

<b>Моцюк Ю. Б.</b> РИЗИК РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.....	57
<b>Мечетный Ю.Н., Белоглазко Д.С., Слободян Д.В.</b> ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК В АППАРАТНОЙ КОСМЕТОЛОГИИ.....	58
<b>Ортеменка Є.П., Горбатьок І.Б.</b> КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ .....	59
<b>Победьонна Г.П., Зенін М.Ф., Зеніна Л.В.</b> ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ГЕРХ СЕРЕД МОЛОДІ В ПРОМИСЛОВИМУ РЕГІОНІ ДОНБАСУ.....	60
<b>Попадинець О.Г., Гришук М.І., Бойко О.В.</b> РЕАКЦІЯ СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ СТІНКИ СЕЧОВОГО МІХУРА СТАТЕВОЗРІЛИХ ЩУРІВ НА ТРЕТЮ ДОБУ ПІСЛЯ ВПЛИВУ ЗАГАЛЬНОЇ ГЛИБОКОЇ ГІПОТЕРМІЇ.....	61
<b>Русалов В.Л., Волобуева Л.Н., Салманова О.Н.</b> ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ БАКТЕРИЙ НА СИСТЕМУ ЦИКЛИЧЕСКИХ НУКЛЕОТИДОВ НЕЙТРОФИЛОВ .....	62
<b>Ричкова Т.А.</b> КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ НОВИХ ЛАБОРАТОРНИХ МАРКЕРІВ У ДІАГНОСТИЦІ СУГЛОБОВОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ.....	63
<b>Сабадаш В.Є., Сисойкіна Т.В., Дядічева Т.О., Ліпатнікова Г.С.</b> ВПЛИВ РАМПРІЛА В СПОЛУЧЕННІ З АМЛОДІПІНОМ НА ЦИРКАДНІ РИТМИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ, ЦЕНТРАЛЬНУ ГЕМОДИНАМІКУ, РЕМОДУЛЯЦІЮ МІОКАРДУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ.....	64
<b>Савенко Л.Д., Чурлінін О.О., Захаров О.О.</b> МОРФОМЕТРИЧНІ ЗМІНИ МАКРОГЛІАЛЬНИХ КЛІТИН ЦЕНТРАЛЬНОГО ЯДРА СПИННОГО МОЗКУ ЩУРІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП В УМОВАХ ХРОНІЧНОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ БАРБІТУРАТАМИ.....	66
<b>Скибчик В.А., Булак О.В.</b> СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ, ПОЄДНАНОГО ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ .....	66
<b>Скробач Н.В., Вишиванюк В.Ю.</b> ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЛІВОЛІН-ФОРТЕ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ В.....	68
<b>Слюсарев О.А., Ракша-Слюсарева О.А., Слюсарева М.О.</b> ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ БАКТЕРИЦИДНОЇ АКТИВНОСТІ ПРИ ПЕРЕБІГУ МОДЕЛІ СИСТЕМНОГО АУТОІМУННОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЇ.....	68
<b>Смирнов С.Н., Мочалова И.С., Романенко Д.В.</b> СОСТОЯНИЕ ГЕТЕРОХРОМАТИНА В ЯДРАХ ГЕПАТОЦИТОВ КРЫС ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ.....	70
<b>Соколенко А.А., Сидорчук А.Р., Сидорчук Л.П., Урсуляк Ю.В., Білецький С.В., Кушнір О.В., Іващук С.І., Петринич О.А., Сидорчук Р.І.</b> КЛІНІЧНО-ФЕНОТИПІЧНІ ПРОЯВИ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ (АО) У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ (АГ), ЯК РЕАЛІЗАЦІЯ ГЕНЕТИЧНОЇ КОМПОНЕНТИ.....	71
<b>Степанова К.О., Должикова О.В.</b> ВИВЧЕННЯ ГОСТРОЇ ТОКСИЧНОСТІ ПЕСАРІЇВ «КЛІМЕДЕКС».....	72
<b>Урсуляк Ю.В., Сидорчук А.Р., Сидорчук Л.П., Кушнір О.В., Білецький С.В., Іващук С.І., Соколенко А.А., Казанцева Т.В., Петринич О.А.</b> ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ (ГКС) ТА ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНІВ ENOS (T894G) І ACE (I/D): ДІАГНОСТИЧНІ АСОЦІАЦІЇ.....	72
<b>Федченко С.Н., Галузіна Л.О.</b> МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ .....	73
<b>Флегонтова В.В., Миргородская А.В., Линниченко Е.Р., Макарец В.В., Липоева Н.В., Яковлева Е.В., Шабельник О.И.</b> СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЫВШИХ СПОРТСМЕНОВ-ИГРОВИКОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ В РАННЕМ ПОСТСПОРТИВНОМ ПЕРИОДЕ.....	74
<b>Флегонтова В.В., Ясько Г.В., Яремчук А.И., Труфанова М.С., Эль Аммури Х.Х., Миргородская А.В.</b> ВЛИЯНИЕ ОЧАГОВОЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЗДОРОВЬЕ СПОРТСМЕНОВ.....	76
<b>Цимбрак О.О.</b> ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН НА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМІ В ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ, АСОЦІЙОВАНОЮ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ .....	77
<b>Чепурнова Н.В.</b> ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЇ ІНСЕМІНАЦІЇ В ВІЛ- ІНФІКОВАНИМ ПАЦІЄНТАМ (ДИСКОРДАНТНИХ ПАР).....	77
<b>Чимпой К.А., Пашковська Н.В., Кукурудзяк Н.В., Добрянська М.Д.</b> ВПЛИВ СЕЛЕНОВМІСНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ФІБРИНОЛІЗУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ .....	79
<b>Чимпой К.А., Пішак О.В.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗНИКІВ СИСТЕМИ ФІБРИНОЛІЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ.....	80
<b>Шишкова К.В., Пивоварова О.А., Дорошенко Т.В.</b> ПРОВОКУЮЧІ ФАКТОРИ ДЕБЮТУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ .....	81

