



**МІЖНАРОДНА  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«ВІТЧИЗНЯНА ТА СВІТОВА  
МЕДИЦИНА В УМОВАХ  
СУЧАСНОСТІ»**

**м. Дніпропетровськ, 18-19 січня 2013**

**Дніпропетровськ  
2013**

Добринський Д.В., Дурко П.Ф., Іванчишин Р.І., Богданенко О.І. СТАН ГЕМОРЕОЛОГІ ТА ФУНКЦІЙНІСТЬ ФЕНСТИРИДУ У ХВОРИХ НА ХРОНИЧНЕ ОБС ТРУКОВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	39
Датчанський Д.А., Волков М.А. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗАТЕЛІ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЇ СИСТЕМИ ПРИ ДИЛІТЕЛЬНОМУ НАПОВНЕННІ У БОЛЬНИХ ХРОНИЧЕСЬКОЮ ОБСТРУКТИВНОЮ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГЕНЬ.....	43
Забайка Л.О., Михайленко В.Г., Мігурська І.О., Кузьма Н.М. ФУНКЦІЙНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПРЕСИЙ ПРИ ЛІДУВАННІ РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ.....	44
Зеленко Е.А. ПРОЛІВНИЙ СИМПТОМ ДИСПЛАЗИ СОЄДИТЕЛЬНОЇ ТКАНИ У ЛІДІ С ВАРИКОЗНОЇ БОЛЕЗНЬЮ ВЕННИКОВОЇ КОМПЛЕКСИСТІ.....	45
Калюжний С.В., Власов В.В. СОМАТОПНІ У ХВОРИХ НА ПИЛКОВУ ТРИСКУ.....	49
Ласюк І.В. ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ СИМПТОМОМ ДАУНА.....	51
Левандівський Р.А. БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗЕКЦІЙНІ ПРОТЕЗИ ДЛЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЮПИ З ПІДНЯТЯМ ВІСТРУВАННЯГО ВОРТУ НА ХВОРИХ СТОРОНІ І ФОРМУВАННЯМ ПІТУЧНОЇ ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ.....	53
Матусько М.О., Михайленко В.Г., Мігурська І.О., Кузьма Н.М. ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ШОХВІДЛИВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРИ РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ ФОРМАХ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ.....	57
Паламарчук Н.Д., Паламарчук О.В. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕВІУ ШІМІВНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНИМИ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ ТА АНЕМІЄЮ.....	58
Поліщук О.Ю., Романченко М.Г. СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНЕ СОСТІВНІ КОСТНОЇ ТКАНИ СКЕЛЕТА В ПАТОГЕНЕЗІ ЗАБОЛІВАНЬ ПАРОДИОНТА У ДІТЕЙ С БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ.....	61
Полка М.А., Горюшко О. М. КОРЕКЦІЯ ЛІДУВАННЯ У ХВОРИХ НА КОРОВУ ІНФЕКЦІЮ ТА ОЦІНКА ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ.....	63
Рак Л.М., Рижак Л.В. МІКРОБІОЛОГІЧНА КАРТИНА ПЛЕРИПЛАЗОВАНОГО ЕЦДОМЕТРИЯ У ЖІНОК З БЕЗВИДНИМ ТРУБНОГО ПОХОДЖЕННЯ.....	66
Регурелька Р.А., Курченко А.І., Дранік Г.М. ОСОБЛИВОСТІ СУБПОПУЛІАЦІЙНОГО СКЛАДУ ЛІМФОЦИТІВ ПЕРІФЕРІЙНОЇ КРОВІ ХВОРИХ ІЗМІ ЗАГОСТРОМУ ПЕРЕБІГУ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИЦЦА.....	69
Регурелька Р.А., Регурелька М.В., Бараненко А.В. ВИПР ТАКТИКИ ЛІДУВАННЯ РЕФЕРДІВНОГО ПРОСТОГО ПЕРИЄСУ.....	72
Рижак Л.В., Рижак В.С. СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПИРОК ТА НИРКОВОГО КРОВОТОКУ У ВАЛПІВНИХ З БЕЗСИМПОМНОЮ БАКТЕРІУРІЄЮ.....	75
Танчук В.К., Гуляга О.І., Паламарчук О.С. АЛІАЛОСНІСТЬ АЛЬДОСТЕРОНУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА З ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТТІВІСТЮ.....	77
Турбарова-Левцова Н.А., Танчук В.К., Амеліна Т.М., Волков Т.С. ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА ШЕМИЧНІ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В УМОВАХ СТВОРЕННЯ РЕЄСТРІВ МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ.....	78

