРЦЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ	348
Сивокоровська А.С., Бойко А.В., Мигайлюк Л.Д. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ВАКЦИНАЦІЮ VCG.....	348
Скрипник Л.М. ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ: ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ХВОРИХ, ЩО ПАЛЯТЬ	349
Титкова А.В. ДИСБАЛАНС ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	349
Хайменова Г.С. ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННЯ ГРВІ.....	350
Царик Р.В., Єременчук І.В., Підвербецька О.В. ТУБЕРКУЛЬОЗ І ВАГІТНІСТЬ.....	350
Чобан В.В., Бранюк С.В., Бойко А.В. ПЕРЕШКОДИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КОНТРОЛЬОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ З НИЗЬКОЮ ПРИХИЛЬНІСТЮ ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПОДОЛАННЯ	351



Шкарутяк А.Є.

**ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО
ВИПРОМІНЮВАННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННЯ
МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ 351**

Хірургія

Ligocki M.

**GALLBLADDER PERFORATION DURING LAPAROSCOPIC
CHOLECYSTECTOMY 353**

Purr S.

DEVELOPMENT OF TITANIUM-COATED VEIN VALVE PROTHESIS 353

Sah S., Aissaoui A., Dhital K.

**IMMUNOTHERAPY OF ABDOMINAL SEPSIS: A CLINICAL AND EXPERIMENTAL
STUDY 354**

Seweryn M., Fuchs A., Kolarczyk A.

**PANCREATIC ADENOCARCINOMA AND DIABETES-CHARACTERISTIC
OF PATIENTS AFTER PANCREATODUODENECTOMY AND BY-PASS SURGERY ... 354**

Бакулина А.В., Коваленко А.В.

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ГЕРНИОПЛАСТИК
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ
ИЗ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНА..... 355**

Балака С.М., Гоні С.Т., Гоні С.Т.

**ПРОГНОЗ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ПОРОЖНИННИМИ
УТВОРЕННЯМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ. 355**

Балака С.М., Повеличенко М.С., Гоні С.Т.

**ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С МИНИМАЛЬНО
ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ 356**

Банадига А.І.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ 356

Бондрабура А.Л., Заболотна І.Е., Попович А.І., Стельмах Г.Я.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕДУМОВ ВИНИКНЕННЯ МЕШОМ ПРИ
ПЛАСТИЦІ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ЗА ДОПОМОГОЮ
АЛОТРАНСПЛАНТАТІВ 357**

Бурак І.А., Скальська С.І.

**ПРОФІЛАКТИКА ДЕЯКИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У
ХВОРИХ НА ВУЗЛОВІ ФОРМИ ГІПЕРТИРЕОЇДНОГО ЗОБА..... 357**

Войтів Я.Ю., Москалюк В.І., Денисюк Ю.А., Слободян В.М.

**СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ РІЗНИХ СТУПЕНІВ ПОРУШЕНЬ
ФУНКЦІЇ КИШЕЧНИКА 358**

Войтів Я.Ю., Піжовський Є.С., Сірук А.В., Мороз П.В.

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ СТІНКИ ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ ПЕРИТОНІТІ 358

Глігор С.Ф.

**ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПІСЛЯ
МОДЕЛЮВАННЯ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ
КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ 359**

Гончарова Н.М., Дроздова А.Г.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БЛАСТОМАТОЗНУ ЖОВТЯНИЦЮ 359

Гресько М.І.

**АНАЛІЗ ПРИЧИНИ КОНВЕРСІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ..... 360**

Гринчук А.Ф.