- GI 11 на складке локтевого сгиба;
- VC 2 выше лобковой кости, левее от середины туловища;
- VC 3 над VC 2;
- GI 2 на первой фаланге указательного пальца.

При проведении процедуры рекомендуется последовательное воздействие на 3-4 биологически активные точки, по предложенной нами оригинальной методике.

Стойкий результат достигается после курса состоящего из 10 процедур, и сохраняется в последующие 6 месяцев. Визуально отмечается сокращение количества мимических и глубоких морщин, уменьшение пастозности кожи и коррекция овала лица. Заметно снижается проявление воспалительных элементов и постакне.

УДК 616.2-002:616.15

### **КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО ФЕНОТИПУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ШКОЛЯРІВ**

**Ортеменка Є.П., Горбатюк І.Б.**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна (зав. кафедрою – д. мед. н., проф. О.К. Колоскова)*

Наразі неефективність базисної терапії бронхіальної астми (БА) пов'язують із гетерогенністю патології, а саме із існуванням еозинофільного та неоеозинофільного фенотипів захворювання.

**Мета:** вивчити клініко-анамнестичні особливості еозинофільного фенотипу БА у дітей шкільного віку.

**Матеріали та методи.** На базі ОДКЛ №1 м. Чернівці обстежено 116 дітей шкільного віку, хворих на БА. Еозинофільний характер запалення дихальних шляхів (ДШ) діагностували за наявності в мокротинні  $\geq 3\%$  еозинофілів. Першу клінічну групу (I) склали 66 дітей (56,9%) із еозинофільним фенотипом БА. До другої (II) групи увійшло 50 (43,1%) пацієнтів із неоеозинофільним варіантом хвороби. При клінічному обстеженні хворих визначали індекс маси тіла (ІМТ).

**Отримані результати.** За ступенем тяжкості захворювання у I групі легкий перебіг спостерігався у 21 хворого (31,8%), а тяжка астма - у 22 пацієнтів (33,3%). У представників II групи відповідна тяжкість БА реєструвалася у 13 (26,0%,  $P > 0,05$ ) та 6 (12,0%,  $P < 0,01$ ) хворих відповідно.

Відзначено, що у хворих із еозинофільною БА дещо частіше спостерігалася обтяженість алергологічного анамнезу за материнським родоводом (33,3%), ніж у пацієнтів II групи (26,0%,  $P > 0,05$ ). Проте, при оцінці індивідуальних проявів atopії у дітей груп порівняння отримані неоднозначні результати. Так, алергічний риніт зареєстрований у третини пацієнтів обох вивчаємих фенотипів, проте ознаки atopічного дерматиту частіше визначалися при еозинофільному (10,6%) ніж при нейтрофільному типі захворювання (2,0%;  $P < 0,03$ ). У хворих на еозинофільну БА відмічалася більша маса тіла при народженні, а також при актуальному обстеженні. Так у пацієнтів I клінічної групи ІМТ становив  $19,4 \pm 0,4 \text{ кг/м}^2$ , а у школярів II групи –  $17,8 \pm 0,4 \text{ кг/м}^2$  ( $P < 0,02$ ). Отримані дані дали підстави вважати, що перенесені у ранньому дитячому віці інфекційні хвороби скоріше сприяли у подальшому формуванню еозинофільної БА. Так, інфекційний індекс  $> 1$  відмічений у 21,2% пацієнтів I групи та лише у 12,0% хворих II групи. Відмічено, що 1 раз на рік і рідше на стаціонарному лікуванні перебували 42,4 % дітей із еозинофільним типом БА та 26% ( $P < 0,05$ ) пацієнтів із нейтрофільним фенотипом захворювання, що, можливо, вказувало на кращу контрольованість еозинофільної БА за стандартної базисної терапії інгаляційними глюкокортикоїдами. Водночас, у дітей I групи