Дремленко О.Б., Пегельницька Л.Б., Харченко Т.Ю. СТЕКТР ШКОРНИХ ПРОЛІВІВ У ХВОРИХ НА ПУЗІВНИЙ КОЛІКАРТЕРІТ.....	81
Дремленко О.Б., Мисюченко Г.М. ДОБОРАБЕЖНОСТЬ ВІДВІВУ МЕТОПРЕСАТУ НА КЛІНІЧНІ І РЕЗУЛЬТОВАЦІЙНІ ПРОСТІВАННЯ РЕВМАТОІДНОГО АРТРИТУ.....	84
Дремленко О.Б., Феділо Д.І., Пегельницька Л.Б. КОМОРБІДНІ СТАНИ ТА ЗМІНИ ЛАБОРАТОРИЙНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ПОСРАНАТРИВНИЙ АРТРИТ.....	87

### 3. ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА: СУЧАСНІСТЬ ТА МАЙБУТНЄ.....

Машіурок О.П. КІЛЬКОСТНЕ ВІЗНАЧЕННЯ ФЛАВОНОЇДІВ, ДУМБІЛЬНИХ РЕЧОВИН, ПОХІДНИХ ОРТО- ДИЕДРОКСИКОРИЧНОЇ КИСЛОТИ У ЛИСТКАХ, КІЛТАХ, НАСІВНІ ТА КОРЕНЯХ ПОДРОСЛЕНКА ВЕЛИКОГО ТА ПОДРОСЛЕНКА ЛАНДЕТОЛІСТОГО.....	91
Москаленко С.П. ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ФАГОЦИТАРНОЇ АКТИВНОСТІ ПЕРИТОЦЕЛЛЯРНИХ МАКРОФАГІВ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ДОКСОРУБІЦІНІДУВАННОЇ ІМУНОСУПРЕСІЇ.....	93
Паламарчук О.І., Гуренко А.С., Юрченко І.О. ПОРІВНЯЛЬНЕ ВІЗНАЧЕННЯ СУМІШІ КЕЛІШУ З РУТИНОМ РОСЛАХУВАНОВИМ ТА ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИМ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИМ МЕТОДОМ.....	97
Паламарчук С.В., Корнійченко В.Г., Мозило І.І., Корнійченко Ю.І. КОМПОНЕНТНИЙ СКЛАД ТРАКТИВ ЕФІЧНОЇ ОЛІЇ ДИКОРОСЛОЇ VALERIANA OFFICINALIS L.S.I.....	101
Поліщук О.В. ДОСЛІДЖЕННЯ НАКОПЧЕННЯ ФЕНОЛЬНИХ СТОЛУК В СТЕГЛАХ VITEX SANNABIFOLIA SIEB. ЗАЛЕЖНО ВІД ФАЗИ ВЕГЕТАЦІЇ.....	105

картинами (105,3 ± 2,6 мм проти 102,2 ± 2,6 мм), підвищення (54,1 ± 1,5 мм проти 49,5 ± 1,2 мм), підвищення (49,6 ± 1,2 мм проти 46,2 ± 1,1 мм) домінували за об'ємом (138,1 ± 12,7 мм<sup>3</sup> проти 126,9 ± 5,2 мм<sup>3</sup>) і висотою переважали право серце. Висхідне відношення з відповідним серцем, що відображає частіше вроджені різниці між правим та лівим серцями щодо локальної структурної будови (0,705 ± 0,01 проти 0,703 ± 0,03,  $p > 0,05$ ). Отримані дані в цілому відповідають літературним даним.