**НЕСПРОМОЖНІСТЬ КИШКОВИХ ШВІВ В УМОВАХ
ПЕРИТОНІТУ – МЕХАНІЗМИ Й ПРОФІЛАКТИКА 360**

Грищенко А.Б., Плегуча І.М., Сидорчук А.Р., Сидорчук Л.І. ЗМІНИ ОБМІНУ ВУГЛЕВОДІВ ЗА ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ	361
Гусейнзаде Д.Ш., Теплая И.В. ПЕРЕСАДКА АУТОЛОГИЧНОЇ ЖИРОВОЇ ТКАНИ, ОБОГАЩЕНОЇ СТВОЛОВИМИ КЛЕТКАМИ ДЛЯ КОРРЕКЦІЇ КОСМЕТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА И ТУЛОВИЩА	361
Дрімач С.М., Зуб Р.О., Дудко Т.О., Степанченко М.С., Райляну С.І. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН НАБРЯКУ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ З ВАРИКОЗНИМ РОЗШИРЕННЯМ ВЕН	362
Дудко Т.О., Мельник Н.В., Ганущак А.І. ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН ЗА ДОПОМОГОЮ ВАКУУМНИХ ПОВ'ЯЗОК	362
Исманов А.А., Рузматов А.Э., Исхаков Н.Б., Пулатов Х.Н. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	363
Козловська І.М. КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ТРІЩИН ВІДХІДНИКА.....	363
Красовський М.В. СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО ПАХВИННОГО БОЛЮ ВНАСЛІДОК ПАХВИННИХ ГЕРНІОПЛАСТИК	364
Луканюк С.С., Комарницький В.В. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ З ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН.....	364
Мищенко К.С., Мусієнко А.М. ГОСТРА НИРКОВА ДИСФУНКЦІЯ ЗА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ	365
Мороз П.В., Москалюк В.І. ЗАПРОГРАМОВАНА ЛАПАРАПЕРЦІЯ В КОРЕКЦІЇ ЕНДОТОКСИКОЗУ ТА РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ У ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ПЕРИТОНІТ	365
Москалюк В.І., Мороз П.В. ОБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ КИШЕЧНИКУ ЗА ДОПОМОГОЮ ФОНОЕНТЕРОГРАФІЇ.....	366
Москалюк О.П., Нестерчук А.П. РОЗРОБЛЕНИЙ МЕТОД ПАХВИННОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ.....	366
Мудрик Н.Я., Москалюк О.П., Райляну С.І., Гарбуз С.Д. ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ СТОПИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.....	367
Мусієнко А.М., Мищенко К.С. КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВАКУУМНИХ ПОВ'ЯЗОК У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНИХ РАН.....	367
Піптюк В.О. КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ СТОПИ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ВНУТРІШНЬОТКАНИННОЇ ГАЛЬВАНІЗАЦІЇ	368
Пушкашу А.В., Закутній Т.О., Савка І.В. СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОЇ ПІСЛЯЦИБУЛИННОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ	368
Пшиборовська Ю.Р. КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАНСПЛАНТАЦІЇ МУЛЬТИПОТЕНТНИХ СТРОМАЛЬНИХ КЛІТИН ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ ЗА УМОВ ІШЕМІЇ КІНЦІВКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ	369
Рудий О.О., Дячук Б.А. СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ РАНЬОГО РЕЦИДИВУ КРОВОТЕЧІ З ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	369



Стадник А.Д., Чудновский А.А., Зеленая А.И., Стадник К.В.
**АУТОДЕРМАЛЬНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**..... 370

Сташишена О.В., Сапоговська В.В., Кулачек Я.В.
**АЛГОРИТМ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ЗА ГОСТРОКРОВОТОЧИВОЇ
ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ
ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ВИРАЗКИ («ЗАСТАРІЛА», «СТАРЕЧА»)** 370

Токарчук І.М.
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ..... 371

Чернишова Д.М., Ількун І.Я., Циріль В.М., Степанченко М.С.
**ПЛАСТИКА НЕЙРОТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК ПРИ СИНДРОМІ
ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ**..... 371

Чорномидз А.В.
**ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ ФАКТОР
ПАТОГЕНЕЗУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ** 372

Чудновский А.А., Стадник А.Д., Зеленая А.И., Бородина Е.В., Буркова И.В.
**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
СТЕНОЗОВ**..... 372

Симпозіум

Баклицька К.С.
ВОЛОНТЕРСЬКИЙ РУХ – ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ..... 374

Вінтоняк Т.М.
**РОЛЬ МІЖНАРОДНИХ СТУДЕНТСЬКИХ ОСВІТНІХ ТА НАУКОВИХ
ПРОГРАМ У РОЗВИТКУ ОРГАНІВ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ** 374