напади БА асоціювали з впливом харчових та інгаляційних алергенів у 24,1% випадках, а в хворих II групи – лише в 14,6% спостережень. Водночас, у I групі фізичне навантаження регулярно супроводжувалося бронхообструкцією у 54,5% дітей, а в пацієнтів групи порівняння роль даного триггеру відмічена в 32,0% ( $P < 0,02$ ) випадків. Несприятливий вплив оточуючого середовища і хибних звичок був дещо виразнішим у I к групі, де «пасивним курцем» можна вважати 59,1±6,1% дітей, а активне тютюнопаління відмічене у 9,1% школярів. Наведені показники у пацієнтів II групи відповідно становили 50±7,1% ( $P > 0,05$ ) випадків та 4,0% ( $P_{\text{ТМФ}} < 0,05$ ) спостережень.

Висновки. Аналіз отриманих даних показав, що для еозинофільного фенотипу БА характерно: (1) підвищена маса тіла при народженні та під час актуального обстеження; (2) тяжчий перебіг хвороби; (3) сімейна обтяженість atopічними захворюваннями за материнським родоводом; (4) наявність у дитини atopічного дерматиту та більш високий інфекційний індекс; (5) переважання тригерної ролі харчових, інгаляційних алергенів та фізичного навантаження, а також тютюнопаління.

УДК 616.33-002-053.81(1-31)(477.61/62)

## **ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ГЕРХ СЕРЕД МОЛОДІ В ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ ДОНБАСУ**

**Победьонна Г.П., Зенін М.Ф., Зеніна Л.В.**

*Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна*

ГЕРХ (гастроезофагеальна хвороба) як самостійна нозологічна одиниця офіційно була затверджена міжнародною робочою групою по вивченню її діагностики та лікування в жовтні 1997 року (Генваль, Бельгія). За останні роки відбувається зростання ГЕРХ в усьому світі. В Росії 20-40% дорослого населення відчують симптоми ГЕРХ, що дозволяє допустити частоту хвороби в 10-20% обстежених. Розповсюдженість симптомів ГЕРХ на Україні вивчена недостатньо. В доступній нам літературі по Луганській області дані по епідеміології ГЕРХ відсутні.

Метою даного дослідження є вивчення розповсюдженості симптомів ГЕРХ у людей молодого віку для подальшої розробки методів корекції факторів ризику, ранньої діагностики та лікування.

Матеріал та методи дослідження. На першому етапі роботи нами добровільно проанкетовані 486 студентів Луганського державного медичного університету за допомогою опитувача, розробленого на кафедрі внутрішньої медицини ЛДМУ. «Анкета раннього виявлення ГЕРХ» включає симптоми ГЕРХ та фактори ризику хвороби. Всі опитувані були поділені на 2 групи: 1 група: респондента, що мають симптоми ГЕРХ - 155 осіб (33,1%). 2 група - респонденти, що мають фактори ризику - 173 особи (71,78%).

Результати дослідження та їх обговорення. Як показали наші дослідження, серед осіб молодого віку печія спостерігається у 141 особи (27,17%), дискомфорт в епігастрії зустрічається у 70 осіб (14,34%), біль в епігастрії зразу після їжі відчували 55 осіб (11,25%).

У 2 групі обстежених виділена підгрупа погрожуючих на ГЕРХ (особи, які мають 3 та більше факторів ризику) - 173 особи (71,78%).

Виводи: Попередні дані, отримані при анкетуванні за допомогою опитувача по скринінгу ГЕРХ, свідчать про високу розповсюдженість основного симптому ГЕРХ-печії - (27,17%).

Необхідно в подальшому продовжувати спостереження за групою погрожуючих на ГЕРХ та проводити обстеження осіб, які мають основні симптоми хвороби для розроб-