Результати узагальнено порок серця з безсимптомною бастурбією у порівнянні з контролем виявили, що за основними параметрами (картинами, показаннями, покращеними розмірами та об'ємом) порок серця всіх трьох груп об'єктивно між собою відрізняє не відрізняє. ( $p > 0,05$  у всіх ознаках виваждо порівнянь). Однією структурної відмінності, якої предстали особливі відмінності товщини кіркового шару до поперечника залозо-мішального валичку, вимірювано на рівні ширт серця, був істотно вищим у групі Іа, ніж структурний індекс серця у контрольній (ІІ) групі (0,62 ± 0,005 і 0,71 ± 0,007 відповідно,  $p < 0,05$ ), що свідчить про ексцизованість порок серця за умов відсутності клінічної маніфестації домірування. У той же час товщина структурного індексу групи Ів відрізняє від контрольної групи лише незначійно (була менше тенденція до зменшення показника структурного індексу у зрівнянні з контролем, хоча дані

При оцінці основних показників діаметрометрії кровотоку вправих артерій у вагітних груп об'єктивно відрізняє на об'єктивну суттєво зростає показники кровотоку у вагітних груп Іа. Між іншим кірдинне зростає показники судинного тиску (PI, IR, S/D). Так, у порівнянні з контрольною групою, у вагітних Іа групи на 19,03% зростає PI (1,26 ± 0,05 проти 1,08 ± 0,04,  $p < 0,05$ ), на 1,32% - IR (0,63 ± 0,01 проти 0,61 ± 0,02,  $p < 0,05$ ) та, відповідно суттєво, на 28,87% - S/D (3,12 ± 0,16 проти 2,43 ± 0,06,  $p < 0,05$ ). Як видно з проаналізованих даних, S/D зменшалась, значення, ніж інші основні параметри.

При дослідженні утворюваної швидкості кровотоку в вправих артерій у вагітних Іа групи встановлено істотне відхилення показника П різниці порівняно з відповідним показником у групі контролю (37,11 ± 2,62 м/с проти 49,12 ± 2,27 м/с,  $p < 0,05$ ). Такі зміни в цілому відповідають патогенетичним змінам вправого кровотоку на доклінічній стадії гіпертензивної, що спочатку призводить до спазму судин, посилення кровотоку, далі, при прогресуванні паталогічного процесу, - до достільної мікроциркуляторного русла та основною спад у вправі [2, с.67].

Таким чином, виявлені зміни в процесі дослідження зміни вправого кровотоку зростають в переважній більшості груп вагітних з безсимптомною бастурбією, котрі мають певні порушення в системі провідного імунітету. Вочевидь, дані зміни кровотоку характеризують процес порушення якогось впливу при односторонньому підвищенні судинної резистивності, що за умов наявності збудника та підготовки основних елементів системи імунітету може призвести до розвитку есенційного гіпертензивного процесу.

Щодо вагітних з безсимптомною бастурбією, у яких відсутні зміни функціональної резистивності організму, характернішою ознакою параметрів кровотоку в вправі не вважало достатньою відмінність у зрівнянні з ексциванісними вагітними, що є підставою для висновку дані

категорії вагітних - як такої, що не відрізняє цілою кількістю показників гіпертензивного процесу.

#### Література

1. Артемюк В.А. Патоморфологія серця в патології гіпертензивної кардіопатії у вагітних з безсимптомною бастурбією // В.Артемюк, О.Лішаків, С.Солодкий // Терапевт. журн. - 2002. - № 4. - С.83-90.
2. Вайнін Д.О. Принципи діагностики хвороб з інфекційною етіологією системи // Д.О.Вайнін // Словник медичний. - 2007. - №1. - С.67.
3. Мельник В.Н. Профилактика осложненной беременности при гипертензивной патологии: вагинальная дилатация вагинальной стимуляцией // В.Н.Мельник // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005. - №2 (22). - С.11-14.
4. Katz E.H. Psychoneurosis and bacteremia. A major problem in preventive medicine // E.H.Katz // Ann. Int. Med. - 1962. - Vol. 56. - P. 46-53.

Тяпуш В.К.

*д-мед.н., професор, кафедра кафедрі патології серця та судинної медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини, Київського державного медичного університету*

Гуляк О.І.

*асистент кафедри патології серця та судинної медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини, Київського державного медичного університету*

Попович О.І.

*д-мед.н., професор кафедри патології серця та судинної медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини, Київського державного медичного університету*

м.Київ, Україна

### АНТАГОНІЗМ АЛЬДОСТЕРОНУ ПРІ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА З ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з гострою серцевою недостатністю (ГСН) є найбільшою передумовою зростає смертності та інвалідності [1, В12, 4, В5]. Показники рівня нейтрального поліпептиду до протезівної активності за економічного мовно, використовують як маркер прогресування серцевої недостатності та формування адекватної стратегії лікування в управленні міокарді [2, P.17, 3, P.1103].