Воронюк К.О.
**МЕХАНІЗМИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО УНІВЕРСИТЕТ
СЕРЕД «ВНУТРІШНЬОЇ» ТА «ЗОВНІШНЬОЇ» АУДИТОРІЇ** 375

Дейнека В.М.
**ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ОРГАНІЗАЦІЇ СТУДЕНТСЬКОЇ
НАУКОВОЇ РОБОТИ В МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ СУМСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ** 375

Закутній Т.О., Кархут Р.М.
**ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО
САМОВРЯДУВАННЯ** 376

Максимчук Н.О., Любеля Ю.В.
**ПЕРСПЕКТИВИ МІЖНАРОДНОЇ ТА МІЖВУЗІВСЬКОЇ СПІВПРАЦІ
СТУДЕНТСЬКИХ НАУКОВИХ ТОВАРИСТВ** 376

Мосійчук В.П.
**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ
В УКРАЇНІ ТА ЗА КРАЇНАХ ЄВРОПИ ТА США** 377

Паранюк Ю.Д.
**АКТИВНЕ ВОЛОНТЕРСТВО - ОСНОВА ЦИВІЛІЗОВАНОГО
СУСПІЛЬСТВА МАЙБУТНЬОГО** 377

Рибарчук А.В.
**ВОЛОНТЕРСТВО, ЯК ОДИН ІЗ АСПЕКТІВ ДІЄВОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО
САМОВРЯДУВАННЯ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ**..... 378

Скопич О.Л.
**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ЛІДЕРСЬКИХ
ЯКОСТЕЙ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**..... 378

Смандич В.С.
**ФОРМУВАННЯ ЛІДЕРСЬКИХ ЯКОСТЕЙ ОСС БДМУ З
ПОДАЛЬШИМ КАР'ЄРНИМ РОСТОМ НА ПРИКЛАДІ СТУДЕНТСЬКОГО
ПАРЛАМЕНТУ БУКОВИНИ** 379

Смандич В.С.

**ПРИНЦИПИ ЗАЛУЧЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО ДІЇ В ОСС ВИЩИХ
НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ БУКОВИНИ 379**

Топорівська О.В.

**НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО
САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ 380**

Хомко Б.О.

**СТРУКТУРА СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ У
БУКОВИНСЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ..... 380**

Плавинська М.М.

**ВОЛОНТЕРСЬКИЙ РУХ-КЛЮЧОВИЙ НАПРЯМОК ДІЯЛЬНОСТІ
ОРГАНІВ СТУДЕНТСЬКОГО САМОВРЯДУВАННЯ 381**

Юзько В.О.

**СПІВПРАЦЯ МІЖ БУКОВИНСЬКИМ ДЕРЖАВНИМ МЕДИЧНИМ
УНІВЕРСИТЕТОМ І МЕДИЧНИМ ФАКУЛЬТЕТОМ УНІВЕРСИТЕТУ
МОНПЕЛЬЄ 1 381**

Яким'юк А.Д.

**ОСНОВНІ АСПЕКТИ МІЖНАРОДНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ БУКОВИНСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ 382**

Максимчук Н.О., Любеля Ю.В.

**ПРО СПІВПРАЦЮ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ТОВАРИСТВА ТА
СТУДЕНТСЬКОЇ РАДИ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ 382**



XI МІЖНАРОДНА МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ СТУДЕНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

Шановні студенти та молоді вчені!

У березні – квітні 2014 року на базі Буковинського державного медичного університету відбудеться щорічна XI Міжнародна медико-фармацевтична конференція студентів і молодих вчених.

В рамках наукового форуму відбудуться пленарні та секційні засідання, навчально-практичні майстер-класи, лекції відомих вчених з актуальних проблем медицини та фармації.

Студентське наукове товариство та Рада молодих вчених Буковинського державного медичного університету щиро запрошують Вас взяти участь у конференції.

ФОРМИ УЧАСТІ У КОНФЕРЕНЦІЇ:

1. Усна доповідь і публікація тез.
2. Стендова доповідь і публікація тез.
3. Публікація тез.
4. Вільний слухач.

РОБОЧІ МОВИ КОНФЕРЕНЦІЇ:

українська, російська, англійська.

ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ТА РЕЄСТРАЦІЯ НА САЙТІ:

<http://snt.bsmu.edu.ua/bimco>