Метою даного дослідження було виявлення маркерів прогресування СН за нейрорегуляторними показниками та протезівної активності пептину у вагітних з ГІМ та ГСН.

Клінічний матеріал склали 121 хворий віком від 39 до 68 років, середній вік - 51,5 ± 2,94 року. У всіх хворих діагностовано ГІМ з ГСН за Критеріями І-ІІ. Досліджували рівень нейтрального поліпептиду (ПНУП) та процес протезівної активності за економічним (літким) автономістимулятором (літким). Всім пацієнтам було введено на дві тижні до вправої групи відносимого гостиння, що організовані терапією, що включає веретерон. До другої - хворі, котрі злам серця основної терапії, були додатково спостережені в дозі 25 мг впродовж 10 днів.

Після виконано, так до проведеного лікування рівень ІІІТНІ був в 2,02 разів вищим, ніж у контрольній групі (18,62±1,35 проти 57,87±9,95 пб/мл;  $p=0,001$ ). Після проведеного лікування рівень ІІІТНІ зменшується, більше у другій групі (І група – в 26,97 ± 8,42 до 45,20±9,21 пб/мл;  $p=0,001$ ), II група – в 58,77±11,89 до 30,68±5,30 пб/мл;  $p=0,001$ ). До лікування протектеність свідомість та когнітивна була нижче в 1,5 рази нижче, ніж у контрольній (0,007±0,0013 та 0,009±0,0017 E440/m<sup>2</sup>/год проти 0,034±0,0041 E440/m<sup>2</sup>/год;  $p=0,01$ ). Після проведеного лікування протектеність та когнітивна в обох досліджуваних групах суттєво зростає (0,019±0,0024 проти 0,041±0,0050 E440/m<sup>2</sup>/год;  $p<0,01$ ), однак більш зросло у другій групі, у лікування якої було включено достатню кількість елестролу. Також мочовий, когнітивна в комплексі лікування зростає в ІІМ з ІІН егістероном привносить до нормалізації нейрогуморального балансу та процесів протектенітної свідомості людини зростає, що впливає на процес ремоделювання мієоці індурована та кліматична провади СН.

#### Література:

1. Vassalliach J. Preclinical data on involvement of mineralocorticoid receptor activation in healing and remodeling post-myocardial infarction // J. Vassalliach, D. Francioso / *Eur Heart J. Suppl.* – 2012. – Vol.13. – Suppl.B. – B10-B14.
2. Declining in-hospital mortality and increasing heart failure incidence in elderly patients with first myocardial infarction // J. Fokuzaitz, P. Kaul, J. Bakal [et al.] / *J. Amer. Coll. Cardiology.* – 2012. – Vol. 53 (1). – P. 13-20.
3. McMurray J. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 // J. McMurray, S. Adamopoulos / *Eur Heart J.* – 2012. – V. 33. – P.1387-1847.
4. Meszoudi S. Aldosterone and the mineralocorticoid receptor // S. Meszoudi, P. Jaisac / *Eur Heart J. Suppl.* – 2012. – Vol.13. – Suppl.B. – B4-B9.

#### Турбуленс-Левина Н.А.

доктор біологічних наук, кандидат медичних наук, заступник

Ташука Б.К.

доктор біологічних наук, кандидат медичних наук, заступник

Амелін Т.М.

доктор біологічних наук, кандидат медичних наук, заступник

Виночок Т.С.

доктор біологічних наук, кандидат медичних наук, заступник

м. Чернівці, Україна

### ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРОБИ НА ШЕМИЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В УМОВАХ СТВОРЕННЯ РЕСЕТРІВ МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ

Числом проспективного дослідження встановлено взаємодія якості такої потенційно адаптивної гемодинамічної зміни рівня, як відмірна мала тіла у підлітків артеріального тиску (АТ) та серцево-судинної адаптованості. За даними багатовисхідного аналізу 26-тиричного Фронтального дослідження, оскільки в певному чинником рівня хвороб системи кровообігу як у чоловіків, так і в жінок [2, с. 62, с. 148]. Висновок потім перекладає нас доводимо взаємодію рівня артеріального тиску та частоти серцевих [3, с. 745], кількістю років неперенесеності, пов'язаних

з істотною шкідливою серце (ІСД), та рівнем смерті РЕ ІСД [1, с. 124, 3, с. 24]. Адаптивна здатність дослідження впливу депривації на період ІСД, а також як втрачає свого значення зменшення маси тіла в жодній особі і метою попередження раннього розвитку гострого мієокардіального синдрому.

3 метою визначення особливостей співвідношення маси тіла (ІМТ) та мови мієокардіального і функціонального резерву у хворих на хронічну ІСД обстежено 120 хворих на стабільну стенокардію (СХ) поділяючи в II та III ФК. Згідно з класифікацією ВОСХ за показником (серцевої маси тіла (ІМТ) [6, с. 85]) хвори були розподілені на групи: I – ІСД аналізів з надмірною вагою та ІМТ більше 27,3 кг/м<sup>2</sup> при середньому показанні 32,41±0,42 кг/м<sup>2</sup> (середній лінійний показує ІА – 43 показує у стенокардії, у той ІМТ більше 32 кг/м<sup>2</sup> в середньому значенні 35,35±0,45 кг/м<sup>2</sup>), II – 37 осіб (з 120) з нормальною вагою та ІМТ менше 27,3 кг/м<sup>2</sup> (при середньому значенні 24,16±0,70 кг/м<sup>2</sup>).

Оцінку динамічних змін у своїй проведенні за допомогою ЕКГ-реєстратора ЮКАРД-2006 (Україна) за середньої сумарної ділової сегмента ST (ΣST) та частотою аритмії.

Для оцінки структурно-функціонального стану мієокардіально-взаємодіяючої електрографії (ЕКОГ) за алгоритмом Екстернограф – Ансон 128 XP у М- та Н-режимах з визначенням розміру лівого передсердя (ЛП), товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗШШ), товщини міжшлуночкової перегородки (ТМШП), діаметру систолічного розміру (КСР) ЛП, кількості досліджуваного розміру (КДР) ЛП, фракції викиду (ФВ) ЛП за формулою І.Е. Teichholz, маси мієокарді (ММ) ЛП за формулою R. Devereux.

Середній вік чоловіків усіх груп був практично однаковим і становив у I групі 49,25±1,80 років (у жіночій жіночки в ІМТ >32 кг/м<sup>2</sup> – 51,42±0,70 років), у II – 50,81±1,07 років ( $p=0,5$ ). Середній показник з відносною масою тіла жінок було 45,78±5,47%, тоді як нормальну масу тіла мали 58,89±8,12% чоловіків ( $p=0,5$ ). Нова, за даними Nurses Health Study, жіноча стать єдині відомі результати ІСД в них, що співпадають повністю, процес дослідження PROCARDIA доводить, що ІМТ має статистично в комплексі з протектенією мала тіла в процес розвитку коронарної [6]. Зокрема, спостереження спостерігає стосовно чоловіків. Порівняючи обидві групи, розподіл був відносно рівномірним (54,22±5,47% при підвищеній ІМТ та 61,11±8,12% при нормальній показанні ІМТ,  $p=0,5$ ). Але при відношенні ІА жіночій та II групи знову вага чоловіків діало показується і становить 46,51±7,61% жінками ( $p=0,2$ ). Що стосується товщини стінок ЛП, співвідношення II та III ФК практично однакове у всіх відношеннях груп та відрізняє не розрізняється між собою. Так, у I групі частота аналізу II ФК стенокардії становить 19,28±4,13% жінками, а у II групі цей показує становило в 22,22±6,93% жінками ( $p=0,5$ ). При відношенні ІА жіночій та порівняно II та II групи співвідношення жіночій не змінюється (17,85±5,28 проти 22,22±6,93% жінками,  $p=0,5$ ). Аналізуючи співвідношення відносно систолічного АТ та показанні ІМТ в обстежуваних чоловіків, слід з'ясувати артеріальне надати, що між ними існує взаємозалежність. У жіночій I групі систолічний АТ становив 172,11±2,92 мм рт.ст., як лінійно як показує II групі, в жінки він був діало показує – 149,41±3,58 мм рт.ст. ( $p=0,003$ ). Така ж тенденція зберігається і при порівнянні жіночій ІА (систолического 178,84±3,94 мм рт.ст.,  $p=0,001$ ).

Обговорюючи особливості розвитку хронічної серцевої недостатності (СН) зважаючи від частоти надмірної маси тіла, відзначено, що більш тяжка